

WISO

Januar 2011

Diskurs

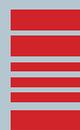
Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung

Vorschläge zur notwendigen
Weiterentwicklung und Umgestaltung
unseres Gesundheitswesens



Gesprächskreis
Sozialpolitik



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und
Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung

Vorschläge zur notwendigen
Weiterentwicklung und Umgestaltung
unseres Gesundheitswesens

Gerd Glaeske¹

¹ Der Autor dieser Expertise war in den Jahren 2003 bis 2009 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (zusammen mit den Kolleginnen M. Haubitz und A. Kuhlmeier sowie den Kollegen F. M. Gerlach, M. Schrappe, R. Rosenbrock und E. Wille). Es kann daher nicht erstaunen, dass sich einige der in den Gutachten 2007 und vor allem 2009 ausformulierten Gedanken und Vorschläge auch in dieser Expertise wiederfinden. Ich bitte hierfür auch meine ehemaligen Kolleginnen und Kollegen aus dem Sachverständigenrat um Verständnis.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	5
1. Zielorientierung im Gesundheitssystem	6
2. Zielorientierung „Professionenmix“	9
3. Zukünftige Herausforderungen für unser Gesundheitssystem	12
4. Die Entwicklung der demographischen Veränderungen	13
5. Hinweise zum künftigen Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen – Kinderkrankheiten werden „erwachsen“	17
6. Ein besonderes Problem: Kinderkrankheiten und Transition	21
7. Die medizinische Versorgung wird chronisch	24
8. Alter, Krankheitsspektrum und Multimorbidität	26
9. Altersspezifische Veränderungen und der Einfluss auf die Pharmakotherapie	30
10. Der zukünftige Versorgungsbedarf erfordert innovative Strukturen	32
11. Unser System aus Sicht der Versicherten und Patienten: positiv mit Defiziten	37
12. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	39
13. Versorgung mit Arzneimitteln	43
14. Neu heißt nicht immer innovativ, teurer nicht besser!	46
15. Veränderungen im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel	49
Literatur	50
Der Autor	55

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Vorbemerkung

Welche gesundheitspolitische Vision wird zukünftig die treibende Kraft für positive Veränderungen im Gesundheitssystem sein? Vorstellungen über neue innovative Arzneimittel oder medizintechnologische Entwicklungen? Sicherlich werden sie eine wichtige Rolle spielen. Wird bei diesen Vorstellungen aber wirklich von den Bedarfen und dem Nutzen medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen für den Patienten ausgegangen und orientieren sich hieran die bisher etablierten Versorgungsstrukturen?

Hieran bestehen erhebliche Zweifel. Es gibt viele Hinweise darauf, dass die gegenwärtige Beschaffenheit des Gesundheitssystems die veränderten Bedarfe nicht ausreichend wahrnimmt und den wirklichen Nutzen der Leistungen für den Patienten nicht ausreichend offen legt. Es bestehen auch Zweifel daran, dass die gegenwärtige Ausrichtung des Gesundheitssystems ohne eine deutliche Neuausrichtung stärkere Impulse für eine bessere gesundheitliche Versorgung der Patienten erzeugen wird.

Es stellt sich deshalb die Frage, wie eine gesundheitspolitische Konzeption aussehen könnte, die die Bedarfe an medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen und deren Nutzen für den Patienten als Ausgangspunkt nimmt und gleichzeitig gegenüber wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Überlegungen offen ist.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Friedrich-Ebert-Stiftung haben Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen damit beauftragt, dieser Frage nachzugehen.

Die Fragestellung wurde in dem noch laufenden Projekt zum Thema Soziale Gesundheitswirtschaft entwickelt. In diesem Projekt wird auf den

Zusammenhang von Gesundheit und Wirtschaft/Beschäftigung/Qualifizierung eingegangen. Diesen Zusammenhang hat es schon immer gegeben und er wird hier nicht neu erfunden. Allerdings werden Wachstum der Industrie und der Dienstleister dem Bedarf des Patienten untergeordnet und so die politische und gewerkschaftliche Perspektive neu akzentuiert:

Am Ende dieses Projektes soll ein Konzept vorgestellt werden, das aufzeigt, welche Strategie sowohl zu einer qualitativ höherwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung führt als auch gute Arbeit und verbesserte Qualifizierung ermöglicht. Ein solches Konzept grenzt sich von denen ab, die z.B. ausschließlich Wachstum oder einseitige Einkommenserhöhungen bzw. Umsatzsteigerungen der Leistungsanbieter im Focus haben und davon abhängig definieren, was zukünftige medizinische Bedarfe sind und wie darauf einzugehen ist.

Zentral sind in unserem Projekt vielmehr folgende konzeptionellen Überlegungen:

Auszugehen ist von dem gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf an Dienstleistungen für Gesundheit und Pflege.

Alle Angebote müssen patientenzentriert sein und dabei die Arbeitssituation der Beschäftigten im Gesundheitssystem verbessern und lebenslanges Lernen ermöglichen.

Innovationen müssen auf vernetzte Versorgungsstrukturen abstellen, wie z.B. integrierte Versorgung.

Diese Strukturen werden durch einen innovationsfördernden ordnungspolitischen Rahmen mit regionalen bevölkerungsbezogenen Verträgen gefestigt.

Weitere Überlegungen sind auf die Finanzierung ausgerichtet.*

Die vorliegende Studie von Gerd Glaeske stellt zukünftige Bedarfe und am Patienten orientierte Versorgungsstrukturen dar. Er geht nicht nur auf zukunftsgerichtete Kooperationsformen von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern ein, sondern unterstreicht damit im Zusammenhang auch die Notwendigkeit einer innovationsfördernden Qualifizierung aller Beteiligten im Ver-

änderungsprozess. Besonderes Augenmerk wurde dem Nutzen von Heil- und Hilfsmitteln sowie Arzneimitteln gewidmet. Für alle diese Bereiche stellt der Autor Gestaltungsvorschläge bereit, die patientenorientiert sind. Gerd Glaeske liefert neue Diskussionsanstöße, die in die weiteren Überlegungen des Projektes einfließen. Wir bedanken uns bei dem Autor für seine wichtigen Ausführungen und die konstruktive Zusammenarbeit.

Herbert Weisbrod-Frey
Bereichsleiter Gesundheitspolitik
ver.di Bundesvorstand, Berlin

Peter König
Leiter Gesprächskreis Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

* Aus dem Projekt heraus wurden bisher im Gesprächskreis Sozialpolitik folgende Expertisen veröffentlicht: Zwiener, Rudolf 2011: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben – Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung, WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung; Greß, Stefan 2010: Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen, WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung. Außerhalb des Projektes ist im Gesprächskreis Verbraucherpolitik zu diesem Thema entstanden: Schneider, Thomas 2010: Diagnose behandlungsbedürftig – Patientenrechte in Deutschland, WISO direkt, Friedrich-Ebert-Stiftung.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Vergleich der Alterspyramiden in Deutschland in den Jahren 2005 und 2050	13
Abbildung 2:	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV	16
Abbildung 3:	Alter der Mukoviszidosepatienten in der GEK	22
Abbildung 4:	Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherten in der GKV 2007	25
Abbildung 5:	Anteil der männlichen Versicherten mit Arzneimittelverordnungen (Arzneimittelpatienten) im Alter ab 65 Jahren und Verteilung auf die Anzahl Wirkstoffe (WS) in der GEK 2005	28
Abbildung 6:	Anteil der weiblichen Versicherten mit Arzneimittelverordnungen (Arzneimittelpatienten) im Alter ab 65 Jahren und Verteilung auf die Anzahl Wirkstoffe (WS) in der GEK 2005	29
Abbildung 7:	Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung	33
Abbildung 8:	Anteile an den Ausgaben der GKV im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 175,6 Milliarden Euro	40
Abbildung 9:	Arzneimittelausgaben der GKV von 1998 bis 2008	45
Tabelle 1:	Altenquotient „65“	14
Tabelle 2:	Altenquotient „65“ in den Bundesländern	15
Tabelle 3:	Multimorbiditätsindex im GStel03	27
Tabelle 4:	Industrieumsätze der 20 führenden Arzneimittel in Deutschland, zuzüglich einiger zusätzlich ausgewählter Beispiele (ohne Blutzuckerteststreifen)	47

1. Zielorientierung im Gesundheitssystem

Vor allem in den letzten zwanzig Jahren steht das deutsche Gesundheitswesen, und hier insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), immer wieder im Mittelpunkt des sozial- und wirtschaftspolitischen Interesses. Die politischen Entscheidungsträger sehen sich nach wie vor mit der Aufgabe konfrontiert, sowohl das Finanzierungssystem der GKV nachhaltiger zu gestalten, als auch die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Thematisierung von Effizienz- und Effektivitätsreserven besitzt ihre Berechtigung übrigens unabhängig davon, dass das deutsche Gesundheitswesen den Versicherten bzw. Patienten auch im internationalen Vergleich noch immer eine flächendeckende medizinische Versorgung auf hohem Niveau bietet.

Da die Feststellung einer Wachstumsschwäche der bestehenden Finanzierungsbasis in der GKV die Existenz von noch vorhandenen Effizienz- und Effektivitätsreserven nicht ausschließt, bilden beide Aufgabenbereiche aus gesamtwirtschaftlicher und gesellschaftlicher Perspektive Ansatzpunkte für zielorientierte Reformmaßnahmen. Während die Finanzierungsprobleme der GKV weiterhin einer nachhaltigen Lösung harren – auch die derzeit diskutierten Ansätze einer Gesundheitsprämie oder eines Zusatzbeitrages werden die Finanzierung nicht stabilisieren können, schon gar nicht ohne Überforderung der einzelnen Versicherten oder steuerlicher Ausgleichs –, können die Überlegungen zur Ausgaben- bzw. Leistungsseite der Gesundheitsversorgung in der Zwischenzeit an eine Reihe von Reformmaßnahmen anknüpfen, mit denen der Gesetzgeber in den letzten Jahren auf manchen Feldern bessere Voraussetzungen für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung geschaffen hat. Besonders richtungweisend waren in diesem Zusammenhang die Regelungen und Veränderungen durch das Gesetz zur Modernisierung der GKV

(GMG), das am 1.1.2004 in Kraft trat und mit dem diverse innovative Rahmenbedingungen, z.B. im Hinblick auf eine selektive und integrative Vertragsgestaltung, eingeführt wurden. Auch sollte nicht vergessen werden, dass mit diesem Gesetz die Voraussetzungen für den Aufbau des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) geschaffen wurden, das die Aufgabe hatte, den Nutzen von Behandlungsmaßnahmen zu prüfen, die von der GKV finanziert wurden. Auch dies war ein überfälliges Ziel in der GKV, keine finanziellen Mittel für Maßnahmen ohne nachgewiesenen Nutzen zu verschwenden.

Die Förderung eines Wettbewerbs um Qualität und Effizienz, der mit den neuen Vertragsformen gefördert werden sollte, war auch eine Reaktion auf die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinen letzten Gutachten immer wieder dargestellte Über-, Unter- und Fehlversorgung und die damit einhergehenden Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen. Selektive Verträge sollten Anreize dafür bieten, nur solche Maßnahmen in Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation anzuwenden, deren Effektivität und Effizienz nachgewiesen ist – das IQWiG sollte die in dieser Hinsicht wichtigsten Entscheidungsträger im Gesundheitssystem, die Ärztinnen und Ärzte, durch seine Bewertungen unterstützen. Denn schließlich waren diese Bewertungen Vorlagen für den Gemeinsamen Bundesausschuss oder für das Gesundheitsministerium bei der Definition des GKV-Leistungskatalogs. Leistungen, deren Nutzen nicht nachgewiesen ist, sollten auch gar nicht erst Eingang in den Leistungskatalog finden. Darüber hinaus bot das GMG die Möglichkeit, eine an der Qualität der Behandlung orientierte Vergütung für die Ärztinnen und Ärzte zu vereinbaren, sowohl im Rahmen der kollektiven Verträge mit den Kassenärztlichen Verei-

nigungen (so hat z. B. die KV Bayerns mit ihren Ärzten auf der Basis des § 136 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) Verträge mit finanziellen Zu- und Abschlägen vereinbart) als auch im Rahmen selektiver Verträge (z. B. zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V). Solche qualitätsorientierten Honoraranreize (Pay for Performance) sollen den gewünschten Wettbewerb um Qualität zwischen den Ärztinnen und Ärzten, zwischen den Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern fördern – dies ist eine der notwendig zu formulierenden Zielorientierungen in der Gesundheitsversorgung.

Weiterhin setzt eine zielorientierte Gesundheitsversorgung eine entsprechende Kooperation sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen diesen und den Krankenkassen sowie klar geregelte Verantwortlichkeiten voraus, die den fachspezifischen Qualifikationen der an den Prozessen gesundheitlicher Leistungserstellung Beteiligten Rechnung tragen. Sie setzt aber auch Strukturen voraus, in denen sich eine verbesserte Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander, eine intensiviertere Kommunikation sowohl unter den Angehörigen der Leistungserbringer als auch zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten, umsetzen lässt. Dazu gehört vor allem die Strategie, die Integration der Behandlungsabläufe zu fördern, in denen sich eine messbar optimierte Versorgungsqualität erreichen lässt. Insbesondere Strategien zur Veränderungen der Versorgungsstrukturen, die nachweislich effizienzmindernd wirken (z. B. durch Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Leistungssektoren, hier vor allem zwischen dem stationären und ambulanten Sektor), stoßen aber häufig genug, offen oder verdeckt, auf Partikularinteressen von Leistungserbringern, die sich in der bisherigen Struktur zu ihrem Vorteil „eingrichtet“ haben und keinen wirklichen Anreiz darin sehen, stärker auf Kooperation oder Integration zu setzen – sektorenorientierte Kollektivverträge sichern auch bei Defiziten in der Kooperation, der Koordination oder der Qualität der Versorgung die Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen. So verfolgen Krankenhäuser z. B. erst seit einigen Jahren die Strategie, die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu

verstärken, um auf der einen Seite das Einweiserpotenzial für die eigene Bettenbelegung zu sichern, aber auch, um auf der anderen Seite durch Verträge zur integrierten Versorgung (IV) (§ 140 a-f, SGB V) zusammen mit den niedergelassenen Ärzten die gesetzlich zugesicherten finanziellen Anreize für die IV-Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen zu können („Beutegemeinschaften“). Dieses Beispiel zeigt aber auch, dass vor allem finanzielle Anreize sowie individuelle Vorteile dazu beitragen können, Strukturen neu zu entwickeln oder bestehende weiterzuentwickeln und dass der Wettbewerb im Gesundheitssystem vor allem auch als Suchstrategie für die Optimierung von Qualität und Effizienz genutzt werden kann. Wettbewerb ist daher mitnichten Selbstzweck oder lediglich Chiffre für ein modernes Gesundheitssystem, er sollte vielmehr ein Katalysator für die Suche nach verbesserten Konzepten für die medizinische Versorgung sein, von denen die Patientinnen und Patienten profitieren. Nicht der Wettbewerb um Leistungen steht in der GKV im Mittelpunkt, sondern der Wettbewerb um die Art und Weise, wie Leistungen für die Versicherten und die Patienten zur Verfügung gestellt werden. Dass es dabei auf Seiten der Leistungserbringer zu Differenzierung kommt und dass es Gewinner und Verlierer in einem solchen Wettbewerb gibt, ist erwünscht: Schließlich geht es darum, die Versorgung der Patienten auf einem hohen Qualitätsniveau sicherzustellen, nicht aber darum, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Behandlern trotz unterschiedlicher Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die gleiche Honorierung zuzugestehen. Nicht alle Leistungserbringer können alles gleich gut – dies muss sich auch in einer differenzierten Bezahlung widerspiegeln. Die Konzepte der KV Bayerns der „Ausgezeichneten Patientenversorgung“ nach § 136 SGB V, als Voraussetzung für die Abrechnung z. B. bei Koloskopien oder Sonographien, Nachweise der Kenntnisse einer Ärztin oder eines Arztes genauso zur Voraussetzung zu machen wie deren apparative Ausstattung und Wartung der Geräte, ist ein beispielhafter Weg, qualitätsorientierte finanzielle Anreize in das Versorgungssystem einzuführen: Die Zuschläge für die qualitätsorientierten Ärzte wer-

den finanziert aus den Abschlägen der Ärzte, die sich diesen Qualitätsmaßnahmen verweigern. Die Förderung von mehr Qualität führt daher zu einer Umverteilung vorhandener finanzieller Mittel, nicht zu einem Bedarf an zusätzlicher Finanzierung (z. B. KV Bayerns 2010).

Eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung hat als Grundlage ein Nutzenkonzept, das neben der Effektivität der medizinischen Maßnahmen auch die Patienten- und gesellschaftliche Präferenzen sowie die Angemessenheit der Versorgung einbezieht. So könnte sich z. B. eine Patientin mit einer Krebserkrankung aus einer individuellen Angemessenheitsüberlegung bezüglich der Verträglichkeit durchaus für eine Therapie der zweiten Wahl entscheiden, bei der die Überlebenszeiten geringer, die Lebensqualität für sie aber höher erscheint: „Ich habe das Gefühl, nicht an meinem Brustkrebs, sondern an den Nebenwirkungen der Behandlung zu leiden.“ (persönliche Mitteilung einer Patientin) Damit werden auch Aspekte der relativen Wirksamkeit für Allokationsfragen wichtig, wobei die absolute Wirksamkeit als vorrangige und notwendige Bedingung für den Nutzen eines Verfahrens in ihrer Bedeutung nicht geschmälert wird. Daher sollten sich Konzepte einer zielorientierten Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die medizinisch erwünschten Ergebnisse vor allem an Kriterien der Versorgungsqualität und eines patientenorientierten Nutzens orientieren, Gesundheitsreformen sollten sich daher nicht in reinen Kostendämpfungsmaßnahmen oder der Erschließung neuer Finanzierungsquellen erschöpfen. Zudem

sollte bei allen Interventionen immer wieder geprüft werden, ob neue Strategien diesem Ziel des patientenorientierten Nutzens folgen oder ob es kontraproduktive Entwicklungen geben könnte. So ist die Einführung des Gesundheitsfonds und des auf 80 Krankheiten eingeschränkten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit der Gefahr verbunden, dass sich die Versorgungsqualität der Patienten auch nach den Zuweisungen richtet: Kommt es zu negativen Deckungsbeiträgen, ist die Krankheitsversorgung also teurer als der finanzielle Ausgleich aus dem Fonds, könnte eine Kasse geneigt sein, sich im Rahmen „subkutaner“ Strategien einer Risikoselektion von solchen Versicherten zu trennen oder die Versorgung auf ein begrenztes Niveau zu reduzieren. Zudem hat dieser krankheitsbezogene Ausgleich auch dazu beigetragen, dass Präventions- und Informationsmaßnahmen der Kassen zugunsten der Patienten in der Zwischenzeit weniger Bedeutung haben (Glaeske 2009). An der gesundheitlichen Orientierung und der Förderung des Patientennutzens sollten sich daher alle künftigen Konzepte einer innovativen Gesundheitspolitik messen lassen.

Um die Ergebnisse einer innovativen Gesundheitspolitik zu bestimmen, ist eine Versorgungsforschung als „Politikfolgenforschung“ unabdingbar. Die defizitäre Evaluationskultur in unserem Versorgungssystem muss dringend beendet werden, wenn frühzeitig Fehlentwicklungen erkannt und abgestellt oder wenn vielversprechende neue Konzepte implementiert werden sollen.

2. Zielorientierung „Professionenmix“

In diesem Zusammenhang geht es auch um die Weiterentwicklung von Strukturen, in denen die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe verbessert und der optimale Einsatz dieser personellen Ressourcen zugunsten einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung genutzt werden kann. Eine stärkere Berücksichtigung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in den Behandlungsprozessen und die Forderung nach einer verbesserten Kooperation zielen primär auf eine effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserstellung und weniger darauf ab, einem eventuellen Ärztemangel vorzubeugen. Eine solche Zielorientierung setzt jedoch bei allen Gesundheitsberufen die Bereitschaft zu teamorientierten Arbeitsformen, zu einer Neuaufteilung der Tätigkeitsfelder entsprechend der Qualifikation und zur Übernahme neuer Verantwortungen voraus. Daraus könnte aber eine höhere Zufriedenheit in der Berufstätigkeit entstehen. Das entscheidende Kriterium ist aber auch hier, dass die Patienten von einer effizienteren und qualitativ besseren Versorgung im Rahmen neuer Kooperationsformen und veränderter Verantwortlichkeiten profitieren. Beim Zugang zur integrierten Versorgung sowie beim Case Management können z. B. spezialisierte Pflegekräfte in Kooperation mit Ärzten je nach Anforderungsprofil bestimmte Aufgaben übernehmen (z. B. Entscheidungen über Hilfsmittel). Solche weitreichenden Veränderungen lassen sich aber nur im Rahmen geeigneter Anreizstrukturen und einer outcomeorientierten Koordination aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten umsetzen. Dies setzt die Existenz von Ergebnisindikatoren (Outcomeindikatoren) bzw. Patientensicherheitsindikatoren voraus, die in möglichst quantitativer Form die Qualität der Versorgung widerspiegeln und damit den gesundheitlichen Nutzen anzeigen, der den Patien-

ten aus einer solchen neu strukturierten Gesundheitsversorgung erwächst. Transparenz wird daher zur wichtigen Zielorientierung in unserem System!

Die Frage nach dem effizienten und effektiven Einsatz der Potenziale unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitssystem wird forciert durch eine Zunahme von Patienten mit chronischen und multimorbiden Leiden, durch veränderte Bedürfnisse und Bedarfe der Systemnutzer, durch gewandelte Versorgungsstrukturen, fortschreitende Spezialisierung, neue technische Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie, Akademisierungsprozesse in unterschiedlichen Gesundheitsberufen und nicht zuletzt durch regionale Versorgungsengpässe. Dem Gesundheitswesen stellt sich die Aufgabe, auch in Zukunft hinreichend ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Nachwuchs für die Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft zu rekrutieren.

4,6 Millionen Beschäftigte (3,3 Millionen „Vollzeitäquivalente“) arbeiten im deutschen Gesundheitswesen. Ihre Leistungserbringung erfordert eine enge Kooperation mit Patienten, aber auch zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weist gegenwärtig eine Reihe von Defiziten auf. Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht weder den demographischen Entwicklungen noch den Veränderungen im Morbiditätsspektrum, die eine stärkere pflegerische, betreuende und begleitende Kompetenz neben der bisher dominierenden kurativen erfordern, und hält den neuen strukturellen Anforderungen, insbesondere einer sektorübergreifenden Versorgung, nicht stand. Der Prozess der Arbeitsteilung z. B. zwischen Ärzten und der Pflege ist durch Rechtsunsicherheit gekennzeichnet, die

interprofessionelle Standardisierung von Arbeitsabläufen ist zu wenig ausgeprägt. Darüber hinaus bestehen eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung sowie Ausbildungsmängel. So werden die einzelnen Gesundheitsberufe nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen vorbereitet. Die Veränderungen der Aufgabenverteilung und die stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe sollte in einem differenzierten Prozedere vor sich gehen. Zunächst können im Rahmen der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Danach könnten regionale Modellprojekte zur Veränderung der Aufgabenverteilung und zur größeren Eigenständigkeit nichtärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn die Evaluation positiv ausfällt, könnte eine breitere Einführung der Neuerung in die Routineversorgung geschehen. In diesem Zusammenhang spielt insbesondere die Übertragung von Versorgungstätigkeit auf die Pflege eine bedeutende Rolle, hier sollte es zu einer größeren Handlungsautonomie kommen. International erprobte Modelle wie die *advanced nursing practice* (z. B. *nurse practitioners*) sollten dabei Vorbild sein. Die Pflege könnte auch die Verantwortung für die Verordnung von Pflegeartikeln bekommen, auch die Betreuung der medikamentösen Versorgung insbesondere bei älteren Menschen muss gefördert werden, um die Behandlung mit Arzneimitteln sicherer zu machen. Pflegende sind z. B. in Pflegeheimen oder Krankenhäusern kontinuierlich patientennäher tätig als Ärztinnen und Ärzte, sie sollten daher auch die Auswirkungen einer Medikation im Bezug auf die Wirkungen bzw. die unerwünschten Wirkungen erkennen und dem behandelnden Arzt mitteilen können. Daher sind geregelte Kooperationsstrukturen und entsprechende Qualifikationen und Kompetenzen des Pflegepersonals erforderlich. Dies ist einer der Gründe, warum die Ausbildung in der Pflege, aber auch in anderen Gesundheitsberufen profiliert werden muss. Die Medizinischen Fakultäten sollten das Spektrum ihrer Professuren mit Lehr- und Forschungsaufgaben durch die Integration von Pflegewissenschaften und -praxis, Physiothera-

pie, Logopädie und anderen Gesundheitsberufen erweitern. Der Akademisierungsprozess verschiedener Gesundheitsberufe sollte vereinheitlicht werden. Die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus innerhalb der einzelnen Gruppen nicht-ärztlicher Heilberufe müssen untereinander abgestimmt werden. Die Qualifikation der Gesundheitsberufe darf nicht abhängig davon sein, in welchen Institutionen die Ausbildung absolviert wurde, hier muss es, ähnlich wie bei Ärzten und Apothekern, zu einer verbindlichen Anforderung der Ausbildungsinhalte kommen. Nur wenn Qualifikationsdefizite und -ressentiments schwinden, ist die Basis für eine unvoreingenommene und erfolgreiche Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander in unserem Versorgungssystem gegeben. Die Vergabe von Berufsausweisen auch an die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe würde diesen Anspruch nach einer inhaltlich überprüfbareren Qualifikation von Aus-, Fort- und Weiterbildung deutlich machen.

Bei all diesen Überlegungen zu Veränderungen der kurativen Strukturen darf die Primärprävention insbesondere mit Blick auf vulnerable Gruppen nicht vernachlässigt werden (z. B. Arbeitslose oder sozial benachteiligte Menschen). Nur die wenigsten Interventionsfelder liegen im Bereich des medizinischen Versorgungssystems. Daher müssen z. B. Kommunen, die Bundesagentur für Arbeit, karitative Organisationen oder Institutionen bzw. Stellen mit eingebunden werden, die eine psychosoziale Betreuung anbieten. Präventive Interventionen sollten an den jeweiligen Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen. Auch in der Prävention geht es um die Definition von Zielen und um die Priorisierung der möglichen Maßnahmen. Zwar gibt es ohne Zweifel Präventionsmaßnahmen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist (proven efficacy, z. B. im Hinblick auf eine deutliche Preiserhöhung für Zigaretten, um vor allem Jugendliche vom Beginn des Rauchens fernzuhalten, auf den Gebrauch von Kondomen zur Verringerung der HIV-Infektionen oder auf die Einnahme von Folsäure in der Schwangerschaft zur Vermeidung von Schäden beim Neugeborenen (v. a. Spina bifida)), es sollten aber auch Präventionsmaßnahmen genutzt werden, die zu-

mindest vielversprechend sind (promising efficacy), z.B. um Krankheiten wie Diabetes mit Ernährungsprogrammen in Kindergärten und Schulen vorzubeugen. Es bedarf jedoch bei all diesen Projekten einer Qualitätssicherung und einer adäquaten Dokumentation, um eine Informationsbasis für die Bewertung und Lernprozesse auf- und auszubauen. Aber auch in diesem Bereich ist die Kooperation und Koordination von Präventionsfachkräften mit den Angehörigen anderer

Gesundheitsberufe von besonderer Wichtigkeit, z.B. bei der Abstimmung von Präventionsmaßnahmen und der Frage, wie möglicherweise medizinische Interventionen Ansätze zur Primärprävention schwächen können: Die breite Verordnung von „Pillen“, die ein Umdenken bezüglich der Ernährung oder Bewegung unnötig zu machen scheinen, können auf Dauer kontraproduktiv werden – Präventionsmaßnahmen werden dadurch in der Akzeptanz behindert!

3. Zukünftige Herausforderungen für unser Gesundheitssystem

Die vorangegangenen Überlegungen für eine verbesserte Kommunikation, Koordination und Kooperation mit dem Ziel der integrierten Versorgung und der Optimierung von Qualität und Effizienz sind die notwendige Basis für ein Gesundheitssystem der Zukunft, das sich neuen Herausforderungen gegenüberstellt. Dabei geht es sowohl um den demographischen Wandel in Gesellschaften längeren Lebens, um den therapeutischen Fortschritt, der bei einigen Krankheiten zu einer Verringerung des Todes durch Krankheit führt, als auch um die Orientierung an international gängigen Kriterien zur Qualifikation eines Gesundheitssystems, insbesondere im Hinblick auf die Primärversorgung, d. h. auf den ambulanten Zugang zu einer Versorgung. Primärversorgung bedeutet dabei keineswegs eine Reduzierung auf eine allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung, sie zielt vielmehr auf die notwendigen patientenorientierten Aufgaben ab, die von verschiedenen Professionen in Kooperation zu leisten sind und die sich an dem Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert, schon jetzt, aber vor allem in der Zukunft. In einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird in diesem Zusammenhang vor allem auf die Herausforderungen der Versorgung einer alternenden Bevölkerung und einer Zunahme von chronischen Erkrankungen hingewiesen. Und sie bemängelt, dass viele Gesundheitssysteme derzeit von einer kurzfristigen Maßnahme zur nächsten driften würden. Dabei sei eine zunehmende Fragmentierung der Gesundheitsversorgung zu beobachten, und ein Bewusstsein zur Vorbereitung auf die anstehenden Herausforderungen fehle häufig. Die WHO fordert daher alle Staaten (inklusive der Industrieländer) auf, ihren Gesundheitssystemen eine stärkere Primary Health Care-Orientierung

zu geben. Primary Health Care bedeutet in diesem Zusammenhang, das Versorgungssystem so zu organisieren, dass der erste Kontakt mit dem Versorgungssystem den Patientinnen und Patienten unabhängig von Krankheit und Geschlecht einen koordinierten Zugang im Rahmen eines integrierten Versorgungssystems ermöglicht (Starfield 1994, Starfield 2001, Starfield et al. 2005: 458). Die folgenden Begriffe charakterisieren daher eine patientenorientierte Primärversorgung:

Zugänglichkeit (*accessibility*), Gleichheit (*equity*), Angemessenheit (*appropriateness*), Qualität (*quality*), Effizienz (*efficiency*), Kontinuität (*long-term continuity*) und Bevölkerungsbezug (*community/public health orientation*).

Die Ergebnisse der Analyse eines zukünftigen Versorgungsbedarfs der Patientinnen und Patienten sollten sich daher in der Struktur unseres Gesundheitssystems wiederfinden. In diesem Zusammenhang gibt es notwendigerweise nur Annäherungen, mit Bestimmtheit sind solche zukünftigen Entwicklungen bis zum Jahr 2050 nicht abzubilden. („Prognosen sind schwierig, besonders, wenn sie die Zukunft betreffen.“ Mark Twain, Karl Valentin, Niels Bohr oder auch Winston Churchill zugeschrieben, FAZ.NET vom 24.7.2008.) Tatsache ist aber, dass in Gesellschaften längeren Lebens bei unterschiedlichen Altersgruppen neue Versorgungsnotwendigkeiten anfallen, sowohl bei den Kindern – schließlich ist die längere Lebenserwartung auch darauf zurückzuführen, dass Kinder und Jugendliche an früher unbehandelbaren „Kinderkrankheiten“ nicht mehr in jungen Jahren sterben – als auch und insbesondere bei älteren Menschen, bei denen länger als noch heute ein Versorgungsbedarf anfallen wird.

4. Die Entwicklung der demographischen Veränderungen

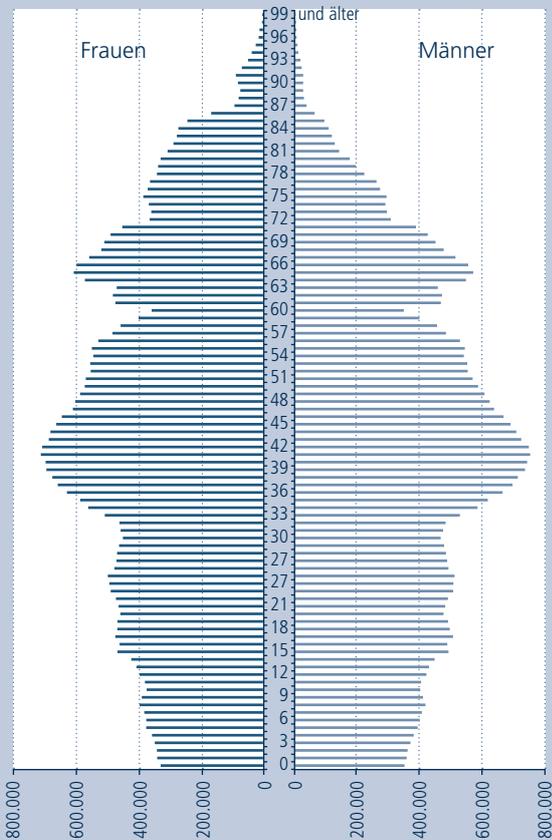
Einen Einblick in die künftige Veränderung der demographischen Struktur zeigt die Gegenüberstellung der Zusammensetzung der Bevölkerung nach Geschlecht in den Jahren 2005 und 2050 (Abbildung 1). Im Ausgangsjahr 2005 leben ab einem Alter von 70 Jahren deutlich mehr Frauen als Männer und mit zunehmendem Alter wächst diese Differenz noch an. Erkennbar ist auch ein Rückgang der Geburtenrate nach dem Baby-Boom der 1970er Jahre, weil die nachfolgenden Gebur-

tenjahrgänge wesentlich kleiner ausfallen. Bis zum Jahre 2050 erreichen die in der Baby-Boom-Phase Geborenen alle ein Alter von über 70 Jahren, wodurch die Alterspyramide in der Spitze die Form eines Pilzes annimmt. Zudem verringert sich der Unterschied zwischen den Jahrgangsstärken von Männern und Frauen in den hohen Alterskohorten. Der Trend einer geringen Geburtenrate bleibt erhalten, sodass sich der Unterbau der Alterspyramide immer mehr verjüngt (Wille 2009).

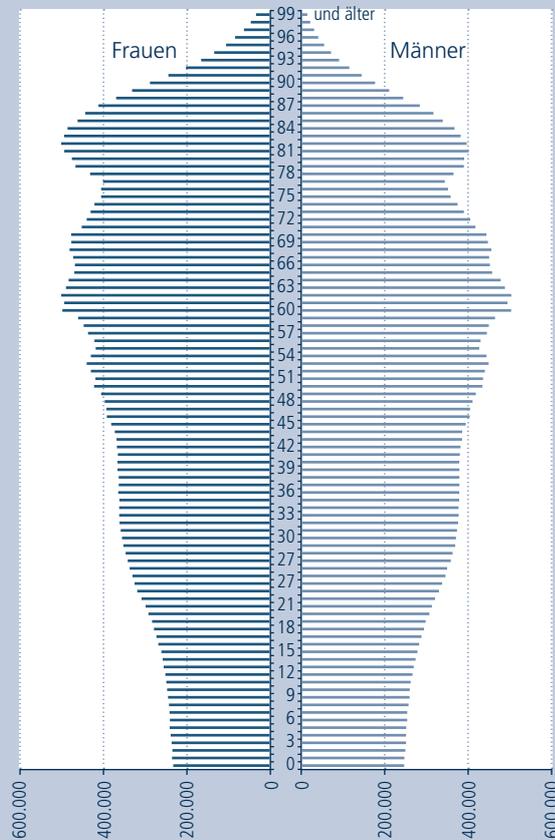
Abbildung 1:

Vergleich der Alterspyramiden in Deutschland in den Jahren 2005 und 2050

Bevölkerungsstruktur Deutschlands 2005



Bevölkerungsstruktur Deutschlands 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006; Wille 2009.

Diese Veränderungen schlagen sich auch in den Veränderungen des Altenquotienten „65“ nieder, der im Jahre 2006 bei 32,63 lag und bis zum Jahre 2050 nach der Variante „mittlere“ Bevölkerung auf 64,35 bzw. bei höherem Wanderungssaldo (Einwanderer zu Auswanderern) auf 60,10 ansteigt. Das Spektrum reicht hier von 57,97 bei „relativ junger“ bis 70,92 bei „relativ alter“ Bevölkerung. Diese extremen Werte weichen um 9,9 Prozent bzw. 10,2 Prozent von der mittleren Prognose mit der Annahme eines geringeren Wanderungssaldos ab.

Neben diesen globalen Effekten sind auch regionale Effekte auffällig. Die Patienten benötigen die Gesundheitsversorgung zu einem weit überwiegenden Teil ortsnah, zumindest mit regionalem Bezug, Gesundheits- und Pflegeleistungen werden aber oftmals räumlich dezentral angeboten. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, auch die demographischen Strukturen und ihre Veränderungen in den einzelnen Bundesländern zu betrachten. Der folgende Vergleich baut auf der demographischen „Standardprognose“ des Statistischen Bundesamtes auf, d.h. auf der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze). Als Benchmark dient der zusätzlich aufgelistete nationale Wert für Deutschland.

Wie Tabelle 2 belegt, weisen die einzelnen Bundesländer schon 2005, d.h. zum Basiszeitpunkt der Prognose, spürbar divergierende Altenquotienten „65“ auf. Die Bandbreite reicht von 26,30 in Berlin bis 36,41 in Sachsen. Das Saarland und Sachsen-Anhalt besitzen mit 35,19 bzw. 35,08 ebenfalls auffällig überdurchschnittliche Werte, während Hamburg mit 28,52 deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt, um den sich die anderen Bundesländer mit relativ geringen Abweichungen bewegen. Der Altenquotient „65“ steigt nach 2020, wenn die Baby-Boom-Generation das Rentenalter erreicht, stark an, was vor allem für die neuen Bundesländer gilt. Im Jahre 2050 verzeichnen Brandenburg mit 90,60 und Thüringen mit 80,73 die höchsten Altenquotienten „65“, Bremen mit 50,92 und Hamburg mit 57,50 rangieren dagegen am Ende dieser Skala. Der Altenquotient „65“ in Brandenburg übersteigt damit den bundesdurchschnittlichen um 40,8 Prozent und jenen in Bremen um 77,9 Prozent. Die weit überdurchschnittliche Alterung in den neuen Bundesländern geht u.a. auf eine Altersselektivität der Binnenwanderung zurück, die hier allerdings annahmegemäß nur noch bis zum Jahre 2020 mit abnehmender Intensität andauert.

Tabelle 1:

Altenquotient „65“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	32,63	32,63	32,63	32,63
2010	33,55	33,62	33,55	33,70
2020	37,98	38,68	37,98	39,48
2030	50,21	52,21	50,27	54,20
2040	57,19	61,35	57,98	65,25
2050	57,97	64,35	60,10	70,92

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006; Wille 2009.

Tabelle 2:

Altenquotient „65“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	30,09	33,41	41,33	60,15	63,38
Bayern	30,37	33,66	41,06	58,99	62,00
Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27	63,87
Brandenburg	31,57	38,60	55,90	82,43	90,60
Bremen	33,27	35,27	39,15	48,25	50,92
Hamburg	28,52	29,93	33,14	49,12	57,50
Hessen	30,76	34,85	42,75	62,08	65,46
Mecklenburg-Vorpommern	31,44	38,23	55,63	70,36	74,51
Niedersachsen	32,85	36,61	44,67	63,40	63,73
Nordrhein-Westfalen	32,22	34,40	41,58	58,39	59,94
Rheinland-Pfalz	33,04	34,82	44,26	62,34	62,95
Saarland	35,19	37,07	47,38	61,90	59,89
Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95	77,25
Sachsen-Anhalt	35,08	42,76	58,10	73,73	78,53
Schleswig-Holstein	33,26	38,33	44,97	65,06	66,65
Thüringen	33,19	40,70	56,94	73,83	80,73
Deutschland	31,69	35,47	43,91	61,35	64,35

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

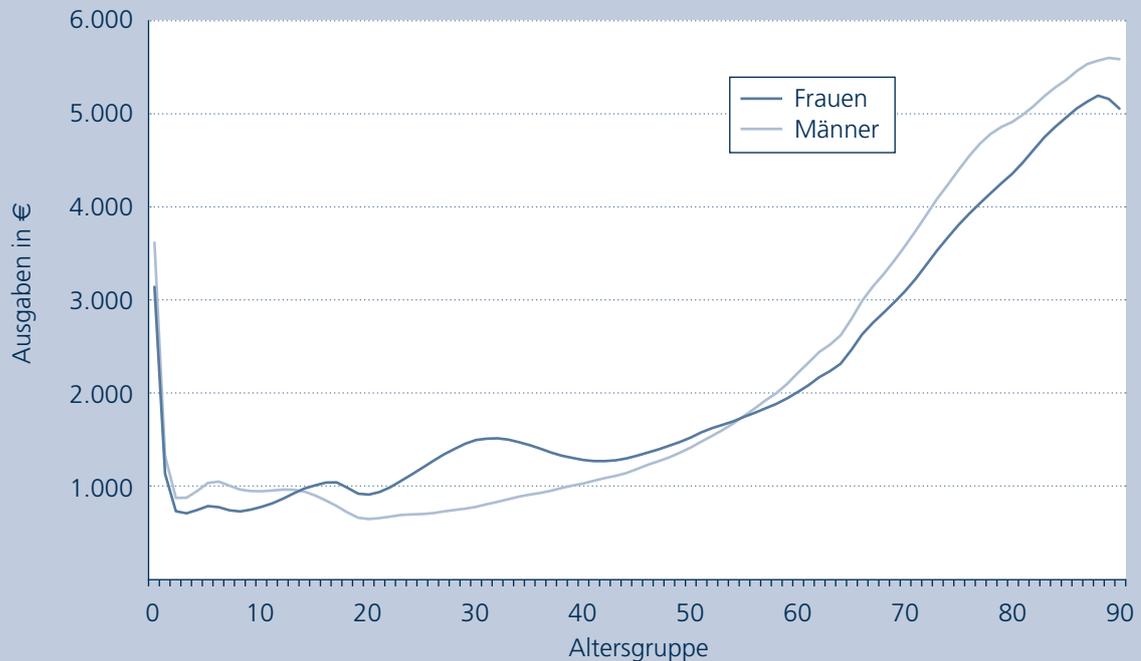
Quelle: Statistisches Bundesamt 2006; Wille 2009.

Die Betrachtung der Altenquotienten nach Bundesländern verschärft die bereits festgestellte Problematik, künftig in Deutschland flächendeckend eine nachhaltige sowie effiziente und effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die für die einzelnen Bundesländer abgeleiteten Altenquotienten bauen auf der Basisannahme einer „mittleren“ Bevölkerung mit der Untergrenze des Wanderungssaldos auf, d.h. die prognostische Variante einer „relativ alten“ Bevölkerung würde zu spürbar höheren Werten führen (Wille 2009). Es ist daher dringend erforderlich, unter dem Gesichtspunkt der Anwendung der Kriterien für einen patientenorientierten Zugang zum Versorgungssystem zu Strukturen zu kommen, die eine solche Veränderung der Population und den damit im Zusammenhang stehenden gesundheit-

lichen Problemen „auffangen“ und im Rahmen neuer Kooperations-, Koordinations- und Integrationskonzepte in der medizinischen Versorgung adäquat „beantworten“ können.

Diese Veränderungen betreffen ohne Frage auch die Finanzierung der Versorgung. Mit dem Alter steigen die durchschnittlichen Ausgaben in der GKV pro Versichertem deutlich an. Ein demographischer Wandel hin zu mehr behandlungsbedürftigen älteren Menschen wird sich daher auch bei den Ausgaben bemerkbar machen, wenn es nicht gelingt, präventable Erkrankungen wie Diabetes-Typ 2, Bluthochdruck, Koronare Herzkrankung, Lungenkrebs u. a. durch intensive Maßnahmen der Ernährungsumstellung oder Bewegungsförderung zu verringern. Da diese chronischen Erkrankungen besonders häufig in

Abbildung 2:

Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV

Werte ohne EU-/BU-Rentner und ohne Risikopool

Quelle: Bundesversicherungsamt 2008; Wille 2009.

den sozioökonomisch schwachen Bevölkerungsschichten auftreten, müssen zielgruppenspezifische Kampagnen angeboten und umgesetzt werden, um in diesem Bereich erfolgreich sein zu können. Ziel muss es sein, bei einer höheren Lebenserwartung die Anzahl der Jahre unter Krankheit zu verringern (Kompression vs. Expansion der Morbidität). Neben diesen verhaltensassoziierten Erkrankungen wird die Belastung durch altersbedingte Erkrankungen wie Alzheimer Demenz ohnehin ansteigen, hier sind in absehbarer Zeit keine wirksamen medizinischen Behandlungsoptionen zu erwarten.

Die derzeitigen Ausgabenprofile in der GKV zeigen die Belastung für unser Gesundheitssystem, wenn eine ältere Bevölkerung medizinisch „versorgt“ werden muss. Der starke Anstieg bereits ab einem Alter von 60 Jahren schwächt sich

dann aber bei den Männern bei einem Alter von 80 Jahren etwas ab. Hier gehen alle Ausgaben ein, sowohl die Ausgaben für die ambulante wie für die stationäre Versorgung.

Ein „defensives“ Zuwarten („business as usual“), welche Ausgabenveränderungen sich mit dem demographischen Wandel ergeben, wäre also gesundheitspolitisch nicht vertretbar. Vielmehr müssen Veränderungen vorbereitet werden, die unser Versorgungssystem „alterstauglich“ machen und den zukünftigen Bedarf in einer Gesellschaft des längeren Lebens zur Leitlinie für strukturell innovative Konzepte machen. In den folgenden Abschnitten sollen exemplarisch einige Beispiele beschrieben werden, die auf den besonderen Versorgungsbedarf einzelner Altersgruppen hinweisen. Im Mittelpunkt stehen dabei Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen.

5. Hinweise zum künftigen Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen – Kinderkrankheiten werden „erwachsen“

Das Kindes- und Jugendalter gilt insgesamt als gesunder Lebensabschnitt: Verglichen mit anderen Altersgruppen sind die Morbiditäts- und Mortalitätsraten in diesem Alter relativ niedrig. Auch im historischen Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland sowie in anderen entwickelten Ländern akute infektiöse Krankheiten und insbesondere die klassischen „Kinderkrankheiten“ durch verbesserte Lebensbedingungen und eine leistungsfähige, moderne Medizin zurückgedrängt werden konnten. Ebenso hat die Kindersterblichkeit insgesamt und speziell die Mortalität durch Infektionskrankheiten deutlich abgenommen. Zahlreiche Einzelstudien sowie Surveys aus anderen Ländern verzeichnen allerdings für chronisch verlaufende Erkrankungen einen gegenläufigen Trend. Deren Häufigkeiten im Kindes- und Jugendalter sind in den letzten Jahrzehnten – ebenso wie im Erwachsenenalter – deutlich angestiegen. Das Spektrum der Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter unterlag somit im vergangenen Jahrhundert einem erheblichen qualitativen Wandel hin zu einer so genannten „neuen Morbidität“.

Somatische, das heißt körperliche Krankheiten – speziell solche mit chronischem Verlauf – kommen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt seltener vor als im Erwachsenenalter. Sie sind aber bereits in dieser Lebensphase von besonderer Bedeutung, weil sie die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen können und das Auftreten chronischer Erkrankungen im Erwachsenenalter mitbestimmen. Ergebnisse verschiedener Studien weisen darauf hin, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeiten hinsichtlich verschiedener somatischer Erkrankungen in verschiedenen Lebensphasen jeweils unterschiedlich sind.

Kinder sind in keinem Fall kleine Erwachsene, denen einfach eine geringere Dosis eines Arzneimittels verabreicht werden kann. Vielmehr sind zahlreiche physiologische Entwicklungsschritte bei der Arzneimitteltherapie zu berücksichtigen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Verteilung von Körperwasser, Muskelmasse und Fett einerseits und Organfunktionen – insbesondere der verstoffwechselnden Organe Leber und Nieren, aber auch der Resorptionsorgane – andererseits.

Noch immer liegen nur für wenige Arzneimittel Erkenntnisse über die Anwendung bei Kindern aus Zulassungsstudien vor. Unser Wissen über die pädiatrische Arzneimitteltherapie basiert bisher im Wesentlichen auf langen Erfahrungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Berichten und Beobachtungen. Selbst wenn diese systematischen Studien vorliegen, wurden meistens nur ältere Kinder eingeschlossen – Säuglinge, Neu- oder gar Frühgeborene bleiben regelmäßig unberücksichtigt. In der Folge basiert die Arzneimitteltherapie gerade bei den allerjüngsten Patientinnen und Patienten häufig auf einem problematischen Off Label Use. Die durch standardisierte Prüfverfahren zu erzielende Sicherheit in der Arzneimitteltherapie fehlt für diese Patientengruppe in weiten Teilen – und das in einer Bevölkerungsgruppe, die des besonderen Schutzes der Gesellschaft bedarf, bei der Arzneimittel häufig angewendet werden und bei der Folgeschäden durch eine Therapie (oder auch durch das Fehlen einer Therapie) weit reichende Auswirkungen haben können.

Andererseits stellt die Durchführung klinischer Studien bei Kindern und Jugendlichen besondere Anforderungen ethischer und methodischer Art – beispielsweise hinsichtlich der Einwil-

ligung zur Studienteilnahme und der Durchführung von Studien an gesunden Probanden. Zahlreiche nationale und internationale Aktivitäten wurden in den letzten Jahren initiiert, um diesem Missstand zu begegnen. Durch die EU-Verordnungen 1901/2006 und 1902/2006 werden ab Juli 2010 verpflichtend alle neu in irgendeinem EU-Mitgliedsstaat zuzulassenden Wirkstoffe (Art. 7, EU-Verordnung 1901/2006) und ab Januar 2011 auch alle bereits in einem EU-Mitgliedsland zugelassenen, patentgeschützten Arzneimittel, für die eine neue Indikation, Darreichungsform oder ein neuer Applikationsweg zugelassen werden soll (Art. 8, EU-Verordnung 1901/2006), einem Verfahren unterzogen, bei dem der Zulassungsantragsteller auf eine klinische Prüfung an Kindern nur verzichten kann, wenn er dies besonders begründet, beantragt und sein Antrag auch von der Behörde genehmigt wurde. Grundlage für die Genehmigung eines solchen Antrages durch die Behörde ist die Feststellung, dass es tatsächlich aus pädiatrischer Sicht keine Notwendigkeit für die Zulassung für Kinder gibt (Glaeske 2007).

Dieses Beispiel zeigt im Übrigen, dass Versorgungsstrukturen nur so gut sein können, wie es die „Verhältnisse“ zulassen: Wenn keine adäquaten Informationen dafür vorliegen, wie die richtige medizinische Intervention auch richtig angewendet wird, droht die Versorgungsqualität zu leiden. Auch hier muss die Gesundheitspolitik zusammen mit dem Gesetzgeber reagieren und Rahmenbedingungen schaffen, die Anbieter wie die pharmazeutischen Hersteller verpflichten, die notwendigen Studienergebnisse zu erarbeiten, damit die Qualität und Sicherheit der Versorgung von Kindern mit Arzneimitteln verbessert werden kann. Dass dieser Versorgungsbereich schon unter quantitativen Aspekten nicht zu vernachlässigen ist, zeigen Auswertungen von Kassendaten (Glaeske & Janhsen 2008): So gehörte rund jeder fünfte Versicherte der Gmünder ErsatzKasse GEK zur Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen. Der Anteil der Versicherten in dieser Altersgrup-

pe, die mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommen, ist mit rund 80 Prozent bemerkenswert hoch. Vergleichbare Werte erreichen erst wieder die 60-Jährigen und Älteren.

Zwei Arzneimittelgruppen sollen kurz beschrieben werden, weil sie in unterschiedlicher Weise Versorgungsprobleme bei Kindern und Jugendlichen beschreiben – schon heute und noch mehr in der Zukunft:

- Für die 7- bis 11-Jährigen und die 11- bis 14-Jährigen werden die dem Betäubungsmittelrecht unterstehenden Mittel Medikinet und Concerta (Wirkstoff beider Präparate: Methylphenidat²) häufig verordnet, die zur Behandlung von ADHS, des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperkinetischen Syndroms, zugelassen sind. ADHS wird insbesondere häufig für Jungen in diesen Altersgruppen diagnostiziert (Geschlechterrelation Jungen zur Mädchen ca. 4:1). Die breite Verwendung solcher Psychostimulanzien wird in den letzten Jahren immer wieder im Zusammenhang mit Über- und Fehlversorgung kritisch hinterfragt, die Verordnungsmengen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahre 1990, gemessen an den Mengen der Tagesdosierungen (DDD), um mehr als das 180-Fache im Jahre 2009 angestiegen (von 0,3 Millionen DDD auf rd. 55 Millionen DDD). Eine interdisziplinäre adäquate Diagnostik ist daher unerlässlich (Kinderarzt und Kinder- und Jugendpsychiater), die Berücksichtigung interprofessioneller Leitlinien unentbehrlich (z. B. Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten usw.). In den meisten Fällen sollte zunächst eine multimodale Therapie mit psycho- oder ergotherapeutischer Intervention angewendet werden, bevor eine Arzneimitteltherapie verordnet wird. Die Notwendigkeit der Kooperation und der abgestimmten Koordination verschiedener Behandlungsebenen ist bei dieser psychischen Störung unerlässlich. Nun ist in der Zwischenzeit allerdings deutlich geworden, dass die Störung AD(H)S nicht mit dem 18. Lebensjahr endet, sondern dass für

2 Methylphenidat ist ein Arzneimittel mit stimulierender, aufmerksamkeitsfokussierender Wirkung. Es gehört zu den Amphetamin-ähnlichen Substanzen, die derzeit hauptsächlich zur medikamentösen Behandlung von AD(H)S eingesetzt werden. Die Verschreibung fällt in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz.

viele betroffene Jugendliche der Übergang in das Erwachsenenalter ein Problem darstellt, weil die Symptome bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben können. Es wird geschätzt, dass sich bei etwa 50 Prozent der Jugendlichen die ursprünglichen Symptome altersentsprechend verändert fortsetzen. Für die bisherige Arzneimitteltherapie hat dies aber erhebliche Konsequenzen: Jugendliche, die z. B. eine Verordnung eines methylphenidathaltigen Arzneimittels erhalten, müssen sich damit auseinandersetzen, dass nach dem 18. Geburtstag die Verordnungen nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erfolgen können. Die betroffenen jungen Erwachsenen „spüren“ daher an der Schnittstelle vom Kindes- und Jugendalter die Schwierigkeiten des Übergangs in der medizinischen Versorgung, die weitere Therapie ist, obwohl sie von Nervenärzten und Psychotherapeuten für sinnvoll und notwendig erachtet wird, im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen nicht ohne weiteres fortführbar. Kinder und Jugendliche, bei denen die Störung ADHS auch nach dem 18. Lebensjahr weiterbesteht, werden daher nicht nur typischerweise von anderen Ärzten behandelt als zuvor, sondern sehen sich auch mit Problemen der Weiterführung einer begonnenen Therapie konfrontiert, die zu einer Verschlechterung der eigenen Lebenssituation führen können. Die Transition, nämlich der Übergang vom Kindes- und Jugendlichenalter in die Erwachsenenmedizin ist bei diesem Krankheitsbild bisher nicht gelungen, neue Rahmenbedingungen für verbesserte Kooperationen im Rahmen einer integrierten Versorgung sind dringend erforderlich.

- Infektionskrankheiten spielen im Kindes- und Jugendalter eine große Rolle. Diagnosen aus diesem Bereich gehören mit Abstand zu den häufigsten ambulant gestellten Diagnosen. Danach litten beispielsweise 58,2 Prozent der 0- bis unter 5-Jährigen im Jahre 2006 an einer akuten Infektion der oberen Atemwege (ICD 10³: J06), 31,1 Prozent an einer akuten Bron-

chitis (ICD 10: J20), 27,2 Prozent an einer eitrigen Mittelohrentzündung (ICD 10: H66) und 18,2 Prozent an einer akuten Tonsillitis (ICD 10: J03). Der Anteil der an Infektionskrankheiten Erkrankten nimmt bei den Kindern und Jugendlichen mit dem Alter ab – trotzdem waren im Jahre 2006 beispielsweise immer noch 19,2 Prozent der männlichen Versicherten im Alter zwischen 15 bis unter 25 Jahren und 22,5 Prozent der weiblichen Versicherten dieser Altersgruppe von einer akuten Infektion der oberen Atemwege betroffen (Grobe et al. 2007). Viele dieser Infektionskrankheiten können und müssen antibiotisch behandelt werden – allerdings ist auch davon auszugehen, dass in der Antibiotikatherapie bei den Infektionen der oberen Atemwege häufig Über- und Fehlversorgung eine Rolle spielen. Kinder sind besonders häufig von Erkältungskrankheiten betroffen: Zwischen zwei bis sechs Infektionen durchlaufen sie pro Wintersaison. Die Behandlung der damit einhergehenden Beschwerden liegt zunächst einmal hauptverantwortlich bei den Eltern. Sie ordnen die Schwere der Symptome ein, wenden Hausmittel an, nutzen Over the Counter Produkte (freiverkäufliche, rezeptfreie Arzneimittel; OTC) oder suchen mit dem Kind eine ärztliche Praxis auf. Hier fällt die Entscheidung für oder gegen weitere (ärztliche) Interventionen. In über 80 Prozent der akuten oberen Atemwegsinfektionen erfolgt eine antibiotische Therapie. Da akute obere Atemwegsinfektionen aber hauptsächlich viral bedingt sind und Antibiotika sich nur in der Behandlung bakteriell bedingter Erkrankungen bewährt haben, wird diese Medikation kritisch diskutiert (bereits Glaeske et al. 1987). Solche Mittel sind zur Behandlung von Erkältungskrankheiten nicht indiziert, dennoch werden im ambulanten Bereich bis zu 60 Prozent, manchmal sogar bis zu 80 Prozent der Patienten primär antibiotisch behandelt, obwohl es sich in 90-95 Prozent der Fälle um Viruserkrankungen handelt. Dies ist nicht nur aus medizinischer Sicht wenig rational, sondern hat auch ökonomische

3 ICD – International Classification of Diseases.

Konsequenzen: Neben den potenziell individuell auftretenden unerwünschten Wirkungen, die möglicherweise sogar behandlungsbedürftig sind (allergische Reaktionen, Antibiotika-assoziierte und -verursachte Diarrhoe, Schleimhaut-Candidosen usw.) ist vor allem die beschleunigte Entwicklung von Antibiotika-Resistenzen eine wirkliche Gefahr, da in solchen Fällen immer neuere und meist teurere antibiotisch wirkende Arzneimittel eingesetzt werden müssen. Dies muss auch den Patientinnen und Patienten verdeutlicht werden: Nur einem Drittel war bei einer Befragung die Wirkungslosigkeit der primären Antibiotika-Therapie bei Infektionen der oberen Atemwege bekannt (Mainous et al. 1996). Tatsache ist auch, dass in randomisierten Studien der Antibiotikaverbrauch ohne Verschlechterung der

Symptome im Vergleich zu sofort mit Antibiotika therapierten Patienten deutlich reduziert werden konnte (Aroll et al. 2003). Über- und Fehlversorgung mit Antibiotika können aber individuelle und bevölkerungsbezogene unerwünschte Wirkungen auslösen, vor allem im Hinblick auf die Antibiotikaresistenzen im gramnegativen Bereich. Es seien Todesfälle wegen nicht mehr beherrschbarer Infektionen, Toxizitätsrisiken durch unnötige Verordnungen und letztlich überflüssige Kosten durch eine inadäquate Antibiotikatherapie in den Vordergrund gestellt. Die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) kann hier einen Beitrag dazu leisten, Krankenhausinfektionen und Antibiotika-Resistenzen einzudämmen (BMG 2009).

6. Ein besonderes Problem: Kinderkrankheiten und Transition

Unter dem Begriff „Transition“ in der Gesundheitsversorgung ist die geplante und gezielte Überführung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Krankheiten von kinderzentrierten zu erwachsenenorientierten Versorgungssystemen zu verstehen (Haubitz 2009). Abzugrenzen ist davon der Begriff des „Transfers“, der ein einzelnes Ereignis während des viel länger dauernden Transitionsprozesses beschreibt, nämlich den Wechsel der Versorgungsinstitution und der behandelnden Ärzte. Die Transition endet nicht am Punkt des Transfers, sondern wird fortgeführt, bis der junge Patient in die Erwachseneninstitutionen eingebettet ist. Daher ist sie eine Aufgabe sowohl der Kinder- als auch der Erwachsenenmediziner und erfordert zur erfolgreichen Umsetzung eine effektive Zusammenarbeit. Das Ziel von Transitionsprogrammen ist die Gewährleistung einer koordinierten und ununterbrochenen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche mit einem besonderen medizinischen Versorgungsbedarf, die dem Alter und der Entwicklung des jungen Menschen angemessen erfolgt. Laut dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) beträgt die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit einem speziellen Versorgungsbedarf in Deutschland 13,7 Prozent.

In den letzten 50 Jahren haben sich im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin signifikante Veränderungen ergeben. Krankheiten, die einst fatale Verläufe in frühen Lebensjahren aufwiesen, können mittlerweile mit routinemäßigen medizinischen Interventionen gut behandelt werden. Die Lebenserwartung der Jugendlichen mit besonderem medizinischem Versorgungsbedarf hat sich erhöht. Viele Kinder mit angeborenen Herzkrankheiten, Spina bifida, Zerebralparese und anderen chronischen Krankheiten überleben bis in das 40. Lebensjahr oder darüber hinaus. Auch dieser Effekt führt in einer Gesellschaft letztlich

zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Die Vorbereitung auf und der Übergang in das erwachsenenorientierte Versorgungssystem entsprechen jedoch den medizinischen Verbesserungen nicht im vollen Umfang. Zu diesen „Problemkrankheiten“ gehört auch die Mukoviszidose.

Mukoviszidose (bzw. zystische Fibrose, CF) ist die häufigste schwerwiegende erbliche Stoffwechselerkrankung bei der weißen Bevölkerung Europas und Nordamerikas (Hauber et al. 2001). Ursache der Krankheit ist ein defektes Gen auf dem Chromosom 7, wodurch es zur Fehlfunktion eines Chloridionenkanals kommt (Boucher 2003). Kennzeichnend für die Krankheit ist die Bildung besonders zäher Sekrete, die wiederholt zu Lungenentzündungen führen. Betroffene müssen zeitlebens intensiv behandelt werden.

Die Inzidenz wird mit 1/2000 bis zu 1/3000 angegeben (Stuhrmann et al. 1999, Hauber et al. 2001, Boucher 2003). Bei Menschen afroamerikanischer Abstammung liegt die Inzidenz bei Neugeborenen bei etwa 1:17.000 und bei der asiatischen Bevölkerung sogar nur bei 1:90.000 (Boucher 2003). In Europa wird die Zahl der Mukoviszidose-Patienten auf 12.000 geschätzt, wobei die Anzahl der nicht-diagnostizierten Fälle dabei nicht berücksichtigt ist. Von den ca. 800.000 Geburten pro Jahr in Deutschland sind 300-400 Neugeborene an CF erkrankt (Hauber et al. 2001).

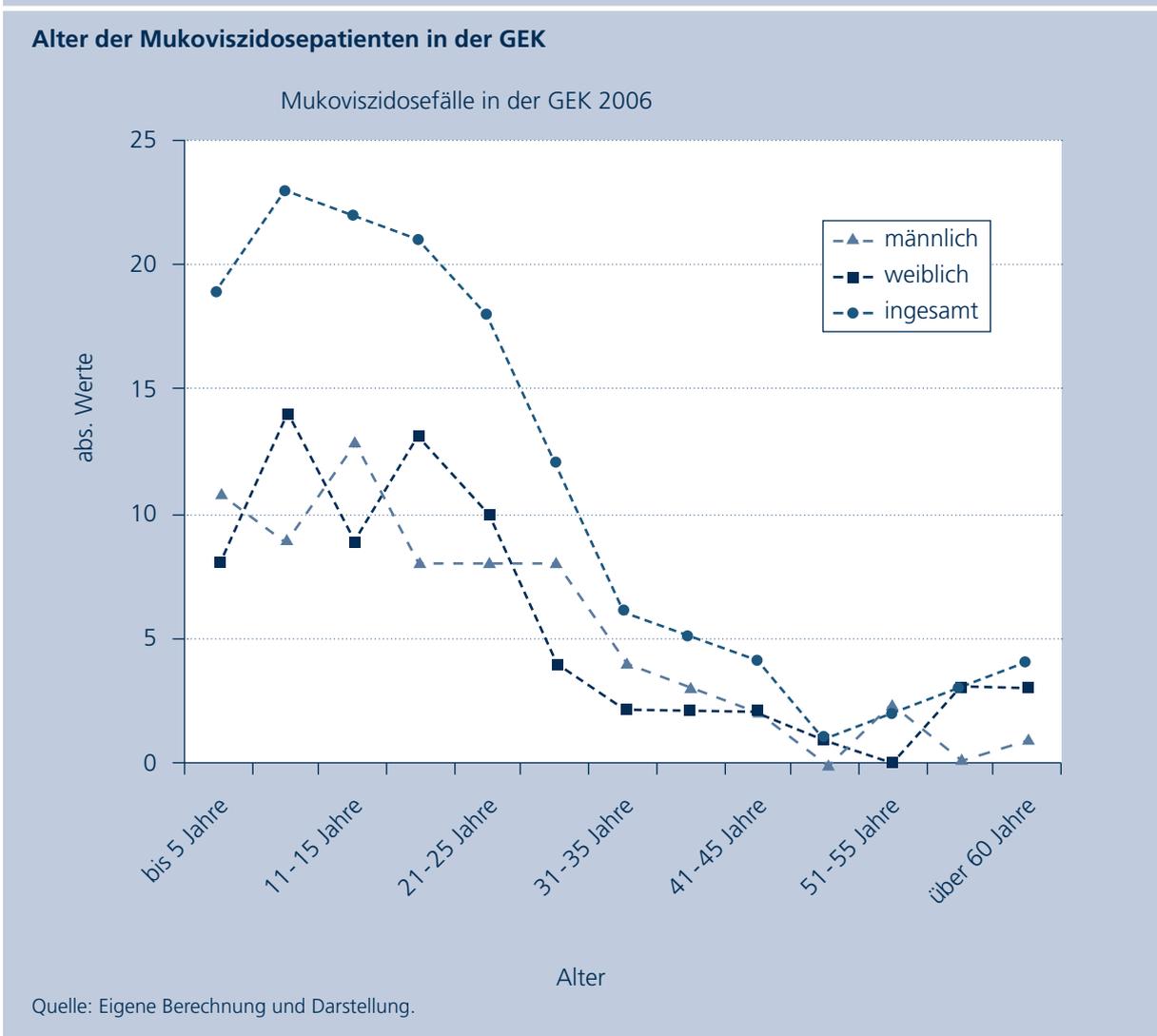
Für gewöhnlich wird Mukoviszidose innerhalb des ersten Lebensjahres diagnostiziert, da bereits kurz nach der Geburt wegen einer gastrointestinalen Obstruktion ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Wegen der hohen Anzahl an möglichen Mutationen ist die DNS-Analyse kein Bestandteil einer Primärdiagnose. Neben klinischer Kriterien ist die Messung der Cl-Konzentration im Schweiß ausschlaggebend für die Diagnose. Eine Abweichung vom

Normalwert der Na⁺ und Cl⁻ Konzentration unterscheidet CF-Patienten von Patienten mit anderen Lungenkrankheiten (Boucher 2003). Die klinischen Symptome von CF, die ärztliche Inanspruchnahme zur Folge haben, sind respiratorische Symptome, Malnutrition, Steatorrhöe oder ein Mekoniumileus. Obwohl die Diagnose meist kurz nach der Geburt gestellt wird, gibt es einige wenige Fälle (ca. drei Prozent), bei denen Mukoviszidose erst im späteren Jugend- bzw. Erwachsenenalter gestellt wird. Die spät-manifestierende Mukoviszidose hat häufig einen milden Verlauf, kann aber in höherem Alter zu einem schweren Verlauf übergehen (Stuhrmann et al. 1999, Hauber et al. 2001).

Die Lebenserwartung von Mukoviszidosepatienten steigt aufgrund einer verbesserten und früher einsetzenden Diagnostik und Therapie deutlich an. Eine Studie aus den USA zeigt beispielsweise einen Rückgang in der Mortalität bei Zwei- bis Fünfzehnjährigen von 61 Prozent zwischen 1985 und 1999 (Goss & Rosenfeld 2004). Eine Studie aus Italien zeigte eine mittlere Überlebenszeit von 37,7 Jahren, 57,9 Prozent der Frauen und 69,4 Prozent der Männer erlebten hiernach ihren 30. Geburtstag (Assael et al. 2002). Hauber et al. zeigen 2001 eine mittlere Überlebenszeit von 31,6 Jahren auf.

Hauptursache für eine höhere Lebenserwartung ist ein früherer Einsatz von Therapien, der

Abbildung 3:



therapeutische Fortschritt nutzt bei dieser Krankheit den Patientinnen und Patienten.

Das primäre Ziel einer Therapie im Kindesalter ist, das Erwachsenenalter mit möglichst geringen Organschäden zu erreichen. Inzwischen sind bereits 35 Prozent der CF-Patienten, die in CF-Zentren behandelt werden, erwachsen (Stuhrmann et al. 1999). Auch hier zeigt sich, dass diese Erkrankung von – ursprünglich einmal – Kindern im Erwachsenenalter weiterbehandelt werden muss und damit neue Therapiestrategien gefunden werden müssen, die für ältere Patienten wirken – jeder dritte Mukoviszidose-Patient ist inzwischen über 18 Jahre alt. Daher gibt es in der Zwischenzeit (einige wenige) Erwachsenenambulanzen, in denen auch Probleme Erwachsener angesprochen werden. Themen wie Partnerschaft und Sexualität, Berufstätigkeit mit Mukoviszidose oder der Wunsch nach eigenen Kindern sind nur Beispiele. Auch diese Erkrankung bedarf daher neuer und von einem Übergang vom Kindes- in das Erwachsenenalter übergehender Versorgungsstrategien – ein anderes Beispiel für die Notwendigkeit von Transitionen in der medizinischen Behandlung und Begleitung.

Eine unveröffentlichte Analyse der Daten der Gmünder ErsatzKasse (Grundgesamtheit etwa 1,6 Millionen Versicherte) aus dem Jahre 2006 zeigte, dass für insgesamt 140 Versicherte eine Mukoviszidose diagnostiziert wurde (Abbildung

3). Zwar liegt der Hauptanteil der Patientinnen und Patienten bei den jüngeren Altersgruppen, allerdings gibt es auch viele Patienten im höheren Alter, die eine Mukoviszidose diagnostiziert bekommen haben. Ein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen (bzw. Männern und Frauen) ist nicht erkennbar. Bei näherer Betrachtung des Alters der Patienten zeigt sich ein Mittelwert von 20 Jahren, der Median liegt bei 17 Jahren (Minimum=0, Maximum 70).

Zunehmend mehren sich insbesondere in der angelsächsischen Literatur die Hinweise darauf, dass nicht optimal gestaltete Übergangsprozesse einen negativen Effekt auf Morbidität und Mortalität bei jungen Erwachsenen haben. Obwohl es für die Gestaltung des Übergangs qualitativ weit entwickelte Vorgehensweisen und sogar etablierte Leitlinien gibt, variiert die Qualität der international vorzufindenden Transitionsprogramme. Eine Übergabe mittels eines gängigen Arztbriefes ist nicht ausreichend, da nicht nur krankheitsbezogene Aspekte, sondern auch andere Faktoren, wie die Entwicklung des Heranwachsenden, seine Lebensgeschichte und der Prozess der Abkoppelung von den Eltern in die Gesamtbeurteilung des Patienten einfließen sollten. Gezielte Kooperationen und integrierte Versorgungsstrukturen sind bei vielen „Kinderkrankheiten“ erforderlich, damit sie auch im Erwachsenenalter adäquat behandelt werden können.

7. Die medizinische Versorgung wird chronisch

In Gesellschaften längeren Lebens stellt vor allem die Versorgung älterer Menschen eine besondere Herausforderung dar. Während die Medizin in den vergangenen Jahrzehnten Erfolge in der Behandlung von Infektionskrankheiten, Notfällen und Folgeereignissen z. B. von Herz-Kreislauf-erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) zeigen konnte, ändern sich die Schwerpunkte mehr und mehr in Richtung der chronischen Versorgung älterer Menschen (Glaeske & Trittin 2008). Hier auf ist die Medizin allerdings, wie noch gezeigt wird, nicht besonders gut vorbereitet, Konzepte von Chronic Care haben kaum Eingang gefunden in den Alltag der Versorgung.

Alter ist eine der wichtigsten Determinanten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Winter et al. 2006). Nach Auswertungen von Daten der ca. 1,6 Millionen Versicherten der GEK aus dem Jahr 2007 suchen in jeder Altersgruppe mindestens 82 Prozent der versicherten Männer und 94 Prozent der Frauen einmal oder häufiger einen niedergelassenen Arzt auf (Grobe et al. 2008). Wesentliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter existieren hingegen bei der Zahl der Arztkontakte. Während Kinder und jüngere Männer (0-39 Jahre) zwischen 7,5- und 17,1-mal bzw. Frauen zwischen 9,0- und 17,5-mal jährlich Vertragsärzte aufsuchen, erhöht sich dieser Wert

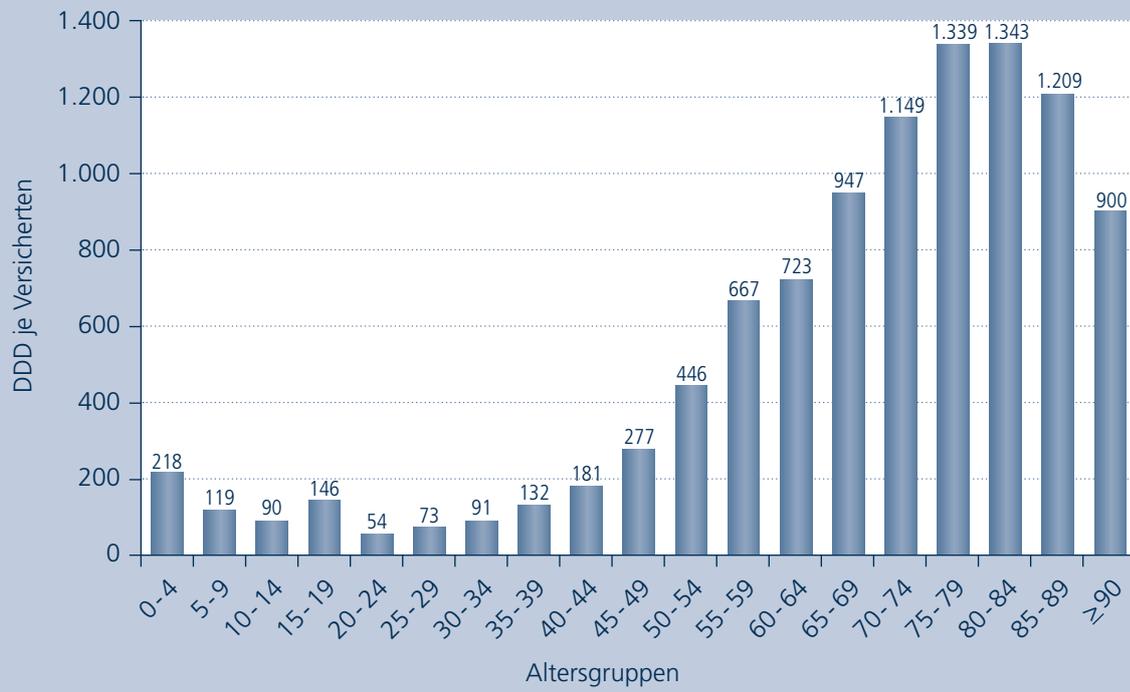
ab etwa dem 40. Lebensjahr stetig. Ab einem Alter von 85 Jahren finden sich unabhängig vom Geschlecht etwa 40 Arztkontakte jährlich. Einen wesentlichen Teil tragen hierzu Besuche bei Allgemeinmedizinerinnen und Internisten bei. Ebenso wie ambulante Arztbesuche zeigt die Zahl stationärer Leistungsfälle bzw. Leistungstage jenseits des Kleinkindalters erhebliche Anstiege mit zunehmendem Alter (Bitzer et al. 2008).

Auch die Verordnung von Arzneimitteln ist stark vom Alter abhängig. Obwohl mindestens 50,7 Prozent aller männlichen bzw. 70,1 Prozent aller weiblichen Versicherten der GEK im Jahre 2007 ein oder mehrere Arzneimittel erhielten, waren dies bei den über 64-jährigen Personen mindestens 86,9 Prozent der Männer und 93,4 Prozent der Frauen (Glaeske et al. 2008).

Besonders auffällig sind auch hier die Verordnungsmengen (siehe Abbildung 4), die in der gesamten GKV ab Beginn des Erwachsenenalters (20-24 Jahre) von 54 Tagesdosen (so genannte defined daily doses, DDD) auf bis zu 1.343 DDD bei 80- bis 84-Jährigen ansteigen (Schwabe & Paffrath 2008). Erwachsene im Alter von über 60 Jahren machen zwar nur etwa ein Viertel (26,7 Prozent) aller gesetzlich Versicherten aus, auf sie entfallen aber 64 Prozent des Verordnungsvolumens (in DDD) bzw. 54 Prozent des Umsatzes.

Abbildung 4:

Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherten in der GKV 2007



Quelle: Schwabe & Paffrath 2008.

8. Alter, Krankheitsspektrum und Multimorbidität

Die Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter ist grundsätzlich Ausdruck einer erhöhten Krankheitslast. Zahlreiche chronische Erkrankungen weisen typische Verteilungen auf. Laut den Daten der GEK zur ambulanz-ärztlichen Versorgung, wird in der Altersgruppe der 65-79-Jährigen für mehr als 60 Prozent der Personen (Männer: 62,4 Prozent bzw. Frauen: 64,2 Prozent) mindestens einmal im Jahr 2007 die Diagnose Hypertonie abgerechnet (Grobe et al. 2008). In der Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) bleibt Hypertonie die häufigste Diagnose (nach 3-stelligem ICD-Code) und betrifft 68,9 Prozent der männlichen sowie 73,4 Prozent der weiblichen Versicherten. Daneben gehören bei männlichen Hochbetagten Prostatahyperplasie (41,0 Prozent) und chronisch ischämische Herzkrankheit (40,5 Prozent) zu den häufigsten Erkrankungen. Bei Frauen finden sich Störungen des Lipidstoffwechsels (41,3 Prozent) sowie Akkomodationsstörungen und Refraktionsstörungen (37,4 Prozent).

Ein besonderes Versorgungsproblem in Gesellschaften des längeren Lebens stellt die Demenz, vor allem die Alzheimer Demenz dar. Die größte aus Deutschland vorliegende Primärerhebung zur Prävalenz von Demenzen ist die 1997-1998 in Leipzig durchgeführte LEILA75+ (Leipzig Longitudinal Study of the Aged), bei der insgesamt 1.692 Personen im Mindestalter von 75 Jahren inklusive 192 Bewohner aus Pflegeheimen untersucht wurden (Riedel-Heller et al. 2001). Nach den Kriterien der International Classification of Diseases (ICD-10) zeigt sich bei den Prävalenzen eine erhebliche Altersabhängigkeit. Insgesamt wiesen 3,5 Prozent der 75-79-Jährigen, 20,6 Prozent im Alter von 85-89 sowie 38,1 Prozent der Personen im Mindestalter von 95 Jahren eine Demenz auf. Nach einem im Rahmen eines Delphi-Verfahrens erzielten Konsenses von Experten wird weltweit von insgesamt 24,3 Millio-

nen an Demenz Erkrankten ausgegangen, diese Zahl soll im Jahr 2040 auf 81,1 Millionen ansteigen (Ferri et al. 2005). Demenzen stellen damit eine erhebliche Herausforderung für die ärztliche und pflegerische Versorgung unserer alternden Gesellschaft dar, zumal die Alzheimer-Demenz eine altersbedingte Krankheit darstellt, deren Häufigkeit mit dem Alter ansteigt (0,6 Prozent der 60-Jährigen, aber knapp 33 Prozent der über 90-Jährigen (Riedel-Heller et al. 2006).

Die bisherige Darstellung betrachtete einzelne Erkrankungen ohne Bezug zueinander. Das gleichzeitige Bestehen verschiedener chronischer Erkrankungen bei einer Person wird dagegen weithin als Multimorbidität bezeichnet. In Bezug auf Multimorbidität wurde mittels eines summarischen Ansatzes ein Multimorbiditätsindex aus verschiedenen Diagnosen gebildet (Kohler & Ziese 2004). Folgende Krankheiten bzw. Krankheitsbereiche wurden zusammengefasst:

- Schlaganfall;
 - Herz-Kreislaufkrankheiten (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris);
 - Atemwegserkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis);
 - Krebserkrankungen;
 - Rückenbeschwerden (unabhängig von der Chronifizierung);
 - Depression (unabhängig vom Prävalenzzeitraum);
 - Diabetes;
 - alle Formen der Hepatitis;
 - Hauterkrankungen (Psoriasis);
 - Erkrankungen der Sinne (Schwindel, Ohrgeräusche);
 - Augenerkrankungen (grauer und grüner Star, Makuladegeneration).
- Tabelle 3 zeigt unter Berücksichtigung dieses Multimorbiditätsindex eine deutliche Zunahme von Multimorbidität mit steigendem Alter bei beiden

Tabelle 3:

Multimorbiditätsindex im GStel03

Teilgruppe	Krankheiten in ... Bereichen			
	0	1-2	3-4	>4
Männlich (gesamt)	20,0%	58,6%	18,8%	2,6%
18-29 Jahre	27,9%	59,6%	12,5%	0%
30-39 Jahre	24,0%	63,1%	12,4%	0,6%
40-65 Jahre	16,4%	59,8%	20,7%	3,1%
Über 65 Jahre	9,4%	45,5%	36,2%	8,9%
Weiblich (gesamt)	13,8%	54,3%	25,7%	6,2%
18-29 Jahre	18,2%	63,7%	17,1%	1,0%
30-39 Jahre	16,8%	61,7%	19,5%	2,0%
40-65 Jahre	13,2%	54,5%	26,5%	5,8%
Über 65 Jahre	7,1%	37,1%	39,3%	16,4%
Insgesamt	16,8%	56,4%	22,4%	4,5%

Quelle: Kohler & Ziese 2004.

Geschlechtern. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist demnach drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf.

Multimorbidität ist somit eine häufige Konstellation der „Krankheitslast“ im höheren Alter. In zahlreichen Übersichtsarbeiten (z. B. Gijsen et al. 2001) wurde herausgestellt, dass Multimorbidität mit Funktionseinschränkungen, herabgesetzter Lebensqualität, erhöhter Mortalität und erhöhter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems assoziiert ist. Aufgrund des Wandels der Alters- und Krankheitsstruktur in unserer Gesellschaft werden Multimorbidität und chronische Erkrankungen die Versorgungssituation besonders in der Allgemeinmedizin in der Zukunft in zunehmendem Maße bestimmen (Gerlach et al. 2006). Die Hausarztpraxis sollte dann für den einzelnen chronisch erkrankten oder multimorbiden Patienten eine kontinuierliche Betreuung bieten, die ihn über die verschiedenen Phasen der Erkrankung begleitet und dessen Versorgung durch Spezialisten koordiniert. Jenseits der Wichtigkeit von Multimorbidität im Versorgungsalltag beschränken sich Empfehlungen in Leitlinien leider noch immer allzu oft ausschließlich auf die je-

weils betrachtete Einzelerkrankung, wie die häufig als eine Art „Meilenstein“ bezeichnete Studie von Boyd et al. (2005) herausarbeitete. In dieser Arbeit wurde beschrieben, wie mehrere Krankheiten älterer Menschen derzeit behandelt werden, nämlich in der Addition der Empfehlungen für die Arzneimitteltherapie der Leitlinien für die einzelnen Erkrankungen. Als Folge müssten gerade ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen eine Vielzahl pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Interventionen „über sich ergehen lassen“, die aufgrund möglicher Wechselwirkungen zwischen den Interventionen zusätzliches Gefährdungspotenzial aufweisen können. Exemplarisch sei hier auf die deutschen Leitlinien zur Versorgung bei Demenz der DEGAM (2008) sowie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008) verwiesen. In beiden Publikationen wird beim Management der Erkrankung nicht näher auf mögliche Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) oder Multimorbidität eingegangen, die Begriffe werden nicht einmal erwähnt. Es ist daher dringend erforderlich, dass aufgrund der zunehmenden Relevanz die Bedeutung von Multimorbidität auch in der Erarbei-

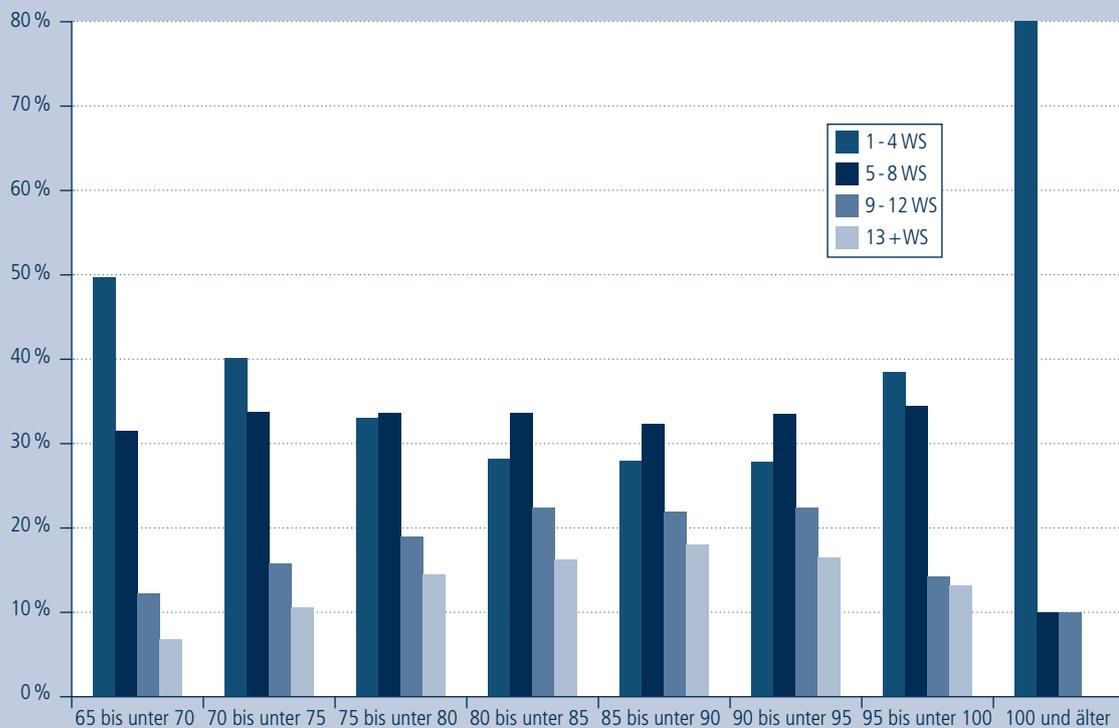
tung aktueller Leitlinien umfassender berücksichtigt werden sollte. In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewiesen werden, dass diese Leitlinien sowohl interprofessionell und über die Sektoren und Versicherungssysteme hinweg abgefasst werden müssen: Die Behandlungswege enden insbesondere bei älteren Menschen nicht beim ärztlichen Handeln oder im Bereich der Krankenversicherung, sondern müssen auch Behandlungs-, Betreuungs- und Reha-Anforderungen für die nicht-ärztlichen Berufe und den Übergang in die Pflegeversicherung mit einbeziehen.

Ein besonderes Problem stellt bei älteren Menschen die gleichzeitige Gabe von verschiedenen Arzneimitteln dar, die sog. Polypharmazie (polypharmacy), seltener auch als Polypragmasie bezeichnet. Auch hierzu findet sich in der Literatur keine einheitliche Definition, welche Mengen bzw. welche Arzneimittelgruppen, nebeneinander

der angewandt, in welchem Beobachtungszeitraum als Polypharmazie definiert werden. Polypharmazie ist eine mögliche, aber keine notwendige Folge von Multimorbidität. Verordnungsanalysen weisen auf das Ausmaß von Polypharmazie hin (siehe Abbildungen 5 und 6): So bekamen 35 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen neun Arzneimittelwirkstoffe und mehr in Dauertherapie, Ergebnis einer mehr oder weniger unkoordinierten Arzneimittelversorgung der bei älteren Menschen typischerweise vier Arztgruppen: Der Allgemeinarzt oder Internist (als Hausarzt), der Orthopäde, der Gynäkologe bei den Frauen, der Urologe bei den Männern und der Augenarzt – und jeder behandelt aus dem Blickwinkel seiner Fachrichtung möglicherweise sogar richtig, in der Gesamtschau der therapeutischen Maßnahmen aber problematisch. So schadet eine große Anzahl von Arzneimitteln nebeneinander älteren Men-

Abbildung 5:

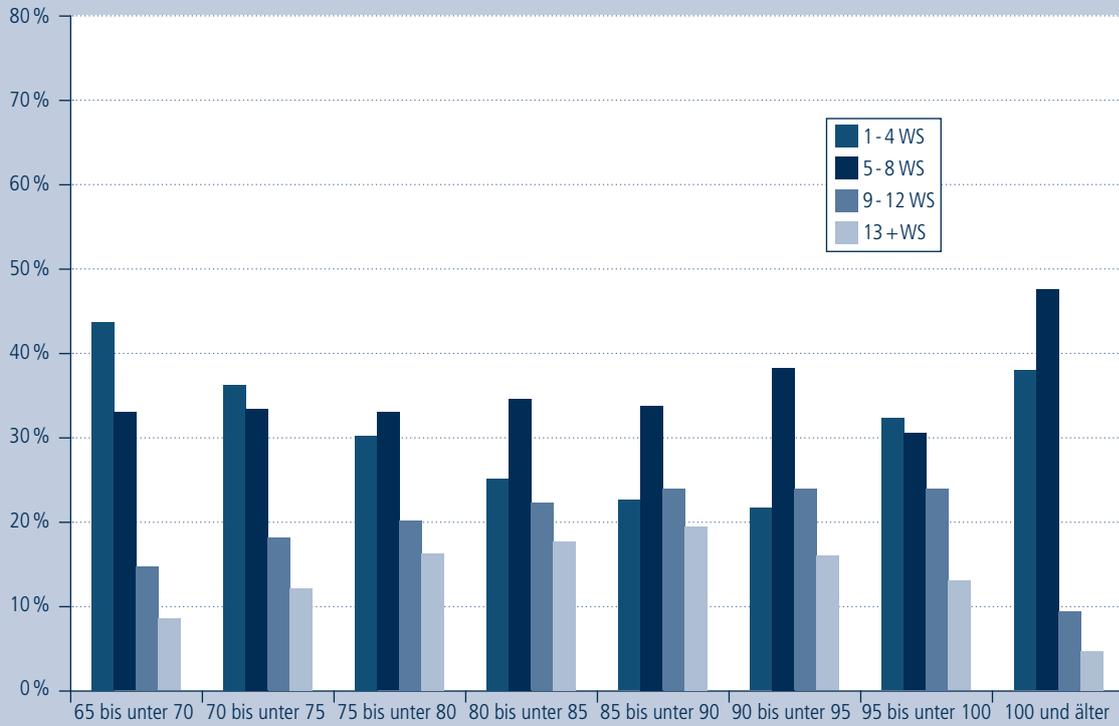
Anteil der männlichen Versicherten mit Arzneimittelverordnungen (Arzneimittelpatienten) im Alter ab 65 Jahren und Verteilung auf die Anzahl Wirkstoffe (WS) in der GEK 2005



Quelle: Glaeske & Jahnsen 2006.

Abbildung 6:

Anteil der weiblichen Versicherten mit Arzneimittelverordnungen (Arzneimittelpatienten) im Alter ab 65 Jahren und Verteilung auf die Anzahl Wirkstoffe (WS) in der GEK 2005



Quelle: Glaeske & Jahnsen 2006.

schen mehr als sie nutzt; gravierende unerwünschte Wirkungen oder Wechselwirkungen sind bei einer solchen Menge unterschiedlicher Wirkstoffe nicht auszuschließen und führen zu eigenen Krankheitssymptomen neben der zu be-

handelnden Erkrankung. Für die Behandlung älterer Menschen ist daher eine verbesserte Koordination und Integration der Versorgung unerlässlich – heute schon und erst recht in der Zukunft.

9. Altersspezifische Veränderungen und der Einfluss auf die Pharmakotherapie

Die Probleme von Polypharmazie im Alter liegen vor allem in der Verträglichkeit der Arzneimittel und den möglichen belastenden Folgen für die jeweiligen Patienten. Mit zunehmendem Alter auftretende physiologische Veränderungen können sich nämlich auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik der angewendeten Arzneimittel auswirken. Dies hat Konsequenzen für die Wirksamkeit und die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen der medikamentösen Therapie. Während die Pharmakokinetik den Einfluss des Körpers auf die Absorption, Verteilung, Metabolisierung und Elimination von Arzneimitteln beschreibt, kennzeichnet der Begriff Pharmakodynamik den Einfluss eines Medikaments auf den Organismus. Die meisten relevanten physiologischen Veränderungen betreffen vorrangig die Pharmakokinetik (Wehling & Peiter 2003).

Im Vergleich zu jüngeren erhalten ältere Menschen einerseits aufgrund von Multimorbidität mehr Arzneimittelverordnungen, andererseits steigt jedoch gerade für diese Personengruppe die Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAWs). Eine dazu veröffentlichte englische Studie (n=18.820) kam zu dem Ergebnis, dass Patienten, die wegen UAWs in zwei Krankenhäuser eingewiesen wurden, mit durchschnittlich 76 Jahren um 10 Jahre älter waren als alle anderen Neuaufnahmen (Pirmohamed et al. 2004). Insgesamt erfolgten 6,5 Prozent der Aufnahmen wegen UAWs, wobei fast drei Viertel dieser Ereignisse (72 Prozent) nach Ansicht der Autoren vermeidbar gewesen wären. Von den 1.225 Patienten, die wegen UAWs stationär aufgenommen wurden, verstarben 28 (2,3 Prozent) als direkte Folge des Ereignisses. Eine kürzlich publizierte Studie untersuchte die Häufigkeit von UAWs während des Krankenhausaufenthaltes

auf zwölf internistischen und chirurgischen Stationen eines englischen Universitätsklinikums über einen Zeitraum von 6 Monaten (Davies et al. 2009). Insgesamt ereigneten sich bei 3.695 Episoden (n=3.322 Patienten) 545 Fälle von einer oder mehreren unerwünschten Wirkungen, was 14,7 Prozent der Aufenthalte entspricht. Das mediane Alter von Patienten mit UAW war ebenfalls deutlich höher als bei Patienten ohne Ereignisse (72 vs. 61 Jahre). Zudem verbrachten Patienten mit UAW eine erheblich längere Zeit im Krankenhaus als Personen ohne Ereignisse (Median: 20 vs. 8 Tage). Von den UAWs war mehr als die Hälfte auf Arzneimittelinteraktionen zurückzuführen (59,1 Prozent). Insgesamt 2,8 Prozent der Patienten mit UAWs verstarben als direkte oder indirekte Folge des Ereignisses. Für Deutschland sind ähnliche Größenordnungen publiziert worden (Schmiedl et al. 2007).

Unabhängig von der Anzahl der verordneten Medikamente ist bei älteren Patienten das Problem des Gebrauchs sogenannter „unangebrachter Arzneimittel“ (im Englischen oft: potentially inappropriate medications, PIMs) besonders zu beachten. „Unangebracht“ bedeutet dabei, dass die Auswahl des Arzneistoffs generell oder aber die Dosierung bzw. die Dauer der Therapie nicht empfehlenswert ist, da die potenziellen Risiken einen potenziellen Nutzen überwiegen und es sichere Alternativen gibt oder die Therapie als nicht ausreichend effektiv gilt. Besondere Bedeutung erlangte im Zusammenhang mit unangebrachtem Arzneimittelgebrauch bei älteren Patienten die von einer Gruppe amerikanischer Wissenschaftler um Mark Beers erstellte Beers-Liste (Fialova et al. 2005; Fick et al. 2003). Ein Großteil dieser Medikamente sind Mittel, die das Nervensystem beeinflussen (z. B. Flurazepam,

Amitriptylin, Promethazin, Diazepam). Gerade beim Einsatz von Psychopharmaka im Allgemeinen und Benzodiazepinen (zu denen beispielsweise Schlafmittel oder Tranquilizer wie Flurazepam und Diazepam gehören) im Speziellen ist bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren vermehrt mit unerwünschten Wirkungen zu rechnen (Madhusoodanan & Bogunovic 2004; Mort & Aparasu 2002; Hoffmann & Glaeske 2006;

Hoffmann et al. 2006; Hoffmann et al. 2009; Ray et al. 1989). Für Deutschland wurde gerade die PRISCUS-Liste mit 83 Wirkstoffen publiziert (Holt et al. 2010), deren Anwendung bei älteren Menschen als potenziell inadäquate Medikation gilt. Die Berücksichtigung im Alltag der Versorgung älterer Menschen könnte die Sicherheit der Therapie im Rahmen einer verbesserten Koordination und Integration ohne Frage erhöhen.

10. Der zukünftige Versorgungsbedarf erfordert innovative Strukturen

Die Beispiele zeigen exemplarisch, dass das deutsche Gesundheitssystem bisher trotz des enormen Ressourceneinsatzes den Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen nur unzureichend gerecht wird. Zu den zentralen Kritikpunkten zählen auch die mangelnde Kontinuität und Integration ihrer Versorgung. Auf Seiten der Leistungserbringer stehen Kooperations- und Koordinationsdefizite sowie die Fragmentierung der Versorgungszweige bzw. die Unüberschaubarkeit der Leistungsangebote den komplexen Bedarfen der zumeist chronisch kranken, älteren Patienten entgegen und verursachen Versorgungsbrüche bzw. Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Ärzten oder zwischen den Versorgungssektoren bzw. Leistungsarten. Die Versorgung chronisch kranker, älterer Menschen erfordert einen komplexen Organisations- und Abstimmungsprozess, bei dem unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege im Zusammenspiel der Kostenträger und Leistungserbringer zum Tragen kommen sollten. Die derzeitige Versorgungssituation ist dem gegenüber nicht selten durch den suboptimalen Einsatz von Ressourcen im Sinne von sowohl Unter-, als auch Über- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Daraus entstehen Kosten im System und individuelle Belastungen, die eigentlich vermeidbar wären. Darüber hinaus kommt es zu der Situation, dass alten Menschen mit chronischen Krankheiten trotz Inanspruchnahme zahlreicher Versorgungsleistungen oft nur wenig adäquate Hilfe zuteil wird und sie massive Einschränkungen in ihrer Lebensqualität erfahren. Insgesamt ist die Optimierung der Versorgung kranker alter Menschen, d.h. auch ein effizienterer und effektiverer Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, von hoher gesundheitspolitischer Relevanz und erfordert einen gesellschaft-

lichen Konsens über den Umfang, die Qualität und Finanzierung gesundheitlicher Leistungen im Alter (Winter et al. 2006). Hier kann die sich allmählich in Deutschland etablierende Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag leisten.

Die demographischen Veränderungen machen auch im Hinblick auf die unterschiedlichen regionalen Entwicklungen (siehe Tabelle 2) den Bedarf neuer Strukturen in der Versorgung notwendig. So muss z.B. die Kooperation aller Berufsgruppen verbessert werden. Statt sich in „kleinräumiger Optimierung“ zu erschöpfen, können insbesondere Ärzte und Pflege durch Teamstrukturen und gegenseitige Nutzung der Kompetenzen sehr voneinander profitieren und im Gegensatz zu oft geäußerten Befürchtungen an Autonomie und beruflicher Performanz gewinnen. Angewandt auf die zukünftigen Strukturen des Gesundheitswesens, insbesondere unter dem Aspekt von Alterung, Chronizität und Multimorbidität, kann sogar davon ausgegangen werden, dass eine weitergehende Kooperation dieser Berufsgruppen eine unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Anforderungen darstellt. Es geht hier um

- die gemeinsame Bewältigung der zunehmenden Koordinationsaufgaben;
- insbesondere die Koordination in der Primärversorgung bei chronisch erkrankten älteren Personen, die in wenig besiedelten Gebieten, ebenso aber in Ballungsgebieten pflegerisch nicht hinreichend versorgt sind und/oder an Erkrankungen wie Demenz leiden, die ein deutlich erhöhtes Betreuungsmaß erfordern als bislang angeboten;
- die Kooperation zwischen ambulanter oder stationärer Pflege, der sekundärfachärztlichen Behandlung und dem Krankenhaus und
- die Integration des Angebots von Palliativ- und Hospizversorgung.

Ein vierter Bereich, bei dem immer wieder auf die Umsetzungsdefizite und den Handlungsbedarf verwiesen wird und in dem sich bisher kein wirklicher Fortschritt erkennen lässt, ist der Bereich Prävention. Notwendig ist auch hier eine gemeinsame Übernahme der Verantwortung, die auch die immaterielle Unterstützung im Sinne der Schaffung einer positiven Einstellung und Bewertung der jeweils im anderen Sektor liegenden Maßnahmen umfasst.

In der Zusammenschau (siehe Abbildung 7) ist eine Vergrößerung des Primärversorgungsbereiches und des Bereiches der sekundären fachärztlichen Versorgung zu erwarten. Die Krankenhäuser konzentrieren sich entsprechend ihrer Versorgungsaufgabe und -stufe auf die stationäre Akutbehandlung und die Behandlung von Verschlechterungen chronischer Erkrankungen. Sie nehmen aber darüber hinaus neben dem ambulanten Part des sekundärfachärztlichen Bereichs die Sekundärversorgung in Form der ambulanten Leistungserbringung wahr, z.B. in den Räumen des Krankenhauses, in Praxiskliniken oder Medi-

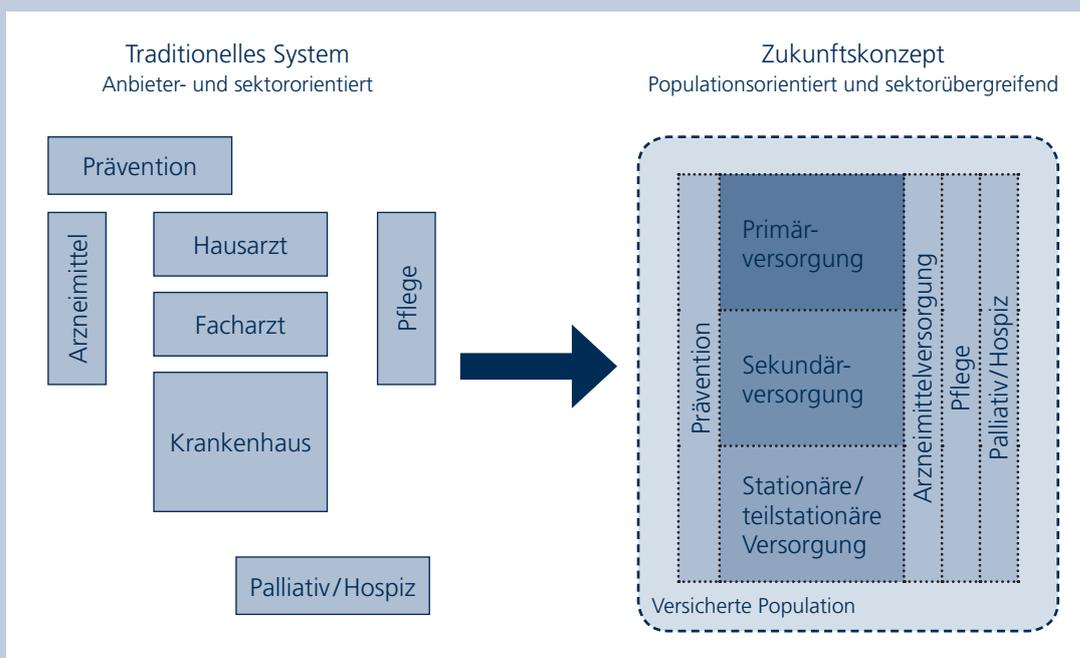
zinischen Versorgungszentren (MVZs) bzw. im Rahmen anderer Strukturen. Die Pflege ist mit starker koordinierender Funktion im gesamten Bereich der Versorgung tätig und gewinnt entsprechend an Bedeutung. Präventionsbereich und Gesundheitsversorgung nähern sich an, ohne ihre Eigenständigkeit zu verlieren, das Gleiche gilt für den Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung sowie für die Arzneimittelversorgung, bei der schon lange nicht einzusehen ist, weshalb die Strukturen und Angebote im stationären bzw. ambulanten Versorgungsbereich derart unterschiedlich ausfallen (SVR 2009).

Im Rahmen dieses Zukunftskonzeptes verliert die sektorale Abgrenzung an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung.

Das medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial liegt vornehmlich an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Die Neuorientierung der fachärztlichen Sekundärversorgung in Verbindung mit

Abbildung 7:

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Quelle: SVR 2009.

Veränderungen im Krankenhausbereich gewinnt vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts insofern noch an Bedeutung, als die möglichen Substitutionsprozesse zwischen stationärer und ambulanter Behandlung künftig noch zunehmen. Das Ziel: „ambulant vor stationär“ sollte endlich auch umgesetzt werden. Die Schaffung funktionsgerechter Wettbewerbsbedingungen im Bereich der fachärztlichen Sekundärversorgung zwischen ambulanten (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern verspricht im Vergleich mit dem Status quo und seinen sektorspezifischen Regelungen bereits eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung. Adäquate ordnungspolitische Rahmenbedingungen an den Grenzen der Leistungssektoren vermögen zwar den Wettbewerb zu intensivieren und funktionsgerechter zu gestalten, aber Probleme bzw. Verwerfungen, die aus speziellen Interessen der Beteiligten, wie z. B. aus der angebotsinduzierten Nachfrage oder einem Moral Hazard erwachsen, nicht zu lösen. Es bleibt damit immer noch zu einem Teil offen, wie die individuellen Rationalitäten von Krankenkassen und Leistungserbringern in Einklang gebracht werden können. Mit dieser Zielsetzung gilt es, durch institutionelle Vorkehrungen, wie z. B. adäquate Vergütungssysteme, zu verhindern, dass Leistungserbringer aus Eigeninteresse Patienten selektieren, präventive Maßnahmen vernachlässigen und Patienten zu spät an spezialisiertere Einheiten abgeben oder zu früh entlassen. Eine optimale Allokation von Gesundheitsleistungen setzt nämlich u. a. voraus, dass sich die Leistungserbringer von einer effizienten und effektiven Versorgung der Patienten einen finanziellen Nutzen versprechen, zumindest aber keinen entsprechenden Schaden befürchten müssen.

Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente Leistungserstellung, die derzeit noch sektorspezifisch erfolgt, liegen in einem adäquaten Anreizsystem dann am ehesten vor, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht auf eigene individuelle Rechnung, sondern für ein gemeinsames Budget arbeiten und für ihre Leistungen eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Dabei

kann im Prinzip offen bleiben, ob es sich hier um ein Unternehmen oder um einen Zusammenschluss weitgehend selbstständiger Leistungserbringer handelt. Eine Leistungsproduktion an suboptimaler Stelle vermindert den Gewinn bzw. den Überschuss dieser Gemeinschaft, sodass ineffiziente Produktionsprozesse mit dem gemeinsamen unternehmerischen Nutzenkalkül nicht in Einklang zu bringen sind. Sofern ein Unternehmen die betreffenden Leistungen anbietet, spielt die sektorspezifische Vergütung keine Rolle mehr. Die Vergütungsfrage wird letztlich zu einem internen Verteilungsproblem.

Die Integration der gesundheitlichen Leistungserstellung über die heutigen Sektorengrenzen hinweg nimmt an Breite noch zu, wenn eine Versorgungseinheit „unter einem ökonomischen Dach“ ein umfassendes Versorgungsangebot an präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region anzubieten vermag. Die Initiative zu einer solch umfassenden Versorgungseinheit, deren Leistungskapazitäten bzw. -vermögen auch alle Sektoren einschließen, kann von einem Krankenhausbetreiber oder einer Gemeinschaft von niedergelassenen Ärzten ausgehen. Diese umfassende Versorgungseinheit kann auch hier aus einem großen Unternehmen oder – möglicherweise auch auf Initiative und unter Mitwirkung einer KV – aus einem Verbund weitgehend selbstständiger Leistungserbringer bestehen. In letzterem Falle gestaltet sich die interne Vergütung allerdings aufwendiger und möglicherweise auch konfliktreicher.

Insgesamt umfasst diese Versorgungseinheit u. a. (Wille 2009)

- die vier Ebenen der stationären Versorgung Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care einschließlich einer teilstationären Versorgung sowie u. U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik;
- neben einem oder mehreren MVZ auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte;
- Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen;
- Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel und Fachkräfte für präventive Maßnahmen;
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbindungen zu Institutionen der Sozialarbeit sowie

- eine Zentralapotheke mit Dependancen, die auf der Basis einer internen Positiv- bzw. Arzneimittelliste mit pharmazeutischen Unternehmen selektiv kontrahiert.

Eine Krankenkasse, die mit einer solch umfassenden Versorgungseinheit einen Vertrag abschließt, kann ihren Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten ein vielfältiges Leistungsspektrum offerieren. So besitzen die Versicherten bzw. Patienten die Optionen, sich in Hausarztmodelle einzuschreiben und in diesem (Zukunfts-)Szenario auch zwischen offenen und geschlossenen Arzneimittellisten zu wählen. Die Wahl der Leistungsvergütung bleibt grundsätzlich den Vertragspartnern überlassen, es bietet sich im Sinne einer effizienten Versorgung hier aber im Rahmen von Capitation eine Variante der pauschalierten prospektiven Vergütung an. Sofern die Krankenkassen z.B. für jeden Versicherten mit befreiender Wirkung eine Jahrespauschale entrichten, besitzt die Versorgungseinheit weder ein Interesse an einer nicht indizierten Leistungsausweitung pro Fall noch an einer entsprechenden Erhöhung der Fallzahlen. Eine eventuelle Morbiditätsorientierung der Jahrespauschale sollte die Anreize zu präventiven Bemühungen nicht beeinträchtigen. Besteht die umfassende Versorgungseinheit aus einem Verbund von weitgehend selbstständigen Leistungserbringern, liegt es im Interesse der Leistungsgemeinschaft, das interne Verteilungssystem der finanziellen Mittel mit dem Ziel einer effizienten Leistungserstellung auszugestalten. Dies gilt generell auch für die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, denn jede zielgerichtete Delegation und/oder Substitution von ärztlichen Leistungen kommt letztlich der Versorgungsgemeinschaft finanziell zugute. Wie bei allen Formen von Capitation fällt einer externen Qualitätsdarlegung mit Hilfe eines Benchmarking-Systems von outcomeorientierten Sicherheits- und Qualitätsindikatoren hier u. a. die Aufgabe zu, Unterversorgung und andere Formen der Rationierung von effektiven Leistungen zu verhindern.

Eine solch umfassende Versorgungseinheit, die mit regionalem Bezug alle erforderlichen Gesundheitsleistungen anzubieten vermag, stellt

aus heutiger Sicht ein zielorientiertes Konzept dar, dessen Umsetzung in die Realität – wenn überhaupt – wohl noch einige Jahre dauern dürfte. Es geht hier in ordnungspolitischer Hinsicht auch nicht darum, die Realisierung einer solch umfassenden Versorgungseinheit mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen anzustreben, sondern nur darum, ihr im Rahmen von Wettbewerbsprozessen eine Chance zu eröffnen. Die Entscheidung, welcher Organisationsform jeweils der Vorzug gebührt, sollte primär bei den Versicherten und Patienten liegen und kann regional und im Zeitablauf differieren. Gleichwohl geht die sich abzeichnende Entwicklung in diese Richtung mit einer teilweise erheblichen Verstärkung der bereits vorhandenen Konzentrationsprozesse bei Krankenkassen und Leistungserbringern einher. In Ballungsräumen können umfassende Versorgungseinheiten noch miteinander in Konkurrenz stehen, in dünner besiedelten Gebieten fehlen für Wettbewerbsprozesse hinreichende Angebotskapazitäten. Je nach Intensität der Konzentrationsprozesse können sich selbst in Ballungsräumen enge oligopolistische Strukturen bilden. Dies betrifft sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite, denn die Krankenkassen, die über erhebliche Marktanteile verfügen, können in einer Region populationsorientierte Versorgungsverträge besser steuern und auch eher den Sicherstellungsauftrag übernehmen.

Die Alterung der Bevölkerung und die Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie Multimorbidität fordern einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wohl wichtigste Aufgabe in Zukunft in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters und in einem Konzept einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung, das sich am Lebensverlauf der Patienten mit den sich wandelnden Bedürfnissen nach gesundheitlicher Versorgung orientiert. Die Koordination der Versorgung wird dabei zum leitenden Prinzip und kann auf drei Optionen zurückgreifen, nämlich der normativen Regulierung (gesetzliche Rahmenbedingungen), der professionellen Steuerung (z. B. Leitlinien) und einer Aufhebung

des provider-payer-splits. Die Analyse zeigt, dass regulative Ansätze der Komplexität der Situation nicht gerecht werden und dass die professionell basierten Ansätze (z.B. Leitlinien und Versorgungspfade) zwar unverzichtbar sind, aber einer Ergänzung durch externe Koordinations- und Finanzierungsanreize bedürfen. Hierunter ist in erster Linie die dezentrale Übertragung der Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortung auf regional aufgestellte Institutionen zu verstehen, die Prävention und Gesundheitsversorgung umfassend und populationsbezogen anbieten.

Bei allen diesen Varianten muss der Gefahr von Patientenselektion und Qualitätsmängeln (z.B. durch Leistungsverweigerung) vor allem durch Qualitätssicherung, Transparenz und Stärkung der Patientenrechte entgegengewirkt werden.

Mit Ausnahme der Strukturverträge erlauben alle besonderen Versorgungsformen ein selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Der Sicherstellungsauftrag der KVen kann bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren. Insoweit sie als Vertragspartner der Krankenkassen an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, geschieht dies nicht im Rahmen von Kollektivverträgen. Die hausarztzentrierte Versorgung stellt die einzige besondere Versorgungsform dar, bei der für die Krankenkassen eine Verpflichtung zum Angebot besteht. Neben den besonderen Versorgungsformen weisen auch die medizinischen Versor-

gungszentren (MVZ) als „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ zumindest eine interdisziplinäre Orientierung auf. Sofern sie sich im Eigentum von Krankenhäusern befinden, liegt zudem eine sektorübergreifende Kooperation nahe. Schließlich können die KVen nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, die für bestimmte Leistungen eine qualitätsbezogene Vergütung (Pay For Performance) vorsehen, nämlich den bereits erwähnten Qualitätswettbewerb mit Zu- und Abschlägen für die beteiligten Ärzte.

Veränderungen im Gesundheitssystem bedürfen immer der begleitenden Evaluation. Daher sollten solche Entwicklungen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden müssen, um die Konsequenzen für die Versicherten, für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und für das gesamte System erkennen und bewerten zu können. Nur auf dieser Basis kann entschieden werden, ob neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breit implementiert werden sollten. Studien zur Evaluation neuer Versorgungskonzepte sind zudem im Hinblick auf die Finanzierung abzusichern. Da die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der GKV von besonderer Wichtigkeit sind, sollte den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z.B. 0,1 Prozent).

11. Unser System aus Sicht der Versicherten und Patienten: positiv mit Defiziten

Innovationen im Gesundheitssystem unter der Berücksichtigung von Bedarf und Patientennutzen

„Gesundheit ist in Deutschland ein Thema für alle Menschen. Der Bedarf und das Interesse an allgemein zugänglicher Versorgung und Prävention, an Rehabilitation und Pflege steigen ständig. Der Wunsch von Menschen, insbesondere aus den sozial schwachen Schichten, sich gegen das Risiko Krankheit abzusichern, ist in Zeiten ökonomischer Unsicherheiten mit der Bedrohung des Verlustes von Arbeitsplatz und existenzieller Ängste besonders groß. Dem Gesundheitssystem kommt daher auch die Aufgabe einer gesellschaftlichen Befriedung zu, der Staat hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, stabile Rahmenbedingungen insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, da hier fast 90 Prozent der Menschen in Deutschland versichert sind. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass die Gesundheitspolitik als eine der wichtigsten Säulen der Sozialpolitik in der Öffentlichkeit, in den Medien und bei den betroffenen Menschen auf viel Aufmerksamkeit stößt: Insbesondere die älteren und sozial schwächeren Versicherten und Patienten verfolgen viele Diskussionen mit Argwohn, weil sie befürchten, bei der Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit in diesem System hintan zu stehen und die Verlierer von Veränderungen zu sein. Die zukünftigen Konzepte in unserem Gesundheitssystem müssen sich daher immer auch daran messen lassen, wie das Vertrauen der Versicherten in unsere Gesundheitsversorgung gestärkt werden kann: Die Menschen müssen spüren, dass auch weiterhin der Bedarf und der Nutzen einer Behandlung im Krankheitsfall zum Leitgedanken und zur Richtschnur für die Weiterentwicklung in unserem System Berücksichtigung findet, in einem System, das schließlich für die Versicherten und Patienten, nicht aber für Krankenhäuser, Arztpraxen oder Apotheken, nicht für die Pharmaindustrie, für die Pflegeheime oder für die Krankenkassen existiert.“

(Mickley et al. 2010)

Das deutsche Gesundheitssystem mit seiner gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird nach wie vor im internationalen Vergleich als eines der besten Systeme für die Nutzerinnen und Nutzer bewertet. Es gibt (zumindest noch) einen einkommensunabhängigen Anspruch auf Versorgung im Krankheitsfall, es gibt keine Wartelisten bei dringend notwendigen Behandlungen. Die nach wie vor vergleichsweise sichere finanzielle Ausstattung des Systems fördert Innovationen und den therapeutischen Fortschritt, das System bietet dem medizinisch-industriellen Komplex große Chancen, wirkliche therapeutische Innovationen zu vermarkten, es hat sich in der Zwi-

schenszeit auch zu einem Bereich entwickelt, in dem mehr und mehr Arbeitsplätze im Rahmen neuer Technologien geschaffen wurden (z. B. Telematik, MTA bei neuen bildgebenden Verfahren, Dokumentationsassistentinnen usw.).

Trotz aller Entwicklungen leidet die Versorgung jedoch an vielfältigen Defiziten der Koordination und der Integration. Diese erkennbaren Defizite, die sich insbesondere an den Schnittstellen der „traditionellen“ Sektoren, vor allem an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung, aber auch an den Schnittstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung *zuungunsten* der Versicherten und Patienten

zeigen, müssen mit Blick auf die zukünftigen Anforderungen in diesem System durch innovative Strategien überwunden und zugunsten der Patienten ausgeglichen werden – das Ziel muss in einer besseren sektorübergreifenden Koordination und Integration der Behandlungsabläufe bestehen. Der absehbare demographische Wandel und die damit einhergehenden Verschiebungen des Morbiditätsspektrums in Richtung chronischer Erkrankungen verlangen zielgerichtete Veränderungen der bisherigen, in der Akut- und Notfallversorgung ohne Zweifel erfolgreichen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen. Zudem wird eine steigende Anzahl älterer Menschen unter mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (Multimorbidität mit der Notwendigkeit von „chronic care“, also eines chronisch anzuwendenden Behandlungskonzeptes). Dies wirft die Frage nach einer generationenspezifischen Versorgung auf, die den Kriterien der Effizienz und Effektivität

bzw. Qualität sowie Nachhaltigkeit genügt. Eine solche Versorgung, die bereits u. a. mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter ansetzt, die Patienten bei den altersspezifischen Übergängen optimal begleitet und im hohen Alter problembezogen versorgt und betreut, muss im Mittelpunkt einer Konzeption für ein zukünftiges Gesundheitssystem stehen. Der Gesundheitsversorgung stellt sich damit die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen. Die Bewertung der gefundenen Lösungen ist in jedem Fall am Bedarf und Patientennutzen zu orientieren.

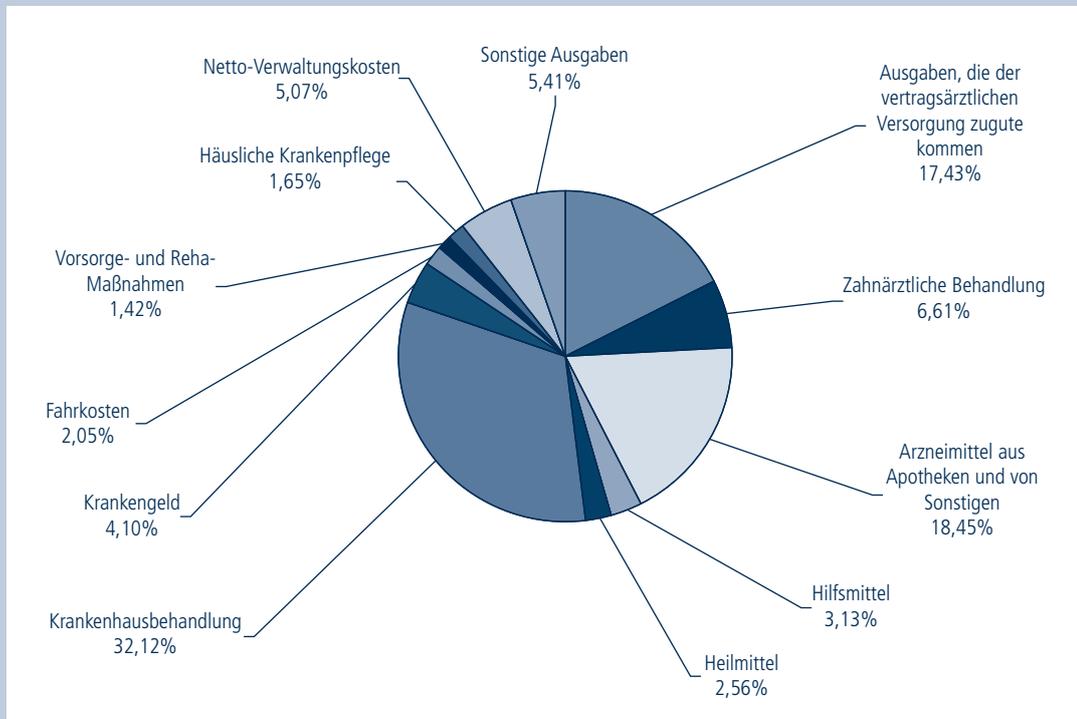
12. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel rückt immer mehr in den Vordergrund. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der Veränderung unserer Gesellschaft hin zu mehr älteren Menschen mit Einschränkungen in ihren Alltagsfunktionen aufgrund von Krankheitsereignissen wie z. B. Schlaganfällen, bei denen Heilmittel wie Logopädie oder Physiotherapie ebenso wichtig sind wie z. B. Rollatoren als Gehhilfen oder Hörhilfen zur Unterstützung eines schlechter gewordenen Hörvermögens. Aber auch das Älterwerden für sich genommen kann mit Einschränkungen im Alltag verbunden sein – schlechteres Sehen oder Hören, Schwierigkeiten beim Treppensteigen oder Inkontinenz kommen im höheren Lebensalter häufiger vor, Hilfsmittel werden für immer mehr ältere Menschen notwendig, um körperliche Einschränkungen auszugleichen. Brillen und Hörgeräte oder Treppenlifter und Rollstühle gehören daher zu den oft verordneten Hilfsmitteln. Solche Hilfen sind auch integraler Bestandteil der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker oder hochbetagter Menschen. Ein weiterer Grund für den Anstieg von Leistungen in diesem Bereich liegt aber auch darin, dass insbesondere bestimmte Heilmittel (so z. B. Logopädie und Ergotherapie) auffällig häufig für Kinder bis zum zehnten Lebensjahr verordnet und angewendet werden. Dies ist ein möglicher Hinweis darauf, dass Kinder im Rahmen ihrer Entwicklung in Familien, Kindergärten und Schulen nicht mehr ausreichend gefördert werden (können) und therapeutische Maßnahmen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Bedeutung gewinnen – ein „Verschiebeparkplatz“ der öffentlichen Hand zu Lasten der GKV. Daten, die bei Schuleingangsuntersuchungen erhoben werden, zeigen durchaus in dieser Hinsicht auffällige Er-

gebnisse: So wurden im Raum Hannover bei dem Schulanfängerjahrgang 2006/2007 (10.440 Kinder) etwa zehn Prozent der Kinder gefunden, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Sprachtherapie bekamen, bei ca. fünf Prozent war eine solche Therapie bereits abgeschlossen, sieben Prozent wiesen Befunde auf, die eine weitere Diagnostik bzw. Therapie erforderten und 19 Prozent zeigten Sprachauffälligkeiten, die allerdings (noch) keiner weiteren therapeutischen Maßnahme bedurften. Ähnliche Befunde liegen aus Bremen vor, sowohl für den Bereich der Sprachauffälligkeiten als auch für die motorischen Auffälligkeiten – als therapeutische Maßnahmen kommen hier Logopädie und Ergotherapie in Frage. Auch hier liegen die Sprachauffälligkeiten in den Jahren 1998 -2002 zwischen 15 und 17 Prozent, die motorischen Auffälligkeiten zwischen 16 und 20 Prozent. (Die Gesamtzahl der untersuchten Schülerinnen und Schüler schwankte in den genannten Jahren zwischen 4.704 und 5.134.) Etwas anderes wird bei solchen Erhebungen deutlich. Die Häufigkeit der Sprach- und Motorikauffälligkeiten steigt bei Kindern aus benachteiligten Schichten deutlicher an als bei Kindern aus privilegierten Schichten. Das erhöhte Gesundheitsbewusstsein, ein leichter Zugang zum Gesundheitssystem sowie ein gesundheits- und bildungsförderliches Lebensumfeld machen sich in den privilegierten Schichten offensichtlich vor allem bei den Kindern bemerkbar.

Von den Ausgaben der GKV im Jahre 2009 in Höhe von 175,6 Milliarden Euro entfielen 5,5 Milliarden Euro bzw. 3,13 Prozent auf die Hilfsmittel (+5,8 Prozent gegenüber 2008) und 4,5 Milliarden Euro und damit 2,56 Prozent auf die Heilmittel (+2,3 Prozent gegenüber 2008) (s. Abbildung 8).

Abbildung 8:

**Anteile an den Ausgaben der GKV im Jahre 2009 in % der Gesamtausgaben
in Höhe von 175,6 Mrd. €**

Quelle: nach BMG 2010.

Zusammengenommen entfielen auf die Heil- und Hilfsmittel im Jahre 2009 genau 10 Milliarden Euro (inklusive der Zuzahlung der Versicherten), dies entspricht rund 5,7 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben. Damit liegt der Ausgabenblock der Hilfsmittel auf Platz 6 der GKV-Leistungsausgaben, die Heilmittel auf Platz 7 – nach den Ausgaben für das Krankenhaus, für die Arzneimittel, für das ärztliche Honorar, für die zahnärztliche Behandlung und für das Krankengeld.

Noch mehr als in der Arzneimittelversorgung fehlt in der Hilfsmittelversorgung eine Infrastruktur, die eine Bewertung des Nutzens von Produkten mit Schlussfolgerungen zur Angemessenheit von Preisen bzw. Preisrelationen ermöglicht. Unter diesen Voraussetzungen wird die Gründung einer Task Force vorgeschlagen, die sich aus Experten des Spitzenverbandes Bund der GKV, einzelner Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der

Krankenkassen zusammensetzt und weitere Fachleute sowie Patientinnen und Patienten mit einbezieht. Themenabhängig können auch Vertreter von Herstellern bei solchen Diskussionsrunden einbezogen werden. Vorrangige Aufgaben dieses Gremiums wären Fragen der Qualitätssicherung, die Aktualisierung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses und dabei vor allem die Bildung von Produktgruppen und Formulierung von Qualitätsstandards, die Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen für Festbeträge und Versorgungspauschalen sowie die Wiederverwendbarkeit von Hilfsmitteln. Ergebnisse der Arbeitsgruppe, vor allem zur Methodik der Technologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) bei Hilfsmitteln, zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Kalkulation von Festbeträgen, sollten im Internet dokumentiert werden. Die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst zwar die

Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte, aber nicht die Erstellung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses. Da dem Bundesausschuss aber die Konkretisierung des im SGB V nur allgemein abgegrenzten GKV-Leistungskatalogs obliegt, sollte er in eine solche Task Force einbezogen werden.

Die Versorgungsforschung und die Gesundheitsberichterstattung muss die Versorgungssegmente Hilfsmittel und Heilmittel vermehrt berücksichtigen. Anders als zur ambulanten ärztlichen Versorgung, zur Krankenhaus- und zur Arzneimittelversorgung stehen relativ wenige Analysen und Daten zur Verfügung, die eine fundierte Einschätzung des Versorgungsgeschehens und der Marktentwicklungen erlauben. In eine solche Gesundheitsberichterstattung sollten auch Struktur- und Leistungsdaten zum Heilmittelbereich aufgenommen werden mit dem Ziel, regionale Unterschiede in der Leistungserbringerdichte und in der Leistungsstruktur darzustellen. Auf diese Weise werden Anknüpfungspunkte für die Versorgungsforschung und die Gestaltung von regionalen Versorgungsstrukturen geschaffen. Dazu kann vor allem eine Veröffentlichung von Daten aus dem geplanten Heilmittel-Informationssystem der GKV beitragen.

Versorgungsforschung und Technologiebewertung (HTA) sollten im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung weiter ausgebaut werden. Die Effektivität, Angemessenheit und Effizienz des Hilfs- und Heilmittelsatzes bietet sich als ein Gegenstand von Versorgungsforschungs- und HTA-Projekten an. Da beide Versorgungssegmente zur Rehabilitation chronisch kranker und behinderter Menschen beitragen, sollte sich auch die Rehabilitationsforschung vermehrt dieser Versorgungsbereiche annehmen. Prinzipiell stellen derartige Forschungsprojekte aufgrund ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung des Leistungsspektrums der Sozialversicherung auch eine Aufgabe der GKV, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und gegebenenfalls weiterer Sozialversicherungsträger dar. Forschungsvorhaben sollten an Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und dabei an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Internationale

Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) anknüpfen. Eine Verwendung der ICF wird die internationale Vergleichbarkeit bzw. Verwertbarkeit von Studienergebnissen verbessern.

Ärzte sollten sich in ihrer Aus- bzw. Weiter- und Fortbildung vertiefte Kenntnisse der Hilfsmittel- und Heilmittelversorgung aneignen. Um auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, z. B. Absolventen von Berufsfachschulen, vermehrt wissenschaftlich zu qualifizieren und zur Forschung sowie Nutzung von Studienergebnissen zu befähigen, sollten Universitäten und/oder Fachhochschulen vermehrt berufsbegleitende Studiengänge einrichten. Dafür kommen u. a. Institute für Rehabilitationswissenschaften, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften in Betracht.

Ohnehin erscheint es notwendig, gerade im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung die Koordination und die Integration der Versorgung zu verbessern. Der „Professionenmix“ aus z. B. Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen pflegerischer Berufe, von Heilmittelerbringern wie Physio- und Ergotherapeuten oder Logopäden kann sich positiv auf die Behandlungsqualität und -intensität auswirken. Angehörige pflegerischer Berufe sind nämlich bei einer entsprechenden Qualifikation ebenso in der Lage, über die Anwendung des richtigen Hilfsmittels zu entscheiden wie Heilmittelerbringer im Rahmen von Modellvorhaben über die Anwendung der richtigen Therapie, z. B. im Rahmen der Rehabilitation nach einem Schlaganfall. Allerdings muss das Ziel verfolgt werden, die Anwendung von Hilfs- und Heilmitteln auf einer besseren Evidenz als heute aufzubauen – es fehlen in wichtigen Leistungsbe-reichen nach wie vor „belastbare“ Studienergebnisse. Dies schadet nicht nur der Akzeptanz der jeweiligen Berufsangehörigen, sondern vor allem den Patientinnen und Patienten, die weniger eine auf Evidenz aufgebaute Behandlung bekommen, sondern vielfach mit einer Therapie auf Erfahrungsbasis behandelt werden („eminenzbasiert“). Die kann allerdings – wie manche Beispiele zeigen – nicht immer mit der spärlich publizierten Evidenz in Einklang gebracht werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007 auf die grundsätzlich wachsende Bedeutung dieses „Professionenmix“ hingewiesen (SVR 2007, Kurzfassung Ziffern 18 ff.). Dort heißt es zur Begründung dieser Überlegungen: „Die Komplexität der Organisation des Gesundheitswesens ist hoch und hat in den letzten Jahren noch zugenommen. Vor diesem Hintergrund gilt es, angesichts der fortschreitenden Spezialisierung (Arbeitsteilung) vor allem die Integration der Tätigkeiten und Leistungen verschiedener Gesundheitsberufe zu verbessern. Weiterhin stellen demographische Entwicklungen und Veränderungen des Morbiditätsspektrums Herausforderungen für das Versorgungssystem und seine Akteure dar.“ In diesem Zusammenhang werden interprofessionelle Teams in der ambulanten Versorgung ebenso gefordert wie transsektorale Case-Management Konzepte und hochspezialisierte Behandlungsteams im Krankenhaus. Es werden ausdrücklich die Möglichkeiten angesprochen, Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln oder Folgeverordnungen von Medikamenten für chronisch Kranke von besonders ausgebildeten Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe veranlassen zu können – z. B. im Rahmen der Delegation unter ärztlicher Anordnung oder Aufsicht oder der rechtlich möglichen, völlig eigenständigen Ausführung bestimmter Tätigkeiten. Solche Entwicklungen werden, und das ist durchaus aus berufspolitischer Sicht nachvollziehbar, von den meisten Ärzteverbänden entweder abgelehnt oder zumindest skeptisch gesehen. Der Sachverständigenrat empfiehlt daher, die Veränderung der Aufgabenverteilungen und Zuständigkeiten mit kleinen Schritten zu beginnen – insbesondere unter dem Aspekt der Alterung der Gesellschaft und der veränderten Krankheitsspektren hin zu chronischen Krankheiten, die sehr viel mehr dauerhafte kompetente Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und

Patienten notwendig macht: „Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Der Rat empfiehlt die Verankerung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.“ (SVR 2007, Ziffer 23 der Kurzfassung)

Allen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, die sich allzu leicht über Behinderungen und Barrieren in ihrer Berufsausübung beschweren, aber kaum Daten über Qualität, Angemessenheit und Outcome in ihrem Leistungsbereich vorlegen können, wird dringend geraten, die Versorgungsforschung zu nutzen, um die vorhandenen Defizite in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auszugleichen. Es müssen dringend Hinweise darauf erarbeitet werden, wie plausibel und fachlich korrekt die Indikation für die jeweilige Leistung gestellt wird, weil es in einem Anbieterbereich ohne Niederlassungssteuerung und -begrenzung wie bei den Heil- und Hilfsmittel-erbringern leicht zu Indikationsausweitungen kommen kann – die angebotsinduzierte Nachfrage ist in der medizinischen Versorgung nach wie vor Alltag. So sehr es richtig ist, dass die Kooperation von Ärztinnen und Ärzten mit den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe in unserem Versorgungssystem verbessert werden muss (siehe auch SVR-Gutachten 2007), so dringend notwendig sind aber auch qualitätssichernde und transparenzfördernde Maßnahmen, um Notwendigkeit und Erfolg einer Behandlungsmaßnahme zu dokumentieren. Im Bereich der Heil- und Hilfsmittel besteht in diesem Zusammenhang sicherlich Nachholbedarf.

13. Versorgung mit Arzneimitteln

Arzneimittel gehören, *richtig angewendet*, zu den wirksamsten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Ihr Einsatz reicht von akuten Gesundheitsstörungen über chronische Krankheiten, der Verhinderung und Verzögerung kurzfristiger und ferner Krankheitskomplikationen bis zur rein palliativen Schmerztherapie. Auch die präventive Zielrichtung zur Minderung der Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Hypertonie- bzw. atherothrombotisch bedingter irreversibler Endzustände wie Schlaganfall oder Herzinfarkt stellt in den westlichen Gesellschaften versorgungsepidemiologisch eines der umfangreichsten ambulanten Anwendungsfelder für Arzneimittel dar. Die Vergrößerung des Primärversorgungsbereichs und des Bereichs der sekundären fachärztlichen Versorgung bei gleichzeitiger Reduzierung und Konzentration der Krankenhäuser auf die stationäre Akut- und Notfallbehandlung sowie auf schwerwiegende Komplikationen bei chronischen Erkrankungen wird ohne Zweifel den Anteil und die Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie gegenüber der derzeitigen Situation erhöhen.

Dabei soll allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass insbesondere in Gesellschaften höherer Lebenserwartung die Dauer der Behandlung chronischer Krankheiten ansteigt, die Menschen leiden dann über mehr Jahre ihres Lebens an Bluthochdruck, Diabetes oder anderen chronischen Erkrankungen und werden dementsprechend auch länger behandelt. Arzneimittel werden damit zu jahrelangen Begleitern chronisch kranker Menschen, sie „kontrollieren“ bestenfalls die Krankheit, ohne sie letztlich „heilen“ zu können. Dieses als „failure of success“ bezeichnete Phänomen zeigt, dass als Folge des demographischen Wandels mehr Arzneimittel und länger bei chronischen Erkrankungen zur Anwendung kommen werden als derzeit, wenn es nicht zu einer

Verringerung der Lebensjahre unter Krankheitsbelastung kommen wird („compression of morbidity“). Dies muss vor allem dort versucht werden, wo die Prävalenz von Krankheiten durch Prävention verringert werden kann (viele alterskorrelierte Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselkrankheiten wie Bluthochdruck oder Typ-2-Diabetes), weil die Prävalenz altersbedingter Leiden aus dem Bereich der neurodegenerativen Erkrankungen (vor allem Demenz, aber auch die Parkinson Krankheit) mit steigender Lebenserwartung ansteigen wird. Die Hoffnungen vieler an schwerwiegenden bisher nur symptomatisch behandelbaren Krankheiten leidender Patienten richten sich auf die Entwicklung neuer Medikamente. Erwartet werden in naher Zukunft z. B. Neuentwicklungen gegen Demenz oder auch bösartigen Erkrankungen. Der Anteil gentechnisch entwickelter Medikamente ist ständig im Wachsen begriffen, und von den derzeit im vorklinischen oder klinischen Prüfstadium befindlichen Wirkstoffen ist jeder vierte gentechnischer Herkunft.

Der Einsatz von Pharmaka in der medizinischen Versorgung bewegt sich im Spannungsfeld der Problemfelder Qualität und Kosten, Über-, Unter- und Fehlversorgung liegen bei der Anwendung von Arzneimitteln neben der „richtigen“ Therapie nah beieinander. Die zu häufige Antibiotikagabe für Kinder im Zusammenhang mit den meist viral ausgelösten Infektionen der oberen Atemwege ist ebenso ein Beispiel für Über- und Fehlversorgung wie z. B. die dauerhafte Verordnung von Beruhigungs- und Schlafmitteln für Frauen, die längst von diesen Mitteln abhängig geworden sind. Andererseits ist die noch immer nicht ausreichende Versorgung von Asthmapatientinnen und -patienten mit inhalativen Kortikosteroiden oder die zurückhaltende Therapie

mit Bisphosphonaten bei Osteoporose als Hinweis auf Unterversorgung zu bewerten.

Der Anteil gentechnisch entwickelter Medikamente ist ständig im Wachsen begriffen (Biologics bzw. deren Nachfolgeprodukte Biosimilars z. B. gegen rheumatoide Arthritis oder Multiple Sklerose), derzeit sind bereits 74 biotechnologisch hergestellte Arzneimittel auf dem deutschen Markt verfügbar, pro Jahr kommen vier bis fünf neue Biopharmazeutika hinzu. Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat derzeit Kenntnis über die Erforschung von allein mehr als 10 Wirkstoffen zur Behandlung sehr seltener Krankheiten (Orphan Drugs). Schon jetzt fallen 13 Prozent der Arzneimittelausgaben auf Biopharmazeutika, 2020 werden es 21 Prozent sein.

Neben den schon vorhandenen effektiven Arzneimitteln zur Behandlung chronischer Erkrankungen erweitern vor allem die gentechnologisch hergestellten Biologics und Biosimilars die Möglichkeiten, schwere Erkrankungen, die bislang bei Exacerbationen häufig einen stationären Aufenthalt notwendig machten, auch ambulant behandeln zu können, zudem erhöhen sie die Überlebenszeit vieler Patienten mit Krebs- oder Autoimmunerkrankungen und damit die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie auch auf lange Zeit hin kompetent und qualifiziert zu begleiten. Diese neuen Arzneimittel greifen zum Teil hochselektiv in Stoffwechselforgänge und Funktionen des Organismus ein, die Informationsvermittlung über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken bekommt daher wachsende Relevanz. Schließlich ist Effektivität und Effizienz der Arzneimitteltherapie nur dann zu erwarten, wenn vor der Therapie eine angemessene Nutzen- und Schadenabwägung in die Entscheidung einbezogen werden kann.

Insbesondere der ambulante Versorgungssektor steht seit Jahren unter dem Druck, die Pharmakotherapie zu rationalisieren und in diesem Kontext auch Medikamentenkosten einzusparen, zumal von wissenschaftlicher und politischer Seite sowie den Ausgabenträgern in der GKV noch erhebliche Rationalisierungsreserven beim Arzneimitteleinsatz vermutet werden. Da-

neben gibt es jedoch auch Versorgungslücken, die durch die Implementierung von Leitlinien reduziert werden sollen. Die Versorgungsforschung kann allerdings in diesem Zusammenhang auf der Basis von Sekundärdatenanalysen wertvolle Beiträge liefern. Daher sollte gerade dieser Forschungsbereich auf der Basis von Kassendaten in der Zukunft noch stärker als bislang gefördert werden.

Es kann daher nicht erstaunen, dass der Trend steigender Arzneimittelausgaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unvermindert anhält, wie die Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zeigt (siehe Abbildung 9). Nur im Jahre 2004, also dem Jahr, in dem das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft trat, konnte eine Unterbrechung dieses Trends verzeichnet werden. Im Jahre 2009 stiegen die Arzneimittelausgaben wie im Jahr zuvor wieder stark an, von 29,93 Milliarden Euro (2008) auf rund 32 Milliarden Euro (+7 Prozent). Die Arzneimittelausgaben waren übrigens nach den Angaben des statistischen Bundesamtes in den Jahren 2004 bis 2008 der am stärksten steigende Ausgabenbereich: Während die Ausgaben im stationären Bereich um 10,4 Prozent und die im ambulanten ärztlichen Honorarbereich um 10,8 Prozent anstiegen, war bei den Arzneimittelausgaben ein Anstieg von 33,4 Prozent zu verzeichnen.

Wenn aber Arzneimittel im Bezug auf Effektivität und Effizienz Vorteile im Versorgungssystem mit sich bringen, weil z. B. teurere Versorgungskonzepte (z. B. operativ oder stationär) substituiert werden, ist nicht die absolute Größenordnung der Ausgaben als Basis für eine kritische Betrachtung heranzuziehen, vielmehr hat eine sektorübergreifende Bewertung einer möglichen Effizienzoptimierung im Mittelpunkt zu stehen. Die sektoral getrennte Betrachtung der Arzneimittelausgaben verstellt dann eher den Blick für das Wesentliche: Die Frage ist nicht allein, wie viel geben wir für die Arzneimittelversorgung aus, sondern welchen Nutzen, sowohl den individuellen wie den monetären, haben Versicherte, Patientinnen und Patienten und das gesamte Versorgungssystem von der jeweiligen Arzneimittel-

Abbildung 9:

Arzneimittelausgaben der GKV von 1998 bis 2008



Quelle: BMG 2009.

therapie. Die zentrale Anforderung mit Blick auf die obligatorische Effizienzoptimierung bei begrenzten Mitteln lautet daher, bei jeder Entscheidung zu prüfen, ob sich das angestrebte Therapieziel mit weniger, auch finanziellen, Ressourcen erreichen lässt, ob ein besseres Behandlungsergebnis mit den gleichen Ressourcen wie bislang

erreichbar ist oder ob bei der Berücksichtigung des therapeutischen Fortschritts ein Mehr an Ressourceneinsatz unvermeidbar erscheint – insgesamt eine keineswegs triviale Abwägung unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenz sowie der Anforderung nach sektorübergreifender Effizienzoptimierung.

14. Neu heißt nicht immer innovativ, teurer nicht besser!

Nach Industriestatistiken ist der Umsatz der Pharmabranche im Jahre 2009 um 4,2 Prozent angestiegen, von rund 23,5 Milliarden Euro auf 25,2 Milliarden Euro. Da jeder Euro im System nur einmal ausgegeben werden kann – hohe Arzneimittelkosten haben eben auch Auswirkungen auf das Honorarvolumen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte –, „schneiden“ die sich letztlich ins eigene Fleisch, wenn sie dem „Marketinggetrommel“ von Herstellern bei Produkten erliegen, die längst therapeutisch gleichwertig, z. B. als kostengünstige Generika angeboten werden. Natürlich gibt es immer wieder auch neue Mittel mit therapeutischem Fortschritt, die eine Effizienzoptimierung ermöglichen und die sich in der Regel auch ohne Bewerbung durch die jeweiligen Hersteller in der Verordnung durchsetzen. Unterschätzt wird aber offensichtlich die Anfälligkeit von Ärztinnen und Ärzten für die neuen, oftmals aber nur vermeintlich besseren neuen Arzneimittel. Wenn die aber nur zum geringsten Teil mit therapeutischem Fortschritt und wirklichen Innovationen zu tun haben, sondern wenn sich ein Teil des Ausgabenzuwachses damit begründen lässt, dass neue und teure Mittel ohne Zusatznutzen die Gewinner im Spiel um die Gunst der Verschreiber sind, dann ist wohl der Begriff Verschwendung angebracht. Offensichtlich regeln sonst übliche Marktmechanismen den Arzneimittelmarkt nur bedingt – wie wäre es sonst erklärbar, dass teure und keineswegs bessere Mittel als bereits verfügbare Alternativen unübersehbaren Erfolg haben und trotz mangelnden Potenzials zur Effizienzoptimierung in steigendem Umfang verordnet werden? Die Mittel werden einfach „gnadenlos“ häufig und massiv beworben, sie werden als Innovationen dargestellt und offensichtlich auch so angenommen – den Beleg für einen besseren Nutzen im Vergleich mit den bereits angebotenen Alternativen bleiben sie allerdings in den meisten Fällen schuldig. Damit

werden diese häufig und massiv beworbenen und zumeist teuren Analogpräparate ohne therapeutischen Zusatznutzen in unserem Pharmamarkt nicht nur zu einer „Plage“ für die Kassen, sondern auch eine „Falle“ für die Ärzte – sie mindern in unserem gedeckelten System die Chance auf höhere Honorare. Kein Wunder also, dass die Ausgaben für Arzneimittel im Jahre 2009 mit rund 32 Milliarden Euro noch immer deutlich höher liegen als die Ausgaben für das ärztliche Honorar in der ambulanten Versorgung mit etwa 28 Milliarden Euro.

Die Umsatz-Hitliste des Jahres 2009 zeigt einige Arzneimittel mit den hier beschriebenen Problemen.

Spitzenreiter im Umsatz der pharmazeutischen Hersteller, aber auch im Bereich der GKV-Verordnungskosten sind die beiden TNF-Antagonisten Adalimumab und Etanercept. Mit diesen beiden Mitteln wird ein echter therapeutischer Fortschritt in der Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis und des Morbus Crohn verbunden (Manger et al. 2007). Ziel ist es, die Erkrankung rheumatoide Arthritis in eine dauerhafte Remission zu bringen. Ihre Indikation ist dann gegeben, wenn andere remissionsreduzierende Mittel nur unzureichend wirken.

Schon die direkten Jahrestherapiekosten von etwa 16.000 bis 24.000 Euro machen einen sorgfältigen Umgang mit diesen Mitteln erforderlich. Der Tyrosinkinasehemmer Imatinib (in Glivec, siehe Rang 3) wird seit vielen Jahren erfolgreich als Zytostatikum eingesetzt und hat in der GKV inzwischen rund 40 Prozent des Umsatzes aller Fertigarzneimittel bei den Zytostatika erreicht. Auf dieses Mittel entfallen, je nach Dosierung, rund 50.000 Euro Jahrestherapiekosten. Es ist indiziert bei der Philadelphia-Chromosom-positiven chronischen myeloischen Leukämie in der chronischen Phase nach dem Versagen einer Interferon-alfa-Therapie. Imatinib hat die Therapie dieser Erkrankung nachhaltig verbessert. Unter

Tabelle 4:

Industrieumsätze der 20 führenden Arzneimittel in Deutschland, zuzüglich einiger zusätzlich ausgewählter Beispiele (ohne Blutzuckerteststreifen)

Rang	Präparat (Wirkstoff)	Umsatz 2009 Mio. €	+/- % gegenüber 2008
1	Humira (Adalimumab)	310	+ 33,3
2	Enbrel (Etanercept)	265	+ 29,7
3	Glivec (Imatinib)	208	+ 7,8
4	Symbicort (β-2 + Corticoid)	203	+ 6,8
5	Spiriva (Tiotropium)	201	+ 15,7
6	Rebif (Interferon β- 1a)	193	+ 8,0
7	Copaxone (Glatiramer)	169	+ 20,1
8	Viani (β-2 + Corticoid)	168	+ 1,3
9	Lyrica (Pregabalin)	158	+ 24,4
10	Seroquel (Quetiapin)	157	+ 8,9
11	Avonex (Interferon β- 1a)	150	+ 10,9
12	Inegy (Simvastatin + Ezetemib)	149	+ 0,9
13	Betaferon (Interferon β- 1b)	144	- 10,7
14	Lantus (Analoginsulin)	127	+ 3,1
15	Sifrol (Pramipexol)	117	+ 1,6
16	Omeprazol	117	+ 0,2
17	Clexane (Enoxaparin)	116	+ 14,6
18	Plavix (Clopidogrel)	107	+ 3,1
19	Zyprexa (Olanzapin)	102	+ 165,9
20	Tebonin (Ginkgo)	100	+ 0,9
	Gesamtmarkt Industrieumsatz 2009	25.165,3	+ 4,2 %
	Apothekenumsatz gesamt 2009	ca. 38 Mrd. €	
	Gesamtpackungsmarkt 2009	1,59 Mrd. Packg.	+ 0,7

Quelle: IMS 2009.

den umsatzstärksten Arzneimitteln sind mit Symbicort und Viani auch zwei Mittel zur Behandlung von Asthma aufgeführt. Auch wenn diese Kombinationsprodukte grundsätzlich erst dann angewendet werden sollten, wenn das fixe Dosierungsschema der individuellen Therapienotwendigkeit entspricht, ist seit langem bekannt, dass eine ausreichende Therapiekontrolle mit Antiasthmatica mit einer reduzierten Hospitalisierungswahrscheinlichkeit einhergeht. Die indika-

tionsgerechte Anwendung von Mitteln zur Behandlung von Asthma kann also Ausgaben durch eine stationäre Behandlung vermeiden helfen.

Es gibt aber auch Auffälligkeiten bei den umsatzstärksten Präparaten: So ist die Diskussion um einen Zusatznutzen von Mitteln wie Seroquel oder Lyrica keineswegs abgeschlossen. Es gibt erhebliche Unterschiede bei Seroquel bezüglich der unerwünschten Wirkungen im Vergleich zu Olanzapin oder Risperidon, die für dieses Mittel

publizierten Hinweise auf Blutbildungsstörungen sollten ernst genommen werden. Und für Lyrica sind belegte Vorteile bisher nicht eindeutig, der Preisunterschied zu Mitteln mit Gabapentin (Tagesdosierungskosten 4,47 Euro zu 2,87 Euro) oder zu Carbamazepin (4,47 Euro zu 0,69 Euro) macht eine Diskussion von Effektivität und Effizienz dringend erforderlich. Es ist daher sicherlich erforderlich, beim Verordnungsumfang dieser Mittel, die der Klasse von Analogpräparaten ohne bisher klar erkennbaren Zusatznutzen zuzuordnen sind, die Reduktion der Ausgaben in den Vordergrund zu stellen (die Kosten der Tagesdosierung sind entnommen Schwabe & Paffrath 2009).

Das Gleiche gilt in besonderer Weise für die Kombination von Simvastatin und Ezetrol (Inegy, Rang 12). Rund 8 Jahre nach Markteinführung liegen für dieses Mittel noch immer keine überzeugenden Belege für einen Zusatznutzen gegenüber Simvastatin alleine vor, das Mittel ist in den Tagesdosierungskosten rund sieben- bis achtmal teurer, der Nutzen gegenüber Simvastatin alleine zweifelhaft. Der Umsatz für dieses Mittel ist daher ebenso kritisch zu prüfen wie der des Ginkgoextrakt-haltigen Produktes Tebonin, das zwar noch immer als Antidementivum verordnet werden kann, für das aber keine konsistente und überzeugende Evidenz bei Patientinnen und Patienten mit Demenz oder kognitiven Störungen vorliegt. Es gibt viele andere Präparate, an denen gespart werden könnte. Der Deutsche Markt ist voll von me-too-Produkten, von Analogpräparaten ohne Zusatznutzen, die als „ökonomische Innovationen“ gekennzeichnet werden können, da die Firmen mit diesen Produkten das alleinige Ziel verfolgen, in umsatzstarken Indikationsbereichen mit zwar neuen und deshalb patentgeschützten, aber keineswegs besseren Präparaten Gewinne zu machen. Der Vorteil für die Firmen liegt zudem darin, dass bei neuen Produkten der Preis vom pharmazeutischen Unternehmen festgelegt werden kann – die Gewinne lassen sich auf diese Weise durch einen entsprechenden Marketingdruck geradezu „konstruieren“. Daher ist es wichtig, bei diesen Präparaten und im Markt der patentfreien Präparate Generika mit bewährten Wirkstoffen zu verordnen, allein bei den me-too-

Präparaten sind Rationalisierungsreserven von rund 2 Milliarden Euro möglich, Geld, das im Sinne des „Headroom for Innovation“ bei teuren Mitteln mit erkennbarem Zusatznutzen sinnvoll verwendet werden kann. Die Verordnung von me-too-Präparaten wie Inegy bedeutet dagegen Verschwendung von finanziellen Ressourcen.

Im Arzneimittelbereich geht es sowohl um die Einsparmöglichkeiten im Sektor Arzneimitteltherapie durch die Nutzung preiswerter, aber vergleichbar nützlicher Arzneimittel als auch um die Effizienzoptimierung von Behandlungsabläufen durch die Substitution und/oder Vermeidung teurer Behandlungsstrategien durch eine konsequente Arzneimitteltherapie, deren Kosten dann aber typischerweise ansteigen. Während die erste Variante auch im jetzigen System schon gewünscht ist und auch durch Bonusmodelle honoriert wird, ist die zweite transsektorale oder systemische Betrachtungsweise noch wenig verbreitet – in der GKV werden noch immer eher die sektoralen „Töpfe“ und deren Entwicklung betrachtet als die gesamten Krankheitskosten und deren Beeinflussbarkeit mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass das Rationalisierungspotenzial der Arzneimitteltherapie derzeit nur unzureichend ausgenutzt wird – eine systemische Betrachtungsweise könnte daher zu einer Effizienzoptimierung insgesamt führen.

Eine solche Diskussion über die Möglichkeit, mit Arzneimitteln zu sparen, muss aber auch die Notwendigkeit betonen, an Arzneimitteln zu sparen – einige Beispiele wurden genannt. Dies betrifft alle die Präparate, für die noch immer kein überzeugender Nachweis ihrer Wirksamkeit und ihres Nutzens vorliegt oder deren Zusammensetzung erhebliche Zweifel an der Begründbarkeit der Kombination aufkommen lässt. Bei diesen Produkten gibt es kein „wenn und aber“, sie gehören einfach nicht mehr zum Repertoire einer rationalen Arzneimitteltherapie. Eine immer noch überfällige Positivliste für Arzneimittel, deren Implementierung schon zweimal politisch verhindert wurde, obwohl sie bereits fertig gestellt waren, könnte im Arzneimittelmarkt eine gute Basis für eine Qualitätsoptimierung in der Auswahl darstellen.

15. Veränderungen im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel

Die demographische Entwicklung führt in Zukunft aber nicht nur zu allgemeinen Veränderungen des Altersaufbaus in unserer Gesellschaft mit der Entwicklung hin zu einer relativen und absoluten Steigerung des Anteils der Menschen über 65 Jahre, erkennbar ist auch eine regional unterschiedliche Entwicklung, die sich sowohl auf Stadt – Land, auf Flächen- und Stadtstaaten wie auch auf westliche und östliche Bundesländer bezieht. Die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und gleichmäßigen gesundheitlichen Versorgung in allen Regionen Deutschlands bildet daher künftig eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik: Innovative vertragliche Regelungen im Rahmen einer populationsorientierten und sektorübergreifenden Versorgung sowohl unter generationenspezifischen als auch unter regionalen Aspekten sind daher unter Berücksichtigung verbesserter Kommunikations- und Kooperationsstrukturen wesentliche Merkmale eines weiterentwickelten Gesundheitssystems. Die Mehrdimensionalität der anvisierten Koordination erfordert vielfach komplexe und teilweise auch komplizierte Anpassungsprozesse bestehender Strukturen, sowohl der

institutionellen als auch der personellen. Im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung sollten sich alle Beteiligten diesen Herausforderungen stellen. Die Innovationskraft einer sozial orientierten Gesundheitswirtschaft kann diese notwendigen Prozesse unterstützen: Und sie kann Motor und Katalysator in einem System sein, das derzeit unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten über die wichtigsten Umgestaltungsstrategien zu entscheiden hat. Im Vordergrund stehen nicht mehr die akuten Erkrankungen, sondern die chronischen, nicht mehr einzelne Erkrankungen, sondern Multimorbidität, nicht mehr die sektorale Versorgung, sondern die Koordination und „Verzahnung“ der optimalen Behandlungsebenen, nicht mehr die ärztzentrierte Organisation, sondern eine Organisation der ärztlichen und der sonstigen Gesundheitsberufe. Die treibende und verbindende Kraft bei all diesen Veränderungen muss aber letztlich der Bedarf und der Nutzen für die Patienten sein, Transparenz, Qualität und Kommunikation darüber müssen zugunsten der Patienten und ihrer partnerschaftlichen Entscheidungsmöglichkeiten dringend verbessert werden.

Literatur

- Arroll, B.; Kenealy, T.; Kerse, N. 2003: Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. *Br J Gen Pract* 53: 871-877.
- Assael, B. M.; Castellani, C.; Barao Ocampo, M.; Iansa, P.; Callegaro, A.; Garzia Valsecchi, G. 2002: epidemiology and Survival Analysis of Cystic Fibrosis in an Area of Intense Neonatal Screening Over 30 Years. *American Journal of Epidemiology* 156, 5: 397-401.
- Bitzer, E. M.; Grobe, T. G.; Neusser, S.; Dörning, H.; Schwartz, F. W. 2008: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2008. St. Augustin: Asgard.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit 2009: Pressemitteilung vom 16.4.2009: Parlamentarische Staatssekretärin Marion Caspers-Merk präsentierte deutsche Strategie im Kampf gegen Krankenhausinfektionen und resistente Keime.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit 2010: Pressemitteilung: Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Krisenjahr 2009 besser als erwartet. www.bmg.bund.de/nn_1168294/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2010/pm-10-03-10-ausgaben-gkv-kv-45.html?__nnn=true (letzter Zugriff: 7.9.2010).
- Boyd, C. M.; Darer, J.; Boulton, C.; Fried, L. P.; Boulton, L.; Wu AW. 2005: Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 294(6): 716-24.
- Boucher, R. 2003: Zystische Fibrose (Mukoviszidose). In: Dietel, M.; Dudenhausen, J.; Suttrop, N. [Hrsg]: *Harrisons Innere Medizin*. 15. Auflage. ABW Wissenschaftsverlag 1633-1636.
- Bundesversicherungsamt 2008: Datenzusammenstellung und Rechnungsergebnis. Jahresausgleich 2007: Bonn.
- Davies, E. C.; Green, C. F.; Taylor, S.; Williamson, P. R.; Mottram, D. R.; Pirmohamed, M. 2009: Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3.695 patient-episodes. *PLoS ONE* 4(2): e4439.
- DEGAM 2008: DEGAM-Leitlinie Nr. 12 – Demenz. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/053-021.pdf>, letzter Zugriff: 20.03.2009.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2008: Therapie neurodegenerativer Demenzen. AWMF-Leitlinien-Register: Nr. 030/106, <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/030-106.htm>, letzter Zugriff: 20.3.2009.
- FAZ.NET vom 24.7.2008: Plickert, P. Konjunkturprognosen. „Es gibt auch unter Ökonomen einen Herdentrieb“. www.faz.net, letzter Zugriff: 11.9.2010.
- Ferri, C. P.; Prince, M.; Brayne, C.; Brodaty, H.; Fratiglioni, L.; Ganguli, M.; Hall, K.; Hasegawa, K.; Hendrie, H.; Huang, Y.; Jorm, A.; Mathers, C.; Menezes, P. R.; Rimmer, E.; Sczufca, M.; Alzheimer's Disease International 2005: Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 366 (9503): 2112-2117.

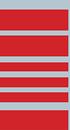
- Fialová, D.; Topinková, E.; Gambassi, G.; Finne-Soveri, H.; Jónsson, P. V.; Carpenter, I.; Schroll, M.; Onder, G.; Sørbye, L. W.; Wagner, C.; Reissigová, J.; Bernabei, R.; AdHOC Project Research Group 2005: Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 293 (11): 1348-58.
- Fick, D. M.; Cooper, J. W.; Wade, W. E.; Waller, J. L.; Maclean, J. R.; Beers, M. H. 2003: Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 163 (22): 2716-24.
- Gerlach, F. M.; Beyer, M.; Muth, C.; Saal, K.; Gensichen, J. 2006: Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider der Dominanz des Dringlichen. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 100(5): 335-43.
- Gijzen, R.; Hoeymans, N.; Schellevis, F. G.; Ruwaard, D.; Satariano, W. A.; van den Bos, G. A. 2001: Causes and consequences of comorbidity: a review. *J. Clin Epidemiol* 54(7): 661-74.
- Glaeske, G.; Greiser, E.; Daschner, F.; v. Pritzbuher, E.; Stahlmann, R. 1987: Analysen der Verbrauchs- und Verordnungsverhalten bei Antibiotika und Chemotherapeutika mit Hinweisen zur Therapie. In: Greiser, E. (Hrsg.): *Bewertender Arzneimittel-Index. Bd. 4. Antibiotika und Chemotherapeutika.* Wiesbaden: medpharm-Verlag. XXIII – LXVII.
- Glaeske, G.; Janhsen, K. 2006: *GEK-Arzneimittelreport 2006.* St. Augustin: Asgard.
- Glaeske, G. 2007: Mehr Sicherheit für Kinder – Die neue EU-Verordnung für die Zulassung von Kinderarzneimitteln. *Dr. med. Mabuse* 166: 47-50.
- Glaeske, G.; Schick Tanz, C.; Janhsen, K. 2008: *GEK-Arzneimittelreport 2008.* St. Augustin: Asgard.
- Glaeske, G.; Trittin, C. 2008: Weichenstellung: Altern in unserer Gesellschaft. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen. St. Augustin: Asgard.
- Glaeske, G. 2009: Vom RSA zum Morbi-RSA – mehr Rationalität im GKV-Finanzausgleich? In: Göppfarth, D.; Greß, S., Jacobs, K., Wasem, J.: *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008. Morbi-RSA: 7-40.* St. Augustin: Asgard.
- Goss, C. H.; Rosenfeld, M. 2004: Update on cystic fibrosis epidemiology. *Curr Opin Pulm Med* 10(6): 510-4.
- Grobe, T. G.; Dörning, H.; Schwartz, F. W. 2008: *GEK-Report ambulante ärztliche Versorgung 2008.* Sankt Augustin: Asgard.
- Hauber, H. P.; Reinhardt, D.; Pforte, A. 2001: Epidemiologie der CF-Erkrankung. In: Reinhard, D.; Götz, M.; Kraemer, R., Schöni, M. H. (Hrsg.): *Cystische Fibrose.* München: Springer.
- Haubitz, M. 2009: im Sachverständigenratsgutachten 2009 (ebd.), insbesondere Seiten 377-379.
- Hoffmann, F.; Glaeske, G. 2006: Neugebrauch von Benzodiazepinen und das Risiko einer proximalen Femurfraktur. Eine Case-crossover-Studie. *Z Gerontol Geriat* 39(2): 143-148.
- Hoffmann, F.; Glaeske, G.; Scharffetter, W. 2006: Zunehmender Hypnotikagebrauch auf Privatrezepten in Deutschland. *Sucht* 52(6): 360-366.
- Hoffmann, F.; Scharffetter, W.; Glaeske, G. 2009: Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007. *Nervenarzt* 80(5): 578-583.
- Holt, S.; Schmiedl, S.; Thürmann, P. 2010: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl Int* 107 (31-32): 543-51.
- IMS 2009: *DPM 2009.* Frankfurt/Main: im Eigenverlag.

- Kohler M.; Ziese T. 2004: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- KV Bayerns – Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2010: Versorgungsevaluation Ausgabe 3: Qualitätssicherung und Versorgungsforschung Koloskopie. München, August 2010.
- Madhusoodanan, S.; Bogunovic, O. J. 2004: Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf* 3(5): 485-493.
- Mainous, A. G. 3rd; Hueston, W. J.; Clark, J. R. 1996: Antibiotics and upper respiratory infection: do some folks think there is a cure for the common cold. *Fam Pract* 42: 357-361.
- Manger, B.; Michels, H.; Nüsslein, H. G.; Schneider, M.; Sieper, J. und die Kommission Pharmakotherapie der DGRh 2007: Neufassung der Empfehlungen der Kommission Pharmakotherapie der DGRh. Therapie mit Tumornekrosefaktor-hemmenden Wirkstoffen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Z Rheumatol* 66: 72-75.
- Mickley, B.; Hilbert, J.; Glaeske, G. 2010: Gesundheit in Deutschland. Innovationen im Gesundheitssystem unter der Berücksichtigung von Bedarf und Patientennutzen. Unveröffentlichtes Diskussionspapier, Juni 2010. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Mort, J. R.; Aparasu, R. R. 2002: Prescribing of psychotropics in the elderly: why is it so often inappropriate? *CNS Drugs* 16(2): 99-109.
- Pirmohamed, M.; James, S.; Meakin, S.; Green, C.; Scott, A. K.; Walley, T. J.; Farrar, K.; Park, B. K.; Breckenridge, A. M. 2004: Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18.820 patients. *BMJ* 329(7456): 15-9.
- Ray, W. A.; Griffin, M. R.; Downey, W. 1989: Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA* 262(23): 3303-3307.
- Riedel-Heller, S. G.; Busse, A.; Angermeyer, M. C. 2006: The state of mental health in old-age across the „old“ European Union – a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 113(5): 388-401.
- Riedel-Heller, S. G.; Busse, A.; Aurich, C.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. C. 2001: Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) Part 1. *Br J Psychiatry* 179: 250-4.
- Schmiedl, S.; Szymanski, J.; Rottenkolber, M.; Drewelow, B.; Haase, G.; Hippus, M.; Reimann, I. R.; Siegmund, W.; May, K.; Haack, S.; Hasford, J.; Thürmann, P. A.; Deutsche Pharmakovigilanz-Studiengruppe 2007: Fingerhut – ein alter Hut? – Eine Analyse stationärer Aufnahmen durch digitalisassozierte unerwünschte Arzneimittelwirkungen *Med Klin* 102(8): 603-11.
- Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.) 2008: *Arzneiverordnungs-Report 2008*. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Starfield, B. 1994: Is primary care essential? *Lancet* 344: 1129-1133.
- Starfield, B. 2001: Basic concepts in population health and health care. *Epidemiol Community Health* 55: 452-454.
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. 2005: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83: 457-502.
- Statistisches Bundesamt 2006: *Bevölkerung Deutschlands bis 2050*. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Presseexemplar, Wiesbaden: Pressestelle. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050,property=file.pdf, letzter Zugriff 15.9.2010.

- Stuhrmann, M.; v. d. Hardt, H.; Fabel, H. 1999: Mukoviszidose. Auch eine Erkrankung des Erwachsenenalters? Internist 40: 476-485.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Bonn.
- SVR– Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Gutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn.
- Wehling, M.; Peiter, A. 2003: Arzneimitteltherapie im Alter aus der Sicht des klinischen Pharmakologen. Internist, 44: 1003-1009.
- Wille, E. 2009 im Sachverständigenratsgutachten 2009, insbesondere Seiten 60-67, 105 und 875-880.
- Winter, M. H.; Maaz, A.; Kuhlmeier, A. 2006: Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 49(6): 575-82.

Der Autor

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Globales Wachstum zwischen Klima, Gleichheit und Demographie

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Exporte um jeden Preis? Zur Diskussion um das deutsche Wachstumsmodell

WISO direkt

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Welche Steuerpolitik gehört zum „sozialdemokratischen Modell“?

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

Mitarbeiterkapitalbeteiligungsgesetz – Förderungsgesetz für KMU?

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Was die Verbraucherpolitik von der Verhaltensökonomie lernen kann

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Diagnose behandlungsbedürftig – Patientenrechte in Deutschland

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Zukunft der deutschen Automobilindustrie – Herausforderungen und Perspektiven für den Strukturwandel im Automobilssektor

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Rückkehr zur lebensstandardsichernden und armutsfesten Rente

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Ausweitung des Pflichtversicherungskreises in der GKV

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft – Bewertung unterschiedlicher Optionen

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben – Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Sozialpolitische Probleme bei der Eingliederung von Selbstständigen in die gesetzliche Rentenversicherung

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

In Qualifizierung investieren – ein Weiterbildungsfonds für Deutschland

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Die Mitbestimmung im Kontext europäischer Herausforderungen

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

Arbeitsplatz Hochschule Zum Wandel von Arbeit und Beschäftigung in der „unternehmerischen Universität“

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Ethnische Unterscheidungen in der Einwanderungsgesellschaft – Eine kritische Analyse

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

Wem werden Konjunkturprogramme gerecht? Eine budgetorientierte Gender-Analyse der Konjunkturpakete I und II

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso