

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:

Dr. Philipp Rösler,
Bundesminister
für Gesundheit:

„Wo liegen die Grenzen
der Eigenverantwortung
für mehr Effizienz?“

REALITÄT

„Ich bin für eine Pool-Lösung“ (Glaeske)

QUALITÄT

„Vorhaben und Realität“ (Knieps)

INNOVATION

„Ökonomie des Coachings“ (Schmölter)

Herausgeberbeirat

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

Editorial

Fokus Morbi-RSA/Diabetes

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

4

Titelinterview

„Wo liegen die Grenzen der Eigenverantwortung?“

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im MVF-Titelinterview.

6

Realität

Die Zukunft liegt alleine in der Transparenz

Der Einstieg in das Jahr des Zusatzbeitrags.

11

Web 2.0 bei Ärzten noch nicht angekommen

Die konservative Haltung der Ärzte gegenüber modernen Themen gefährdet ihre Partizipation am Wandlungsprozess.

22

Plädoyer für das Blutzucker-Selbstmanagement

10. Elmauer Gespräche.

24

Innovation

Eine Investition in die Zukunft

Warum die DAK und die Pharmafirma Grünenthal den „Versorgungsatlas Schmerz“ ins Leben rufen.

20

„Ich bin für eine Pool-Lösung“

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Leiter des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen, im MVF-Interview.

21

Zahlen - Daten - Fakten

Zusatzbeitrag aufgrund hoher Arzneimittelausgaben?

Krankenkassen erheben Zusatzbeiträge - eine erste Analyse der Hintergründe.

14

Was passiert bei Zulassungserweiterungen?

Diabetes mellitus: Auswirkungen einer Zulassungserweiterung auf die Medikation.

17

Standards

Impressum 2

Essay 11

Kommentar 13

News 16, 19, 26

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 (verantw. 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.erelection.org
mail@erelection.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 Einverständ-
nis, die zugesandten
Beiträge bzw. Informationen in
Datenbanken einzustellen, die vom
Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsge-
meinschaft zur Feststellung der
Verbreitung von Werbeträgern e.V.
(IWV), Berlin
Verbreitete Auflage: 6.673
(IWV 4. Quartal 2009)



WISSENSCHAFT

Dr. phil. Brigitte Sens / Paul Wenzlaff / Dr. med. Gerd Pommer / Prof. Dr. med. Horst von der Hardt DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen

27

2004 wurden Diagnosis related groups (DRG) als pauschaliertes Entgeltsystem für die stationäre Behandlung eingeführt. Seither werden immer wieder negative Auswirkungen einer stärker an Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten orientierten Patientenversorgung diskutiert.

Prof. Dr. Gänshirt / Prof. Dr. Dr. Fred Harms Diabetescoaching in Apotheken - Konzept zur kontinuierlichen Selbstmanagement-Betreuung von Patienten mit T2D

33

Die Konditionierung unserer Ärzte und anderer Heilberufler, die mit der Beratung von Patienten zu tun haben, ist auch heute noch stark geprägt durch die Zeit, in der die Akutversorgung im Vordergrund jeglichen ärztlichen Handels stand. Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts waren es in der Regel Infektionskrankheiten und Verletzungen, an denen Menschen erkrankten und verstarben. In den letzten 60 Jahren hat sich dieses Bild komplett gewandelt. Inzwischen versterben 9 von 10 Menschen an einer chronischen Erkrankung. Aber worin liegt der entscheidende Unterschied in der Versorgung?

Ralf Pourie / Mechtild Schmöller Patientencoaching: Outcomes in der Praxis

38

Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten und mit Blick auf eine bessere Patientenversorgung geraten innovative und wirksame Ansätze zum Versorgungsmanagement mehr und mehr in den Fokus. Einer davon ist das Patientencoaching, das die gezielte, bedarfs-orientierte Förderung der Gesundheitskompetenz des Patienten im Rahmen der Gesunderhaltung sowie der Krankheitsbewältigung zum Ziel hat.

Dr. oec. HSG Willy Oggier Die Kopfpauschalen- und Risikoausgleichs- diskussion in der Schweiz

44

Das schweizerische Gesundheitswesen unterscheidet für den Krankheitsfall zwischen einer Grundversicherung, welche ihre gesetzlichen Grundlagen im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat, und privaten Zusatzversicherungen, welche dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt sind. Im Gegensatz zu anderen Ländern sind Zusatzversicherungen in der Schweiz komplementärer und nicht ersetzender Natur. Personen, welche eine Zusatzversicherung abschließen, können sich demnach nicht der Bezahlung der Grundversicherungsprämie entziehen. Anders als beispielsweise in Deutschland kann man sich also nicht ab einer bestimmten Einkommensgrenze von der gesetzlichen Krankenversicherung und damit von der Solidargemeinschaft verabschieden, indem man zu einer privaten Krankenversicherung wechselt.

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.

Transparenz - oberstes Gebot

„Die bisherigen Reformen und Gesetze haben es nicht geschafft, das System als solches zu verbessern, weil sie eben nicht dazu beigetragen haben, zu einem effizienteren und gleichzeitig auch qualitativeren System zu kommen. Genau das ist mein erklärtes Ziel.“ **Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler** spricht sich damit im Titelinterview dieser Ausgabe auch eindeutig gegen die von Ärzten an die Wand gemalte schleichende Rationierung aus. Außerdem betont er die zentrale Bedeutung der Versorgungsforschung für die qualitative und ökonomische Verbesserung der Versorgungsketten, und zwar sektorenübergreifend. Nicht umsonst „taucht der Begriff ‚Versorgungsforschung‘ als einer von ganz wenigen anderen Begriffen gleich zweimal im Koalitionsvertrag auf - einmal im BMBF- und einmal im BMG-Teil“.

> S. 6 ff.

Das Minister-Interview kommentiert MVF-Herausgeberbeiratsmitglied **Franz Kleihs**: „Vorhaben und Realität“. Und **Stegmaier** weist auf die zentralen Probleme der kommenden Reform hin und fordert mehr Transparenz durch Versorgungsforschung: Ausgabensituation, systemische Effizienz und Anspruchsverhalten.

> S. 13, 11 f.

Fokus: Morbi-RSA/Diabetes

Eine erste Analyse der Zusatzbeiträge der Krankenversicherungen bietet der Artikel von **Kleinfeld**: Liegt es an hohen Arzneimittelausgaben? **Kuldschun/Ponzel** untersuchen die Folgen von Zulassungserweiterungen bestehender Wirkstoffe für die Arzneimittelversorgung von Diabetes-mellitus-Patienten. Das bekannte Potenzial des Selbstmanagements von Diabetes-Patienten war dagegen Thema der 10. Elmauer Gespräche. Die Studie „Versorgungsatlas Schmerz“ von DAK und Grüenthal, unter Mitwirkung von **Glaeske**, erfasst erstmalig die Versorgungssituation von Schmerzpatienten in Deutschland.

> S. 14 f.

> S. 17 f.

> S. 21 f.

Wissenschaft

Sens/Wenzlaff/Pommer/von der Hardt präsentieren umfangreiche Analysen zu DRG-Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen in und um das Krankenhaus und widerlegen dabei einige gängige teils subjektive, teils berufsständisch gefärbte oder bewusst überzeichnete negative Meinungen.

> S. 27 ff.

Gänshirt/Harms stellen Ergebnisse eines Ausbildungs- und Betreuungskonzeptes für Heilberufler und Patienten mit Typ 2 Diabetes zur kontinuierlichen Selbstmanagement-Betreuung (Patientencoaching) vor. Die Patienten konnten durch die Schulung ihre Krankheit besser bewältigen und 70 % der Diabetespatienten verbesserten ihren HbA_{1c} Wert um mittlere 0,7 %.

> S. 33 ff.

Pourie/Schmöller präsentieren Ergebnisse eines einjährigen Pilotprojekts im Auftrag einer Betriebskrankenkasse zu den medizinischen, psychologischen und ökonomischen Auswirkungen eines telefonbasierten Coachings für Patienten mit unterschiedlicher Hauptindikation. Patientencoaching verbessert danach die persönliche Gesundheitssituation und Lebensqualität der chronisch Kranken, fördert die partnerschaftliche Beziehung zum Arzt und ist auch ein wirkungsvolles Instrument der Kostendämpfung.

> S. 38 ff.

Oggier berichtet über die Kopfpauschalen- und Risikoausgleichsdiskussion in der Schweiz. Versorgungspolitisch könnte Deutschland von der Schweiz insbesondere im Bereich der Solidarität zwischen gesetzlich und privat Versicherten lernen, umgekehrt die Schweiz von Deutschland beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und der teilweisen Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherer an der Lohnfortzahlung.

> S. 44 ff.

Womit wir wieder in der Realität der Gesundheitspolitik sind. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre

Professor Dr. Reinhold Roski

Wissen schafft Effizienz.



MMI PHARMINDEX PLUS

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

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

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

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im MVF-Titelinterview:

„Wenn man das System als Ganzes betrachtet“

12 Kassen müssen – vor allem bedingt durch die Auswirkungen des Morbi-RSA – von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge in Höhe von 8 bis 37,50 Euro verlangen und setzen Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler damit unter medialen Druck: Statt die Vorgaben des Koalitionsvertrags in aller Ruhe mit Details zu unterfüttern und eine strukturierte Gesundheitsreform zu konzipieren, muss wieder einmal geflickschustert werden. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem Bundesgesundheitsminister über sein Konzept für eine wirkliche Gesundheitsreform, die ihren Namen auch verdienen würde. Schon jetzt ist klar: Versorgungsforschung kommt eine zentrale Rolle zu!

>> Herr Minister Rösler, der Erwartungsdruck seitens aller Beteiligten des Gesundheitswesens und vor allem auch seitens der Medien ist hoch. Die Einen bemängeln, dass in den ersten Tagen ihrer Amtszeit zu wenig passiert ist, die Anderen loben manche Personalentscheidungen, auf die wir sicher noch zu sprechen kommen. Und die Dritten rügen, dass bisher bis auf ein Moratorium im Bereich eHealth nichts groß geschehen ist. Doch jetzt scheinen Sie in Zugzwang zu kommen, nachdem die aktuellen Zusatzbeiträge der Krankenkassen in den Medien – und so auch in den Augen der Öffentlichkeit – vor allem steigenden Arzneimittelpreisen zugeschrieben werden, was ja so nicht ganz richtig ist.

Für mich ist ausschlaggebend, dass die Beiträge der Versicherten effizient eingesetzt werden. Das heißt, dass mögliche – und durchaus vorhandene – Einsparpotenziale im Arzneimittelsektor, aber auch in anderen Bereichen, gehoben werden. Wir alle können doch stolz sein, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat, in dem der Zugang zu neuen innovativen Arzneimitteln für GKV-Versicherte gesichert ist. Aber ebenso gilt: In Deutschland sind die Preise besonders von innovativen Medikamenten zu hoch. Hier wollen wir nicht nur ran, hier müssen wir ran, wenn den Patientinnen und Patienten in Deutschland auch künftig noch innovative Arzneimittel zur Verfügung stehen sollen.

Während die Arzneimittelpreise zu hoch sind, diskutieren Ärzte offen über Rationierung und Priorisierung. Ist das nicht etwas unethisch, wenn gleichzeitig nicht über das Ende oder zumindest den Versuch der Beseitigung von Ineffizienzen im System gesprochen wird?

Niemand hat einen Freibrief, wenn es um die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung geht. Ich habe ein Konzept mit Maßnahmen zur Arzneimittelpreisbildung vorgelegt. Das ist einer von mehreren Bausteinen. Mein Ziel ist ein effizientes System, in dem die Gelder der Versicherten optimal eingesetzt werden. Denn wenn öffentlich argumentiert wird, es sei trotz 174 Milliarden Euro zu wenig Geld im System oder es gebe eine schleichende Rationierung, dann gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder ein Regelwerk der Rationierung oder ein wirklich effizientes System. Ich will das effiziente System.

Und wenn das dann effizient eingesetzte Budget immer noch nicht reichen sollte?

Wenn trotz optimaler Mittelverwendung tatsächlich zu wenig Geld im System sein sollte, bin ich der erste, der sagt, dass mehr Geld eingesetzt werden muss. Doch solange wir kein optimales System haben, kann doch keiner ernsthaft mehr Geld verlangen, noch kann er behaupten, es sei zu wenig da.

Es ist sicher allen Systembeteiligten klar, dass wir uns auch Anno 2010 immer noch in einem System der Über-, Unter- und Fehlversorgung befinden.

Genau diese Fehlsteuerung der Mittel löst solche Diskussionen aus, wie wir sie zur Zeit beobachten. Darum sehe ich es als meine Aufgabe, ein besseres, sprich qualitativ hochwertigeres System zu schaffen.

Hier hat sich die Politik in den letzten Jahren und Jahrzehnten sicher nicht unbedingt mit Ruhm bekleckert: Ein wahrer Flickenteppich der Legislative, sich gegenseitig widersprechende oder gar aushebelnde Instrumentarien werden nur zu oft bemängelt.

Das stimmt nur teilweise. Doch die Kritik hat einen wahren Kern: Die meisten bisherigen Gesundheitsreformen – gleich welcher Parteirichtung – beschränkten sich immer auf Kostendämpfung, was vielleicht in der jeweiligen Zeit auch das Richtige, weil kurzfristig Durchsetzbare war. Doch all diese Reformen und Gesetze haben es nicht geschafft, das System als solches zu verbessern, weil sie eben nicht dazu beigetragen haben, zu einem effizienteren und gleichzeitig auch qualitativ besseren System zu kommen. Genau das ist mein erklärtes Ziel.

Ein wirklich hehres Ziel.

Ich glaube wirklich, dass es bei einem Gesamtvolumen von 174 Milliarden Euro, die Jahr für Jahr nur im GKV-Bereich ausgegeben werden, genug Spielraum gibt, um das System zu optimieren.

Vielleicht sind es auch verbale Nebelgranaten, die da geworfen werden, weil sich alle Leistungserbringer im bestehenden System ganz gut eingerichtet haben.

Das darf nicht pauschaliert werden. Es gibt aus meiner Sicht einen großen Unterschied zwischen einer unfairen Konkurrenz auf der einen Seite und einem fairen Wettbewerb auf der anderen Seite.

Weil versucht wird, in einem System der knapp budgetierten Töpfe – ob das bei den Ärzten Regelleistungsvolumina, gedeckelte oder auch nur teil gedeckelte Budgets sind, oder bei der Pharmaindustrie Höchstpreise oder selektive Vertragsmodelle sind – zu überleben?

Dagegen kann man in einer freien Marktwirtschaft nichts haben. Mir geht es aber darum, wie jemand versucht, sein Geschäft zu betreiben. Bei der unfairen Konkurrenz hat derjenige Erfolg, der besonders geschickt die einzelnen Regeln und das System als solches auszunutzen im Stande ist. Dieses Verhalten hat absolut nichts mit Therapiefreiheit oder Leistung für den Patienten zu tun. Das ist der Auswuchs einer Konkurrenzsituation, in der mit harten Bandagen um Marktanteile geschachert wird – ob zwischen Haus- und Facharzt, ambulant gegen stationär oder ein Medikament gegen das andere. Dieses Vorgehen hal-

te ich für falsch. In einem fairen Wettbewerb dagegen hat derjenige Erfolg, der eine gute, aber auch nachvollziehbare Leistung bringt. Und gut nenne ich vor allem das, was dem Patienten nutzt.

Sie plädieren für eine moralische Dimension der Marktwirtschaft.

So hoch will ich das gar nicht hängen. Ich rede erst einmal von einem fairen Umgang – nicht nur mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, sondern vor allem mit dem höchsten Gut, das wir alle haben: Das ist unsere Gesundheit. Ich plädiere aber auch ganz entschieden für ein neues Miteinander, das das bisherige Gegeneinander ablösen kann.

Wenn man sich die öffentlichen Diskussionen der letzten Jahre vor Augen führt ...

... dann macht der Ton die Musik. Diese Dissonanz ist sicher eines der Grundprobleme des deutschen Gesundheitswesens, ein anderes ist das tiefsitzende Misstrauen. Ich will allen Beteiligten im Gesundheitswesen deutlich machen, dass ich ihnen nicht mehr Geld versprechen kann – das ist meine klare Ansage, ob ich nun bei Ärzten, Apothekern oder der Pharmaindustrie spreche. Aber dafür kann ich den Einstieg in ein faires System mit verlässlichen Rahmenbedingungen in Aussicht stellen. Darum halte ich auch nichts davon, die einzelnen Akteure gegeneinander auszuspielen. Im Gegenteil, ich agiere bei jedem Thema, das auf meinen Tisch kommt, nach einer vergleichbaren Strategie: Ich lade die einzelnen Akteure ein, meist zuerst die Leistungserbringer, dann die Kostenträger. Das ist in meinen Augen die einzige Möglichkeit, einen gemeinsamen Weg in die Zukunft zu beschreiten.

So geschehen am Beispiel des eCard-Moratoriums oder der Arzneimittelpreise.

Genau. Die Diskussion um die eCard läuft doch seit vielen Jahren ohne konkrete Ergebnisse. Ebenso jene um die künftige Arzneimittel-Preisfindung. Hier hatte ich zuerst den GKV-Spitzenverband bei mir, dann den Branchenverband progenerika, gefolgt vom BAH, BPI und dem VFA. Ich höre mir ganz bewusst immer alle Seiten an, die ganz offen artikulieren können, welche jeweiligen Vorstellungen sie haben. Aber ebenso klar ist das, was ich allen Gesprächspartnern vorab erkläre: Das BMG und der Gesetzgeber treffen die Entscheidungen – und zwar danach, was für die Versicherten und Patienten gut ist.

Ein neuer Ton scheint ins Bundesgesundheitsministerium einzuziehen.

Durchaus. Auch weil ich die Beteiligten nicht einbestelle sondern einlade. Ich bin erfreut, dass die Vertreter der Kassen und der Pharmaindustrie dieses kleine Zeichen, vielleicht aber auch die größeren Zeichen der Zeit erkannt haben. Alle – und so auch die Pharmaindustrie – müssen ihren jeweiligen Beitrag leisten.

Wird dem Arzneimittel hier nicht ein etwas zu großer Wirkhebel zugemessen? Der von den Kassen als Kostentreiber ausgemachte Arzneimittel-Bereich ist doch nur im Bereich der patentgeschützten Originalpräparate ein Kostentreiber, aber auch hier wieder nur einer unter vielen.

Produktinnovationen waren und sind seit jeher das A und O der Medizin. So ist es auch kein Wunder, dass schon immer große finanzielle Ressourcen in diesen Bereich geflossen sind. Es war sicher ein Fehler der Politik, nicht zu erkennen, dass vielleicht Prozessinnovationen mindestens ebenso wichtig für die Effizienz eines Systems sind wie Innovationen auf dem Produktsektor.



Was dann auch heißen muss: Weg von der Einzelbetrachtung hin zu einem Blick aufs große Ganze.

Aktuell diskutieren wir über die Frage, wie man die Einnahmeseite neu gestalten kann. Dabei wäre auch die Frage spannend, wie man die Abläufe im gesamten System verbessern kann. Denn Prozessinnovationen könnten helfen, Kosten zu sparen und effizienter zu arbeiten. Es ist daher meine Aufgabe – neben der Einnahmenseite, die vor allem die Öffentlichkeit beschäftigt – die Ausgabenseite in ein effizienteres System zu überführen. Zu einem solchen systemischen Ansatz gehört es, die gesamte Behandlungskette im Alltag zu betrachten, weil es hier sicher noch viel Potenzial gibt.

Wenn man es denn genauer wüsste, womit wir bei Versorgungsforschung angekommen sind.

Das ist für mich ein ganz wichtiges Thema. Gerade deshalb taucht der Begriff „Versorgungsforschung“ als einer von ganz wenigen anderen Begriffen gleich zweimal im Koalitionsvertrag auf – einmal im BMBF- und einmal im BMG-Teil.

Wobei die formale Zuständigkeit bei Frau Schavan liegt.

Doch wir haben uns darauf verständigt, das Thema gemeinsam mit Workshops anzugehen, die bereits gestartet sind. Dabei geht es mir vor allem darum, die Probleme des Krankheitsgeschehens im Alltag aufzuarbeiten. Denn wir sind in der Highend- und Hightechmedizin hervorragend aufgestellt, doch in der Versorgungskette gibt es oft erheblichen Verbesserungsbedarf – unter qualitativen, aber auch unter ökonomischen Gesichtspunkten.

Sehen Sie ein Umdenken, das die Versorgungsforschung aus ihrem Noch-Schattendasein befreien könnte?

Mit Sicherheit. Wenn inzwischen sogar die Kassen bereit sind umzudenken, um aus der ewigen Diskussion um zu viel oder zu wenig Geld herauszukommen. Doch hier stehen die Krankenkassen erst am Anfang, so wie es zugegebenermaßen auch die Politik tut. Denn im letzten Koalitionsvertrag stand ja noch gar nichts zum Thema Versorgungsforschung drin.

Wie stellen sich andere Akteure dazu?

Ich meine, eine gewisse Bewegung bei allen handelnden Akteuren zu erkennen. Das sieht man sogar am sperrigen Thema der Bedarfsplanung, dem wir uns seitens des BMG angenommen haben. In den 90er Jahren hatte die Bedarfsplanung im Hinblick auf die damals vorhandene Ärzteschwemme das Ziel, möglichst die Niederlassung von Ärzten zu verhindern. Heute aber sind die Anforderungen gänzlich andere – fast das Gegenteil ist der Fall. Selbst die KBV hat bereits eine gemeinsame

Bedarfsplanung mit dem stationären Bereich angedacht. Was schlussendlich dabei herauskommt, ist eine andere Sache. Aber alleine das Signal ist bemerkenswert.

Die Herausforderungen werden auch hier enorm sein, weil die Bürger den Erfolg eines Gesundheitsministers am Ende nicht daran messen werden, wie toll er eine Reform auf den Weg gebracht hat.

Richtig. Sondern vor allem daran, wie der Arztzugang per se gewährleistet ist, sprich wenig bis gar keine Wartezeiten.

Wird das überhaupt möglich sein?

Schon die gefühlte Wirklichkeit sieht anders aus. Laut Statistik gibt es keine schlecht versorgten Gebiete. Die Frage lautet, welche Anreize wir setzen müssen, damit Ärzte aus den Ballungszentren in den ländlichen Raum gehen. Dabei wissen wir, dass es kaum gelingen wird, einen eingesessenen Facharzt aus Berlin ins Havelland zu bekommen. Aber in der Phase des Selbstständigwerdens kann man einen Arzt motivieren. Hier muss man ansetzen.

Es gibt doch seit dem 1. Januar dieses Jahres die Möglichkeit von Zuschlägen. Das ist schon eine Form von Anreizmodell.

Es gibt noch ganz andere, sehr unterschiedliche und auch viel weiter führende Modelle, die wir uns derzeit ansehen: Sachsen zum Beispiel bietet Stipendien für Medizinstudenten an. Und medizinische Versorgungszentren wären eine andere Möglichkeit.

Sie favorisieren MVZ?

Als Modell ja. Doch wir wollen verhindern, dass große Kapitalgeber einsteigen und am Ende MVZ nicht mehr nach medizinischen Gesichtspunkten im Sinne von Freiberuflichkeit betrieben werden, sondern unter Kapitalmarktgesichtspunkten. Deswegen gilt ja schon jetzt die Regel, dass ein MVZ von einem Arzt geführt werden muss. Außerdem haben wir in der Koalition vereinbart, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte bei den Ärzten liegen soll. Das umzusetzen, ist allerdings nicht so ganz einfach.

Ist das MVZ – ähnlich wie auch die Pauschale 1 der Hausarztverträge – ein Schritt den Ärztestand zu entkommerzialisieren?

Das wäre eine Sache der Selbstverwaltung, die innerhalb der Hausarztverträge die Möglichkeit hat, solche Instrumente einzusetzen. Es muss einfach einen Leistungs- und Qualitätswettbewerb geben, der weit über die bisherigen Mengenanreize hinausgeht, aber auch nicht in eine Akkordarbeit ausarten darf, was dem Arztberuf als solchem, vor allem aber dem Patienten nicht gerecht werden würde.

Hier kommt das Stichwort „Pay for performance“ zupass.

Auch das klingt erst mal gut. Schon jetzt gibt es im Rahmen des EbM-Modells die Möglichkeit, nach bestimmten Qualitätskriterien zu honorieren. Doch wie soll Performance bewertet werden? Und: Was heißt denn Performance im Gesundheitsbereich? Wenn man Qualität bezahlen will, muss man doch auch Qualität beurteilen können und darüber hinaus einen Zusammenhang herstellen können zwischen Bezahlung und Ergebnisqualität. Aber: Wie definiere und kontrolliere ich diese Qualitätsbeziehung? Das ist keine einfache Frage, auch wenn das Ziel ordnungspolitisch durchaus richtig ist.

Wie kann Versorgungsforschung gegen Ineffizienzen im System wir-

ken, die, wenn sie nicht gelöst werden, im Zuge der Priorisierungsdebatte auch als unethisch zu bezeichnen sind?

Wir können zum Beispiel den Herzinfarkt ganz toll behandeln, das ist unbestritten. Aber wie bekommt man im ländlichen Raum einen Patienten schnell zum Spezialisten? Oder wie gehen wir mit Demenz um? Mit Pflege? Genau das und noch viel mehr soll der Workshop zwischen BMBF und BMG erarbeiten.

Vielleicht ist jedoch die Frage vordringlicher, wie man Versorgungsforschung als konzertierten Ansatz installieren kann.

Es wird unmöglich sein, das ganze System auf einen Schlag erforschen zu wollen. Darum muss man sich einen Bereich nach dem anderen ansehen. Sicher sind alle Themen rund um die Volkskrankheiten sehr wichtig.

Und ein wirklich sektorenübergreifender Ansatz!

Sicher. Ich betrachte das Gesundheitssystem auch als Kette von der Prävention bis zur Nachsorge.

Und bis hin zur Pflege, die leider eine andere Versicherungsart ist.

Wenn sie das Thema Gesundheit ganzheitlich betrachten, dann interessiert sich der einzelne Mensch doch nicht dafür, welche Versicherungsart am Ende für was zuständig ist. Deshalb muss die Politik die Schnittstellen zwischen den einzelnen Sicherungssystemen – ob GKV, Pflege oder Sozialhilfe – neu definieren. Die Aufgabe der Versorgungsforschung ist es dann, die entsprechenden Schnittstellen ausfindig zu machen und etwaige Probleme zu lösen.

Diese globalere Betrachtungsweise führt schnell über das GKV-System hinaus.

Stimmt. Wir führen diese Diskussion beispielsweise derzeit bei der neuen Pflegebegriffsdefinition. Irgendwann kommt man im Gespräch mit den Beteiligten zum Beispiel an den Punkt, wie es denn nun genau mit Eingliederungshilfen aussieht. Bei dieser Frage hat man dann die Länder mit am Tisch. Ich sage mal salopp: Ich traue mir zwar eine Gesundheitsreform zu, aber aus gutem Grunde keine Föderalismusreform. Doch eigentlich muss es das Ziel sein, Grenzen zu überwinden, auch solche bei sozialen Sicherungssystemen. Zumindest kann man die Schnittstellen ausfindig machen und definieren, welche Schwierigkeiten es gibt. In welchem Zeitraum diese gelöst werden können, ist wieder eine andere Frage. Doch man darf kein Tabu von vorne herein im Kopf haben.

Auch kein Tabu, nicht erfolgreiche Instrumentarien über Bord zu werfen? Zum Beispiel: Rabattverträge?

Sicher ist: Wir haben die Rabattverträge und sie haben gewirkt. Zumindest haben sie vor allem die Generika-Preise gesenkt oder stabil gehalten und müssen alleine schon deswegen zu Einspareffekten bei den Kassen geführt haben. Doch da ich erklärter Anhänger eines fairen Wettbewerbs bin, ist immer zu prüfen, ob innerhalb dieser Rabattvertragssystematik ein fairer Wettbewerb herrscht. Da auf der einen Seite große Kassen stehen, die teilweise ein Monopol – zumindest ein regionales – darstellen. Und auf der anderen kleinere, meist mittelständische Unternehmen, die im Bieterkonzert mit großen, oft multinationalen Anbietern keine Chance haben.

Sie sind also bereit, etwas weiterzudenken.

Man muss weiter denken! Damit das am Ende nicht zu einem Rück-

gang der Vielfalt führt. Wenn irgendwann die Kasse keine Möglichkeit mehr hat, auf andere Anbieter auszuweichen, weil sie durch die Rabattverträge der letzten Jahre kaputt gemacht worden sind, dann ist nichts gewonnen.

Hierzu gibt es ja einige Modelle, die seit Jahren diskutiert werden.

Dazu bedarf es Prüfungen im Vergaberecht und einer stärkeren Nutzung des Wettbewerbs und Kartellrechts. Und auch mehr Wahlfreiheit für Patienten im Zuge einer Mehrkostenregelung ist denkbar.

Wenn man denn wüsste, welche Einsparungen tatsächlich erzielt werden. Kann die Politik den Kassen nicht etwas mehr Transparenz verordnen?

Die Kassen müssen die Einsparungen aus den Rabattverträgen in einem dafür vorgesehenen Kontenrahmen ausweisen. Das geschieht zur Zeit aber noch mit einer erheblichen Verzögerung.

Das Gesundheitssystem braucht trotz aller Vertraulichkeit der Geschäftsgeheimnisse ein gewisses Maß an Transparenz, um Bewertungen abgeben zu können. Wenn man Daten hat, muss man damit auch umgehen dürfen. Daten und Informationen brauchen aber nicht nur Forscher, sondern auch Patienten. Wie sieht es denn mit denen aus?

Ein Ziel der neuen Gesundheitsreform ist es, gerade für Versicherte und Patienten für mehr Transparenz zu sorgen. Ein souverän und eigenverantwortlich agierender Versicherter benötigt Wissen über Krankheit und Krankheitsgeschehen sowie Informationen über seine Rechte als Patient.

Aber bisher weiß zum Beispiel nur ein winziger Bruchteil der GKV-Versicherten, wie viel ihre Behandlung kostet. So viel zum Thema Transparenz.

Stimmt. Kein Patient kann eine seriöse Preis-Leistungs-Bewertung anstellen, weil er den Preis dafür nicht kennt. Man gibt die Krankenversicherungskarte ab und wird behandelt. Es ist doch kein Wunder, dass die Versicherten oft vollkommen falsche Vorstellungen darüber haben, was ihre Behandlung wirklich kostet.

Dafür hat jeder Krankenversicherte das Gefühl, dauernd mehr in seine Krankenversicherung einzahlen zu müssen.

Wobei der Begriff „einzahlen“ das falsche Wort ist, weil die GKV ja kein Sparverein ist. Richtig ist jedoch, dass man zahlt und will, dass mit den Mitteln vernünftig umgegangen wird.

Und andererseits das Verlangen möglichst viel zu bekommen. Diese Diskrepanz behindert die eigene Selbststeuerungsfunktion, die an sich das einzig sinnvolle wäre. Wie bekommt man aber den Patienten zu mehr Selbststeuerung?

Das ist die wichtigste Frage überhaupt. Wenn man möchte, dass ein Krankenversicherungssystem gleichermaßen auf Eigenverantwortung wie auf Solidarität aufbaut, dann besteht die Kunst darin zu wissen, wo die die Grenze zwischen beiden verläuft. Will heißen: Wo liegen die Grenzen der Eigenverantwortung für mehr Effizienz, die ich abverlangen kann und muss? Und wo ist die natürliche Grenze der Solidarität? Wobei wir alle wissen, dass jeder irgendwann in eine Situation kommen kann, in der er auf Hilfe anderer – also auf die Solidarität der Gesellschaft – angewiesen sein wird.

Das aber verlangt in erster Linie einen ebenso aufgeklärten wie selbstbewussten Patienten.



Der Patient kann mit seinem Wissen eine gewisse Marktmacht ausüben, auch wenn es immer Informationsasymmetrie geben wird. Doch gerade deswegen braucht man ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis. Aber mehr Selbstbewusstsein als bisher könnte man dem Patienten schon zutrauen.

Also wäre auch eine Neufassung des HWG nötig?

So weit würde ich im Moment noch nicht gehen. Erst mal braucht der Patient möglichst gute und neutrale Informationen. Patientenaufklärung und -bildung und auch Prävention ist doch viel mehr als nur eine Rückenschule: Es muss ein Mentalitätswechsel herbeigeführt werden.

Gibt es hierfür einen aktuellen Plan, den Sie im Auge haben?

Wenn man das System als Ganzes betrachtet, dann kommt man zu folgender Lösung: Man braucht ein wettbewerbliches System und einen mündigen sowie aufgeklärten Versicherten und Patienten. Gerade deswegen haben für mich Patientenaufklärung und -bildung und auch Prävention einen so hohen Stellenwert.

Doch auch davon ist derzeit noch wenig zu spüren.

Manchmal hat man den Eindruck, dass die heutigen Angebote der Kassen eher Marketing- als richtige Präventionsmaßnahmen sind. Unsere Studien belegen, dass derzeit gerade einmal zwei Millionen Versicherte durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden.

Was im Vergleich zu 70 Millionen Versicherten und 50 Millionen Beitragszahlern nicht gerade viel ist.

Dazu kommt, dass das meist jene sind, die sowieso schon gesundheitsbewusst leben und sich solche Kurse ganz bewusst aussuchen. Die entscheidende Frage ist deshalb, wie man diejenigen für Präventionsangebote erreichen kann, die eher informations- und manchmal vielleicht auch bildungsferner sind. Ein Ansatz wäre es zum Beispiel, über Hausärzte zu agieren. Ein zweiter Ansatz wäre es, den gesamten Bereich der beruflichen Gesundheitsförderung stärker in den Vordergrund zu rücken – auch, weil es einen engen Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und Burn-out-Syndromen bis hin zur Depression gibt.

Das sind sicher nur zwei kleine Bausteine – aber man muss sicher irgendwo anfangen. Wenn man ja zu mehr Prävention sagt, kommt man dann nicht automatisch zu einer Prämie?

Sicher. Man muss Anreize schaffen! Meine Aufgabe ist es doch nicht nur dafür zu sorgen, dass die Gesundheitsversorgung stets gut gesichert ist, sondern auch, dass die Menschen möglichst lange gesund bleiben. Durch eigenes Wissen, durch eigene Information und vor allem durch eigenes Verhalten.

Was im Endeffekt nur das Management von Krankheit oder Gesundheit ist.

Genau deshalb muss man die richtigen Anreize schaffen – ob für Leistungserbringer oder für den Patienten. Das ist der beste Weg, um unnötige volkswirtschaftliche Kosten im Bereich der Krankenversicherung zu vermeiden. Das ist eigentlich eine wahrlich banale Erkenntnis, aber zugleich auch unglaublich schwierig umzusetzen – auch weil es in der Geschichte der Gesundheitspolitik nicht gelernt ist.

Haben Sie denn das Gefühl, dass die Leistungserbringer Transparenz überhaupt wollen?

Das auf jeden Fall. Wenn Sie von einem fairen System ausgehen können, dann wissen alle, dass gute Leistung belohnt wird und schlechte nicht. Wer dieses Grundprinzip akzeptiert, wird zum Beispiel eine anonyme Konkurrenzsituation gerne gegen eine transparente und faire Kosten-Nutzen-Bewertung eintauschen. Und wer eine echte Prozess- oder Produktinnovation anbietet, braucht doch vor einer Kosten-Nutzen-Bewertung keine Angst zu haben.

Das Problem sind die Schrittinnovationen. Die große Welt der Medizin lebt leider nicht von den ganz großen Würfeln, sondern meist von vielen kleinen Fortschritten.

Genau darum gab es bisher immer Regeln, die Ausweichmechanismen nach sich zogen, die dann wiederum zu neuen Regeln führten. Was übrigens ganz gut die überbordende Bürokratie im Gesundheitssystem erklärt. Damit wäre Schluss, wenn man sich auf international anerkannte Regeln verständigen würde, wobei ich weiß, wie schwierig das ist.

Die Richtung der Kosten-Nutzen-Bewertung, die Herr Prof. Sawicki, der uns vor zwei Ausgaben im Titelinterview Rede und Antwort gestanden hat und dessen Vertrag zum 31. August dieses Jahres ausläuft, soll der Maßstab sein?

Man muss trennen zwischen der Person Sawicki und dem Institut IQWiG. Um in der Funktion des Instituttleiters des IQWiG zu bestehen, muss man schon ein bestimmter Typ Mensch sein – nämlich nahezu unempfindlich gegen Kritik. Das ist fast wie das Amt eines Gesundheitsministers: Sie werden von allen Seiten kritisiert und alle sind unzufrieden, egal was sie tun. Glauben Sie mir, schon nach knapp 100 Tagen kenne ich mich damit ganz gut aus. Wenn man aber unempfindlich gegen Kritik wird, kann es manchmal sein, dass man auch unempfindlich gegen Selbstkritik wird.

Und daran ist Herr Professor Sawicki gescheitert?

Ich will zwischen Fehlern im Verwaltungsverfahren und dem Aufbau des IQWiG selbst unterscheiden, denn letzteres war eine enorme Leistung, die ich ihm persönlich hoch anrechne. Aus dem Nichts ein derartiges Institut aufzubauen und die Kosten-Nutzen-Bewertung in

bestimmten Teilen schon einzuführen, dazu braucht man ein großes Maß an Durchsetzungsfähigkeit.

Sollte denn der deutsche Sonderweg in der Kosten-Nutzen-Bewertung so bleiben, wie er ist oder nicht doch besser noch einmal überdacht werden?

Das oberste Ziel muss die internationale Vergleichbarkeit sein. Den Pharmabereich kann man nicht nur national betrachten, was ein Mindestmaß an Vergleichbarkeit nach sich zieht. Je akzeptierter dann die angewandten Verfahren sind, desto einfacher wird am Ende die Kosten-Nutzen-Bewertung sein. Und wenn sich Leistung im fairen Wettbewerb lohnt, wird sich auch dieses Verfahren am Ende schneller etablieren. Dann hätten wir auch aus Patientensicht einiges erreicht. Weil dann nur noch jene Medikamente in die Kostenerstattung kommen, die tatsächlich ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

Und den dafür adäquaten Preis.

Natürlich. Dass sich jedes Unternehmen nach Marktzulassung einen Preis ausdenken kann, ist doch ein Unstand, den man so nur noch in Deutschland findet. Das wird sich ändern müssen.

Dafür gibt auch schon erste Ansätze der Fachverbände.

Die Verbände haben erkannt, dass dieses lukrative Geschäftsmodell auf Dauer so nicht weitergehen kann. Aus der Sicht der Politik ist ein faires System zu entwickeln. Das neue Preissystem wird sicher nicht sofort finanzielle Auswirkungen haben – aber in ein bis zwei Jahren schon. Wichtig ist, dass Einsparungen für die GKV realisiert werden, ohne Innovationen zu verhindern. Die Balance ist wichtig.

Das kann die Chance eines neuen Wettbewerbs sein.

Die Chance ist da. Am Ende will ich für ein faires System stehen, das auf lange Sicht für alle Seiten Erfolg verspricht.

Es wird auf die langfristige Verlässlichkeit ankommen, denn die fehlte bisher.

Man muss eigentlich nur die ganz normalen Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft anwenden: einen fairen Wettbewerb und ein klares Ordnungssystem. Wobei sich die Politik nicht anmaßen sollte, immer alles regeln zu wollen. Wichtig sind die groben Eckpfeiler eines Systems und die notwendige Markttransparenz, im Einklang mit den richtigen Anreizen für die Belohnung von echten Leistungen und nicht für die Geschicklichkeit im Ausnutzen des Systems.

Der Weg wird das Ziel sein.

Das ist von Konfuzius sehr weise gesagt und das stimmt auch.

Haben Sie schon einen Namen für das nächste Gesetz?

Noch nicht. Der Name kommt zum Schluss. Die wichtigste Frage lautet, wie vermittele ich den Menschen, dass wir ein System auf den Weg bringen wollen, in dem alle Versicherten und Patienten am Ende sicher sein können, dass das Geld für Vorsorge und Versorgung zur Verfügung steht, statt in Ineffizienzen zu verdampfen. Wenn uns das gelingt, hätten wir mehr erreicht als alle bisherigen Reformen.

In Ihrem kürzlich vorgestellten Eckpunktepapier soll der gesamte Arzneimittelmarkt neu geregelt werden. Wie lauten die Ziele?

Wir wollen dafür sorgen, dass alle neuen und innovativen Arznei-

mittel sofort für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Aber auch, dass diese Arzneimittel in Zukunft bezahlbar bleiben. Wir brauchen endlich eine notwendige Balance zwischen Innovationsfähigkeit und Bezahlbarkeit.

Wie soll diese Balance hergestellt werden?

Wichtig ist, dass Pharmaunternehmen künftig die Preise für neue Arzneimittel nicht mehr einseitig bestimmen können, sondern mit Studien den Nutzen für alle neuen innovativen Arzneimittel nachweisen. Diese werden dann vom GBA geprüft, damit die Krankenkassen eine solide Grundlage für Preisverhandlungen erhalten.

Also in Form von selektiven Verträgen?

Die Kassen sollen in Zukunft die Preise der Arzneimittel mit den Unternehmen verhandeln. Das ist ein weiterer bedeutender Schritt zu einem patientenorientierten Gesundheitsmanagement der Krankenkassen für ihre Versicherten.

Wie soll das Procedere genau aussehen?

Die pharmazeutischen Unternehmen werden verpflichtet, schon zur Markteinführung ein Dossier zu Nutzen und Kosten einzureichen.

Im Prinzip wäre das ein ähnliches Modell wie es bereits in Schottland praktiziert wird.

Man muss ja nicht alles neu erfinden. Mit einem derartigen Dossier sollen die wichtigsten Nachweise erbracht werden, wie zugelassene Anwendungsgebiete, medizinischer Nutzen, medizinischer Zusatznutzen im Vergleich zum Therapiestandard bzw. zu Therapiealternativen, Therapiekosten, Quantifizierung der Anzahl der Patienten bzw. Abgrenzung für die Behandlung in Frage kommender Patientengruppen, Beschreibung der Anforderung an eine qualitätsgesicherte Anwendung.

Also jede Menge Inhalte der Versorgungsforschung.

Geplant ist, dass der G-BA auf Grundlage des mit den Dossiers eingereichten Fakten in kurzer Frist eine Nutzenbewertung veranlasst, die in der Regel spätestens drei Monate nach Zulassung vorliegen soll. In der Bewertung soll es zum Beispiel darum gehen, für welche Patienten und Erkrankungen ein Zusatznutzen besteht.

Was geschieht dann?

Wie in den gemeinsamen Eckpunkten vereinbart, muss das pharmazeutische Unternehmen bei Arzneimitteln mit erkennbaren Zusatznutzen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb eines Jahres nach Zulassung in Direktverhandlungen einen Rabatt auf ihren Abgabepreis vereinbaren – mit Wirkung für alle Krankenkassen.

Was passiert falls es keine Einigung gibt?

Dann entscheidet eine zentrale Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten. Die Schiedsstelle setzt den Rabatt beispielsweise auf Basis internationaler Vergleichspreise fest.

Was geschieht mit Arzneimitteln ohne erkennbaren Zusatznutzen?

Arzneimittel, für die in dieser Nutzenbewertung kein Zusatznutzen festgestellt wird, sollen künftig direkt in das Festbetragssystem überführt werden. Grundsätzlich soll es darüber hinaus bei Analogarzneimitteln eine Umkehr der Beweislast geben, will heißen: Eine therapeutische Verbesserung wird nur auf Antrag des Unternehmens anerkannt. Dieses ist verpflichtet, die notwendigen Belege dazu selbst vorzulegen.

Insgesamt ein anspruchsvolles Zeitfenster, wenn man betrachtet, wie lange Nutzenbewertungen bislang dauern.

Darum wird auch das IQWiG in seiner wissenschaftlichen Arbeit gestärkt und die Verfahrensabläufe gestrafft.

Das Gesamtpaket soll ja erst zum 1. Januar 2011 in Kraft treten. Welche kurzfristigen Aktionen planen Sie?

Die Koalitionsfraktionen haben sich meiner Linie angeschlossen: Wir ziehen das Preismoratorium und die Erhöhung der Herstellerrabatte vor. Der Abschlag für Arzneimittel ohne Festbetrag wird von derzeit 6 auf 16 Prozent angehoben. Das bringt uns allein in diesem Jahr jeden Monat 120 Millionen Euro. Je früher wir starten können, desto besser für die Gesetzliche Krankenversicherung und damit auch für die Versicherten. <<

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

Der Einstieg in das Jahr des Zusatzbeitrags

Die Zukunft liegt alleine in der Transparenz

In den Medien tobt die Schlacht um den Gesundheitsfonds und damit um die Zukunft der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Während es Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder anscheinend entfallen ist, dass sein kürzlich eingebrachter Vorschlag schon in den Koalitionsverhandlungen zwischen CDU, der FDP und natürlich auch seiner Partei abgelehnt wurde, bedeuten seine Vorschläge nach Meinung des neuen Bundesgesundheitsministers Dr. Philipp Rösler nur „eine Rückkehr zum alten intransparenten Finanzierungssystem, das bereits die Große Koalition nicht mehr wollte“. Wichtig ist in diesem zwischen Koalitionären geführten Disput eigentlich nur der Begriff Transparenz, der auf die Spur des wirklichen Kassenkampfes führt, der hinter den Kulissen tobt: Viele Kassen kommen mit ihren Zuweisungen nicht mehr hin und lenken mit Krankenhaus- und Ärztehonorar oder Arzneimittelausgaben von der eigentlichen Causa ab: nämlich der noch lange nicht gelösten Ausgabensituation, mangelnder systemischer Effizienz und ebenso dem Anspruchverhalten der Versicherten.

>> Die beiden Schlagwörter „Gesundheitsfonds“ und „Morbi-RSA“ werden auch von Fachleuten und Politikern fälschlicherweise oft durcheinander gebracht, obwohl sie eigentlich gar nichts miteinander zu tun haben. Während

der Fonds eigentlich nichts weiter als eine zentral vom BVA verwaltete Sammelstelle ist, obliegt es dem Morbi-RSA, der aufgrund von Verzögerungen zufällig zum selben Zeitpunkt wie der Fonds an den Start gegangen ist, die

jeweilige Höhe der Zuweisung zu bestimmen: Doch anders als in Publikumsmedien oft dargestellt, stellt sich die Frage nach einem Ja oder Nein zum morbiditätsorientierten RSA, der die bisherige nur alters-, geschlechts- und

einkommensdominierte Zuweisung ablöst, gar nicht: Die Politik kam - wenn auch recht zögerlich - mit der Einführung des M-RSA doch lediglich dem entsprechenden Auftrag des Bundesverfassungsgerichts nach. Die Frage lautet also nicht, ob es künftig einen M-RSA geben wird oder nicht, sondern lediglich, wie er künftig ausgestaltet und definiert wird. Genau in dieser alleine von der Politik zu definierenden Angelegenheit findet sich der wahre Grund für die derzeitigen Beitragserhöhungen einiger weniger, bald sicher mehr und mehr Kassen: Denn einzig und alleine die letztliche Ausgestaltung des M-RSA entscheidet über Gewinner und Verlierer. Wird der M-RSA neu definiert, gibt es eben andere Gewinner und Verlierer. Oder wie es Dirk Göppfarth, beim BVA im Referat VII2 für den RSA zuständig, ökonomisch kühl formuliert: „Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds standardisierte Zuweisungen“. Das heiße nun einmal, dass sich die Zuweisungen an Durchschnittswerten nach gewissen Risikoklassen und „nicht an den tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen“ orientiere.

Verlierer trotz recht hoher Zuweisungsgenauigkeit

Das Hauptproblem ist die große Zahl an sich: Der Dampfkessel - genannt GKV-Budget - ist rund 220 Milliarden Euro schwer, wobei es der M-RSA trotz aller systemimmanenter (und sicher noch weiter verbesserungswürdigen) Prognoseungenauigkeiten immerhin schafft, mit rund 80 Prozent schon eine sehr respektable Zuweisungsgenauigkeit zu erzeugen. Was allerdings im Umkehrschluss auch bedeutet, dass eine Kasse A vielleicht mit rund 23 % Ungenauigkeit bedient wird, eine Kasse B nur mit 17 %. Will heißen: Kasse A bekommt statt des eigentlich benötigten Budgets zur Nullstellung ihrer Ausgaben viel zu wenig, die andere etwas mehr und eine dritte und vierte - die sich darüber natürlich nicht beschweren - viel zu viel.

Die Kassen A und B sind die Verlierer, weil die Risiken ihrer Versichertenkollektive durch den aktuellen M-RSA nur ungenügend abgebildet werden. Die anderen Kassen dürfen sich dagegen als Gewinner sehen - zur Zeit! Denn falls der M-RSA einmal umformuliert werden sollte, indem zum Beispiel die Kosten der Demenzversorgung - die nur über ihre tatsächlich quantitative Dimension und aufgrund erheblicher Lobby-Bemühungen der vollversorgenden Kassen Eingang in die 80 M-RSA-Krankheitsgruppen gefunden hat - in einem irgendwann gültigen M-RSA 2.0 nicht mehr erstattet werden, würden die Vollversorger, allen voran AOK

und Barmer, zu den Verlierern zählen. Doch das kann sich politisch wohl niemand leisten.

So sind die aktuellen Verlierer vornehmlich unter den Kassen zu finden, die ihre Klientel in der Vergangenheit hauptsächlich durch günstige Beiträge rekrutierten. Doch mit der Einführung des M-RSA zum Januar 2009 verlor die Logik der alten Systeme ihre Gültigkeit, aber nicht die von ihr selbst ausgelöste Eigendynamik: Nämlich jene, dass immer noch Versicherte zu kleinen Kassen wechseln, dort aber eigentlich gar nicht mehr willkommen sind oder besser - aus ökonomischen Gründen gar nicht mehr willkommen sein können!

So gibt es heute immer noch kleine bis kleinste Kassen mit ungebremstem Mitgliederzulauf, ob das nun mal 10 oder auch 20 „Neue“ pro Tag sind. Großen Kassen fallen solche Zulaufe nicht einmal auf, doch kleine Kassen mit einem Gesamtklientel von nur wenigen Tausenden an Versicherten stehen vor einem Problem, weil sie auf einmal ihr Risikopotenzial nicht mehr im Griff haben: Kommen da Gesunde? Sind es etwa Kranke? Oder gar Chroniker mit einer M-RSA-Krankheit? Oder eben keiner? All diese Mitglieder verursachen in diesen kleinen und kleinsten Versicherten-Kollektiven Veränderungen - bis hin zu Fällen, in denen die Kostenerstattung für einen einzigen an einer (nicht M-RSA) Bluterkrankheit leidenden Jungen auszureichen scheint, dass alle Versicherten einen Zusatzbeitrag bezahlen müssen.

So wird schnell klar, warum medial recht wirksame Argumentationen der Kassen wie erhöhte Krankenhaus- und Ärzte- sowie Arzneimittelkosten schnell als das entlarvt werden, was sie sind: Marginalia. Gewiss nicht unwichtige, aber eben nicht entscheidende. Und warum kurzfristige und ebenso hilflose Einsparversuche wie Rabattverträge oder Zusatzrabatte der Pharma-Industrie immer das bleiben werden, was sie sind: Tropfen auf dem heißen Stein, aber zumindest publikumswirksam verdampfende.

Genau darum wird 2010 das Jahr der Zusatzbeiträge. Nicht, weil im Vorjahr aufgrund von Entscheidungen der Politik die Ärztehonorare oder die der Krankenhäuser erhöht worden sind, und auch nicht, weil die Arzneimittelausgaben um ein paar Prozente gestiegen sind. Sondern weil der M-RSA in das System etwas einführt, was es bisher in der Kassen-Landschaft so nicht gab: Transparenz! Nach dem Schritt der ersten neun Kassen, Zusatzbeiträge (s. S. 14 ff.) zu erheben, werden in den nächsten Monaten noch andere folgen: Nämlich all jene, die sich bisher vor diesem Schritt nur dadurch haben retten können, indem sie (auf Kosten der Versorgungsqualität) knallhartes

Costcutting betrieben haben, unterjährig von etwaigen Überschüssen lebten, zumindest aber einfach buchhalterisch Zahlungen von einem Jahr ins andere prolongierten - nur um nicht der erste sein zu müssen, der zusätzliche Beiträge und damit mögliche Abwanderungsbewegungen zwischen den Kassen auslöst.

Dieses Hopping fürchten die Kassen fast mehr als alles andere; denn das bringt eben nicht nur unübersehbare Risiken, sondern kostet einfach eines: Geld! Was im übrigen auch Zusatzbeiträge als solche tun: Obwohl die meisten Kassen nur acht Euro oder einen beliebigen Betrag innerhalb der 1-Prozent-Regelung - für deren Höhe es wiederum keinerlei Evidenzgrundlage gibt - erheben, ist den meisten bewusst, dass sie von diesem Betrag nur einen Bruchteil behalten werden, weil die bloßen Verwaltungs- und Bankkosten 3,50 oder auch 5 Euro verschlingen - oder eben nur 1,61 Euro, wie es SpectrumK für die BKken, aber auch alle anderen Kassen, die das System in Anspruch nehmen wollen, geschafft hat.

Der Einstieg in die Eigenverantwortung in Gefahr

Doch die Gefahr ist akut, dass der Zusatzbeitrag - der als erster Einstieg in eine ganz neue Finanzierungsmethodik in Deutschland gesehen werden kann - stigmatisiert wird, anstatt als das betrachtet zu werden, was er mit hoher Sicherheit von der Politik gewollt war: Als sachter Beginn für mehr Eigenverantwortung bei den Versicherten! Denn nur mit mehr Transparenz der Kosten - auf Kassen- wie auf Versichertenseite - und nur mit mehr finanzieller Eigenverantwortung kommt das aus dem System, was es intern am meisten belastet: Über-Inanspruchnahme seitens all jener, die vielleicht meinen, schon mit ihrem normalen Kassenbeitrag und nun ergänzend durch ihren Zusatzbeitrag noch mehr Ansprüche anmelden zu können, anstatt nur das zu beanspruchen, was wirklich nötig ist.

Farineß durch Transparenz: Nur dieser Dualismus gebiert am Ende des Tages ein völlig neues, für alle Beteiligten ausreichendes System, indem nicht mehr gedeckelt, rationiert oder priorisiert werden muss, weil Transparenz - erzeugt durch Versorgungsforschung - zum Steuerungsinstrument Nummer 1 geworden ist.

Doch bis dahin ist es ein weiter Weg, wie Bundesgesundheitsminister Rösler im Titeltinterview dieser Ausgabe selbst sagt. Doch der erste Schritt hin zu mehr Transparenz ist getan, auch wenn er von der Öffentlichkeit noch nicht als solcher erkannt wird. <<

Peter Stegmaier



Franz Knieps

ist Berater für Gesundheitspolitik der SPD-Fraktion, Wiese Consult, Berlin; war bis Ende 2009 Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin und ist u.a. Mitglied im Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVf)

Bundesminister Rösler: Vorhaben und Realität

>> Philipp Rösler ist in der Realität angekommen – zumindest mit einem Bein. Der freundliche und eloquente Gesundheitsminister legt sich – von vielen unerwartet – mit den Großen der Pharmabranche an. Er will die freie Preisbildung bei patentgeschützten Arzneimitteln zugunsten einer Verhandlungslösung auf der Basis von Kosten-Nutzen-Bewertungen abschaffen. So weit – so gut. Das wollen und wollten andere auch, scheiterten aber immer wieder an den Unionsparteien, die jetzt plötzlich da Regulierungsbedarf sehen, wo sie bisher immer blockiert haben. Die schärfsten Kritiker der Elche waren bekanntlich selber welche.

Wie immer im Leben kommt es aber auf das Kleingedruckte an. Wer soll die Kosten-Nutzen-Bewertung wann und nach welchen Kriterien durchführen? Wer verhandelt mit wem auf welcher Ebene? Wie sehen Konfliktlösungsmechanismen aus, wenn Verhandlungen nicht zu einem Ergebnis führen? Sollen die Verträge neuartige Inhalte wie Risikoteilung zwischen Herstellern und Kostenträgern oder Kostengarantien enthalten?

Der Minister wählt starke Worte in Deutschlands größter Boulevardzeitung und lässt sich zum Kämpfer gegen Monopole und Kartelle hoch stilisieren. Doch wenn es konkret werden soll, attackiert er eher die Kassenseite und stellt ein erfolgreiches Kostendämpfungsinstrument – die Rabattverträge – zur Disposition. Er befürchtet, eine (regionale) Übermacht einer Kasse könne zur Zerschlagung mittelständischer Strukturen in der deutschen Generikaindustrie führen. Damit geht er Marktschreibern eines Verbandes auf den Leim, die hinter dem stets bemühten Bild der Apokalypse das alte Kartell weniger Großanbieter wieder herstellen wollen.

Wer sich näher mit Ausschreibungen und Rabattverträgen befasst, kommt zu ganz anderen Schlüssen. Erst diese Instrumente haben den Mittelständlern echte Marktchancen verschafft und einen harten Preiswettbewerb ausgelöst. Wer das Gesundheitssystem und speziell die Arzneimittelversorgung über Markt und Wettbewerb auf Effizienz und Innovation trimmen will, darf sich nicht von Korporatisten beeindrucken lassen, die bei jeder Reform den Untergang des Abendlandes beschwören. Also bitte Hände weg von den Rabattverträgen.

Ähnlich ist die Gemengelage bei den Medizinischen Versorgungszentren. Hier versuchen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und einige Ärztgruppen, verloren gegangenes Terrain zurück zu gewinnen. Diese Zentren, die sich großer Beliebtheit bei Patienten wie Ärzten erfreuen, sollen mehrheitlich in der Hand von niedergelassenen Ärzten liegen. Aktiengesellschaften – wie die bayerische Rhön AG – sollen künftig keine ambulante Versorgung anbieten können. Krankenhäuser sollen nur in unterversorgten Gebieten tätig werden dürfen. Externe Kapitalgesellschaften sollen völlig draußen bleiben. Ein merkwürdiges Verständnis von Markt und Wettbewerb, das zum Formenmissbrauch über Strohmannkonstruktionen geradezu einlädt.

Der Minister sollte sich auch hier ein genaueres Bild von der Lage in der ambulanten Versorgung machen. Die nachrückende Medizinergeneration ist weiblich. Junge Mediziner, aber vor allem junge Medizinerinnen haben andere Ansprüche an die Work-Life-Balance als die

Medical Heroes von früher. Immer mehr medizinische Leistungen können ambulant erbracht werden, benötigen aber eine aufwendige Diagnostik und zuweilen die Sicherheitsinfrastruktur einer größeren Einheit. Die Investitionen in die hoch spezialisierte Medizin (z.B. in der minimal-invasiven Chirurgie, im Labor oder bei bildgebenden Verfahren) sind so hoch, dass sie selbst von Ärztereinigungen nicht mehr getragen werden können. Und schließlich dürften die Verfassungsressorts ein Wörtchen mit zu reden haben, wenn die Organisations- und Betriebsformen in der ambulanten Versorgung ohne sachlichen Grund eingeschränkt werden. Denn Erkenntnisse, dass in Medizinischen Versorgungszentren die schlechtere Medizin gemacht würde, gibt es nicht. Im Gegenteil: offene Kommunikation zwischen Kollegen, interdisziplinäre Kooperation, Koordination über modernes Praxismanagement, kurze Wege für Patienten, Vermeidung von unnötigen Arztkontakten und Wartezeiten, Fallkonferenzen, praxisinternes Medikamentenmanagement und vieles mehr sprechen für diese Versorgungsform. Der Minister sollte sich nicht vor den bayerischen Karren spannen lassen und die Wahlfreiheit der Unternehmensform erhalten.

Bei vielen anderen Versorgungsfragen ist der Minister auf dem richtigen Pfad, den allerdings schon andere vor ihm angelegt haben. Das gilt zum Beispiel für die Schaffung von Transparenz, die von jedem Akteur im Gesundheitswesen in Sonntagsreden gepriesen, werktags im Alltag nach Kräften verhindert wird. Hier ist weniger Programmatik als Durchsetzungskraft in der Praxis gefragt. Auch die Verbesserung des Schnittstellenmanagements ist richtig und wichtig. Hier wird viel Geld verschleudert. Nicht zuletzt deshalb ist die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung dringend notwendig. Nicht die Perfektionierung auf Mikroebene, sondern die Schaffung einer integrativen Rahmenplanung auf Länder- oder gar Regionalebene ist das Gebot der nächsten Gesundheitsreform.

Erfreulich ist das klare Bekenntnis zur Förderung einer praxisbezogenen Versorgungsforschung. Aber hier muss das Rad nicht neu erfunden werden. Die Kooperation über die Friedrichstraße hinweg läuft längst gut. Aufgabe des Ministers wäre es, zum einen diese Forschung stärker auf die realen Versorgungsprobleme zu fokussieren, zum anderen die notwendigen Finanzmittel zu beschaffen und die Akteure stärker in die Pflicht zu nehmen.

Mit dem zweiten Fuß ist Philipp Rösler noch nicht in der Realität angekommen. Das gilt weniger für die quasi-religiöse Überzeugung, Kopfpauschale und Kapitaldeckung würden es richten. Diese Überzeugung trifft auf eine andere ökonomische Realität. Wie viele Gesundheitsministerinnen vor ihm predigt er eine neue Kultur der Offenheit, des Vertrauens und der Fairness. Er wird aber bald erfahren müssen, dass im Vordergrund aller Wünsche und Forderungen Macht und Geld stehen. Etwas anderes wäre verwunderlich, geht es doch um Millionen von Jobs und die Verteilung von mehr als 250 Mrd. Euro. In der größten deutschen Wirtschaftsbranche, die nur begrenzt über den Markt gesteuert werden kann, wird mit harten Bandagen gefochten. Wer das nicht sehen will, wird es sehr schwer haben, im Amt zu bestehen. <<

Krankenkassen erheben Zusatzbeiträge - eine erste Analyse der Hintergründe

Zusatzbeitrag aufgrund hoher Arzneimittelausgaben?

Aktuell haben mehrere Krankenkassen angekündigt, Zusatzbeiträge erheben zu müssen - nicht zuletzt mit dem Argument zu geringer Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) resp. Gesundheitsfonds. Gleichzeitig rücken in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion auch die Arzneimittelausgaben der GKV – als traditionell sehr „beliebtes“ Objekt politischer Steuerungsversuche - wieder verstärkt in den Fokus. Auf Basis der krankenkassenspezifischen Rezeptdaten von INSIGHT Health soll in diesem Beitrag der Frage nachgegangen werden, ob hierzu ein Zusammenhang festgestellt werden kann.

>> Neun Krankenkassen werden 2010 definitiv einen Zusatzbeitrag erheben und mindestens drei weitere planen einen solchen (Stand: 11. März 2010). Allerdings gibt es auch vier Krankenkassen, die zurzeit Prämien an ihre Mitglieder ausschütten (siehe Tabelle 1). Die Gründe für diese unterschiedlichen Verhaltensweisen dürften vielfältiger Natur

Frage, ob die Entwicklung der Arzneimittelausgaben die Wahrscheinlichkeit für Zusatzbeitragsenerhebungen einzelner Kassen erhöht. Gegen diese Annahme spricht vor allem die Tatsache, dass die Arzneimittelausgaben nur 18,2 % der gesamten GKV-Ausgaben ausmachen. Dafür spricht die überdurchschnittlich hohe Steigerungsr

Rate der Arzneimittelausgaben im Vergleich zu den anderen großen Ausgabenblöcken: durchschnittlich 5,1 % p.a. seit 1998 im Vergleich zu 2,3 % bei den gesamten Leistungsausgaben. Seit 2001 stellen die Arzneimittel den zweitgrößten Ausgabenblock der GKV dar, nach der Krankenhausbehandlung und vor der ärztlichen Behandlung (Quelle: BMG: Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln 2008).

Bei der Betrachtung der im Jahr 2009 abgerechneten GKV-Rezepte fällt zunächst auf, dass die Unterschiede zwischen

den einzelnen Krankenkassen erheblich sind. Während die niedrigsten Arzneimittelausgaben (ohne Impfstoffe, Anästhetika und Diagnostika für bildgebende Verfahren) je Versicherter mit 171 EUR die BKK Salvina aufwies, lag der Mittelwert mit 352 EUR mehr als doppelt so hoch. Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben hatte die AOK Mecklenburg-Vorpommern

Methodischer Ansatz

Für die hier vorgestellten Analysen wurden die von INSIGHT Health im Rahmen einer Vollerhebung erfassten abgerechneten GKV-Rezepte der einzelnen Krankenkassen – bewertet zu Apothekenverkaufspreisen (AVP) - den Versichertenzahlen nach dfg (Dienst für Gesellschaftspolitik) gegenübergestellt. Die Indikationsgruppen Impfstoffe (hier J07A und J07B), Anästhetika (N01) und Diagnostika für bildgebende Verfahren (T01) wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Sie zeichnen sich durch einen hohen und umsatzrelevanten Anteil an Sprechstundenbedarf aus, der nicht direkt den einzelnen Krankenkassen zuzuordnen ist.

Um auch die Mitgliederbewegungen zwischen den Kassen berücksichtigen zu können, wurden die Arzneimittelausgaben der vier Quartale im Jahr 2009 jeweils durch den Mittelwert der Versichertenanzahl zum 1. Tag des Quartals und der Versichertenanzahl zum 1. Tag des Folgequartals dividiert. Fünf kleinere Betriebskrankenkassen konnten nicht berücksichtigt werden, da für sie keine Versichertenzahlen vorlagen.

Um einen Zusammenhang zwischen Arzneimittelausgaben und Zusatzbeitragsenerhebungen überprüfen zu können, hat INSIGHT Health die Krankenkassen - nach Fusionsstatus zum 01.01.10 - in folgende Gruppen aufgeteilt:

- 1. ZB-Kassen:** Zusatzbeitrag erhebende Kassen (n = 9 mit insg. 11,1 Mio. Versicherten)
- 2. P-Kassen:** Prämien ausschüttende Kassen (n = 4 mit insg. 1,1 Mio. Versicherten)
- 3. Sonstige Krankenkassen** (n = 151 mit insgesamt 57,6 Mio. Versicherten)

Angesichts der geringen Anzahl an Kassen innerhalb der ersten beiden Gruppen müssen sämtliche Ergebnisse mit Vorbehalt interpretiert werden, können aber ggf. eine erste Tendenz aufzeigen. Die Mittelwerte werden als nicht gewichtete Werte ausgewiesen, um einen Einzelkassenvergleich zu ermöglichen.

ZB-Kassen	Zusatzbeiträge 2010	Seit
Gemeinsame BKK Köln	1 % des monatlichen Bruttoeinkommens	01.01.2010
BKK für Heilberufe		
BKK Westfalen-Lippe	1 % des monatlichen Bruttoeinkommens, max. aber 12 EUR	01.02.2010
BKK Phoenix	8 EUR pro Monat	01.01.2010
BKK advita		
BKK Gesundheit		01.02.2010
DAK		
Deutsche BKK		
KKH Allianz	01.03.2010	
P-Kassen	Prämien 2010	Zeitraum
G+V BKK	6 EUR pro Monat	2010
ALP plus BKK	bis zu 70 EUR	2010
hkk	60 EUR	2010
IKK Südwest	25 EUR	bis 31.03.10

Tab. 1: Krankenkassen mit Zusatzbeiträgen und Prämienleistungen 2010. Quellen: www.krankenkassen.de, www.krankenkassen-direkt.de und Krankenkassen-Websites, Stand: 11.03.2010. Die Zusatzbeiträge und Prämien des Jahres 2009 sind hier nicht aufgeführt.

sein: Einkommensentwicklung, Ausgabenentwicklung, Versichertenstruktur, strategische Finanzplanung, politisch-taktisch bedingte Auswahl des Zeitpunktes für einen Zusatzbeitrag resp. eine Beitragsrückerstattung etc.

Angesichts der starken Fokussierung der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion auf die Arzneimittelausgaben stellt sich die

Faktor 4,2

Um diesen Faktor unterscheiden sich die Arzneimittelausgaben pro Kopf zwischen der Krankenkasse mit dem niedrigsten Wert (171 EUR) und der mit dem höchsten Wert (714 EUR) im Jahr 2009.

mit nochmals mehr als dem doppelten Wert: 714 EUR (vgl. Abb. 1).

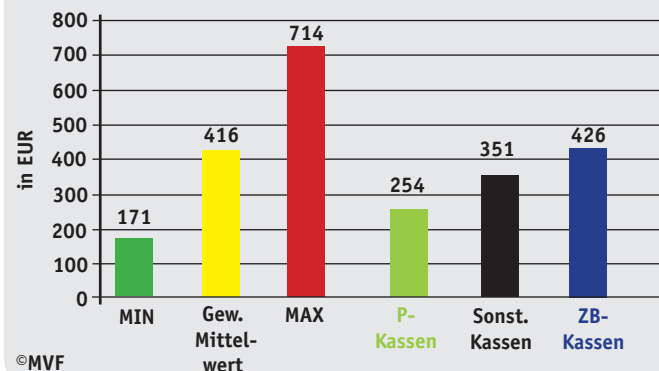
Die sechs Krankenkassen mit den höchsten Arzneimittelausgaben pro Versicherten erheben (bislang) keinen Zusatzbeitrag (Quelle der Versichertenzahlen: dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik). Hierzu zählen vier AOK-en, die Knappschaft und die City-BKK. Allerdings folgt an siebter Stelle die Gemeinsame BKK Köln, die als erste Krankenkasse bereits im Juli 2009 einen Zusatzbeitrag einführt und nun seit 01.01.2010 - mit einem Prozent des monatlichen Bruttoeinkommens - den gesetzlich möglichen Umfang vollständig ausschöpft (siehe hierzu Infobox: Kassenindividueller Zusatzbeitrag). Nach eigenen Angaben hat die Kasse neben einer relativ hohen Morbidität vor allem einen überdurchschnittlich teuren Leistungsfall: Allein für die Behandlung eines neunjährigen Jungen, der an der seltenen Bluter-Erkrankung leidet, habe die mit rund 40.000 Versicherten vergleichsweise kleine Kasse im Jahr 2009 über 2,8 Mio. Euro zahlen müssen, welche durch die Ausgleichsmechanismen des Morbi-RSA nicht ausreichend abgedeckt würden (vgl. Müller, Simon: GBK Köln fordert Maximalbeitrag, in: „Kölner Stadt-Anzeiger“ vom 04.02.2010).

Die BKK für Heilberufe erhebt seit Anfang 2010 ebenfalls den gesetzlich höchstmöglichen Zusatzbeitrag, weist jedoch unterdurchschnittlich hohe Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel auf. Sie selbst führt als Grund für den Zusatzbeitrag an, dass sie überdurchschnittlich viele junge Frauen in ihrem Versichertenstamm habe, kostenintensive Schwangerschaften aber im Morbi-RSA nicht abgebildet würden (vgl. Schlingensiepen, Ilse: Drei Kassen erheben Zusatzbeiträge von über acht Euro, in: Ärzte Zeitung vom 03.02.2010).

Auffällig ist, dass die ZB-Gruppe (Zusatzbeitrag erhebende Kassen) bei den Arzneimittelausgaben mit 426 EUR pro Kopf 21 % über den sonstigen Kassen liegt, während die P-Gruppe (Prämien ausschüttende Kassen)

Abb. 1: Arzneimittelausgaben (ohne Impfstoffe, Anästhetika und Diagnostika für bildgebende Verfahren) je Versicherten nach Kassengruppen 2009
 Quellen: Arzneimittelausgaben nach AVP: INSIGHT Health NVI-KT (Nationale Verordnungsinformation auf Kostenträgerbasis); Versichertenzahlen: dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik.

Arzneimittelausgaben je Versicherten nach Kassengruppen 2009



§ 242 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Der Zusatzbeitrag ist auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Abweichend von Satz 2 erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt. [...]

Abweichung der Pro-Kopf-Ausgaben der Beitrag erhebenden und rückerstattenden Kassengruppen vom Mittelwert der sonstigen Kassen bei den Top 20 Indikationsgruppen

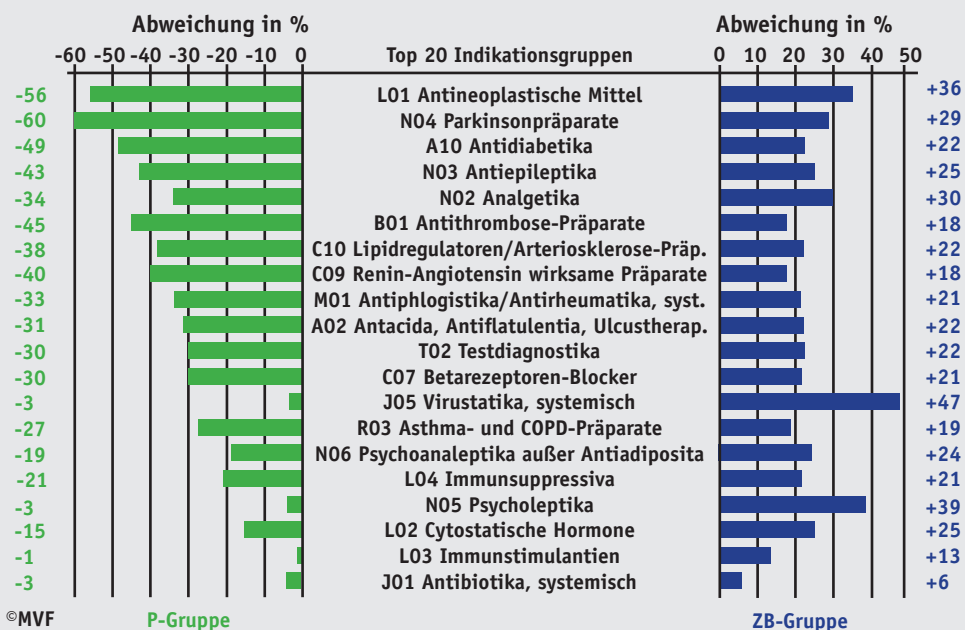


Abb. 2: Abweichung der Pro-Kopf-Ausgaben (nach AVP) der Beitrag erhebenden und rückerstattenden Kassengruppen vom Mittelwert der sonstigen Kassen bei den Top 20 Indikationsgruppen
 Quellen: INSIGHT Health NVI-KT (Nationale Verordnungsinformation auf Kostenträgerbasis); Versichertenzahlen: dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik. Es wurden die 20 ausgabenintensivsten ATC-Gruppen ohne Impfstoffe nach EphMRA berücksichtigt.

mit 254 EUR aber 27 % darunter liegt. Die vier P-Kassen weisen durchweg unterdurchschnittlich hohe Arzneimittelausgaben je Versicherten auf. In einem zweiten Schritt soll nun ein differenzierterer Blick auf die Verteilung der Arzneimittelausgaben erfolgen.

Spiele indikationsspezifische Arzneimittelausgaben eine Rolle?

Statt der gesamten Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben könnte auch nur die Höhe der Arzneimittelausgaben in bestimmten Indikationsgebieten resp. ATC-Gruppen ein Auslöser für die Entscheidung einer Kasse sein, 2010 einen Zusatzbeitrag zu erheben bzw. Prämien auszuschütten.

In einer ersten Analyse wurden daher die Pro-Kopf-Ausgaben der P-Gruppe und der ZB-Gruppe im Vergleich zu den sonstigen Krankenkassen bei den 20 ausgabenintensivsten ATC-Gruppen ohne Impfstoffe (anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation nach EphMRA - European Pharmaceutical Market Research Organisation) miteinander verglichen. Hierbei fällt auf, dass die P-Gruppe durchweg unterhalb und die ZB-Gruppe durchweg oberhalb der sonstigen Kassen liegen.

Diese Ergebnisse legen den Verdacht nahe, dass die Arzneimittelausgaben je Versicherten – wenn auch nicht für jede einzelne Krankenkasse – einen ersten Grund für die Zusatzbeitragserhebung liefern könnten. Für eine validere Aussage sollten in einem nächs-

ten Schritt detailliertere Analysen aufgesetzt und nach differenzierenden Erklärungsmustern gesucht werden. Von großem Interesse wäre dabei vor allem eine Analyse der arzneimittelintensiven Indikationen sowie der 80 Krankheitsbilder des Morbi-RSA.

Fazit

Die von INSIGHT Health durchgeführten Analysen mit den hier dargestellten Ergebnissen stellen einen ersten Versuch dar, Ansatzpunkte für die Aktionen der Krankenkassen im Hinblick auf § 242 SGB V „Kassenindividueller Zusatzbeitrag“ zu identifizieren – jenseits politisch-taktischer Überlegungen. Für eine tiefergehende Analyse wäre es nun notwendig, ausgehend von der jeweiligen Versichertenstruktur und Größe der einzelnen Kassen, auch die anderen Ausgabebereiche miteinander zu vergleichen. Dies könnte dann der Auftakt für einen umfassenden Krankenkassenvergleich sein, der ggf. auch eine Bewertung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA ermöglicht. Damit könnte der Morbi-RSA oder – wie es ein Versorgungsforscher einmal ausgedrückt hat - „der weltweit größte Feldversuch ohne wissenschaftliche Begleitung“ doch noch einer Evaluation unterzogen werden. <<

BVA-Chef Gaßner warnt die Kassen

>> Der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Dr. Maximilian Gaßner, warnte kürzlich die Kassenszene, dass die Koppelung von sogenannten Halteprämien und Zusatzbeiträgen unzulässig sei. Gaßner: „Krankenkassen, die aufgrund ihrer finanziellen Lage gezwungen sind, einen Zusatzbeitrag zu erheben, dürfen nicht versuchen, ihre Mitglieder mit einer Halteprämie von der Ausübung ihres gesetzlichen Sonderkündigungsrechtes abzuhalten.“ Vielmehr sei eine Krankenkasse „zur Erhebung eines Zusatzbeitrages gesetzlich verpflichtet“, wenn sie ihren Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht decken könne, wobei allerdings dann die Mitglieder der betreffenden Krankenkasse das Recht haben, bis zur erstmaligen Fälligkeit des Zusatzbeitrages die Mitgliedschaft in der Krankenkasse zu kündigen.

Wenn nun laut Gaßner eine gesetzliche Krankenkasse versuche, ihre Mitglieder durch Zahlung einer Halteprämie von der Ausübung ihres Kündigungsrechtes abzuhalten, werde der falsche Eindruck erweckt, es seien ausreichend finanzielle Mittel vorhanden, wodurch wiederum die „Legitimation des Zusatzbeitrags an sich“ untergraben werde. <<

1. Kongress Gesundheitsversorgung

>> „Gesundheitsversorgung fokussieren, gestalten und finanzieren“ steht im Fokus des 1. Deutschen Kongresses für Gesundheitsversorgung (8.6./ CC Rosengarten Mannheim). <<

Dr. André Kleinfeld*

* Business Development Manager von INSIGHT Health

MBA in Gesundheitskommunikation

Neue Strategien und Strukturen rücken die Kommunikation in den Mittelpunkt effizienter Gesundheitsversorgung.

Der **Master of Business Administration in Health Communication Management** bietet ein praxisorientiertes berufsbegleitendes Hochschulstudium und der international anerkannte MBA-Abschluss steigert Ihre Karrierechancen.

Auf der Internetseite finden Sie alle Informationen:

www.mba-hcm.de



Diabetes mellitus: Auswirkungen einer Zulassungserweiterung auf die Patienten-Medikation

Was passiert bei Zulassungserweiterungen?

Ebenso wie die Zulassung neuer Wirkstoffe kann auch die Zulassungserweiterung bestehender Wirkstoffe beträchtliche Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung haben. Dies ist vor allem in so stark wachsenden Indikationsgebieten wie Diabetes mellitus von hohem Interesse. Nach INSIGHT Health hat die Anzahl an Antidiabetika-Verordnungen alleine seit 2004 um durchschnittlich 3,8 % pro Jahr zugenommen – im Vergleich zu 1,5 % bei den gesamten GKV-Arzneimittelverordnungen. Am Beispiel des 2007 eingeführten Antidiabetikums Sitagliptin, dessen Zulassungsspektrum in der zweiten Jahreshälfte 2009 deutlich erweitert wurde, sollen in diesem Beitrag erste Tendenzen zu dem veränderten Ordnungsverhalten aufgezeigt werden.

>> Im Rahmen einer unterstützenden pharmakologischen Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 stehen neben Insulin verschiedene orale Antidiabetika zur Verfügung. Unter diesen befindet sich die Wirkstoffklasse der DPP-IV-Hemmer und als prominenter Vertreter dieser Klasse der Wirkstoff Sitagliptin. DPP-IV-Hemmer werden in Form von Tabletten eingenommen und verzögern den Abbau körpereigener Inkretine, wodurch die Insulinfreisetzung gesteigert wird (vgl. Häussler, Bertram et al.: Arzneimittel-Atlas 2009, S. 90). Sitagliptin wurde erstmalig zugelassen für die Kombinationstherapie mit anderen oralen Antidiabetika im März 2007, im September 2009 erfolgte eine erweiterte Zulassung für die Monotherapie (eingeschränkt) sowie im Oktober 2009 – als erster und bisher einziger Wirkstoff aus der Gruppe der DPP-IV-Hemmer – für die Zusatztherapie mit Insulin. Diese Zulassungserweiterungen lassen Auswirkungen auf den Verordnungsmarkt der oralen Antidiabetika und die Medikation der Typ-2-Diabetiker erwarten. Aus der Entwicklung des Marktes für orale Antidiabetika leiten sich zugleich Fragen für die Versorgungsforschung ab, wie:

- Können bereits Veränderungen im Ordnungsverhalten der Ärzte hinsichtlich der DPP-IV-Hemmer beobachtet werden, die u. a. auf die Zulassungserweiterung für Sitagliptin zurückzuführen sind?
- Ist in der nächsten Zeit mit einer steigenden Bedeutung von Sitagliptin als Begleitmedikation für insulinpflichtige Diabetiker zu rechnen?

Mit pseudonymisierten Patientendaten Medikationshistorien abbilden

Um Hinweise zur Beantwortung der Fragestellungen zu erlangen, wurde die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen anhand der Datenbank „Patienten Tracking“ von INSIGHT Health betrachtet. In dieser Datenbank befinden sich die Arzneimittel-Verordnungsdaten von rund zehn Millionen GKV-Patienten mit

insgesamt über 300 Millionen GKV-Verordnungen seit 2003. Die Daten sind repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland sowie für alle einzelnen Bundesländer. Verfügbar sind die Merkmale Alter, Geschlecht und Krankenkasse. Die Daten liegen grundsätzlich pseudonymisiert vor und ermöglichen dadurch auch eine langfristige Beobachtung der ambulanten Medikationshistorie der Versicherten.

Für eine erste Vorabanalyse wurde folgender Ansatz zur Betrachtung der Entwicklung innerhalb der acht Kalenderquartale von 2008 bis 2009 gewählt:

- Ermittlung der Patienten mit Therapie-Neueinstellung auf DPP-IV-Hemmer (ATC: A10N1) als Monopräparat sowie als Kombinationspräparat mit Biguanid-Antidiabetika (ATC: A10N3) (die ATC-Gruppen beziehen sich auf die anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation nach EphMRA - European Pharmaceutical Market Research Organisation)
- Betrachtung der Patienten, die in den jeweiligen Quartalen mindestens eine Verordnung eines DPP-IV-Hemmers als Mono- oder Kombinationspräparat (s.o.) erhielten
- Betrachtung der jeweiligen Geschlechts- und Altersverteilung (s.o.)

- Entwicklung der Zusatzmedikation bei Insulinpatienten (Diabetes mellitus Typ 1 + Typ 2) bezogen auf Sitagliptin als Monopräparat und Sitagliptin als Kombinationspräparat mit Metformin (s.o.)

Therapie-Neueinstellungen als Frühindikator für die weitere Verordnungsentwicklung

Die Therapie-Neueinstellungen auf einen Wirkstoff sind ein geeigneter Frühindikator für die weitere Entwicklung in der medikamentösen Versorgung von Patienten. Eine Analyse der neu auf DPP-IV-Hemmer eingestellten Patienten zeigt dabei folgendes Bild:

Die Zahl der Neueinstellungen war vom vierten Quartal 2008 bis einschließlich drittem Quartal 2009 in der Summe der Mono- und Kombinationspräparate relativ stabil. Im vierten Quartal 2009 stiegen erstmalig beide Komponenten deutlich an. So wurden in diesem Quartal insgesamt fast 15.000 Patienten mehr neu eingestellt. Der größte Anstieg lag bei den Neueinstellungen auf ein Monopräparat (8.400), etwas weniger bei den Kombinationspräparaten (6.300).

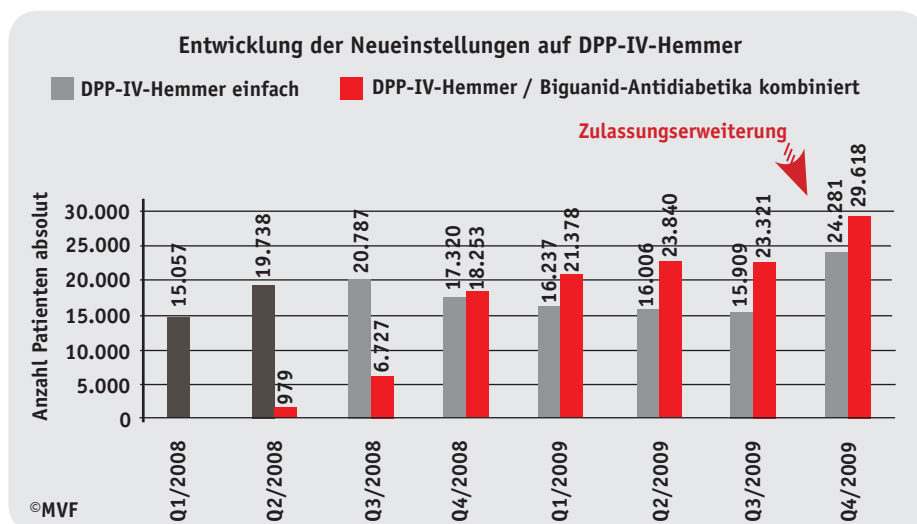


Abb. 1: Entwicklung der Neueinstellungen auf DPP-IV-Hemmer Q1/2008 bis Q4/2009. Quelle: Patienten Tracking (INSIGHT Health).

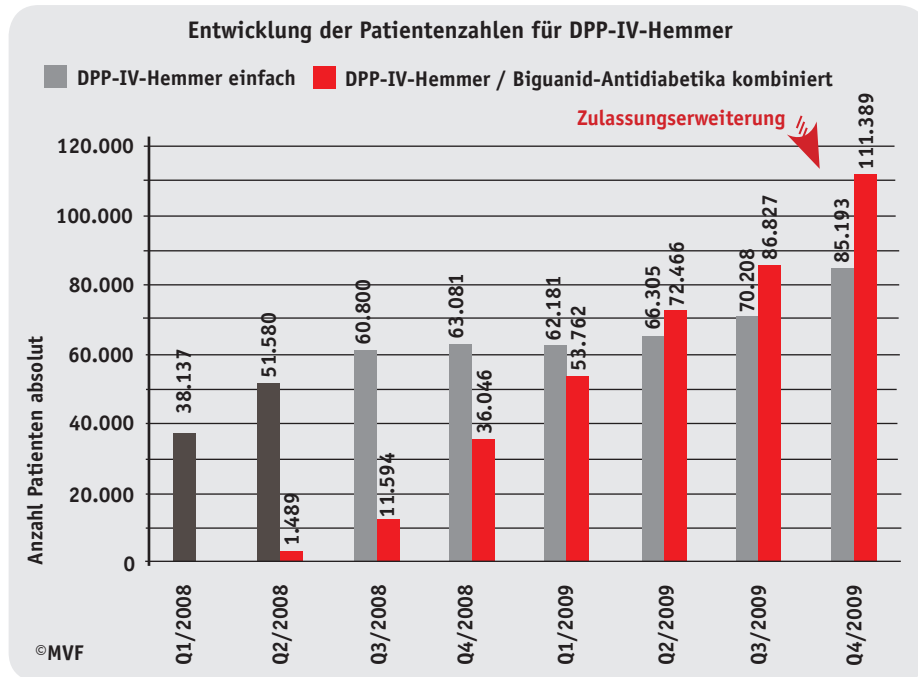


Abb. 2: Entwicklung der Patientenzahlen für DPP-IV-Hemmer Q1/2008 bis Q4/2009. Quelle: Patienten Tracking (INSIGHT Health).

Als Trend seit der Zulassungserweiterung von Sitagliptin ist demnach ein deutlicher Anstieg der neu eingestellten Patienten sowohl mit Kombinationspräparat als auch mit Monopräparat zu verzeichnen (vgl. Abb. 1).

Die Patientenzahlen für DPP-IV-Hemmer haben sich im betrachteten Zeitraum der letzten beiden Jahre deutlich erhöht (vgl. Abb. 2). Während im ersten Quartal 2008 lediglich ca. 38.000 GKV-Patienten mit DPP-IV-Hemmern therapiert wurden, lag die Zahl bei isolierter Betrachtung der DPP-IV-Monopräparate im vierten Quartal 2009 mit 85.000 Patienten bereits mehr als doppelt so hoch. Kombinationspräparate, deren Einführung erst im Mai bzw. August 2008 erfolgte, wurden im vierten Quartal 2009 bereits an über 110.000 Patienten verordnet. Gerade mal ein Jahr nach

Einführung der Kombinationspräparate lag die Anzahl der hiermit therapierten Patienten schon über der Anzahl mit Monopräparaten therapierten Patienten.

Geschlechts-/Altersverteilung

Hinsichtlich der Verteilung zwischen beiden Geschlechtern gab es in der Subgruppe der Kombinationspräparate im ersten Quartal 2008 mit 57 % einen Überhang beim männlichen Geschlecht, der sich zum vierten Quartal 2009 mit 55 % leicht abgeschwächt hat. Eine analoge Betrachtung der Entwicklung der Verordnung von DPP-IV-Hemmern als Monopräparate wies mit 52 % Verordnungsanteil der Männer nur unwesentliche Unterschiede auf – und dies ohne Veränderungen im betrachteten Zeitabschnitt.

Der Altersdurchschnitt der Patienten lag 2009 bei den DPP-IV-Hemmer-Monopräparaten bei 64,5 Jahren und bei den DPP-IV-Hemmern/Biguanid-Antidiabetika-Kombinationspräparaten bei 62,5 Jahren, wobei ca. 98 % der mit DPP-IV-Hemmern behandelten Patienten über 40 Jahre alt sind. Auch die Altersverteilung weist über die betrachtete Zeitperiode hinweg keine wesentlichen Schwankungen auf.

Sitagliptin als Co-Medikation

Versucht man einen Ausblick in die weitere Entwicklung für 2010, so ist bedingt durch die erweiterte Zulassung von Sitagliptin zur Kombinationstherapie mit Insulin eine Zunahme der Neueinstellungen sowie Patientenzahlen zu erwarten. Es werden vermehrt Insulinpatienten zusätzlich ein Sitagliptin-Präparat erhalten. Dieser Trend kann bereits mit aktuellen Zahlen von INSIGHT Health aus dem 4. Quartal 2009 gezeigt werden. Während im 3. Quartal 2009 0,6 % der Insulinpatienten Sitagliptin erhielten, waren es im Folgequartal bereits 0,9 % der insulinpflichtigen Diabetiker (Abb. 3).

Es wird interessant sein zu verfolgen, inwieweit diese Trends der Co-Medikation von Sitagliptin bei Insulinpatienten und der steigenden Anzahl von Patienten, die Sitagliptin erstmals als Mono- oder Kombinationspräparat verordnet bekommen, auch in den Folgequartalen anhalten oder sich ggf. sogar noch verstärken werden. Eine umfassende und längerfristig angelegte Versorgungsforschungsstudie zu diesem Thema sollte darüber hinaus auch den Nutzen dieser neuartigen Therapie-regimes für die Patienten offen legen. <<

von: Andreas Kuldtschun/Rabea Ponzel*

*Team Patienten Tracking von INSIGHT Health

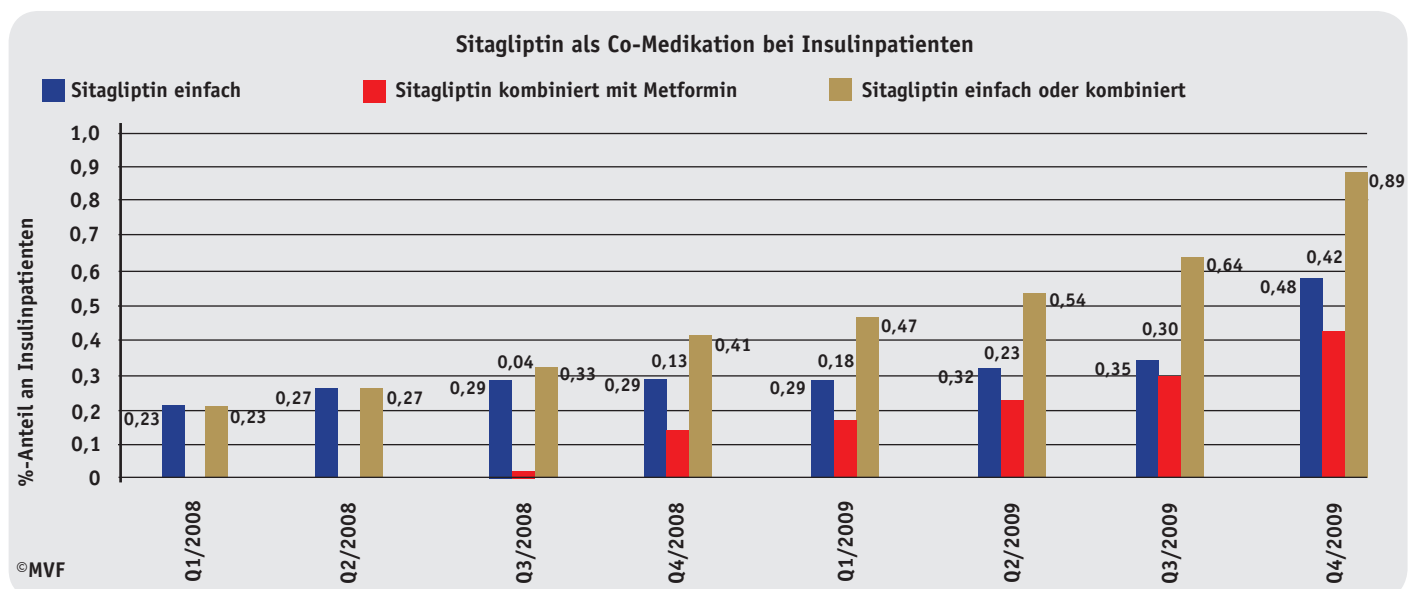


Abb. 3: Co-Medikation von Sitagliptin bei Insulinpatienten Q1/2008 bis Q4/2009. Quelle: Patienten Tracking (INSIGHT Health).

Nationaler Diabetesplan gefordert

>> In Deutschland gibt es nach Aussage der International Diabetes Federation (IDF) mittlerweile 7,5 Millionen Menschen mit Diabetes. Jährlich kommen rund 300.000 Menschen mit Diabetes Typ 2 hinzu. Damit hat Deutschland eine der höchsten Raten an diagnostizierten Diabetikern in Europa. Schlecht behandelte Diabetiker haben ein großes Risiko, Folgeerkrankungen zu entwickeln. Insbesondere die Gefäße werden durch die Zuckerkrankheit geschädigt. Herzkrankheiten, Nierenleiden sowie Schäden an den Augen und Beinen sind häufig. diabetesDE, eine gemeinnützige Organisation, die alle Menschen mit Diabetes und alle Berufsgruppen wie Ärzte, Diabetesberater und Forscher vereinen will, um sich für eine bessere Prävention, Versorgung und Forschung im Kampf gegen Diabetes einzusetzen, fordert daher einen nationalen Diabetes-Plan. Er soll Vorbeugemaßnahmen sowie Lösungen für eine bessere Versorgung vereinigen. „Es ist ein Missstand, dass Deutschland bis heute keinen nationalen Diabetes-Plan hat. Länder wie Dänemark, Irland oder Spanien haben die EU-Vorgabe aus dem Jahr 2006 längst umgesetzt“, sagt Dr. med. Hans-Martin Reuter, Vorstandsmitglied von diabetesDE und verantwortlich für das Ressort „Prävention und Versorgung“. In Deutschland mangelt es an einem zielgerichteten System zur Früherkennung. Im Durchschnitt wird die Krankheit erst zehn Jahre nach ihrem Ausbruch diagnostiziert. <<

KVB und PKV kooperieren

>> Die KV Bayerns (KVB) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) starten ein gemeinsames Pilotprojekt, das eine „exzellente Qualität“ - so die beiden Kooperationspartner - in der ambulanten Versorgung sichern soll. Das teilten Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der KVB, und Dr. Volker Leienbach, Direktor des PKV-Verbandes, in Berlin mit. Diese neue Art der Zusammenarbeit entspreche dem großen Interesse beider Partner an einer qualitativ exzellenten ärztlichen Behandlung aller Patienten. „Die Zusammenarbeit ist ein gutes Beispiel dafür, wie freiwillige Vereinbarungen zwischen der PKV und Ärzten zu einer besseren Versorgungsqualität für die Patienten führen können“, sagte Leienbach. „Die PKV hat dazu mit der KVB einen innovativen Partner gefunden. Denn mit ihrem Qualitätssiegel ‚Ausgezeichnete Patientenversorgung‘ ist sie der Vorreiter im Bereich der ambulanten Qualitätssicherung. <<

Wer hat die besten Zukunftschancen?

>> Ärztenetze mit 50 bis 100 Ärzten und regionale Versorgungskonzepte haben die besten Zukunftsaussichten. Dies erwarten Vorstände und Geschäftsführer von Ärztenetzen, die an der Umfrage „Netzarbeit konkret – Bestandsaufnahme und Perspektiven zur vernetzten Versorgung“ des NAV-Virchow-Bundes teilgenommen haben. Knapp 70 % der Befragten schätzen ein Verhandlungs- und Verträgemanagement als sehr wichtig für die eigene Arbeit ein. Sie erwarten davon wirtschaftlichen Erfolg für ihr Netz und die Einzelpraxis, einen kompetenten Umgang mit Verträgen sowie Sicherheit in Verhandlungen mit Krankenkassen. Eine ebenso große Anzahl der Umfrageteilnehmer hält regionale Versorgungskonzepte für den wichtigsten Baustein zur Weiterentwicklung ihres Netzes.

Für den Aufbau eines solchen Konzeptes wünschen sich die Netzvorstände vor allem Unterstützung im betriebswirtschaftlichen Bereich und bei der Suche nach strategischen Partnern. „Die Ärztenetze müssen sich vor allem im Hinblick auf Verbindlichkeitsvereinbarungen noch professioneller aufstellen“, rät Dr. Klaus Bittman, der ehemalige Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes. Denn die Umfrage habe gezeigt, dass Verbindlichkeit in vielen Netzen gar nicht und nur selten durch Sanktionen geregelt sei. Im Bereich der Arzneimittelverordnung sind die Netze bereits weiter. In knapp der Hälfte der befragten Ärztenetze gibt es entsprechende Vorgaben – von Positivlisten über ausgewählte Generika bis hin zu Leitlinien und Behandlungspfaden. <<

Qualitätstreiber des Versorgungsmanagements: Kommunikation

>> Kommunikation ist der zentrale Treiber für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Kein Versorgungsmanagement, Direktvertrag, keine Versicherten-, keine Patientenbeziehung kann ohne die richtige Kommunikation langfristig und vertrauensvoll funktionieren. Hier liegen im Gesundheitssystem große Verbesserungs- und Effizienzsteigerungsmöglichkeiten.

Damit befasst sich die Tagung „Kommunikation = Qualitätstreiber des Versorgungsmanagements“ am 21. April 2010 in Berlin. Es geht dabei um die Rolle der Kommunikation im Versorgungsmanagement (Franz Knieps,

Berater Gesundheitspolitik SPD-Fraktion; Paul Wenzlaff, Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen) und beim Patientencoaching (Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Versorgung), die Versicherten-/Patientenkommunikation von Krankenversicherungen (Thomas Isenberg, spectrumK, Leiter Geschäftsbereich Interessenvertretung/Marketing), die Kommunikation einer Klinikgruppe (Tobias Meixner, Leiter Unternehmenskommunikation/Marketing, HELIOS Kliniken) sowie um Gesundheitskommunikation und Campaigning (Imran Ayata, A&B Communications Group, Geschäftsführender Gesellschafter).

Veranstalter ist das Berliner Institut für Akademische Weiterbildung (BIFAW) der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin, das ab Oktober 2010 unter der Leitung von Professor Dr. Reinhold Roski, Herausgeber von Monitor Versorgungsforschung, einen MBA-Studiengang mit der Fokussierung auf Gesundheitskommunikation startet. <<

Gesundheit in der Familie

>> Welche Rolle spielt die Kommunikation in der Familie für die Gesundheit ihrer Mitglieder? Wie erreichen wir Familien in schwierigen sozialen oder gesundheitlichen Bedingungen? Auf diese Fragen will das Fakultätskolloquium „Gesundheit in und mit Familien kommunizieren“ Antworten finden. Auf Initiative der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Uni Bielefeld und dem Verein für Gesundheitskommunikation e.V. werden Expertinnen und Experten aus Behörden, Universitäten, Forschungseinrichtungen und der Medienbranche über die Rolle der Gesundheitskommunikation in und um Familien und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung diskutieren. Im Rahmen der zweitägigen Veranstaltung (22.-23.4. in Bielefeld/Ravensberger Spinnerei) werden folgende Schwerpunkte behandelt: Gesundheitsförderung, Sucht, Alter und Pflegebedürftigkeit, Work-Life-Balance, Migration und neue Medien. <<

Nationales Aktionbündnis

>> Zahlreiche Beteiligte aus dem Gesundheitswesen haben die Erklärung zur Gründung des „Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE)“ angenommen. Damit ist ein wichtiger Schritt bei der Umsetzung der EU-Empfehlung zu Maßnahmen im Bereich seltener Krankheiten in deutsche Rahmenbedingungen getan. Am Bündnis sind zahlreiche Partner aus dem ganzen Gesundheitswesen beteiligt. <<

Warum die DAK und die Pharmafirma Grünenthal den „Versorgungsatlas Schmerz“ ins Leben rufen

Eine Investition in die Zukunft

Wie viel kosten Schmerzpatienten? Wie hoch ist die Anzahl von Rückenschmerzpatienten in Deutschland? Wie werden Schmerzpatienten in Deutschland versorgt? Bisher war die Datenlage zur Versorgungssituation und den Versorgungskosten eher ungenügend - bis sich das Unternehmen Grünenthal in Kooperation mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) dieses Themas annahm und zum ersten Mal in Deutschland der Versorgungssituation von Schmerzpatienten widmete.

>> Ziel der Studie „Versorgungsatlas Schmerz“ ist es, die Versorgungsstrukturen und Krankheitskosten transparent zu machen. „Es ist wichtig, bestimmte Schmerzpatienten rechtzeitig zu identifizieren. Durch den Einsatz geeigneter Therapieoptionen ist es möglich, einen schweren, meist chronischen Verlauf, der immer mit erhöhten Kosten verbunden ist, zu vermeiden“, betont Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK.

Dazu hat das IGES-Institut auf der Grundlage von GKV-Routinedaten gemeinsam mit namhaften Experten neun Schmerztypen definiert. Unter der Maßgabe, dass jeder Versicherte nur jeweils einem – nämlich dem hypothetisch behandelungsleitenden – Schmerztyp zugeordnet wird (hierarchisches Zuordnungsprinzip), wurden über fünf Millionen Versicherten-Daten analysiert und strukturiert, um gezielt Aussagen zur Struktur und Alltagsversorgungssituation von Schmerzpatienten treffen zu können.

Die Erkenntnisse: Besonders häufig vertreten sind Rückenschmerzen: Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen (Typ 3), andere spezifische Rückenschmerzen (Typ 2) und nicht spezifische Rückenschmerzen (Typ 9), jeweils zu 6,1 %, 5,2 % und 32,2 % vertreten in der Grundgesamtheit der im Jahr 2006 bei der DAK durchgängig Versicherten.

Die Leistungsinanspruchnahme in den Rückenschmerztypen wurde mit Bezug auf die typbildenden Diagnosemuster untersucht, um auf diese Weise eine rückenschmerztypbezogene Inanspruchnahme schätzen zu können. Das Ergebnis: Je spezifischer der Rückenschmerztyp ist, desto häufiger erfolgten ambulante Behandlungsfälle. So suchten beispielsweise über 80 % der Versicherten mit spezifischen Rückenschmerzen im Jahr 2006 mehr als eine relevante Facharztgruppe auf. Stationäre Behandlungen von rückenschmerzverursachenden Erkrankungen waren dagegen insgesamt eher selten.

Nur etwa zwei Dritteln der Versicherten mit spezifischen Rückenschmerzen wurde 2006 mindestens einmal ein Schmerzmittel ambulant verordnet. Sehr wenige Versicherte mit Rückenschmerzen erfuhren eine schmerz-

therapeutische Behandlung im engeren Sinne (ambulante oder stationäre multimodale Schmerztherapie bzw. eine mit der Schmerzerkrankung in Zusammenhang stehende Psychotherapie oder Rehabilitation).

Gemäß einer ersten Schätzung verursachen Rückenschmerzen je nach Typ zirka 20 bis 30 % der mittleren direkten Gesamtkosten. Dies sind bei Versicherten des Typs „Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen“ 718 Euro von 2.445 Euro, bei Versicherten mit anderen spezifischen Rückenschmerzen durchschnittlich 907 Euro von 3.805 Euro und bei Versicherten mit nicht spezifischen Rückenschmerzen 265 Euro von 1.280 Euro.

Bei allen Rückenschmerztypen kommt Heil- und Hilfsmitteln – d. h. vor allem Krankengymnastik und Massagen – der größte Kostenanteil zu. Versicherte mit Hinweis auf eine Schmerzchronifizierung (aufgrund stark wirksamer ambulanter Analgetika-Verordnungen bzw. mindestens sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit) wiesen dagegen wesentlich höhere direkte Versorgungskosten auf als Versicherte mit Hinweis auf ein Schmerzchronifizierungsrisiko (aufgrund psychiatrischer Komorbidität). Und die Versicherten mit Hinweis auf Schmerzchronifizierungsrisiko hatten wiederum höhere direkte Versorgungskosten als Versicherte ohne Chronifizierungshinweis. Außerdem waren Versicherte mit Hinweis auf Schmerzchronifizierung im Durchschnitt übermäßig lang arbeitsunfähig. Diese Daten würden zeigen, dass sich Maßnahmen zur Verhinderung von Schmerzchronifizierung sowohl in mehr Lebensqualität als auch in Kosteneinsparungen niederschlagen könnten.

Gerade der frühe Einsatz spezieller schmerztherapeutischer Maßnahmen - wie die interdisziplinäre multimodale Therapie - führt nach Worten von Prof. Dr. med. Raimund Casser nachgewiesenermaßen zu einer Verminderung der Chronifizierungsgefahr und damit auch zur Einsparung erheblicher Kosten. Dazu müssten allerdings Patienten mit hohem Risiko rechtzeitig identifiziert werden, damit ihre Therapie optimal gesteuert werden kann, um Folgeerscheinungen und mögliche Komorbiditäten zu beeinflussen. Casser: „Auf Basis der Studien-

daten kann nun die heterogene Gruppe der Schmerzpatienten identifiziert und differenziert werden, um so zum richtigen Zeitpunkt die Zuweisung zu einer geeigneten Therapieoption durchführen zu können.“ Auch aus Sicht einer Kasse muss es für Rebscher letztlich darum gehen, Strategien zu entwickeln, um die Chronifizierung der Rückenschmerzen zu vermeiden, was einerseits die Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessert, andererseits aber auch Kosten vermeidet. Darum sei Versorgungsforschung aus Sicht der DAK aus medizinischen, aber auch aus ökonomischen Gründen unbedingt erforderlich.

Für den DAK-Vorstandsvorsitzenden Rebscher ist darum „Versorgungsforschung eine Investition in die Zukunft“, denn es gelte „Versorgung sinnvoll und effizient zu gestalten“. Hierfür benötige man zunächst Daten zur aktuellen Morbidität der Versicherten, die Beobachtung der Weiterentwicklung der Erkrankungen und die Identifikation von Indikatoren für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes; und um die Effizienz der Maßnahmen zu beurteilen, sei zudem die Kenntnis der Leistungsausgaben und letztlich auch die Messung der Erfolge von neuen Versorgungsformen notwendig. Genau hier setze Versorgungsforschung an, mit deren Hilfe die Kassen überhaupt erst in der Lage seien, Über-, Unter- und Fehlversorgung im System zu erkennen. „Versorgungsforschung beschreibt den Ist-Zustand der Versorgung“, macht sich Rebscher für mehr Versorgungsforschung stark, die „der Versachlichung der Diskussion um Über-/Unter- und Fehlversorgung“ diene und auch mit Fehlurteilen aufräume. Sein Credo:

- „Versorgungsforschung liefert Erkenntnisse zu einem Soll-Zustand der Versorgung.“
- „Versorgungsforschung liefert Ansatzpunkte für eine Differenzierung der Versorgung und gezielte Ansprache von Risikopopulationen.“
- „Versorgungsforschung muss die Einführung von ‚Innovationen‘ begleiten, da klinische Forschung in einer künstlichen Umgebung stattfindet und nur wenig über eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung aussagt.“ <<

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Leiter des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen, im MVF-Interview:

„Ich bin für eine Pool-Lösung“

Vor zwei Ausgaben kritisierte Prof. Dr. Gerd Glaeske eine Versorgungsforschungsstudie, nun wirkt der Leiter des Zentrums für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen, selbst an einer mit: dem „Versorgungsatlas Schmerz“. Glaeske erklärt den Unterschied.

>> Herr Prof. Dr. Glaeske, kann Versorgungsforschung im Auftrag der Pharmaindustrie überhaupt über alle Zweifel erhaben sein?

Wir haben im Memorandum des Deutschen Netzwerkes für Versorgung deutlich gemacht, dass es seit langem aus der Epidemiologie ein methodisches Instrumentarium gibt, das je nach Fragestellung begründet und kompetent angewendet werden sollte. Daher geht es immer nur um die Fragestellung und die adäquate Auswahl des methodischen Designs für die Versorgungsforschung, nicht um den Auftraggeber.

Wie sind Sie bei dem Projekt „Versorgungsatlas Schmerz“ vorgegangen, das im Auftrag der Kooperanten Grünenthal und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) durchgeführt wurde, um neue Erkenntnisse zur Behandlungssituation von Rückenschmerzpatienten zu bekommen, was nun wieder originäres Betätigungsgebiet der Pharmafirma ist.

In dem hier zur Diskussion stehenden Projekt wurden Typologien von Schmerzpatienten auf der Basis von GKV-Routinedaten gebildet, um die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten besser beschreiben zu können. Dazu wurden Daten der DAK genutzt. Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung in der Auswertung von Sekundärdaten und des Wissens um die Möglichkeiten, aber auch Grenzen ihrer Aussagekraft, bin ich als externer Berater in dieses Projekt eingebunden worden, das unter der wissenschaftlichen Leitung des IGES-Instituts durchgeführt wird. Natürlich müssen alle, die an solchen Studien beteiligt sind, über mögliche Interessenskollisionen Auskunft geben. Bei mir gibt es weder im Hinblick auf die DAK noch auf die Firma Grünenthal einen solchen Konflikt anzumelden, der die Ergebnisse beeinflussen würde. Zudem gibt es in der vorliegenden Studie keinerlei Hinweise auf einzelne Arzneimittel oder Hersteller, schon gar keine Empfehlungen. Diese Studie zeigt vielmehr, welche Möglichkeiten eine Kasse durch eine kontinuierliche Auswertung von Versorgungsdaten für ihre Schmerzpatienten hat, dem Risiko einer Chronifizierung vorzubeugen, die zum einen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränkt und zudem auch noch unnötig teuer ist.

Sie warfen in der Ausgabe 05/09 von „Monitor Versorgungsforschung“ in einem Kommentar Herrn Prof. Rychlik vor, für das Pharmaunternehmen Merz eine Versorgungsforschungsstudie mit „Marketingcharakter“ erstellt zu haben. Was haben Sie beim „Versorgungsatlas Schmerz“ getan oder eben auch vermieden, um diesen Vorwurf – der mit dieser Frage nicht impliziert werden soll – erst gar nicht aufkommen zu lassen?

Die Studie von Herrn Rychlik hat sich in einer meiner Erachtens unzulässig eingeschränkter Weise mit einem einzigen Wirkstoff beschäftigt, der bei Menschen mit Demenz eingesetzt wird, um Auswirkungen z. B. auf den Umfang der Pflegeleistungen zu bewerten. Es wurde kein Vergleich zu anderen, oftmals besser bewerteten Antidementiva aus dem Bereich der Cholinesterasehemmer gezogen, um auch ein relatives Bild von einem möglichen Nutzen zeigen zu können. Diese Herange-

hensweise stimmt eben nicht mit den Voraussetzungen für Versorgungsforschung überein, wie wir sie auch im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung fördern.

Weil eben Versorgungsforschung generalistischer zu verstehen ist.

In der Versorgung geht es eben nicht um absolute Darstellungen, sondern um den Vergleich unterschiedlicher Optionen, die für die jeweiligen Patientinnen und Patienten in Frage kommen. Und dann sollte entschieden werden, welche Maßnahmen für welche Patientengruppen Vor- oder Nachteile haben. Absolute Aussagen über die Auswirkungen nur eines einzigen untersuchten Arzneimittels zur Behandlung von Menschen mit Demenz mit zudem noch positiven Ergebnissen kann aber nicht anders bewertet werden als eine Marketingstudie zugunsten dieses einen Arzneimittels. Im „Versorgungsatlas Schmerz“ sind zwar alle Gruppen von Schmerzmitteln genannt, es wird aber zunächst eine deskriptive Darstellung der Versorgungssituation angeboten, einzelne Präparate stehen in dieser Studie genau so wenig zur Diskussion wie die Propagierung bestimmter Schmerzmittelgruppen.

Es gibt nun die Forderung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, dem Sie auch angehören, dass 0,1 % der GKV-Ausgaben seitens der Kassen in Versorgungsforschung investiert werden sollten, damit genau solche Untersuchungen durchgeführt werden können. Die Pharmaindustrie wird doch Versorgungsforschungsstudien selten bis nie durchführen können oder wollen, bei denen ihr Produkt einen Nachteil haben könnte. Welcher Finanzierungsansatz für Versorgungsforschung wäre denn überhaupt möglich bzw. adäquat?

Ich bin im Hinblick auf eine solche Forschungsfinanzierung für eine Pool-Lösung. Eine der wenigen positiven Passagen des CDU/CSU/FDP-Koalitionsvertrages weist ja auch darauf hin, dass die Versorgungsforschung gestärkt und ausgebaut werden soll. Insofern sollten neben der GKV auch die PKV und andere Sozialversicherungssysteme an der Finanzierung der Versorgungsforschung beteiligt werden, die allesamt einen Vorteil von den Ergebnissen haben können. Dabei geht es vor allem um Fragestellungen, die, warum auch immer, von interessierten Herstellern nicht finanziert werden, z. B. weil ein direkter Vergleich bestimmter therapeutischer Ansätze vermieden wird – man könnte ja zu den Verlierern gehören. Es geht aber auch um Fragestellungen, die nichts mit Produkten, sondern mit persönlich erbrachten Leistungen zu tun haben, denken Sie an Physiotherapie oder Psychotherapie. Hier benötigen wir dringend Studien, um den Nutzen der jeweiligen Angebote besser beurteilen zu können. <<



Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Die konservative Haltung der Ärzte gegenüber modernen Themen gefährdet ihre Partizipation am Wandlungsprozess

Web 2.0 bei Ärzten noch nicht angekommen

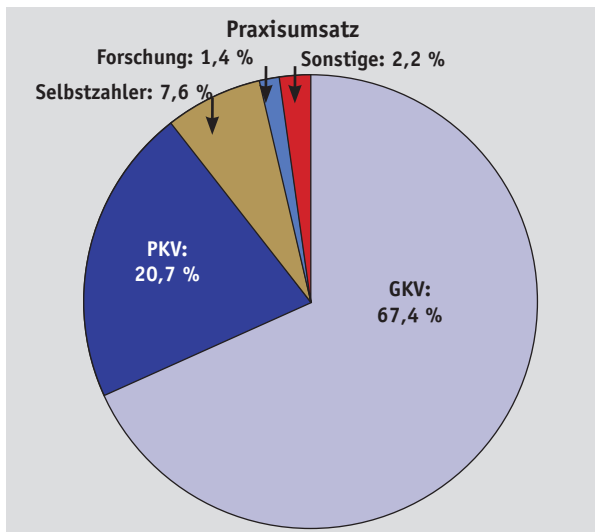
Ärzte stehen Online-Fortbildungen, Internetportalen und Call-Center-Medizin zurückhaltend bis ablehnend gegenüber. Die GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH führte im Auftrag der Stiftung Gesundheit eine Umfrage zur Situation der niedergelassenen Ärzte - „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2009“ - durch. Über Tausend Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten haben Fragen zu ihrer wirtschaftlichen Lage, zum Praxis-Marketing, zu Service-Portalen für Ärzte und Arztbewertungsportalen für Patienten, zur Call-Center-Medizin und Fortbildungen beantwortet.

>> Der Blick auf die Zusammensetzung des Umsatzes von Arztpraxen zeigt: Auch wenn der Anteil der aus der Behandlung von Privatversicherten erwirtschafteten Erträge mit 20 % weiterhin hoch bleibt, geht insgesamt der Anteil der außerhalb des GKV-Systems erwirtschafteten Erträge leicht zurück – im Vergleich zu 2006 um 2,4 %. Ob diese Entwicklung durch die konjunkturelle Gesamtlage verursacht sei, könne aber nicht festgestellt werden, so die Autoren der Studie Dr. Peter Müller und Prof. Dr. Konrad Obermann, Forschungsleiter bei der Stiftung Gesundheit. Deutlich werde nur, dass diese Abnahme parallel mit einem Rückgang der Marketing-Aktivitäten der Ärzte verläuft. Einheitlich ist das Bild im Praxis-Marketing jedoch nicht. Sowohl der Anteil der Befürworter von Marketingmaßnahmen als auch der Anteil der Unentschlossenen und Marketing-Gegner hat sich in den letzten drei Jahren vergrößert, der Anteil der moderaten Befürworter ist aber erheblich zurückgegangen. Ein signifikanter Teil der Niedergelassenen (31,5 %) lehnt Marketing-Aktivitäten ab und schätzt sie als „eher unwichtig“ oder „völlig unwichtig“ ein. „Das Konzept der Werbung konnte sich also bislang nicht auf breiter Fläche durchsetzen“, so das Fazit der Autoren zu diesem Themenkomplex. Als mögliche Erklärung nennen sie „negative Erfahrungen mit Werbung, zumal wenn sie in wirtschaftlich schwierigen Zeiten geschaltet wurde und nicht die erwarteten Effekte brachte“. Der Großteil der befragten Ärzte (83,2 %) gab an, kein Werbebudget für ihre Praxis für 2009 festgelegt zu haben. Die Mehrheit (85,5 %) will es im laufenden Jahr auch nicht aufstocken.

Bei der Verteilung von einzelnen Marketing-Maßnahmen wird deutlich: Am meisten investieren die Praxen in die Internetpräsenz (62,6 %). Auf Platz zwei folgen „die eigenen Mitarbeiter“, 59,9 % der Ärzte zählen sie zu einer der drei wichtigsten Maßnahmen. Das „äußere Erscheinungsbild der Praxis“ wird als letzte wichtigste Maßnahme genannt. Die Verfasser der Studie resümieren: „Alle Entwicklungen deuten an, dass die Ärzte den Stellenwert

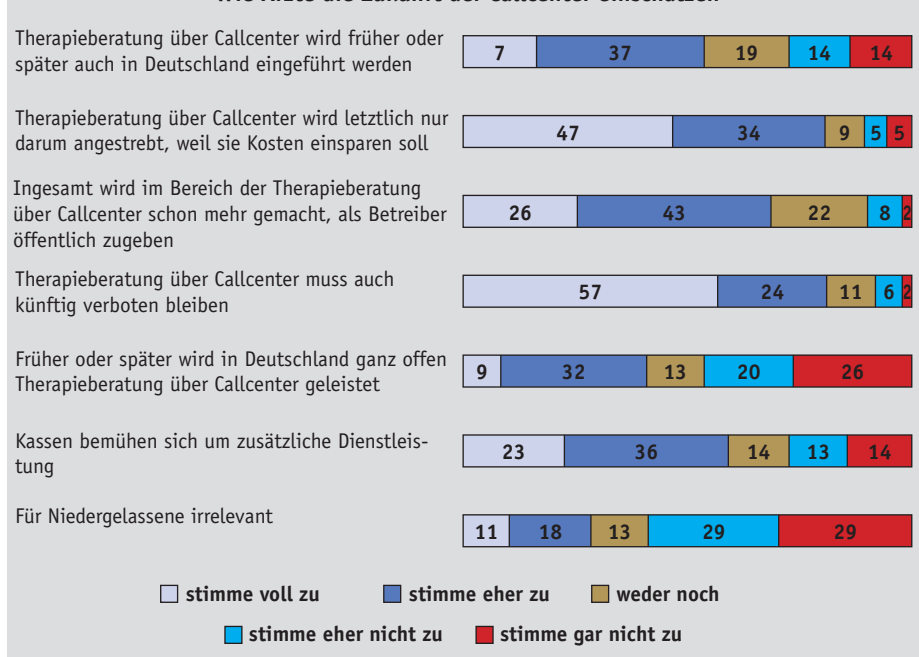
der neuen Medien durchaus hoch einschätzen, in Zeiten der Wirtschaftskrise aber doch eher zu ‚tangiblen‘ und direkt wahrnehmbaren Formen des Marketings greifen, als konsequent neue Kommunikationsformen zu nutzen. Wirtschaftswissenschaftlich formuliert: sich mehr den Bestandskunden zuwenden als Neukunde zu betreiben.“

Hinsichtlich der Fortbildungen ergab die Studie, dass die Mehrheit der Ärzte (70,4 %) weiterhin die klassische Form – die Seminare vor Ort – bevorzugt. Ebenfalls beliebt sind die Kongresse der Fachgesellschaften (59,3 %) und Fachpublikationen (62,6 %). Online-Lehrgänge werden trotz der Vorteile wie zeitliche und örtliche Flexibilität nur von 14,2 % der Befragten favorisiert. „Dies ist erstaunlich, da es mittlerweile sehr gut strukturierte Angebote gibt, die zudem mit



CME-Punkten akkreditiert sind“, so die Verfasser. Bei den Inhalten der Fortbildungen steht die medizinische Fachdisziplin vorn. Danach folgen Qualitätsmanagement (QM), Abrechnung und Honorarfragen. Themen wie Praxismanagement oder Marketing sowie Personalführung stoßen auf geringeres Interesse. Über den

Wie Ärzte die Zukunft der Callcenter einschätzen



Stellenwert von QM zeigen sich die Verfasser der Studie überrascht: „Denn einem relevanten Anteil der Ärzte kam es in der Vergangenheit darauf an, den Aufwand für QM nicht ausufern zu lassen. Andererseits geht gegenwärtig die Karenzzeit zu Ende, nach deren Ablauf QM in der Praxis nachgewiesen werden muss. Somit bleibt offen, wo in der Skala des Fortbildungsinteresses in den kommenden Jahren das QM seinen Platz finden wird.“

Die Studie untersuchte auch die Bekanntheit von sozialen Netzwerken unter den Ärzten. Das Ergebnis: Die Portale sind grundsätzlich 71 % der Ärzte bekannt, werden allerdings nur von knapp der Hälfte im Arbeitsalltag konsequent genutzt. Gesundheitspolitik interessiert die Nutzer von Arztportalen am meisten, für 68 % ist es das wichtigste Thema. Danach folgt die Fortbildung im eigenen Fach (für 51 % relevant) und berufsständische Politik (47,4 %). Ein Drittel (27,1 bis 32,4 %) schätzen den fachlichen Austausch mit Kollegen, Informationen zum Recht, und medizinische Fortbildung über das Fach hinaus. Genutzt werden die Portale von mehr als der Hälfte der befragten Ärzte. Immerhin 20,8 % gaben an, die Services

einmal täglich und 21,6 % mehrmals pro Woche in Anspruch zu nehmen. Ein Drittel der Befragten nutzt das Angebot nicht konsequent und greift darauf nur einmal im Monat zurück. Auf geringes Interesse stoßen in den Portalen Themen wie Marketing und Steuer, aber auch der Dialog mit gleichgesinnten Kollegen – eins der zentralen Wesensmerkmale des „Web 2.0“.

Bewertung ist den Ärzten egal

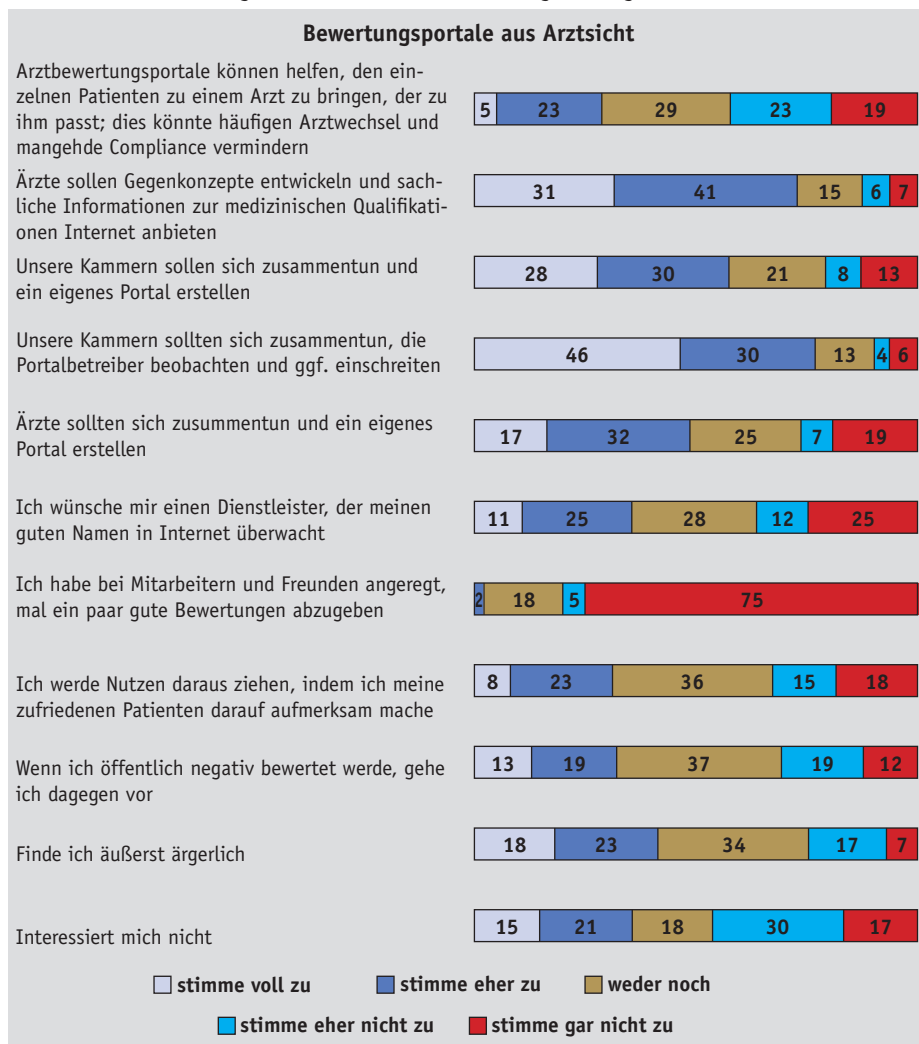
Ein anderes Bild ergibt sich bei den Arztbewertungsportalen. Zwei Drittel der Ärzte stehen einer Online-Bewertung gleichgültig gegenüber. Von diesem Ergebnis zeigen sich die Autoren der Studie überrascht, denn 2007 fanden noch rund 20 % der Ärzte, dass solcherlei Portale verboten gehören und unter Umständen schlechte Bewertungen tatsächlich ihrem wirtschaftlichen Erfolg schaden oder nutzen könnten. 67,3 % der Ärzte gab in der aktuellen Befragung an, gar nicht erst zu wissen, ob sie jemals bewertet worden sind. Nur 22,7 % wussten davon. Dieses Desinteresse erklären die Verfasser folgendermaßen: „Ärzte sind qua QM eigentlich gehalten, sich für die Zufrieden-

heit ihrer Patienten zu interessieren, denn QM soll auch regelmäßige Patientenbefragungen umfassen. Da es ja im Regelfall nicht vorstellbar ist, dass ein Arzt sich nicht für die Zufriedenheit seiner Patienten interessiert, kann es also nur daran liegen, dass Arztbewertungsportale speziell dafür als nicht qualifizierte Quelle angesehen werden.“ Das Desinteresse müsse „angesichts der zukünftigen Bedeutung von Portalen und der generellen Bedeutung des Internets als Informationsquelle als kritisch gesehen werden.“ Im Widerspruch zu dem Desinteresse steht allerdings die Aussage von immerhin einem Drittel der Ärzte, gegen eine negative Bewertung rechtlich vorgehen zu wollen. Mit 37,1 % fast genau so groß war allerdings auch das Lager der Gleichgültigen.

Auf dem Gebiet der Call-Center-Medizin hat die Studie gezeigt, dass die niedergelassenen Ärzte das Kommen der telefonischen Betreuung erkennen, diese aber in der Regel negativ beurteilen. Die Meinung der Ärzte sei laut Studie, dass Therapieberatung über das Telefon verboten gehöre, es letztlich heimlich gemacht werde und nur der Kostenersparnis diene. „Diese Abwehrhaltung überrascht auf den ersten Blick nicht, zeigt aber doch wiederum ein Verkennen von gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen“, sagen Müller und Obermann. „Zum einen zeigen erste Studien überraschende Ergebnisse von Depressions-Behandlung im Internet, was ja ebenfalls in die Rubrik „indirekte/nicht-persönliche Betreuung“ fällt, und zum anderen wird die zukünftige demografische Entwicklung neue Formen der Versorgung erfordern, die nicht mehr allein auf dem persönlichen Gespräch beim Arzt beruhen können.“

Das Fazit der Studie: „Weiterhin zeigt sich eine insgesamt konservative Haltung der Ärzteschaft zu neuen Themen und Methoden – dies ist zunächst einmal als adäquat und der besonderen Situation der Arzt-Patienten-Beziehung angemessen zu bezeichnen. Jedoch ist die Tatsache, dass ein Großteil die Antworten schlichtweg die Entwicklungen von Call-Centern und Internet ablehnt oder ignoriert, als gefährlich für die politische Bedeutung des Berufsstandes zu werten. Eine Berufsgruppe, die sich in so hoher Zahl den fundamentalen Wandlungen der Kommunikation und der damit verbundenen Änderungen im Arzt-Patient-Verhältnis in einem sich demografisch und sozial ändernden Land verschließt, wird letztlich von der Steuerung und Mitwirkung dieser Prozesse ausgeschlossen werden.“ <<

Die Studie kann unter www.stiftung-gesundheit.de/Forschung eingesehen werden



10. Elmauer Gespräche

Ein Plädoyer für das Blutzucker-Selbstmanagement

Welchen Anteil am Erfolg einer Diabetes-Einstellung hat das Selbstmanagement? Auf diesen kleinen gemeinsamen Nenner kann man die aktuelle Diskussion um das Stellungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie bringen, das im Endeffekt darauf hinauslaufen könnte, dass Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Diabetes mellitus Typ 2, der nicht mit Insulin behandelt wird, künftig nicht mehr erstattet werden. Wie es zu diesem Disput überhaupt kommen konnte, versuchte das zum 10. Mal von Roche Diagnostics veranstaltete Symposium der Elmauer Gespräche aufzuarbeiten.

>> Die Grundlage für den in Kürze erwarteten Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) lieferte das IQWiG, dessen Bewertung weder für die Blutzuckerselbstmessung (BZSM) noch für die Urinzuckerselbstmessung (UZSM) einen Beleg für einen Nutzen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, ergab. Noch nicht einmal ein Beleg für einen Zusatznutzen der BZSM gegenüber der UZSM oder umgekehrt sei möglich gewesen.

Daraus folgert nun das IQWiG, dass „der Nutzen der Urin- und Blutzuckerselbstmessung bei nicht insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspräche und „damit auch nicht medizinisch notwendig ist“.

Die Konsequenz daraus kann nun sein, dass auch für das G-BA „die Urin- und BZSM als unwirtschaftlich einzustufen“ ist, da der Nutzen im Hinblick auf patientenrelevante Therapieziele nicht belegt sei. Folgt nämlich der G-BA - wie bei seiner kürzlichen Entscheidung, nach der lang wirksame Insulinanaloge für Menschen mit Typ 2 Diabetes aus der Verordnungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen auszuschließen sind - dieser Bewertung, wird nach dem Ende des Stellungsverfahrens Ende April künftig in §7 und §16 der Arzneimittel-Richtlinie ein recht minimalistischer Passus stehen, der seinerseits auf die Anlage III der AM-RL

verweisen wird, in die wiederum recht lapidar eine Nr. 52 aufgenommen wird. Unter dieser Nummer werden dann Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, einen Verordnungs Ausschluss nach § 92 SGB V erhalten.

Dieser G-BA-Beschluss wird, wie der zu Analog-Insulinen, auf die Diabetes-Versorgung immense Auswirkungen haben. Ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens wird nämlich die Mehrzahl der Diabetiker in Deutschland einfach keine Blutzuckerteststreifen mehr verordnet bekommen. Nicht umsonst überschrieb deshalb PD Dr. Dipl. Psych. Bernhard Kulzer, Geschäftsführer des Forschungsinstituts der Diabetes Akademie Bad Mergentheim (FI-DAM), seinen Vortrag bei dem Elmauer Fachsymposium mit den Worten: „Trendwende in der Diabetesversorgung?“ - allein das Fragezeichen ließ noch hoffen.

Fehleinschätzung der Blutzuckermessung an sich

Doch wie konnte es dazu kommen? „Für die Blutzuckerselbstkontrolle wurden vom IQWiG fünf randomisierte klinische Studien identifiziert und bewertet, in denen jedoch die BZSK nicht Bestandteil einer strukturierten Schulung war“, beantwortet Kulzer diese Frage und gibt damit einen ersten Hinweis darauf, warum solche Studien eigentlich per se keine Auskunft

über Nutzen geben können: Denn BZSK ist und wird nie Selbstzweck sein, sondern nützt immer erst dann, wenn aus den aus ihr gewonnenen Daten Ableitungen für Therapie und deren nötiger Anpassung gewonnen werden.

So sei in mehreren Stellungnahmen zum Verfahren bereits betont worden, dass von der BZSK als eine diagnostische Maßnahme eben kein direkter, sondern nur ein indirekter Effekt auf die Blutzuckereinstellung zu erwarten sei. Denn entscheidend für die Wirksamkeit der Blutzuckerselbstkontrolle sind für Kulzer „die therapeutischen Konsequenzen, welche aus den gemessenen Ergebnissen gezogen werden“. Vom Stechen allein wurde eben noch nie ein Diabetiker gesünder, obwohl sogar die Metaanalyse des IQWiG bestätigt hatte, dass nicht-insulinbehandelte Typ 2 Diabetiker mit BZSK sogar eine statistisch signifikante Senkung ihres HbA_{1c}-Wertes im Vergleich zu entsprechenden Typ-2-Diabetikern ohne BZSK (-0.23 %, 95 % KI -0.12.- 0.35 %) aufweisen würden. „Allerdings stuft das IQWiG diese signifikante HbA_{1c}-Absenkung als ein klinisch nicht relevantes Ergebnis ein“, schränkt Kulzer diese für Betroffene frohe Botschaft gleich wieder ein.

Doch auch das wundert Fachleute nicht groß, denn nur „geeignete therapeutische Konsequenzen und Anpassungen des Lebensstils“, ließen ein Nutzen der BZSM erwarten. Dieser hänge jedoch wiederum von einer Reihe von Faktoren ab - wie beispielsweise der Qualität der Diabetesschulung, dem



PD Dr. Bernhard Kulzer, Dr. Dietrich Franke und Dr. Andreas Reichel plädierten für eine Neubewertung der Blutzuckerselbstkontrolle (v.l.n.r.).



Schulungsstand der Patienten, dem Behandlungswissen und den -fertigkeiten der Diabetespatienten oder auch der Verfügbarkeit von Therapiealgorithmen, um auf das Ergebnis der Blutzuckermessung überhaupt adäquat reagieren zu können. Kulzer ist darum fest davon überzeugt, dass aus den bisher vorliegenden Studien „keinesfalls darauf geschlossen werden kann, dass eine BZSK im Rahmen von strukturierten Behandlungs- und Schulungskonzepten keinen klinisch bedeutsamen Einfluss auf die Verbesserung der glykämischen Kontrolle bei nicht-insulinbehandelten Typ-2-Diabetikern“ haben würde.

Ärzte brauchen die Daten, die vom Patienten erzeugt werden

Auf eine weitere Besonderheit der diabetologischen Betreuung, die sie von fast allen anderen ärztlichen Fachrichtungen unterscheiden würde, wies Dr. med. Dietrich Franke, Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie, hin: „Der Patient erzeugt die Daten, auf denen die Behandlung basiert, im Wesentlichen selbst.“ Ärzte könnten sich zwar mit Hilfe von Labormethoden einen allgemeinen Überblick über die gesundheitliche Situation des Patienten verschaffen, doch bräuhete die Ärzteschaft zur Therapie korrekt durchgeführte BZSM, die auch noch zeitlich passend zu bestimmten Ereignissen durchgeführt werden müssten. Franke: „Die Auswertung der im Gerät gespeicherten Blutzuckerwerte liefert eine große Menge an zusätzlichen Informationen. Diese außer acht zu lassen, würde bedeuten, dass die Therapieentscheidung am zugrunde



liegenden Problem vorbei gehen könnte und möglicherweise zu teuer, zu aufwändig und suboptimal werden würde.“

Suboptimal ist sicher ebenso immer noch die Daten-Qualität im sogenannten Diabetes-Tagebuch, das dem Arzt zur Blutzucker-Visite vorgelegt wird. „Welche Barrieren verringern heute oft noch den Beitrag der BZSM für eine qualitativ gute Glykämie der Patienten und ein effizientes Arbeiten der Therapeuten?“, fragte deshalb Dr. med. Andreas Reichel, Leitender Oberarzt der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums Dresden in seinem Vortrag. Er bemängelte insbesondere Fehler bei der schriftlichen Dokumentation der Werte, die Unübersichtlichkeit der Datentabellen und damit sehr hohe Ansprüche an das Abstraktionsvermögen. Reichel: „Haben damit schon Ärzte und Diabetesberater Probleme und können richtige Therapieentscheidungen ausschließlich unter hohem zeitlichen Aufwand fällen, so ist es für Patienten kaum noch möglich, die BZSM über situative Insu-

linanpassungen hinaus für generelle Veränderungen der Diabetestherapie zu nutzen.“ Ein Lösungsansatz wären für ihn deshalb Diabetes-Management-Systeme. Denn mit ihnen gälänge es, gespeicherte BZSM-Daten aus den Messgeräten auszulesen und damit inhaltlich und zeitlich valide Werte in benutzerfreundlicher Form bereitzustellen. Zudem würden grafische Darstellungen einen schnellen Erkenntnisgewinn über notwendige und richtige differenzialtherapeutische Entscheidungen ermöglichen, was letztlich zu einer höheren Qualität der Betreuung führen würde. Mehr noch: Auch Patienten wären nach

Reichel so in der Lage, selbstständig Veränderungen ihrer Therapie vorzunehmen und damit bereits zwischen den Konsultationsintervallen auf Probleme zu reagieren – selbstverständlich erst nach entsprechender Schulung.

So konnte Reichel in einer eigenen Untersuchung an Patienten mit Typ-1-Diabetes und Insulinpumpentherapie den positiven Effekt hinsichtlich der Verbesserung des HbA_{1c}-Wertes, der höheren Anzahl der BGSM-Werte im individuellen Zielbereich und der Senkung der Hypoglykämiehäufigkeit nachweisen. Seine Überzeugung: „Mit einer breiten Nutzung des Diabetes-Blutzucker-Managements sollte damit die Qualität und Effizienz der Diabetikerbetreuung erhöht werden können und damit der positive Beitrag des BZSM auch für Kostenträger nachweisbar sein.“ Doch: Solche Studien und deren Publikationen fehlen eben noch. Darum muss sich die Industrie auch vorwerfen lassen, bisher eben nicht in solche Versorgungsforschungsstudien investiert zu haben. <<

Intelligenz bestimmt Gesundheit

>> Ein niedriger Intelligenz-Quotient (IQ) ist nach dem Rauchen der wichtigste Risiko-Indikator für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, bedeutsamer noch als Übergewicht und Bluthochdruck. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich im Hinblick auf die Gesamtsterblichkeit. Das ist das Ergebnis einer aktuellen, vom britischen Medical Research Council finanzierten wissenschaftlichen Untersuchung von 1.145 Männern und Frauen im Alter von rund 55 Jahren, die über einen Zeitraum von 20 Jahren beobachtet worden waren. [„West of Scotland Twenty-07“, veröffentlicht im Februar im „European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation“, einem Journal der European Society of Cardiology (ESC)]. Untersucht wurden im Rahmen der Studie die Auswirkungen sozialer Faktoren auf die Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung. Dabei wurden Daten zu Körpergröße, Gewicht, Blutdruck, Tabakkonsum, körperlicher Aktivität, Bildung und Beruf erfasst. Die geistigen Fähigkeiten (IQ) wurden mit einem der üblichen Intelligenztests ermittelt. „Die Konsequenzen für eine Prävention liegen ganz klar in erster Linie im gesellschaftspolitischen Bereich“, kommentiert Prof. Dr. med. Helmut Gohlke, der Chefarzt Abt. Klinische Kardiologie II des Herz-Zentrums in Bad Krozingen diese Ergebnisse. Sein Rat: „Empfehlungen zur Prävention müssen auf die geistigen Aufnahme-Fähigkeiten und auf die realen Lebens- und Arbeitsbedingungen abgestimmt sein.“ <<

Diskussionen rund um Rabattverträge

>> Die Union will die Zwangsrabatte für Arzneimittelhersteller erhöhen, wovon nicht nur die forschende, sondern auch die Generikaindustrie betroffen sein wird. Dafür sollen allerdings die Rabattverträge deutlich entschärft werden. Das geht aus einem Positionspapier der Unionsfraktion hervor, das die CDU-Abgeordneten Jens Spahn und Michael Henrich, sowie die CSU-Abgeordneten, Johannes Singhammer und Max Straubinger unter dem Titel „Perspektiven für den Arzneimittelmarkt“ vorgelegt haben.

Die Barmer GEK lehnt die Pläne des Positionspapiers, das mit der Fraktionsspitze abgestimmt sein soll, was die Lockerung der Rabattverträge betrifft, gleich einmal ab: „Die Forderung der Union stellt einen Rückschritt dar und ist ökonomisch falsch“, sagte die Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Birgit Fischer. Diese Verträge seien Gold wert: 80 Prozent der Generika, die 2009 an die Barmer-Versicherten abgegeben wurden, seien laut Fischer Produkte von Vertragspartnern. So hätte die Barmer alleine im vergangenen Jahr Einsparungen von rund 100 Millionen Euro erzielen können, wobei allerdings die Opportunitätskosten nicht benannt wurden.

Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) spricht sich gegen Rabattverträge für Arzneimittel aus und führt einen fortschreitenden ruinösen Verdrängungswettbewerb und eine Verschlechterung der Patienten-Com-

pliance nach einem rabattvertragsbedingten Arzneimittelwechsel ins Feld. Die bisherigen Ergebnisse einer vom BAH in Auftrag gegebenen Studie zum Einfluss der Rabattverträge auf die Therapiequalität und den Versorgungsalltag von Patienten würden zeigen, dass die Umstellung auf ein rabattiertes Präparat in relevantem Umfang negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten hat. So weisen Datenerhebungen aus Arztpraxen beispielsweise daraufhin, dass Diabetes-Patienten bei rabattvertragsbedingter Umstellung doppelt so häufig gefährliche Unterzuckerungen (Hypoglykämien) erlitten als nicht umgestellte Patienten.

Der Mediziner und Ökonom Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik, Ruhr-Universität Bochum, bewertet dies wie folgt: „Hypoglykämien sind nicht einfach irgendeine Nebenwirkung. Sie haben nicht selten kostenintensive stationäre Einweisungen zur Folge. Im Durchschnitt liegen die Kosten einer Hypoglykämie, die u.a. aus Notfalleinsatz, Behandlung und Liegezeiten resultieren, bei 1.443,43 Euro pro Ereignis. Im schlimmsten Fall enden Hypoglykämien tödlich. Wenn dies durch Rabattverträge verursacht würde, ist das weder medizinisch noch ökonomisch vertretbar. Die Patienten würden aus wirtschaftlichen Gründen einem Sterberisiko ausgesetzt - und das für ein System, mit dem im Endeffekt möglicherweise nicht einmal Einsparungen erzielt werden.“ <<

Klage gegen den Fonds

>> Ein Arzt aus Baden-Württemberg klagt vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe gegen den Gesundheitsfonds. Ärzte in seinem Bundesland könnten unter den veränderten Honorarbedingungen „nicht mehr wirtschaftlich arbeiten“, begründete der HNO-Arzt Dr. Ulrich Brander aus Brackenheim seine Klage. Zudem schränke der Gesetzgeber die Berufsfreiheit der Ärzte ein. Die Klage wurde zugelassen und liegt nun dem ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts zur Entscheidung vor.

Unterstützt wird die Klage vom Praxisverbund Medi. Die mit der Fondseinführung veränderten Honorarbedingungen hätten laut Medi „verheerende Auswirkungen“ für einzelne Praxen: „Sie müssen nicht selten mit Umsatzeinbußen zwischen 30 und 50 Prozent fertig werden“, kritisierte der Medi-Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. So fließen rund 1,7 Mrd. Euro der eingezahlten Beiträge von Baden-Württemberg in andere Bundesländer.

Seine Ziele habe der Gesundheitsfonds zudem verfehlt: Statt mehr Wettbewerb und mehr Gesundheit zu günstigeren Konditionen habe der Fonds genau das Gegenteil erreicht. <<

34 % der Bürger fühlen sich krank

>> 34 % aller Deutschen beurteilen ihren aktuellen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ bis „schlecht“. Jeder Fünfte gibt dagegen an, er fühle sich gesundheitlich „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“. In den beiden Bundesländern Baden-Württemberg und Bayern gibt mindestens jeder Vierte an, sich gesund zu fühlen. In Nordrhein-Westfalen und Hessen ist dagegen jeder Fünfte dieser Ansicht. Von den männlichen Befragten fühlt sich jeder Vierte komplett gesund, von den weiblichen weniger als jede Fünfte. Dies sind Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage der YouGovPsychonomics, AG, die im Februar dieses Jahres 1.000 Bundesbürger ab 18 Jahren befragte. <<

Einheitskasse durchaus gewünscht

>> Die Hälfte der Deutschen hegt Sympathien für eine Einheitskrankenkasse. Das geht aus einer Umfrage des Leipziger Instituts für Marktforschung hervor, die die „Leipziger Volkszeitung“ veröffentlichte. Zwei Drittel der rund 1.000 Befragten sind demnach dafür, die Zahl der Krankenkassen weiter drastisch zu reduzieren. Jedem Zweiten würde es reichen, wenn es für alle – Angestellte, Arbeiter, Beamte, Selbstständige – nur eine einzige Krankenkasse gäbe. Im Osten findet diese Idee mit 67 Prozent mehr Zuspruch als im Westen. <<

www.blutzucker-coach.com

>> Die Webseite www.blutzucker-coach.com unterstützt Diabetiker bei der Blutzucker-Selbstkontrolle und soll ihnen dabei helfen, ihre Krankheit richtig zu handhaben. Der Diabetologe Dr. Frank Best aus dem Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein (BdSN) hat die Webseite erstellt. <<

Dr. phil. Brigitte Sens
Paul Wenzlaff
Dr. med. Gerd Pommer
Prof. Dr. med. Horst von der Hardt

DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen

2004 wurden Diagnosis related groups (DRG) als pauschalisiertes Entgeltsystem für die stationäre Behandlung eingeführt. Seither werden immer wieder negative Auswirkungen einer stärker an Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten orientierten Patientenversorgung diskutiert: Sind es die DRG, die Krankenhäuser dazu verleiten, möglichst die lukrativen Behandlungsfälle aufzunehmen? Sind es die DRG, die zu einer drastischen Verkürzung der Verweildauer führen, so dass Patienten nicht zu Ende behandelt und viel zu früh entlassen werden? Oder sind es die DRG, die genau deshalb für häufige Wiederaufnahmen zum gleichen Krankheitsbild verantwortlich sind?

>> Die Schlagworte dazu lauten „Rosinenpickerei“, „blutige Entlassung“ und „Drehtüreffekt“, und diese geistern immer wieder vorwurfsvoll und versehen mit dem Etikett der „Ökonomisierung der Patientenversorgung“ durch Fachöffentlichkeit und Medien (Flintrop 2007).

Mit der Einführung der DRG als Fallklassifikationssystem und durchgängiges, leistungsorientiertes, pauschalisiertes Entgeltsystem war die politische Intention verbunden, eine Schlüsselvoraussetzung für höhere Versorgungseffizienz zu schaffen und den Paradigmenwechsel für eine neue medizinische **und** ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen zu gestalten (Lohmann/Bornemeier 2002; Rau 2002; Rau et al. 2009, SVR 2007). Die konkreten Zielsetzungen der eingeleiteten Veränderungsprozesse waren somit

- Optimierung der internen Leistungs- und Kostenstrukturen
- Optimierung der Behandlungsprozesse
- Transparenz über Art und Menge der Leistungen.

Implizit war damit die Erwartung verbunden, dass Krankenhäuser diese Herausforderung nutzen, um professionelle, kosten- und qualitätsorientierte Leitungsstrukturen zu entwickeln (Clade 2003) und eine adäquate Verzahnung mit nachgelagerten Versorgungsangeboten zu realisieren.

Eine begleitende prospektiv angelegte Evaluation zur Wirksamkeit dieses makroökonomischen Steuerungsinstrumentes fand bisher nicht statt, die vorgesehene Begleitforschung ist erst Ende 2009 vergeben worden (Fürstenberg et al. 2009). Wenngleich es einzelne Studien zu Begleitwirkungen der DRG-Einführung gab (Buhr/Klinke 2006; Roeder/Rochell 2003; Manzeschke 2006; von Eiff et al. 2005; Vogd 2009; Braun et al. 2008; Galatsch et al. 2007), fehlte bislang eine systematische Analyse tatsächlicher oder vermeintlicher Nebenwirkungen: fundierte Zahlen – Daten – Fakten liegen nicht vor. So wird die derzeitige Situation quasi „gefühl“ beurteilt, was dazu führt, dass bei zeitlich vielen

Abstract

Ziel der Studie war die Analyse DRG-attributabler Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen in und um das Krankenhaus. Auf der Basis von 30 repräsentativ ausgewählten Krankenhäusern in Niedersachsen und mit einer differenzierten Methodik konnte gezeigt werden:

1. Die Qualität der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus hat sich aufgrund der DRG-Einführung im Großen und Ganzen nicht verändert.
2. Für eine gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle gibt es keine Belege.
3. Das Phänomen einer „blutigen Entlassung“ kann nicht belegt werden.
4. Eine Zunahme ungeplanter Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) im Zuge der DRG-Einführung ist nicht nachweisbar.
5. Die Krankenhäuser haben die essenziellen Voraussetzungen für die operative Umsetzung des DRG-Systems geschaffen; eine zukunftsfähige strategische Ausrichtung sowie eine durchgängige Prozessgestaltung ist nur zum Teil umgesetzt worden.
6. Die Arbeitsbedingungen haben sich im Zuge der DRG-Einführung verändert, wobei der Dokumentations- und Kodieraufwand überschätzt wird.
7. Die mittleren und großen Krankenhäuser sind auch unter DRG-Bedingungen überwiegend ökonomisch erfolgreich, weil sie die Möglichkeiten zur strategischen Neuausrichtung nutzen können, während dies für die kleineren Krankenhäuser deutlich schwieriger ist.

Keywords

Diagnosis related groups (DRG), Versorgungsforschung, Qualität, Krankenhaus

anderen Faktoren alle als derzeit negativ empfundenen Veränderungen im Krankenhausbereich den DRG zugerechnet werden.

So war es die Qualitätsinitiative*, die 2007 ein Versorgungsforschungsprojekt zu den Auswirkungen der DRG-Einführung initiierte und finanzierte und das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) als methodisch-konzeptionell verantwortliches Institut mit der Durchführung betraute.

Zielsetzung

Auslöser des Projektes war die Vermutung, dass die DRG in hohem Ausmaß unerwünschte Nebenwirkungen („Kollateralschäden“) zur Folge haben. Gleichzeitig stellte sich die Frage, ob nicht auch positive Nebenwirkungen („Kollateralnutzen“) belegt werden können.

Zielsetzung war somit eine umfassende und neutrale Analyse DRG-induzierter Auswirkungen auf das aktuelle Versorgungsgeschehen für

- die Organisation Krankenhaus
- die Patienten und ihre Angehörigen
- die in der Patientenversorgung unmittelbar tät. Berufsgruppen
- die Zuweiser und die nachgelagerten Versorgungsbereiche.

Studiendesign

Da DRG bereits seit 2004 eingeführt waren und gleichzeitig die DRG-Effekte aus dem multifaktoriellen Einflusspektrum isoliert werden

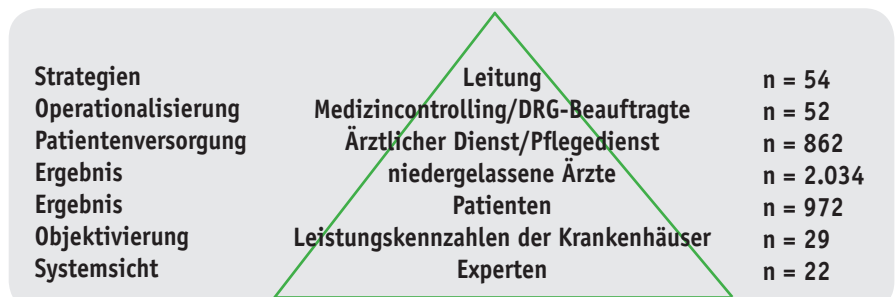


Abb. 1: Konzeptionelles Grundgerüst und Vorgehensmodell des DRG-Projektes

*Niedersächsischer Verein zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.v.

Teilnehmende Projekt-Krankenhäuser	
Marienhospital Anklam-Bersenbrück	Anklam
Leinebergland-Klinken Krankenhaus Alfeld	Alfeld
HELIOS Klinik Bad Gandersheim	Bad Gandersheim
Ev. Bathildis-Krankenhaus	Bad Pyrmont
Ev.-luth. Diakonissenanstalt Marienstift	Braunschweig
Krankenhaus St. Josef-Stift	Celle
Allgemeines Krankenhaus	Celle
Asklepios Harz-Kliniken	Clausthal-Zellerfeld
Sertürner-Krankenhaus	Einbeck
Asklepios Harz-Kliniken	Goslar
Krankenhaus Neu-Mariahilf	Göttingen
Krankenhaus Klinikum Nordstadt	Hannover
Vinzenz-Krankenhaus	Hannover
Kreis-Krankenhaus St. Marienberg	Helmstedt
Klinikum Hildesheim	Hildesheim
St. Bernward-Krankenhaus	Hildesheim
St. Bonifatius Hospital	Lingen
Städtisches Krankenhaus	Lüneburg
HELIOS Albert-Schweitzer-Klinik	Northeim
Euregio-Klinik Hannover-Straße	Nordhorn
Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße	Nordhorn
Klinikum Oldenburg	Oldenburg
PIUS Hospital	Oldenburg
Kreis-Krankenhaus Osterholz	Osterholz-Scharmbeck
Klinikum Peine	Peine
Diakoniekrankenhaus	Rotenburg/Wümme
Heidekreis-Klinikum, Krankenhaus Soltau	Soltau
Krankenhaus Charlottenstift	Stadoldendorf
St. Marienhospital	Vechta
Klinikum der Stadt Wolfsburg	Wolfsburg

Tab. 1: Projektkrankenhäuser

sollten, wurde ein differenziertes Projektdesign mit einem pyramidenförmigen methodischen Ansatz entwickelt. Dieser ist konzeptionelles Grundgerüst wie auch Vorgehensmodell für die Projektdurchführung (Abb. 1).

Das Projekt wurde mit 30 repräsentativ ausgewählten Krankenhäusern aller Versorgungsstufen aus Niedersachsen unter Berücksichtigung der Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat) und der Versorgungsregion (Stadt, Land) durchgeführt (Judgement Sample, Pfaff et al. 2008) (Tab. 1). Um die qualitativen Aussagen der Befragten zu verifizieren, wurden Leistungskennzahlen herangezogen (Fallzahlen, Mitarbeiterzahlen, Verweildauer, Top 10-DRG, Casemix-Index, ambulante Operationen u.a.m.). Ergänzt wurden die Ergebnisse um eine repräsentative Zuweiserbefragung (Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden) aus den Einzugsgebieten der Projektkrankenhäuser sowie Interviews mit Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems („Systemsicht“).

Der methodische Ansatz des Projektes im Kontext der Versorgungsforschung (Pfaff 2003; Glaeske et al. 2008) ist dabei einzuordnen mit den Schwerpunkten auf Throughput- und Output-Forschung und der anwendungsorientierten Outcome-Forschung (Busse 2006; Hoffmann et al. 2004). Es handelt sich um eine Erhebungsstudie mit prolektivem Studiendesign, ergänzt durch retrolektive Sekundärdaten (Leistungskennzahlen aus den Krankenhäusern und Vergleichszahlen aus Niedersachsen). Das Ziel einer übertragbaren Aussage zu den Auswirkungen der DRG-Einführung wird durch die repräsentative Stichprobe von Krankenhäusern, die eingesetzten Instrumente (leitfadengestützte Interviews, Befragungen, Fokusgruppen, Workshops mit den beteiligten Krankenhäuser als dialogischer Ansatz, vgl. Kühl/Strodtholz 2002) sowie die Methodentriangulation (Flick 2008; Neugebauer et al. 2007) erreicht.

Ergebnisse

Die Qualität der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus hat sich aufgrund der DRG-Einführung im Großen und Ganzen nicht ver-

ändert: 97 % der Krankenhausleitungen und 87 % der Medizincontroller/DRG-Beauftragten bewerten die Versorgungsqualität als gleich geblieben oder - aufgrund stringenter organisierter und bewusst gestalteter Patientenversorgung - sogar verbessert (Abb. 2).

Bei den Mitarbeitern auf chirurgischen und internistischen Stationen fällt das Urteil weniger positiv aus: Für etwas mehr als die Hälfte (55

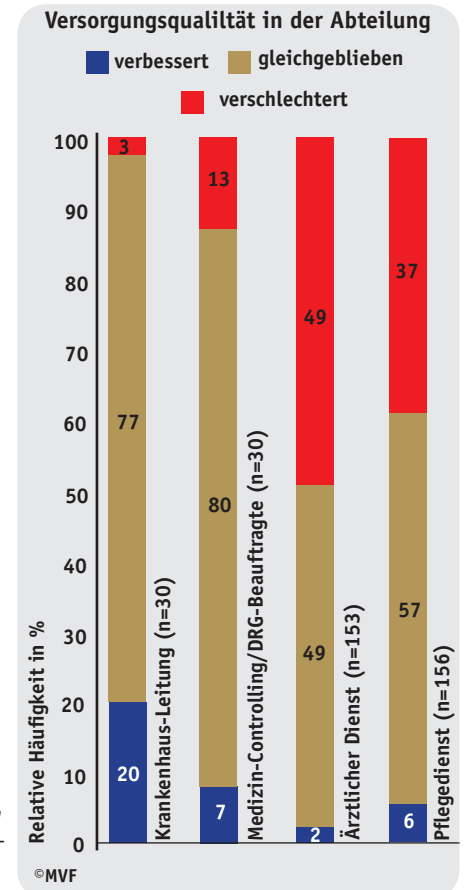


Abb. 2: Veränderung der Qualität der Patientenversorgung auf Grund der DRG-Einführung aus Sicht der Krankenhausleitung, des Medizincontrollings und der Mitarbeiter in den chirurgischen und internistischen Fachabteilungen im Krankenhaus.

%) ist die Qualität im Wesentlichen gleich geblieben, 40 % sehen eine Verschlechterung. Unterschiede zeigen sich zwischen Ärzten und Pflegekräften: 51 % der Ärzte sagen, die Qualität sei gleich geblieben oder habe sich sogar verbessert, während dies in der Pflege von 63 % angegeben wird. Deutlich mehr Ärzte (49 %) als Pflegekräfte (37 %) sehen also eine Verschlechterung. Andererseits beurteilen die Ärzte die aktuelle Versorgungsqualität der eigenen Fachabteilung weit überwiegend als gut bis hervorragend, während die Pflegekräfte hier zurückhaltender sind (Abb. 3). Unabhängig von Versorgungsstufen und Fachbereichen wird demnach die aktuelle Versorgungsqualität von den Pflegenden kritischer beurteilt als von den Ärzten (Abb. 3).

Die eingehende Diskussion dieses Befundes führte zu einem der überraschenden Ergebnisse der Studie: Die Pflegenden beurteilen die Qualität der Patientenversorgung tendenziell schlechter, weil sie eine höhere Erwartung an ihre eigene Leistung für die Patienten haben, und sich durch weniger zeitliche Zuwendung eher negativ einschätzen. Die Ärzte wiederum geben ihr Urteil vorwiegend unter dem Eindruck der kürzeren Verweildauer ab, die für sie selbst andere Anforderungen an die Entscheidungsprozesse und die Arbeitsorganisation auf den Zeitpunkt der Entlassung bedeutet. Indirekt erzeugen also traditionelles Berufsverständnis, kürzere Verweildauern und höhere Fallzahlen das Qualitätsurteil. Hier scheint sich in den letzten Jahren eine Diskrepanz zwischen professionellem Selbstverständnis, bisher etabliertem ärztl-

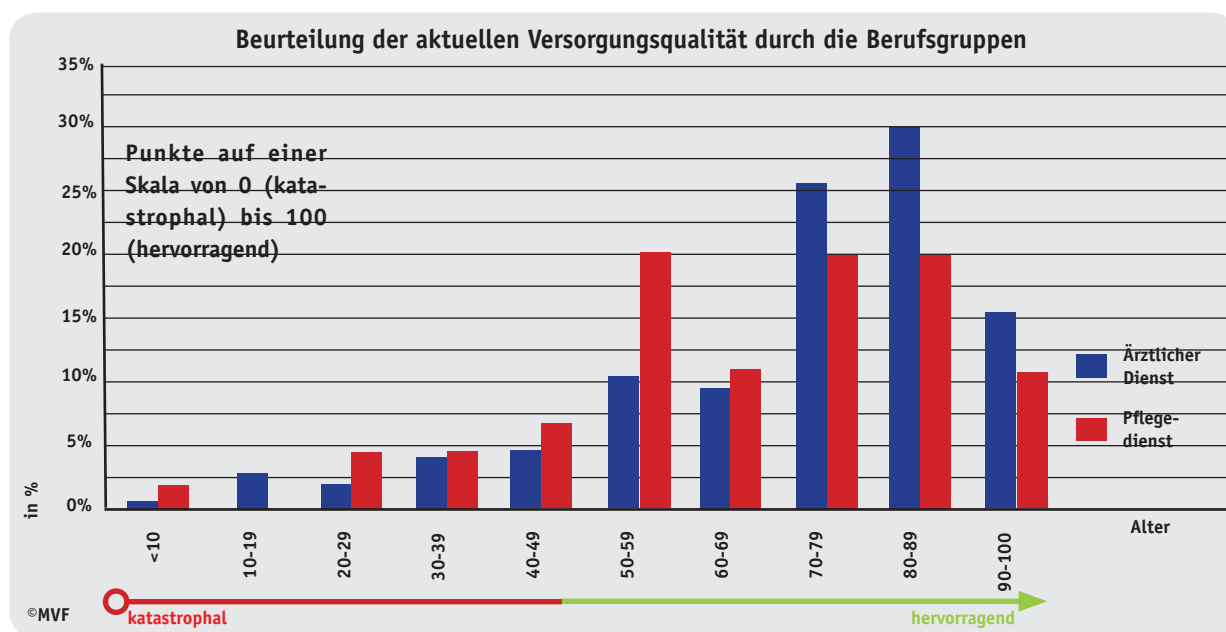


Abb. 3: Beurteilung der aktuellen Versorgungsqualität durch die Berufsgruppen im Krankenhaus

chen Organisationshabitus und erforderlichem prozessualen Denken und Handeln entwickelt zu haben - allenfalls getriggert, aber nicht ausgelöst durch DRG.

Ein sehr hoher Anteil der Patienten (83 %) ist mit der Qualität der Krankenhausversorgung insgesamt zufrieden, 53 % geben sogar mit 9 bzw. 10 Punkten die Höchstnoten. Diese sehr guten Bewertungen bestätigen zum einen das Phänomen einer häufig sehr hohen Patientenzufriedenheit, zum anderen mag mangelnde Motivation zu differenzierten Antworten eine Rolle gespielt haben. Häufig sind gerade ältere Patienten eher noch so eingestellt, Dinge auszuhalten und keine Kritik zu üben, also ein noch sehr traditionelles Patientenselbstverständnis.

Nur 44 % der Zuweiser bewerten die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern ihrer Umgebung als gut bis hervorragend - von allen Befragungsergebnissen die niedrigste Einschätzung des Qualitätsniveaus. 15 % bewerten die Krankenhausqualität als schlecht, und mit 70 % nehmen die einweisenden Ärzte am deutlichsten eine Verschlechterung der Qualität seit der DRG-Einführung wahr. Auch hierfür - analog zu den Krankenhausärzten - geben die Einweiser aber am häufigsten die frühere Entlassung oder die Entlassung am Wochenende an (23 %), auf die weder die Patienten noch der ambulante Sektor vorbereitet sind. Vielfach kann also das Entlassungsmanagement noch nicht die kürzeren Verweildauern kompensieren, wie es durch optimale Überleitungsprozesse möglich wäre - auch dies kein unmittelbar DRG-attributabler Effekt.

In den Interviews mit 22 Experten aus Politik, Verbänden und Fachgesellschaften im Gesundheitswesen haben 16 übereinstimmend zum Ausdruck gebracht, dass die Qualität der Versorgung seit der DRG-Einführung im Wesentlichen gleich geblieben sei; drei sehen sogar eine Verbesserung. Lediglich drei Experten beobachteten eine Verschlechterung der unmittelbaren Versorgungsqualität - wobei die Defizite, wie oben beschrieben, insbesondere der bislang nicht gelungenen Vernetzung zwischen stationärem und ambulantem Sektor geschuldet sind.

Für eine gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle („Rosinenpickerei“) gibt es keine Belege. Die Krankenhausleitungen betonen übereinstimmend, dass sie einen Versorgungsauftrag zu erfüllen haben und Patienten nicht unbegründet abweisen. Die Leistungskennzahlen der Projektkrankenhäuser (Top 10- und teilweise Top 20-DRG von 2003 - 2007) bestätigen, dass mit Einführung der DRG Spezialisierungen und Schwerpunktbildungen erfolgten, aber keine Patientenauswahl. Sofern

Patienten im Einzelfall nicht aufgenommen werden können, sind Bettenmangel oder personelle Engpässe die Gründe.

Das Phänomen einer systematischen „blutigen Entlassung“ kann nicht belegt werden. Sowohl in den Projektkrankenhäusern (im Mittel 8,2 Tage im Jahr 2000 > 7,4 Tage im Jahr 2007) als auch in Niedersachsen (9,9 > 7,8 Tage) zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang der stationären Verweildauer, also unabhängig von DRG. Gleichzeitig hat die Zahl der ambulanten Operationen in den Krankenhäusern erheblich zugenommen. Ärzte und Pflegende beurteilen den Zeitpunkt der Entlassung unterschiedlich: Ärzte eher zu kurz („Arztbrief noch nicht fertig“), Pflegende eher zu lang („Patient könnte eigentlich nach Hause gehen“). Die Patienten bewerten den Entlassungszeitpunkt als „genau richtig“ (82 %). DRG haben somit nicht zu systematisch verkürzten Krankenhausaufenthalten geführt.

Eine Zunahme ungeplanter Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) im Zuge der DRG-Einführung ist nicht nachweisbar. Trotz kürzerer Verweildauern ist die Rate von Wiederaufnahmen zur gleichen Diagnose mit 1,2 % bis 1,6 % über die Jahre konstant. Dies entspricht der internationalen Literatur (Groene 2006; IQIP). „Echte“ Wiederaufnahmen aufgrund unerwarteter Komplikationen betragen < 1 %.

Die Krankenhäuser haben die essenziellen Voraussetzungen für die operative Umsetzung des DRG-Systems geschaffen; eine zukunftsfähige strategische Ausrichtung sowie eine durchgängige Prozessgestaltung ist nur zum Teil umgesetzt worden. Für die Hälfte der Krankenhäuser war die DRG-Einführung allein kein Anlass zur strategischen Neuausrichtung; insbesondere für Krankenhäuser der Maximalversorgung als große Unternehmen spielen andere Gründe als die DRG-Einführung die entscheidende Rolle, Strategien zu ändern und sich entsprechend den zu erwartenden Rahmenbedingungen zu positionieren. Demgegenüber hat die Hälfte der Schwerpunktkrankenhäuser die DRG-Einführung als Treiber für Strategieveränderung genutzt und sich auch ökonomisch erfolgreich behauptet. Eine durchgängige Gestaltung und Optimierung der Behandlungsabläufe ist bisher nur in der Hälfte der Krankenhäuser umgesetzt worden, immerhin haben aber 80 % das Entlassungsmanagement verbessert.

Die Arbeitsbedingungen haben sich im Zuge der DRG-Einführung verändert, wobei der Dokumentations- und Kodieraufwand überschätzt wird. Neue Teamstrukturen (15 %), veränderte Arbeitsinhalte (rund 30 %) und arbeitsteiliges Arbeiten (< 10 %) spielen weniger eine Rolle als Ar-

beitsverdichtung (35 %) und hoher Dokumentationsaufwand (gut 60 %). Wenngleich Letzterer praktisch von allen Berufen beklagt wird, belegen die Zahlen, dass mit 42 % der größte Anteil von Ärzten und Pflegenden nur bis zu 10 % der Arbeitszeit mit DRG-Dokumentation und Kodierung verbringt. Es wird auch zu wenig reflektiert, dass Dokumentation ein elementarer Teil der Berufsausübung am Patienten ist. Die Arztzahlen (Vollkräfte) haben seit der DRG-Einführung um 6 % zugenommen, in den chirurgischen und internistischen Fachabteilungen sogar um 15 %, in den Schwerpunktkrankenhäusern um 20 %. Demgegenüber wurde im Bereich der Pflege rund 10 % Personal abgebaut. Den neuen Anforderungen an die Arbeitsorganisation unter Effizienzgesichtspunkten (Verweildauerverkürzung und Fallzahlsteigerung) ist - siehe oben - nicht überall durch konsequent umgesetzte Prozessorientierung begegnet worden. Erstmals kann nun mit Zahlen belegt werden, dass dies der richtige Weg ist: Am Beispiel „Erreichbarkeit für die Patienten“ zeigen die Krankenhäuser mit Prozessorientierung deutlich bessere Ergebnisse (Abb. 4).

Die mittleren und großen Krankenhäuser sind auch unter DRG-Bedingungen überwiegend ökonomisch erfolgreich, weil sie die Möglichkeiten zur strategischen Neuausrichtung nutzen können, während dies für die kleineren Krankenhäuser deutlich schwieriger ist. 16 der 30 Krankenhäuser gaben eine kostendeckende bzw. zufriedenstellende Erlössituation

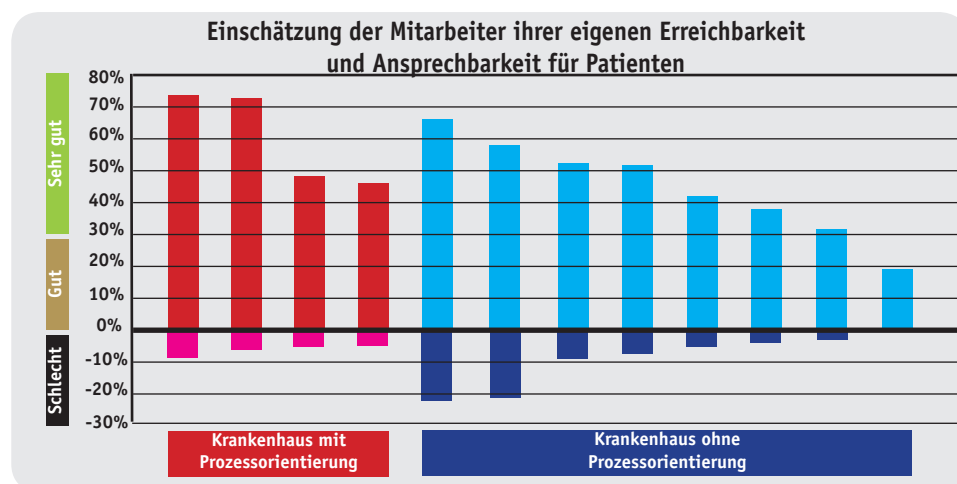


Abb. 4: Einschätzung der Mitarbeiter ihrer eigenen Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit für die Patienten in Krankenhäusern mit und ohne Prozess-orientierung.

an, und 12 zudem einen positiven Trend (Tab. 2). Bei konsequenter strategischer Entwicklung sind also durchaus ökonomische Erfolge zu verzeichnen, dies ist aber für die kleineren Krankenhäuser wegen geringer Fallzahlen und der eingeschränkten Möglichkeit zur Spezialisierung deutlich schwieriger. Auch die einweisenden Ärzte registrieren finanzielle Auswirkungen seit der DRG-Einführung: knapp die Hälfte gibt höhere Ausgaben für poststationäre Behandlung (Verbandwechsel, Hausbesuche, Medikation, Therapie u.a.m.) an. Auch hier ist die kontinuierliche Verweildauerverkürzung Auslöser dieser Verschiebung in den ambulanten Sektor, nicht jedoch die DRG-Einführung an sich.

Fazit und Diskussion

Im Fokus der Studie stand die Fragestellung, ob und wie sich das 2004 eingeführte DRG-System auf die Patientenversorgung, auf die Mitarbeiter im Krankenhaus, aber auch auf die Organisationen selbst und das Versorgungsumfeld, also das komplette Szenario in und um die stationäre Behandlung ausgewirkt hat. Die Ausgangslage des Projektes 2007 war eine Gemengelage aus teils subjektiven, teils berufsständisch gefärbten

Erlössituation & Trend					
Versorgungsstufe	Erlös kostendeckend	Trend			Gesamt
		Plus	Gleich	Minus	
Maximalversorgung (n=6)	Ja	3	1	1	5 (83%)
	Nein	1			1 (17%)
Schwerpunktversorgung (n=8)	Ja	4	2		6 (75%)
	Nein	1		1	2 (26%)
Grundversorgung (n=16)	Ja	2	2	1	5 (31%)
	Nein	1	2	8	11 (69%)

Tab. 2: Erlössituation und finanzieller Trend in den Krankenhäusern (2007)

oder bewusst überzeichneten negativen Meinungen. Einzelne, bis dahin veröffentlichte Studien hatten jeweils nur Einzelaspekte berücksichtigt oder unterlagen hinsichtlich ihrer Aussagekraft den Einschränkungen sehr kleiner Kollektive. Insbesondere wurden die sektorübergreifenden

Auswirkungen der DRG-Einführung methodisch nicht berücksichtigt, und positive Effekte für Patienten oder Organisationen wurden, obwohl sie in Ansätzen ableitbar waren, zu zaghaft formuliert. Zudem zeigt die Wahl der Zielparame-ter in bisherigen Studien das noch sehr traditionelle Verständnis von „Krankenversorgung“, welches die zu diesem Zeitpunkt formulierte Rolle eines aufgeklärten mitentscheidungsfähigen Patienten und dessen Schlüsselkompetenz für Qualitätsfragen nicht reflektiert (SVR 2000/2001).

Der hier entwickelte methodische Ansatz, der bewusst DRG-attributable Effekte und deren Abgrenzbarkeit je nach Befragungskollektiv in den Fokus stellt oder dies gerade vermeidet, kombiniert mit dem systematischen Abgleich mit Leistungskennzahlen der Krankenhäuser und weiteren Kenngrößen sowie dem gezielten Einsatz von Fokusgruppen (Methodentriangulation), hat sich bewährt und durch die bewusste Ergebnis-offenheit teils überraschende Ergebnisse zutage gefördert.

Aus den umfangreichen Analysen auf der Basis der 30 repräsentativ ausgewählten Krankenhäuser kann folgendes Fazit gezogen werden:

Die politische Zielsetzung, mit dem Instrument eines pauschalierten Entgeltsystems für die stationäre Versorgung eine nachhaltige Veränderungsdynamik, eine weitreichende Strukturveränderung der Krankenhauslandschaft anzustoßen (Wirtschaftlichkeit - Transparenz - Qualität), ist (bislang) nur in Ansätzen erreicht worden - die Veränderungsresistenz in Deutschland ist beachtenswert, die Ablösung von alten Konzepten fällt schwer.

Auf die Herausforderung der Effizienz- und Qualitätssteigerung ist in den Krankenhäusern nicht im erforderlichen Umfang und mit der erforderlichen Konsequenz mit durchgängiger Prozessgestaltung reagiert worden - das Potenzial der zielgerichteten Prozessorientierung mit Vorteilen für die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität wurde (noch) nicht ausgeschöpft.

Wenn ein DRG-attributabler „Kollateralschaden“ zu konstatieren ist, dann an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versor-

gung: bei Einführung der DRG ist versäumt worden, Zuständigkeiten und Finanzierungsmodalitäten für eine durchgängige, sektorübergreifende Patientenversorgung festzulegen; die ohnehin vorhandene Problematik sektoral getrennter Versorgungsbereiche hat sich durch die Verweildauerverkürzung noch verstärkt.

Ein großer Teil der echten und der empfundenen Probleme im Zusammenhang mit der DRG-Einführung wird bei den Professionals durch ein nicht den aktuellen Anforderungen entsprechendes, traditionelles Berufsbild hervorgerufen; weder sind sie auf neue Rollen, Versorgungserfordernisse und teamorientierte Zusammenarbeit vorbereitet, noch werden sie adäquat unterstützt. Dies gilt sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor.

Die Patienten sind (wie es im Wort selbst impliziert wird) immer noch geduldig: Sie sind mit der Behandlungsleistung und den Ergebnissen im

Großen und Ganzen zufrieden; hier bleibt abzuwarten, inwieweit dieses traditionelle Patientenverständnis, noch wenig fordernd, informiert und mitentscheidungsfähig, die traditionell gestalteten Versorgungsabläufe und die noch nicht optimalen Überleitungsprozesse toleriert.

Die Ergebnisse zur Versorgungsqualität, die überwiegend als im Wesentlichen gleichgeblieben beurteilt wird, reihen sich nahtlos in bisher gezogene Zwischenbilanzen aus politischer und verbandspolitischer Sicht ein und decken sich mit internationalen Erfahrungen (Rau et al. 2009; Knüppel 2003; Lungen/Rath 2009). Die Krankenhäuser erfüllen nach wie vor ihren Versorgungsauftrag, d.h. eine systematische Nicht-Aufnahme oder eine medizinisch nicht vertretbare zu frühe Entlassung von Patienten aus ökonomischen Gründen entspricht nicht der Versorgungsrealität, ebenso wenig die vorsätzliche Diagnosen-Generierung („upcoding“) (Pick/Busley 2009). Im Alltagserleben der Leistungser-

Literatur

- Braun, B./Buhr, P./Müller, R. (2008): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Schwäbisch Gmünd: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 60
- Buhr, P./Klinke, S. (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung, Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Busse, R. (2006): Methoden der Versorgungsforschung. In: M. Hey/U. Maschewsky-Schneider (Hrsg.) (2006): Kursbuch Versorgungsforschung. Berlin: Medizin Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 243-251
- Clade, H. (2003): Krankenhäuser: Strategien müssen sich ändern. In: Dtsch Arztebl 100, 31-32: A-2054
- Custers, T./Amelung/K.C./Klazinga, N. (2004): Lernen von der Wirtschaft: Qualitätssteigerung und Kostensenkung im Krankenhaus durch integriertes Qualitäts- und Kostenmanagement. In: Gesundh.ökon. Qual.manag. 9:361-368
- Eckardt, J./Sens, B. (2006) Praxishandbuch integrierte Behandlungspfade – Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten. Heidelberg: Economica
- Galatsch, M./Krüger, C./Quasdorf, T./Schroller, M.E./Donath, E./Bartholomeyczik, S. (2007): Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. In: Pflege Zeitschrift; 2007, 60: 272-276
- Glaeske, G./Augustin, M./Abholz, H./Banik, N./Brüggenjürgen, B./Hasford, J./Hoffmann, W./Kuse, J./Lange, S./Schäfer, T./Schuberg, I./Trampisch, H.-J./Winderler, J. (2008): Methodische Grundlagen der Versorgungsforschung. Memorandum III: „Methoden der Versorgungsforschung“ In: Pfaff, H./Glaeske, G./Neugebauer, E.A.M./Schrappe, M. (Hrsg.) Köln: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. 4-20
- Groene, O. (2006): Vorschläge der WHO zur umfassenden Leistungsbewertung von Krankenhäusern. In: Gesundh ökon Qual manag 11:226-233.
- Flick, U. (2008): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Flintrop, J. (2007): Nebenwirkungen der DRG-Einführung – Augen zu und durch. In: Dtsch Arztebl 104, 34 – 35: A2305.
- Fürstenberg, T./Nolting, H.D./Zich, K./Laschat, M. (2009): Untersuchung zu den Auswirkungen der Vergütung nach Fallpauschalen. InEK und Selbstverwaltungs-partner starten offizielle G-DRG-Begleitforschung. In: Das Krankenhaus, 4, 312-314.
- Hoffmann, W./Kurth, B.M./Ohmann, C./Pfaff, H./Schwartz, F. W./Troschke von, J. (2004): Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. <http://www.baek.de/downloads/definition.pdf> (zugegriffen am 15.03.2010)
- IQIP – <http://www.internationalqip.com> (zugegriffen am 15.03.2010)
- Knüppel, D. (2003): Die DRG-Einführung und ihre Folgen – Lehren aus den USA. In: Das Krankenhaus, 5: 387-391
- Kühl, S./Strodtholz, P. (2002): Methoden der Organisationsforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Lungen, M./Rath, T. (2009): Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung: Internationale Erfahrungen im Überblick. In: Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. (Hrsg.): (Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Stuttgart: W. Kohlhammer, 131- 144.
- Manzeschke, A. (2006): „Diakonie und Ökonomie“ Die Auswirkungen von DRG und fallpauschaliertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozioethische Bewertung. Abschlussbericht. Forschungsprojekt am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften. Bayreuth: Arbeitsstelle für Theologische Ethik und Anthropologie und Ethik.
- Neugebauer, E. A. M./Pfaff, H./Schrappe, M./Glaeske, G. (2007): Versorgungsforschung – Konzept, Methoden und Herausforderungen. Prävention und Versorgungsforschung In: Badura, B./Kirch, W./Pfaff, H. (Hrsg.) Berlin: Springer, S. 81-94
- Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben Gesundheitsversorgung und Disease Management. In: Pfaff, H./Schrappe, M./Lauterbach, K.W./Engelmann, U./Halber, M. (Hrsg.): Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Huber, 13-23
- Pfaff, H./Albert, U.S./Bornemann, R./Ernstmann, N./Gostomzyk, J./Gottwick, M.G./Heller, G./Höhmann, U./Karbach, U./Ommen, O./Wirtz, M. (2008): Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. In: Pfaff, H./Glaeske, G./Neugebauer, E.A.M./Schrappe, M. (Hrsg.), Memorandum III: „Methoden der Versorgungsforschung“. Köln: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V., 21-47
- Pick, P./Busley, A. (2009): Die MDK-Prüfung im Krankenhaus. In: Arzt und Krankenhaus 7: 196-200
- Rau, F. (2002): DRG-Einführung in Deutschland: Ziele, Problemfelder und Perspektiven auf der Grundlage des Fallpauschalengesetzes aus Sicht des BMG. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung; 2002, 96 (8): 498-504
- Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. (2009): Zum Stand der deutschen DRG-Einführung: Erkenntnisse, Erfahrungen und Meinungen. In: Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. (Hrsg) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Stuttgart: W. Kohlhammer, 9-22.
- Roeder, N./Rochell, B. (2003): Das deutsche DRG-System und der Einfluss auf die poststationäre ambulante und stationäre Pflege. In: bpa magazin, 1:13-18
- SVR-Sondergutachten, (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bundestags-Drucksache 14-5660 (Bd. I), 14-5661 (Bd. II) und 14-6871 (Bd. III) <http://www.svr-gesundheit.de> (zugegriffen am 15.03.2010)
- SVR-Sondergutachten, (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bundestags-Drucksache 16-6339 <http://www.svr-gesundheit.de> (zugegriffen am 15.03.2010)
- Vogd, W. (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Bern: Huber
- Vogd, W. (2009): Paradoxe Effekte der DRG-Einführung. Organisationssoziologische Überlegungen am Beispiel einer Längsschnittstudie zur Krankenhausorganisation. In: Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Stuttgart: W. Kohlhammer, 119-130.
- Von Eiff, W./Klemann, A./Middendorf, C. (2005): REDIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Münster: Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht. Band 3.

bringer werden veränderte Rahmenbedingungen, wie die sich über Jahre linear verkürzende Verweildauer oder die Dokumentationsaufgaben zu Unrecht den DRG zugeschrieben, oder eine Einzelbeobachtung dominiert das Gesamturteil.

Überraschend ist, wie wenig die Ärztinnen und Ärzte auf den chirurgischen und inneren Stationen in ihrem professionellen Selbstverständnis und ihrer Arbeitsorganisation auf die aktuellen Herausforderungen einer qualitätvollen, sicheren und effizienten Patientenversorgung vorbereitet sind (Janus/Amelung 2006; Vogd 2006, 2009). Ein weiterer unerwarteter Befund ist die Tatsache, dass bislang in nur wenigen Krankenhäusern eine konsequente, durchgängige Prozessgestaltung der wesentlichen Kernleistungen erfolgt ist. Mit diesen Instrumenten könnte noch Potenzial für mehr Mitarbeiterzufriedenheit, mehr Patientenzufriedenheit und zielgerichteten Ressourceneinsatz ausgeschöpft werden (Custers et al. 2004; Eckardt/Sens 2006).

Aus diesem Fazit zu DRG-induzierten Veränderungen und ihren Auswirkungen auf Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität ergibt sich somit folgender Handlungsbedarf:

Krankenhäuser müssen ihre Strategie stärker an den prioritären Zielen einer effizienten und qualitätsorientierten Patientenversorgung ausrichten. Qualität als künftig wichtiges Alleinstellungsmerkmal und Transparenz über das Leistungsgeschehen werden dies erfordern. Prozessorientierung muss - soweit noch nicht umfassend geschehen - intern und für die externen Kooperationspartner sektorübergreifend aktiv vorangetrieben werden.

Auf der Ebene der berufsständischen Organisationen muss daraufhin gearbeitet werden, dass das professionelle Selbstverständnis von Ärzten, Pflegenden und weiteren Gesundheitsberufen nicht so sehr von einem allumfassenden Qualitätsanspruch geprägt wird, sondern Qualität und

DRG-induced effects on healthcare

The objective of the study was the analysis of the effects attributable to diagnosis related groups (DRG) on the maintenance and performance of care in hospitals. Based on a representative sample of 30 hospitals in Lower Saxony and a differentiated methodological approach, the following could be shown:

1. The immediate quality of care in hospitals has not changed in general due to the DRG-system.
2. There is no evidence for a selection of profitable patient cases.
3. The phenomenon of a so-called "bloody" discharge cannot be proved.
4. An increase of unexpected re-admission after discharge due to the DRG-system is not provable.
5. Hospitals have prepared for the operative implementation of the DRG-system, but only a few have a forward-looking strategic orientation and complete reorganization of the essential care processes in focus.
6. Working conditions for professionals have changed parallel to the DRG-system, but the expenditure for DRG-coding and documentation is generally over-estimated.
7. Medium-sized and large hospital organizations are economically successful even under DRG-conditions, because they can make use of strategic orientation, while economic success is harder to achieve for small hospitals.

Keywords

Diagnosis related groups (DRG), Quality of care, Hospitals

Wirtschaftlichkeit als einander bedingende Komponenten der Patientenversorgung verstanden werden. Dementsprechend müssen Ausbildungsgänge und deren Inhalte diesen aktuellen Anforderungen entsprechend gestaltet werden.

Die gesundheitspolitische Ebene muss bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems - analog zu den Eckpfeilern Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität - den mit der DRG-Einführung verfolgten Weg konsequent weiter verfolgen. Dazu müssen die aus der sektoralen Trennung resultierenden Probleme gelöst werden und qualitätsorientierte Finanzströme so gelenkt werden, dass eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung die Zukunft bestimmt. <<

Dr. phil. Brigitte Sens

leitet das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ), eine Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen und hat dieses Kompetenzzentrum seit seiner Gründung 1996 aufgebaut und entwickelt. Sie hat mehrere Jahre die GMDS-Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Medizin“ geleitet und war Vorstandsmitglied und stellv. Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG). Kontakt: brigitte.sens@zq-aekn.de



Paul Wenzlaff

ist Mathematiker und Informatiker und seit Gründung 1996 wissenschaftlicher Mitarbeiter im ZQ. Seine Schwerpunkte sind Methodik, Statistik, Epidemiologie und Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen.



Dr. med. Gerd Pommer

ist Facharzt für Innere Medizin und war langjährig in Oldenburg als niedergelassener Gastroenterologe mit großer Praxis tätig. Langjähriger Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen sowie 1996 Gründungsmitglied und seither Vorsitzender der Qualitätsinitiative – Niedersächsischer Verein zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.V.



Prof. Dr. med. Horst von der Hardt

ist Facharzt für Kinderheilkunde und war langjähriger Leiter des Zentrums für Kinderheilkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Vorstand Krankenversorgung an der Unternehmensspitze.



Prof. Dr. Gänshirt
Prof. Dr. Dr. Fred Harms

Konzept zur kontinuierlichen Selbstmanagement-Betreuung von Patienten mit Typ-2-Diabetes

Die Konditionierung unserer Ärzte und anderer Heilberufler, die mit der Beratung von Patienten zu tun haben, ist auch heute noch stark geprägt durch die Zeit, in der die Akutversorgung im Vordergrund jeglichen ärztlichen Handelns stand. Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts waren es in der Regel Infektionskrankheiten und Verletzungen, an denen Menschen erkrankten und verstarben. In den letzten 60 Jahren hat sich dieses Bild komplett gewandelt. Inzwischen versterben 9 von 10 Menschen an einer chronischen Erkrankung. Aber worin liegt der entscheidende Unterschied in der Versorgung?

>> Ein distinktives Merkmal ist das Ausmaß des Einflusses, den der Patient auf seine Heilung oder seinen Therapieerfolg hat. Bei akuten Erkrankungen, wie Infektionskrankheiten, bei Verletzungen, aber auch im Falle einer Operation, hat der Patient vergleichsweise wenig eigenen Einfluss auf seine Genesung – so ist er z.B. angewiesen auf ein wirksames Antibiotikum oder auf einen guten Operateur. Dies sind klassische Beispiele für eine Akutversorgung. Hier musste der Arzt oder Heilberufler Patienten im wesentlichen drüber aufklären, was die Medizin für den Patienten tun kann. Dem Patienten bleibt hier die Entscheidung, ob er entsprechend behandelt werden will oder nicht. Die weitere Kommunikation besteht im Prinzip darin, dass dem Patienten erklärt wird, was er über die ärztlichen Therapiemaßnahmen hinaus zu tun oder zu lassen hat – eine Vorgehensweise, die im Falle der Akutversorgung angemessen ist und sich bewährt hat.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich jedoch die Bedürfnisse der Patienten grundlegend verändert (Gänshirt und Harms, 2008a,b): Die Menschen kommen in unsere Arztpraxen und Krankenhäuser mit Herz-Kreislaufkrankungen, Typ-2-Diabetes, Rheuma oder Asthma – also chronischen Erkrankungen mit denen sie Jahre, meist Jahrzehnte leben müssen. Neu daran ist auch, dass die Patienten auf ihren Therapieerfolg selber den größten Einfluss haben. Bis zu 90 % des Behandlungserfolges liegen in der Hand der Patienten selbst (Harms und Gänshirt, 2005). Es sind die vielen kleinen alltäglichen Entscheidungen des Patienten über seine Ernährung, die Bewegung, den Umgang mit Stress, die Einnahme von Medikamenten und vieles mehr, die darüber entscheiden, wie eine chronische Krankheit verläuft. Der Arzt und die Medikamente können hier nur entscheidende Weichen stellen, aber „fahren“ muss der Patient selbst (Harms et al. 2007, 2009).

Chronisch kranke Patienten tragen also einen Großteil der Verantwortung für ihre Gesundheit selbst und diese Verantwortung kann weder wegdiskutiert, noch minimalisiert oder delegiert werden. Damit

Abstract

Der Ansatz des Patientenempowerments zur Schulung chronisch kranker Menschen zielt darauf ab, Patienten zu mehr Autonomie in der Versorgung ihrer Erkrankung zu verhelfen und ihre Selbstmanagementfähigkeiten zu verbessern. Basierend auf dieser Philosophie hat die European Health Care Foundation ein Ausbildungs- und Betreuungskonzept für Heilberufler und chronisch kranke Menschen entwickelt. Kernstück ist ein Ausbildungsportal zur standardisierten Coach-Ausbildung und Betreuung von Patienten mit Typ 2 Diabetes. Das Schulungskonzept wurde in einer multizentrischen prospektiven Studie in deutschen Apotheken getestet. Die Coaches und die Patienten bewerteten das Schulungsmaterial als gut oder sehr gut, Patienten konnten durch die Schulung ihre Krankheit besser bewältigen und 70% der Diabtespatienten haben ihren HbA1c Wert verbessert und zwar um mittlere 0.7%

Keywords

Empowerment, Selbstmanagement, Typ 2 Diabetes, kontinuierliches Schulungskonzept, chronische Erkrankungen

der therapeutische Erfolg, den wir uns erhoffen, auch eintreten kann, muss der Patient seine gesundheitlichen Ziele selbstständig umsetzen können. Diese Fähigkeiten, zusammen mit dem entsprechenden Wissen über die Erkrankung, müssen wir unseren Patienten heute vermitteln – und dafür brauchen wir neue Konzepte. Wir müssen intensiver und auf einer anderen Ebene mit den Patienten kommunizieren, denn das Ziel der Kommunikation zwischen Heilberufler und Patienten ist nicht mehr eine bloße Vermittlung von Information und überschaubaren Handlungsanweisungen. Vielmehr müssen wir den Patienten mit Wissen und Fähigkeiten ausrüsten, die er benötigt, um tiefgreifende Lebensstilanpassungen vornehmen zu können und zu lernen, seine Erkrankung im Alltag selbstständig zu managen und zu bewältigen.

Compliance oder Empowerment – zwei grundsätzlich verschiedene Strategien

Wenn es um das Verhalten der Patienten hinsichtlich eines bestimmten Therapieregimes geht, sprechen wir traditionell von Compliance und beschreiben damit, in welchem Maße sich der Patient an ein bestimmtes empfohlenes Regime hält, das er eigenverantwortlich umsetzen soll. Allgemein beklagt man bei Patienten mit chronischen Erkrankungen von je her eine sehr niedrige Compliancerate – in der Regel wird hierfür der Patient selbst verantwortlich gemacht, selten sucht man den Fehler bei den Heilberuflern selbst (Lutfey und Wishner, 1999; Glasgow and Anderson 1999). Ärzte sind jedoch meist noch so sozialisiert, dass sie sich irrtümlich für den Therapieerfolg ihrer Patienten hauptverantwortlich fühlen. Somit versuchen sie ihre Patienten zu bestimmten Verhaltensänderungen zu überreden oder diese sogar zu „verordnen“ (Lutfey und Wishner, 1999). Die meisten Patienten können diese Vorschläge jedoch alleine nur schwer oder gar nicht umsetzen. In der Folge sind die Ärzte frustriert und beklagen die fehlende Compliance und Motivation ihrer Patienten. Die Patienten sind gleichermaßen frustriert, weil sie die Erwartungen ihrer Ärzte nicht erfüllen und ihre Gesundheitsziele nicht erreichen können.

Dieses Scheitern auf beiden Seiten zieht sich in den letzten Jahrzehnten wie ein roter Faden durch unsere Bemühungen um chronisch Kranke und es spiegelt einen Kardinalfehler wider: Wir wenden das falsche Konzept an. Das Konzept der Compliance, das bei der Akutversorgung funktioniert hat, impliziert, dass der Heilberufler vordefiniert,

was für den Patienten richtig ist. Der Patient wird dann dahingehend beeinflusst, diese Empfehlung umzusetzen. Mit dieser Strategie möchte man die Konformität und schließlich die Compliance der Patienten erhöhen. Tatsächlich muss der erwachsene Patient jedoch in seinem Alltag selbstständig und eigenverantwortlich Entscheidungen für seine Gesundheit fällen und Ziele erreichen, die ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Selbstmanagementfähigkeiten voraussetzen – also hier ist das Gegenteil von konformem Verhalten gefragt.

Ein Patient, der die eigene Verantwortung für seinen Therapieerfolg hat, muss seine Entscheidungen informiert und eigenverantwortlich fällen, sich seine eigenen Therapieziele setzen und seinen individuellen Weg finden, diese zu erreichen. In diesem Bemühen müssen wir ihn unterstützen und wir müssen unsere Patienten mit den Fähigkeiten ausstatten, die sie brauchen, um diesen Weg erfolgreich beschreiten zu können.

Vor fast 20 Jahren haben Bob Anderson und Martha Funnell in den USA am Michigan Diabetes Research and Training Center die Lernphilosophie des Empowerments aufgegriffen und damit begonnen, diese in ein Konzept zur Betreuung von Diabetespatienten einzubinden (American Diabetes Association 1999; Anderson 1985,1995,2006; Anderson und Funnell 2005; Anderson et al. 1996,2004). Empowerment ist ein Terminus, der ursprünglich durch den brasilianischen Pädagogen Paulo Freire geprägt wurde. Er beschreibt im Wesentlichen einen Lernprozess, durch den die Fähigkeit zu selbstständigem, selbstbestimmtem Handeln vermittelt wird. Das Konzept des Empowerments geht davon aus, dass es nur sehr wenige Patienten gibt, die unmotiviert sind. Die meisten wissen auch sehr genau, was sie belastet oder hemmt. Jedoch haben sie oft keinen organisierten Ansatz, um dieses Wissen in eine Handlung umzusetzen (Peyrot et al. 2005; Tang et al. 2005). Dem Erreichen von persönlichen Gesundheitszielen stehen oft zahlreiche, individuell sehr verschiedene Hindernisse im Weg: das können Beliefsysteme sein, mangelndes Wissen, ambivalente Gefühle hinsichtlich einer Veränderung, mangelnde Unterstützung durch Familie oder Freunde oder Koerkrankungen – um nur einige zu nennen. Der Empowermentansatz der Betreuung von Diabetikern zielt darauf ab, dass Patienten ihre individuellen Hindernisse erkennen, sich ihre per-

sönlichen Ziele setzen und gemeinsam mit ihrem Heilberufler ihre eigenen Wege zum Ziel definieren und schrittweise umsetzen. Auf diese Art lernen Patienten, informierte Gesundheitsentscheidungen zu treffen und diese in ihrem ganz persönlichen Alltag so umzusetzen, wie es ihnen ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten erlauben (Funnell 1996). Der Ansatz des Empowerments möchte die Freiheit und Autonomie der Patienten fördern und nicht deren Konformität, denn nur so können sie lernen, ihre eigenen Gesundheitsstrategien zu entwickeln und umzusetzen. Das heißt also, dass wir mit dem Empowermentansatz einer Patientenschulung genau in die entgegengesetzte Richtung wollen, wie mit dem konventionellen Complianceansatz. Anderson formuliert dies in folgender Analogie: Wenn das Ziel des Compliance-basierten Schulungsansatzes ist, nach Osten zu gehen, dann liegt das Ziel des Empowermentansatzes Richtung Westen (Anderson und Funnell 2010) (Abb.1).

Bei diesem Prozess holt der Therapeut den Patienten immer dort ab, wo er ist: Das heißt, im Mittelpunkt des Gesprächs stehen die Bedürfnisse und Probleme der Patienten und nicht ein vordefiniertes Ziel des Therapeuten (Feste und Anderson 1995; Funnell et al. 1991). Therapeut und Patient begegnen sich hierbei auf gleicher Augenhöhe, denn beide sind Experten: Der Therapeut hat das medizinische Wissen, die Ausbildung und die Erfahrung mit einer großen Anzahl von Patienten. Der Patient hat die Erfahrung mit seinem persönlichen Leben mit der Erkrankung. Durch Kommunikationstechniken wie aktives Zuhören oder motivierende Gesprächsführung können Therapeuten Patienten helfen, ihre eigenen Motive und Schwierigkeiten besser zu erkennen und zu überwinden. Es geht nicht darum, die Motive des Therapeuten zu benennen, sondern es geht darum, dass der Patient sich klar macht, wie wichtig bestimmte Gesundheitsziele für ihn sind und dass er darin unterstützt wird, die Ziele umzusetzen, die ihm wichtig erscheinen. Der Therapeut arbeitet hier nicht als Richtungsweiser, sondern er ist vielmehr Katalysator. Dieser Ansatz verlangt eine grundlegende Abkehr vom traditionellen hierarchischen Denken und Kommunizieren und es setzt eine entsprechende Schulung des Therapeuten voraus (Heisler et al. 2002).

Diese Philosophie des Empowerments hat sich in den letzten Jahrzehnten in zahlreichen internationalen Studien als sehr erfolgreich erwiesen: Die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten haben sich signifikant erhöht, klinische Parameter und therapeutische Outcomes wurden verbessert (Anderson 1985,1995,2006; Anderson und Funnell 2005; Anderson et al. 1996,2004; Funnell und Anderson 2004; Feste und Anderson 1995; Tang et al. 2005). Bei einer Umfrage unter zertifizierten amerikanischen Diabetes Educators, bei der 12 Betreuungskonzepte für Diabetespatienten bewertet werden sollten, gaben 98,2 % der Therapeuten an, dass ihnen das Empowermentkonzept am meisten bei der Schulung ihrer Patienten geholfen habe (Funnell et al. 2006).

Diabetes Education Self Management Study (DESS)

Basierend auf der Philosophie des Empowerments entwickelte die European Health Care Foundation – eine gemeinnützige Stiftung mit Sitz in der Schweiz – eine Internetplattform zur Ausbildung von Gesundheitscoaches für chronisch kranke Menschen; es handelt sich dabei um ein umfassendes Konzept zur kontinuierlichen Betreuung von Patienten.

Das Herzstück der Akademie ist ein E-Learningportal: hier wird in Videomodulen ein umfassendes Wissen zur Indikation und zum erfolgreichen Umgang mit Chronikern vermittelt. Die Ausbildung umfasst

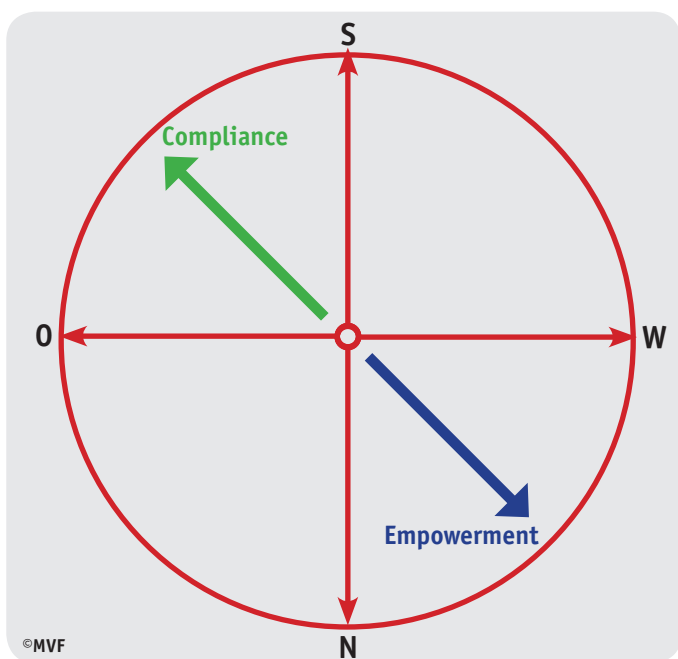


Abb. 1: Unterschiedliche Richtungen von Compliance und Empowerment

medizinisches Wissen, psychosoziale Aspekte der Erkrankung, Lifestylemaßnahmen wie Ernährung, Bewegung und Stressmanagement, Selbststeuerungsprozesse und Strategien zu Verhaltensänderungen und kommunikative Fähigkeiten wie „Aktives Zuhören“

Der Wissenszuwachs wird in Multiple Choice Tests Online überprüft – die Teilnehmer werden nach erfolgreichem Abschluss der Schulung durch die EUHCF zertifiziert. Ergänzendes und vertiefendes Printmaterial, Lehrbücher und Präsenzveranstaltungen zum Training von Kommunikationstechniken vervollständigen das Ausbildungskonzept.

Darüber hinaus stehen in dem Portal Videoschulungsmodule für Patienten zur Verfügung. Diese können die Coaches ihren Patienten in den Betreuungssitzungen vorspielen. Ergänzt werden diese Filme durch schriftliche Patienteninformationen. Die Inhalte dieser Module zielen auf alle Aspekte der Erkrankung – das Wissen über die Indikation, psychosoziale Aspekte, Strategien zur Krankheitsbewältigung, Verhaltensänderungen, Überwinden von Hindernissen, Stecken und Erreichen von Gesundheitszielen. Patiententagebücher zum Trainieren von Verhaltensänderungen und Selbstmanagementfähigkeiten unterstützen den Lernprozess.

Für die Indikation Typ 2 Diabetes hat die European Health Care Foundation (EUHCF) das Schulungs- und Betreuungskonzept inzwischen in einer vor kurzem abgeschlossenen multizentrischen prospektiven Studie getestet. Zweck der Studie war es nicht, die therapeutischen Bemühungen der behandelnden Ärzte zu ersetzen. Der Inhalt der Betreuung war auch nicht in erster Linie medizinisch oder pharmazeutisch orientiert, sondern fokussierte vielmehr das Erlangen von

Diabetes-relevanten Selbstmanagementfähigkeiten.

Verantwortlich für das Studiendesign, die Durchführung der Studie, die Auswertung und die Datensicherheit war die EUHCF. Die Studie wurde finanziert durch die LINDA AG, Köln, die Vitamet GmbH in Mannheim und die Health Care Competence Center GmbH in Zug, Schweiz.

Studiendesign

In der ersten Phase der Studie wurden Apotheker bzw. deren Mitarbeiter in Deutschland mit dem Schulungskonzept der EUHCF zu Diabetes Coaches ausgebildet. In der zweiten Phase betreuten die Coaches jeder teilnehmenden Apotheke jeweils circa 10 Patienten mit Typ 2 Diabetes über einen Zeitraum von 6 Monaten. Die kontinuierliche strukturierte Betreuung umfasste insgesamt 12 Gruppensitzungen von jeweils 90 Minuten Dauer, durchgeführt in 14-tägigen Abständen.

Zusätzlich zur Ausbildung stellte die EUHCF den Coaches das oben beschriebene modulare Betreuungskonzept zur Verfügung. Dieses Paket beinhaltete:

- Zwölf Videoschulungsmodule für Patienten, die die Coaches ihren Patienten jeweils am Anfang einer Betreuungssitzungen vorspielten.
- Zwölf PDF-Downloads, die den Patienten als Handout zur Ergänzung der Videofilme nach den einzelnen Betreuungssitzungen mitgegeben wurden.
- Zwölf PDF-Downloads für Coaches, in denen die wichtigsten Ziele der einzelnen Betreuungssitzungen zusammengefasst waren.

Literatur

- American Diabetes Association (1999): report of the task force on the delivery of diabetes self-management of education and medical nutrition therapy. *Diabetes Spectrum* 12:44-47
- Anderson RM (1985) is the problem of non-compliance all in our heads? *Diabetes Educ.* 11:31-34.
- Anderson RM (1995) Patient empowerment and the traditional medical model. *Diabetes Care* 18:412-415.
- Anderson RM, Funnell MM, Arnold MS (1996) Using the empowerment approach to help patients change behavior. In: Anderson B, Rubin R, eds. *Practical lessons from psychology for diabetes clinicians*. Alexandria, VA: The American Dietetic Association.
- Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT and Feste CC (2004) Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18: 943-949.
- Anderson RM Funnell MM (2005) *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*. 2nd edition. Alexandria, VA: American Diabetes Association.
- Anderson RM (2006) *Helping Patients succeed in meeting challenges of effective diabetes self-management*. Power-Pac C.E., New York.
- Anderson RM, Funnell MM (2010) Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Educ Couns* in press.
- European Health Care Foundation (EUHCF) (2008) COPE Studie. European Health Care Foundation, Zug, Schweiz.
- Feste C, Anderson RM (1995) Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns* 26:139-144.
- Funnell MM; Anderson RM, Arnold MS (1991) Empowerment: a winning model for diabetes care. *Practical Diabetology* 10:15-18.
- Funnell MM (1996) Integrated approaches to the management of NIDDM patients. *Diabetes Spectrum* 9:55-59.
- Funnell MM, Anderson RM (2004) Empowerment and self-management education. *Clin Diabetes* 22:123-7.
- Funnell MM, Anderson RM, Nwankwo R, Gillard ML, Butler PM, Fitzgerald JT, et al. (2006) A study of certified diabetes educators: influences and barriers. *Diabetes Educ* 32:359-72.
- Gänshirt D, Harms F (2008a) Compliance Management. *Monitor Versorgungsforschung* 02:44-47.
- Gänshirt D, Harms F (2008b) Direkte Patientenkommunikation: Status Quo 2008. *Monitor Versorgungsforschung* 03:35-39.
- Gänshirt D, Harms F (2010) Ein wirksames Konzept zur Selbstmanagementbetreuung von Menschen mit Typ 2 Diabetes. *Monitor Versorgungsforschung im Druck*
- Glasgow RE, Anderson RM (1999) In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough: something entirely different is needed. *Diabetes Care* 22:2090-2.
- Harms F, Gänshirt D (2005) Gesundheitsmarketing. *Patientenempowerment als Kernkompetenz*. Lucius und Lucius Verlag, Stuttgart.
- Harms F, Gänshirt D, Mahl D (2007) Direkte Patienteninformation. *Pharma Marketing Journal* 3:93-98.
- Harms F, Gänshirt D, Ahlert B (2009) Das Informationsbedürfnis von Krebspatienten. *Monitor Versorgungsforschung* 04:32-36.
- Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA (2002) The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine* 17 (4); 234-52.
- Lutfey KE, Wishner WJ (1999) Beyond „compliance“ is „adherence“. Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care* 22: 635-9.
- Lutfey KE, Wishner WJ (1999) Beyond „compliance“ is adherence. *Diabetes Care* 22:635-639.
- Peyrot M, Rubin RR, Lauitzen T et al (2005) Psychological problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabet Med* 22:1379-1385.
- Tang TS, Gillard ML, Funnell MM et al. (2005) Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions (DSMS): a preliminary report. *Diabetes Educ* 31:91-97.

- Arbeitsbücher für Patienten zum Erarbeiten von persönlichen Gesundheitszielen und zum Führen von Ernährungstagebüchern.

Studienziele

Die DES-Studie sollte evaluieren, ob das oben beschriebene Ausbildungs- und Betreuungskonzept folgende Ziele erreichen kann:

1. Zeigen Apotheker und deren Mitarbeiter nach der Schulung einen Wissenszuwachs?
2. Sehen Apotheker in der Selbstmanagement-Betreuung von Chronikern einen Gewinn für die Positionierung ihrer Apotheke?
3. Können die ausgebildeten Coaches Patienten zu deren Zufriedenheit betreuen?
4. Können Patienten durch die Betreuung ihre Erkrankung besser bewältigen?
5. Verbessern sich durch die Betreuung die HbA1c-Werte der Patienten?

Ergebnisse der Cochausbildung

Insgesamt nahmen 12 Apotheken an der Studie teil; 25 Mitarbeiter absolvierten die Ausbildung zum Selbstmanagementcoach, 19 Coaches haben während der Studie aktiv Patienten betreut.

Im Anschluss an die Schulung und Betreuung der Patienten wurden die teilnehmenden Coaches zu ihrer Einstellung zum Schulungs- und Betreuungskonzept befragt. Bezüglich des Diabetes-Wissens gaben 83 % der Befragten an, durch die Schulung mehr oder viel mehr über Diabetes zu wissen; alle Teilnehmer (100 %) sahen sich durch die Schulung besser bzw. viel besser auf den Umgang mit Diabetikern vorbereitet (Abb.1). Ebenso führten die Coaches ausnahmslos an, dass der Selbstmanagementansatz bei ihren Kunden in einem positiven Licht stehe. Die Teilnehmer waren ganz überwiegend (92 %) davon überzeugt, dass sich aus der zusätzlichen Patientenbetreuung ein Positionierungsvorteil ergibt. Die Mehrheit der Coaches (92 %) war zufrieden oder sehr zufrieden mit den Inhalten der Coachmodule, 100 % beurteilten die Verständlichkeit als gut oder sehr gut. Die Patientenmodule wurden einstimmig sowohl inhaltlich als auch in ihrer Verständlichkeit als gut bzw. sehr gut eingestuft. Insgesamt beurteilten 73% der Coaches die Qualität der Fortbildung als besser oder viel besser im Vergleich zu anderen Fortbildungen, die restlichen 27% stuften die Qualität als gleich gut ein. Die Apotheken wollten ausnahmslos das Ausbildungs- und Betreuungskonzept in Zukunft weiter nutzen.

Patienten

Die 12 teilnehmenden Apotheken brachten insgesamt 138 Patienten in die Studie ein. Der überwiegende Teil der Patienten (85,5 %) war 60 Jahre und älter, 10,1 % waren 50-59 Jahre alt und 4,3 % waren 49 Jahre und jünger. 65 % der Patienten hatten schon einmal eine Diabetesschulung erhalten, die im Durchschnitt 4 Jahre zurücklag.

Bei 14,5 % der Patienten lag die Diagnose zwei oder weniger Jahre zurück, bei 25,4 % drei bis fünf Jahre, bei 23,2 % sechs bis zehn und bei 37 % der Patienten mehr als zehn Jahre.

Insgesamt waren 37,1 % der Patienten während der Studie insulinpflichtig, 77 % der Patienten nahmen Antidiabetika; 83,3 % der Patienten nahmen Medikamente gegen Hypertonie ein und 48,4 % nahmen Cholesterinsenker.

Zufriedenheit der Patienten und Krankheitsbewältigung

Im Anschluss an die Betreuung wurden die Patienten gebeten, das Schulungs- und Betreuungskonzept zu bewerten. Die Verständlichkeit der Videofilme für Patienten wurde mit der Durchschnittsnote 1,6 bewertet. Auf die Frage, ob die Videofilme bei der Krankheitsbewältigung

Noten für das Betreuungskonzept		Note
Video- filme	Verständlichkeit	1,6
	Hilfe bei der Krankheitsbewältigung	1,8
Coaching	Hilfe bei der Krankheitsbewältigung	1,8

Abb. 2: Noten für das Betreuungskonzept

Patienten beantworten nach dem Coaching 80 % der Fragen im Wissenstest richtig

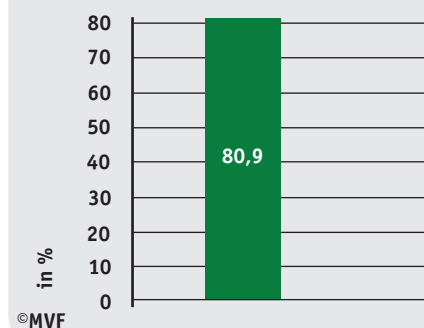


Abb. 3: Wissenstest nach der Betreuung

geholfen haben, wurde die Note 1,8 vergeben. Die Frage, in wie weit sie sich von ihrem Coach verstanden fühlten, haben die Patienten mit 1,8 benotet, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung durch die Coaches wurde mit der Note 1,8 bewertet (Abb.2).

In einem Wissenstest im Anschluss an die Betreuung haben die Patienten 80 % der Fragen richtig beantwortet (Abb.3)

Die Patienten haben zu Beginn und zum Ende der Studie zwei Fragen zur Ermittlung des Grades der Krankheitsbewältigung beantwortet. Die Antworten reflektieren auf einer Skala von 1= eine sehr schlechte bis 7=eine sehr gute Krankheitsbewältigung. Im Laufe der 6-monatigen Betreuung haben die Patienten ihre mittlere Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung um 0,4 % Punkte verbessert – und zwar von 4,2 auf 4,6.

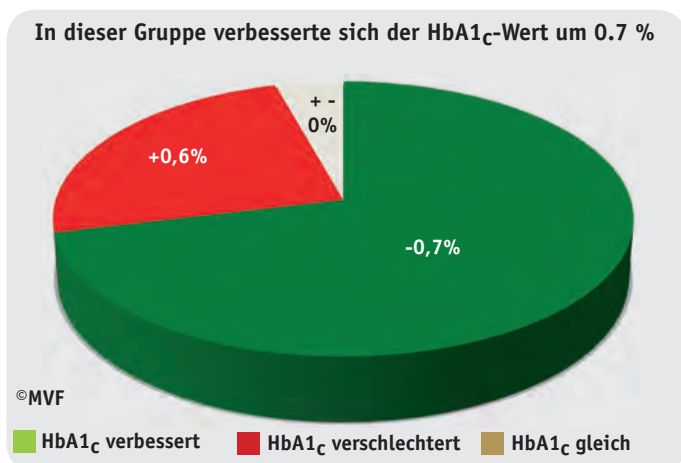


Abb. 4: 71,3% der Patienten haben ihren HbA_{1c}-Wert verbessert - um 0,7 %

Klinische Parameter

Vor und nach der Betreuung wurden Patienten zur Häufigkeit von Überzuckerungsreaktionen befragt. Diese waren durch die Betreuung deutlich seltener aufgetreten. Vor der Betreuung hatten 56,7% der Patienten im zurückliegenden Monat keine Überzuckerungen verspürt, nach der Betreuung waren dieser Anteil auf 72% angestiegen.

Der Zielparame-ter HbA_{1c} sank während der Betreuung der Patienten um durchschnittlich 0,4% Punkte von 7,1% (bei Studienbeginn) auf 6,7% nach der Betreuung. Der mittlere HbA_{1c}-Wert der Patienten, die im Laufe der Studie ausgeschieden waren, lag zu Studienbeginn bei 7,3%. Die Dropouts hatten also im Durchschnitt höhere HbA_{1c}-Werte als die Patienten, die die Studie vollständig durchlaufen haben.

Insgesamt haben 71,3 % der Patienten durch die Betreuung ihren HbA_{1c}-Wert verbessert. In dieser Gruppe lag die Verbesserung bei 0,7 %-Punkten (Abb. 4).

Resumee

Wir können aus den Ergebnissen zusammenfassend schließen, dass durch die Schulung und Betreuung der Patienten die Fachkompetenz zur Indikation Typ-2-Diabetes in der Apotheke signifikant gestiegen

A concept for continuous self management coaching of patients with type 2 diabetes.

The approach of patient empowerment in education of chronic patients aims at increasing the patients' autonomy and their self management skills. Based on this philosophy, the European Health Care Foundation has developed a training and counseling concept. The core piece is an education portal offering a standardized training of coaches as well as a standardized coaching program for patients with type 2 diabetes. This education concept was tested with a multicentric prospective study in German pharmacies. The educational material was rated good or very good by coaches as well as patients. Patients enhanced their disease coping skills and 70% of the patients improved their HbA_{1c} values by a mean of 0,7%.

Keywords

empowerment, self management, type 2 diabetes, concept for continuous coaching, chronic diseases

ist. Darüber hinaus hat sich nach Ansicht der Teilnehmer der Umgang mit den Patienten, die Kundenbindung und die Positionierung der Apotheke erheblich verbessert.

Die 6-monatige Betreuung der Patienten hatte sowohl objektiv als auch subjektiv einen positiven Effekt auf die Krankheitsbewältigung der Patienten. Patienten konnten im Anschluss an die Betreuung besser mit ihrem Diabetes umgehen. Auch haben das Coaching und die Videofilme sich nach Aussage der Patienten sehr positiv auf die Bewältigung des Diabetes ausgewirkt.

Dieser Erfolg spiegelt sich auch in den entscheidenden klinischen Parametern wider. Die Patienten gaben an, nach der Betreuung deutlich weniger häufig Anzeichen von Überzuckerungen verspürt zu haben. Auch der HbA_{1c}-Wert hat sich durch die Betreuung deutlich verringert. Insgesamt 71,3 % der Patienten haben nach der Betreuung ihren HbA_{1c}-Wert verbessert – und zwar um 0,7%-Punkte.

Das Konzept der EUHCF zur Ausbildung von Coaches und zur Betreuung von Patienten mit Typ-2-Diabetes hat sich demnach sowohl für die Coaches als auch für die Patienten als so effizient erwiesen, dass alle angestrebten Zielparame-ter erreicht wurden. <<

Prof. Dr. Dorothee Gänschirt

Geschäftsführende Präsidentin der European Health Care Foundation

Sie ist Mitglied der European Medical Writers Association, der American Association for the Advancement of Science und der New York Academy of Sciences. Mitbegründerin und gegenwärtig Geschäftsführerin des Health Care Competence Centers (HC3) und dort spezialisiert auf Technologiebewertungen medizinischer Innovationen.

Kontakt: dgaenshirt@euhcf.org



Prof. Dr. Dr. Fred Harms

Vorstand des Health Care Competence Centers (HC3)

Er ist Mitglied der New York Academy of Sciences, der American Association for the Advancement of Science, des High-Technology Entrepreneur Post-Graduate Programms und der Society for Marketing Advances. Mitglied des Vorstandes der Internationalen Gesellschaft für Prävention (IGP) und Vize-Präsident der European Health Care Foundation (EUHCF)



Ralf Pourie
Mechtild Schmöller

Patientencoaching: Outcomes eines Pilotprojekts

Die Bevölkerung in der Bundesrepublik befindet sich im demographischen Wandel. Die Zahl der Menschen in höheren Altersstufen wächst immer mehr an und bekommt dadurch eine stärkere Gewichtung. Mit der höheren Lebenserwartung nehmen Morbidität, Multimorbidität und Immobilität zu – eine Entwicklung, die die Kosten- und Leistungsträger zunehmend vor Herausforderungen stellt. Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten und mit Blick auf eine bessere Patientenversorgung geraten innovative und wirksame Ansätze zum Versorgungsmanagement mehr und mehr in den Fokus. Einer davon ist das Patientencoaching, das die gezielte, bedarfsorientierte Förderung der Gesundheitskompetenz des Patienten im Rahmen der Gesunderhaltung sowie der Krankheitsbewältigung zum Ziel hat.

>> Insbesondere das Versorgungsmanagement chronisch Kranker und Multimorbider und die hohe Non-Compliance- bzw. Non-Adherence-Rate dieser Patienten stellt das Gesundheitssystem vor eine schwierige Aufgabe. Mit einem Anteil von ca. 20 bis 30 % aller Patienten verursachen Chroniker etwa 4/5 der gesamten Gesundheitsausgaben (Bauer/Preuß 2009). Mangelnde Therapie-Treue, die bei einigen Indikationen bis zu 50 % und mehr betragen kann, belastet das Gesundheitssystem und die Solidargemeinschaft in Deutschland jährlich mit direkten und indirekten Folgekosten in Höhe von 10 bis 15 Milliarden Euro, 2,3 Milliarden Euro gehen im Jahr allein durch nicht eingenommene Arzneimittel verloren (Seemann/Kissling 2008; DGbG 2009). Angesichts dieser Zahlen wird klar, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung eng miteinander verknüpft sind und nicht ausschließlich von der Güte der medizinisch-kurativen und rehabilitativen Prozessschiene abhängen. Laut dem Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen beläuft sich der Beitrag, den die institutionelle medizinische Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu leisten vermag, je nach Rahmenbedingungen auf lediglich 10 bis 40 %. Weit stärkere Effekte – sicherlich auch in Bezug auf eine Kostenregulierung – sind demnach durch Interventionen zu erwarten, die auf eine Beeinflussung von Lebensstilen und Konsummustern und auf die Compliance-Förderung abzielen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005). Um dieses Potenzial für eine verbesserte Patientenversorgung nutzen zu können, ist es notwendig, die Stellung des Patienten im Beziehungsgeflecht des Gesundheitswesens neu zu bewerten und zu stärken. Gefragt ist nicht mehr der passive Patient, der in einem paternalistisch geprägten Verhältnis zu seinen Therapeuten steht und weitgehend unreflektiert medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. Vielmehr soll der Kranke als aktiver Mitgestalter am Versorgungsprozess teilnehmen und im Rahmen seiner Möglichkeiten Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen. An dieser Stelle setzt das Konzept des Patientencoachings an – den Patienten im Sinne

Abstract

Ein einjähriges Pilotprojekt im Auftrag einer deutschen Betriebskrankenkasse ermittelte die medizinischen, psychologischen und ökonomischen Effekte eines telefonbasierten Patientencoachings. Es zeigte sich ein nachhaltiger Effekt auf die Lebensqualität sowie die krankheitsspezifischen Risikofaktoren der Teilnehmer. Die Hospitalisierungsrate sank im Vergleich zum Vorjahr der Betreuung um über 60 %. Dies bewirkte eine Kostensenkung der Leistungsausgaben im stationären Bereich um 68 %, die Gesamtkosten pro Patient reduzierten sich um 61 %. Patienten werden durch gezielte Information und Motivation nachhaltig zu einem besseren Selbstmanagement ihrer Erkrankung und zur Umsetzung eines gesundheitsfördernden Lebensstils befähigt. Patientencoaching ist ein zielführendes Instrument, um mehr Qualität und Effizienz in der Patientenversorgung zu erreichen.

Keywords

Patientencoaching, Selbstmanagement, Lebensqualität

einer Hilfe zur Selbsthilfe zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit seiner Gesundheit bzw. Krankheit zu befähigen und zu motivieren. Gegenstand des vorliegenden Beitrags ist es, die Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren eines zielführenden Patientencoachings zu beschreiben und mögliche Outcomes am Praxisbeispiel eines Pilotprojekts in Zusammenarbeit mit einer deutschen Krankenkasse darzulegen.

Patientencoaching – Was ist das?

Die Arbeitsgruppe Patientencoaching der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG) e.V. definiert Patientencoaching wie folgt: „Coaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen, indem sie lernen, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement der Erkrankung zu entwickeln sowie Angebote und Strukturen zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen und damit ihre Lebensqualität zu steigern.“ Patientencoaching bedeutet nicht, den Menschen zu therapieren – dies ist und bleibt die Aufgabe des behandelnden Arztes und anderer therapeutischer Instanzen. Es bedeutet auch nicht unbedingt, ihn zu beraten. Der Coach schlüpft vielmehr in die Rolle eines wertschätzenden Begleiters, der in seiner wegweisenden Funktion den Patienten ganzheitlich und im Umfeld seiner persönlichen Rahmenbedingungen (Settings) erfasst und fördert. Jeder Patient organisiert sich mit seiner Erkrankung individuell, möchte individuell wahrgenommen werden und benötigt individuelle Ansätze der Unterstützung. Patientencoaching darf sich nicht in setting- und kontextunabhängigen Interventionen erschöpfen, die sich auf bloße Information und Edukation beschränken. Vielmehr geht es darum, den Patienten als wichtige Stellgröße der Behandlung und Genesung wahrzunehmen und ihn dazu zu befähigen, im Rahmen der eigenen Möglichkeiten aktiv zur Bewältigung seiner Erkrankung und zum Therapieerfolg beizutragen. Zahlreiche Erfahrungen und Untersuchungen aus den USA zeigen: 65 bis 80 % aller chronisch Erkrankten können – im Rahmen der fortlaufenden ärztlichen Betreuung – ihre Krankheit weitgehend selbst managen. Bevor der Patient jedoch „Manager“ seiner Erkrankung sein kann, muss er zum „Experten“ seiner Krankheit werden: Er benötigt Unterstützung, Beratung, Motivation und Information, die seine individuellen Bedürfnisse aufgreifen und ihn bei der Entwicklung persönlicher Strategien der Krankheitsbewältigung begleiten. Den Patienten in seiner Entwicklung vom betroffenen hin zum informierten und

schließlich kompetenten Patienten zu unterstützen, der medizinisches Handeln durch aktives Mitwirken und Verantwortungsbewusstsein in eigener Sache und zum eigenen Nutzen ergänzt, ist die zentrale Aufgabe des Patientencoachings.

Kernelemente und Ablauf eines zielführenden Patientencoachings

1. Analysephase: Identifizierung geeigneter Patientengruppen

Maßnahmen des Patientencoachings sind nicht für jeden Patienten sinnvoll und zielführend. Für ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis ist es erfolgsentscheidend, der Selektion möglicher Teilnehmer in Hinblick auf patienten- und krankheitsspezifische Parameter und auf die erwünschten Outcomes höchste Bedeutung beizumessen. In der Regel liegt der Fokus der Analysephase auf der Identifikation von Personen mit chronischen, oft multimorbiden Erkrankungen und Patienten mit akuten gesundheitlichen Gefährdungen (Rückenschmerzen, psychische Leiden), bei denen eine Optimierung des Therapie- und Krankheitsverlaufs durch ein gezieltes Coaching zu erwarten ist. Ausgehend von vorliegenden, pseudonymisierten Leistungs- und Stammdaten und unter Berücksichtigung definierter medizinischer Einschlusskriterien wird für alle Versicherten ein persönliches Risikoprofil erstellt. Auf der Basis

dieser Profile können durch Prädiktionsmodelle individuelle Risiko-Scores gebildet werden, die die Wahrscheinlichkeit für kostenintensive medizinische Ereignisse und für eine Verschlechterung des ganzheitlichen Gesundheitszustands vorhersagen. Diese prospektive Herangehensweise ermöglicht es, potenziell in Frage kommende Programm-Teilnehmer zu Zeitpunkten des Krankheitsverlaufs anzusprechen, die vor Entstehung einer Hochkostenphase (z. B. durch stationäre Einweisungen, Folgeerkrankungen) liegen und reele Beeinflussungsmöglichkeiten auch in Hinblick auf den Erhalt der Lebensqualität bieten.

2. Aufnahmephase: Entwicklung einer patientenspezifischen Betreuungsstrategie

Die aktive Ansprache und Gewinnung der in der Analysephase selektierten Versicherten erfolgt im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch den Kostenträger, sprich die beauftragende Krankenkasse, mit Hilfe zielgruppengerechter Informationsunterlagen und gegebenenfalls telefonischer Rekrutierungsmaßnahmen. Durch Unterschrift einer programmspezifischen Einwilligungserklärung sowie optional einer Schweigepflichtentbindung für die behandelnden Ärzte erklärt der angesprochene Versicherte seine Teilnahmebereitschaft und stimmt einem telefonischen Erstgespräch mit einem Coach zu. Für eine stabile, zielführende Coachingbeziehung, die dem Betreuer

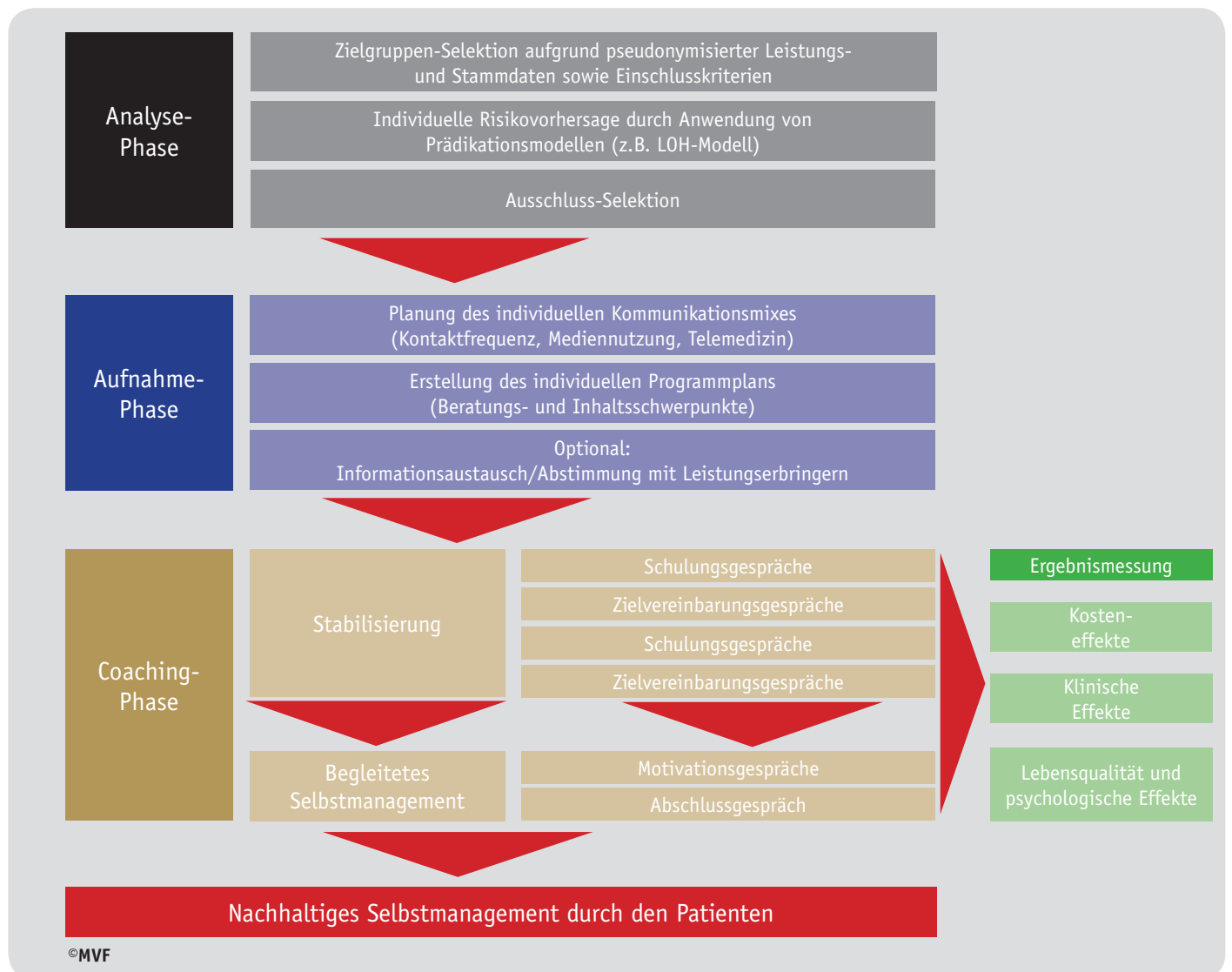


Abb. 1: Ablauf und Kernelemente des Patientencoachings

eine wertschöpfende und nachhaltige Einflussnahme auf das Verhalten seines Gegenübers erlaubt, ist der möglichst rasche Aufbau einer Vertrauenssituation zwischen Coach und Patient Voraussetzung. Dies wird dadurch gewährleistet, dass der Patient von Anfang an und über den gesamten Verlauf des Coaching-Programms hinweg mit einem festen Ansprechpartner kommuniziert, seinem persönlichen Coach. Im Zuge des Erstkontakts verschafft sich dieser einen genauen Überblick über die individuelle Krankheitssituation des Patienten sowie seine persönlichen Rahmenbedingungen und Ressourcen. Mit Hilfe eines strukturierten Assessments beurteilt der Coach, wie der Wissensstand des Patienten zu seiner Erkrankung ist und wo Verständnisdefizite bezüglich des Krankheits- und Therapieprozesses bestehen. Er stellt gezielte Fragen, die das persönliche Umfeld des Patienten und seine Möglichkeiten, seine Befähigung und seine Bereitschaft zu einem therapieunterstützenden Verhalten betreffen. Aus diesen grundlegenden Informationen leitet der Coach ein individuelles Bedarfsprofil ab und entwickelt zusammen mit dem Patienten ein bedarfs- und bedürfnisorientiertes Betreuungskonzept, das die Häufigkeit, die Art und die Intensität der geplanten Interventionen sowie die Schwerpunkte der medizinischen Inhalte festlegt. Wenn der Patient es wünscht, nimmt der Coach in dieser Phase Kontakt zum behandelnden Arzt auf, um weitere für die Betreuung relevante Informationen einzuholen und das Betreuungskonzept mit ihm abzustimmen.

3. Coaching-Phase: Information, Unterstützung und Motivation mit dem Ziel eines nachhaltigen Selbstmanagements

Die erste Phase des Coaching versteht sich als Stabilisierungsphase, in der der Patient zusammen mit seinem Betreuer ein Verständnis für seine persönliche krankheitsbezogene Problematik aufbaut und individuelle Lösungsstrategien entwickelt. In regelmäßigen telefonischen Kontakten, deren Zeitpunkt und Frequenz die Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen, identifiziert der Coach Bereiche, in denen die Notwendigkeit von Lebensstilveränderungen oder einer verbesserten Therapie-Compliance besteht. Er gibt mit Blick auf die persönliche Gesamtsituation und das häusliche Umfeld des Patienten praktikable Empfehlungen, z. B. zu Bewegung, Ernährung, notwendigen Arztbesuchen, zum Umgang mit den verordneten Medikamenten oder zum Notfallmanagement, und behandelt individuelle Problemstellungen. Im Gespräch und mit Hilfe von entsprechendem Informationsmaterial vermittelt der Coach grundlegendes medizinisches Wissen zu den Hintergründen der Erkrankung und zur Behandlung mit dem Ziel, dem Patienten die Sinnhaftigkeit der therapeutischen Maßnahmen sowie die Notwendigkeit und die Möglichkeiten des aktiven Mitwirkens zu verdeutlichen. Durch die Vereinbarung realistischer Verhaltens- und Handlungsziele, die der Kranke mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln erreichen kann, wird im Verlauf des Coachings beim Patienten das Bewusstsein gestärkt, dass er von seinem persönlichen Engagement profitieren und - dieses vorausgesetzt - die eigene Erkrankung erfolgreich bewältigen und positiv beeinflussen kann. Sobald der Wissensstand und die innere Haltung des Patienten es zulassen, führt der Coach ihn in die Phase des begleiteten Selbstmanagements. Sie gibt dem Patienten die Möglichkeit, den selbstständigen Umgang mit der eigenen Erkrankung zu erleben und auszutesten. Die Aufgabe des Coaches besteht zu diesem Zeitpunkt in erster Linie darin, Hilfestellung bei Schwierigkeiten und Krisen zu leisten und den Patienten dazu zu motivieren, die begonnenen Veränderungen fortzuführen. Mit gezielten Interventionen der Compliance- und Adherence-Förderung und gegebenenfalls der Wiederaufnahme relevanter Schulungsinhalte sorgt der Coach dafür, dass der Patient gesundheitsfördernde Maßnahmen und

Behandlungsempfehlungen verinnerlicht und nachhaltig umsetzt. Mit einem Abschlussgespräch endet das Coaching.

Der Erfolg des Coachings hängt in entscheidendem Maße von der Qualifikation des begleitenden Beraters ab. Die Anforderungen an einen Patientencoach sind komplex, seine Aufgaben vielfältig. Er benötigt einen fundierten medizinischen Background und langjährige Berufserfahrung, um die individuelle Gesundheitssituation des Patienten erfassen und im Zuge der Betreuung bedarfs- und bedürfnisorientiert auf ihn einwirken zu können. Coaching findet jedoch nicht nur auf fachlicher Ebene statt, sondern muss, um zielführend zu sein, auf der Basis einer tragfähigen, durch gegenseitige Akzeptanz geprägten Vertrauensbeziehung stattfinden. Grundvoraussetzung hierfür sind eine vorurteils- und wertfreie Grundhaltung des Coaches, ein partnerschaftlicher, pädagogisch einfühlsamer Führungsstil sowie Empathiefähigkeit. Nur wenn der Patient sich in der Gesamtheit seiner Bedürfnisse und Voraussetzungen verstanden fühlt, wird er Vertrauen fassen, sich öffnen und einer kompetenzfördernden Beeinflussung zugänglich werden. Diese muss von Seiten des Coaches insbesondere in Richtung einer Befähigung zur partnerschaftlichen (shared decision making z. B. mit dem Coach, Arzt oder Therapeuten) bzw. zur selbstständigen Entscheidungsfindung gesteuert werden. Denn die persönliche Verpflichtung gegenüber einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft bzw. einer selbst getroffenen Entscheidung ist der beste Garant für die Therapietreue, die Nachhaltigkeit gesundheitsfördernden Verhaltens und die Bereitschaft des Patienten zum Selbstmanagement.

4. Ergebnis-Evaluation: Ermittlung der erzielten Outcomes

Die Evaluation als das methodische Erfassen und begründete Bewerten von Prozessen und Ergebnissen ist eine zentrale Methode des Qualitätsmanagements. Insbesondere Bereiche, die die Gesundheit und Lebensqualität von Patienten betreffen, implizieren einen hohen

Rahmenbedingungen des Pilotprojekts

Basisdaten	
Betreuungszeitraum	März 2008 – Februar 2009
Pilotregion	Baden-Württemberg
Zahl der Teilnehmer	44
Geschlechterverteilung	27 Männer, 17 Frauen
Hauptindikationen	Herz-/Kreislaufkrankungen 38
	Diabetes 8
	Asthma/COPD 1
	Fettstoffwechselstörung 4
	Adipositas 10
	Osteoporose 9
	Rückenerkrankungen 3
Durchschnittliche Zahl der Hauptindikationen pro Teilnehmer:	1,64 (max. 4)
Datengrundlage für die Zielgruppenselektion: Versicherten ID, Alter, Geschlecht; Stationäre Daten der Jahre 2006 und 2007 mit ICD und Kosten; Ambulante Daten der Jahre 2006 und 2007 mit ICD und Kosten soweit verfügbar; Arzneimittel-Daten der Jahre 2006 und 2007 mit ICD und Kosten soweit verfügbar	

Tab. 1: Rahmenbedingungen des Pilotprojekts

Anspruch an Qualität sowie Verantwortung und die Notwendigkeit, messbare Effekte und beteiligte Prozesse in Hinblick auf eine zielorientierte Umsetzung zu kontrollieren und zu analysieren. Die Messung kurz- und langfristiger Konsequenzen des Patientencoachings dient der Erfolgskontrolle und der Legitimation dem Auftraggeber gegenüber und zugleich als Entscheidungshilfe für eine kontinuierliche Anpassung von Design und Implementierung der durchgeführten Maßnahmen im Sinne der Qualitätssicherung. Das Patientencoaching versteht sich als ganzheitliches Konzept, das für den Patienten, aber auch für die Leistungs- und Kostenträger nutzbringend sein soll. Entsprechend umfasst der Evaluationsprozess klinische, psychologische und ökonomische Effekte.

Betreuung durch einen persönlichen Coach dauerte 12 Monate und gliederte sich in eine 5-monatige Stabilisierungsphase sowie eine 7-monatige Phase des begleiteten Selbstmanagements. In der Aufnahme- und nach 6 und 12 Monaten wurden verschiedene Parameter erhoben, die für den klinischen Verlauf der in der Teilnehmergruppe vertretenen Indikationen bedeutsam sind sowie eine Beurteilung des Compliance-Verhaltens, der Selbstmanagement-Kompetenz und der Lebensqualität der Patienten erlauben.

2. Ergebnisse des Pilotprojekts Patientencoaching
2.1 Patientenzufriedenheit und Lebensqualität

Intention des Patientencoachings ist es, eine gezielte Unterstützung zu bieten, die individuelle Bedürfnisse aufgreift und die persönlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt. Die Zufriedenheit des Patienten mit der Betreuung und sein Commitment gegenüber dem Coaching sind zwingende Voraussetzungen dafür, dass die Schulungs- und Selbsthilfemaßnahmen langfristige Erfolge zeigen und habitualisiert werden. Durch regelmäßige Patientenzufriedenheitsbefragungen im Verlauf des Pilotprojekts konnte gezeigt werden, dass die Akzeptanz der Teilnehmer für die telefonische Betreuung durch den Coach sehr hoch ist und die Effekte bezüglich der persönlichen Lebens- und Versorgungsqualität überwiegend positiv eingeschätzt werden (Abb. 2).

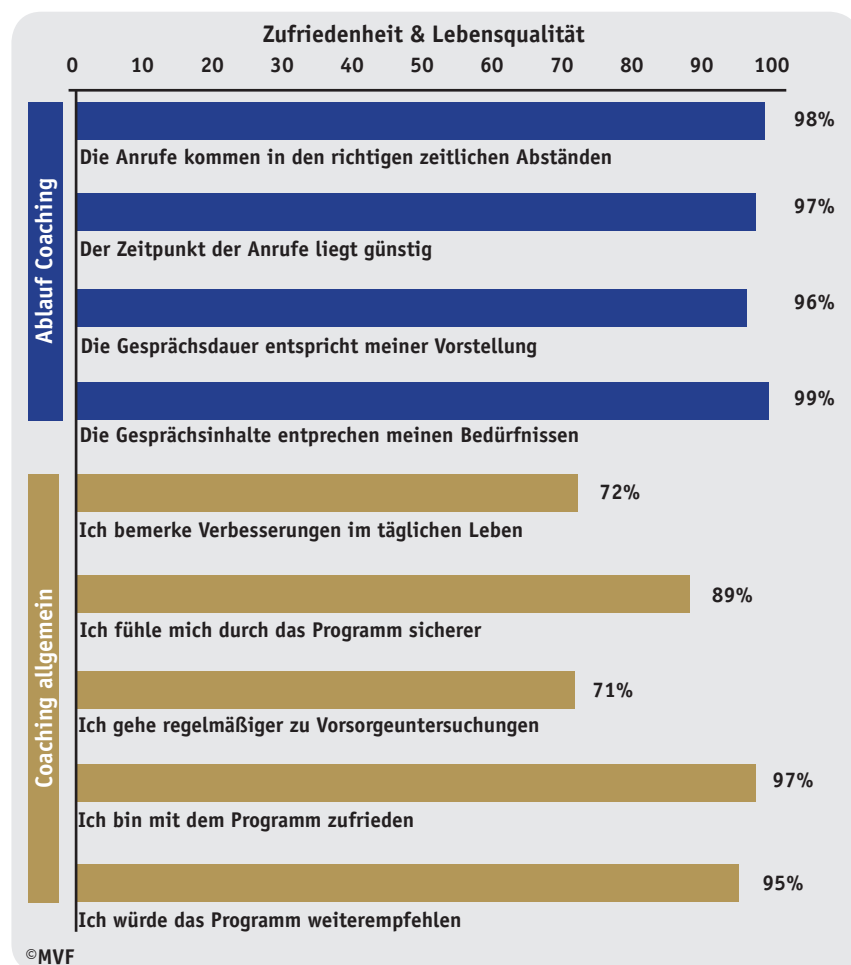


Abb. 2: Ergebnisse Patientenzufriedenheit & Lebensqualität

2.2 Verhaltensmuster und klinische Parameter

Aufgabe des Patientencoachings ist es, persönliche Krankheitsrisiken des Patienten aufzudecken und gemeinsam mit ihm Verhaltenstrategien zu entwickeln und umzusetzen, die einer Verbesserung des Risikoprofils und der positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufs dienen. Grundlage dafür bildete im vorliegenden Pilotversuch insbesondere die Motivation zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil in den Bereichen Ernährung, Bewegungsverhalten und Gewichtskontrolle – mit dem Ziel, durch Beeinflussung dieser Verhaltensfaktoren auch krankheitsrelevante klinische Parameter (z. B. Übergewicht, Bluthochdruck) zu verbessern. Die Ergebnismessungen in diesem Bereich ergaben, dass 57 % der Programmteilnehmer nach Ablauf der Coaching-Phase ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten positiv verändert hatten. 45 % der Patienten verloren an Gewicht, bei 29 % reduzierte sich der Bauchumfang, und der Anteil der Programmteilnehmer, bei denen der Blutdruck dauerhaft unter dem Richtwert von 135/80 mmHg lag, stieg um rund 10 Prozentpunkte an (Abb. 3).

**Patientencoaching in der Praxis:
 Ein Pilotprojekt**

1. Rahmenbedingungen und Ablauf des Pilotprojekts

Das Pilotprojekt Patientencoaching wurde von der 4sigma GmbH in Kooperation mit einer deutschen Betriebskrankenkasse im Zeitraum von Januar 2008 bis Februar 2009 durchgeführt (siehe Tabelle 1). Nach der Analyse-Phase (Januar 2008) wurden 710 Versicherte in der Pilotregion identifiziert, die die definierten Selektions-, Einschluss- und Ausschlusskriterien erfüllten. 44 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 64 Jahren wurden unabhängig von der Hauptindikation in das Pilotprojekt Patientencoaching aufgenommen (Februar 2008). Die telefonische Be-

2.3 Selbstmanagement und Compliance

Im Verlauf des Coachings stieg die Zahl der Patienten innerhalb der Pilotgruppe signifikant an, die regelmäßig Strategien und Maßnahmen des Selbstmanagement anwenden (Steigerung um 24 Prozentpunkte auf 71 %). Ebenso fühlten sich infolge der Betreuung deutlich mehr Teilnehmer sicherer im Umgang mit Notfallsituationen (Steigerung um 29 Prozentpunkte auf 62 %). Neben der Befähigung zum Krankheits-selbstmanagement ist die Verbesserung der Compliance bzw. Adherence ein zentraler Schwerpunkt des Patientencoachings. Insbesondere die regelmäßige Einnahme der verordneten Medikamente ist von entschei-

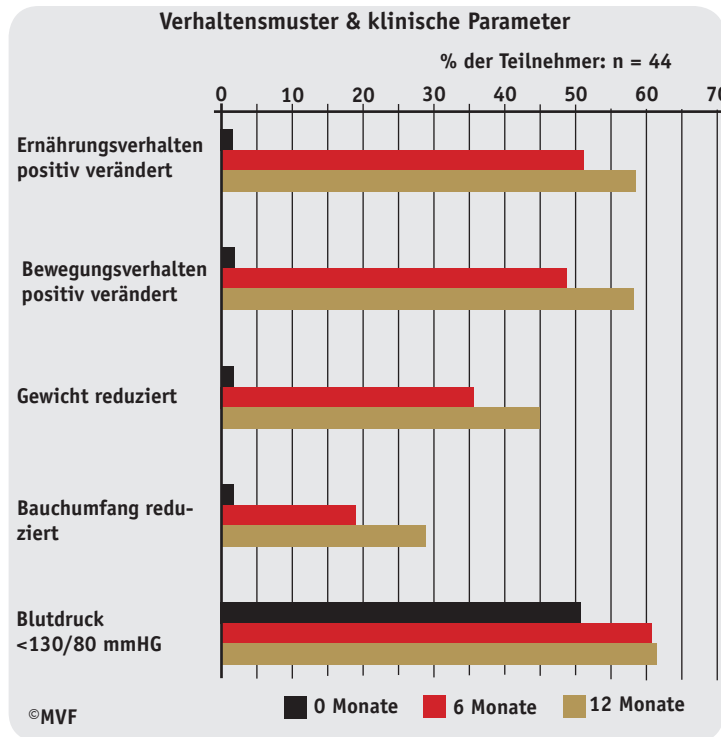


Abb. 3: Verhaltensmuster & ausgewählte klinische Parameter

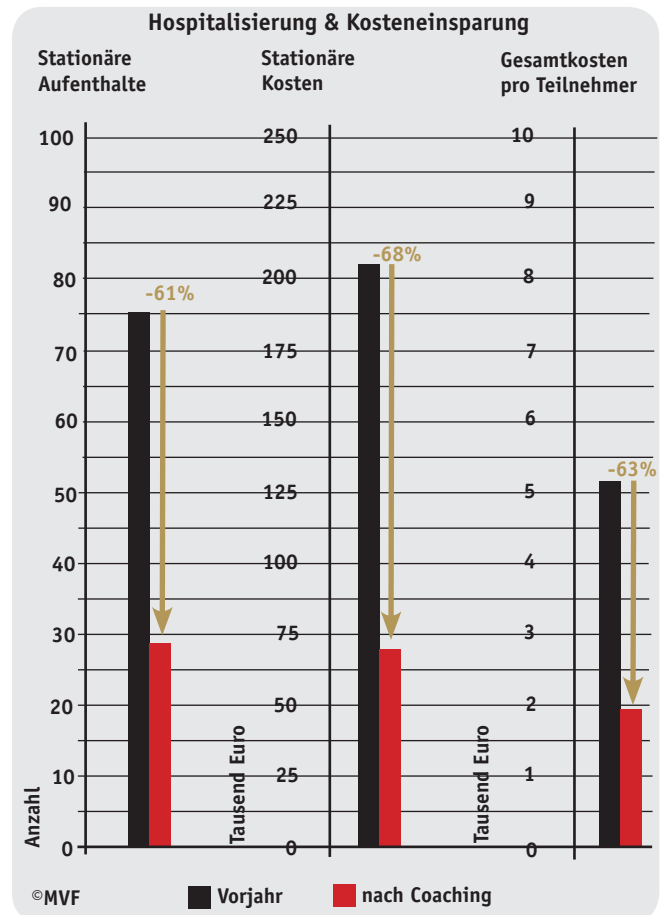


Abb. 5: Hospitalisierung & Kosteneinsparung

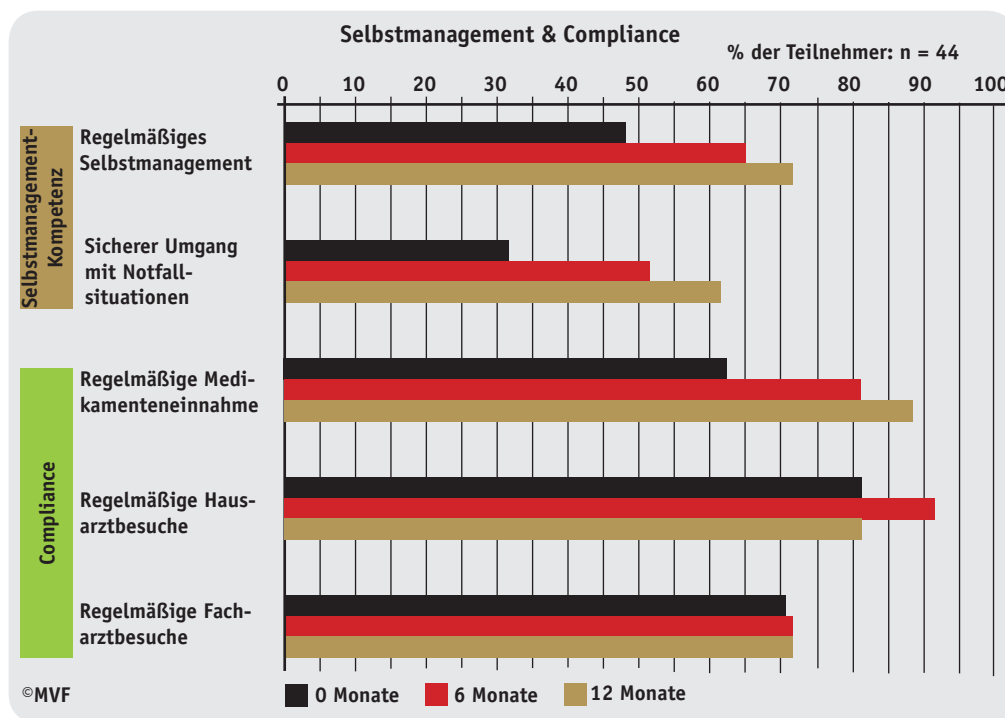


Abb. 4: Selbstmanagement & Compliance

Literatur

Bauer, F./Preuß, K.-J. (2009): Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services – HMS. In: Monitor Versorgungsforschung 01/09: 25-31

Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung e. V. (2009): Fehlende Therapietreue und nicht eingenommene Medikamente treiben die Kosten. In: <http://www.dgbgev.de/index.php?id=53>

Kaplan, S. H./Gandek B./Greenfield S./Rogers W./Ware J. E. (1995): Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. In: Med Care 1995, 33(12):1176-87

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Kurzfassung: 23

dender Bedeutung, um einerseits den Therapieerfolg für den Patienten zu sichern und andererseits den ökonomischen Schaden mangelnder Therapietreue für das Gesundheits- und Gemeinwesen zu begrenzen, der jährlich in die Milliarden Euro geht. Im Zuge des Pilotprojekts Patientencoaching gelang es, den Anteil medikamententreuer Teilnehmer um 24 Prozentpunkte zu erhöhen. Ein weiterer Aspekt der Compliance ist eine regelmäßige Verlaufskontrolle durch den behandelnden Hausarzt oder Facharzt. Die erhobenen Daten zeigten hier, dass das Verhalten der Programmteilnehmer in Hinblick auf die ärztliche Versorgung keiner Veränderung unterlag und die bestehenden Konkurrenzbedürfnisse von Seiten der Leistungserbringer gegenüber nicht-ärztlichen Betreuungsangeboten unbegründet sind (Abb. 4).

2.4 Hospitalisierungsrate und Kosteneinsparungen

Im Zentrum des Patientencoachings stehen die Versorgungsqualität und das Wohl des Kranken. Zugleich eignet es sich auch als Instrument der Kostensteuerung, indem es einen zielgerichteten Einsatz bestehender, oftmals jedoch nicht ausreichend genutzter Ressourcen in den Bereichen Prävention und Kuration fördert. Insbesondere die hohe Zahl vermeidbarer stationärer Aufenthalte ist ein Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes betragen die Krankenhauskosten 2007 in Deutschland 64,6 Milliarden Euro, das entspricht rund einem Viertel der Gesamtausgaben (Statistisches Bundesamt 2009). Durch die zielorientierten Interventionen des Patientencoachings gelang es, die Hospitalisierungsrate im Vergleich zum Vorjahr um über 60 % zu reduzieren. Dies und die Vermeidung kostenintensiver Krankheitsverläufe führten dazu, dass die Leistungsausgaben im stationären Bereich um mehr als zwei Drittel sowie die Gesamtkosten pro Patient um 63 % bzw. 3.365 Euro sanken (Abb. 5).

Diskussion

Die Ergebnisse des beschriebenen Pilotprojekts der 4sigma GmbH machen deutlich, dass ein zielorientiertes, qualitätsgesichertes Coaching ein geeignetes Instrument darstellt, für alle Beteiligten im Versorgungsprozess chronisch Kranker eine Win-Win-Situation zu schaffen. Das intensive, individuelle Coaching hilft dem Patienten dabei, besser mit der Erkrankung zu leben und durch den gezielten Einsatz eigener Ressourcen die persönliche Gesundheitssituation und Lebensqualität zu

Patient coaching: Outcomes of a pilot project

Medical, psychological and economic effects of a telephone-based patient coaching were determined by a one year's pilot project commissioned by a German health insurance company. Medical coaching had a lasting effect on patients' quality of life as well as on disease-specific risk factors. Furthermore hospitalization decreased by more than 60 % compared to the previous year. The successful prevention of hospitalization resulted in significant cost savings over the course of coaching of 68 % in inpatient treatment and of 61 % in total costs per patient. Data show, that by means of education and motivation participants acquire competence for better disease management and for implementation of a healthy lifestyle. Medical coaching is an effective instrument in order to achieve more quality and efficiency in patient care.

Keywords

Patient coaching, efficiency, quality of life

verbessern. Durch Förderung der Kompetenz, der Compliance und des Selbstmanagements wird zudem die Voraussetzung dafür geschaffen, dass der Patient ärztliche Empfehlungen besser versteht und umsetzt und eine partnerschaftliche, unterstützende Beziehung zu seinen Therapeuten pflegen kann. Die Arbeit des Arztes und die des Coaches ergänzen sich nutzbringend im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung, die dem Leistungserbringer mehr Raum für seine ärztlichen Kernkompetenzen verschafft. Als wirkungsvolles Instrument der Kostendämpfung, insbesondere im stationären Versorgungssektor, erweist sich das Patientencoaching auch aus Sicht der Kostenträger als lohnenswerte Investition – ganz abgesehen davon, dass Angebote für eine bessere Versicherungsverantwortung in der sich wandelnden Krankenkassenlandschaft mehr und mehr zu einem wichtigen Faktor der Konkurrenzfähigkeit und Kundenbindung werden. Die messbaren Erfolge des Pilotprojekts veranlassten die beauftragende Betriebskrankenkasse im Jahr 2009 dazu, das strukturierte Coaching bundesweit allen potenziellen Versicherten anzubieten. Die ersten Erfahrungen der flächendeckenden Umsetzung bestätigen die Trends und Outcomes des Pilotprojekts. <<

Ralf Pourie

Leiter Projekt- und Produktmanagement der 4sigma GmbH

Er arbeitete nach dem Studium der Informatik als Abteilungsleiter und Berater bei der IBM Unternehmensberatung. Im Anschluss war er in der Funktion des Bereichsleiters bei einer MEDENT Tochter zur Abrechnung sonstiger Leistungserbringer für gesetzliche Krankenversicherungen tätig. Seit 2003 ist er bei der 4sigma GmbH beschäftigt, zunächst als Abteilungsleiter IT und seit Dezember 2006 als Leiter Projekt- und Produktmanagement.

Kontakt: ralf.pourie@4sigma.de



Mechtild Schmöller

Leitung CareCenter der 4sigma GmbH

Sie ist ausgebildete Krankenschwester und Pflegepädagogin. Von 1983 bis 1989 arbeitete sie an verschiedenen Kliniken in Mainz und München. Seit 1997 ist sie für die 4sigma GmbH tätig, zunächst als medizinische Beraterin und ab 2003 als Teamleiterin Disease-Management. Seit 2006 führt sie in der Funktion der Gesamtabteilungsleiterin die CareCenter der 4sigma GmbH.

Kontakt: mechtild.schmoeller@4sigma.de



Dr. oec. HSG Willy Oggier

Die Kopfpauschalen- und Risikoausgleichsdiskussion in der Schweiz

Das schweizerische Gesundheitswesen unterscheidet für den Krankheitsfall zwischen einer Grundversicherung, welche ihre gesetzlichen Grundlagen im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat, und privaten Zusatzversicherungen, welche dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt sind. Im Gegensatz zu anderen Ländern sind Zusatzversicherungen in der Schweiz komplementärer und nicht ersetzender Natur. Personen, welche eine Zusatzversicherung abschliessen, können sich demnach nicht der Bezahlung der Grundversicherungsprämie entziehen. Anders als beispielsweise in Deutschland kann man sich also nicht ab einer bestimmten Einkommensgrenze von der gesetzlichen Krankenversicherung und damit von der Solidargemeinschaft verabschieden, indem man zu einer privaten Krankenversicherung wechselt. Auch Beamte haben – mit Ausnahme gewisser gerade aktiv Dienst leistender Militärs – eine Grundversicherungsprämie zu entrichten.

>> In der deutschen Diskussion wird nicht selten die Auffassung vertreten, die Schweiz hätte mit der Einführung des KVG die Kopfpauschale (in Schweizerdeutsch: die Kopfprämie) eingeführt. Dies ist eine Verzerrung der Tatsachen. Denn die Kopfpauschale gab es vorher schon, allerdings wurde diese nach dem Eintrittsalter des Versicherten bemessen. Dies ist heute nicht mehr der Fall. Die grosse Veränderung fand mit dem KVG durch die Einführung des Versicherungsobligatoriums statt, das in der deutschen Terminologie einer Bürgerversicherung auf der Basis der Kopfpauschale entspricht.

Versorgungspolitisch ist dies von Bedeutung, weil man – egal wie man zur Finanzierung der Krankenversicherungsprämie steht – mit der Bürgerversicherung einen Akt der Solidarität schaffte, der in Deutschland bisher nicht diskutiert wird. Denn im schweizerischen System bezahlen auch die Beamten und die Bezüger höherer Einkommen Kopfpauschalen in die Grundversicherung, leisten also einen gewissen Solidaritätsbeitrag.

Neue Spitalfinanzierung

Im Rahmen der KVG-Teilrevision hat das Parlament den Wechsel von einem kostenbasierten zu einem Preis-System beschlossen, das auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen basieren soll:

- Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die

Abstract

Das deutsche und das schweizerische Gesundheitswesen unterscheiden sich trotz ihrer gemeinsamen sozialversicherungsrechtlichen Ausprägung fundamental voneinander. Versorgungspolitisch könnte Deutschland insbesondere von den positiven Erfahrungen der Schweiz im Bereich der Bürgerversicherung, die Schweiz von Deutschland vor allem von jenen im Bereich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der teilweisen Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherer an der Lohnfortzahlung lernen.

Keywords

Bürgerversicherung, Kopfpauschale, Krankenversicherung, Morbiditätsorientierung, Risikoausgleich, Risikostrukturausgleich

Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. (Art. 49 Abs. 1 KVG)

- Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen wie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest. (Art. 49 Abs. 2 KVG)

Für somatische Akutspitäler sollen Diagnosis Related Groups (DRGs) zur Anwendung kommen, welche ausgehend von den German DRGs entwickelt werden sollen.

Unterschieden wird neu zwischen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Spitälern durch Spitalliste bzw. durch Vertrag. Setzt ein Kanton ein Spital auf die Spitalliste, so hat die öffentliche Hand die Leistungen im Rahmen des gewährten Leistungsauftrags mitzufinanzieren. Der Krankenversicherer untersteht in diesem Fall dem Vertragszwang und hat seinen Anteil zu bezahlen. Spitäler, welche nicht oder unvollständig auf die Spitalliste gesetzt werden, haben die Möglichkeit, im Rahmen der OKP mit einzelnen Versicherern Verträge abzuschliessen. In diesem Fall bezahlt der Versicherer den vereinbarten Preis, die öffentliche Hand leistet dazu keine Beiträge. Die Versicherer dürfen dabei nach Art. 49a Abs. 4 KVG zu Lasten der OKP höchstens ihren für die betreffenden Kantonseinwohner geltenden Vergütungsanteil übernehmen. Der Anteil, welcher in den Listenspitalern auf die Kantone entfällt, muss demnach von den Versicherten bzw. einer Zusatzversicherung übernommen werden.

Der Anteil der Kantone bei Listenspitalern beträgt mindestens 55 % der Pauschale. In diesem Anteil sind neu auch die Investitionsamortisationen enthalten.

Wichtige Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherungen	
Grundversicherung nach KVG	Zusatzversicherung nach VVG
Grundlage sind Gesetz und Verordnungen	Grundlage ist der Vertrag mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
Obligatorium und Aufnahmepflicht durch die Versicherer	Keine Aufnahmepflicht; Ausnahme: Bisherige Zusatzversicherte nach altem Recht haben beim gleichen Versicherer Anrecht auf einen Vertrag, der die bisherigen Leistungen abdeckt
Es besteht ein fest definierter gesetzlicher Leistungskatalog mit Einschluss der Mutterschaft	Der Versicherer bestimmt, welche ergänzenden Leistungen zur Grundversicherung er anbieten will. Mutterschaft auf Antrag
Finanzierung nach Umlageverfahren (die Ausgaben werden laufend durch Einnahmen – Prämien und Kostenbeteiligung – gedeckt)	Keine Vorschriften. In der Praxis: Bedarfsdeckungs- oder Kapitaldeckungsverfahren oder eine Mischform der beiden (Rückstellung für spätere Verpflichtungen oder Ansparen von Kapital für Risiken im Alter)
Einheitsprämien pro Versicherer und Region. Prämienreduktion für Kinder und Jugendliche. Prämienverbilligung	Keine Vorschriften für Prämiengestaltung. In der Praxis fördert der Wettbewerb aber risikogerechte Prämien
Die Versicherten können bei normaler (d.h. nicht wählbarer Franchise) und im Rahmen der ordentlichen Grundversicherung (d.h. keine besondere Versicherungsform) den Versicherer mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf Semesterende ohne Nachteile wechseln. Der Versicherer kann dem Versicherten nicht kündigen. Ein Ausschluss ist kaum möglich. Leistungssistierung bei ausstehenden Prämien, bis die Schulden bezahlt sind	Beide Parteien können in einem Versicherungsfall sofort (bis vierzehn Tage nach Zahlung) oder auf Vertragsende mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist kündigen (ohne Kündigung stillschweigende Vertragsverlängerung um ein Jahr). Viele Versicherer verzichten einseitig auf ihr Recht, im Versicherungsfall zu kündigen
Keine Vorbehalte bei Versicherungswechsel	Unbeschränkte Vorbehalte oder Leistungsausschlüsse möglich
Unbeschränkte Versicherungsdauer	Die Dauer der Verträge kann limitiert werden
Prinzip der Gegenseitigkeit und Gleichbehandlung	Prinzip von Treu und Glauben
Verjährung von Leistungsansprüchen nach fünf Jahren	Verjährung von Leistungsansprüchen nach zwei Jahren
Keine Kollektivversicherungen mehr	Kollektivversicherungen sind möglich

Tab. 1: Wichtige Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherungen. Grund- und Zusatzversicherungen sind mit der Einführung des KVG am 1. Januar 1996 vom Gesetzgeber juristisch getrennt worden.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Forschung und universitäre Lehre sowie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) sind von der öffentlichen Hand zu finanzieren.

Knacknuss Risikoausgleich

DRGs sind aber nicht einfach gut oder schlecht. Ihre Wirkungen hängen in wesentlichem Ausmass auch davon ab, in welchem Umfeld sie wirken sollen. Gefordert wäre der Regulator Bund über die Veränderung der Anreizmechanismen. Er sollte sich dabei von der Maxime leiten lassen, dass in einem Sozialversicherungssystem alle Akteure (Versicherte, Patienten, Leistungserbringer und Versicherer) dann am besten fahren, wenn es ihnen gelingt, die hochkomplexen Fälle möglichst effektiv und effizient zu behandeln.

Um diesen Anreiz zu realisieren, bedürfte es in einem System der Einheitsprämie einer Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern. Die vom Parlament im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung verabschiedete Berücksichtigung der Spital- und Pflegeheimaufenthalte kann dabei nicht genügen.

Der neue Ausgleichsmechanismus steht – genauso wie die Spitalfinanzierung – quer in der Landschaft zu den aktuell laufenden politischen Bemühungen, die integrierte Versorgung zu fördern. Denn mit der neuen Spitalfinanzierung und der neuen Risikoausgleichsformel dürfte der Anreiz in mehrfacher Hinsicht dahin gehend laufen, dass

normalerweise teilstationäre Fälle vermehrt wieder stationär und nicht ambulant durchgeführt werden. Denn gerade bei Kurz-Liegern dürfte der ambulante Tarif bei nur grundversicherten Patienten für die Kassen teurer werden als eine Kurz-Lieger-DRG. Denn bei Letzteren bezahlen die Kassen höchstens 45 % der leistungsorientierten Pauschalen, im ambulanten Bereich, abgesehen von der Kostenbeteiligung des Patienten, dagegen alles.“ Hinzu kommt, dass bei einem Spitalaufenthalt, welcher länger als drei Tage geht, der Aufenthalt der Kasse auch noch „Geld“ bringt bei der Berechnung des Risikoausgleichs.

Krankenversicherer mit vielen Chronischkranken haben heute kaum ein Interesse, integrierte Versorgungskonzepte zu fördern. Denn würden Krankenversicherer dies tun, könnten solche Angebote Chronischkranke – möglicherweise unterstützt durch Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen und Ärzte – motivieren, zu solchen Versicherern mit guten integrierten Versorgungsangeboten zu wechseln. Damit verschlechtert sich aber die Marktposition des Versicherers, weil er die Prämien wegen der schlechteren Risikostruktur nach oben anpassen muss.

Das Nachsehen haben somit ambulant tätige Ärzte, welche vorab Chronischkranke gut behandeln und zusammen mit anderen Leistungserbringern u.a. auch medikamentös gut einstellen. Sie engagieren sich für integrierte Versorgung, helfen unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden, leben dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ nach und riskieren, wegen der Spitalfinanzierungs- und Risikoausgleichsanreize bestraft zu werden. Denn ihre relative Marktposition ver-

schlechtert sich als Folge dieser Anreize. Analoges gilt übrigens für ambulante Krankenhaus-Behandlungen, die in der Schweiz historisch viel verbreiteter sind als in Deutschland, weil es keine solche strikte sektorale Trennung gibt.

Wichtig ist im Rahmen des Risikoausgleichs eine Nachbesserung, welche die Morbidität, also den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Versicherten berücksichtigt. Deutschland und die Niederlande haben entsprechende Systeme in Europa eingeführt.

In Deutschland ist der sogenannte Morbi-RSA (für morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich) auf den 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Erste Krankenkassen haben begonnen, sich zusammen mit Ärzten intensiver um Chronischkranke zu kümmern. Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) beispielsweise hat, zusammen mit ausgewählten Leistungserbringern im Rahmen selektiver Verträge, eine Vielzahl neuer Versorgungskonzepte initiiert. In diesem System hilft auch, dass der Krankenversicherer in Deutschland für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in einem gewissen Umfang aufzukommen hat.

Fazit

Was die Versorgungsforschung betrifft, kann Deutschland von der Schweiz insbesondere im Bereich der Solidarität zwischen gesetzlich und privat Versicherten lernen. Diese relativ rigide Dualität ist versorgungspolitisch problematisch. Die Schweiz kann von Deutschland insbesondere im Bereich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, aber auch von den weniger grossen Verzerrungen zwischen den von den Kassen zu übernehmenden ambulanten bzw. stationären Kosten lernen. Vor allem aber dürfte durch die Integration eines Teils der Lohnfortzahlungskosten beim gesetzlichen Krankenversicherer ein deutlich stärkeres Interesse für Prävention und Investitionen in gute Heilungsverfahren auszumachen sein als im schweizerischen Fall, wo der durch Kassen finanzierte Heilungsfortschritt neben dem Patienten oft bei anderen Dritten wie der Invalidenversicherung oder dem Arbeitgeber anfällt, welche im schweizerischen System in der Regel keinen Rappen an die Finanzierung der Krankenversicherungsprämien bezahlen. <<

The discussion about premium models and morbidity based risk structure compensation in the Swiss Health Care System

The main problem in today's Swiss health care system are the erroneous financial incentives. In today's system, the social insurance companies find it more interesting, as a rule, to hunt for good risks. If, for instance, a health insurance fund would have a good care program for asthmatics, diabetics, or patients with depressions, it would run the risk of becoming interesting for people with those illnesses – and possibly even be recommended by offices representing patients or self-help groups. But if those people choose to join that particular health insurance fund, then its risk structure will worsen and the company will have to increase its premiums. The fundamental problem is today's risk structure compensation among health insurance funds, which is geared toward age and sex and barely takes the insured's health condition into consideration. Here, Switzerland can learn a lot of the positive experiences of the morbidity based risk compensation system in Germany. On the other hand, Germany could learn from the positive effects of the introduction of a social health insurance system in Switzerland, where even people with high income or fortune and officials have to pay a premium into the social health insurance system without having the possibility to opt completely out of the system by buying a private insurance solution.

Keywords

Health premium plan, risk adjustment, risk structure adjustment, social insurance, Swiss Health Care System

Literatur

Gerhard Kocher/Willy Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2010 – 2012, Verlag Hans Huber, Bern, 2010.

Willy Oggier/Andreas Walther/Serge Reichlin/Michael Egli (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch, Trend Care, Sursee, 2008.

Dr. oec. Willy Oggier HSG

Geschäftsführender Gesellschafter Gesundheitsökonomische Beratungen AG

Willy Oggier hat an der Hochschule St. Gallen Volkswirtschaftslehre studiert und auf diesem Gebiet auch doktriert. Nach einigen Jahren Tätigkeit an der Hochschule St. Gallen hat er sich 1996 selbstständig gemacht. Er ist Inhaber der Firma Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG und gehört heute zu den führenden Gesundheitsökonomien der Schweiz. Kontakt: gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch



SIE WISSEN, WIE DER MOTOR DES GESUNDHEITSSYSTEMS FUNKTIONIERT



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

Oder Sie **abonnieren** gleich:

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

monitor **VERSORGUNGS
FORSCHUNG**

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

** Jahres-Abo ab 2010 mit 6 Ausgaben zum Preis von 65 statt 90 EUR zzgl. Versand (9,21 EUR). Das Gewinnspiel endet am 31.12.2010 um 24 Uhr / unter Ausschluss der Öffentlichkeit / Der Gewinn ist übertragbar.

Besuchen Sie uns auf dem
Hauptstadtkongress 2010
 5. - 7. Mai, Stand: B06



Mit einem leistungsstarken Morbiditätsmanagement zum Erfolg

Die MedicalContact AG unterstützt als verlässlicher und transparent arbeitender Servicepartner Krankenkassen bei deren Versorgungsmanagement. Unsere im Rahmen der Versorgungspyramide angebotenen Morbiditätsprogramme fördern auf zielgruppenspezifischem Coachinglevel das Selbstmanagement der Versicherten und tragen dazu bei, Leistungsausgaben einzusparen.

- M3-Coachinglevel:
Fallmanagement
- M2-Coachinglevel:
Intensivberatung
- M1-Coachinglevel:
**Reminding und
 Selbstmanagement**



Wir bieten **Programme für folgende Indikationen:**

Angststörungen | Arthrose | Asthma | Burn-Out | COPD | Depression | Diabetes | Herzinsuffizienz
 Herzrhythmusstörung | Hypertonie | KHK | Osteoporose | Rheuma | Rückenschmerz
 Zudem bieten wir das umfassende Fallmanagement-Programm Casaplus® für multimorbide Versicherte.