



4. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“

Workshop-Berichtsband 2008

Eine Initiative der Grünenthal GmbH



4. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“ 24.-25. OKTOBER 2008

Workshop-Berichtsband

Die Deutsche Bibliothek - CIP Einheitsaufnahme

Dr. Albrecht Kloepfer, Christian Luley, Karl-Heinz Oedekoven

4. Aachener Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“

Berichtsband

ISBN-Nr. 978-3-938808-68-9

Verlag: Velbrück Wissenschaft, 53919 Weilerswist

© 2009, GRÜNENTHAL GMBH

Geschäftsbereich Deutschland/Gesundheitsmanagement, 52099 Aachen

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer

Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Gestaltung: Communication & Advertising, Grünenthal GmbH

Fotos: Silke Sage, opticArt, Aachen

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Grünenthal GmbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



I N H A L T

I Vorwort Kai Martens, Grünenthal GmbH, Geschäftsleiter Deutschland	4 – 7
II Was nicht dokumentiert wird, findet nicht statt – der Schmerzpatient im System Dr. Gerhardt Müller-Schwefe, Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.	8 – 13
III Wissen um die Versorgungsrealität – Herausforderungen einer Krankenkasse Birgit Fischer, Barmer Ersatzkasse	14 – 19
IV Versorgungsforschung als zukünftiger Schwerpunkt gesundheitsökonomischer Forschung Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld	20 – 25
V Auf den Spuren von Über-, Unter- und Fehlversorgung Prof. Dr. Gerd Glaeske, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	26 – 31
VI Versorgungsanalyse bei chronischen Schmerzen Dr. Bernd Brüggjenjürgen, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité Berlin	32 – 37
VII Was kann die Versorgungsforschung von der AkdÄ lernen? Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	38 – 43
VIII Wissen um die Versorgung als Basis einer effektiven Steuerung Dr. med. Christoph Gries, Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie der DAK	44 – 49
IX Die Möglichkeiten zum Vergleich – Grundlage eines funktionierenden Wettbewerbs Franz Knieps, Bundesministerium für Gesundheit	50 – 55
X Bedarfsplanung und Qualitätssicherung Dr. Theodor Windhorst, Ärztekammer Westfalen-Lippe	56 – 60
XI Workshopberichte I - V	62 – 78
XII Über die Referenten	79 – 81
Foto-Impressionen	61 u. 82
Dokumentation der Aachener Workshops zur Zukunft der Schmerztherapie	83

VORWORT

Kai Martens

Grünenthal GmbH
Geschäftsleiter Deutschland



Mit der vorliegenden Broschüre fasst die Grünenthal GmbH zum inzwischen dritten Mal die Ergebnisse ihrer jährlich stattfindenden Workshops „Zukunft der Schmerztherapie“ zusammen. Der Workshop versteht sich als Plattform, auf der Diskussionen geführt und Ideen angestoßen werden sollen. Denn auf die Zukunft sollte man vorbereitet sein, das heißt, man sollte über mögliche Entwicklungen und ihre Konsequenzen nachdenken. Und das ist es, was der Zukunftsworkshop erreichen möchte: gemeinsam über mögliche Entwicklungen in der Schmerztherapie nachdenken und Konsequenzen ziehen, indem die Workshop-Teilnehmer gemeinsam tragfähige Modelle für eine zukünftige bessere schmerztherapeutische Versorgung der Patienten entwickeln.

Dass dies in der Vergangenheit bereits erfolgreich gelungen ist, zeigt das Beispiel der dringend gebotenen Einführung einer neuen ICD für den chronischen Schmerz. Chronischer Schmerz als eigenständige Krankheit fand bis vor Kurzem in unserem diagnosegeprägten Gesundheitssystem nicht die ihm zustehende Berücksichtigung. Diese Nichtbeachtung war in den vergangenen Jahren mehrfach Gegenstand von Diskussionen während unseres Workshop – beginnend mit der Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs bis zur Einführung des neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Dank

des großen Engagements der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes der Schmerztherapeuten in Deutschland (BVSD) wird nun für 2009 eine eigene Ziffer zur Codierung des chronischen Schmerzes Einzug in den ICD-Katalog finden.

Der diesjährige Workshop hatte den Titel: „Versorgungsforschung für den Schmerzpatienten – das Geheimnis der letzten Meile“. Dieses Thema ist es nach unserer Meinung mehr als wert, ihm einen ganzen Workshop zu widmen. Schmerz – zumal chronischer Schmerz – wird in unserem Gesundheitssystem nur unzureichend abgebildet, unter anderem auch aufgrund der eben bereits beschriebenen ICD-Problematik. Das Wissen um die Versorgung der Schmerzpatienten ist ungenügend. Versorgungsforschung kann helfen, diese Lücken zu schließen. Dies kann aber nur gelingen, wenn alle an der Versorgung beteiligten Akteure gemeinsam agieren.

Dabei sind auch für uns als forschendem pharmazeutischen Unternehmen eine Reihe von Aspekten von großer Bedeutung: Als Experte in der Schmerztherapie haben wir natürlich den Anspruch, mehr über die Versorgungssituation von Schmerzpatienten, auch über die eigentliche Arzneimitteltherapie hinaus, zu wissen. Ganz klar müssen wir uns dabei fragen, wie unsere Medikamente in die Versorgungsrealität in Deutschland passen. Für uns ist es besonders interessant zu analysieren, in welchen Strukturen und in welchem therapeutischen Kontext die Patienten heute versorgt werden. Wie können Schmerzpatienten und Schmerzversorgung im Gesundheitssystem abgebildet werden? Wie ist die Qualität dieser Versorgung gestaltet, welche direkten und indirekten Kosten fallen durch Therapien an? Und an welcher Stelle können wirkliche Innovationen in der Arzneimitteltherapie helfen, die Versorgungssituation von Patienten langfristig und nachhaltig zu verbessern?

Eines ist klar: Nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung von Schmerzpatienten können nicht von einzelnen Gruppen entwickelt, sondern müssen immer interdisziplinär erarbeitet werden. Uns als forschendem Arzneimittelhersteller ist es ein Anliegen, gemeinsam mit den Partnern im Gesundheitswesen, Zukunftsmodelle für die Schmerz-

VORWORT

VORWORT

therapie zu entwickeln. Das Engagement in der Versorgungsforschung ist ohne Zweifel eine wichtige Grundlage dafür.

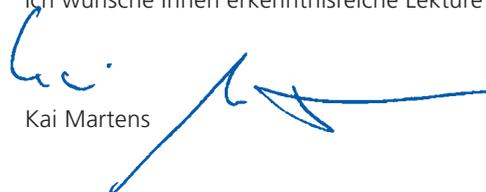
Kai Martens

Grünenthal GmbH
Geschäftsleiter Deutschland

Industrie, Leistungserbringer und auch Krankenkassen sind gemeinsam Teil der Versorgung. Alle drei sind unter den neuen politischen Rahmenbedingungen gleichermaßen bestrebt, die Qualität der Versorgung von Schmerzpatienten zu verbessern und den Ressourceneinsatz effizienter zu gestalten. Hierzu fehlen allen Beteiligten bislang valide Informationen zur derzeitigen Versorgungssituation, der geleisteten Qualität sowie der verursachten Kosten. Um die Versorgung von Schmerzpatienten zukünftig besser gestalten zu können, müssen wir gemeinsam Antworten auf diese Fragen finden.

Grünenthal hat hier bereits die Initiative ergriffen und im Sommer 2008 den Startschuss zu einer breit angelegten Versorgungsforschungsstudie gegeben, die Informationen über die Versorgungssituation von Schmerzpatienten liefern wird. Als wissenschaftlichen Partner konnten wir das Institut pharmafacts gewinnen, hinter dem Prof. Gerd Glaeske und das IGES-Institut stehen. Auch unsere Gespräche mit einer Reihe verschiedener Krankenkassen bezüglich einer aktiven Teilnahme und Mitarbeit stießen trotz, oder vielleicht sogar wegen der momentan schwierigen politischen Lage auf große Resonanz. Mit den ersten Partnern sind wir inzwischen bereits in die konkreten Phasen der Umsetzung und der Auswertung eingetreten (siehe die Beiträge von Prof. Gerd Glaeske und Dr. Christoph Gries im vorliegenden Band). Wir hoffen also zuversichtlich bereits beim nächsten Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ im Herbst 2009 weitere konkrete Ergebnisse vorlegen zu können. Basis unserer Arbeit und unserer Überlegungen sind dabei unter anderem die Erkenntnisse, die wir beim Workshop 2008 gewonnen haben, und die wir mit dieser Dokumentation auch Ihnen vorlegen wollen.

Ich wünsche Ihnen erkenntnisreiche Lektüre!



Kai Martens



Eröffnung der Veranstaltung im Atrium des Bildungszentrums

II. WAS NICHT DOKUMENTIERT WIRD, FINDET NICHT STATT – DER SCHMERZPATIENT IM SYSTEM

**Dr. Gerhardt
Müller-Schwefe**

Deutsche Gesellschaft für
Schmerztherapie e. V.

Dokumentation wird im künftigen System des Gesundheitsfonds mit morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich noch mehr Bedeutung erhalten als bisher schon. Davon zeigt sich Dr. Gerhardt Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS), in seinem Vortrag überzeugt. Zugleich zeigt er an einem Projekt der Integrierten Versorgung, wie Daten für eine sinnvolle Patientensteuerung und -behandlung genutzt werden können. Dabei plädiert er für eine Partnerschaft von Ärzten und Krankenkassen.

Im Gesundheitswesen hat Dokumentation nach Müller-Schwefes Einschätzung noch keine lange Tradition. Früher galt das Prinzip, dass Ärzte per se das Richtige tun und ihr Handeln deshalb nicht dokumentieren müssen. „Die Situation hat sich geändert. Es ist nicht mehr so, dass Ärzte alles automatisch richtig machen. Aber wenn sie es richtig machen, brauchen sie sich vor Dokumentation nicht zu fürchten“, so der DGS-Präsident. Er räumt ein, dass aus ärztlicher Sicht mit Dokumentation zunächst nur negative Attribute verbunden sind. Sie gilt als lästig, zeitraubend und als unproduktive Schreibtischarbeit. Ärzte müssten sich mit Regeln befassen, die sie nicht selbst geschaffen hätten, und sich mit Klassifizierungen, Gruppierungen, Graduierungen und Stadieneinteilungen auseinandersetzen, die der eigentlichen Medizin scheinbar fern stünden. Dieser Aufwand erscheine nur dann angemessen, wenn drei Fragen geklärt seien: Was wird erfasst? Welche Aussagen erlauben die Daten? Für wen sind die Daten relevant?

Erfasst werden im allgemeinen Demografie, Diagnose und Therapie. Damit sind Daten zum Geschlecht, Alter und Versicherungsstatus des Patienten, ICD-10- oder Krankenhausdiagnosen, ambulante Abrechnungsziffern, stationäre Pauschalen, Pharmakotherapie-Daten und sonstige therapeutische Maßnahmen dokumentiert. Für den Bereich der Schmerztherapie ändert sich ab 2009 die Dokumentation. Bisher stehen nur verschiedene Diagnosen aus der Gruppe F des ICD-10-Kodierungssystems zur Verfügung. „Chronischer Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild entsprechend einem bio-psycho-sozialen Schmerzmodell ist in der ICD-10 bislang nicht abgebildet“, so Müller-Schwefe. Das ändert sich ab 2009. Dann wird in den ICD-10-



Dr. Gerhardt Müller-Schwefe

Schlüssel die Ziffer F 45.41 für chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eingeführt. Fachgesellschaften und Berufsverband haben sich laut Müller-Schwefe gemeinsam dafür eingesetzt, dass der chronische Schmerz zwar mit einer F-Diagnose, aber ausdrücklich nicht als psychosomatische Störung verschlüsselt wird. Psychische und somatische Faktoren seien laut Definition lediglich Bestandteil der Erkrankung. Das folge dem bio-psycho-sozialen Modell der Schmerztherapeuten. Über die Regel, dass die Schmerzen seit mindestens 6 Monaten bestehen müssen, lasse sich streiten. „Viele sehen das so wie ich, dass chronischer Schmerz bedeutend früher anfangen kann“, so Müller-Schwefe. Er empfiehlt jedoch allen Schmerztherapeuten, ab 2009 diesen ICD-10-Code zu verwenden. Das sei besonders mit Blick auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

**Dr. Gerhardt
Müller-Schwefe**

Deutsche Gesellschaft für
Schmerztherapie e. V.

II. WAS NICHT DOKUMENTIERT WIRD, FINDET NICHT STATT – DER SCHMERZPATIENT IM SYSTEM

**Dr. Gerhardt
Müller-Schwefe**
Deutsche Gesellschaft für
Schmerztherapie e. V.

(Morbi-RSA) wichtig. Die Dokumentation der Diagnosen und der ambulanten, stationären und Pharmakotherapie diene dann Ärzten und Krankenkassen gleichermaßen. „Wer nicht richtig dokumentiert, bringt sich selbst um die Chance, dass die Kasse ihn ausreichend vergüten kann, weil die Dokumentation die Grundlage dafür ist, dass die Kasse überhaupt Geld bekommt“, so der DGS-Präsident. Er verspricht sich viel von dem neuen System. Die derzeitige Geldverteilung zwischen den Krankenkassen ist seiner Meinung nach zu wenig an der Morbidität orientiert. Das habe zur Folge, dass gute Behandlungsprogramme für schwierige Patientengruppen ein Risiko seien. „Wer solche Patienten gut betreut, tut zwar etwas im Sinne der Versicherten, aber wirtschaftlich ist es Unsinn, weil er nur mehr Geld ausgibt, ohne mehr dafür zu kriegen. Insofern stellt die Neujustierung des RSA eine Chance dar“, so Müller-Schwefe. Diese Neujustierung des Systems kann aus seiner Sicht aber nur gelingen, wenn Ärzte die richtigen Daten an ihren Patienten erheben und diese auch dokumentieren. Sein Fazit zum Morbi-RSA: „Ohne Dokumentation keine oder zu geringe Zuweisungen aus dem Morbi-RSA an die Kasse. Ohne Dokumentation keine Vergütung für Leistungserbringer. Die Vergütung erfolgt leistungsorientiert.“

Der Kostendruck des Gesundheitsfonds wird aus Müller-Schwefes Sicht auch dazu führen, dass Kassen versuchen werden, die beste Leistung zum besten Preis einzukaufen. Das bedeute, dass Ärzte nichts zu fürchten hätten, wenn sie gut seien. Denn Schmerztherapie sei in Deutschland nicht in beliebiger Menge verfügbar. „Der Run um die besten Behandlungsplätze und -konzepte ist bereits im Gang. Dabei herrscht nicht nur Konkurrenz unter Ärzten, sondern auch unter Kassen um Ärzte“, sagt Müller-Schwefe. Beispielhaft verweist er auf ein Projekt der Integrierten Versorgung, an dem die DGS mitwirkt. „Wir können nicht so viel anbieten, wie Bedarf und Wunsch ist“, sagt er. Die Idee: Durch die Ermittlung von Patienten mit hohen Risiken und eine konzeptionell vernetzte Versorgung soll eine verbesserte Lebensqualität und Funktionalität erreicht und Chronifizierung vermieden werden. Infrage kommen prinzipiell alle Patienten mit problematischen Schmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko, egal ob Kopf-, Rücken- oder Tumorschmerz.

Das IV-Projekt setzt auf ein intensives, interdisziplinäres Behandlungskonzept, bei dem Psychologen, Physiotherapeuten und Schmerztherapeuten mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Nur die Krankenkassen hätten alle Daten zur Vorbehandlung der Versicherten. „Deshalb ist die Kasse die einzige, die das Risikomanagement übernehmen kann. Ärzte sollten sie als Partner und nicht als Gegner begreifen“, so Müller-Schwefes Appell. Im Projekt untersucht jeder Therapeut den Patienten eine Stunde lang in einem Eingangsscreening. Psychometrische und weitere Tests zeigen, ob der Patient für das Programm geeignet ist. Dann wird ein individueller Therapieplan für den Patienten erstellt, mit dem Ziel, ihn binnen vier Wochen wieder arbeitsfähig zu machen. Wenn der Patient dann arbeitsfähig ist, zahlt die Krankenkasse einen Bonus, der laut Müller-Schwefe so attraktiv ist, dass alle hilfreichen Methoden eingesetzt würden – unter anderem auch Biofeedback zur Förderung der Patientenautonomie, obwohl das sonst oft weder von gesetzlicher noch privater Krankenversicherung bezahlt werde. Ist der Patient nach zwei Monaten nicht arbeitsfähig, kann er um weitere vier Wochen verlängern.

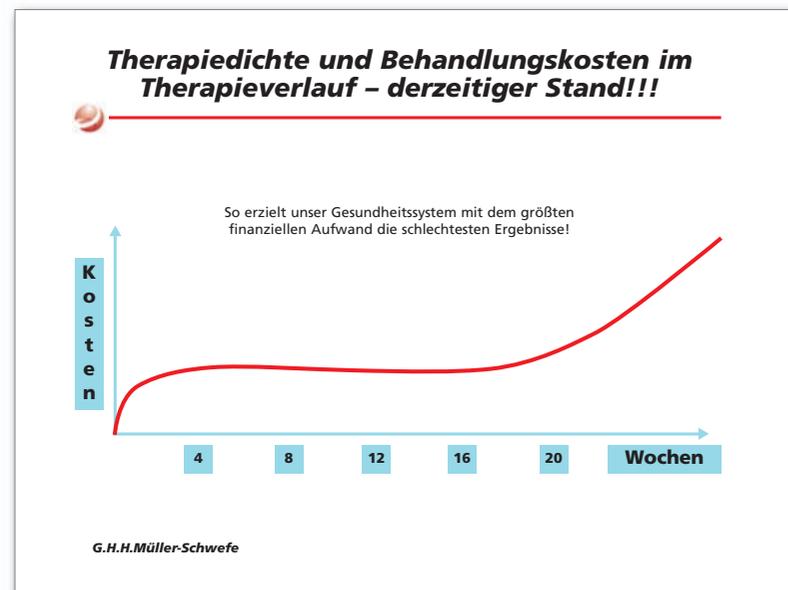


**Dr. Gerhardt
Müller-Schwefe**
Deutsche Gesellschaft für
Schmerztherapie e. V.

II. WAS NICHT DOKUMENTIERT WIRD, FINDET NICHT STATT – DER SCHMERZPATIENT IM SYSTEM

Dr. Gerhardt Müller-Schwefe
Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.

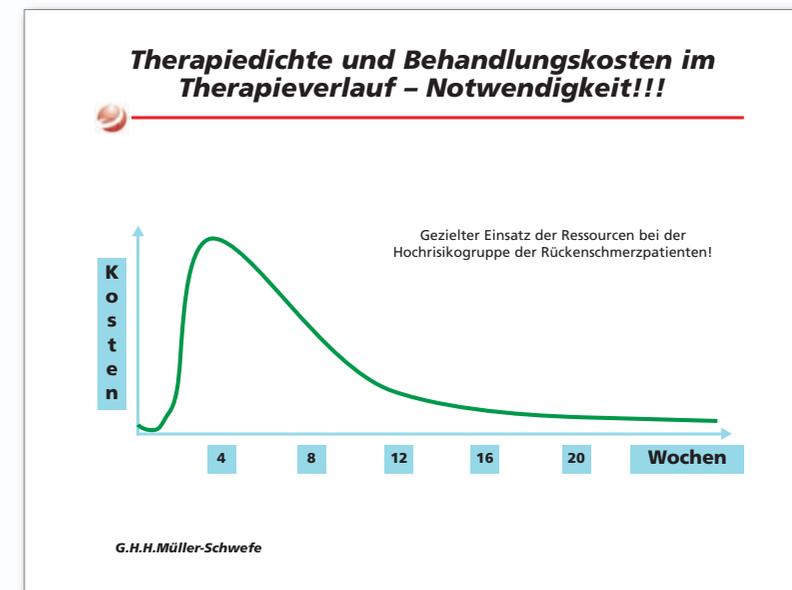
Die dafür vorgesehene Vergütung ist abgestaffelt, so dass es nach Müller-Schwefes Angaben keinen Anreiz gibt, einen Patienten in diese Ebene zu heben. Wenn er gar nicht arbeitsfähig wird, gebe es einen Malus. Wenn er im Anschluss an die Therapie sechs Monate arbeitsfähig bleibt, gebe es jedoch einen guten Bonus.



Für den schnellen Behandlungserfolg sei entscheidend, dass die Patienten ihren Zustand täglich dokumentieren. Jeder Patient füllt zu Beginn der Behandlung einen standardisierten Schmerzfragebogen aus und definiert ein individuelles Behandlungsziel. Er wird täglich anhand eines Tagebuchs zu seinen Fortschritten befragt. Die Änderungen werden vom Patienten selber erfasst und anschließend elektronisch ausgewertet. Diese Datenerhebung hat aus Müller-Schwefes Sicht mehrere Vorteile: Alle Angaben sind unbeeinflusste Selbstauskünfte des Patienten. Der Patient übernimmt die Datenerhebung selbst, die Ärzte müssen nur noch einscannen und auswerten. Die Krankenkasse erhält die Möglichkeit, Behandlungsverläufe anonymisiert transparent nachzuvollziehen. „Ich glaube, dass die enge Kooperation mit Krankenkassen die Chance bietet, das System effizienter zu machen.“

Vorläufige Ergebnisse zeigen gute Ergebnisse für die 600 Projektpatienten, die bei Programmbeginn in Chronifizierungsstadium 2 oder

3 eingestuft worden waren. Den Angaben zufolge sind 93,3 Prozent nach vier oder acht Wochen wieder arbeitsfähig und 86 Prozent waren sechs Monate nach Therapieende keinen Tag arbeitsunfähig. Laut Müller-Schwefe gelingt es in der ambulanten Regelversorgung nur bei 35 Prozent der Patienten, dass sie überhaupt wieder zur Arbeit gehen.



„Das Programm wird weitergeführt, denn es finanziert sich nicht durch die Anschubfinanzierung, sondern dadurch, dass es die Lohnfortzahlungskosten der Kasse senkt. Solche Projekte sind auch in Zukunft tragfähig“, so der DGS-Präsident. Sein Plädoyer für eine Kooperation zwischen Ärzten und Kassen ergänzt er um eines für Dokumentation: „Ich persönlich glaube, dass standardisierte Dokumentation Chancen für eine effizienzorientierte Versorgung ermöglicht, bei der Geld für sinnvolle Maßnahmen bleibt.“

Dr. Gerhardt Müller-Schwefe
Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.

III. WISSEN UM DIE VERSORGUNGSREALITÄT – HERAUSFORDERUNGEN EINER KRANKENKASSE

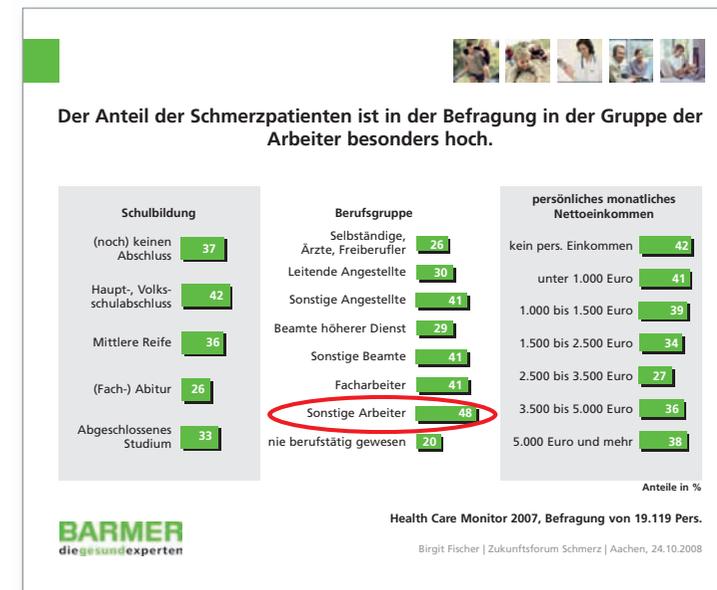
Birgit Fischer
Barmer Ersatzkasse

„Das Wissen um Versorgungsrealität ist unabdingbar für ein gezieltes Eingreifen“, so Birgit Fischer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse. Sie vertritt die Auffassung, dass die Versorgungsforschung in Deutschland deutlich verstärkt werden muss. So könnten Daten gewonnen werden, die für zielgruppenspezifischere Versorgungs- und Case-Management-Programme nötig sind. „Die Zusammenarbeit von Ärzten, Wissenschaft und Krankenkassen ist dafür zwingend erforderlich“, so Fischer.

Krankenkassen stehen derzeit in einer Diskussion über neue Versorgungsformen. Dabei stellt sich Fischer zufolge die zentrale Frage: „Wie gelingt es, zielgerichtet zu handeln?“ Aus ihrer Sicht sind für zielgerichtete Angebote der Krankenkassen an die Versicherten Datenauswertungen grundlegend. Im Bereich der Schmerztherapie trügen dazu auch der neue Abrechnungsschlüssel und der neue Morbi-RSA bei. Mit Blick auf die neuen Versorgungsformen und den Gesundheitsfonds werden Krankenkassen enormen Wert darauf legen, sorgsam und effizient mit den Versichertengeldern umzugehen, kündigte Fischer an: „Kassen suchen und brauchen Partner, die für Qualität und gute Leistung stehen.“ Was den Versicherten angeboten wird, wie die Qualität gemessen und den Patienten transparent dargestellt wird, müsse in Verträgen ausgehandelt werden. Dabei stelle sich auch die Frage, wie Erfolge im Einzelvertragsgeschäft zu einer Weiterentwicklung des Systems insgesamt führen. „Wir sind am Beginn einer neuen Entwicklung, und dabei steht die Frage im Vordergrund, wie die Balance zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit gehalten wird“, so Fischer. Investitionen an einer Stelle müssen sich aus Kassensicht durch Einsparungen an anderer Stelle refinanzieren. Für den Bereich der Schmerztherapie heißt das laut Fischer, dass eine Kasse sich zunächst auf die berufstätigen Betroffenen konzentriert, um Lohnersatzleistungen zu sparen. Mit den Einsparungen kann die Kasse dann Angebote für Arbeitslose und Rentner realisieren.

Zielgerichtetes Handeln ist aus Fischers Sicht jedoch unbedingt an möglichst genaues Wissen um die Versorgungsrealität geknüpft. Die Schmerztherapie habe in der Versorgungsrealität eine herausragende

Rolle, weil die Betroffenheit außerordentlich groß sei. „Schmerz gehört zum Alltag der Patienten und der Arztpraxen“, so Fischer. Ihren Angaben zufolge sind 17 Prozent der Bevölkerung betroffen, darunter mehr Männer als Frauen. Am häufigsten seien Rücken- und Kopfschmerzen. Jeder fünfte Erwachsene stuft sich laut Fischer selbst als chronisch schmerzkrank ein. 37 Prozent der Bevölkerung ab sechzehn Jahre leiden nach ihren Angaben an Schmerzen. Dieser Anteil steige ab dem 40. Lebensjahr. Eine Auswertung der Daten nach sozialen Kriterien zeigt laut Fischer, dass die Betroffenheit wächst, je geringer Bildungsstand und Einkommen und je weniger qualifiziert der Arbeitsplatz ist.



Birgit Fischer
Barmer Ersatzkasse

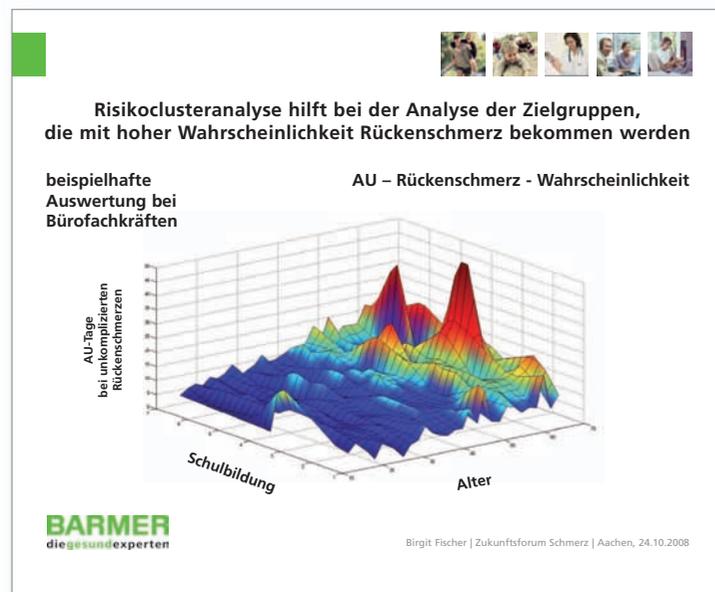
„Die Zusammenhänge mit sozialen Indikatoren sind eindeutig nicht zu leugnen“, so Fischer. Daraus leitet sie ab, dass Lösungsansätze in Prävention und Behandlung den sozialen Kontext einbeziehen müssen, um erfolgreich zu sein. Auf fällig sei auch, dass gerade diese Gruppe chronisch Schmerz betroffener viel Geld für Selbstmedikation ausgibt. „Aus meiner Sicht bedeutet das, dass ihnen jedes Mittel Recht ist, um nicht unter Schmerzen zu leiden, denn gerade diese Gruppe hat wenig Geld zur Verfügung“, so Fischer. Dabei müsse auch erwogen werden, ob dieser Sachverhalt nicht auch ein Indikator für unzureichende oder wenig adäquate Versorgung dieser Patienten sei.

III. WISSEN UM DIE VERSORGUNGSREALITÄT – HERAUSFORDERUNGEN EINER KRANKENKASSE

Birgit Fischer
Barmer Ersatzkasse

Nach dem Barmer Gesundheitsreport sind Rückenerkrankungen mit 23,5 Prozent der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeiten. Daher sei es nahe liegend für die Krankenkasse, sich zunächst auf diese Frage zu konzentrieren. Der massive Anstieg bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen in Korrelation mit Muskel-Skelett-Erkrankungen zeige dringenden Handlungsbedarf an. Diese Ausfallzeiten würden bei konstantem Krankenstand ansteigen. Das legt den Schluss nahe, dass die Erkrankungsdauer zunimmt und die Gruppe der Patienten mit erheblichen Beeinträchtigungen wächst. Auch das sei ein Indikator für eine Krankenkasse, um bei dieser Patientengruppe aktiv tätig zu werden, so Fischer. Die Kassen würden Datenanalysen vornehmen, um neue Konzepte zu entwickeln und Versorgungs- und Case-Management-Programme aufzustellen.

Unter Berücksichtigung der sozialen Indikatoren erhalten aus Fischers Sicht Information und Beratung eine wichtige Rolle. Deshalb sei die Zielgruppenansprache außerordentlich wichtig. Bei der Frage, wo die Zielgruppen erreicht werden könnten, stünden Schule und Arbeitsplatz an erster Stelle. Genauere Zielgruppenansprache würden Auswertungen von Kassendaten ermöglichen. „Die Daten der Kassen sind in Wirklichkeit ein verborgener Schatz für die Versorgung“, so Fischer.



Birgit Fischer

So sei es möglich, eine Risiko-Cluster -Analyse vorzunehmen, um die Rückenschmerzwahrscheinlichkeit zu messen, und auf diese Weise Zielgruppen zu identifizieren, bei denen Intervention möglich und nötig ist.

„Das können wir nur über neue IT-Möglichkeiten. Mit Einsatz neuer Technologien werden wir in die Lage versetzt, Daten auszuwerten, um dann entsprechende Versorgungskonzepte zielgerichtet zu erarbeiten“, so Fischer. Sie plädiert in diesem Bereich für eine Zusammenarbeit von Krankenkassen, Wissenschaftlern und Praktikern. Exakte Analysen darüber, welche Berufsgruppen besonders betroffen sind und welche Krankheitsarten am häufigsten auftreten, würden Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention ermöglichen, so Fischer.

Eine Herausforderung für Krankenversicherungen sei es allerdings, dass es bisher kaum verlässliche Daten zur Versorgung von Schmerzpatienten gebe und kaum Versorgungsforschung stattfinde. Krankenkassen dürften per Gesetz keine Versorgungsforschung machen, hätten aber die Daten. Deshalb seien sie auf Partner angewiesen, um die Daten auszuwerten. Als ersten Schritt der Auswertung nennt Fischer die Kostenanalyse von Schmerzpatienten. „Wer Versorgungsrealität gestal-

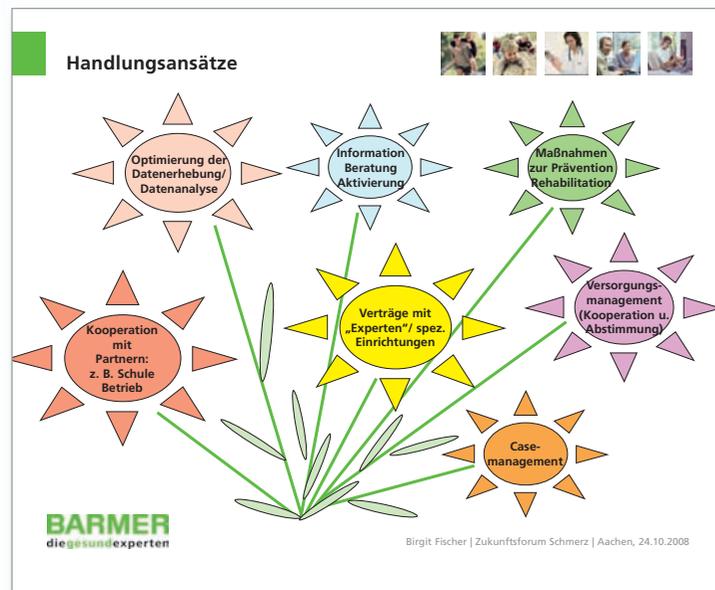
Birgit Fischer
Barmer Ersatzkasse

III. WISSEN UM DIE VERSORGUNGSREALITÄT – HERAUSFORDERUNGEN EINER KRANKENKASSE

Birgit Fischer
Barmer Ersatzkasse

ten will, muss mit den vorhandenen Ressourcen arbeiten“, sagt sie zur Begründung. Nötig seien Aussagen zur Behandlungs- und Versorgungsqualität. „An der Versorgungsforschung geht im Grunde kein Weg vorbei“, so Fischer. Außerdem würden auch Partner in Schulen, Betrieben oder Kindergärten gebraucht. Und die Patienten müssten von den Kassen in die Lage versetzt werden, sich aktiv zu beteiligen. In der Schmerzbehandlung spielten vor allem Prävention und Rehabilitation eine entscheidende Rolle.

Die Krankenkassen können Einzelverträge schließen. Diese Möglichkeit werden sie nach Fischers Meinung vor allem für Verträge mit Experten nutzen, die belegen, dass ihre Programme erfolgreich sind. Dabei spiele das neue Aufgabenfeld Versorgungs- und Case-Management künftig eine enorme Rolle. Ziel der Krankenkassen sei es, notwendige Partner zusammenzubringen und die richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Versorgung zu steuern.



Dazu sei die Information, Beratung und Organisation von Angeboten nötig. In Sachen Vertragsfreiheiten habe die Gesundheitsreform zwar einiges auf den Weg gebracht. „Nur muss man deutlich sagen, dass die Politik auf halbem Weg der Mut verlassen hat“, so Fischer. Der



Gesetzgeber sei nicht konsequent den Weg gegangen, den Kassen die Möglichkeiten zu geben, Verträge zu schließen und ein Finanzierungssystem zu entwickeln, mit dem Budgets verhandelt werden können. Die Barmer-Vizechefin kündigte jedoch an, dass Krankenkassen die Vertragsfreiheiten nicht für einen ruinösen Preiswettbewerb zwischen Ärzten und Krankenhäusern nutzen würden. Sie suchten vielmehr Pioniere als Vertragspartner, um die Versorgung weiterzuentwickeln. „Dabei würde ich nie das Ziel aufgeben, dass das, was an Innovation umgesetzt wird, für die Regelversorgung nutzbar gemacht wird“, so Fischer.

Weil für die Steuerung und Weiterentwicklung der Versorgung Weitsicht gefragt sei, hält Fischer eine Analyse bestehender Strukturen im Gesundheitswesen und ihrer Auswirkungen auf Behandlungsprozesse für unumgänglich. Ihre Diagnose: Im Behandlungsprozess fehlen sektorenübergreifende Konzepte, Multidimensionalität und der Blick für Lebensverhältnisse und das soziale Umfeld. Fischer plädiert deshalb dafür, dass Patientenorientierung und Patientenmotivierung größere Bedeutung erhalten und Qualitätssicherung und Prävention in ihrer entscheidenden Rolle anerkannt werden. Ihr Therapieverschlagn: „Das alles signalisiert deutlichen Handlungsbedarf. Erfolg kann man nur in einer engen Partnerschaft erzielen und nur, wenn Prävention, akute ambulante und stationäre Behandlung und Reha als eine Kette betrachtet werden“.

Birgit Fischer
Barmer Ersatzkasse

IV. VERSORGUNGSFORSCHUNG ALS ZUKÜNFTIGER SCHWERPUNKT GESUNDHEITSÖKONOMISCHER FORSCHUNG

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld

Alle Akteure im Gesundheitswesen sind sich einig, dass mehr Versorgungsforschung nötig ist. Nur bei den potenziellen Geldgebern fehlt diese Einsicht noch. So fasst Professor Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld die aktuelle Situation der Versorgungsforschung zusammen. In seinem Vortrag geht er zudem auf besondere Herausforderungen, Probleme und Chancen der Versorgungsforschung ein.

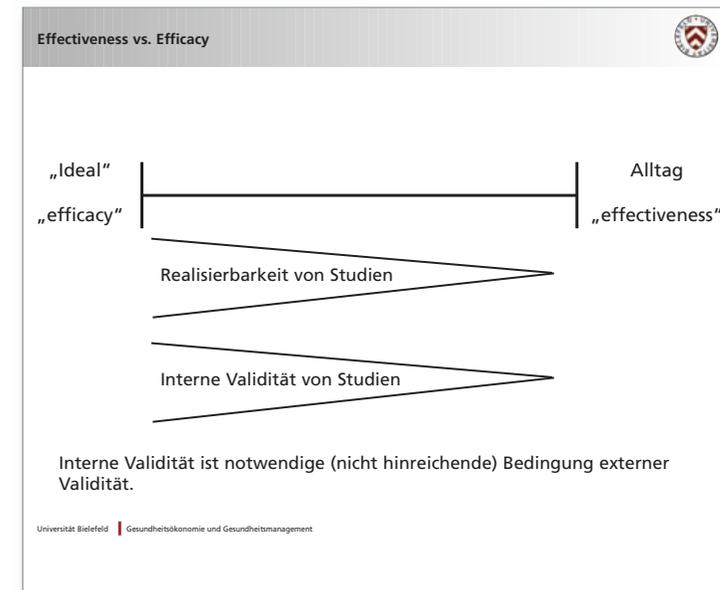
Den Forschungsgegenstand der gesundheitsökonomischen Versorgungsforschung beschreibt Greiner in Abgrenzung zu bisherigen Studien als Beschreibung, Analyse und Bewertung (Evaluation) von Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und Rahmenbedingungen der Kranken- und Gesundheitsversorgung im Alltag. „Dabei geht es nicht nur um Ressourcen und nicht nur um Versorgungsergebnisse, sondern im Kern um die Strukturen und Prozesse“, so der Gesundheitsökonom.



Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Studien zur Versorgungsforschung brauchen Greiner zufolge ein anderes Studiendesign als klassische Studien im Gesundheitsbereich. Die klinische Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen (Efficacy) sei nur für die Arzneimittelzulassung wichtig. Interessanter für die Versorgungsforschung sei die Effectiveness, die Aussagen über die Wirksamkeit im klinischen Alltag inklusive Verschwendungen, mangelnder

Compliance, Komorbiditäten und weiterer Faktoren erlaube. Erst damit ließen sich Aussagen zur Effizienz treffen, nämlich zur optimalen Produktion einer Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung der gegebenen Mittel.



Unter diesen Voraussetzungen sei Versorgungsforschung regelmäßig mit Problemen der Datengenerierung verbunden, so Greiner. Als Beispiele nennt er die Berücksichtigung von Komorbiditäten, nicht deutschsprachigen Versicherten oder sehr alten Menschen, die Fragebögen gegenüber wenig aufgeschlossen sind. „Mit dem Ziel, die Realität abzubilden, entstehen auch Probleme der externen Validität, das heißt der Repräsentativität“, so Greiner. Aus seiner Perspektive muss Versorgungsforschung das Gleichgewicht zwischen externer und interner Validität wahren. Das Studiendesign dürfe nicht unter der angestrebten Repräsentativität leiden – zum Beispiel durch das Fehlen einer Kontrollgruppe. Die Datengrundlagen müssten vergleichbar sein. „Damit verbunden sind dann Probleme der hohen Studienkosten, weil größere Studiengruppen nötig sind“, so Greiner. Während eine normale klinische Untersuchung 1.000 bis 2.000 Patienten einschließe, könnten es in der Versorgungsforschung durchaus zehnmal so viele sein.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld

IV. VERSORGUNGSFORSCHUNG ALS ZUKÜNFTIGER SCHWERPUNKT GESUNDHEITSÖKONOMISCHER FORSCHUNG

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld



Versorgungsforschung muss aus Greiners Sicht Inanspruchnahme-, Outcome-, Technologie- und klinische Forschung vereinen. „Auch die Konzepte klinischer Studien müssen dabei berücksichtigt werden“, so der Gesundheitsökonom. Im Zentrum der Forschung stehen seiner Meinung nach Fragen wie: Welche Kosten entstehen durch die Versorgung? Welche Faktoren beeinflussen die Kosten? Welches Versorgungskonzept ist für die jeweilige Zielindikation am effizientesten? Welche Faktoren beeinflussen die Effizienz? Wie können bestehende Versorgungskonzepte effizienter gestaltet werden?

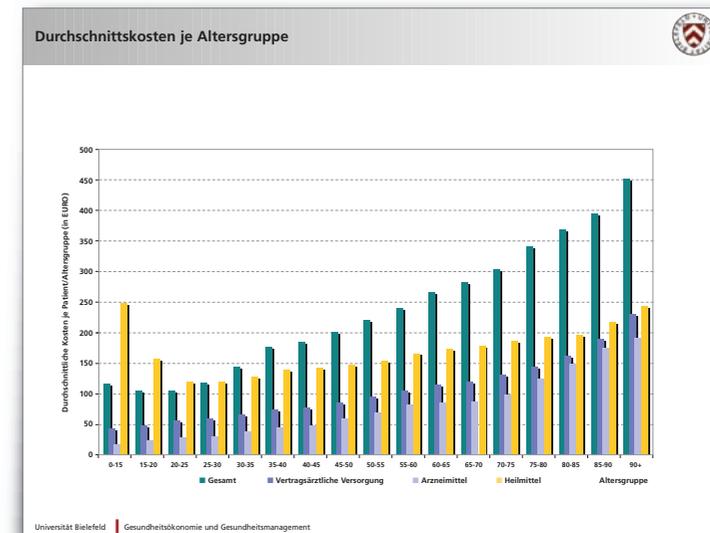
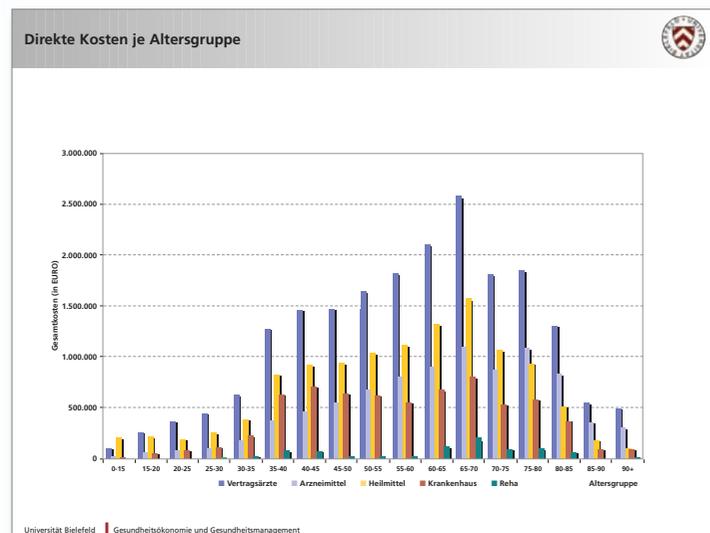
Welche Antworten Versorgungsforschung liefern kann, schildert Greiner exemplarisch am Beispiel der Kostenanalysen. So liefert zum Beispiel der regelmäßige Bundesgesundheitsurvey Daten, wer von Schmerz betroffen ist. Die Daten zu Geschlechter- und Altersunterschieden bei der Inanspruchnahme deuten laut Greiner auf eine Unterversorgung bei Männern oder auf höheren Bedarf bei Frauen hin. Möglich sei zudem eine Betrachtung der Arzneimittelgruppen nach Einsatzgebieten. Grundsätzlich plädiert Greiner dafür, dass Krankheitskostenstudien weiter gehen müssten. Nach der Subgruppenbildung nach Alter und Geschlecht und der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens müsse die Frage gestellt werden, welche Menschen das sind und welche Wege sie im System gehen. Nur so ließen sich Kostenvarianz und Kostenwirkungen verschiedener Einflussfaktoren klären.

Die Kosten müssten zudem historisch betrachtet werden. Dabei sei ein längerer Zeithorizont als bisher – maximal fünf Jahre – erst in Zukunft zu erwarten.

Versorgungsforschung dient aus Greiners Sicht der zielgerichteten Ausgestaltung von Interventionen. Als Beispiel dient ihm eine Rückenschmerz-Studie seines Instituts im Auftrag der Bertelsmannstiftung anhand von Krankenkassendaten. Aus einer Kohorte von 1,5 Millionen Versicherten wurden 213.000 Versicherte ausgewählt, die eine alters- und geschlechtsadjustierte Gruppe repräsentativ für die Gesamt-GKV bildeten. „Überraschend für uns war der eher unter durchschnittliche Anteil der Krankenhauskosten“, so Greiner. Damit zeigte sich, dass Rückenschmerz eher im ambulanten Bereich behandelt wird. „Wenn aber jemand ins Krankenhaus kommt, dann entstehen sehr hohe Kosten“, so der Gesundheitsökonom weiter. Betroffen seien nur ein Prozent der Versicherten, sie würden aber 14 Prozent der Gesamtkosten verursachen. „Hier gibt es also einen ganz klaren Handlungsansatzpunkt“, sagt Greiner. Die Forschung nach Altersgruppen zeige den klassischen Anstieg der Kosten mit steigendem Alter.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld

Somit lasse sich nicht sagen, dass Rückenprogramme sich nur an eine bestimmte Altersgruppe wenden sollten. „Die Musik spielt nicht nur bei den Arbeitsunfähigkeitskosten, sondern auch in der Vermeidung



IV. VERSORGUNGSFORSCHUNG ALS ZUKÜNFTIGER SCHWERPUNKT GESUNDHEITSÖKONOMISCHER FORSCHUNG

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld

von Heilmitteln und anderen Folgekosten, die nötig werden, wenn man eine solche Krankheit nicht frühzeitig steuert“, fasst Greiner das Studienergebnis zusammen. Ein Blick auf die Arzneimittelkosten zeige zudem, dass über die Hälfte der Verschreibungen Antiphlogistika und Antirheumatika betreffen. Mit Blick auf die Kosten stehen die Opiode an der Spitze. Greiner hält es aufgrund dieses Ergebnisses für notwendig, dass Leitlinien für die Arzneimitteltherapie nochmals diskutiert werden.

Bei der Frage, welche Kosten in eine Analyse einbezogen werden, vertritt Greiner offen eine andere Ansicht als das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): „Unsere Forderung wäre, hier einen weiteren Bogen zu schlagen und auch Fehlzeiten zu berücksichtigen und nicht nur die Ressourcen in der ärztlichen Behandlung“, so Greiner. Nicht nur die Fehltage am Arbeitsplatz, sondern auch Fehltage in der Familie könnten bewertet werden. Außerdem müssten Lebensqualitätseffekte quantifiziert werden. Schließlich umfasse die Kosten-Nutzen-Bewertung laut gesetzlicher Definition auf der Nutzenseite auch Gesundheitszustand, Lebensqualität und Lebensdauer. „Aber es geht auch um Patientenzufriedenheit. Dafür brauchen wir neue Maße und Quantifizierungen“, so Greiner. Auf der Kostenseite habe die gesundheitsökonomische Versorgungsforschung nicht mehr, wie die konventionelle Gesundheitsevaluation, nur einzelne Gesundheitstechniken, sondern ganze Konzepte im Blick. „Diese Gesamtevaluation ist der richtigere Weg in der Versorgungsforschung, bei dem es explizit um Versorgungsrealität geht“, so Greiner. Solche Evaluationen von Konzepten seien wichtig, weil nicht jedes Konzept der Integrierten Versorgung effektiv sei und auch Präventionsmaßnahmen anhand von Guidelines überprüft werden müssten. Methodische Empfehlungen seien bereits vorhanden. Alternativ stehe das IQWiG-Methodenpapier zur Prüfung zur Verfügung.

Herausforderungen der Versorgungsforschung sieht Greiner unter anderem durch regionale Unterschiede im Alltagsbezug. Diese Unterschiede müssten explizit berücksichtigt werden. Zudem seien Untersuchungen über längere Zeiträume hinweg nötig. Das sei doppelt schwierig wegen der Finanzierung und wegen der Verlässlichkeit der

Probanden, die über mehrere Jahre Daten liefern sollten. In Ermangelung solcher Langzeitstudien behilft sich die Forschung derzeit mit der Entwicklung von Szenarien durch Datenmodellierungen. So lasse sich das Einsparpotenzial eines Versorgungsmodells berechnen.

Eine positive Entwicklung sei, dass Krankenkassendaten in immer besserer Qualität zur Verfügung stünden, so Greiner. Insbesondere gebe es Informationen zum ambulanten Verlauf, der wichtig sei, wenn man frühzeitig intervenieren wolle. Zudem sei die Zuordnung zu einzelnen Versicherten möglich. Hier gebe es allerdings Datenschutzprobleme. „Wenn man ein Programm entwickelt hat, wäre es auch wichtig, dass man dann die richtigen Personen ansprechen darf. Das ist derzeit eine Grauzone“, so Greiner. Über die Studien auf Basis von Krankenkassendaten hinaus seien am Ende dennoch Versorgungsstudien im Feld nötig.

Sein Fazit: „Optimierung wird sowohl in der Forschung als auch in der Versorgung selbst nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit erreicht werden können.“ Tendenziell werden seiner Einschätzung nach die Forschungsaufwendungen steigen. Greiner verlieh zudem der Hoffnung Ausdruck, dass die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) als wichtigster öffentlicher Förderer ein eigenes Programm für Versorgungsforschung auflegt, da weder die Zuordnung zu klinischen noch zu ökonomischen Studien sinnvoll sei.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld



V. AUF DEN SPUREN VON ÜBER-, UNTER- UND FEHLVERSORGUNG

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Sachverständigenrat
zur Begutachtung
der Entwicklung im
Gesundheitswesen

Versorgungsforschung kann Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung aufdecken. Sie untersucht jedoch nicht die Wirksamkeit einer Versorgungsinnovation, sondern die Anwendung und Wirkungsweise im System. Dabei müssen die Datengrundlagen immer kritisch hinterfragt werden. Wenn die Ergebnisse berücksichtigt werden, lässt sich Versorgung mit Forschung auch verbessern. Das sind die Hauptthesen des Bremer Gesundheitssystemforschers Professor Gerd Glaeske.

Glaeske stellte ein neues Memorandum vor, das der Kongress für Versorgungsforschung im Oktober verabschiedet hatte. Dabei wurde festgelegt, dass Versorgungsforschung sich Gegenständen widmet, deren Wirksamkeit erwiesen ist, um ihre Anwendung im Feld zu beobachten. Versorgungsforschung sei aber keine Anwendungsbeobachtung und auch keine interventionelle Studie. Sie könne dagegen verschiedene Forschungsdesigns nutzen, auch randomisierte Kontrollstudien. Es gebe keine spezielle Methodik der Versorgungsforschung. In der Folge geht der Bremer Wissenschaftler auf die einzelnen Aspekte dieses Memorandums ein. Versorgungsforschung könne Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung aufdecken, so Glaeske. Dafür müsse ein Rahmen feststehen, an dem sich messen lasse, was getan werden soll. Diesen Rahmen geben Leitlinien, Therapieempfehlungen oder -standards und ein Bezug zur Qualitätssicherung mit ihren Komponenten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab. Insbesondere die Ergebnisqualität spiele dabei eine Rolle. Sie sei immer wieder Gegenstand vertraglicher Komponenten. „Man kann auf Outcome-Parametern einen Vertrag aufsetzen nach dem Modell des ‘Pay for Performance’. Honorierungssysteme werden dabei am Weg der Leistungserbringung orientiert“, so Glaeske.

Die Daten der Versorgungsforschung sind oft Kassendaten. Dabei müsse berücksichtigt werden, ob bei der Angabe von absoluten Zahlen immer bekannt sei, auf welche Grundgesamtheit sie sich beziehen (Nenner-Problematik). Zudem müssten Störgrößen im Versorgungssystem beachtet werden, zum Beispiel die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln im GKV-System oder demnächst Anreize über den Morbidity-RSA. Außerdem stelle sich die Frage nach der Qualität der Daten. Es sei

nicht auszuschließen, dass zum Beispiel ambulante Diagnosen durch das Abrechnungssystem beeinflusst sind. „Zu entscheiden, wie belastbar diese Daten sind, ist eine der größten Schwierigkeiten“, so der Gesundheitssystemforscher.

Ein Vorzug der Versorgungsforschungsstudien sei ihre hohe externe Validität. „Man kann sehr genau ablesen, wie die normale Versorgung funktioniert“, so Glaeske. In der Regel hätten die Studien aber eine geringe interne Validität. Die Methodik könne auch kritisch gesehen werden. Deshalb müsse die Belastbarkeit der Daten immer berück-



Prof. Dr. Gerd Glaeske

sichtigt werden. Für richtig und wichtig hält es Glaeske, neue Verfahren zu begleiten. „Es ist aus meiner Sicht ein politischer Skandal, dass Projekte der Integrierten Versorgung (IV) überhaupt nicht evaluiert werden müssen“, sagt er. Somit gebe es überhaupt keine Erfahrung, was in der IV passiere, und einen Nachholbedarf bei der Evaluation.

Versorgungsforschung dürfe nicht missbraucht werden, um Wirksamkeit und Nutzen festzustellen, so Glaeske. Dazu sei sie mit ihrer

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Sachverständigenrat
zur Begutachtung
der Entwicklung im
Gesundheitswesen

V. AUF DEN SPUREN VON ÜBER-, UNTER- UND FEHLVERSORGUNG

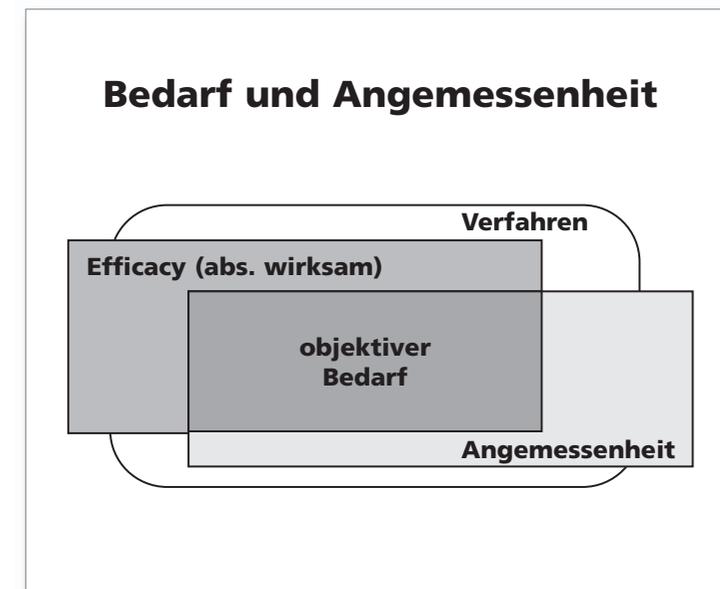
Prof. Dr. Gerd Glaeske
Sachverständigenrat
zur Begutachtung
der Entwicklung im
Gesundheitswesen

hohen externen, aber geringen internen Validität nicht geeignet. Untersuchungen lassen sich jedoch, wie sich die Effektivität, die in klinischen Studien beobachtet wurde, in der Versorgungsrealität verändert. Dabei berücksichtige die Versorgungsforschung unter anderem falsche monetäre Anreize, Bias durch Werbung und Information, Arzt-Patienten-Interaktionen, Barrieren für die Übernahme von Innovationen und Honorierungsstrukturen.

Wie vorsichtig Daten interpretiert werden müssten, zeige das Beispiel des Hypnotikaverbrauchs in Deutschland, so Glaeske. Der Arzneiverordnungsreport lege nahe, dass der Schlafmittelmisbrauch und die Abhängigkeitsproblematik gebannt seien. Betrachte man den Verbrauch insgesamt, zeige sich jedoch, dass der Schlafmittelverbrauch nicht nachgelassen habe, denn die Privatverordnungen würden zunehmen. Verändert habe sich nur die Verordnungsweise. „Das zeigt, wie abhängig Daten von Umfeldbedingungen sind“, so Glaeske. Das Ausweichen auf Privatrezepte müsse bei allen Arzneimitteln mit Suchtpotenzial beachtet werden. Besondere Aufmerksamkeit sei hier für ältere Frauen gefordert.

Fraglich sei auch die Verwertbarkeit der Daten ab 2009 unter den Bedingungen des Morbi-RSA. Glaeske kritisiert, dass die Depression „völlig undifferenziert“ in den Katalog der 80 Krankheiten aufgenommen worden sei. Um eine Zuweisung aus dem Fonds auszulösen, muss nach seinen Angaben keine Arzneimittel- oder Psychotherapie stattfinden. Es genügen allein 2 Diagnosen pro Jahr. Die Zahl der Versicherten mit Diagnosen ohne Arzneimittel- und Psychotherapie ist jedoch laut Glaeske rund dreimal so hoch wie die Zahl der Versicherten mit Diagnose und Arzneimittelverordnung. „Es wäre also nicht verwunderlich, wenn die Krankenkassendaten im nächsten Jahr erneut einen Anstieg der Depressionen zeigen würden, weil die codierte Morbidität nicht mit der wahren Prävalenz übereinstimmt“, so Glaeske. Die Versorgungsforschung könne Anreize im System feststellen und untersuchen, wie diese dazu beitragen, dass die Prävalenz von Erkrankungen ansteigt. Ein solcher Anstieg der dokumentierten Morbidität sei nicht allein für die Depression, sondern für eine ganze Reihe von Krankheiten zu erwarten.

Ein weiterer Fallstrick in der Bewertung von Über-, Unter- und Fehlversorgung sei das Kriterium der Angemessenheit der Maßnahmen. Das erfordere als Voraussetzung grundsätzlich den Nachweis der absoluten Wirksamkeit, berücksichtige aber zusätzlich die Vorklieben und Ängste des Patienten. „Von außen betrachtet kann eine Verordnung als Fehlversorgung erscheinen, bei näherer Betrachtung erweist sie sich als Shared Decision Making“, so Glaeske. Deshalb müsse Angemessenheit als patientenrelevanter Endpunkt berücksichtigt werden.



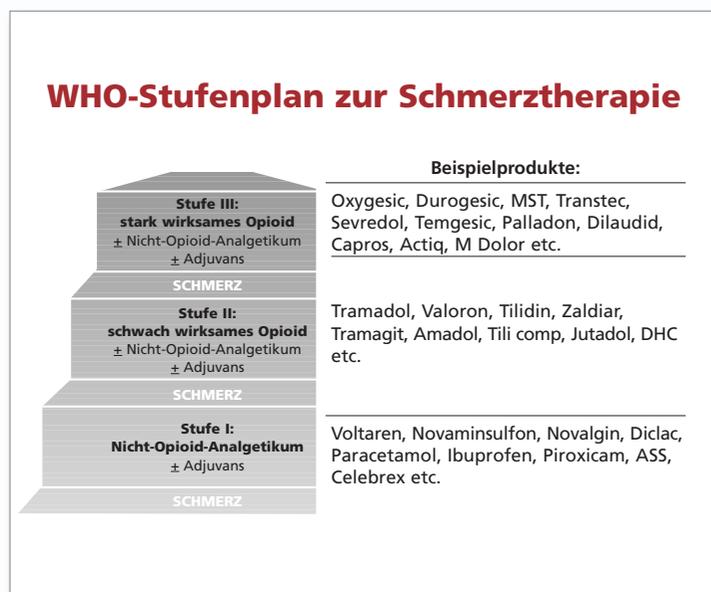
Am Beispiel des „Transparenzprojekts Schmerztherapie“ zeigt Glaeske, wie Versorgungsforschung im konkreten Fall Über-, Unter- und Fehlversorgung feststellen kann und auf welche Probleme sie dabei stößt. Für das Projekt wurden nach seinen Angaben Arzneimittelverordnungsdaten von rund 300.000 BKK-Versicherten in Niedersachsen analysiert. 122 Ärzte mit projektrelevanten Verordnungen wurden selektiert und mit wissenschaftlichen Informationen zur leitliniengerechten Therapie versorgt. Die Daten wurden individuell ausgewertet und kommentiert. Praxisauffälligkeiten und -besonderheiten wurden im Vergleich beschrieben. Untersucht wurde dann unter anderem, ob Arzneimittelinteraktionen in der Versorgung beachtet werden. „Wir sind davon ausgegangen, dass bestimmte Interaktionen so bekannt sind,

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Sachverständigenrat
zur Begutachtung
der Entwicklung im
Gesundheitswesen

V. AUF DEN SPUREN VON ÜBER-, UNTER- UND FEHLVERSORGUNG

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Sachverständigenrat
zur Begutachtung
der Entwicklung im
Gesundheitswesen

dass man sie in der Versorgung nicht wiederfinden dürfte. Diese Interaktionen sind letztlich auch ein Hinweis auf Fehlversorgung, weil man weiß, dass man damit potenziell Patienten schädigen kann“, so Glaeske. Die Untersuchungen hätten aber ergeben, dass bei etwa 13 Prozent der Schmerzmittelverschreibungen Arzneimittel aus der Stufe II und III des WHO-Stufenschemas nebeneinander verordnet werden. „Diese Kombination wird allgemein nicht empfohlen“, so Glaeske. Dazu gehören nach seinen Angaben zum Beispiel gleichzeitige Verordnungen von Tramadol oder Tilidin (WHO-Stufe II) mit Morphin, Hydromorphon, Oxycodon oder Fentanyl (WHO-Stufe III). Zudem habe sich gezeigt, dass immer noch Schmerzmittel verordnet werden, die nicht sinnvoll zusammengesetzt seien. Mittel mit dem Wirkstoff Kodein würden nicht bei Migräne helfen und Mittel mit Koffein könnten zur Gewöhnung führen. Bei den kodeinhaltigen Mitteln könne es zu einer Abhängigkeitsentwicklung kommen. So habe ein Versicherter 106 Packungen Zäpfchen pro Jahr, ein anderer 159 Packungen Tabletten im gleichen Zeitraum erhalten, so Glaeske. Ein ebenso großes Problem für den Wissenschaftler: „Die Schmerztherapie in Deutschland ist eine Therapie der Selbstmedikation. Von rund 155 Millionen Packungen Schmerzmitteln sind nur etwa 40 Millionen verordnet. Auch das muss Eingang in die Versorgungsforschung finden.“



Sein Fazit: „Über-, Unter- und Fehlversorgung ist aus meiner Sicht immer unwirtschaftlich, ineffektiv und unethisch. Wir haben wahrscheinlich bei 60 bis 70 Prozent eine angemessene Versorgung, aber auch ein Drittel, wo man optimieren kann. Über-, Unter- und Fehlversorgung sind immer Verletzungen der Evidenz, die zu Lasten der Patientinnen und Patienten sowie zu ökonomischen Lasten des Systems gehen – entweder direkt oder indirekt, kurz- oder langfristig. Die Versorgungsforschung kann als Basis für den Ausgleich solcher Fehlentwicklungen genutzt werden.“

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Sachverständigenrat
zur Begutachtung
der Entwicklung im
Gesundheitswesen

**Dr. Bernd
Brüggenjürgen**

Institut für
Sozialmedizin,
Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie,
Charité Berlin

Dr. Bernd Brüggenjürgen stellt in seinem Vortrag das Aufgabengebiet, Beispiele, Rahmenbedingungen, aktuelle Forschungsergebnisse und die spezielle Problematik der Versorgungsanalyse bei chronischen Schmerzen vor. Dabei plädiert er für eine enge Rückkopplung von Forschung und Praxis. „Wir können Bedarf erkennen, Probleme aufzeigen und Handlungsansätze entwickeln, aber nur mit den Therapeuten vor Ort. Den Patienten nutzt letztendlich nur der versierte Therapeut“, so Brüggenjürgen.

Generelle Analysen der Versorgungsforschung in der Indikation „Chronischer Schmerz“ dienen Brüggenjürgens Angaben zufolge beispielsweise zur Ermittlung des Versorgungsbedarfes, zur Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen, zur Beurteilung von Schnittstellen und deren Auswirkungen oder zur Klärung von Fragen des Zugangs und der Inanspruchnahme aus Sicht der Nutzer. Der nächste Schritt seien verfahrensbezogene Analysen und die Leistungsmessung und -bewertung einschließlich gesundheitsökonomischer Aspekte und dem Vergleich der Auswirkungen verschiedener Methoden in der Behandlung, der Diagnostik, von Screening oder Vorsorgeverfahren, von Rehabilitation, Pflege und Prävention. Das werde im ärztlichen Alltag ansatzweise versucht, aber die Versorgungsforschung könne sehr hilfreich sein, bei der Frage, welche Instrumente eingesetzt werden können, so der Forscher. Er nennt das Beispiel „Schmerzskalen“. Sehr wichtig sei die „Effectiveness“ Analyse, also die Überprüfung der aus Studien an selektierten Patientengruppen und unter Idealbedingungen gewonnenen Ergebnisse in der allgemeinen Versorgungspraxis unter komplexen Anwendungsbedingungen. Dabei sollte auch die „Droge Arzt“ berücksichtigt werden, meint Brüggenjürgen. Mithilfe der Versorgungsforschung lasse sich zudem zeigen, welche relevanten Subgruppen innerhalb der Bevölkerung von den Forschungsergebnissen profitieren könnten.

Brüggenjürgen rät, in der Schmerzversorgungsforschung zu beachten, dass die Ergebnisse, abhängig von der Fragestellung, unterschiedlich ausfallen können. Eine Untersuchung von Wang und anderen von Patienten in der Allgemeinarztpraxis, die eine ganze Skala von rein phy-



Dr. Bernd Brüggenjürgen

sischen bis mentalen Einschränkungen analysierte, zeigte nach seinen Angaben, dass chronischer Rückenschmerz die Lebensqualität chronisch kranker Patienten in der ambulanten Praxis am stärksten beeinträchtigt und ein Triggerfaktor für mentale Gesundheit sei. Für die Diagnostik chronischer Schmerzen müssten unterschiedliche Ebenen (soma-tisch, psychisch, sozial) und Körpersysteme (z. B. Muskulatur, Nervensystem) berücksichtigt werden. „Die Therapie ist umso erfolgreicher, je frühzeitiger die bekannten Risikofaktoren identifiziert werden“, so Brüggenjürgen. Er betrachtet es als Aufgabe der Versorgungsforschung, diese Risikofaktoren zu identifizieren.

Brüggenjürgen weist auf die beträchtlichen ökonomischen Folgen von Schmerzerkrankungen hin. Direkte Behandlungskosten seien ins-

**Dr. Bernd
Brüggenjürgen**

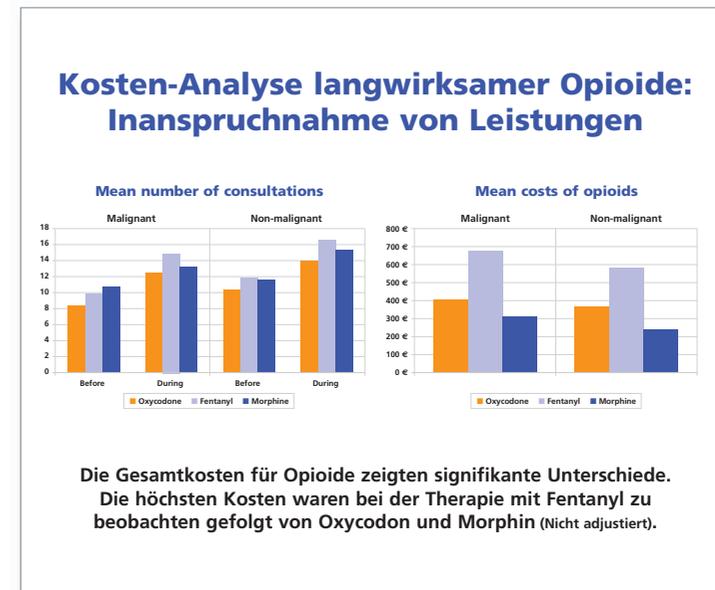
Institut für
Sozialmedizin,
Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie,
Charité Berlin

Dr. Bernd Brüggenjürgen
 Institut für
 Sozialmedizin,
 Epidemiologie und
 Gesundheitsökonomie,
 Charité Berlin

besondere dann hoch, wenn ein Patient chronifiziert und sich ohne Anleitung eines Arztes selbst durch das System kämpft. Dass Schmerzpatienten kostenintensiv sind, sei zudem durch die Einschränkung der Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und Produktivität, durch Arbeitsunfähigkeit bis Erwerbsunfähigkeit und Besuche bei vielen verschiedenen Ärzten und Behandelnden bedingt. Die Krankheitskosten chronischer Schmerzen seien zudem beträchtlich, wenn man davon ausgehe, dass chronischer Schmerz ein weit verbreitetes Phänomen ist. Geschätzt werden laut Brüggenjürgen fünf Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen. Der problematische Schmerz betreffe 600.000 bis 700.000 Patienten. Direkte Kosten für Rückenschmerzen betragen den Angaben zufolge 2003 rund 10 Milliarden Euro, indirekte Kosten für Arbeitsausfälle und Ähnliches etwa 15 Milliarden Euro. Die Kosten für Migräne beziffert Brüggenjürgen nach eigener Analyse aus dem Jahr 1994 auf 0,2 Milliarden Euro direkte und 2,5 Milliarden Euro indirekte Kosten. Dass die direkten Behandlungskosten im Vergleich zu Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit und weiteren Folgekosten relativ niedrig erscheinen, führt der Forscher unter anderem darauf zurück, dass viele Kosten nicht in der GKV auflaufen würden, zum Beispiel für Selbstmedikation.

Brüggenjürgen berichtet von zwei Beispielen zur Datennutzung. Zuerst nennt er eine Versorgungsanalyse langwirksamer Opioide auf Basis ambulanter Daten (Brüggenjürgen et al., 2007): Datenbasis sei der Disease Analyzer Mediplus von IMS, der Abrechnungs- und Verschreibungsdaten aus der normalen Praxis verwendet. Probleme sieht Brüggenjürgen dabei unter anderem darin, dass die Diagnosen teilweise nicht gesichert sind. Um zwischen neuen und chronisch behandelten Patienten zu unterscheiden, seien in der Studie Patienten herausgefiltert worden, die mindestens 18 Monate ohne Opioid-Verschreibung waren. Beobachtet wurde der Zeitraum von sechs Monaten vor und nach der Verschreibung. Die Studiengruppe umfasste 684 Patienten über einen Fünf-Jahres-Zeitraum (1999–2004), die zu 55 Prozent Fentanyl, 25,3 Prozent Oxycodone und 19,7 Prozent Morphin verordnet bekamen. Angestrebt war eine Kosten-Analyse langwirksamer Opioide. Dabei zeigte sich laut Brüggenjürgen, dass die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen vor der Verschreibung niedriger war als

danach. Die Gesamtkosten für Opioide hätten signifikante Unterschiede gezeigt. Durchschnittlich hätten sie zwischen 300 und 700 Euro pro Patient gelegen. Das Problem sei aber die Adjustierung. „Die genaue Indikation ist in einer Datenbank nicht vorhanden. Da sind die Grenzen der Versorgungsforschung“, so Brüggenjürgen.



Dr. Bernd Brüggenjürgen
 Institut für
 Sozialmedizin,
 Epidemiologie und
 Gesundheitsökonomie,
 Charité Berlin

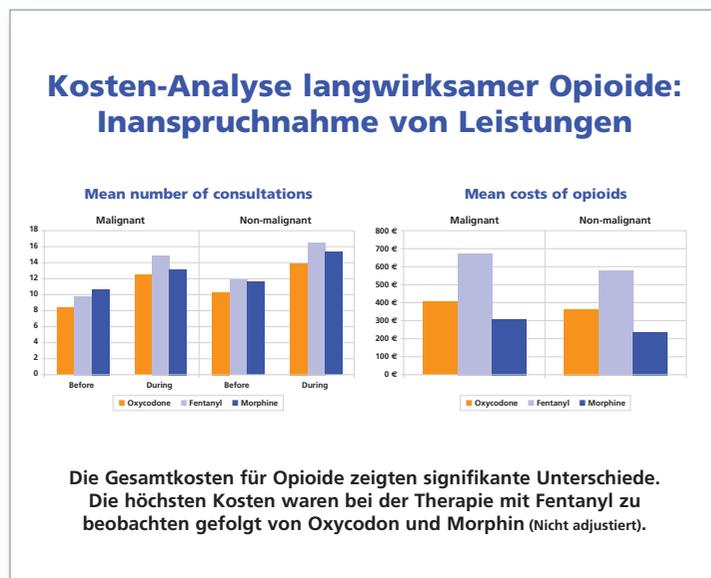
Als weiteres Beispiel nennt Brüggenjürgen die Charité-Studie „Chronischer Schmerz in der realen Versorgung“. Dabei sollte geklärt werden, nach welchem Zeitraum die Versorgung und die spezielle Schmerzversorgung beginnen. Eingeschlossen waren 303 Patienten der Schmerzzambulanzen mit Kopf-, Rücken- und neuropathischem Schmerz, davon 260 im gesamten Follow-up. Zehn Prozent wiesen zwei Studiendiagnosen auf. Das Durchschnittsalter lag bei 51 Jahren. Die Forscher haben direkte Patienten- und Ärztebefragungen vorgenommen und Krankenkassendaten nachträglich dazugespielt. Dabei wurden als standardisierte Befragungen der Pain Disability Index, die Schmerzempfindungsskala und der SF12-Fragebogen eingesetzt. Bei der Erhebung des Behandlungsstatus vor SSE-Kontakt zeigte sich laut Brüggenjürgen, dass fünf Prozent der Kopfschmerzpatienten vorher nie in Behandlung waren. Beim Rückenschmerz seien es 12 Prozent und bei

Dr. Bernd Brüggenjürgen

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité Berlin

neuropathischem Schmerz sogar 21 Prozent gewesen. Das zeigt nach Meinung des Forschers, dass die Kopfschmerzpatienten eine viel längere Historie und dadurch wiederholten Versorgungskontakt haben. Nicht mehr in Behandlung sei fast die Hälfte der Patienten gewesen. Daraus liest Brüggenjürgen ab, dass viele Patienten enttäuscht sind.

Weitere Studienergebnisse nach Brüggenjürgens Angaben: Bei Kopfschmerzpatienten steht in der Erstversorgung der Hausarzt im Vordergrund, bei Rückenschmerzpatienten der Facharzt, meist der Orthopäde, und bei Patienten mit neuropathischen Schmerzen war ein Gleichgewicht zwischen Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus zu beobachten. Die Verlaufsauer beim neuropathischen Schmerz ist relativ kurz, ganz anders bei Rücken und Kopfschmerz. Der Erstkontakt beim Hausarzt dauert mindestens drei bis vier Jahre, der Erstkontakt beim Facharzt für Kopfschmerzpatienten über fünf Jahre. Die Schmerzempfindungsskala (SES) zeigt im Follow-up deutliche Besserungen nach Beginn der speziellen schmerztherapeutischen Behandlung. Dennoch sagten 30 Prozent der Patienten, dass sie keinen Nutzen gehabt hätten. Brüggenjürgen schlussfolgert daraus, dass eine Individualisierung der Ergebnisse wichtig sei. Die Studie habe gezeigt, dass die Vorstellung in speziellen Einrichtungen relativ spät und häufig aus Eigeninitiative des Patienten und nicht durch strukturierte Führung durch den Arzt erfolge.



„Die größte Herausforderung der Versorgungsforschung ist die Komplexität der Versorgung“, sagt Brüggenjürgen. Berücksichtigt werden müssten zum Beispiel Veränderungen in Honorar- und Kostenerstattung, Budgetierung bei Arznei- und Heilmitteln und neue Versorgungsformen wie Hausarztmodelle, medizinische Versorgungszentren und stationersetzende Leistungen und Ermächtigungen oder Ambulanzen. Leitlinien müssten überprüft werden und unterschiedliche patientenseitige Wahrnehmungen und Erwartungen dürften nicht aus dem Blick geraten.



Dr. Bernd Brüggenjürgen
 Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité Berlin

Eine weitere Herausforderung sei die Validität der GKV-Daten. „Die Vor- und Nachteile von Sekundärdatenanalysen gegenüber Primärdaten müssen für jede Fragestellung präzise abgewogen werden“, so Brüggenjürgen. Wenn zum Beispiel der ASS-Gebrauch untersucht werde, sei das in den Krankenkassendaten kaum abgebildet, werde von Ärzten aber häufig dokumentiert.

VII. WAS KANN DIE VERSORGUNGSFORSCHUNG VON DER AKDÄ LERNEN?

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission
der deutschen
Ärzteschaft (AkdÄ)

Versorgungsforschung ist nötig, um Leitlinien und Therapieempfehlungen evidenzbasiert zu erstellen und ihre Wirkung auf den Versorgungsalltag zu prüfen. Das schildert Professor Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in seinem Vortrag anhand zahlreicher Beispiele. Die bisherigen Mittel reichen dazu seiner Meinung nach nicht aus. Insbesondere bei den Leitlinien zur Schmerzbehandlung gebe es zahlreiche offene Fragen.

Die AkdÄ setzt nach Ludwigs Angaben auf evidenzbasierte Methoden für die Entwicklung von Therapieempfehlungen. Dabei versteht sie unter Evidenz, dass die Wirksamkeit eines Arzneimittels oder einer therapeutischen Maßnahme nur dann als nachgewiesen gelten kann, wenn dafür Belege aus klinischen Prüfungen vorliegen. Diese Ergebnisse klinischer Studien könnten aber nur eine Grundlage sein, weil viele individuelle Gegebenheiten des Patienten und unterschiedliche Erfahrungen in klinischen Studien und der Versorgungsrealität an der Tagesordnung seien. Die AkdÄ stimmt laut Ludwig mit den Empfehlungen der Europäischen Kommission für Leitlinien und Therapieempfehlungen überein. Erfolg oder Misserfolg von Leitlinien hängt demnach von ihrer Qualität, ihrem medizinischen Wert, von einschlägigen sozialen, juristischen und ethischen Rahmenbedingungen sowie von ihrer Umsetzung in der täglichen Praxis ab. Leitlinien und Therapieempfehlungen seien nur ein Mittel unter anderen, um die Qualität und Angemessenheit der Gesundheitsversorgung zu verbessern, so Ludwig. Sie könnten daher weder ein fundiertes klinisches Urteil ersetzen noch an die Stelle der beruflichen Verantwortung der Leistungserbringer oder der Präferenzen der Patienten treten.

Der Kliniker warnt davor, dass Leitlinien auf keinen Fall zur Kosten- oder Rationierungszwecken verwendet werden dürften, sondern lediglich im Idealfall auch zu einer Effizienzsteigerung und damit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen könnten. Hintergrund der Therapieempfehlungen seien neben steigenden Gesundheitskosten auch unterschiedliche Behandlungskonzepte, zuneh-

mende Berichte über ungeeignete Behandlungen von Patienten und vor allem die wachsende Informationsflut. Das Ziel der Leitlinien der AkdÄ beschreibt Ludwig so: „Wir wollen Behandlungskorridore definieren, die die tägliche Arbeit erleichtern. Sie können natürlich aufgrund individueller Erfordernisse verlassen werden.“ Dabei werde besonders dar-

**Therapieempfehlungen der AkdÄ:
Kategorien zur Evidenz**

Kategorien zur Evidenz

- ↑↑** Aussage (z.B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Positive Aussage gut belegt.
- ↑** Aussage (z.B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.
- ↓↓** Negative Aussage (z.B. zu Wirksamkeit oder Risiko) wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Metaanalysen bzw. systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Negative Aussage gut belegt.
- ↔** Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.

auf geachtet, dass die Leitlinien qualitätsgesichert und evidenzbasiert seien, sodass sie die Praxis befruchten. Leitlinien sind aus Ludwigs Sicht wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen, die als solide Plattform der therapeutischen Vorgehensweise zu verstehen sind, die aber selbstständiges und verantwortliches Handeln im Individualfall weder einschränken noch ersetzen können.

Die Therapieempfehlungen der AkdÄ gibt es seit 1997. Formaler Anlass war die Arzneimittel-Richtlinie Nr. 14, mit dem Ziel, gesichertes Wissen

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission
der deutschen
Ärzteschaft (AkdÄ)

VII. WAS KANN DIE VERSORGUNGSFORSCHUNG VON DER AKDÄ LERNEN?

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission
der deutschen
Ärzteschaft (AkdÄ)

der Pharmakotherapie in die tägliche Verordnungspraxis zu überführen. Insgesamt wurden in den letzten zehn Jahren 20 Leitlinien veröffentlicht. Die Adressaten der Leitlinien sind niedergelassene und in der Klinik tätige Ärzte. Die Autoren sind ordentliche und außerordentliche Mitglieder der AkdÄ. Die AkdÄ wird durch die Bundesärztekammer und die KBV finanziert. Das Vorgehen der AkdÄ schildert Ludwig wie folgt: Die Themenauswahl erfolgt durch den Vorstand. Dann wird eine Arbeitsgruppe aus den rund 140 Mitgliedern der Arzneimittelkommission erstellt. Sie wird bei der Analyse von Datenbanken, klinischen Studien und Leitlinien durch die Geschäftsstelle unterstützt. Auch biometrische Spezialisten wirken mit. Die Fachdisziplinen werden je nach Therapieempfehlung eingebunden. Am Ende erfolgt die Abstimmung mit den Fachgesellschaften, die zu Ludwigs Bedauern nicht immer reagieren. Dann werden die Empfehlungen verbreitet, zum Beispiel via Internet, in regelmäßigen Therapiesymposien zu neuen Empfehlungen und in immer wieder aktualisierten Broschüren mit aktuellen Therapieempfehlungen.



Offene Fragen, die sich bei der Erstellung von Therapieempfehlungen ergeben, schildert Ludwig zunächst am Beispiel der Leitlinie zum Tumorschmerz. Dieser gewinnt nach Ludwigs Angaben immer mehr an Bedeutung, denn die durchschnittliche Überlebensdauer steige, und damit

auch der Anteil der Patienten, die wegen chronischer Schmerzen adäquat behandelt werden müssen. Am häufigsten mit Schmerzen verbunden sind, seinen Angaben zufolge, das Prostatakarzinom, das Zervixkarzinom und das Pharynxkarzinom.



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

Die Fünf-Jahres-Überlebensraten seien insbesondere für das Prostatakarzinom exzellent, und lägen für das Zervixkarzinom bei 61 Prozent. „Wir brauchen bei diesen Patienten, die wir nicht kurativ behandeln können, Ansätze, die den Schmerzen gerecht werden“, so Ludwig. Defizite zeigen sich nach seinen Angaben unter anderem beim Vergleich der am häufigsten verordneten Wirkstoffklassen in überwiegend palliativmedizinischen Zentren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und während der Behandlung. „Gewisse Präparate werden sowohl in der Schmerz- als auch in der supportiven Therapie bei der Aufnahme zu selten verordnet. Das wird während der stationären Behandlung teilweise korrigiert“, so Ludwig. Eine deutliche Unterversorgung macht der Kliniker im ambulanten Bereich aus. „Ein rein pharmakotherapeutischer Ansatz greift dabei zu kurz. Nur ein multidisziplinärer Ansatz wird diesem Schmerz gerecht.“

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission
der deutschen
Ärzteschaft (AkdÄ)

VII. WAS KANN DIE VERSORGUNGSFORSCHUNG VON DER AKDÄ LERNEN?

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission
der deutschen
Ärzteschaft (AkdÄ)

Die AkdÄ hat nach seinen Angaben zudem relativ wenig Kenntnisse über die Umsetzung von Leitlinien. Hier wünscht sich Ludwig sehr viel bessere Rückkopplung. So sei beispielsweise unbeantwortet, ob die Therapie neuropathischer Schmerzen bei Tumorpatienten adäquat ist. Dazu würden langfristige Studien fehlen, die evidenzbasierte Empfehlungen ermöglichen. „Hier gibt es ein klares Defizit an Versorgungsforschung, aber auch an klinischer Forschung“, so Ludwig.

Mit Blick auf das WHO-Stufenschema zur Behandlung von Schmerzen sieht Ludwig insbesondere auf der dritten Ebene eine Vielzahl offener Fragen. Der Kliniker kündigt an, dass die Frage der Tumorschmerztherapie bei Wechsel des Behandlungssektors und Anpassung der Medikation nun Thema der Versorgungsforschung im Rahmen eines Aktionsplans zur Arzneimittelsicherheit wird, den die AkdÄ koordiniert. „Ich halte es für extrem wichtig, dass wir uns der Umstellung der Schmerztherapie im Rahmen von Aufnahme oder Entlassung aus dem stationären Bereich stärker widmen“, so Ludwig.

Weiteren Bedarf an Versorgungsforschung schildert Ludwig anhand von Beispielen aus der Versorgungspraxis. So komme es immer häufiger vor, dass Patienten sehr schnell mit Fentanylpflastern eingedeckt werden und dann unter Nebenwirkungen leiden. Dafür gebe es in der Einstellungsphase keine Evidenz. Eine weitere versorgungsrelevante Frage sei die nach dem stark wirksamen Opioid der Wahl. Hier stelle die AkdÄ eine Verlagerung vom klassischen Morphin hin zu beispielsweise Hydromorphon und Oxycodon fest, die nicht durch klinische Studien belegt sei. „Für alle ist die Wirksamkeit belegt, aber welches das Beste ist, wissen wir definitiv nicht“, so Ludwig. Zudem gebe es viele Beispiele für Unterversorgung von Schmerzpatienten, die ebenfalls im Rahmen der Versorgungsforschung näher beleuchtet werden müssten.

Die AkdÄ hat bei der Erstellung von Therapieempfehlungen laut Ludwig eine Vielzahl von Fragen formuliert, auf die sie gerne Antworten aus der Versorgungsforschung hätte. Als Beispiel nennt der Mediziner die Frage nach dem kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiko von traditionellen Antirheumatika im Vergleich zu Cox-2-Hemmern bei Langzeiteinnahme zur Behandlung von degenerativen Gelenkerkrankungen.

Diese Studien seien im Rahmen der Zulassung nicht durchgeführt worden, was Ludwig auf den Zulassungsprozess zurückführt. In die Leitlinie sei die offene Frage mit der Empfehlung eingegangen, dass die beiden Risiken immer berücksichtigt werden müssten und prospektiv angelegte Langzeitstudien nötig seien. Ein weiteres Beispiel sei die Frage, ob starke Opioide bei der Behandlung von chronischen Kreuzschmerzen immer richtig eingesetzt werden. Hier müssten Fragen nach den Folgen der analgetischen Langzeittherapie, einer Zunahme des Missbrauchs, den Risikofaktoren für Abhängigkeit, hormonellen Veränderungen sowie Immunmodulation und -suppression geklärt werden, so Ludwig.

Sein Fazit: „Die Förderinitiativen der Ärzteschaft zur Versorgungsforschung sind lobenswert, aber nicht ausreichend. Es gibt zahlreiche relevante Fragen für die Versorgungsforschung, aber auch für klinische randomisierte Studien bei der Behandlung von Tumorschmerzen, Kreuzschmerzen und degenerativen Gelenkerkrankungen.“ Ärzte sollten ihren Patienten offen gestehen, was sie nicht wissen. Das schwäche nicht das Vertrauen, sondern stärke es, so Ludwigs Rat.

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission
der deutschen
Ärzteschaft (AkdÄ)



VIII. WISSEN UM DIE VERSORGUNG ALS BASIS EINER EFFEKTIVEN STEUERUNG

Dr. med. Christoph Gries
Leiter der
Arbeitsgruppe
Gesundheitsökonomie
der DAK

„Wenn man in der Versorgung steuern will, muss man wissen, was man steuern kann“, so Dr. Christoph Gries, Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie der DAK. Schwachstellen und Ansatzpunkte zur Verbesserung zu finden, erfordert umfassende Kenntnisse, die nur durch ein breites Spektrum an Datenauswertung, Evaluation und Forschung gewonnen werden könnten. Gries schließt dazu auch ungewöhnliche Kooperationen in der Versorgungsforschung nicht aus und schildert erste, zum Teil überraschende Ergebnisse einer gemeinsamen Studie von DAK und Grünenthal.

Versorgungssteuerung durch Krankenkassen gewinnt ab 2009 nach Gries' Darstellung neue Bedeutung. Dabei beeinflussen relevante Änderungen der gesetzlichen Grundlagen für die Krankenkassen die Versorgung der Versicherten. Hierzu zähle nicht nur der Gesundheitsfonds, sondern auch der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und die damit verbundene Neubewertung von Disease-Management-Programmen. Gleichzeitig werde der Wettbewerb um Versicherte immer schwieriger, weil Versicherte immer preissensibler und weniger loyal seien. Der mündigere, aber auch kränkere Patient treffe auf Probleme bei den Kostenträgern. Derzeit wüssten die Kassen nicht, welchen finanziellen Spielraum sie 2009 haben werden. Zudem seien ihre Möglichkeiten nicht nur finanziell, sondern auch durch die Gesetzgebung relativ begrenzt. „Krankenkassen haben einen begrenzten Handlungsspielraum, wenn sie die Versorgung ihrer Versicherten steuern wollen“, so Gries.

Der DAK-Manager widerspricht der These, dass die Versorgerkassen durch den Morbi-RSA eine relevante Besserstellung erfahren würden. Der Morbi-RSA mache die Finanzströme zwischen den Krankenkassen zwar gerechter, lösche aber die Unterschiede nicht aus. Das liege daran, dass die Krankheitsfestlegung nur einen Teil der Morbidität umfasse, nämlich in der Regel chronische Erkrankungen. Somit würden gut 40 Prozent der Versicherten über Morbiditätskriterien erfasst. Ein wichtiger Aspekt sei auch, dass nicht Behandlungs-, sondern Folgekosten ausgeglichen werden und teure Akuterkrankungen damit keine

Zuschläge erhalten. Insgesamt führt der Morbi-RSA nach Gries' Einschätzung dazu, dass sich der Blick der Krankenkassen auf chronische Krankheiten richtet und die Beeinflussung des Krankheitsverlaufes zu einem relevanten Faktor wird.

Für eine sinnvolle und effiziente Steuerung benötigen Krankenkassen Gries zufolge umfassende Kenntnisse über die Morbidität der eigenen Versichertenklientel. Dabei müssten auch Multimorbidität und

Dr. med. Christoph Gries
Leiter der
Arbeitsgruppe
Gesundheitsökonomie
der DAK



Dr. med. Christoph Gries

die wahrscheinliche Weiterentwicklung der Morbidität berücksichtigt werden. Nötig seien zudem wenigstens annähernde Kenntnisse über die Morbidität der Versicherten anderer Kassen. Zentral sei das Wissen über relevante Leistungsausgaben in Verbindung mit der Morbidität und über relevante Versorgungsprobleme in nicht nur qualitativer, sondern auch quantitativer Beschreibung. „Es reicht nicht, wenn man

VIII. WISSEN UM DIE VERSORGUNG ALS BASIS EINER EFFEKTIVEN STEUERUNG

Dr. med. Christoph Gries
Leiter der
Arbeitsgruppe
Gesundheitsökonomie
der DAK

die Schmerzversorgung in Deutschland als unzureichend beschreibt. Das Defizit muss auch quantifiziert werden“, so Gries. Damit Versorgungssteuerung rechtzeitig ansetzen kann, würden zudem Informationen über Indikatoren gebraucht, die eine Verschlechterung der Morbidität des Versicherten oder die Gefahr der Entstehung eines Versorgungsproblems anzeigen. Auch Kenntnisse über relevante Hebel zur Verbesserung der Versorgung seien nötig. „Nicht alles, was als Idee entsteht, lässt sich auch umsetzen“, sagt der DAK-Manager. Zudem seien Kenntnisse über Erfolge von Steuerungsmaßnahmen nötig. Hier liefern die aktuellen Auswertungen von Integrationsprojekten seiner Ansicht nach erste Hinweise.

Insgesamt können diese Kenntnisse nach Gries' Auffassung jedoch nur durch das Zusammenspiel mehrerer Ansätze gewonnen werden. Dazu zählt er Klassifikationsmodelle, Risikovorhersagemodelle und Versorgungsforschung. Versorgungsforschung muss dabei nach seiner Meinung die Ist-Situation beschreiben und zugleich zeigen, was verbessert werden kann. „Da jeder Maßnahme ein ökonomischer Effekt anhaften soll, ist auch gesundheitsökonomische Evaluation nötig“, sagt der Mediziner. Schließlich gehe nichts ohne medizinisches Know-how.



Welche Ansätze zur Optimierung der Versorgung die DAK bislang nutzt, zeigt Gries anhand von zwei Beispielen. Als erstes schildert er das DAK-Projekt „Gesundheitsberater“. Der Gesundheitsberater bei der DAK bemühe sich darum, die Schnittstellenüberwindung im Gesundheitssystem einfacher zu gestalten. Er übernehme sozusagen das Case-Management und Sorge beispielsweise dafür, dass eine Anschluss-Reha wirklich im Anschluss an die Krankenhausbehandlung stattfindet und nicht erst Wochen später. Ziel sei es, die Servicequalität für die Kunden zu verbessern und die Übergänge zwischen den Sektoren zu erleichtern. Als zweites Beispiel nennt Gries das „Besser Leben“-Projekt. Das sei ein Coaching-Programm mit dem Ziel, die Lebensqualität und die Therapietreue von chronisch Kranken zu verbessern. Die DAK erwarte sich davon, dass die Krankheit stabilisiert werde und der Versicherte eine aktive Rolle übernehme. „Er soll nicht nur verstehen, was mit ihm passiert, sondern auch daran mitwirken“, sagt Gries. Dem Projekt liegt die Annahme zugrunde, dass die Beteiligung des Versicherten direkt oder indirekt zur Verbesserung der Gesundheits- und Versorgungssituation führt.

Die Datenlage der Kassen schildert Gries mit Blick auf die Schmerzpatienten als schwierig. Diese seien aus reiner Kassenansicht schwer zu analysieren und deshalb eine Zielgruppe für die Versorgungsforschung. Viele Faktoren spielen dabei aus Gries' Sicht eine Rolle: Chronische Schmerzpatienten hätten in der Regel eine lange Patientenkariere. In der Versorgung finde sich die klassische Trias von „Unter-, Über- und Fehlversorgung“. Sektoren- und Fachgebietsgrenzen stellten ein Behandlungshindernis dar. Die Verhinderung der Chronifizierung von Schmerzen sei bisher unzureichend gelungen.

„Auch die Versorgung und Vergütung der Versorgung ist nicht immer den Bedürfnissen der Patienten angepasst, sondern mehr den Bedürfnissen der Kostenträger und Leistungserbringer“, so Gries. Weitere Faktoren: Insbesondere Rückenschmerzen seien ein dramatisch wachsendes Gesundheitsproblem, und chronische Schmerzpatienten seien häufig „teure“ Patienten. „All das macht es lohnenswert, sich chronische Schmerzpatienten näher anzusehen“, sagt Gries. Aus einem ersten Versorgungsforschungsprojekt der DAK in Kooperation mit der

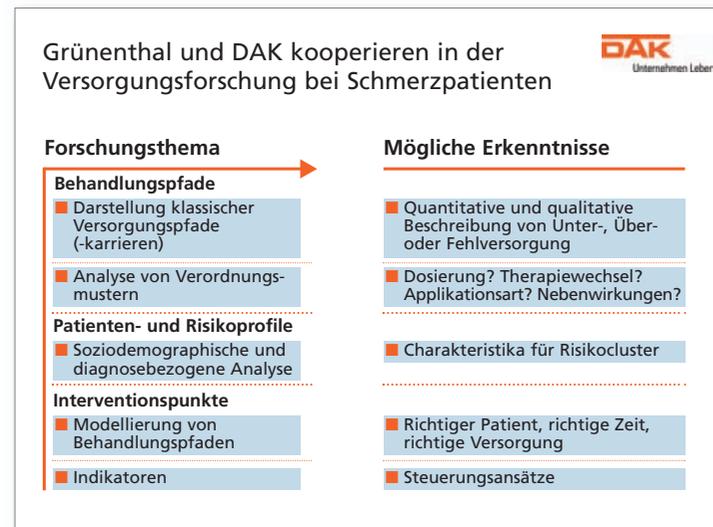
Dr. med. Christoph Gries
Leiter der
Arbeitsgruppe
Gesundheitsökonomie
der DAK

VIII. WISSEN UM DIE VERSORGUNG ALS BASIS EINER EFFEKTIVEN STEUERUNG

Dr. med. Christoph Gries
Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie der DAK

Bertelsmann Stiftung habe die DAK die Erkenntnis gewonnen, dass Schmerzmittel einen zu hohen Stellenwert gegenüber anderen Therapiemaßnahmen einnehmen.

Zur weiteren Erforschung der Versorgungssituation von Schmerzpatienten kooperiert die DAK nun auf Initiative des Arzneimittelherstellers mit Grünenthal. Dabei geht es in der Pilotstudie im Jahr 2008 um eine quantitative und qualitative Beschreibung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung anhand der Darstellung klassischer Versorgungspfade. Zugleich sollen Risikocluster mittels einer soziodemografischen und diagnosebezogenen Analyse identifiziert werden. Aus den Risikoclustern sollen in der Hauptstudie Indikatoren ermittelt werden, die es ermöglichen, Patientengruppen zu identifizieren, für die eine hohe Gefährdung besteht, chronisch schmerzkrank zu werden. Zum schematischen Studienablauf: Versicherte mit mindestens einer Opioid-Verordnung im Jahr 2006 werden herausgefiltert, Patientenprofile werden erstellt. Daraus sollen in einer dritten Phase Behandlungspfade abgeleitet werden. Die Studie wird begleitet vom IGES-Institut.



Erste Ergebnisse zeigen nach den Angaben von Gries, dass rund 250.000 DAK-Versicherte 2006 mindestens eine Opioid-Verordnung hatten. In der Studienpopulation zeigte sich, dass der Anteil Frauen mit 71 Prozent im Vergleich zur Grundgesamtheit von 62 Prozent grö-

ßer ist. Darüber hinaus liegt der Anteil von Patienten im Alter bis zu 40 Jahren unter dem der 61 Jahre und Älteren. Als überraschend wertet Gries die Verteilung der Opioid-Versorgung, denn ein großer Teil der Patienten hatte nur eine Opioid-Verordnung. Interessant erscheint ihm die häufige Verknüpfung der schmerztypischen Diagnosen mit depressiven Episoden. Zu diesen beiden Aspekten hält er weitere Untersuchungen für nötig.

Verteilung der Opioid-Versorgung (2006)

Typ	Bedeutung	VS (n)	Anteil (%)
1	genau 1 Opioid-VO	140169	54,0
2	2 oder 3 Opioid-VO	50163	19,3
3	mehr als 3 Opioid-VO	69156	26,7
	gesamt	259488	100,0

Dr. med. Christoph Gries
Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie der DAK

Gries' Fazit: Ansätze zu einer Versorgungssteuerung setzen Erkenntnisse über Schwachstellen der Versorgung, über mögliche Handlungsansätze und über den Erfolg neuer Versorgungsformen voraus. Diese erhält man nur durch Analyse. Dazu leistet die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag. „Versorgungsforschung sollte von allen Akteuren im Gesundheitswesen unterstützt werden, hierzu sind auch neuartige Kooperationen sinnvoll, solange die Verbesserung der Versorgung des Patienten im Fokus steht“, so Gries. Das Projekt von DAK und Grünenthal zur Versorgungsforschung bei Schmerzpatienten könne hier eine Vorreiterrolle einnehmen.

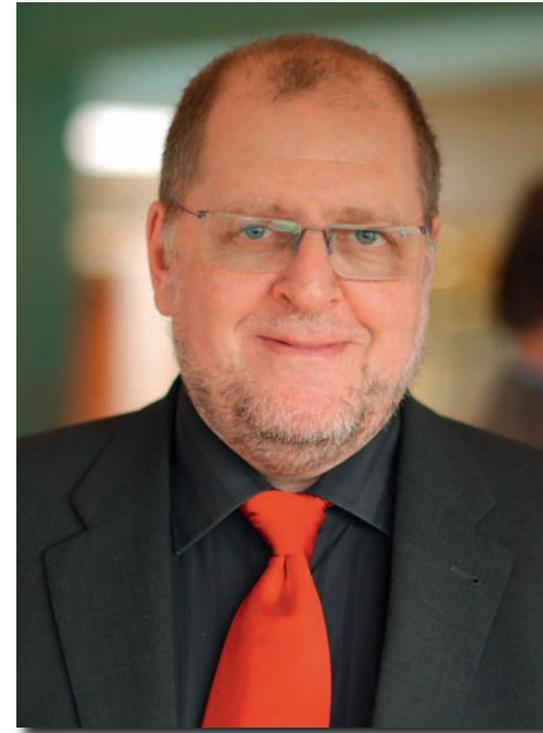
IX. DIE MÖGLICHKEITEN ZUM VERGLEICH – GRUNDLAGE EINES FUNKTIONIERENDEN WETTBEWERBS

Franz Knieps
Bundesministerium
für Gesundheit

Die aktuelle Gesundheitsreform stärkt die lange vernachlässigte Bedeutung der Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitswesen. Das ist eine These von Franz Knieps, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung im Bundesgesundheitsministerium. Evaluation und Steuerung des Systems müssen aus seiner Sicht aber noch viel stärker vernetzt werden. Ein Schritt in diese Richtung wäre eine komplett neu organisierte Bedarfsplanung.

Versorgungsforschung hat im deutschen Gesundheitswesen lange Zeit eine viel zu geringe Rolle gespielt, meint Knieps. In Deutschland sei jahrelang nach Intuition, Ideologie und begrenzter Expertise gesteuert worden, so dass das deutsche Gesundheitssystem inzwischen auf Platz 27 in der Liste der Weltgesundheitsorganisation gelandet sei. Zahlen würden zeigen, dass viele intuitive Annahmen nicht stimmten. So sei der Glaube verbreitet, dass die Gesundheitschancen in Deutschland relativ gleich verteilt seien. Die Zahlen würden aber ziemlich deutliche Unterschiede zwischen Schichten und sogar zwischen Regionen ausweisen. Diese Morbiditätsunterschiede seien zwar nicht so drastisch wie in Großbritannien, aber auch in der Bundesrepublik ausgeprägt.

An der Erhebung und Zusammenführung von quantitativen und qualitativen Daten auf der Makroebene hat sich laut Knieps in den letzten Jahren einiges verbessert. Das sei vielen Initiatoren und Initiativen zu verdanken. „Die Gründung des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen war mit Sicherheit einer dieser Faktoren“, so Knieps. Auch die Erhebungen des Robert Koch-Instituts zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes mit Analysen zu Gesundheitsproblemen nennt Knieps als wichtige Datengrundlage, die alle fünf Jahre in einen nationalen Gesundheitsreport münde. Als weiteres Element erwähnt der Jurist die Aktivitäten des Gesundheitsministeriums und des AOK Bundesverbandes, sich über Gesundheitsziele einer Steuerung des Gesundheitswesens zu nähern, alle Akteure einzubeziehen und sich auf gesundheitspolitische Schwerpunkte zu verständigen. Als Projekt des BMGs zur Versorgungsforschung nennt er außerdem die Förderung des Austausches zwischen Wissenschaft und Praxis. Sie solle in Zukunft verstärkt werden. Engagement des BMGs gebe es auch im



Franz Knieps

Bereich der Qualitätssicherung. Dies sei der erste Bereich, der nun sektorübergreifend organisiert werde.

Die Verbesserungen in der Erforschung und Gestaltung der Versorgungsrealität auf der Makroebene seien jedoch nicht automatisch mit einer operationablen Steuerung des Systems, insbesondere auf der Mikroebene, verbunden, warnt Knieps. Hier fehle eine Verzahnung. Anreize dazu will das Bundesgesundheitsministerium mit der aktuellen Gesundheitsreform schaffen. Die Zyklen der Erneuerung im deutschen Gesundheitswesen seien sehr lang. „Dennoch glaube ich, dass wir im Moment auf einem guten Weg sind und auch die Geschwindigkeit deutlich erhöht haben“, so Knieps. Er zeigt sich überzeugt, dass die Neuerungen des Jahres 2009 den Wettbewerbsdruck auf Krankenkassen und andere Akteure im Gesundheitswesen so erhöhen, dass sie sich mit allen modernen Instrumenten ausstatten, um Versorgung zu steuern. In der Vergangenheit habe die Steuerung primär an den

Franz Knieps
Bundesministerium
für Gesundheit

IX. DIE MÖGLICHKEITEN ZUM VERGLEICH – GRUNDLAGE EINES FUNKTIONIERENDEN WETTBEWERBS

Franz Knieps
Bundesministerium
für Gesundheit

Strukturen des Systems angesetzt. Die Reichsversicherungsordnung sei ins SGB V übertragen worden und es sei bei getrennten Sektoren mit jeweils eigenen Finanzierungs-, Organisations-, Vergütungssystemen und Unternehmensformen geblieben. „Wenn wir das so weiter treiben, dürfen wir uns nicht wundern, dass nicht die Patientenperspektive und der Workflow im Mittelpunkt stehen, sondern dass primär die Sektoren ihre Struktur- und Finanzinteressen verteidigen“, so Knieps. Das müsse überwunden werden, wenn Politik zum Ziel habe, beispielsweise einem Versorgungsproblem wie Schmerz in seiner Ausdifferenzierung eine bessere Behandlung zu ermöglichen.

„Es ist schwer, mit Krankenkassen Verträge zu schließen, die auf ein längerfristiges Ergebnis abzielen“, so Knieps. Das liege unter anderem daran, dass Versicherte Kassen wechseln könnten. Aus Knieps' Sicht loh-



nen sich Investitionen in Gesundheitsförderung jedoch immer. Die Kassenwechsler seien zudem nicht sehr zahlreich. Mit dem neuen Zusatzbeitrag werde zwar ein klareres Preissignal gesetzt. „Ziel der Reform ist es aber auch, den Wettbewerb so zu gestalten, dass Versicherte sich für eine Krankenkasse entscheiden, weil sie das Versorgungsversprechen

überzeugt“, so Knieps. Er räumt ein, dass 92 Prozent der Leistungen einheitliche Pflichtleistungen seien, doch der Anteil von acht Prozent gestaltbaren Leistungen dürfe nicht unterschätzt werden. Mit den Möglichkeiten der Kassen, Einzelverträge zu schließen, hätten Versicherte auch die Wahl zwischen unterschiedlichen Gestaltungen der Versorgung. Andernfalls wäre es Geldverschwendung, wenn Kassen mit Integrationsverträgen, Versorgungsprogrammen und neuerdings differenzierten Wahlтарifen werben. Das schließt der BMG-Abteilungsleiter aus. Knieps' Prognose: „Es wird sich nicht so sehr ein Wettbewerb entwickeln zwischen Kassen, die keinen Zusatzbeitrag erheben und solchen, die einen erheben müssen, sondern es wird sich ein Wettbewerb entwickeln, in dem Kassen unterschiedliche Tarife anbieten.“ Er räumt ein, dass es in der Startphase wahrscheinlich zu Unruhe aufgrund des Zusatzbeitrages kommen werde. Zudem wird seiner Meinung nach die Zahl der Versicherten, die bewusst Entscheidungen trifft, deutlich steigen. Nach wie vor würden aber 80 Prozent der Leistungen von 20 Prozent der Versicherten abgerufen. Junge und Gesunde würden einen rein ökonomischen Blick auf das Gesundheitswesen werfen, während Ältere auf Qualitätsgesichtspunkte Wert legen würden. „Es ist gerade Sinn der aktuellen Gesundheitsreform, hier in den Wettbewerb zu gehen“, so Knieps. Dies soll über die Verknüpfung mit dem Morbi-RSA gelingen. Schon im Jahr 2000 sei die Morbiditätsorientierung erklärtes Ziel des Gesetzgebers gewesen. Der jetzt kommende Morbi-RSA mit seinen 80 Erkrankungen sei als lernendes System entwickelt, das Jahr für Jahr verändert werden könne. „Wenn man sieht, dass Ärzte und Krankenkassen hier gleichgerichtete Strategien entwickeln, um bestimmte Gruppen in bestimmte Cluster zu bringen, wird man hier nacharbeiten müssen, aber auch nacharbeiten können“, so Knieps.

Der Gesetzgeber habe auf der anderen Seite Krankenkassen und innovativen Leistungserbringern eine Vielzahl von Möglichkeiten eingeräumt, so Knieps. Bei der Integrationsversorgung gab es aus seiner Sicht drei Schübe. Am Anfang der Anschubfinanzierung habe es viele Mogelpackungen gegeben, dann seien viele kleine V'ertragstypen gefolgt, bis schließlich populationsbezogene Modelle entstanden seien, wie zum Beispiel das Kinzigtal-Projekt. „Zeit für eine Bilanz ist noch nicht“, so Knieps. Noch fehle die Vergleichbarkeit der Projekte, sodass

Franz Knieps
Bundesministerium
für Gesundheit

IX. DIE MÖGLICHKEITEN ZUM VERGLEICH – GRUNDLAGE EINES FUNKTIONIERENDEN WETTBEWERBS

Franz Knieps
Bundesministerium
für Gesundheit

eine Innovationskultur mittels Benchmarking im Bereich der Selektiv-Verträge noch in weiter Ferne liege.

Anders in der Regelversorgung. Hier seien die Daten aus dem RSA maßgeblich für ein Ranking zwischen den Krankenkassen. „Sie sind Versorgungsforschung im besten Sinne, denn sie sind quantitative Analysen, wo eine Kasse im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen steht“, so Knieps. Er zeigt sich deshalb überzeugt, dass der Fonds in Kombination mit dem RSA den Druck auf die Krankenkassen erhöhen werde, sich mit den Wettbewerbern zu vergleichen, teure Versicherte zu identifizieren und ihre Versorgungsprobleme zu analysieren.



Knieps Ausblick: „Ich bin sicher, es werden sich unter den neuen Bedingungen sehr viel feinere Steuerungsmechanismen entwickeln, die allen – Ärzten, begleitender Industrie und auch Krankenkassen – ein deutlich besseres Bild von den Versorgungsproblemen und der Prozess-Steuerung im Gesundheitswesen bieten.“ Die Regierung werde auf der einen Seite durch Beitragssatzfestsetzung und mehr Steuermittel mehr Verantwortung für die ökonomische Entwicklung im Gesundheitswesen

übernehmen, auf der anderen Seite seien den Krankenkassen aber auch mehr Gestaltungsspielräume auf der Ausgabenseite eingeräumt. Die weitere Entwicklung solle dahin gehen, dass Vorschriften des SGBs generell so gestaltet würden, dass sie Prozesse optimierten und nicht Strukturen konservierten. Das heiße zum einen, dass ein vergleichbares Honorierungssystem für ärztliche und andere Leistungen nötig sei, egal, ob sie ambulant oder im Krankenhaus erbracht würden. Zudem sei eine einheitliche Versorgungsbedarfsbestimmung nötig. Dabei müsse schrittweise Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Leistungserbringern eingeführt werden und der Sicherstellungsauftrag ans Land übergehen. Damit bekäme die Gesundheitsberichterstattung der Länder wachsende Bedeutung. „Sie würde zu einer zentralen Steuerungsgrundlage“, so Knieps.

Franz Knieps
Bundesministerium
für Gesundheit



**Dr. Theodor
Windhorst**
Ärztchammer
Westfalen-Lippe

„Versorgungsforschung ist das Nonplusultra. Ohne geht es nicht“, so Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Die tatsächliche Situation der Schmerztherapie in seinem Kammerbezirk schildert Windhorst als dramatische Unterversorgung. Aus seiner Sicht ist das maßgeblich durch Hürden in den Zulassungsanforderungen für Schmerztherapeuten begründet.

Viele Schmerzpatienten fühlen sich durch das medizinische System alleingelassen und suchen spezielle schmerztherapeutische Einrichtungen häufig erst zu spät auf. Das hat laut Windhorst die „Analyse der Versorgungswege von Patienten/-innen mit chronischen Schmerzen“ mit Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen ergeben. Der Kammerpräsident vertritt die Auffassung, dass in der Schmerztherapie eine gute Strukturqualität gebraucht wird. Die sei vor allem über die ärztliche Weiterbildung zu erreichen. „Weiterbildung ist Strukturqualität“, so Windhorst. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Schmerztherapie würden laut Weiterbildungsordnung von allen Ärzten erwartet. Aber nicht alle Ärzte hätten sie. Einige Spezialgebiete sind mit Zusatzbezeichnungen wie Palliativmedizin geregelt. „Hier laufen derzeit Verträge leider aus, weil der Fonds die Finanzierungsunsicherheit so weit getrieben hat, dass alle Palliativverträge sich in der Kündigung befinden“, sagt Windhorst.

Zentral ist aus seiner Sicht die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“. Sie stellt in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten in den Mittelpunkt. Die Weiterbildungszeit umfasst zwölf Monate bei einem weiterbildungsbefugten Schmerztherapeuten und 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in „Spezieller Schmerztherapie“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. Diese Zusatz-Weiterbildung steht nach Windhorsts Einschätzung in Konkurrenz zu der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V. Zielgruppen der Vereinbarung seien chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt habe, und chronisch schmerzkranker Patienten,

bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden sei, zum Beispiel bei einem inkurablen Grundleiden. Die Anforderungen zum Nachweis der fachlichen Befähigung eines Arztes zur Teilnahme an der Vereinbarung seien zwar in vielen Punkten identisch mit den Anforderungen der Weiterbildungsordnung, aber zusätzlich werde eine Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapievereinbarung gefordert. Das betrachtet Windhorst mit Blick auf die lange Aus- und Weiterbildungszeit der Ärzte als unnötige Hürde. Zudem stelle der Antrag zur Genehmigung der Teilnahme unnötige Anforderungen: mindestens dreijährige Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit, mindestens 20 Stunden Theorieseminare, mindestens 30 Stunden Selbsterfahrungsgruppen und die Vermittlung und Ein-



**Dr. Theodor
Windhorst**
Ärztchammer
Westfalen-Lippe

**Dr. Theodor
Windhorst**
Ärztchammer
Westfalen-Lippe

übung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer. Das führe zu mindestens 80 Stunden Zusatzaufwand. Die Anforderungen durch die Qualitätssicherungsvereinbarung gingen somit über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung deutlich hinaus. Windhorst meint, dass Ärzte dadurch abgeschreckt werden.

Zumindest im Kammerbezirk Westfalen-Lippe bestätigt sich nach Windhorsts Angaben, dass zu wenige Ärzte eine schmerztherapeutische Tätigkeit übernehmen. Westfalen-Lippe hat rund acht Millionen Ein-



wohner in einem Flächenland mit dünn besiedelten Regionen und Ballungszentren. Zwei Drittel der Metropolregion Ruhrgebiet gehören zum Kammerbezirk. Von insgesamt rund 38.000 Ärzten haben den Angaben zufolge 365 die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“, davon sind 222 im Krankenhaus und 107 in der Praxis tätig, aber nur zehn geben als Haupttätigkeit „Schmerztherapie“ an, und nur einer davon ist niedergelassener Arzt. Diese Zahlen hält Windhorst angesichts der Einwohnerzahlen für deutlich zu gering. „Das kann man nicht hinnehmen“, so der Kammerpräsident. Weitere Zahlen: 66 Ärzte nehmen an der „Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie“ teil. Das wertet Windhorst als Indiz dafür, wie schwierig die Teilnahme an der Ver-

einbarung sei. 50 Ärzte seien in der Praxis tätig, 16 als ermächtigte Ärzte an Krankenhäusern.

Diese Arztzahlen setzt Windhorst in Bezug zu den erwarteten Patientenzahlen. Studien zufolge sei bundesweit mit 512.000 bis 640.000 Patienten mit „problematischen Schmerzkrankheiten“ zu rechnen. Für Westfalen-Lippe mit etwa zehn Prozent der Gesamtbevölkerung seien folglich rund 60.000 Patienten mit problematischen Schmerzkrankheiten zu erwarten. „Dem stehen 66 Ärzte mit Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung gegenüber“, so Windhorst. Er schätzt, dass bei einer ausschließlichen Tätigkeit dieser Ärzte als spezieller Schmerztherapeut für jeden der 60.000 Patienten mit problematischen Schmerzkrankheiten selbst bei günstigen Annahmen maximal 2,1 Stunden pro Jahr zur Verfügung stünden. Doch nur zehn Ärzte seien ausschließlich schmerztherapeutisch tätig. „Das ist eine komplette Unterversorgung, der wir jetzt nachgehen werden“, so der Kammerchef.

Windhorst weist auf ein Urteil des Sozialgerichts Köln aus dem Jahr 2005 hin. Das Gericht bemängelte nach seinen Angaben, dass es für die schmerztherapeutische Versorgung keine nachvollziehbare Bedarfsplanung gebe. Es analysierte zur Urteilsfindung die Versorgungssituation im Großraum Köln. Aufgrund der vorliegenden epidemiologischen Daten sei das Gericht zu dem Schluss gekommen, dass etwa 16.250 Personen schmerztherapeutisch versorgt werden müssten, das hieße pro Praxis der zehn Ärzte mit Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung 1.625 Patienten. Die Wartezeiten in den entsprechenden Einrichtungen betrügen aber bekanntlich etwa zwei bis sechs Monate. Solche Wartezeiten betrachtet Windhorst gerade für Schmerzpatienten als absolut inakzeptabel. „Man könnte erwarten, dass der starke Gemeinsame Bundesausschuss eine Bedarfsplanung für Schmerztherapie in die Hand nimmt. Es gibt aber hier keine Pläne“, so Windhorst. Er spricht sich zudem dafür aus, dass vor der Bedarfsplanung Versorgungsforschung stehen und die Bedarfsplanung auf dieser Grundlage erfolgen müsse.

Zur Angebotssteuerung spielt auch die Honorierung als Anreizsystem keine unbedeutende Rolle. Ärzte mit mehr als 75 Prozent Schmerzpa-

**Dr. Theodor
Windhorst**
Ärztchammer
Westfalen-Lippe

X. BEDARFSPLANUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG

**Dr. Theodor
Windhorst**
Ärztchammer
Westfalen-Lippe

tienten sollen Windhorsts Angaben nach künftig eigene Regelleistungsvolumina erhalten. Für einen interessanten Anreiz hält er dagegen ausschließlich eine extrabudgetäre Vergütung. Die sei jedoch nicht angedacht. Nicht nur im GKV-Bereich, sondern auch im Bereich der privatärztlichen Abrechnung nach GOÄ stehen den Ärzten jetzt Änderungen bevor. Die Bundesärztekammer befasse sich nicht nur bei der Weiterentwicklung der GOÄ intensiv mit der Schmerztherapie. Sie habe aktuell auch ein neues (Muster-)Kursbuch zur speziellen Schmerztherapie vorgelegt, das unter Federführung des Weiterbildungsdezernates der Bundesärztekammer erarbeitet wurde.

Zwischen dem Weiterbildungsdezernat und dem Honorardezernat der Bundesärztekammer bestehe bei der Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere im Bereich der Schmerztherapie, eine enge Zusammenarbeit. Zahlreiche schmerztherapeutisch relevante Leistungspositionen seien analysiert und angepasst, aber auch neu aufgenommen worden. Die für Schmerztherapeuten wichtigen Positionen finden sich laut Windhorst in den verschiedensten GOÄ-Abschnitten und ermöglichen so einen fachübergreifenden Zugriff. Die Ordnung der schmerztherapeutischen Leistungen in der GOÄ stehe schon damit ganz im Gegensatz zum EBM, wo Schmerztherapie einen eigenen Bereich bilde. Die GOÄ bevorzuge zudem die Einzelleistung gegenüber der Pauschalierung des EBMs. Auch in der neuen GOÄ werde es überwiegend Einzelleistungen neben den neu eingeführten ablaufbezogenen Leistungskomplexen geben. Letztere bergen aus seiner Sicht die Gefahr, dass unter dem Strich weniger Honorar erzielt werde als bei der Abrechnung über Einzelleistungen. Zuwendungsorientierte Leistungen sollten aber aufgewertet werden, wovon unter anderem die Schmerztherapeuten profitieren würden, so Windhorst.

Windhorsts Lösungsansätze: Die Kammer Westfalen-Lippe habe den Handlungsbedarf gegen die Unterversorgung erkannt. „Wir werden die Bedarfsplanung aufstellen nach Kriterien der Versorgungsforschung“, so Windhorst. Um Versorgungswege zu optimieren, müsse eine nationale Versorgungsleitlinie entstehen, die Einrichtungen zur speziellen Schmerztherapie und multimodale und interdisziplinäre Therapie berücksichtige. Eine aufwandsadäquate Honorierung müsse möglich sein.

IMPRESSIONEN ...



vom Dinner-Diskurs mit Carlos A. Gebauer im barocken Ballsaal des Alten Kurhauses zu Bad Aachen.



Workshop I

Instrumente der Patientenführung



Moderation:

Dr. Robert Paquet

Zu Beginn griff der Moderator Dr. Robert Paquet zwei provokante Fragen aus dem Eröffnungsvortrag von Dr. Gerhardt Müller-Schwefe auf, um auf die Situation neuer Versorgungsformen und -ansätze aufmerksam zu machen:

1. Was machen wir mit denen, die nicht mitmachen?
2. Und die Prämie gibt es nur für die, die wieder arbeiten gehen?

„Gesundheits-Coaching“, Gegenstand des ersten Vortrags von **Frank Freudenstein**, ist ein Pilotprojekt der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH, das derzeit in vier Bundesländern getestet wird. Nach heutigem Stand, so der Referent, holen sich 80 bis 90 Prozent der Patienten medizinische Informationen zu 80 bis 90 Prozent beim Arzt ein. Hier setzt das Projekt der KKH an.

Speziell für die Beratung am Telefon geschulte Krankenschwestern und -pfleger bringen aus ihrer vorgehenden Tätigkeit das medizinische Wissen und die Erfahrung im Umgang mit Patienten mit, um, ergänzend zur ärztlichen Versorgung, Patienten zu informieren. Dabei gilt das Prinzip 1 : 1 – ein Coach berät einen Patienten. Die Stärkung der Therapie-Compliance stellt hierbei den Kern der Beratung dar. Das Informationsgespräch dauert in der Regel ca. 20 bis 30 Minuten.

Die Patienten werden in diesem Projekt in drei Zielgruppen eingeteilt:

- chronisch somatisch Kranke (z. B. Rückenschmerzpatienten),
- psychisch Kranke und
- Pflegebedürftige.

Die Zielgruppen und deren Bedürfnisse unterscheiden sich signifikant. Dementsprechend muss auch die Beratung variieren. Gerade bei psychisch Kranken und Pflegebedürftigen ist Beratung eine Heraus-



Frank Freudenstein

Workshop I – Instrumente der Patientenführung

forderung. Unter Umständen müssen bei diesen Zielgruppen weitere Personen (z. B. Angehörige) miteinbezogen werden. Die Coaches werden dabei durch eine Software unterstützt. Diese hilft ihnen, Leitlinien für die Beratung zu formen. „Die Akzeptanz ist höher als erwartet“, so Freudenstein. Übergeordnet sollen Ergebnisse für die Versorgungsforschung gewonnen werden, sodass am Ende eine Win-win-Situation für alle Beteiligten – Patienten, Arzt und Krankenkasse – entsteht. Durch die Wissensdatenbank und die Coachsoftware soll es keine „grauen“ Informationen mehr geben.

Der zweite Vortrag „Hausarztvertrag – das Beispiel aus Baden-Württemberg“ wurde von **Dr. Stefan Bilger**, Vorstandsmitglied des Hausärzterverbandes LV Baden-Württemberg, gehalten. Ziel des Hausarztvertrages der AOK Baden-Württemberg ist es, mit dem Hausarzt eine feste Anlaufstelle für jeden Patienten zu schaffen, von der aus die weitere Behandlung des Patienten koordiniert werden soll. Diese hausarztzentrierte Versorgung, auf rechtlicher Basis des § 73b SGB V führt aus Sicht der Ärzte neben einer Bereinigung der ambulanten Gesamtvergütung auch zu einer Befreiung vom Arzneimittelregress. Die wesentlichen Eckpunkte des Vertrages sind:

- Sicherstellungsauftrag bei Vertragspartnern (hausärztliche Versorgung für AOK-Patienten)
- Verbesserte Dokumentation
- Hohe Vergütung führt zu effizienterer Steuerung:
 - Besseres Coaching durch erhöhte Zuwendung (angemessene Bezahlung)
 - Hausarzt steht im Mittelpunkt der Versorgung
- Hausarzt-spezifische Fortbildung (u. a. Palliativmedizin, allg. Schmerztherapie, auch Angestellte sollen qualifiziert werden)

Die Qualität der Versorgung soll insgesamt verbessert werden, der Verwaltungsaufwand soll sinken und die hier durch gewonnene Zeit dem Patienten zugute kommen. Das Besondere am Vertrag, so Bilger, „ist die Sicherstellung und die Pauschale. Die Betreuung von chronisch Kranken gewinnt in diesem System mehr an Bedeutung.“ Allerdings

Instrumente der Patientenführung

Workshop I



Dr. Stefan Bilger

Instrumente der Patientenführung

Workshop I

besteht, bedingt durch eine pauschalierte Vergütung, das Risiko der Unterversorgung. Abgemildert wird dieses Risiko durch die Möglichkeit der Patienten, auch andere Ärzte aufzusuchen. Schwierig gestaltet sich bisher auch die Umsetzung einer onlinebasierten Abrechnung. Zur persönlichen Kontrolle soll ein Ampelbudget in die Software integriert werden.



Workshop II

Bedarfsorientierte Versorgungsangebote

Bedarfsorientierte Versorgungsangebote

Workshop II

Folgende Fragen standen beim ersten Workshopthema „Die Auswahl der geeigneten Patienten für die passende Therapieoption“ im Vordergrund:

- Wie identifizieren wir Schmerzpatienten?
- Wie messen wir deren Bedarf und wie definieren wir ihn?

Dr. Bernhard Arnold vom Klinikum Dachau beantwortete diese Fragen im Rahmen seines Vortrags **„Auswahl der geeigneten Patienten für die passende Therapieoption“** aus der Perspektive eines Kliniklers mit 25 Jahren Erfahrung, der „am Ende der Versorgungskette steht.“ Seine These: Die symptomatische Therapie chronischer nicht maligner Schmerzen wird durch das Versagen kausaler Therapieansätze legitimiert. Arnold bezog sich auf das Beispiel der Tagesklinik Dachau, die ein multimodales Therapiekonzept für hoch chronifizierte Schmerzpatienten entwickelt hat.



Dr. Bernhard Arnold



Bedarfsorientierte Versorgungsangebote

Workshop II

Erst ab Mitte der 80er -Jahre haben sich in der Schmerztherapie Versorgungsstrukturen entwickelt – aber auch heute ist die Schmerztherapie in der offiziell gesteuerten Krankenversorgung noch unterrepräsentiert. Probleme in der Versorgung sind heterogene Angebotsstrukturen, die hohe Anzahl an Schmerzpatienten mit langer Patientenkarriere und die Klassifizierung der Patienten. Das Klinikum Dachau hat mit Erfolg ein schmerztherapeutisches Programm zur funktionellen Wiederherstellung entwickelt:

Schmerztherapie und Chronifizierung

Therapieprogramm Dachau

- 5 Wochen, ganztägig, teilstationär
- Booster-Behandlung: eine Woche nach 6 Monaten
- Therapieumfang Hauptprogramm 122,5 Stunden
- fachübergreifend integrativ, Therapieinhalte abgestimmt
- Intervention auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene:
 - Somatisch: medikamentös, körperlich/sensomotorisch übend
 - Psyche: Schmerzbewältigung, Psychotherapie, Edukation, Entspannung
 - Sozial: Integrierend, interventionell, übend
- Diagnose-unabhängiger Aufbau der Inhalte
- Ressourcenorientierte Vorgehensweise

B. Arnold
Abt. für Schmerztherapie
Klinikum Dachau

Die Erfolgswelt ist eine multidisziplinäre Diagnostik und der sinnvolle Einsatz abgestufter Programme, die es den Patienten ermöglichen, am eigenen Beispiel zu lernen. Die Langzeitmodelle dieses multimodalen Therapieansatzes zeigen dann auch eine hohe Effektivität, sind aber ebenfalls mit hohen Fallkosten verbunden.

Um Kosten zu senken, ist die Identifizierung von Risikofaktoren und Behandlung von Schmerzpatienten vor einer Chronifizierung essenziell (sogenannte Yellow-Flags). Die Schlussfolgerung: Selektion nach Risiko + funktional orientierte Therapie = Therapie + Kosteneffizienz!

Arnold kam zu dem Schluss, dass dieses Ziel aber momentan nicht erreicht werden kann, da leitlinienkonforme Medizin heute nicht ver-



Moderation: Michael Hübner

Workshop II – Bedarfsorientierte Versorgungsangebote

Bedarfsorientierte Versorgungsangebote

Workshop II

gütet wird. In der Konsequenz bedeutet dies, dass „nur gemacht wird, was bezahlt wird“, also nur herkömmliche Therapien zur Behandlung von Schmerzpatienten eingesetzt werden, die in der Regel zu kurz greifen.

In der Diskussion wurde übereinstimmend festgestellt, dass die Schmerztherapie kategorisiert werden muss, da sie momentan immer noch zu spät ansetzt. Ein Ansatz ist eine Gate-keeper-Funktion des Hausarztes, der Patienten direkt an den Schmerztherapeuten weiterleitet. Die Krankenkassen bekommen zudem ambulante Daten zu spät und es gibt bisher keine fundierte Grundlage dafür, ob und wie sich aus dieser Basis überhaupt Steuerungsmechanismen ableiten lassen.

Im zweiten Vortrag stellte **Christian Grete** von der Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH das Thema „**Morbiditätsprofiling**“ vor. Im Fokus standen dabei der Risikostrukturausgleich (RSA) und seine verschiedenen Sichtweisen.

Der RSA war von Anfang an umstritten, da er tatsächliche Morbidität nur mittelbar abbildet. Tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen sind nur zu 6 % auf die im RSA berücksichtigten Faktoren zurückzuführen.

Es gibt zwei Sichtweisen der Krankenkassen auf das Morbiditätsprofiling:

1. Der Bedarf an Finanzmitteln für die Krankenkasse muss sichergestellt werden, d. h., das Profiling von Abrechnungssituationen entscheidet über die Einnahmesituation der Kassen.
2. Die Versorgung des Patienten mit dem Ziel der qualitätsorientierten Versorgung muss optimiert werden, d. h., die Versorgung muss anhand zielgerichteter Angebote und Steuerung verbessert werden.

Für die Weiterentwicklung des Morbi-RSAs ab 2009 wurden durch das BVA 80 zu berücksichtigende Krankheiten ausgewählt, die weiterführend in 106 HMGs (hierarchisierte Morbiditätsgruppen) und 751 DxGs (klinisch homogene diagnostische Gruppen) eingeteilt werden. In der



Christian Grete

Bedarfsorientierte Versorgungsangebote Workshop II

Regel wird jeder ICD-Code genau einer DxG zugeordnet. Der Schmerz wird dabei nur in einer Morbiditätsgruppe genannt und ist damit für den RSA nicht vorgesehen.

Grete stellte in der Folge die Zuordnungs- und Berücksichtigungskriterien für die Einordnung in HMGs und DxGs und beschrieb dann anhand verschiedener Beispiele den Handlungsbedarf aus Sicht der Krankenkassen. Wenn Krankenkassen einen positiven Deckungsbeitrag anstreben, müssen folgende Ziele erreicht werden:

- Eingruppierung möglichst vieler Versicherter in eine oder mehrere HMGs
- Erreichung möglichst hoch bewerteter HMGs
- Individuelle Behandlungskosten unterhalb des Zuweisungsbetrages aus dem Gesundheitsfonds

Als weitere „Stellschrauben“ für Krankenkassen nannte Grete die optimierte Regelversorgung (Praxis in der Leistungsgewährung), Rabattverträge, Versorgungsverträge „alt“ (IV-Verträge unter Anschubfinanzierung), Versorgungsmanagement (Optimierung der Versorgung als versichertenzentrierter Ansatz) und Versorgungsmanagement als Strukturansatz (gezielte Beseitigung von Versorgungsdefiziten durch strukturelle Intervention).

Insbesondere das Versorgungsmanagement bietet zukünftig ein riesiges Portfolio, es bleibe aber auch hier die Frage bestehen, wie Krankenkassen die Patienten konkret steuern können und wollen.

Gretes Vortrag machte deutlich, dass eine bedarfsorientierte Angebotsstruktur wichtig und zielführend ist. Gleichzeitig kann eine entsprechende Steuerung der Patienten erreicht werden. Dafür ist aber eine Kommunikation zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitssystem vor dem Hintergrund der Veränderungen von großer Bedeutung. Nur so können besondere Patientengruppen und deren Bedarf identifiziert und gezielte kostenkontrollierte Behandlungsansätze geschaffen werden.

Workshop III Versorgungssteuerung

Jobst Kamal stellt in seinem Vortrag „**Verhaltensänderung durch individuelle Patientenansprache**“ zunächst das Unternehmen Healthways International GmbH als Dienstleistungspartner der DAK vor. Mit 97 Gesundheits- und Krankenpflegern, die über langjährige Klinik Erfahrung verfügen, betreut das Unternehmen seit Januar 2008 ca. 40.000 Patienten für die Krankenkasse in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg.

Das Projekt: Nach Vermittlung der DAK kommt es zu systematischen Telefonkontakten zwischen chronisch Krankem und dem Gesundheits- oder Krankenpfleger im Pflege- und Betreuungszentrum. Ziel ist es, durch methodischen Ansatz (Verhaltensänderungsmodell nach Prochaska) zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten mit Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz und KHK beizutragen.

Durch anhaltende Verhaltensänderung sollen die Anzahl der Klinikaufenthalte, die Liegedauer sowie Selbsteinweisungen reduziert werden. Zusätzliches Ziel ist die seltenere Inanspruchnahme der Nothilfe. Die Patienten werden entsprechend ihrer Situation (Level 1–3) gecoacht, wobei die Patienten zwischen den Stufen je nach Gesundheitszustand wechseln.

- **Level 3:** Telefonisches Hochrisiko-Fallmanagement, intensive Eins-zu-eins-Betreuung
- **Level 2:** Telefonisches Disease-Management, Einhaltung der Medikation, Förderung von Verhaltensänderungen, Modifizierung der Lebensführung und Selbstmanagement
- **Level 1:** Unterstütztes Selbstmanagement, regelmäßig und individuell für den Patienten zusammengestellte Patienteninformationen

Der Betreuer nutzt das telefonische Patientengespräch zur

- telefonischen Schulung und Information zur Krankheit

Versorgungssteuerung Workshop III



Jobst Kamal

Versorgungssteuerung

Workshop III



Moderation:
Wolfgang Vieten

- Unterstützung der Arzneimitteltherapie zur Förderung der Compliance
- Unterstützung der Fähigkeit zum Selbstmanagement
- Motivation zur Bereitschaft der Verhaltensänderung
- Einführung von Zielen des Selbstmanagements und der Verhaltensänderung
- Unterstützung der ärztlichen Therapiepläne: Erinnerung an Arztbesuche, ggf. Vor- und Nachbereitung sowie Motivation, in Zweifelsfällen den Hausarzt aufzusuchen
- Evaluation der besprochenen Schritte
- Motivation zu einem gesunden Lebensstil
- frühzeitigen Erkennung drohender Notfallsituationen

Dabei berücksichtigt er individuelle Neigungen und Gewohnheiten, vereinbart Maßnahmen und leicht verständliche, motivierende Ziele, die sich an der Lebensrealität orientieren.

Aufgrund des Wissens über seine Erkrankung wird der Patient angeleitet, die Therapie aktiv zu unterstützen und Eigenverantwortung zu übernehmen. Schließlich wird auch die Arzt-Patienten-Beziehung durch einen therapietreuen Patienten gefördert, so Herr Kamal.

Die Zusammenarbeit mit Vertragsärzten stellt einen wichtigen Punkt innerhalb des Projekts dar. Wichtig ist dem Manager von Healthways, klarzustellen, dass die Betreuer keinesfalls in Diagnosestellung und Therapie des Arztes eingreifen. Der Hausarzt wird selbstverständlich über die Teilnahme seiner Patienten am Programm informiert.

Der betreuende Hausarzt kann

- telefonische, schriftliche und persönliche Informationsangebote zu Inhalten und Abläufen anfordern,
- mit Zustimmung des Patienten Zugang zu den bei Healthways entstehenden Patienteninformationen erhalten und
- regional tätige Mitarbeiter als persönliche Ansprechpartner nutzen.

Workshop III – Versorgungssteuerung

Versorgungssteuerung

Workshop III

Die Betreuung des Versicherten führt damit direkt oder indirekt zur Verbesserung der Gesundheits- und Versorgungssituation.

Zur Validierung der Programme und Ergebnisse hat Healthways eine Kooperation mit der Johns Hopkins School of Medicine geschlossen. Healthways ist der erste Disease-Management-Provider, der alle drei Zertifikate der amerikanischen DM-Industrie erhalten hat.

Eine unabhängige Analyse einer Krankenversicherung mit Unterstützung von Cap Gemini Ernst & Young hat eine 2- bis 3-prozentige Reduzierung der Gesamtausgaben in dieser Versicherung gezeigt.

Eine randomisierte Kohortenstudie mit über 110.000 Fällen konnte die Senkung der Einweisungsrate um 23 Prozent und einen Nettoeffekt von -14 Prozent in der medizinischen Versorgung darstellen.

Fazit:

- Patientencoaching hat sich in verschiedenen Versorgungssystemen als sinnvolles Angebot im Sinne der Verbesserung der Versorgung von chronisch Erkrankten bewährt.
- Patientencoaching kann nur ein komplementäres Angebot in Ergänzung der (haus-) ärztlichen Versorgung sein.
- Der Einsatz von Kommunikationsmedien wie Telefon, Brief oder Internet ermöglicht es, viel mehr Patienten in kürzerer Zeit zu erreichen, als es auf anderen Wegen möglich ist.
- Für viele Patienten eignet sich die Form der Betreuung, nicht aber für alle Patienten.

Dr. Klaus Strick:

Vom Einzelkämpfer zur Leistungserbringergemeinschaft – Versorgungsangebote im Verbund

Die Geschichte des Leistungserbringers und der vertragsärztlichen Bindung beginnt, so Dr. Klaus Strick aus Köln, 1883 mit dem richtungsweisenden Arbeiterkranken-Versicherungsgesetz von Reichskanzler Bismarck. Erstmals werden gesetzliche Krankenkassen festgeschrieben, die privatrechtliche Dienstverträge mit einzelnen Ärzten ihrer Wahl abschließen können.



Dr. Klaus Strick

Versorgungssteuerung Workshop III

Um das ärztliche Wirken auch wirtschaftlichen Kriterien zu verpflichten, entstand 28 Jahre später die Reichsversicherungsordnung. Hier findet sich bereits die uns wohlbekannte Formulierung „den Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln“.

Mit der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 entsteht ein Kollektivvertragssystem mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Erstmals verteilen regionale KVs die Gesamtvergütung in eigener Regie. Ihnen obliegt der Sicherstellungsauftrag und sie haben Disziplinarbefugnis. Bekannt



vorkommen dürfte uns, so Dr. Strick, dass dieses Kollektivsystem jedoch unter staatlicher Aufsicht stand. Schon zwei Jahre später schlägt das Pendel der Geschichte zurück; die gemeinsame Selbstverwaltung wird abgeschafft und durch die bundesweite Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands ersetzt.

Nach Kriegsende und der Auflösung der KVD besinnt man sich jedoch auf die ehemals föderalen Strukturen: 1955 wird das moderne Kassenarztrecht geboren und der „sozialen Marktwirtschaft“ angepasst.

Es folgen 22 Jahre der Blüte bis sich 1977 erste Korrekturbedürfnisse ergeben. 1989 verlangt der Staat nach strengeren Kontrollen und beschließt das Gesundheitsreformgesetz. Die Priorität liegt jetzt

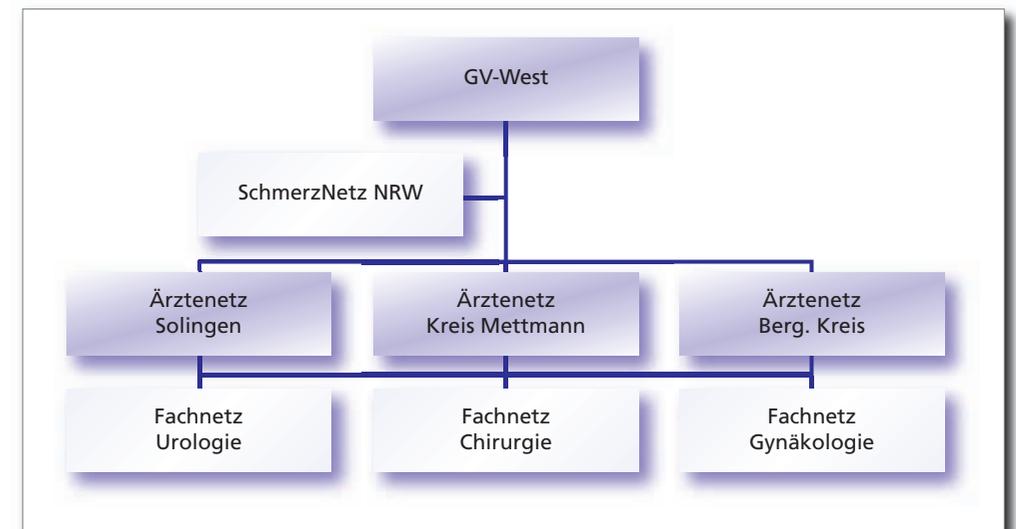
Versorgungssteuerung Workshop III

nicht mehr auf den medizinischen Möglichkeiten, sondern auf den medizinischen Rahmenbedingungen.

Die bekannten Folgen sind:

- Einflussnahme der Politik auf Honorarverträge
- bürokratische Auflagen
- Prüfungen
- Leistungseinschränkungen
- eine strikte Budgetierung des Gesamthonorars
- Mitspracherecht der Krankenkassen
- weniger Gestaltungsspielraum der ärztlichen Selbstverwaltung

Um der Einzelleistungsvergütung nicht weiter als Einzelkämpfer entgegenzutreten zu müssen, beginnen Ärzte sich in den 90er-Jahren zu Vertragsstrukturen zusammenzuschließen. Dieser Trend setzt sich in Genossenschaften und deren Metastrukturen fort: Diese „Hand-in-Hand“-Systeme ermöglichen einen besseren Informationsfluss, zeigen



Versorgungsvorteile für Patienten und bieten der Ärzteschaft finanzielle Vorteile, besonders unter dem Einfluss der Integrationsverträge. Dr. Strick schließt mit einem Appell an seine Kollegen: Stand-alone-Systeme sind sinnlos – machen Sie mit!

Aus dem Blickwinkel des Patienten Workshop IV



Dr. Carsten Schmidt

Workshop IV Aus dem Blickwinkel des Patienten

Im Rahmen einer Evaluation von Rückenschmerzpatienten machte **Dr. Carsten Schmidt** in seinem Vortrag **„Befragung von Rückenschmerzpatienten – ein Erfahrungsbericht“** deutlich, dass die Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit von der Fragestellung sehr vielfältig und in großer Zahl entwickelt worden sind. Die Methoden lassen generische (diagnoseübergreifende), krankheitsspezifische und präferenzbasierte (Utility-)Maße unterscheiden. Während sich generische Maße durch eine breite Anwendbarkeit (verschiedene Populationen, Indikationen und Behandlungsformen) sowie das Vorhandensein von Normwerten auszeichnen und somit den Vergleich zwischen verschiedenen Krankheiten und Populationen ermöglichen, weisen krankheitsspezifische Maße eine höhere Sensitivität für spezifische Veränderungen auf und erlauben somit eine bessere Zuordnung der Lebensqualitätsverbesserung zu bestimmten therapeutischen Maßnahmen. Sie sind somit insbesondere für Veränderungsmessungen im Rahmen klinischer Studien geeignet. Sowohl bei generischen als auch bei krankheitsspezifischen Maßen werden die Ergebnisse zumeist in Form eines Profils anhand verschiedener Dimensionen beschrieben, was eine sehr differenzierte und umfassende Nutzendarstellung ermöglicht. Bei den ebenfalls diagnoseübergreifenden präferenzbasierten Techniken (Utilities) werden die Ergebnisse zur Bewertung von Lebensqualität durch ein Gewichtungsschema in Form eines einzigen Index dargestellt, wobei die Gesamtheit aller relevanten Beeinträchtigungen abgebildet werden soll.

Dr. Gabriele Müller-Mundt beleuchtete in ihrem Vortrag **„Lebensqualität in der Schmerztherapie aus Patientenperspektive und Expertensicht“** die individuellen Bedürfnisse und Hemmnisse von Schmerzpatienten und leitete daraus Konsequenzen für die individuelle Versorgung ab: Eine qualifizierte Versorgung und Sicherung der Lebensqualität schmerzbelasteter Menschen erfordert die Beachtung von Schmerz und subjektiver Bewältigungsherausforderungen in allen Versorgungsbereichen. Zudem muss die Kompetenz der Gesundheitsprofessionen für ein qualifiziertes Schmerzmanagement in der Regel-



Dr. Gabriele Müller-Mundt

Workshop IV – Aus dem Blickwinkel des Patienten

versorgung sichergestellt und multiprofessionelle Kooperationen und Versorgungsintegrationen geschaffen werden. Des Weiteren sind angemessene Rahmenbedingungen zu entwickeln, die eine dem variablen Unterstützungsbedarf angepasste Versorgung und Begleitung der Patienten ermöglichen.

Letztlich wurde durch die Vorträge der beiden Referenten klar, dass die Komponenten der Lebensqualität facettenreich sind und viele Bereiche des menschlichen Lebens umfassen. Gesundheitsbezogene Lebensqualität geht hierbei weit über rein physische Aspekte der Gesundheit im Sinne von klinischer Symptomatik oder „objektiver“ körperlicher Verfassung hinaus, denn es kommen Aspekte hinzu, wie kranke Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen und wie sie ihre sozialen Beziehungen gestalten. Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität handelt es sich somit um ein Konstrukt aus physischen, psychischen, sozialen und verhaltensbezogenen Komponenten (Alltagskompetenz) des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit, wobei die Beurteilung durch die Betroffenen selbst wesentlich ist.

Aus dem Blickwinkel des Patienten Workshop IV



Moderation:
Dr. Stefan Rödiger

Defined Daily Doses (DDD): possibilities and limits

Workshop V



Moderation:
Dr. Hiltrud Liedgens

Workshop V

Defined Daily Doses (DDD): possibilities and limits

Prof. Peter de Smet, Leiter der WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology in Den Haag leitete seinen Vortrag **“Economic analysis based on Defined Daily Doses?”** mit der Erkenntnis ein, dass in Deutschland bis 1980 nicht beantwortet werden konnte, wer welches Arzneimittel zu welchen Kosten wann und für wen verordnet hat. In Zeiten knapper werdender Ressourcen ist aber zunehmend Transparenz beim Arzneimittelverbrauch gewünscht. Um den Arzneimittelverbrauch auf regionaler und nationaler Ebene messen zu können, ist es notwendig, über ein Klassifizierungssystem der Arzneimittel und über eine definierte Maßeinheit zu verfügen. In der ATC-Klassifikation (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) werden Wirkstoffe entsprechend dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken, und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in verschiedene Gruppen eingeteilt. Den einzelnen Wirkstoffen wird eine definierte Tagesdosis (DDD) zugeordnet. Die DDD ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

ATC-Code

- ± 1970 Entwicklung der ATC/DDD-Klassifikation durch norwegische Wissenschaftler
- ± 1982 Eröffnung des WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology in Oslo
- ± 1996 Die ATC/DDD-Klassifikation wird als internationaler Standard für Studien zum Arzneimittelverbrauch entwickelt. Gleichzeitig erfolgt die Gründung der WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology

Leitmotiv der Präsentation von Prof. de Smet:

“[...] Each classification system will have its advantages and limitations and its usefulness will depend on the purpose, the setting used and the user’s knowledge of the methodology [...].”

Workshop V –

Defined Daily Doses (DDD): possibilities and limits

Ein ATC-Code wird durch die WHO vergeben:

- an neue chemische Substanzen und Biologicals, die in mehreren Ländern zugelassen werden sollen
- an Arzneimittel, die bereits in mehreren Ländern verfügbar sind
- auf Antrag durch den Hersteller, eine Zulassungsbehörde oder andere nationale Institutionen
- wenn mindestens in einem Land die Zulassung für das neue Arzneimittel eingereicht ist

Änderungen des ATC-Codes sind möglich, wenn sich die Hauptindikation eindeutig geändert hat.

Die DDD (Defined Daily Dose) wird vergeben für die Hauptindikation eines Arzneimittels basierend auf dem ATC-Code nach erfolgter Zulassung in mindestens einem Land. Die Berechnung basiert auf der mittleren Dosierung der Erhaltungsdosis für die Behandlung eines 70 kg schweren Patienten (auch für pädiatrische Arzneimittel). Die DDD kann durchaus eine Dosierung sein, die nicht im Markt ist, da für die Berechnung immer der Mittelwert verwendet wird. Prof. de Smet wies ausdrücklich darauf hin, dass die DDD nicht zur Ermittlung oder zum Vergleich von Arzneimittelkosten entwickelt wurde und deshalb auch nicht für diesen Zweck verwendet werden sollte.

Da die DDD anders als die PDD (Prescribed Daily Dose), die je nach Land und auch von Jahr zu Jahr unterschiedlich sein kann, eine konstante Größe darstellt, ist sie für die Analyse des Arzneimittelverbrauchs auch im Vergleich zwischen Ländern oder zwischen den Jahren geeignet.

Dr. Ariane Höer, IGES-Institut

Arzneimittel-Atlas: DDDs as one of the tools used

Der Arzneimittel-Atlas stellt ein Beispiel dar, wie das ATC/DDD-System für die Dokumentation des Arzneimittelverbrauchs in einem Land, in diesem Fall in Deutschland, eingesetzt werden kann. Der jährliche

Defined Daily Doses (DDD): possibilities and limits

Workshop V



Prof. Peter de Smet

Defined Daily Doses (DDD): possibilities and limits

Workshop V



Dr. Ariane Höer

Anstieg des Arzneimittelverbrauchs wird hier angegeben basierend auf der Anzahl verordneter DDDs.

In Deutschland werden jährlich von DIMDI und WiDO (Wissenschaftliches Institut der AOK) eigene ATC/DDD-Indizes vergeben. Das kann dazu führen, dass zwei unterschiedliche Dosierungen vorliegen, die außerdem von der DDD der WHO abweichen. Die Berechnungen von DIMDI und WiDO basieren auf tatsächlichem Verbrauch der Arzneimittel in Deutschland und unterliegen entsprechend jährlichen Schwankungen.

Die Berechnungen im Arzneimittel-Atlas basieren allein auf den Daten des WiDO, da diese zeitnaher erfasst werden als die Daten des DIMDI. Aber auch hier können je nach Berechnungsjahr Unterschiede in Verbrauch und Kosten auftreten, weshalb auch hier die Interpretation der Daten kritisch hinterfragt werden sollte.

Moderation

Dr. Albrecht Kloepfer

Büro für Gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Christian Luley

Gesundheitsmanagement Grünenthal GmbH, Aachen

Hauptreferenten

Kai Martens

Grünenthal GmbH, Geschäftsleiter Deutschland

Dr. Gerhard Müller-Schwefe

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e. V., Göttingen

Birgit Fischer

Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Lehrstuhl für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik, Bremen

Dr. Bernd Brüggjenjürgen

Projektbereich Gesundheitssystemforschung am „Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie“ der Charité, Berlin

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin

Dr. Christoph Gries

Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie der DAK, Hamburg

Franz Knieps

Abteilungsleiter „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Dr. Theodor Windhorst

Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster

Carlos A. Gebauer – Dinner-Diskurs, Rechtsanwalt und Autor, Duisburg

Impulsreferenten, Moderatoren und Rapporteure der Workshops

• Workshop I: Instrumente der Patientenführung

Dr. Robert Paquet – Moderation, Freier Journalist und Berater
Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft, Berlin

Frank Freudenstein
KKH – Die Kaufmännische, Hannover

Dr. Stefan Bilger
Vorstand des Landesverbands Baden-Württemberg des Deutschen
Hausärzteverbandes e. V., Dossenheim

Dr. Dagmar Starke – Rapporteur
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf



Dr. Dagmar Starke

• Workshop II: Bedarfsorientierte Versorgungsangebote

Michael Hübner – Moderation, GEK, Schwäbisch Gmünd

Dr. Bernhard Arnold
Chefarzt der Abteilung für Schmerztherapie,
Klinikum Dachau

Christian Grete
Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Hamburg

Dr. Annette Luise Schmitz – Rapporteur
Klinikum Neustadt



Dr. Annette-Luise
Schmitz

• Workshop III: Versorgungssteuerung

Wolfgang Vieten MD – Moderation
Geschäftsführer der KVWL Consult GmbH, Dortmund

Jobst Kamal
Healthways International GmbH, Hennigsdorf

Dr. Klaus Strick
Vorsitzender der Schmerztherapeuten Nordrhein-Westfalens, Köln

Dr. Hans-Georg Huber – Rapporteur,
Ärztchamber Nordrhein, Düsseldorf



Dr. Hans-Georg Huber

• Workshop IV: Aus dem Blickwinkel des Patienten

Dr. Stefan Rödiger – Moderation
Manager Gesundheitsökonomie und Erstattung, Grünenthal GmbH

Dr. Carsten Schmidt
Institut für Community Medicine, Universität Greifswald

Dr. Gabriele Müller-Mundt
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Regina Gilge – Rapporteur, KBV, Berlin



Regina Gilge

• Workshop V: Defined Daily Doses (DDD): possibilities and limits

Dr. Hiltrud Liedgens – Moderation
Health Economics and Pricing, Grünenthal GmbH, Aachen

Prof. Peter de Smet
WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology,
Den Haag

Dr. Ariane Höer
Senior Pharmacologist, IGES-Institut, Berlin

Guido Weinaug – Rapporteur
Regionale Gesundheitspolitik & Erstattung, Grünenthal GmbH,
Aachen



Guido Weinaug

IMPRESSIONEN ...



DOKUMENTATION DER AACHER WORKSHOPS ZUR ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE:




Aktivitäten

Gesundheitsmanagement

**Rückblick 2005–2008/
 Vorschau 2009**

4. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“

Versorgungsforschung für den Schmerzpatienten – das Geheimnis der letzten Meile

Die Abbildung des Leistungsgeschehens im deutschen Gesundheitswesen ist in seinem Kern sehr stark diagnosegeprägt. Der Schmerz, nach Definition zunächst nur Symptom und keine Krankheit, findet in diesem System kaum Berücksichtigung, obwohl chronischer Schmerz zur eigenständigen Krankheit wird, die letztlich mit der Diagnose „chronische Schmerzkrankung“ bezeichnet werden muss. Dies führt zu erheblichen Problemen bei der Identifizierung von Schmerzpatienten und in der Konsequenz auch bei der Dokumentation des schmerztherapeutischen Leistungsgeschehens.

„Was nicht dokumentiert wird, findet nicht statt“

Somit ist das Wissen um die aktuelle Versorgungssituation von Schmerzpatienten sehr lückenhaft. Die Erkenntnisse zu krankheitsbedingten Kosten von Schmerzkrankungen sowie die ökonomische Bewertung von Therapieoptionen sind bisher sehr gering.

Das Wissen um die aktuelle Versorgungssituation ist aber grundlegende Voraussetzung, um die Versorgungsdefizite aufdecken und neue Therapieoptionen bewerten zu können.

„Ohne Vergleichbarkeit kein Wettbewerb um die beste Vergütung“

Wie diese Wissensdefizite behoben werden können, war Gegenstand des 4. Workshops zur „Zukunft der Schmerztherapie“. Unter dem Leitgedanken „Versorgungsforschung für den Schmerzpatienten – das Geheimnis der letzten Meile“ trafen sich Experten von Krankenkassen und aus den Bereichen Medizin, Gesundheitspolitik und Wissenschaft, um die derzeitige Versorgung von Schmerzpatienten aus dem Blickwinkel der Versorgungsforschung zu analysieren und konkrete Handlungsideen zu entwickeln.

Im vorliegenden Workshop-Berichtsband finden Sie die Zusammenfassungen der verschiedenen Vorträge sowie die Berichte aus den fünf Arbeitsgruppen.

Grünenthal GmbH – Gesundheitsmanagement

52099 Aachen

Tel.: 0241/569-1222

Fax: 0241/569-3151

E-Mail: gesundheitsmanagement@grunenthal.com

www.grunenthal.de

