



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



vdak

Verband der
angewandten
Krankenkassen e.V.

FE ADU - Arbeiter-
Einkaufs-
Verband e.V.

Versorgungsforschung

Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF
und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2000–2008)



FORSCHUNG

Ideen zünden!

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für
Bildung und Forschung (BMBF)
Referat Gesundheitsforschung
11055 Berlin

Bestellungen

schriftlich an den Herausgeber
Postfach 30 02 35
53182 Bonn
oder per
Tel.: 01805 – 262 302
Fax: 01805 – 262 303
(0,14 Euro/Min. aus dem deutschen Festnetz)
E-Mail: books@bmbf.bund.de
Internet: <http://www.bmbf.de>

Redaktion

Dr. Stefanie Gehring, Projektträger DLR Gesundheitsforschung, Bonn
Dr. Rolf Geserick, Projektträger DLR Gesundheitsforschung, Bonn

Gestaltung

MasterMedia Public Relations GmbH, Hamburg

Druckerei

Dürmeyer GmbH, Hamburg

Bonn, Berlin 2008

Bildnachweis

Titelbild und weitere Bilder: PT DLR/BMBF (S. 58: Daten vom Förderprojekt), außer:
Seite 7 und 47: picture-alliance/dpa/dpaweb; Seite 16: Westend61; Seite 22: Stone;
Seite 23: Elke Lindner/Universitätsklinikum Magdeburg; Seite 26: Digital Vision;
Seite 30: Mikel Wohlschlegel/fotolia.com; Seite 32: picture-alliance/dpa; Seite 43:
Prof. Dr. Christiane Angermann/Universitätsklinikum Würzburg; Seite 45:
picture-alliance/ZB; Seite 53: Sven Weber/fotolia.com; Seite 56: Dr. Hans Kordy/
Universitätsklinikum Heidelberg; Seite 57: Dieter Hahn/fotolia.com; Seite 59:
Sam23/fotolia.com



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Versorgungsforschung

**Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF
und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2000–2008)**

Inhalt

Gemeinsame Fördermaßnahme

Versorgungsforschung im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung	3
Transfer neuer Erkenntnisse in das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung	5
Versorgungsforschung in Deutschland unter Einbeziehung der Perspektiven im Ausland	8

Projekte der ersten Förderphase

1. Phase: Versorgungsunterschiede erklären	13
Schizophrenen Patienten gezielt helfen	15
Konstante Medikation nach Aufenthalt im Krankenhaus	17
Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht	19
Unklare körperliche Beschwerden	20
Bei Bauchschmerzen ins Krankenhaus – oder nicht?	22
Depressionen schwer zu fassen	24
Angst steckt an	25
Im Pflegeheim vor Stürzen schützen	27
Lebensqualität nach Schenkelhalsfraktur	28
Niedriges Einkommen – hohe Krankenkosten?	30
Zuwanderung und Notfallambulanz	31
Wovon hängt die Zahl der Arztbesuche ab?	33
Häufige Arztbesuche im ersten Lebensjahr	35
Tabelle 1: Projekte der ersten Förderphase	37

Projekte der zweiten Förderphase

2. Phase: Chronisch Kranke angemessen versorgen	39
Herzinsuffizienz: Längeres Überleben, höhere Lebensqualität	40
Patientenorientierung durch Befragung	41
Mehr Lebensqualität für Herzpatienten	43
Häusliche Pflege von Demenzpatienten erleichtern	45
Alternative Rehaangebote bei rheumatoider Arthritis	46
Spezielle schmerztherapeutische Einrichtungen früher einbinden	48
Tabelle 2: Projekte der zweiten Förderphase	50

Projekte der dritten Förderphase

3. Phase: Input-Output-Relationen	51
Vom Bluthochdruck zum Gesamtrisiko	52
Angsterkrankungen früher erkennen und wirksam behandeln	54
Bulimie: SMS hilft nach stationärer Therapie	56
Hohe Akzeptanz bei Psychiatriepatienten	58
Leitliniennahe Therapie nach akutem Herzinfarkt	60
Bessere Motorik nach einem Schlaganfall	61
Selbsthilfe bei „offenem Bein“	63
Aufsuchende Behandlung von Heimkindern	65
Psychoedukation senkt Krankheitstage bei Schizophrenie	67
Tabelle 3: Projekte der dritten Förderphase	69

Versorgungsforschung im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung

**Dr. Birgit Wetterauer, BMBF,
Referat 615 Gesundheitsforschung**

Im Gesundheitsforschungsprogramm bündelt die Bundesregierung seit 1978 die programmgebundene Forschung zu Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge von Krankheiten. Dabei werden alle Bereiche der Gesundheitsforschung berücksichtigt: von der grundlagen- und krankheitsorientierten Forschung über die klinisch-evaluative Forschung bis hin zur Forschung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Das Programm bildet den Rahmen für die medizinische Forschungsförderung der Bundesregierung. Es wird gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) getragen und mit Mitteln des BMBF finanziert. Gefördert werden vor allem Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, aber auch Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Versorgungsforschung und Forschung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem bilden ein wichtiges Element im Gesundheitsforschungsprogramm. Sie werden an Bedeutung zunehmen, da fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse für die effektive Gestaltung des komplexen Versorgungsgeschehens im deutschen Gesundheitswesen immer dringlicher benötigt werden. Zudem wurde in den vergangenen Jahren deutlich, dass nicht nur krankheitsorientierte und klinisch-evaluative Forschung Innovationen für das Gesundheitswesen hervorbringen – auch optimierte Versorgungsstrukturen und Versorgungspfade können wesentlich zur Verbesserung von Gesundheitszustand und Lebensqualität von Patienten beitragen.

Versorgungsforschung ist ein breites und heterogenes Feld, das von der Messung der Wirksamkeit einzelner Behandlungsarten unter Alltagsbedingungen bis zur Gesundheitssystemforschung und Forschung zur Gesundheitsökonomie reicht. Das Spektrum der Definitionen und Themen von „Versorgungsforschung“ ist im Beitrag von C. Bormann (S. 8) aufgezeigt. Zu den wesentlichen Eigenschaften der Versorgungsforschung gehört, dass die von ihr untersuchten Themen meist mehrere Schnittstellen übergreifen:

- a) verschiedene Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Rehabilitation, Pflege)
- b) verschiedene Professionen im Gesundheitswesen (Ärzte, nicht ärztliche medizinische Professionen, Tätigkeiten in Versorgungsorganisation und Verwaltung u. a.)
- c) verschiedene Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Medizin, Medizinsoziologie, Managementwissenschaften etc.)
- d) zwischen verschiedenen Fördermechanismen (Förderung wissenschaftsinitiiierter Projekte, Auftragsvergabe)
- e) verschiedene Zuständigkeiten in Versorgung und Versorgungsforschung (beispielhaft seien genannt: BMBF: Forschungsförderung wissenschaftsinitiiierter Projekte; BMG: Ressortforschung u. a. zur Bedarfserfassung und Gesetzesfolgenabschätzung; Krankenkassen: Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement; Selbstverwaltung im Gesundheitswesen: Organisation der Versorgungsstrukturen, inkl. Modellvorhaben nach §63 SGBV)

Die Grenze zwischen Versorgungsforschung und der Analyse systematischer Daten zur Routineversorgung und zum (Qualitäts-)Management ist teilweise schwer zu definieren. Hier stellt sich zunächst die Frage nach den zugrundeliegenden Forschungshypothesen und danach, ob die Projekte hypothesengetrieben oder hypothesengenerierend angelegt sind. Das wichtigste Handlungsfeld des BMBF ist die Förderung wissenschaftsinitiiierter Projekte, die hypothesengetriebene Forschungsfragen zu Interventionen, Verfahren und Strukturen im Versorgungssystem beantworten. In diesem komplexen Feld ist es das Ziel des BMBF, die Kapazitäten der Versorgungsforschung auszubauen, Anreize zur Steigerung der Forschungsqualität zu setzen und damit zur internationalen Sichtbarkeit der deutschen Versorgungsforschung beizutragen.

Im Gegensatz zu anderen Ländern fand eine systematische wissenschaftliche Analyse des Versorgungsgeschehens in Deutschland lange Zeit kaum statt. Daher hat das BMBF schon Anfang der neunziger Jahre begonnen, die Entwicklung der Forschung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem voranzutreiben (s. Übersicht rechts). Dies erfolgte zunächst mit dem Förderschwerpunkt „Public Health“ (1992–2003), später unter anderem in einem gemeinsamen Förderschwerpunkt mit den Rentenversicherungsträgern zu Rehabilitationswissenschaften (erste gemeinsame Bekanntmachung im März 1996) sowie mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgungsforschung (erste gemeinsame Bekanntmachung im März 2000). Bei den Fördermaßnahmen mit Leistungsträgern im Gesundheitswesen stehen die Praxisrelevanz der Forschungsprojekte und der Transfer von Ergebnissen in das Versorgungssystem im Vordergrund. Adressiert wird also die Schnittstelle zwischen Akademia und Leistungsträgern.

Das große Interesse an diesen Fördermaßnahmen des BMBF hat gezeigt, dass grundsätzlich großes Potenzial vorhanden ist und hat eine fortgesetzte und inhaltlich breit angelegte Förderung der Forschung nahegelegt. Im Gesundheitsforschungsprogramm wird die Förderung der Versorgungsforschung fortgeführt in der Initiative „Versorgungsnahe Forschung“, die seit 2007 gemeinsam vom BMBF, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung sektorenübergreifend zum Leitthema „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ durchgeführt wird. Projekte der Versorgungsforschung sind auch in den krankheitsorientierten Förderschwerpunkten des Gesundheitsforschungsprogramms, beispielsweise in den Kompetenznetzen in der Medizin, vertreten. Diese bewusste Zusammenführung von Versorgungsforschung mit krankheitsorientierter und klinisch-evaluativer Forschung birgt ein hohes Potenzial für innovative Lösungsansätze, weil sich die Wissenschaftler den vielschichtigen Fragestellungen der Patientenversorgung aus unterschiedlichen Perspektiven nähern können. Daher wird im Gesundheitsforschungsprogramm nicht nur die Kooperation der unterschiedlichen Wissenschaftsgebiete innerhalb der Versorgungsforschung unterstützt, sondern auch die Zusammenarbeit mit

Wissenschaftlern über die Grenzen von Fachdisziplinen und Professionen hinweg.

Versorgungsnahe Förderschwerpunkte des BMBF	Laufzeit
Public Health	1992 – 2003
Epidemiologie	2001 – 2005
Rehabilitationswissenschaften (+ RV)	1998 – 2006
Allgemeinmedizin	2001 – 2007
Versorgungsforschung (+ GKV)	2001 – 2007
Schmerzforschung	2002 – 2008
Pflegeforschung	2003 – 2008
Hormonersatztherapie	2005 – 2008
Angewandte Brustkrebsforschung	2005 – 2008
17 Kompetenznetze in der Medizin	1999 – 2008
Präventionsforschung	2005 – 2011
Chronische Krankheiten und Patientenorientierung (+RV+GKV+PKV)	2007 – 2013
Gesundheit im Alter	2007 – 2013
Kompetenznetze (neue Generation)	ab 2008

Darüber hinaus hat das BMBF im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ die zunehmende Forschungsorientierung solcher Fachdisziplinen unterstützt, die traditionell einen stärkeren Fokus auf der Patientenversorgung besaßen. Dazu gehörten beispielsweise die Allgemeinmedizin und die Pflege. An Universitäten, Fachhochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen hat die bisherige Förderung der Versorgungsforschung in den vergangenen Jahren zu einem sichtbaren Auf- und Ausbau von Lehrstühlen, Instituten und Abteilungen geführt. Dadurch ist die Versorgungsforschung mittlerweile zu einem festen Bestandteil der patientenorientierten Forschung in Deutschland geworden. Die Sensibilisierung der Wissenschaftler aus allen medizinischen Fachbereichen für die wachsende Bedeutung von Versorgungsforschung ist gelungen. In den letzten Jahren wurden in Deutschland die strukturellen Grundlagen für eine umfassende und anerkannte Versorgungsforschung geschaffen. Zukünftig steht die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Qualität im Vordergrund, damit die Zahl der Standorte mit exzellenter Versorgungsforschung weiter steigt. Ziel ist es, die internationale Sichtbarkeit und Konkurrenzfähigkeit der deutschen

Forschung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu erhöhen. Dazu muss die Verankerung der Versorgungsforschung an den Fakultäten der Hochschulen verstetigt werden. Außerdem sollte es Versorgungsforschern künftig verstärkt gelingen, in wissenschaftlichen Wettbewerbsverfahren Fördergelder für versorgungsrelevante Forschungsprojekte einzuwerben. Darüber hinaus ist eine Verbesserung der Karriereaussichten in der akademischen Versorgungsforschung notwendig, damit sich mehr Absolventinnen und Absolventen für eine wissenschaftliche Laufbahn in diesen Forschungsfeldern entscheiden. Eine stärkere internationale Ausrichtung, insbesondere auf Ebene des wissenschaftlichen Nachwuchses, ist eine weitere wichtige Voraussetzung, um die internationale Anschlussfähigkeit der deutschen Forschung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem langfristig zu sichern. Auch aus gesellschaftspolitischer Sicht ist eine Stärkung der Versorgungsforschung in Deutschland unerlässlich. Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse können relevanten Akteuren im Gesundheitssystem als Basis für Entscheidungen dienen, die die zukünftige Steuerung des Versorgungsgeschehens oder die Änderung von Versorgungsstrukturen betreffen. Der Bedarf an evidenzbasierten Entscheidungen im Gesundheitswesen wird künftig steigen, da begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen eine Zunahme der Krankheitslast aufgrund des demografischen Wandels gegenüberstehen wird. Indem sie Lösungen erarbeitet und erprobt, wird die Versorgungsforschung zur Sicherstellung des Zugangs der Patienten zu hochwertigen und bezahlbaren Gesundheitsleistungen beitragen. Die Erfahrungen aus den geförderten Projekten haben den hohen Stellenwert einer kontinuierlichen und wissenschaftsgetriebenen Förderung der Versorgungsforschung für das deutsche Gesundheits- und Wissenschaftssystem verdeutlicht. Auch im Roadmap-Prozess für das künftige Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung sind Themen der Versorgungsforschung ausdrücklich als krankheitsübergreifende Querschnittsthemen benannt worden. Daher sollen die versorgungsbezogenen Forschungsansätze in der durch das BMBF geförderten Gesundheitsforschung in den kommenden Jahren weiter gestärkt werden. Durch ihren engen Bezug zur Versorgungsrealität leistet die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag zu den Zielen der Bundesregierung, die in ihrem Gesundheitsforschungsprogramm den Patienten in das Zentrum der Forschung stellt.

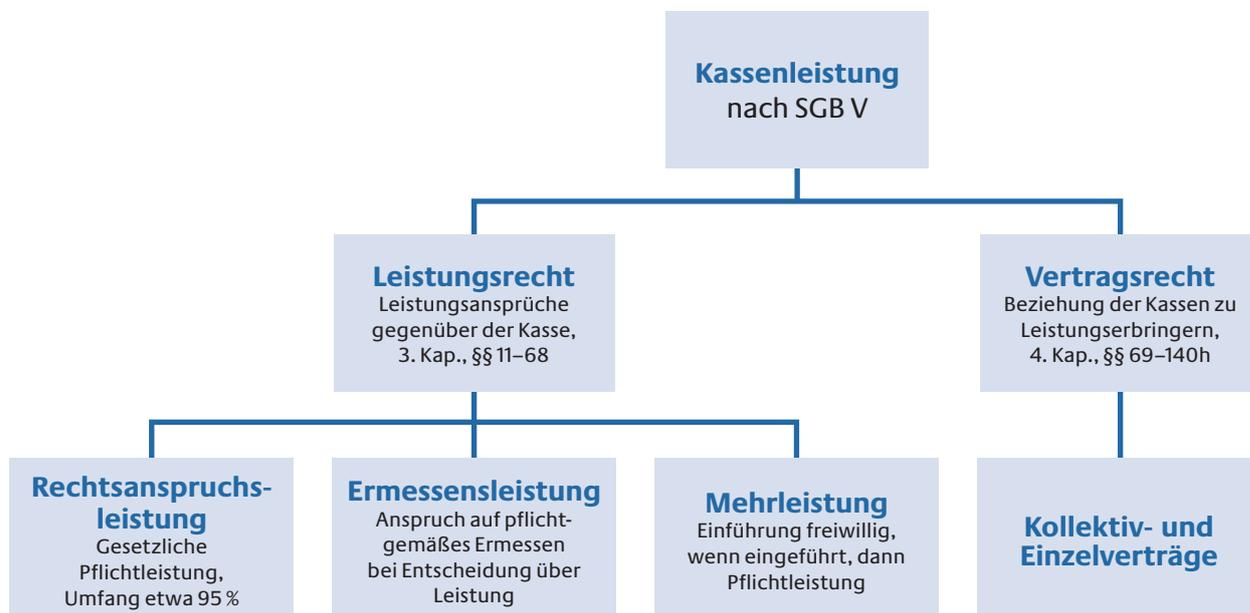
Transfer neuer Erkenntnisse in das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung

Dr. Dirk Sunder-Plaßmann, Leiter der Abteilung Versorgungskonzepte im Geschäftsbereich Verträge des BKK Bundesverbands, Essen

Die Umsetzung von neuen Erkenntnissen in die Versorgung ist ein wesentliches Anliegen der Förderer. Die Frage, wie der Ergebnistransfer insbesondere auf der „letzten Meile“ zur Versorgung des Patienten erfolgreich erreicht werden kann, ist hochrelevant und anspruchsvoll zugleich. Wird doch die Implementierung von neuen, mehr oder weniger komplexen Interventionen im Praxisalltag mit Hemmnissen wie fehlenden Ressourcen, mangelnden Befähigungen, konfligierenden Interessen oder unterschiedlichen Präferenzen konfrontiert.

Werden erfolgreiche Erkenntnisse generiert, ist deren Einführung im leistungs- und vertragsrechtlichen Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unmittelbar vom Wollen und Können der Kostenträger abhängig. Um die Interessen und den Handlungsraum besser verstehen zu können, werden im Folgenden sowohl die Motivlagen als auch die Möglichkeiten der Krankenkassen skizziert.

Nach der derzeitigen Rechtslage wird die Finanzierung der GKV mit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 grundsätzlich neu geregelt. Ergänzt um einen Staatszuschuss wird dieser Fonds durch Beiträge der Krankenkassenmitglieder und der Arbeitgeber gespeist, wobei die Absolutbeiträge für Mitglieder und Arbeitgeber nach einem vom Bundesgesundheitsministerium festgelegten, einheitlichen Beitragssatz (in Prozent vom Einkommen) bestimmt werden. Aus diesem Fonds werden



den Krankenkassen pro Versicherten risikoadjustierte Pauschalbeträge zugewiesen. Übersteigen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben einer Krankenkasse, kann sie an ihre Mitglieder Prämien ausschütten. Im umgekehrten Fall muss der Kostenträger von seinen Mitgliedern monatlich Zusatzbeiträge einfordern. Da die Krankenkasse von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge nur in gesetzlich vorgegebenen Grenzen verlangen darf, kann sie bei permanenter Unterdeckung sogar insolvent werden. In der Folge wird die veränderte Finanzierungssystematik eine enorme Zunahme des Wettbewerbsdrucks bewirken und die Kostenträger primär zu einer Kostenstrategie zwingen. Mit Blick auf die Umsetzung von neuen Erkenntnissen kann man daraus zwei Schlussfolgerungen ziehen:

Zum einen wird die Bereitschaft für Investitionen in Neuerungen mit unklarem bzw. nicht belastbarem Nutznachweis erheblich sinken. Zum anderen wird die Forderung nach begleitenden gesundheitsökonomischen Bewertungen deutlich steigen.

Da die gesetzlichen Krankenkassen letztlich Pflichtbeiträge der Mitglieder und Arbeitgeber treuhänderisch verwalten, bewegt sich das Kasenhandeln in einem rechtlich eng definierten und durch die Aufsichtsbehörden überwachten

Handlungsraum. Nach den Vorgaben des zugrundeliegenden 5. Sozialgesetzbuches stehen die beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger vor der permanenten Herausforderung, einerseits Leistungen nach dem aktuellen Stand und unter Berücksichtigung der neuesten medizinischen Erkenntnisse zu erbringen (§ 2 SGB V) und andererseits die Versorgung in der gebotenen Qualität und wirtschaftlich anzubieten (§ 70 SGB V). Einen Überblick über die leistungs- und vertragsrechtlichen Grundlagen des SGB V zeigt das Schaubild (s. o.).

Rechtsanspruchsleistungen sind zum Beispiel ärztliche Leistungen, die unter Vorlage der Krankenversichertenkarte in der Arztpraxis beansprucht werden können. Erweiterte Leistungen zur Rehabilitation (z. B. Schulungen) oder ambulante Vorsorgeleistungen gelten als Ermessensleistungen. Unter Mehrleistungen sind zum Beispiel Präventionsleistungen oder Modellvorhaben zusammengefasst.

Im Vertragsrecht wird zwischen den gemeinsam und einheitlich geschlossenen Kollektivverträgen und den Einzelverträgen unterschieden. In Einzelverträgen dürfen nur solche Leistungen vereinbart werden, die nicht explizit durch den normsetzenden Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind. Die verschiedenen Möglichkeiten sind im Folgenden gelistet:

§§ 63–65	Modellvorhaben
§ 73a	Strukturverträge zwischen Kassenverbänden und KV
§ 73b	Hausarztzentrierte Versorgung
§ 73c	Besondere ambulante ärztliche Versorgung
§ 130a Abs. 8	Rabattverträge Arzneimittel
§ 127	Hilfsmittel
§ 137f	Sonderform (Disease Management Programme) Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich Inhalte rechtsverbindlich vorgegeben Verträge auf unterschiedlicher Rechtsgrundlage möglich (§§ 63, 73a, 83, 116b Abs. 1, 140ff)
§§ 140a–d	Integrierte Versorgung

Unter den Optionen für Einzelverträge ist die Integrierte Versorgung (IGV) aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten und der geringen formalen Auflagen hervorzuheben. Die Anerkennung als Vertrag zur IGV erfordert die Einbindung von Leistungserbringern unterschiedlicher Sektoren und/oder die Einbindung verschiedener Facharztgruppen innerhalb eines Sektors. Die Krankenkassen können Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Management-Gesellschaften kontrahieren. Zur erleichterten Einführung und Etablierung ist bis Ende 2008 eine Anschubfinanzierung möglich. Sobald diese Möglichkeit der Quersubventionierung wegfällt, ist eine kosteneffektive Darstellung von IGV-Verträgen deutlich erschwert. Es ist zu vermuten, dass zum Jahresende 2008 eine Vielzahl der derzeit über 5.000 IGV-Verträge gekündigt werden. Auch die (freiwilligen) Einzelverträge unterliegen einem zunehmenden gesundheitsökonomischen Legitimationsdruck.

Trotz der ökonomischen Restriktionen besteht an die Krankenkassen der oben genannte gesetzliche Auftrag für Leistungen nach dem neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Mit dem Engagement der gesetzlichen Krankenkassen in der Förderung von Forschungsprojekten zur Versorgungsforschung in einer Public Private Partnership mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Förderschwerpunkt „Versorgungsforschung“ (2000–2008) sowie in dem gemeinsamen Förderschwerpunkt mit dem BMBF

und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur „Versorgungsnahen Forschung“ (2008–2014), tragen die Krankenkassen diesem Auftrag in besonderer Weise Rechnung.

Um sich den mit der Umsetzung von Forschungsergebnissen verbundenen Herausforderungen systematisch zu nähern, haben die Spitzenverbände der GKV ein Innovationsmanagement etabliert. Explizites Ziel ist die Unterstützung vielversprechender sowie die kritische Begleitung zweifelhafter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. In einem kontinuierlichen Bewertungsprozess werden Hinweise auf mögliche Innovationen gesucht, beschafft und aufbereitet. Bei der anschließenden Bewertung wird das weitere Vorgehen festgelegt, wie zum Beispiel die Begleitung sinnvoller und das engmaschige Monitoring bedenklicher Projekte.



Aufgrund der ökonomischen Restriktionen, die sich angesichts des demografischen Wandels und des technischen Fortschritts weiter verschärfen werden, sind alle Beteiligten zu einer rationalen Versorgungsgestaltung aufgerufen. Für diese Aufgabe besteht aus Sicht der GKV derzeit dringlicher Bedarf an umsetzungsorientierter Forschung, an Registerdaten zur genaueren Abbildung der Versorgungsrealität, an gesundheitsökonomischen Bewertungen und schließlich an (klinisch-)epidemiologischen Daten. Wir begrüßen daher die Ergebnisse der Projekte im Förderschwerpunkt Versorgungsforschung, über die in dieser Broschüre berichtet wird. Die Forschung in den drei Förderphasen hat dazu beigetragen, Fragen der Versorgungsforschung einer Lösung näher zu bringen. Als Ergebnis haben die Krankenkassen auch für die Formulierung künftiger Förderprogramme viele Erkenntnisse gewonnen.

Versorgungsforschung in Deutschland unter Einbeziehung der Perspektiven im Ausland

**Prof. Dr. Cornelia Bormann, FH Bielefeld,
FB Pflege und Gesundheit**

Ziele und Fragestellungen der Versorgungsforschung

Im Rahmen des Förderschwerpunkts und der dazu verabschiedeten Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde festgehalten, dass die Forschungsprojekte der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland dienen sollen und die Forschungsergebnisse die Krankenkassen und deren Spitzenverbände bei ihren Steuerungsaufgaben unterstützen sollen. Hiermit handelt es sich um eine sehr pragmatische Aufgabenbestimmung für die Versorgungsforschung, die nicht deren gesamtes Spektrum umfasst und vor allem nicht die Spezifität von Versorgungsforschung deutlich macht.

Darum möchte ich im Folgenden einige Definitionsversuche wiedergeben. Nach Pfaff ist es das Ziel der Versorgungsforschung, „[...] grundlegendes und anwendungsnahes Wissen über die Praxis der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu generieren und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. [...] Versorgungsforschung kann definiert werden als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“ (Pfaff, 2003, S. 13)

Bei der Versorgungsforschung geht es also

- um Multidisziplinarität,
- um Beschreibung, Erklärung, Entwicklung, Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis und
- Evaluation auf der Mikroebene des Gesundheitssystems sowie
- um die Einbeziehung von sozialen Faktoren und individuellen Verhaltensaspekten als Einflussfaktoren auf das Versorgungsgeschehen.

Versorgungsforschung ist also Mittler zwischen klinischer Forschung und dem Versorgungsalltag (Bormann, 2007, S. 13f.). Pfaff spricht in diesem Zusammenhang von der „letzten Meile“ zum Patienten. Die Frage, was beim Patienten tatsächlich ankommt, steht somit im Fokus der Forschungsbemühungen.

In Deutschland wird die Versorgungsforschung seit gut 20 Jahren sowohl in Projekten in gesonderten Förderschwerpunkten zur Versorgungsforschung thematisiert als auch durch die Bearbeitung von Fragestellungen und Forschungsprojekten in anderen Forschungsschwerpunkten des BMBF, wie z. B. der Forschung zu Public Health, Allgemeinmedizin, Rehabilitation, Pflege, Sucht, Schmerz und anderen, angesprochen. In den USA und Großbritannien ist demgegenüber die Tradition schon seit etwa 50 Jahren entwickelt. Dort spricht man von Health Services Research. Die Agency for Healthcare Research and Quality gibt folgende Definition für Health Services Research: „Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care. The main goals of health services research are to identify the most effective ways to organize, manage, finance, and deliver high quality care, reduce medical errors, and improve patient safety“ (Agency for Healthcare Research, 2002). Diese Definition ist von dem Arbeitskreis Versorgungsforschung der Bundesärztekammer übernommen worden (Arbeitskreis Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, 2004). Damit werden drei Kernbereiche der Versorgungsforschung thematisiert:

- Zugang zum Gesundheitssystem,
- Versorgungsqualität inklusive Reduzierung von medizinischen Fehlern und
- Kosten der Versorgung.



Forschungsfelder in der Versorgungsforschung

Ausgehend von diesen Definitionen kann man folgende Bereiche der Versorgungsforschung zusammenfassen:

Forschung zur Beschreibung der Versorgungssituation und von Versorgungsabläufen inklusive Bedarfsplanung im Versorgungsbereich
Zunächst ist es wichtig, ein realistisches Bild von der Versorgungssituation zu gewinnen, um die Angemessenheit der Versorgung oder mögliche Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung identifizieren zu können, damit daraus Ansatzpunkte zur Beseitigung der Probleme abgeleitet werden können. Dies setzt voraus, dass Daten über den gesamten Versorgungs- und Behandlungsprozess zur Verfügung stehen, die sowohl die Diagnose, die Leistungserbringung aus allen Segmenten der Versorgung – also auch den nicht medizinischen Bereichen –, subjektive Bewertungen durch den Patienten als auch Angaben über den zeitlichen Verlauf umfassen. Dafür sind Befragungs- und Untersuchungsdaten sowie Routedaten der Kostenträger notwendig, die heutzutage nicht für alle Bereiche verfügbar sind oder wegen der Aufsplitterung der Versorgungsgebiete nicht zusammenführbar sind. Zudem beziehen sich diese Daten in der Regel auf einen Zeitpunkt der Behandlung, sodass Entwicklungen über die Zeit zur Analyse von Krankheitsverläufen und Chronifizierungsprozessen nicht beobachtet werden können. Durch die Transparenzregelungen nach § 303 SGB V sind hier zukünftig Verbesserungen zu erwarten. Aber auch die im Rahmen von Langzeitstudien erhobenen Daten können hier die Transparenz erhöhen. Weiterhin besteht jedoch noch Forschungs- und Entwicklungsbedarf, wenn

es um die Anwendung von Bedarfs- und Qualitätsindikatoren für die Steuerung des Versorgungsbereichs geht, die die bisher vorherrschenden Kostenindikatoren ablösen.

Forschung zur Organisation, Gestaltung und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und innovativen Versorgungsansätzen

Eines der wichtigsten Ziele der Versorgungsforschung ist die Verbesserung des Versorgungssystems mithilfe einer angemessenen und bedarfsgerechten Gestaltung. Dafür müssen die aus der Beschreibung der Versorgungssituation resultierenden Daten und Ergebnisse zur Eruiierung von Defiziten und Problemen gesichtet und neue Versorgungsansätze entwickelt, erprobt und evaluiert werden, damit Aussagen über die Wirksamkeit neuer Verfahren ermöglicht werden. Es geht also um eine evidenzbasierte Gestaltung der Krankenversorgung.

Forschung zur Qualitätssicherung, zum Qualitätsmanagement, zur Patientensicherheit und Fehlerprävention

Da das wichtigste Ziel der Versorgungsforschung die Optimierung der Versorgungsqualität darstellt, ist ein bedeutendes Themenfeld innerhalb der Versorgungsforschung auch die Beschreibung der Versorgungsqualität, die Aufdeckung von Defiziten und Behandlungsfehlern sowie die Entwicklung von Handlungs- und Lösungsansätzen zur Fehlervermeidung und zur Erhöhung der Patientensicherheit. In diesem Bereich hat sich beispielsweise das BMG in den letzten Jahren durch die Förderung des „Aktionsbündnisses für Patientensicherheit“ (afgis) sowie durch Projektförderung im Rahmen des Modellprogramms zur „Sicherung der Qualität in der Medizin“ engagiert. Ein Überblick über Projekte aus dem Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitssystem wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss aktuell gehalten (www.g-ba.de/institution/qualitaetssicherung/).

Forschung zur Gesundheitskommunikation, Patienteninformation

Auch die Kommunikation im Gesundheitswesen und die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen stellt einen wichtigen Bereich der Versorgungsforschung dar. Gerade unter dem in den letzten Jahren verstärkt hervorgehobenen Aspekt der Patientenorientierung inklusive der Befähigung des Patienten, bei der

Entscheidungsfindung über die Therapie und den Behandlungsprozess mitzuwirken, spielt die Bereitstellung und der Zugang zu neutralen Informationen und Aufklärungsmaterialien eine wichtige Rolle. Die Versorgungsforschung kann bei der Formulierung von entsprechenden, patientengerechten Materialien, die auch die soziale Situation und die Kommunikationsfähigkeit des Patienten berücksichtigen, behilflich sein. Beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde mit der Internetseite www.gesundfuchs.de eine Informationsquelle für Patienten angesiedelt, die evidenzbasierte Gesundheitsinformationen laienverständlich präsentiert. Ebenfalls ist die Analyse des Verhältnisses von Arzt bzw. Therapeut und Patient ein Thema der Versorgungsforschung, indem paternalistische Strukturen aufgedeckt und Alternativen für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung, die den Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten Rechnung tragen, entwickelt werden. Dafür müssen auch Indikatoren für die Beurteilung des Ergebnisses, also Effektivitätskriterien für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung weiterentwickelt und erprobt werden (Bormann, 2007).



Forschung zur Ausgabensteuerung im Gesundheitswesen, Versorgungsökonomie

Versorgungsforschung soll auch dazu beitragen, die Ausgaben im Gesundheitswesen besser zu steuern. Es geht dabei um die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Versorgungsprogrammen und Behandlungsmöglichkeiten. Eine solche Bewertung sollte dazu führen, dass die Effizienz neuer Behandlungsformen bestimmt wird und nicht effiziente Versorgungsmaßnahmen aus dem Gegenstandskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen werden. Ferner steht zum Beispiel auch die Frage nach den für die

verschiedenen Gesundheitsberufe angemessenen und finanzierbaren Vergütungssystemen im Rahmen der Versorgungsforschung zur Diskussion.

Forschung zur Politik- und Gesetzesfolgenabschätzung

Evaluationsvorhaben, die die Folgen und Auswirkungen von neu eingeführten Gesetzen und politischen Vorgaben im Gesundheitswesen ansprechen, wie zum Beispiel die Einführung von Disease Management Programmen, Fallpauschalen, Praxisgebühren oder die Etablierung von Programmen der integrierten Versorgung, sind ebenfalls Bestandteil der Versorgungsforschung. Konsequenzen für den Versicherten bzw. Patienten und Folgen für die Versorgungssysteme und Versorgungsstrukturen werden dabei thematisiert (Bormann, 2005).

Entwicklungstendenzen und zukünftiger Bedarf an Versorgungsforschung in Deutschland

Einige, wenn auch nicht alle dieser sechs Forschungsfelder sind durch den gemeinsamen Förderschwerpunkt der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und des BMBF zur Versorgungsforschung aufgegriffen worden.

In dieser Zeit hat auch die Bundesärztekammer eine Förderinitiative gestartet, durch die Projekte

- zur Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag,
- zum Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit sowie
- zum physician factor

gefördert werden sollen.

Im Herbst 2007 ist eine zweite Ausschreibung der Bundesärztekammer veröffentlicht worden. Das BMG fördert ebenfalls Themen der Versorgungsforschung, wie zum Beispiel durch das Modellprogramm „Qualitätssicherung“, den Förderschwerpunkt „Patient als Partner“ oder das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“.

Bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft können ebenfalls Projekte zur Versorgungs-

forschung im Rahmen des Normalverfahrens beantragt werden, ein gesondertes Förderprogramm ist bisher nicht etabliert worden.

Insgesamt kann man somit feststellen, dass in den letzten fünf bis zehn Jahren in Deutschland wichtige Anstrengungen unternommen worden sind, um die Versorgungsforschung als eigenständiges Forschungsfeld zu etablieren. Trotzdem bestehen weiterhin Defizite, die immer wieder unter anderem vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – zuletzt im Gutachten aus dem Jahr 2007 – betont worden sind (Sachverständigenrat, 2007, S. 451). Dabei werden folgende Probleme und Zukunftsaufgaben diskutiert (Pfaff, 2006 und Schmacke, 2007):

1. Es wird ein Ausbau der Forschungsinfrastruktur gefordert, um den Mangel an spezifischen Theorien und Methoden zu beheben.
2. Eine Zusammenführung der verschiedenen Datenquellen und Datenbestände wird für notwendig angesehen, um eine sichere und verlässliche Datenbasis, auf der die Versorgungsforschung aufbauen kann, zu gewährleisten.
3. Die Entwicklung spezifischer Methoden für die Versorgungsforschung wird ebenfalls als eine weiter bestehende Aufgabe benannt. Dabei geht es eigentlich nicht um eine gänzlich neue Methodik, sondern eher um die Anwendung der vorhandenen Methodik auf Themen der Versorgungsforschung. Es müssen valide, praktikable Instrumente entwickelt und getestet werden, wobei neben quantitativen auch qualitative Forschungsdesigns zur Anwendung kommen sollten.
4. Die Etablierung einer gezielten staatlichen, interessenunabhängigen und langfristigen Forschungsförderung ist eine weitere Zukunftsaufgabe.
5. Es besteht eine Kluft zwischen einer schnellen praktischen Verwertbarkeit der Forschungsergebnisse und der Einhaltung wissenschaftlicher Standards. Hier müssen zukünftig zur Lösung des Konflikts beiderseitige Kompromisse gefunden werden, die in einer stärkeren Kooperation zwischen Forschern, Anwendern und Förderern zu suchen sind.

Perspektiven der Versorgungsforschung im Ausland

Obwohl die Versorgungsforschung in einigen Ländern, wie Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika, bereits eine sehr viel längere Tradition hat, bestehen auch dort weiterhin Probleme der Etablierung und der Akzeptanz der Versorgungsforschung. Zunächst seien aber die aktuellen Themen und Entwicklungen, die im Ausland zurzeit im Rahmen der Versorgungsforschung oder von Health Services Research thematisiert werden, ohne eine Gewähr auf Vollständigkeit zusammengefasst:

- Finanzierung der Versorgungssysteme insbesondere unter dem Aspekt der demografischen Herausforderung mit einer Zunahme von älteren Menschen und chronischen Krankheiten sowie der Frage, welche Leistungen durch die Krankenversicherung getragen werden sollen.
- Verbesserung der Qualität der Versorgung zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung und zur Gewährleistung einer Versorgungskontinuität durch die Etablierung von integrierten Versorgungsansätzen; dabei spielt auch die Frage nach der Angemessenheit und Gerechtigkeit im Versorgungssystem eine Rolle.
- Einbeziehung von anderen Gesundheitsberufen in den Versorgungsprozess; da sind Länder wie Großbritannien und die USA schon sehr viel weiter als wir in Deutschland.
- Etablierung von Programmen zur Patientensicherheit und Entwicklung einer Kultur der Fehlervermeidung.
- Entwicklung von patientenzentrierten Ansätzen, um unter anderem soziale Unterschiede im Patienten- bzw. Kundenverhalten in Bezug auf das Versorgungsgeschehen zu reduzieren.

Diese Themenfelder entsprechen weitestgehend den Themen, die auch in Deutschland diskutiert werden, zum Beispiel durch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) oder den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung, 2005 und Sachverständigenrat, 2007).

Um diese Themenbereiche bearbeiten und zu einer Lösung beitragen zu können, werden folgende Hürden und Probleme, die sich hier auf

Großbritannien und die USA beziehen, benannt (Pfaff, 2006):

- Eine mangelnde Anwendung und Verwertbarkeit von Ergebnissen der Versorgungsforschung.
- Ein Mangel an qualifizierten Forschern.
- Eine zerstückelte Forschungsinfrastruktur und ein Mangel an Ausbildungskapazitäten in Grundlagen und Methoden der Versorgungsforschung.
- Eine mangelnde langfristige finanzielle Förderung, sodass keine Planungssicherheit besteht.

Zur Lösung dieser Probleme wird eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Interessengruppen innerhalb der Versorgungsforschung, auch zwischen Forschern, Anwendern und Förderern, für notwendig erachtet. So hat man in Großbritannien ein Health Services Research Network etabliert, um die Kluft zu verringern und die Kooperation und Kommunikation zu verbessern. Das DNVE, in dem sich über 30 Fachgesellschaften zusammengeschlossen haben, die in der Versorgungsforschung aktiv sind, schafft eine Struktur für die Zusammenarbeit in der Wissenschaft. Das Netzwerk richtet den jährlichen Deutschen Kongress Versorgungsforschung aus, weiterhin veröffentlicht es Memoranden zu wichtigen Themen der Versorgungsforschung. Auch die kundenfreundliche Präsentation der Ergebnisse ist ein wichtiges Anliegen. Ferner soll eine bessere Koordinierung der Forschungsprogramme erfolgen. Dies sind Ansatzpunkte, die in Deutschland derzeit erprobt werden.

Literatur

Agency for Healthcare Research and Quality (2002). www.academyhealth.org

Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (2004). Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. Berlin 8.9.2004.

Bormann C. (2007). Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung. In: Jansen C, Borgetto B, Heller G (Hrsg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim und München: Juventa, 13-24.

Bormann C. (2005). Versorgungsforschung – Was gut beim Patienten ankommt. *Gesundheit und Gesellschaft*, 3, 8: 20-25.

Pfaff H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Huber, 13-23.

Pfaff H, Kaiser C. (2006). Aufgabenverständnis und Entwicklungsstand der Versorgungsforschung. Ein Vergleich zwischen den USA, Großbritannien, Australien und Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49: 111-119.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007). Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin.

Schmacke N. (2007). Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus? *GGW*, 1, 7: 7-13.

Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung (2005). Memorandum II zur Versorgungsforschung in Deutschland. Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung. Köln, Berlin.

1. Phase: Versorgungsunter- schiede erklären

Unerklärte Unterschiede, ältere kranke Menschen und Vielnutzer: Die Aufgaben der Förderer für die Forscher in der ersten Förderphase von 2001 bis 2003

In der ersten Förderphase widmeten sich die Projekte drei Themenbereichen:

- Behandlungsvariationen in Deutschland
- Versorgungsverläufe bei multimorbiden, älteren Menschen
- Patienten mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems

Behandlungsvariationen in Deutschland

Vermutungen und statistische Hinweise besagen, bei der Diagnose und Behandlung von Krankheiten seien Variationen feststellbar, die sich nicht ausschließlich medizinisch erklären lassen. Solche Variationen können aus unterschiedlichen Vorgehensweisen von Ärzten resultieren; sie können aber auch Über-, Unter- oder Fehlversorgung signalisieren. Bislang ist dieses Problem in Deutschland erst selten untersucht worden, nur wenige verlässliche Daten und Analysen liegen vor. Die beiden Projekte in diesem Bereich haben unterschiedliche Forschungsansätze gewählt, um einerseits Variationen zu belegen und andererseits Ursachen hierfür zu finden.

Anhand von Fallbeschreibungen zu Schmerzen im Oberbauch oder Unterbauch wurden im Projekt von Prof. Robra (S. 22) niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte um ihre Einschätzung gebeten, ob der beschriebene Patient dringend ins Krankenhaus eingewiesen werden solle. Hierdurch ließen sich die unterschiedlichen Einschätzungen der Ärzte aufzeigen. Durch Änderungen in der Fallbeschreibung im Alter des Patienten sowie nach Wochentag wurde deutlich, dass diese Randbedingungen einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidung haben können.

Im Projekt von Prof. Abholz (S. 25) wurden „standardisierte Patienten“ zu 52 Hausärzten geschickt. Sie spielten ängstliche oder zuversichtliche Patienten mit Kopfschmerzen. Der Arzt wusste nicht, welcher seiner Patienten dieser standardisierte Patient war. So sollte herausgefunden werden, ob die Ärzte je nach Patiententyp verschiedene Behandlungen empfehlen.

Versorgungsverläufe bei multimorbiden, älteren Menschen

Die Zahl älterer Menschen steigt stark an. Immer mehr von ihnen sind Patienten mit mehreren Krankheiten, die einer intensiven und dauerhaften medizinischen Versorgung bedürfen. Um ihre angemessene Versorgung zu gewährleisten, müssen insbesondere geeignete Versorgungswege entwickelt werden.

In den Forschungsprojekten sollte die Zusammenarbeit zwischen Behandlungen zu Hause, durch niedergelassene Ärzte, durch Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken (ggf. unter Einbeziehung der familiären Betreuung) untersucht werden. Auch die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen (Krankenpflege, Krankengymnastik, Psychologie) wurde analysiert. Ziel waren Vorschläge für eine bessere Organisation der Behandlung zugunsten des Patienten.

Das Projekt von Prof. Ohmann (S. 28) untersuchte den Behandlungsverlauf bei älteren Patienten mit Oberschenkelbruch. Aus der Analyse von Daten der AOK, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der Ärztekammer konnten die wichtigsten Risikofaktoren ermittelt werden. Zusätzlich wurde bei 107 Patienten im Krankenhaus erfragt, wie es zum Oberschenkelbruch gekommen war und welche Behandlungen mit welchem Erfolg bis zu einem Jahr nach der Verletzung durchgeführt wurden.

Parallel dazu untersuchte das Projekt von Dr. Specht-Leible (S. 27) die Hauptursachen, warum Bewohner von Pflegeheimen in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Dies konnte rückblickend aufgrund von Daten von sieben Krankenkassen und des MDK erfolgen, gleichzeitig wurden die Gründe bei Pflegeheimen in Heidelberg und im Odenwaldkreis direkt erhoben. Als häufigste Ursachen erwiesen sich Schenkelbrüche und

Infektionskrankheiten. Lösungswege zur Verminderung der Krankenhausaufenthalte werden vorgeschlagen. Die Umstellung von Medikamenten nach einem Krankenhausaufenthalt bei Menschen über 65 Jahren untersuchte das Projekt von Prof. Harder (S. 17). Sein Interesse galt vor allem der Frage, ob durch die Verschreibung anderer Medikamente nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die Qualität der Behandlung – gemessen an Leitlinien und klinischem Bild – gewahrt blieb.



Patienten mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems

Das Gesundheitssystem steht vor der Herausforderung, weiterhin einen hohen Standard in der medizinischen Versorgung aller Patienten sicherzustellen und dabei bezahlbar zu bleiben. Hierbei spielt die Nutzung der Angebote durch die Patienten eine wichtige Rolle. Manche Patienten beanspruchen besonders häufig Behandlungen. Bislang gibt es nur wenige Untersuchungen, die es erlauben, diese Patientengruppen näher zu beschreiben und die Gründe für ihr Verhalten zu verstehen.

Die Forschungsprojekte sollten die Merkmale von Patientengruppen mit einer starken Inanspruchnahme des Versorgungssystems sowie deren Nutzungsgewohnheiten beschreiben und analysieren. Besonders interessierte, inwieweit sich hinter der beobachteten erhöhten Inanspruchnahme andere, noch nicht diagnostizierte Krankheiten (wie psychosomatische oder psychiatrische Krankheitsbilder), Mängel im Versorgungssystem oder ersatzweise Inanspruchnahme bei sozialen Notlagen verbergen. Auf der Basis der Analysen sollten Klassifikationsschemata erarbeitet, Ursachen für die starke Inanspruchnahme beschrieben

und alltagstaugliche Lösungen entwickelt werden. Sieben Projekte widmeten sich dieser Aufgabe in diversen Krankheitsbereichen und bei unterschiedlichen Altersgruppen.

Mithilfe der Analyse von Krankenkassendaten, einer prospektiven Studie mit 508 schizophrenen Patienten sowie qualitativen Befragungen von Patienten und Personal untersuchte die Forschergruppe um Prof. Angermeyer (S. 15), welche Risikofaktoren und Rahmenbedingungen zu häufigeren Klinikeinweisungen führen. Auf dieser Basis entwickelte sie einen Screening-Fragebogen, mit dem niedergelassene Ärzte die Risikogruppen besser identifizieren können. Sie entwickelten Interventionsstrategien, die dabei helfen sollen, weitere Klinikeinweisungen dieser Patienten zu vermeiden oder zu verzögern.

Die umfassende und differenzierte Analyse von Datensätzen einer Betriebskrankenkasse nach Kriterien von „Vielnutzern“ in der Altersgruppe über 60 führte im Projekt von Prof. Kuhlmeier (S. 19) zu der Erkenntnis, dass es den „klassischen Vielnutzer“ nicht gibt – sondern unterschiedliche Gruppen jeweils verschiedene Gesundheitsleistungen stark in Anspruch nehmen.

Die besondere Nutzergruppe der Menschen mit Migrationshintergrund hatte das Projekt von Prof. Borde und PD Dr. David (S. 31) im Blick. Diese Gruppe sucht die Notfallambulanzen häufig in den Abendstunden und am Wochenende auf. Für diese besondere interkulturelle Herausforderung werden Lösungsmöglichkeiten durch spezifische Organisationsformen der Notfallambulanz vorgeschlagen.

Die Gruppen von Vielnutzern unter Kindern und Jugendlichen näher zu charakterisieren war Gegenstand des Projekts von Dr. Staab (S. 35). Auf der Basis von Abrechnungsdatensätzen der KV Berlin wurde die Häufigkeit der Arztkontakte analysiert. Die Häufigkeitsverteilung nach Lebensjahr und Geschlecht wurde beschrieben.

Welche soziodemografischen Faktoren neben der Erkrankung die erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erklären können, untersuchte das Projekt von Dr. Andersen (S. 30). Interessanterweise korrelierten niedriges Einkommen und niedrigere soziale Schicht bei Menschen mit

Diabetes und Asthma mit höheren Kosten für die Krankenkasse; bei Herzinsuffizienz verhielt es sich umgekehrt.

Im Projekt von Prof. Kurth (S. 33) wurden Gründe für häufige Arztbesuche bei Allgemein- und Fachärzten gesucht. Hierzu sind Daten des Gesundheitssurveys 1998 und ergänzender regionaler Strukturdaten ausgewertet worden. Gängige Hypothesen zu Einflussfaktoren konnten teilweise bestätigt und teilweise widerlegt werden. Hierauf aufbauend werden Steuerungsmöglichkeiten wie Selbstbeteiligungen („Praxisgebühr“), Informationen zu angemessener Inanspruchnahme und Prävention diskutiert.

Die Hypothese, dass sich die vermehrten Arztkontakte vor der Diagnose einer psychischen Erkrankung (z. B. bei Depression) nach der Diagnose verringern, prüfte die Arbeitsgruppe um Prof. Schwartz (S. 24) anhand von Daten zweier Krankenkassen aus den Jahren 1990 bis 2000. Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Daher erscheint der Einsatz hierauf aufbauender Prognosemodelle nicht zielführend.

Unklare körperliche Beschwerden können unter bestimmten Rahmenbedingungen chronisch werden und damit dauerhaft erhöhte Kosten verursachen. Als Gegenmaßnahmen entwickelte ein Marburger Ärzte- und Psychologenteam um Prof. Rief (S. 20) ein neues Screening-Verfahren sowie Schulungsmaterial für Patienten und Ärzte. Das Ziel lag darin, nach einer psychosomatischen Erklärung der Beschwerden die Krankheitskosten zu senken.

Schizophrenen Patienten gezielt helfen

Fachtitel: „Analyse individueller und systembedingter Determinanten überdurchschnittlicher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen. Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von High Utilizern unter schizophrenen Patienten“

Psychisch kranke Menschen bedürfen einer besonderen Fürsorge. Sie nehmen vielfache Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch, die jedoch nicht immer zu einer dauerhaften Heilung führen. Ein Fortschritt für viele Betroffene ist es schon, seltener in eine Klinik eingewiesen zu werden.

Fragen

Daher untersuchten Wissenschaftler der Universität Leipzig zunächst, welche Gruppe der psychisch kranken Patienten die meiste klinische Hilfe in Anspruch nimmt. Um zukünftig Risikogruppen für eine hohe Inanspruchnahme der klinischen Versorgung besser erkennen zu können, untersuchten die Forscher am Beispiel schizophrener erkrankter Patienten mögliche Risikofaktoren. Dazu schlossen sie Fragen nach dem sozialen Umfeld, begleitende Erkrankungen, stationäre Kosten sowie regionale Faktoren in ihre Untersuchungen ein. Unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse entwickelten die Wissenschaftler eine Interventionsstrategie, um künftig hohe Inanspruchnahmen besser vermeiden zu können.

Methodik

Die Basis der Untersuchung bildete eine krankheitsübergreifende retrospektive Analyse von Daten der AOK Sachsen und zweier psychiatrischer Landeskrankenhäuser sowie eine prospektive Längsschnittstudie mit 508 schizophren erkrankten Patienten. Zusätzlich wurde für die Entwicklung der Interventionsstrategie eine qualitative

Befragung der Patienten und des Personals durchgeführt.



Ergebnisse

Schizophrene Patienten und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind diejenigen Gruppen, die am häufigsten psychiatrisch stationär im Krankenhaus aufgenommen und behandelt werden. Die Studie belegt weiterhin, dass insbesondere junge Patienten mit schizophrener Psychose, die bereits mehrere stationäre Voraufenthalte hatten und bei denen die Krankheitssymptomatik auch zwischen akuten Phasen fortbestand, sehr häufig erneut stationär aufgenommen werden mussten. Die Forscher entwickelten aus ihren Ergebnissen ein neuartiges Screening-Instrument in Form eines speziellen Fragebogens. Dieses Instrument soll niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte dabei unterstützen, die entsprechenden Risikogruppen besser zu identifizieren. Innerhalb des Projekts erarbeitete das Leipziger Team mehrere Interventionsstrategien, die dem Patienten dabei helfen, klinische Aufenthalte zu vermeiden. Die Strategien umfassen sowohl medizinische, pflegerische, sozialarbeiterische als auch soziale Komponenten, unter besonderer Berücksichtigung der Wohnform des Patienten.

Handlungsoptionen

Damit schizophrene Patienten in Zukunft seltener die Klinik aufsuchen müssen, sollten nach Ansicht der Wissenschaftler mehrere Institutionen und Faktoren zusammenwirken: Die Umsetzung der Interventionsstrategien durch die Krankenkassen kann in regionalen Projekten in den Bereichen erfolgen, in denen die Krankenkasse Kostenträger ist. Dies betrifft die ärztliche Versorgung, den Einsatz der ambulanten Soziotherapie sowie die

häusliche Krankenpflege. Die Bereiche der Unterbringung, der Tagesgestaltung, der beschützten Arbeitsmöglichkeiten und der beruflichen Rehabilitation fallen nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und sind daher in Kostenträger-übergreifende regionale Projekte einzubeziehen. Durch eine entsprechende Vertragsgestaltung – beispielsweise in Verträgen der Integrierten Versorgung – wäre die von den Wissenschaftlern empfohlene verbesserte Erreichbarkeit des niedergelassenen fachärztlichen Bereichs für die Patienten oder die Einbindung in ein Versorgungsmodell mit psychiatrischen Institutsambulanzen umsetzbar. Ferner kann in Verträgen mit den Leistungserbringern auch die Verwendung des im Projekt entwickelten Screening-Instruments vereinbart werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Patienten mit Schizophrenie und mit Persönlichkeitsstörungen hatten die höchste Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung unter den psychisch Kranken.**
- **Zur Identifikation der Risikogruppe für hohe Inanspruchnahme unter den schizophren Erkrankten wurde ein Screening-Instrument entwickelt. Die Anwendung kann durch niedergelassene Ärzte oder Krankenhausärzte erfolgen.**
- **Es wurden verschiedene Interventionsstrategien zur Vermeidung weiterer Krankenhausaufenthalte entwickelt. Diese umfassen sowohl medizinische, pflegerische, sozialarbeiterische als auch soziale Komponenten und sind abhängig von der Wohnform.**

Kontakt

Dr. Christiane Roick
 Universität Leipzig
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
 Johannisallee 20
 04317 Leipzig
 E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

Projektleitung: Prof. Dr. em. Angermeyer

Konstante Medikation nach Aufenthalt im Krankenhaus

Fachtitel: „Pharmakotherapie im Alter: Konsistenz der Medikation bei Wechsel der Versorgungseinrichtungen“

Nach Entlassung aus der Klinik wird gerade bei älteren Patienten eine Vielzahl von zum Teil wichtigen Medikamenten verordnet. Diese Medikation wird oft entweder durch den weiterbehandelnden Hausarzt oder den Patienten selber verändert. Dieses Verhalten kann zu einer Fehlversorgung führen.

Fragen

Wie wirkt sich der Übergang aus der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung auf die Arzneimitteltherapie bei älteren und chronisch kranken Menschen aus? Inwieweit können pharmakologische Unter-, Über- oder Fehlversorgung nachgewiesen werden? Sind diese auf mangelnde Kooperation zwischen Krankenhaus und ambulantem Bereich zurückzuführen? Wichtig war auch das Wissen des Patienten über seine Medikamente und ihre Risiken.

Methodik

Die Medikationsverläufe von Patienten, die älter als 65 Jahre waren und die an mindestens zwei chronischen Leiden aus dem Herz-Kreislauf-Bereich erkrankt waren, wurden über zwölf Monate nach stationärem Aufenthalt in einem kommunalen Krankenhaus nachvollzogen. Dafür wurde die Entlassungsmedikation aus dem Krankenhaus herangezogen und mit der Medikation nach drei bzw. zwölf Monaten verglichen. Zur Erfassung der Medikation im ambulanten Bereich und für Interviews mit den Patienten wurden Hausbesuche durch Ärzte des Projektteams durchgeführt.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik erhielten Patienten durchschnittlich sechs bis sieben Medikamente. Zehn Prozent der Patienten nahmen mehr als neun Medikamente ein. Die Zahl der Medikamente stieg dann später im ambulanten Bereich an. Nach zwölf Monaten erhielten 15 Prozent der Patienten mehr als neun verschiedene Medikamente, 30 Prozent aller Patienten mussten mehr als zehn Tabletten täglich einnehmen. Als weiteres Ergebnis stellte das Forscherteam fest, dass die Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu ca. 50 Prozent geändert worden war. Meist geschah dies durch Absetzen des Präparats und Neuverschreibung anderer Präparate, seltener durch Umsetzen auf ein Generikum. Der Anteil von Patienten mit Selbstmedikation stieg von 30 Prozent zum Zeitpunkt der Entlassung auf 50 Prozent nach zwölf Monaten an.



Die Patienten hatten über die ihnen verordneten Medikamente in ca. 80 Prozent nur oberflächliche Kenntnisse. Besonders gering waren Kenntnisse über Risiken der Medikation zum Beispiel im Zusammenhang mit blutverdünnenden Arzneimitteln. Verordnete Medikamente wurden aber zu über 90 Prozent auch eingenommen. Die verordnete bzw. abgeänderte Medikation war weitestgehend durch vorliegende Erkrankungen begründet und verglichen mit den internationalen Leitlinien überwiegend angemessen.

Im Bereich der Statintherapie ließ sich allerdings eine Unterversorgung nachweisen. Die Blutdruckeinstellung sowie die Gerinnungseinstellung bei antikoagulierten Patienten verschlechterten sich im ambulanten Bereich, ohne dass die Medikation in ausreichendem Maße angepasst wurde.

Die Diabeteseinstellung war darüber hinaus unbefriedigend. Viele Patienten wurden aber schon mit unbefriedigenden Werten aus dem Krankenhaus entlassen. Klinisch relevante Arzneimittelinteraktionen ließen sich bei der Erfassung der aktuellen hausärztlichen Medikation nur selten nachweisen. Von den im Beobachtungszeitraum notwendig gewordenen stationären Wiederaufnahmen (ca. zehn Prozent der beteiligten Patienten) waren jedoch immerhin 15 Prozent auf Probleme mit der Arzneimitteltherapie zurückzuführen.

Handlungsoptionen

Die Projektergebnisse können durch die Krankenkassen genutzt werden, indem standardisierte Kommunikationsstrukturen zwischen den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten aufgebaut werden. Hierbei sollten gemeinsame Behandlungsziele (z. B. Blutdruckeinstellung, Blutfettkontrolle durch Statine oder Dosisanpassungen bestimmter Medikamente) betont werden. Dies könnte als Teil von vertraglichen Vereinbarungen erfolgen. Die Information des Hausarztes über die Medikation zum Zeitpunkt der Entlassung im Kurzarztbrief sollte entsprechend den gesetzlichen Vorgaben bereits die Wirkstoffangabe enthalten – und nicht die im Krankenhaus oftmals eingesetzten Markenpräparate.

Als vertragliche Umsetzungsmöglichkeit bietet sich die ärztliche Qualitätssicherung an, die sektorübergreifend angelegt sein und ein leitlinienbasiertes, abgestimmtes Ordnungsverhalten zum Ziel haben sollte. Kooperationspartner innerhalb der Krankenhäuser könnten zum Beispiel deren Arzneimittelkommissionen sein. Die Krankenkasse kann gezielte Interventionen für die im Projekt als Risikogruppen für Fehlversorgung identifizierten Patienten anbieten oder vertraglich veranlassen. Dies können Beratungsangebote für Patienten, Case-Management oder Patientenschulungen sein. Hierzu sind von einzelnen Kassen bereits Projekte initiiert worden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Chronisch kranke alte Patienten erhielten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus durchschnittlich sechs bis sieben Medikamente. Zehn Prozent der Patienten erhielten mehr als neun Medikamente.**
- **Die Medikation war überwiegend angemessen.**
- **Pharmakologisch unzureichend waren die Statintherapie, die Blutdruckeinstellung, die Gerinnungseinstellung und die Diabeteseinstellung.**
- **Die Medikation wurde nach der Krankenhausentlassung zwar zu ca. 50 Prozent verändert, dadurch wurde aber die leitlinienkonforme Behandlung nicht negativ beeinflusst.**

Publikationen

Harder S, Fischer P, Krause-Schafer M, Ostermann K, Helms G, Prinz H, Hahmann M, Baas H. Structure and markers of appropriateness, quality and performance of drug treatment over a 1-year period after hospital discharge in a cohort of elderly patients with cardiovascular diseases from Germany. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005 Jan;60(11):797-805.

Roth-Isigkeit A, Harder S. Die Entlassungsmedikation im Arztbrief – eine explorative Befragung von Hausärzten. *Med Klinik* 2005 Feb 15;100(2): 87-93.

Kontakt

Prof. Dr. Sebastian Harder
 Klinikum der Johann Wolfgang
 Goethe-Universität
 pharmazentrum frankfurt
 Institut für Klinische Pharmakologie
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
 Telefon: 069 6301-6423
 E-Mail: harder@em.uni-frankfurt.de

Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht

Fachtitel: „Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Eine patientenorientierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung soziodemografischer und systembedingter Einflussfaktoren auf das Nutzverhalten“

Dank moderner Medizin und gesünderer Lebensweise nimmt die Lebenserwartung in den westlichen Industrienationen stetig zu. Allerdings, so zeigt eine Studie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, nehmen fast alle über 60-Jährigen in Deutschland verschreibungspflichtige Medikamente ein.

Fragen

Das Forscherteam fragte, wie das Gesundheitssystem von älteren Menschen genutzt wird. Zudem sollte das Phänomen der sogenannten Vielnutzung charakterisiert sowie eine Gruppe von „Vielnutzern“ beschrieben werden.

Methodik

Als Basis zogen die Wissenschaftler Routinedaten der VW BKK (heute: Deutsche BKK) des Jahres 2000 heran. Hierbei werteten sie die Leistungsarten Arzneimittel, Krankenhaus, Fahrten, Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitation und Pflege aus. Eine hohe Inanspruchnahme wurde jeweils unter den Aspekten Kosten sowie Nutzung betrachtet. Die Vielnutzung wurde mit zehn Prozent der jeweils höchsten Kosten bzw. höchsten Inanspruchnahme je Leistungsart definiert.

Ergebnisse

Ein zunächst überraschendes Ergebnis der Studie zeigt: Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht. Eine Vielnutzung zeigte sich als mehrdimensionales Phänomen. Gruppen von Versicherten

nutzten oftmals nur eine bestimmte Leistungsart – gemessen an Kostenhöhe oder Häufigkeit der Inanspruchnahme – viel. Das Nutzungsverhalten der über 60-Jährigen unterschied sich nach Altersgruppen und Geschlecht. Die Ausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen verursachten insgesamt den höchsten Kostenanteil. An zweiter Stelle standen die Ausgaben für Arzneimittel. Mit zunehmendem Alter der Versicherten sank der Anteil der Krankenhauskosten an den Gesamtkosten, die ein Versicherter verursachte.

Hochaltrige Versicherte (95 bis 99 Jahre) hatten den höchsten Anteil an ambulanten Pflege- und Hilfsmittelkosten. Fast allen Versicherten wurden Arzneimittel verordnet, 20 Prozent der Versicherten erhielten sogar mehr als 30 Medikamente gleichzeitig. Die Nutzung von Arzneimitteln stieg mit zunehmendem Alter an. Die 75- bis 79-Jährigen verursachten dabei die höchsten Kosten bei den Arzneimitteln. Frauen erhielten eine höhere Zahl von Arzneimitteln verordnet als Männer. Jüngere Versicherte (60 bis 69 Jahre) und Versicherte ab 85 Jahren wurden seltener im Krankenhaus stationär behandelt als die Altersgruppen zwischen 70 und 84 Jahren. Die Versicherten zwischen 70 und 74 Jahren wiesen die längsten Aufenthalte im Krankenhaus sowie die höchsten Kosten in diesem Bereich auf.

Fast die Hälfte der stationären Behandlungen ging auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und auf bösartige Erkrankungen zurück. Die Inanspruchnahme von Heilmitteln nahm mit zunehmendem Lebensalter ab. Heilmittel wurden überwiegend von Frauen zwischen 60 und 64 Jahren im Bereich der physikalischen Therapie in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nahm mit steigendem Lebensalter zu. Männer verursachten durch die Inanspruchnahme von Rettungswagen und Notarzt höhere Fahrtkosten als Frauen.

Handlungsoptionen

Die Krankenkasse wird durch die Forschungsergebnisse in die Lage versetzt, Problemgruppen in ihrem Versichertenbestand zu erkennen. Für diese Problemgruppen sollte sie eventuell spezifische Angebote bereitstellen. Es kann sich hier um zielgruppen- oder einzelfallorientierte Maßnahmen, wie etwa Case Management oder Angebote

der Patientenberatung handeln. Maßnahmen zur Arzneimittelsteuerung sollten eher breit angelegt sein, da fast alle Versicherten Arzneimittel bekommen. Für Arzneimittel-Vielnutzer bietet sich eine zentrale personenbezogene Medikamenten-Dokumentation als sinnvolle Maßnahme an.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht.**
- **Vielnutzung war ein mehrdimensionales Phänomen: Gruppen von Versicherten nutzten oftmals nur eine bestimmte Leistungsart – gemessen an Kostenhöhe oder Häufigkeit der Inanspruchnahme – viel.**
- **Krankenhausaufenthalte nahmen bei den über 74-Jährigen ab.**
- **Fast alle Versicherten über 64 Jahren erhielten eine Arzneimitteltherapie.**

Kontakt

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Zentrum für Human- und
Gesundheitswissenschaften
Institut für Medizinische Soziologie
Thielallee 47
14195 Berlin
Telefon: 030 8445-1391
E-Mail: medsoz@charite.de

Unklare körperliche Beschwerden

Fachtitel: „Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden“

Unklare körperliche Beschwerden können unter bestimmten Rahmenbedingungen chronisch werden. Als Gegenmaßnahmen entwickelte ein Marburger Ärzte- und Psychologenteam ein neues Screening-Verfahren sowie Schulungsmaterial für Patienten und Ärzte.

Fragen

Das Projekt ging unter anderem der Frage nach, welche Faktoren dazu führen, dass unklare körperliche Beschwerden zu einer chronischen Krankheit werden. Hierbei berücksichtigten die Forscher sowohl das Verhalten des Arztes als auch das Verhalten von Patienten und deren Angehörigen. Ferner überprüften die Wissenschaftler, ob eine Schulung von Allgemeinmedizinern dazu führt, dass die Behandlungskosten der Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden sinken und sich die Lebensqualität dieser Patienten verbessert.



Methodik

Zur Erhebung der Daten nahmen 25 Hausärzte und 295 Patienten am Projekt teil. Die Hausärzte erhielten eine eintägige Schulung, in der ihnen der

Umgang mit Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden (basierend auf einem aus der kognitiven Verhaltenstherapie abgeleiteten Konzept) vermittelt wurde. Ferner erhielten sie Schulungsmaterial, eine Patienteninformations-Broschüre und sogenannte „Infozepte“ – schriftliche Verhaltensregeln für die Patienten. Die Patienten wurden vier Wochen und sechs Monate nach dem für das Projekt relevanten Besuch beim Hausarzt nachuntersucht.

Ergebnisse

Die Untersuchung ergab für Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden folgende Faktoren, die den Prozess der Chronifizierung einer akuten Krankheit fördern: das Vorliegen eines organischen Krankheitsmodells, das Vorliegen multipler körperlicher Beschwerden, das zusätzliche Vorliegen einer Depression und die Erkrankungsdauer. Eine negative Arzt-Patient-Beziehung sowie das Fortbestehen eines organischen Krankheitsmodells gingen mit einer fortgesetzten hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher.

Das Ergebnis zur Schulung der Ärzte war eindeutig: War das Arztverhalten darauf ausgerichtet, das organische Krankheitsverständnis der Patienten in ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu verwandeln, verminderte sich im Erfolgsfall in der Folgezeit die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung durch die Patienten. Das Verhalten der Angehörigen konnte den Krankheitsverlauf durch verständnisvolles Eingehen auf den Patienten stabilisierend beeinflussen. Im Projekt wurden daraufhin ein Screening zur Früherkennung psychosomatisch Erkrankter sowie Schulungsmaterial für Ärzte und Informationsmaterial für Patienten entwickelt.

Handlungsoptionen

Die Umsetzungsmöglichkeiten für Krankenkassen bestehen im Einsatz des im Projekt entwickelten Screenings sowie des Ärzteschulungs- und Patienteninformations-Materials in regionalen Modellprojekten.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Ein positives Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowie ein verständnisvolles häusliches Umfeld spielen eine wesentliche Rolle zur Verhinderung der Chronifizierung unklarer körperlicher Beschwerden.**
- **War das Arztverhalten darauf ausgerichtet, das organische Krankheitsverständnis der Patienten in ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu verwandeln, verminderte sich im Erfolgsfall in der Folgezeit die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung durch die Patienten.**
- **Das Projekt entwickelte ein Screening zur Früherkennung psychosomatisch Erkrankter sowie eine Ärzteschulung mit Infomaterial für Patienten.**

Publikation

Rief W, Martin A, Rauh E, Bender A, Zech T. (2006). Evaluation of General Practitioners' Training: „How to Manage Patients with Unexplained Physical Symptoms“. *Psychosomatics* 47, 304-311.

Kontakt

Prof. Dr. Winfried Rief
 Philipps-Universität Marburg
 Fachbereich Psychologie
 Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Gutenbergstraße 18
 35032 Marburg
 Telefon: 06421 282-3657
 E-Mail: rief@staff.uni-marburg.de

Bei Bauchschmerzen ins Krankenhaus – oder nicht?

Fachtitel: „Untersuchung der Gründe für unterschiedliche Leistungsdichten auf Kreisebene“

Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte bewerten die Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme bei gleichen Vorgaben unterschiedlich. Ob man mit Bauchschmerzen im Krankenhaus landet, ist offensichtlich auch vom Wochentag abhängig. Dieses überraschende Ergebnis liefert eine Studie der Universität Magdeburg.

Fragen

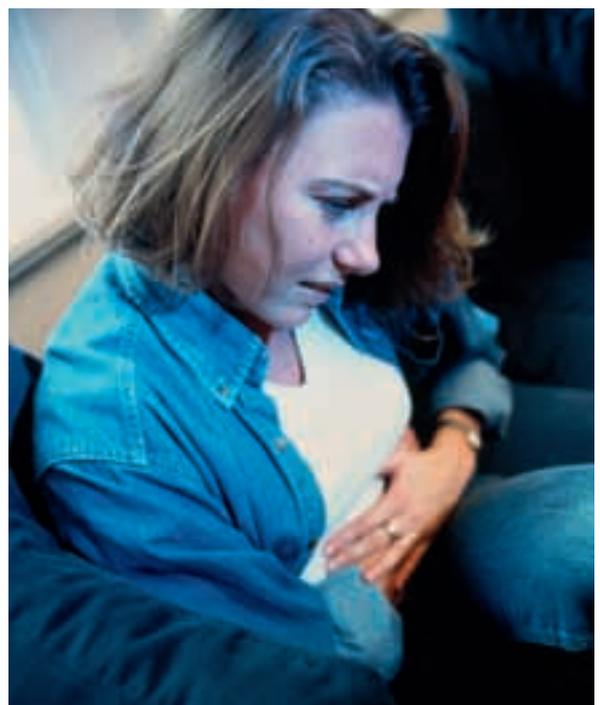
Ziel der Untersuchung war es, Determinanten des Einweisungs- bzw. Aufnahmeverhaltens ins Krankenhaus mit standardisierten Fallbeschreibungen zu untersuchen.

Methodik

Niedergelassene und Krankenhausärzte wurden schriftlich um ihre Einweisungsentscheidungen bei vorgelegten Fallkonstellationen gebeten. Als Erhebungsinstrument dienten Vignetten – kurze, typisierte Fallbeschreibungen –, die für zwei Tracerdiagnosen (Oberbauch- und Unterbauchbeschwerden) je nach Dringlichkeit der Einweisung abgestuft waren. Per Zufallsprinzip wurden den Vignetten soziale Merkmale der Patienten (Geschlecht, Alter, allein lebend/nicht allein lebend, Präferenz für oder gegen Krankenhausbehandlung) und der Versorgungssituation (Tag der Vorstellung: Dienstag oder Freitag) zugeschrieben. Für die Auswertung konnten 7.376 Oberbauchvignetten und 7.335 Unterbauchvignetten herangezogen werden. Ergänzend wurden regionale Krankenhausdaten der Jahre 1997 bis 2001 der AOK Sachsen-Anhalt ausgewertet.

Ergebnisse

Die in den Vignetten vorgegebene Staffelung der Einweisungsdringlichkeit konnte bestätigt werden. Die Einweisungshäufigkeit bei Unterbauchbeschwerden war erwartungsgemäß deutlich höher als bei Oberbauchbeschwerden. Die Wahrscheinlichkeit der jeweiligen Grundkrankheit wurde bei gleichen Symptomen von Krankenhausärzten und von niedergelassenen Ärzten sehr ähnlich eingeschätzt. Krankenhausärzte wollten aber die ihnen vorgestellten Patienten signifikant häufiger aufnehmen als niedergelassene Ärzte diese einweisen wollten. Internisten wiesen Patienten mit Oberbauchbeschwerden seltener ins Krankenhaus ein als Allgemeinmediziner. Vignettenpatienten, die keine Ablehnung gegenüber einer Krankenhausbehandlung signalisierten, sollten häufiger stationär behandelt werden als Patienten, die Ablehnung äußerten. Die Wahrscheinlichkeit, mit Unterbauchbeschwerden stationär aufgenommen zu werden, stieg mit dem Alter und der Vorstellung an einem Freitag. Zwischen den einzelnen Regionen variierte die Einweisungswahrscheinlichkeit erheblich. Für die Unterbauchvignetten hatte die regionale Krankenhausedichte einen positiven, die regionale Arztdichte im niedergelassenen Bereich einen negativen Einfluss auf eine Einweisung ins Krankenhaus.



Für die Oberbauchvignetten konnten Einflussfaktoren aus der regionalen Versorgungsstruktur nicht nachgewiesen werden. Ärztliche Entscheidungen werden also nicht nur von Merkmalen der Krankheit, sondern auch von patientenseitigen Faktoren und von den institutionellen Rahmenbedingungen der Versorgung beeinflusst.



Handlungsoptionen

Die Methode der vignettengestützten Erhebung eignet sich zu Ausbildungszwecken, zur Fortbildung, für die Versorgungsforschung und für die ärztliche Qualitätssicherung. Krankenkassen können den Einsatz von Vignetten zum Beispiel in der ärztlichen Qualitätssicherung vereinbaren. Regionale Variationen der Versorgung sollten mit Leitlinien oder integrierten Verträgen zur Standardisierung des Vorgehens an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung harmonisiert werden. Praktisch bietet sich die Einrichtung einer vertragsärztlichen Notfallambulanz am Krankenhaus an.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Die Methodik der Vignette erwies sich als geeignet, um Determinanten des Einweisungsverhaltens von Ärzten zu untersuchen.**
- **Krankenhausärzte wollten die ihnen vorgestellten Vignetten-Patienten bei gleichem Schweregrad häufiger aufnehmen als die niedergelassenen Ärzte diese einweisen wollten.**
- **Vignetten-Patienten, die keine Ablehnung gegenüber einer Krankenhausbehandlung signalisierten, sollten häufiger stationär behandelt werden als Patienten, die Ablehnung äußerten.**

- **Die Wahrscheinlichkeit, mit Unterbauchbeschwerden stationär aufgenommen zu werden, stieg mit dem Alter und einer Vorstellung an einem Freitag.**
- **Die regionale Krankenhausdichte erwies sich als positiver Einflussfaktor, die regionale Arztdichte im niedergelassenen Bereich als negativer Einflussfaktor für eine Krankenhauseinweisung bei Unterbauchbeschwerden.**
- **Ärztliche Krankenhauseinweisungen werden also nicht nur von Merkmalen der Krankheit, sondern auch von patientenseitigen Faktoren und von den institutionellen Rahmenbedingungen der Versorgung beeinflusst.**

Publikationen

Robra BP, Kania H, Kuss O, Schönfisch K, Swart E. Determinanten der Krankenhausaufnahme – eine Untersuchung mit Fallvignetten. *Gesundheitswesen* 68 (2006) 32-40.

Robra BP, Kania H, Kuss O, Schönfisch K, Swart E. Gleiche Erwartungen, unterschiedliche Dispositionen – niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte im Spiegel systematischer Fallvignetten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer, 2006, S. 117-132.

Kontakt

Prof. Dr. Bernt-Peter Robra
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
 Medizinische Fakultät
 Institut für Sozialmedizin und
 Gesundheitsökonomie
 Leipziger Straße 44
 39120 Magdeburg
 Telefon: 0391 67-24300
 E-Mail:
bernt-peter.robra@medizin.uni-magdeburg.de

Depressionen schwer zu fassen

Fachtitel: „Muster der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen“

Psychosomatisch erkrankten Patienten effektiv zu helfen, erscheint laut einer Studie des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung nach wie vor sehr schwierig. Die Forscher werteten Krankheitsverläufe über einen Zeitraum von sieben Jahren aus. Das Ergebnis ist niederschmetternd: Auch nach Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung sinken weder die Krankenhausaufenthalte oder die Zahl der eingenommenen Medikamente noch die Ausfallzeiten am Arbeitsplatz.

Fragen

Im Rahmen des Projekts wurde die erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Vorfeld und nach der Diagnose von Depressionen, Neurosen und funktionellen Störungen näher analysiert und ökonomisch bewertet. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse sollte ein Prognosemodell für eine frühzeitige Diagnose entwickelt werden, um Fehlansparnahmen zu vermeiden und damit Einsparungen zu realisieren.

Methodik

Dabei stützte sich die Studie auf anonymisierte Daten der GEK (Gmünder Ersatzkasse) und der KKH (Kaufmännische Krankenkasse) von 1990 bis 2000, wobei je nach Krankenkasse nicht alle Leistungsarten über den gesamten Zeitraum vorlagen. Hierbei wurden der Zeitraum von vier Jahren vor erstmaliger Diagnose sowie der Zeitraum von drei Jahren nach Diagnosestellung einer der drei zu untersuchenden Erkrankungen analysiert. Grundlage der Analyse bildete eine Gegenüberstellung der Daten über die Inanspruchnahme durch Patientengruppen mit psychosomatischen Erkrankungen und einer Kontrollgruppe, deren

Mitglieder in ihrem Versicherungsverlauf keine solche Erkrankung aufwiesen. Für Erwerbstätige wurden die Meldungen der Arbeitsunfähigkeit, die Zahlungen von Krankengeld, die Verordnung von Arzneimitteln und die Aufenthalte im Krankenhaus herangezogen; für nichterwerbstätige Versicherte die Arzneimittel-Verordnungen und die Krankenhausaufenthalte.



Ergebnisse

Psychosomatisch Erkrankte wiesen sowohl im Vorfeld ihrer Diagnose als auch in den Jahren danach in den Leistungsbereichen Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhaus sowie Arzneimittel eine gegenüber der Kontrollgruppe deutlich erhöhte Inanspruchnahme auf. Besonders hoch waren die Arbeitsunfähigkeitszeiten (25 bis 30 Tage mehr als in der Kontrollgruppe im Verlauf von drei Jahren) und die damit verbundene Auszahlung von Krankengeld (sechs bis sieben Tage mehr als in der Kontrollgruppe in drei Jahren). Die Hypothese, dass die erhöhte Inanspruchnahme nach Erstdiagnose einer psychischen Störung innerhalb des analysierten Behandlungszeitraums auf ein niedrigeres Niveau zurückgeht, konnte nicht bestätigt werden.

Bei der Entwicklung von Vorhersagemodellen zur Früherkennung psychosomatischer Erkrankungen auf der Basis von Routinedaten zeigte sich, dass sich insbesondere auf der Basis von Arzneiverordnungsdaten bestimmte Risikopopulationen eingrenzen lassen. Die erstellten Prognosemodelle könnten dabei im Prinzip als erster Schritt im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses zur Eingrenzung von Hochrisikopopulationen genutzt werden.

Handlungsoptionen

Angesichts des Studienergebnisses, wonach die erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch nach der Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung nicht zurückgeht, erscheinen Überlegungen zur Nutzung von Prognosemodellen zur frühzeitigeren Identifikation von Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko – zumindest wenn damit Einspareffekte erreicht werden sollen – wenig zielführend. Die Ergebnisse der Studie machen vielmehr deutlich, dass in weiteren Forschungsvorhaben abgeklärt werden müsste, durch welche Faktoren in der Versorgung die anhaltend erhöhte Inanspruchnahme verursacht wird und durch welche Maßnahmen die Versorgung substantiell verbessert werden kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Psychosomatisch Erkrankte wiesen vor der Diagnosestellung und in den Jahren danach in den Leistungsbereichen Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhaus sowie Arzneimittel eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme auf.**
- **Die Hypothese, dass nach der Diagnosestellung einer psychosomatischen Erkrankung die erhöhte Inanspruchnahme innerhalb des analysierten Zeitraums auf ein niedrigeres Niveau zurückgeht, konnte nicht bestätigt werden.**

Kontakt

**Hans Dörning, Thomas G. Grobe,
Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz**
ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung e. V.
Lavesstraße 80
30159 Hannover
Telefon: 0511 53091-10, 0511 53091-12,
0511 532-4422
E-Mail: doerning@iseg.org, grobe@iseg.org,
schwartz.fw@mh-hannover.de

Angst steckt an

Fachtitel: „Exakte Erfassung der Behandlungsvariabilität durch den Einsatz standardisierter Patienten (Kopfschmerz)“

Wer dem Arzt ängstlich gegenübertritt, erhält offensichtlich mehr Untersuchungsleistungen. Dies bestätigt eine Studie der Universität Düsseldorf.

Fragen

Im Zentrum stand die Frage, ob Hausärzte in ihrem Handeln in wirtschaftlicher und/oder qualitativer Hinsicht von der Art und Weise beeinflusst werden, wie eine Patientin ihre Symptome präsentiert.

Methodik

Das Projekt arbeitete mit der Methode des „standardisierten Patienten“. Um die Auswirkungen der Symptompräsentation zu analysieren, wurden für das Krankheitsbild des Kopfschmerzes zwei Patientintypen trainiert: die „ängstliche“ und die „neutral-akzeptierende“ Patientin. Sie unterschieden sich lediglich in der emotionalen Färbung ihrer Beschwerdeschilderung; alle Details waren sonst identisch, und die Präsentation erfolgte immer gleich. Für das Projekt konsultierten acht dieser standardisierten Patientinnen insgesamt 52 Hausärzte. Jeder Arzt wurde von je einer ängstlichen und einer neutralen Patientin besucht.

Ergebnisse

Das Ergebnis der Studie belegt: Ärzte gehen sehr individuell auf ihre Patienten ein. Das ärztliche Verhalten variierte je nach Patientintyp stark. Das ärztliche Handeln wurde durch die Art der Symptompräsentation beeinflusst. Bei der Konsultationszeit sowie dem Umfang ärztlichen Handelns ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der ängstlich und der neutral agierenden Patientin erkennen. Demgegenüber bewirkten ängstliche Patientinnen deutlich mehr

kostenintensive Untersuchungen sowie Empfehlungen zum Besuch eines Facharztes. Die Ärzte benannten hierfür als Gründe: Eingehen auf den Wunsch der Patientin, eigenen Aktivismus bei gleichzeitiger Ratlosigkeit sowie die eigene Angst etwas falsch zu machen.



Handlungsoptionen

Im Rahmen von Beiträgen in ihren Mitgliederzeitschriften haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Ratschläge zum Arzt-Patient-Gespräch zu geben. Die Kernbotschaft für die Patientinnen und Patienten hierbei muss dann lauten: Sorgen/Befürchtungen offen und realistisch – aber nicht überzogen – ansprechen. Mit dieser klaren Orientierung sollten auch Medizin-Hotlines der Krankenkassen die Anrufer im Vorfeld von Arztbesuchen informieren. Die Ergebnisse werden zudem in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte genutzt. Darüber hinaus wurden Hausärzte unmittelbar über die Ergebnisse informiert. Ratschläge für Patienten und Ärzte wurden in zahlreichen Medien (Zeitschriften, Internet, Fernseh- und Radio-sendungen) dargestellt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Das ärztliche Verhalten variierte zwischen den Ärzten stark.**
- **Das ärztliche Handeln wurde durch die emotionale Färbung der Symptompäsentation der Patientin beeinflusst. Bei ängstlichen Patientinnen wurden mehr Untersuchungen veranlasst als bei neutral-akzeptierenden Patientinnen.**

Publikationen

Brockmann S, Schönefeld D, Sielk M, Wilm S, Kreher S. Lässt sich das Unfassbare fassen? Einblick in Krankheitskonzepte von Hausärzten zu Kopfschmerz. *Z Allg Med* 2004;80:343-8.

Sielk M, Brockmann S, Spannaus-Sakic C, Wilm S. Do standardised patients lose their confidence in primary medical care? Personal experiences of standardised patients with GPs. *Br J Gen Pract* 2006;56:802-4.

Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrobial Chemotherapy* 2007; Advance Access published July 10.

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Abteilung für Allgemeinmedizin
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf
 Telefon: 0211 81-17771
 E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Im Pflegeheim vor Stürzen schützen

Fachtitel: „Untersuchungen zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner“

Eine effektive Sturzprophylaxe, Impfungen und eine verbesserte Überwachung der Therapie könnten dazu beitragen, dass Pflegeheimbewohner seltener ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen. Dies belegt eine Studie des Geriatriischen Zentrums des Bethanien-Krankenhauses am Klinikum der Universität Heidelberg.

Fragen

Durch die Untersuchung sollte festgestellt werden, in welchem Ausmaß und aufgrund welcher Umstände Pflegeheimbewohner stationär aufgenommen werden. Anschließend stellten die Forscher die Frage, in welchem Umfang solche Krankenhausaufenthalte potenziell vermeidbar sind.

Methodik

Als Basis der Studie nutzte das Forscherteam aus Geriatern und Epidemiologen zunächst in einem rückblickenden Studienteil die Daten von acht Kranken- und Pflegekassen sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK, Daten zur Pflegebedürftigkeit) im Rhein-Neckar-Kreis und den Städten Heidelberg und Mannheim. Für 1.926 Versicherte, die im Jahr 2000 erstmalig in einem Altenpflegeheim stationär aufgenommen wurden, konnten Anzahl, Umstände sowie die Aufnahmediagnosen aller Krankenhausaufenthalte bis zum 31.12.2001 ermittelt werden. Für Versicherte der AOK und der Barmer Ersatzkasse konnten Daten von 1.361 Patienten für den Zeitraum ab dem 1.1.1999, also auch vor der Übersiedlung ins Pflegeheim, zur Verfügung gestellt werden. Ein Studienteil umfasste alle Heidelberger Pflegeheime bis auf eines sowie 20 von 23 Heimen im

Odenwald-Kreis. Hier sollten direkt die Umstände aller Krankenseinweisungen dokumentiert werden, um die potenzielle medizinische Vermeidbarkeit noch besser beurteilen zu können.



Ergebnisse

Die Hospitalisationsrate bei Pflegeheimbewohnern liegt bei 1,1 pro Personenjahr, wobei der hier betrachtete Durchschnittszeitraum im Pflegeheim 388 Tage betrug. Im Mittel war jeder Bewohner bei Kosten von durchschnittlich 3.727 Euro pro Jahr 15 Tage im Krankenhaus, wobei Alter, Geschlecht und Pflegestufe klare Einflussgrößen waren. So nahmen mit dem Alter die Rate und Dauer von Krankenhausaufenthalten rapide ab: Unter 70-jährige Heimbewohner verbringen fast doppelt so viel Zeit im Krankenhaus wie über 90-jährige. Männer haben gegenüber Frauen eine 1,4-fach erhöhte Anzahl an Aufenthalten im Krankenhaus. Die mittlere Aufenthaltsdauer fällt von der geringeren Pflegestufe 1 mit 17,6 Tagen auf 12,1 Tage bei der höchsten Pflegestufe 3 ab.

Die häufigsten Gründe für die stationäre Aufnahme waren Sturzfolgen (vor allem hüftgelenksnahe Frakturen), kardiovaskuläre Erkrankungen, Infektionen, psychiatrische Erkrankungen sowie Probleme im Bereich der Ernährungspflege. Viele der genannten Ursachen für Krankenseinweisungen von Pflegeheimbewohnern sind ganz klar durch präventive Maßnahmen wie Sturzprophylaxe, Impfungen oder verbesserte Therapieüberwachung beeinflussbar. Manche der aufgetretenen Erkrankungen lassen sich auch durch optimierte ärztliche und pflegerische Behandlung im Pflegeheim versorgen.

Handlungsoptionen

Diese erstmalig gewonnenen repräsentativen Daten bieten eine Grundlage zur Planung einer Interventionsstudie zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen bei Pflegeheimbewohnern. Die in diesen zwei Teilstudien erworbenen Erkenntnisse wurden darüber hinaus auch für die Durchführung einer gut besuchten Fortbildungsreihe in Heimen und die Entwicklung eines Curriculums „Medizin im Pflegeheim“ genutzt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Jeder Pflegeheimbewohner war durchschnittlich 1,1-mal pro Jahr im Krankenhaus.**
- **Im Mittel war jeder Bewohner bei mittleren Kosten von 3.727 Euro pro Jahr 15 Tage im Krankenhaus.**
- **Alter, Geschlecht und Pflegestufe waren Einflussgrößen. Mit zunehmendem Alter und zunehmender Pflegestufe nahm die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen ab.**
- **Die häufigsten Gründe für die stationäre Aufnahme waren Sturzfolgen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Infektionen, psychiatrische Erkrankungen sowie Probleme im Bereich der Ernährungspflege.**

Kontakt

Dr. Norbert Specht-Leible
Bethanien-Krankenhaus
Geriatrisches Zentrum gGmbH
am Klinikum der Universität Heidelberg
Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg
Telefon: 06221 319-405
E-Mail: nspechtleible@bethanien-heidelberg.de

Lebensqualität nach Schenkelhalsfraktur

Fachtitel: „Sektorübergreifende Evaluation der Versorgungsqualität bei Behandlung der Schenkelhalsfraktur“

Ältere Frauen und insbesondere Bewohnerinnen in Pflegeheimen sind am häufigsten von einem Schenkelhalsbruch betroffen. Die Lebensqualität nimmt nach einer solchen Fraktur oft rapide ab, so eine Studie der Universität Düsseldorf.

Fragen

Im Fokus der Untersuchung stand die Frage, wie die Versorgungsverläufe von älteren Patienten mit Schenkelhalsfraktur kurz- und mittelfristig aussehen.

Methodik

In der retrospektiven Teilstudie wurden für 1.353 Versicherte der AOK Westfalen-Lippe mit Schenkelhalsfraktur im Jahr 1999 mit einem eigens entwickelten Modell der Datenzusammenführung die Daten der AOK, des Medizinischen Dienstes und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe zusammen analysiert. So konnten fallbezogen in Anspruch genommene Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, wo vorhanden die Ergebnisse der Pflegebedürftigkeits-Begutachtung und medizinische Daten der Krankenhausbehandlung gemeinsam betrachtet werden. Im prospektiven Studienteil unter Beteiligung von 15 Krankenhäusern in Westfalen-Lippe wurden 107 Patienten mit Schenkelhalsfraktur nach Aufnahme unter anderem zum Sturzereignis persönlich interviewt sowie sechs und zwölf Monate nach Aufnahme mithilfe standardisierter Fragebögen befragt. Die wichtigsten Zielvariablen der Studie waren Komplikationen, Re-Interventionen, Pflegebedürftigkeit, erzielte Mobilisierung vor Entlassung sowie der medizinisch-funktionelle Verlauf und die Lebensqualität. Aufgrund des hohen Alters, vieler Begleiterkrankungen und

Nichttransportierbarkeit bzw. Verwirrtheit der Patienten konnten die Daten bei einem größeren Anteil der Patienten nur teilweise oder überhaupt nicht erfasst werden. Der prospektive Studienteil konnte daher keine repräsentativen Ergebnisse erzielen. Er erbrachte aber Hinweise darauf, dass das Ausgangsniveau des funktionalen Status und der Lebensqualität vor der Schenkelhalsfraktur auch ein Jahr danach nur selten wieder erreicht wird.

Ergebnisse

Der erste Studienteil bestätigte teilweise bekannte Merkmale des Problems „Schenkelhalsfraktur“: Über 80 Prozent der Betroffenen sind Frauen, fast 90 Prozent sind älter als 70 Jahre und vielfach anderweitig erkrankt. Mit 21,3 Prozent sind überdurchschnittlich viele Heimbewohner in dieser Patientengruppe anzutreffen. Etwa 16 Prozent der Patienten kamen nach der Akutversorgung in eine rehabilitative oder geriatrische Maßnahme. Im Verlauf wurden 15,4 Prozent der Patienten neu in ein Pflegeheim eingewiesen. 43,3 Prozent der Patienten mussten innerhalb des ersten Jahres nach der Schenkelhalsfraktur erneut stationär behandelt werden. Das Risiko, innerhalb des ersten Jahres zu versterben, wird durch die Faktoren männliches Geschlecht, Alter über 80 und vorbestehende Pflegebedürftigkeit jeweils verdoppelt. Bei postoperativen Komplikationen verdreifachte sich dieses Risiko. Auch bei Berücksichtigung des Risikoprofils der Patienten erwies sich eine rehabilitative oder geriatrische Behandlung als unabhängiger prognostischer Vorteil für das Überleben. Das Projekt erbrachte abschließend Hinweise darauf, dass die Funktionsfähigkeit der Hüfte und auch die Lebensqualität nach der Fraktur deutlich vermindert sind.

Handlungsoptionen

Aus der Untersuchung ergaben sich Hinweise darauf, dass Maßnahmen der Sturzprävention bei der besonders betroffenen Gruppe der Heimbewohner künftig stärker initiiert werden sollten. Nachdem die Wirksamkeit solcher Programme zur Sturzprävention in Heimen in kontrollierten Studien belegt werden konnte, beginnen Kranken- und Pflegekassen wie etwa die AOK Baden-Württemberg damit, solche Maßnahmen flächendeckend zu finanzieren. In methodologischer Hinsicht ist das hier realisierte neue Datenmodell

(Verknüpfung von Routinedaten aus verschiedenen Quellen) mit der Möglichkeit zur sektorübergreifenden Längsschnittbetrachtung ein auf andere Krankheitsbilder und Regionen übertragbarer und datenschutzkonformer Ansatz. Er eignet sich nicht nur zur Validitätsbestimmung von im Gesundheitswesen erhobenen Daten, sondern auch, um im Zeitvergleich die Effekte gesundheitspolitischer Maßnahmen – etwa der Einführung des pauschalierten DRG-Vergütungssystems für Krankenhäuser – auf die Versorgung der Patienten zu analysieren.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Über 80 Prozent der Patienten mit Schenkelhalsfrakturen waren Frauen, fast 90 Prozent waren älter als 70 Jahre und multimorbide, 21 Prozent waren Heimbewohner.**
- **16 Prozent der Patienten kamen nach der Akutversorgung in eine rehabilitative oder geriatrische Maßnahme.**
- **43 Prozent der Patienten mussten innerhalb des ersten Jahres nach der Schenkelhalsfraktur erneut stationär behandelt werden.**

Prof. Dr. Christian Ohmann
 Koordinierungszentrum für
 Klinische Studien
 Heinrich-Heine-Universität
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf
 Telefon: 0211 81-19701
 E-Mail: ohmannch@uni-duesseldorf.de

Niedriges Einkommen – hohe Krankenkosten?

Fachtitel: „Bestimmung und Quantifizierung nicht-morbiditätsinduzierter Ursachen für Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems“

Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen verursachen deutlich höhere Kosten als Patienten dieser Erkrankungen mit hohem Einkommen. Dies ist das Ergebnis einer umfangreichen Studie der Technischen Universität Berlin, die verschiedene soziale Aspekte der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems analysiert hat.



Fragen

In Deutschland wird das Versorgungssystem aufgrund verschiedener Faktoren unterschiedlich stark genutzt. Eine der entscheidenden Komponenten stellt die jeweilige Erkrankung des Patienten dar. Diese allein reicht aber nicht aus, um alle Unterschiede der Inanspruchnahme zu erklären. Das vorliegende Forschungsvorhaben hatte zum Ziel, weitere Faktoren – wie zum Beispiel einen Kassenwechsel – zu bestimmen, die diese Varianzen erklären können. Zudem untersuchte das Team den Einfluss krankheitsunabhängiger Indikatoren, wie Schichtzugehörigkeit, Einkommen und Bildungsniveau. Auch das Ausmaß der Kassenbindung, Unterschiede im Leistungsangebot und regionale Besonderheiten wurden analysiert.

Inwieweit räumliche Bezüge des Leistungsangebots das Niveau der Inanspruchnahme verändern, sollte die Differenzierung nach siedlungsstrukturellen Merkmalen und Indikatoren des Leistungsangebots zeigen.

Methodik

Anhand der Kassenwechsler wurde gezeigt, wie der zunehmende Kassen- und Versorgungswettbewerb das Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst. Zuerst wurde der Einfluss krankheitsabhängiger Indikatoren analysiert, danach soziostrukturelle und soziobiografische Merkmale anhand der Eckdaten Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Einkommen und Schulabschluss untersucht.

Ergebnisse

Betrachtet man das Risikoprofil der Kassenwechsler, so zeigt sich, dass der Wettbewerb die Loyalität mit der jeweiligen Kasse und das kostenbewusste Verhalten mindert und die Inanspruchnahme steigert. Dabei stellt der Beitragssatz die entscheidende Rahmenbedingung dar: Bei einer Erhöhung um einen Prozentpunkt erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels um vier Prozent. Im Zeitverlauf ist eine kontinuierliche Steigerung der Wechselneigung zu verzeichnen. Der Anteil der freiwillig Versicherten bleibt dabei unverändert, es zeigten sich aber deutliche schichtspezifische Unterschiede. Überdurchschnittlich viele Wechsler verfügen über einen gehobenen Schulabschluss und ein höheres Einkommen. Die Absenkung der moralischen Hemmschwelle zum Kassenwechsel stellt eher ein westdeutsches Problem dar: Die Lockerung der Kassenbindung führt zu einer Verstärkung des Einflusses der nicht gesundheitsbezogenen Motive eines Wechsels – und das kostenbewusste Verhalten verschlechtert sich. Als Hypothese wird der Wechsler als ein Typus beschrieben, der seine Rechte kennt und vermutlich alle Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen nutzen wird.

Die Studie zeigte weiterhin, dass die Zugehörigkeit zu einer sozial schlechter gestellten Gruppe sowie ein niedriges Einkommen und ein schlechter Schulabschluss höhere Ausgaben verursachen. Auffällig war, dass zum Beispiel Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen deutlich höhere Ausgaben verursachen als Patienten dieser Erkrankungen mit hohem Einkommen. Bei

Kreislauferkrankungen, chronischen Hauterkrankungen oder Hörschäden zeigten sich kaum Differenzen zwischen der Schichtzugehörigkeit und der Ausgabenhöhe. Davon unterschieden sich Patienten mit Herzinsuffizienz – hier korrelierten mit steigendem Einkommen auch höhere Kosten. Abschließend stellte sich heraus, dass räumliche Distanzen keinen entscheidenden Einfluss auf die Inanspruchnahme gesundheitsrelevanter Leistungen haben. Lediglich bei Entfernungen von über 30 Minuten Fahrzeit werden Spezialzentren seltener kontaktiert.

Handlungsoptionen

Sollten sich die Analysen bestätigen, wonach Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen deutlich höhere Ausgaben verursachen, können in Disease Management Programmen gezielte Maßnahmen für diese Gruppen entwickelt werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Steigt der Beitragssatz einer Krankenkasse um einen Prozentpunkt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels um vier Prozent.**
- **Die Zugehörigkeit zu einer sozial schlechter gestellten Gruppe mit niedrigem Einkommen und schlechtem Schulabschluss verursacht höhere Ausgaben.**
- **Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen verursachen deutlich höhere Ausgaben als Patienten dieser Erkrankungen mit hohem Einkommen.**

Kontakt

Dr. Hanfried Andersen
Technische Universität Berlin
Institut für Volkswirtschaftslehre und
Wirtschaftsrecht
Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin
Telefon: 030 314-23238
E-Mail: h.andersen@finance.wv.tu-berlin.de

Zuwanderung und Notfallambulanz

Fachtitel: „Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Migranten. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösung“

Abends und am Wochenende verzeichnen Berliner Notfallambulanzen einen besonderen Anstieg nichtdeutscher Patienten. Die daraus resultierenden Probleme – nicht nur auf sprachlicher Ebene – beleuchtet eine Studie der Humboldt-Universität Berlin.

Fragen

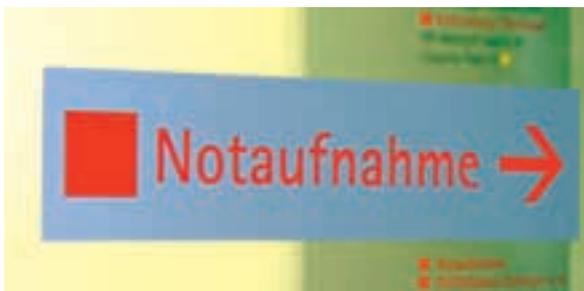
Suchen Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu deutschen Patienten häufiger und zu anderen Zeiten eine Notfallambulanz als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf? Geklärt werden sollte, inwieweit die dafür notwendige Infrastruktur vorhanden ist und welche Probleme auftreten, besonders hinsichtlich Unter-, Über- bzw. Fehlversorgung bestimmter Patientengruppen.

Methodik

Patientinnen und Patienten in drei ausgewählten Berliner Krankenhäusern verschiedener Träger wurden über einen Zeitraum von jeweils einem Monat in den internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen befragt. Mit einem Fragebogen wurden die Daten zu soziodemografischen Angaben, Migration, Gesundheitswissen, Selbstmanagement und Nutzungsgewohnheiten ambulanter Behandlungseinrichtungen gesammelt. Außerdem wurden die sogenannten „Erste-Hilfe-Scheine“ hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und Therapie ausgewertet. Ferner wurden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte jeweils anhand eines Kurzfragebogens zu ihrer Bewertung der Arzt-Patient-Interaktion befragt.

Ergebnisse

Die Unterscheidung „deutsch“ gegen „nicht-deutsch“ ist zu unspezifisch. Somit ist eine gesonderte Betrachtung der türkischsprachigen Patienten als größte Gruppe innerhalb der Migranten und eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht notwendig. Deutsche Patientinnen und Patienten zeichnen sich zumeist durch einen höheren Sozialstatus aus als die Migrantinnen und Migranten. Häufiger und oft auch nach medizinischen Kriterien unangemessener werden die Notfallambulanzen durch Frauen, jüngere Menschen und Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen. Zudem suchen Migranten vermehrt in den Abendstunden und an Wochenenden die Notfallambulanzen auf und weisen eine erhöhte Schmerzwahrnehmung auf. Bestehende Verständigungsprobleme werden zwar häufig durch begleitende Angehörige gemindert. Doch bewerten die befragten Ärzte die Arzt-Patient-Beziehung zu den nichtdeutschen Patienten deutlich schlechter als zu den deutschen Patienten. Einige Untersuchungsergebnisse weisen auf eine unterschiedliche Versorgung von Migranten und deutschen Patienten in den Notfallambulanzen hin. Insbesondere diesem Hinweis sollte in Längsschnittstudien nachgegangen werden, um zu klären, ob sich hieraus längerfristig höhere Kosten oder Qualitätseinbußen in der nachfolgenden Behandlung ergeben.



Handlungsoptionen

Während der Ausländeranteil heute bei ca. neun Prozent liegt, weisen nach Angaben des Mikrozensus 19 Prozent der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund auf. Daher müssen sich die gesetzlichen Krankenversicherungen und Versorgungsinstitutionen stärker auf die spezifischen Versorgungsbedürfnisse von Migranten einstellen. Probleme der kostenintensiven Fehl-

Unter- oder Überversorgung, die nicht an den Bedürfnissen der Patienten orientiert sind, werden durch Kommunikationsbarrieren und Informationsdefizite verstärkt. Migranten, aber auch deutsche Patienten, wenden sich auch in akuten psychosozialen Problemlagen, die anstelle einer medizinischen eher eine psychosoziale Intervention erfordern, an Notfallambulanzen. Da insbesondere für Patientinnen und Patienten mit geringerem Bildungsgrad offensichtlich hohe Zugangsbarrieren zu psychosozialen Einrichtungen bestehen, sollten zielgruppen- und bedarfsorientierte Angebote erstellt und mehr Informationen über Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen in den relevanten Migrantensprachen bereitgestellt werden.

Umsetzungsmöglichkeiten für die Krankenkassen werden in Form verschiedener Verbesserungen der Versorgungsbedingungen in den Notfallambulanzen vorgestellt. Die Einführung international angewandter Maßnahmen des „ethnic monitoring“ oder des „diversity managements“ sind unter anderem:

- Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung des Einschlusses von Migranten und ethnischen Minderheiten.
- Angemessene Repräsentation von Migrantinnen und Migranten im Klinikpersonal.
- „Interkulturelle Öffnung“ als Aufgabe der Leitungsebene und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Veränderung struktureller Maßnahmen (Informationsmaterialien, Beschilderung in den relevanten Sprachen, qualifiziertes Dolmetschen bei Sprachproblemen).

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Abends und am Wochenende verzeichnen Berliner Notfallambulanzen einen besonderen Anstieg nichtdeutscher Patienten.**
- **Die befragten Ärzte bewerten die Arzt-Patient-Beziehung zu den nichtdeutschen Patienten deutlich schlechter als zu den deutschen Patienten.**
- **Einige Daten weisen auf eine unterschiedliche Versorgung von Migranten und deutschen Patienten in den Notfallambulanzen hin.**

Publikationen

David M, Schwartau I, Pant HA, Borde T. Emergency outpatient services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission. *European Journal of Emergency Medicine*, 13, 2006: 352-357.

David M, Braun T, Borde T. (Fehl-) Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Ethnizität der Patienten. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 8, 2006: 673-678.

David M, Braun T, Borde T. Schmerz und Ethnizität – Ergebnisse einer Befragung an drei internistisch/gynäkologischen Rettungsstellen in Berlin. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 126, 2004: 81-86.

Rolf IA, Borde T, David, M. Einflussfaktoren auf subjektive Krankheitskonzepte von Rettungspatient/innen. In: Braun C, Dmoch W, Rauchfuß M (Hrsg.) *Psychosomatik – ein Mythos?* Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 2007, S. 153-166.

Schwartau I, Pant HA, Borde T, David M. Behandlungsdringlichkeit aus ärztlicher und Patientensicht – eine vergleichende Querschnittsstudie an gynäkologisch-internistischen Notfallambulanzen von drei Berliner Innenstadtkliniken. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 66, 2006, S. 263-269.

Kontakt

PD Dr. Matthias David
Humboldt-Universität zu Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 450-564032
E-Mail: matthias.david@charite.de

Prof. Dr. Theda Borde, MPH
Alice Salomon Fachhochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin
E-Mail: theda.borde@asfh-berlin.de

Wovon hängt die Zahl der Arztbesuche ab?

Fachtitel: „Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Leistungen des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsansätze“

Zehn Euro pro Quartal („Praxisgebühr“) sind seit 2004 zu zahlen, wenn man als Erwachsener in Deutschland ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Eine Selbstbeteiligung bei jedem Arztkontakt könnte eher die teilweise extrem hohen Kontaktzahlen reduzieren, aber nur um den hohen Preis der Aufhebung des Solidaritätsprinzips zwischen Patienten und gesunden Versicherten. Die Selbstbeteiligung der Patienten beim ersten Facharztbesuch hätte eine weitere Reduzierung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zur Folge – so das Ergebnis einer Studie aus dem Jahr 2004 des Robert Koch-Instituts in Berlin.

Fragen

Die Wissenschaftler analysierten mögliche Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch die Bevölkerung. Dabei wurden sowohl Gesundheitszustand und -verhalten der Bevölkerung als auch das Angebot an Gesundheitsleistungen berücksichtigt. Zudem zeigen die Wissenschaftler Steuerungsansätze und Verbesserungspotenziale im Versorgungssystem auf.

Methodik

Die theoretische Grundlage bildete ein Verhaltensmodell (nach Andersen RM: *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?* *Journal of health and social behavior*, 36. Jg. 1995, S. 1–10), das die Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme in die Komponenten „Predisposing“, „Enabling“ und „Need“ unterteilt. Die Datengrundlage war hauptsächlich eine repräsentative Untersuchung der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland (Bundes-Gesundheitssurvey 1998), erweitert um regionale

Strukturdaten. Indikatoren für die ambulante Inanspruchnahme waren die erfragte Anzahl der Kontakte bei niedergelassenen Ärzten insgesamt, der kontaktierten Fachgruppen, der Kontakte bei Internisten und der Kontakte bei Allgemeinmedizinern in einem Jahr.



Ergebnisse

Wenig überraschend: Wesentlicher Faktor für die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen war, dass ein Patient krank ist oder sich subjektiv um seine Gesundheit sorgt. Eine wichtige Rolle spielten aber auch Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erwerbstätigkeit. Ältere Menschen, Frauen und Erwerbslose nahmen vermehrt ambulante Leistungen in Anspruch. Die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen weist grundsätzlich das größte Steuerungspotenzial auf. Hierzu zählen die Arztdichte und der Anteil von Allgemeinmedizinern und Internisten. Es konnte gezeigt werden, dass lediglich bei einem höheren Anteil von Allgemeinmedizinern bzw. Internisten im Wohngebiet die jeweilige Arztgruppe etwas vermehrt aufgesucht wurde. Bei den Allgemeinmedizinern bestimmten allerdings primär die Faktoren rund um Krankheit und Wohlbefinden sowohl den Erstkontakt als auch die spätere Kontakthäufigkeit. Bei den Internisten spielten neben dem Gesundheitszustand und sozialen Faktoren auch die Erreichbarkeit einer Arztpraxis beim Erstkontakt und die Erwerbstätigkeit des Patienten bei der Anzahl der Kontakte eine zusätzliche Rolle.

Handlungsoptionen

Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass die Einführung von Selbstbeteiligungen als preisliches Steuerungsinstrument im Facharztbereich

eine etwas größere Wirkung haben würde als im hausärztlichen Bereich. Zusätzlich kann eine Reduzierung von Informationsdefiziten von Versicherten und Leistungserbringern zu einer gezielteren und angemesseneren Inanspruchnahme führen. Gleichzeitig konnten in der Studie einige Hypothesen zur Beeinflussbarkeit der Inanspruchnahme widerlegt werden – so beispielsweise, dass eine höhere Angebotsdichte auch höhere Inanspruchnahme bewirke, dass das Vorhandensein eines Hausarztes die Zahl zusätzlicher Inanspruchnahmen ebenso verringere wie höheres Gesundheitsbewusstsein oder eine Privatversicherung. Bedeutender für die Reduzierung der ambulanten Inanspruchnahme sind Präventionsmaßnahmen wie Impfung und Unfallverhütung. Mit diesen Ergebnissen können wirkungslose Steuerungsansätze vermieden werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Ein Patient sucht in erster Linie einen Arzt auf, wenn er krank ist oder sich subjektiv um seine Gesundheit sorgt.**
- **Ältere Menschen, Frauen und Erwerbslose nehmen vermehrt ambulante Leistungen in Anspruch.**
- **Mit erhöhter Verfügbarkeit von Ärzten werden diese kaum häufiger kontaktiert.**

Kontakt

**Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth,
Dr. Eckardt Bergmann**
Robert Koch-Institut (RKI)
Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
Seestraße 10
13353 Berlin
Telefon: 01888 754-3103, 01888 754-3343
E-Mail: kurthb@rki.de
Internet: www.rki.de

Häufige Arztbesuche im ersten Lebensjahr

Fachtitel: „Identifizierung und Charakterisierung von Kindern und Jugendlichen mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (High Utilizer) im Land Berlin“

Eltern kennen die sogenannten U-Termine beim Kinderarzt. Im ersten Lebensjahr sind sechs Termine empfohlen, die dafür sorgen, dass chronische Krankheiten oder verzögerte Entwicklungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Gibt es darüber hinaus Gruppen von Kindern, die überdurchschnittlich oft zum Arzt müssen? Dieser Frage ging eine Forschergruppe der Humboldt-Universität Berlin nach.



Fragen

Ziel der Studie war es, bei Kindern und Jugendlichen die Patientengruppen mit einer starken Inanspruchnahme des Versorgungssystems zu identifizieren und in ihrem Inanspruchnahmeverhalten zu charakterisieren. Nach einer ersten Analyse wurden drei Nutzergruppen – nach niedriger, mittlerer und hoher Inanspruchnahme – bezüglich Geschlecht und Krankheiten näher charakterisiert.

Methodik

Untersucht wurde die Anzahl der Arztkontakte von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2001 anhand des Abrechnungsdatensatzes der Kinderärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. In einem zweiten Schritt sollten aus einer Stichprobe von allen Nutzergruppen (low, medium und high utilizer) nach deren Einwilligung die Kassendaten über stationäre Versorgung und Verordnungen von Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln erfragt werden. Da sich die zu prüfenden Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme pädiatrischer medizinischer Versorgungsangebote vor allem auf der Nachfrageseite finden, wurden die Familien gleichzeitig nach soziodemografischen Parametern, Krankheitskontroll-Überzeugungen, Salutogenese, Selbsteinschätzung des Schweregrads der Erkrankung, Handlungskompetenz im Krankheitsfall, Familieninteraktion und sozialer Unterstützung gefragt.

Die Konvertierung und Aufbereitung des im Dezember 2001 bereitgestellten KV-Datensatzes gestaltete sich erheblich aufwendiger als zu Beginn des Projekts abzusehen gewesen war. Zusätzlich hat sich durch die Auflagen des Datenschutzes die Einholung des Einverständnisses der Patientenfamilien sowie deren Befragung so erschwert, dass nur rund 300 Patienten in diese zweite Studienphase eingeschlossen werden konnten.

Ergebnisse

Es stellte sich zunächst erwartungsgemäß heraus, dass die jährliche Nutzungsfrequenz pro Patient im ersten Lebensjahr am höchsten ist. Sie nimmt bis zum achten Lebensjahr kontinuierlich ab, um danach bis zum Jugendalter weitgehend konstant zu bleiben. Dabei lassen sich Unterschiede bezüglich der Geschlechterverteilung lediglich bei hoher Nutzung nachweisen. Hier sind im Kleinkind- und Schulalter die Jungen stärker vertreten, wohingegen im Jugendalter der Anteil der Mädchen zum Teil deutlich überwiegt. Aus den gewonnenen Daten wurden altersbezogene Durchschnitts- und Vergleichswerte anhand der Anzahl der ambulanten Kontakte erstellt, die eine signifikante Altersabhängigkeit und hohe Variabilität der Inanspruchnahme im pädiatrischen Bereich zeigten. Die zugrunde liegende Datenbasis erlaubt

nur eine begrenzte Auswertung der Charakterisierung der Nutzergruppen nach Morbidität. Wie erwartet, nimmt zwar der Anteil der Patienten mit chronischen Erkrankungen bei einem höheren Inanspruchnahmeniveau zu. Über die Schwere der Erkrankungen lässt sich aber keine Aussage treffen. So sind diese Ergebnisse nur bedingt verwertbar, eine Aussage zur Angemessenheit der Inanspruchnahme ist daher nicht zu treffen. Eine Auswertung der zweiten Studienphase war innerhalb der Projektlaufzeit leider nicht möglich.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Die jährliche Nutzungsfrequenz pro Patienten ist im ersten Lebensjahr am höchsten.**
- **Bis zum achten Lebensjahr nimmt die Nutzungsfrequenz kontinuierlich ab und bleibt danach bis ins Jugendalter stabil.**
- **Im Kleinkind- und Schulalter sind die Jungen stärker vertreten. Im Jugendalter überwiegt der Anteil der Mädchen zum Teil deutlich.**

Kontakt

Dr. Doris Staab
Humboldt-Universität zu Berlin
Charité – Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie/
Immunologie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 8002-2205/-2346
E-Mail: doris.staab@charite.de

Tabelle 1: Projekte der ersten Förderphase

Fachtitel	Kontakt
Analyse individueller und systembedingter Determinanten überdurchschnittlicher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen. Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von High Utilizern unter schizophrenen Patienten	Dr. Christiane Roick Universität Leipzig Klinik und Poliklinik für Psychiatrie Johannisallee 20 04317 Leipzig E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de Projektleitung: Prof. Dr. em. Angermeyer
Pharmakotherapie im Alter: Konsistenz der Medikation bei Wechsel der Versorgungseinrichtungen	Prof. Dr. Sebastian Harder Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität pharmazentrum frankfurt Institut für Klinische Pharmakologie Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt am Main Telefon: 069 6301-6423 E-Mail: harder@em.uni-frankfurt.de
Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Eine patientenorientierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung soziodemografischer und systembedingter Einflussfaktoren auf das Nutzverhalten	Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei Charité – Universitätsmedizin Berlin Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Institut für Medizinische Soziologie Thielallee 47 14195 Berlin Telefon: 030 8445-1391 E-Mail: medsoz@charite.de
Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden	Prof. Dr. Winfried Rief Philipps-Universität Marburg Fachbereich Psychologie Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie Gutenbergstraße 18 35032 Marburg Telefon: 06421 282-3657 E-Mail: rief@staff.uni-marburg.de
Untersuchung der Gründe für unterschiedliche Leistungsdichten auf Kreisebene	Prof. Dr. Bernt-Peter Robra Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Medizinische Fakultät Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie Leipziger Straße 44 39120 Magdeburg Telefon: 0391 67-24300 E-Mail: bernt-peter.robra@medizin.uni-magdeburg.de
Muster der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen	Hans Dörning, Thomas G. Grobe, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung e. V. Lavesstraße 80 30159 Hannover Telefon: 0511 53091-10, 0511 53091-12, 0511 532-4422 E-Mail: doerning@iseg.org, grobe@iseg.org, schwartz.fw@mh-hannover.de
Exakte Erfassung der Behandlungsvariabilität durch den Einsatz standardisierter Patienten (Kopfschmerz)	Univ.-Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz Universitätsklinikum Düsseldorf Abteilung für Allgemeinmedizin Moorenstraße 5 40225 Düsseldorf Telefon: 0211 81-17771 E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

<p>Untersuchungen zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner</p>	<p>Dr. Norbert Specht-Leible Bethanien-Krankenhaus Geriatrisches Zentrum gGmbH am Klinikum der Universität Heidelberg Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg Telefon: 06221 319-405 E-Mail: nspechtleible@bethanien-heidelberg.de</p>
<p>Sektorübergreifende Evaluation der Versorgungsqualität bei Behandlung der Schenkelhalsfraktur</p>	<p>Prof. Dr. Christian Ohmann Koordinierungszentrum für Klinische Studien Heinrich-Heine-Universität Moorenstraße 5 40225 Düsseldorf Telefon: 0211 81-19701 E-Mail: ohmannch@uni-duesseldorf.de</p>
<p>Bestimmung und Quantifizierung nicht-morbiditäts-induzierter Ursachen für Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems</p>	<p>Dr. Hanfried Andersen Technische Universität Berlin Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht Straße des 17. Juni 135 10623 Berlin Telefon: 030 314-23238 E-Mail: h.andersen@finance.wv.tu-berlin.de</p>
<p>Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Migranten. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösung</p>	<p>PD Dr. Matthias David Humboldt-Universität zu Berlin Campus Virchow-Klinikum Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Augustenburger Platz 1 13353 Berlin Telefon: 030 450-564032 E-Mail: matthias.david@charite.de</p> <p>Prof. Dr. Theda Borde, MPH Alice Salomon Fachhochschule Berlin Alice-Salomon-Platz 5 12627 Berlin E-Mail: theda.borde@asfh-berlin.de</p>
<p>Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Leistungen des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsansätze</p>	<p>Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Dr. Eckardt Bergmann Robert Koch-Institut (RKI) Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Seestraße 10, 13353 Berlin Telefon: 01888 754-3103, 01888 754-3343 E-Mail: kurthb@rki.de Internet: www.rki.de</p>
<p>Identifizierung und Charakterisierung von Kindern und Jugendlichen mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (High Utilizer) im Land Berlin</p>	<p>Dr. Doris Staab Humboldt-Universität zu Berlin Charité – Campus Virchow-Klinikum Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie/Immunologie Augustenburger Platz 1 13353 Berlin Telefon: 030 8002-2205/-2346 E-Mail: doris.staab@charite.de</p>

2. Phase: Chronisch Kranke angemessen versorgen

Qualität und Quantität bei der Behandlung chronisch kranker Menschen: Die Aufgabe der Förderer für die Forscher in der zweiten Förderphase von 2003 bis 2006

Die Steuerungsmöglichkeiten der Versorgungsqualität und Leistungsdichte im Verlauf chronischer Erkrankungen standen im Mittelpunkt der Förderung von Projekten der zweiten Förderphase. Die Projekte untersuchten die Versorgungspraxis bei chronischen Erkrankungen und bei Erkrankungen älterer Menschen. Solche Erkrankungen mindern nicht nur die Lebensqualität und Selbstständigkeit der Betroffenen erheblich, sie gehen auch mit einer intensiven und dauerhaften medizinischen Versorgung einher. Dadurch verursachen sie erhebliche Behandlungskosten. Die Analysen sollten auch die geschlechtsspezifischen Ausprägungen beachten.

Für die ausgewählten Krankheiten sollten hinreichend gesicherte, evidenzbasierte Erkenntnisse (z. B. Leitlinien) über einen optimalen Versorgungsprozess existieren. Die Initialphase chronischer Erkrankungen sollte dabei besondere Beachtung finden, weil für den Krankheitsverlauf prägende Steuerungsmöglichkeiten eher zu einem frühen Zeitpunkt wahrscheinlich sind.

Die in den Projekten beschriebenen Analysen, Interventionsansätze und Steuerungsinstrumente bilden sowohl die Perspektive der professionellen Leistungsangebote (der Leistungserbringer) als auch die Perspektive der Nutzung von Leistungen (durch die Patienten) ab.

Das Projekt von Dr. Hüppe (S. 46) untersuchte die Steuerungsmöglichkeit zur Annahme einer stationären Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis durch eine von der Krankenkasse gesondert angebotene Rehabilitations-Beratung. Diese wurde Patienten angeboten, bei denen aufgrund der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten von einer

starken Beeinträchtigung im Alltag und im Berufsleben auszugehen war. Die Unterschiede zwischen der Akzeptanz der Beratung und dem Beginn einer stationären Rehabilitation werden dargestellt und diskutiert.

Das Projekt von Prof. Kuhlmeier (S. 40) nahm explizit die Perspektive chronisch kranker Senioren ein und befragte über 400 von ihnen nach Erfahrungen mit der Versorgung und Verbesserungsmöglichkeiten. Dabei wurde die Bedeutung des Hausarztes als erster Ansprechpartner deutlich; jedoch auch, dass Bonus- und Informationsprogramme der Krankenkassen eher auf jüngere Patienten zugeschnitten sind.

Im Projekt von Dr. Schulte (S. 48) kamen ebenfalls die Patienten und Patientinnen zu Wort – die Interviews galten Menschen mit chronischen Schmerzen, die in einer speziellen schmerztherapeutischen Einrichtung behandelt werden. Als wichtige Ergebnisse wurden Verbesserungen durch die durchgeführte multimodale Schmerztherapie sowie Optimierungsmöglichkeiten der Versorgungswege benannt.

Den Beitrag der Patienten zur Qualitätsverbesserung hatte das Projekt von Prof. Badura (S. 41) im Blick. Rückenschmerzpatienten wurden mit einem standardisierten Fragebogen befragt, um Hinweise für eine Verbesserung der Versorgung zu erhalten. Die Hinweise bezogen sich sowohl auf den behandelnden Arzt als auch auf die Versorgungsstrukturen in der Region.

Die Pflege Demenzkranker durch ihre Angehörigen wird von allen Beteiligten als erstrebenswerteste Versorgungsform bezeichnet. Ob sich die starke Belastung der Angehörigen durch ein Beratungsprogramm vermindern lässt – und dadurch Menschen mit Demenz seltener in ein Pflegeheim umziehen müssen –, untersuchte das Projekt von Prof. Kurz (S. 45).

Die Steuerungsmöglichkeit durch ein bedarfsgerechtes Behandlungs- und Versorgungskonzept in einem interdisziplinären Netzwerk hat das Projekt von Prof. Angermann (S. 43) in Würzburg untersucht. Ihre Studie mit 715 Patienten konnte zeigen, dass dieses Konzept zu besseren Überlebenschancen für Patienten mit Herzinsuffizienz führt.

Herzinsuffizienz: Längeres Über- leben, höhere Lebensqualität

Fachtitel: „Versorgungsverläufe bei chronisch kranken älteren Menschen: Eine patientenorientierte Analyse zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens“

Fragen

Wie ist die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen, die seit Längerem an einer chronischen Krankheit leiden, sowie älterer Menschen, die erst kürzlich neu chronisch erkrankt sind, in Deutschland gestaltet?

Methodik

Mithilfe von Routinedaten der Deutschen BKK aus den Jahren 2000 bis 2002 wurden a) chronisch Kranke identifiziert und ihre Versorgungsverläufe für ausgewählte Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Diabetes mellitus) im Längsschnitt abgebildet, sowie b) diejenigen älteren Frauen und Männer ermittelt, die Ende 2000 noch nicht chronisch erkrankt waren, sondern erst 2001 und 2002 eine chronische Erkrankung entwickelten. Sie wurden im Rahmen einer Befragung zu ihrer Versorgungszufriedenheit und Verbesserungswünschen befragt.

Ergebnisse

Zunächst konnten die Forscher unterschiedlich große Gruppen chronisch Kranker jenseits des 60. Lebensjahres ermitteln. Wenn man weite Kriterien wie den Arzneimittelverbrauch zugrunde legt, zählten fast alle über 60-Jährigen der untersuchten Krankenkasse zu den chronisch Kranken (92,8%). 36 Prozent mussten schon mindestens einmal wegen einer chronischen Krankheit in der Klinik behandelt werden. 13,5 Prozent sind durch Kosten für Medikamente, Hilfsmittel und andere

gesundheitliche Aufwendungen so belastet, dass sie unter finanzielle Härtefall-Regelungen fallen und knapp 14 Prozent sind pflegebedürftig. Die schriftliche Befragung von über 400 chronisch kranken Senioren belegt darüber hinaus, wie wichtig der Hausarzt (HA) für ältere Menschen ist: Etwa 98 Prozent gehen mit gesundheitlichen Problemen zuerst zu „ihrem“ Hausarzt. Über 80 Prozent von ihnen waren mit seiner Betreuung zufrieden. Knapp ein Fünftel der Befragten wünschte sich allerdings, dass ihr Hausarzt gründlichere Untersuchungen durchführt und mehr Zeit für sie hat. Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit der Facharztkontakte ab. Die befragten Senioren wünschten sich vor allem gründlichere haus- und fachärztliche Untersuchungen. Als defizitär erlebten die Befragten die mangelnde Zeit, die Haus- und Fachärzte im Arzt-Patient-Gespräch mit ihnen verbringen (HA = 17,0 %; FA = 15,3 %). Der geringe Grad an Informiertheit korrespondiert offensichtlich mit dem Wunsch nach mehr Informationsvermittlung durch den Haus- und Facharzt. Darüber hinaus kommt den Krankenkassen bei der Informationsvermittlung und Patientenaufklärung bislang noch eine nachrangige Funktion zu. Denn lediglich 14,7 Prozent erhielten Informationen von ihrer Krankenkasse.

Handlungsoptionen

Die Krankenkasse kann auf der Basis ihrer Routinedatensätze chronisch Kranke ermitteln und die Daten nutzen, um Versorgungsprävalenzen abzuschätzen. Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme) sollten vermehrt auch höhere Altersjahrgänge erfassen. Dazu ist es wichtig zu fragen, mit welchen Anreizmechanismen dieser Personenkreis für die Teilnahme an Behandlungsprogrammen interessiert werden könnte. Krankenkassen sollten durch gezieltere Informationen und auf hohe Altersgruppen abgestimmte Bonusregelungen diese Betroffenen stärker in Programme einbinden. Die vergleichsweise hohen Kontakte älterer Versicherter in das Gesundheitssystem hinein lassen für diese Gruppe eine Bündelung der Versorgung durch den Hausarzt sinnvoll erscheinen. Der Beitrag der Kostenträger und Leistungserbringer zum Empowerment chronisch kranker Alterspatienten scheint ausbaufähig. Das hohe Eigenengagement der Patienten bei der Informationssuche spricht für einen hohen Bedarf.

Zusammenfassung der Ergebnisse:

- **Diabetes-Behandlungsprogramme richten sich bislang eher auf jüngere, gesündere Diabetiker. Hochaltrige sind tendenziell unterrepräsentiert.**
- **Dem Hausarzt kommt in der ambulanten Betreuung chronisch kranker Alterspatienten eine herausragende Bedeutung zu.**
- **Den Krankenkassen kommt bei der Informationsvermittlung und Patientenaufklärung bislang aus Sicht der Versicherer noch eine nachrangige Funktion zu.**

Publikationen

Maaz A, Nordheim J, Winter MHJ, Kuhlmeier A. (2007). Chronische Krankheit im Alter: Versorgungsrealitäten aus Patientensicht. In: Janßen C, Borgetto B, Heller G (Hrsg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, Weinheim: Juventa, S. 217-236.

Winter MHJ, Maaz A, Kuhlmeier A. (2006). Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt*, 49, S. 575-582.

Winter MHJ, Kuhlmeier A, Maaz A, Nordheim J, Hofmann W. (2005). Gesundheitliche Versorgung bei chronischer Krankheit im Alter. In: Badura B, Iseringhausen O (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, S. 71-84.

Kontakt

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier
 Institut für Medizinische Soziologie
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Thielallee 47
 14195 Berlin
 Telefon: 030 8445-1391
 Fax: 030 8445-1392
 E-Mail: medsoz@charite.de

Patientenorientierung durch Befragung

Fachtitel: Patientenorientierte Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Versorgung chronisch Kranker: Entwicklung und Erprobung eines Befragungsinstrumentes

Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Beschwerden: 70 Prozent der Bevölkerung leiden mindestens einmal jährlich an Rückenschmerzen, 80 Prozent erkranken wenigstens einmal in ihrem Leben daran. Um dem komplexen Ursachengeflecht von Rückenschmerzen gerecht zu werden, müssen komplexe (multimodale) diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorgehalten werden. Am ehesten kann eine sektor- und fachübergreifende integrative Zusammenarbeit der zugelassenen Leistungserbringer zu einer qualifizierten Diagnostik und problemorientierten Therapie führen.

Fragen

Wie sieht ein Befragungsinstrument aus, mit dem die Qualitätsurteile von Rückenschmerzpatienten standardisiert erhoben werden können? Dabei standen Aspekte der Versorgungsintegration im Vordergrund. Das Instrument war auf den Einsatz im Rahmen eines Qualitätsmanagements angelegt. Es sollte genutzt werden können, um Daten über Patientenkarrieren, regionale Versorgungsstrukturen und Ergebnisparameter zu gewinnen, die gezielte Verbesserungen im Zusammenwirken aller Beteiligten ermöglichen.

Methodik

Die Entwicklung des standardisierten Fragebogens beruhte auf qualitativen Interviews mit Rückenschmerzpatienten. In den Interviews wurden individuelle Versorgungsbiografien sowie subjektive Qualitätserwartungen und -urteile nachvollzogen. Insgesamt wurden in mehrstündigen Interviews 18 chronisch kranke Rückenschmerzpatienten

aus Bielefeld und Bremen befragt. Die Qualitätserwartungen der gefundenen Patiententypen lagen der Konstruktion des Befragungsinstruments zugrunde. Berücksichtigt wurden – neben den eigenen qualitativen Ergebnissen – medizinisch-epidemiologische Skalen zur Erfassung der Ergebnisqualität (z. B. Module des SF-12, des Chronifizierungsmodells nach Korff, des PDI und der ADS). Anschließend wurde das Befragungsinstrument psychometrisch überprüft und auf ein praxistaugliches Maß reduziert.

Ergebnisse

In den qualitativen Interviews zeigte sich, dass alle Patienten eine langjährige Krankengeschichte und eine langjährige „Patientenkarriere“ hinter sich hatten. Dabei handelte es sich durchweg um überdurchschnittlich versorgungsintensive Fälle. Die Behandlungsabläufe waren durch viele Überweisungen (häufig zum Abklären unspezifischer Symptome), durch viele Therapien (häufig in Form des „Ausprobierens“) und durch einen mehrjährigen Verlauf gekennzeichnet. Die Auswertungen der Interviews ergaben verschiedene Patiententypen mit je eigenen Qualitätsmaßstäben. Typische Einstellungen, Wertungen und Positionierungen bei den Patienten konnten abhängig von ihrem Verhältnis zu den Hausärzten rekonstruiert werden. Die Gruppen der Patienten mit Bindung an den Hausarzt und ohne Bindung an einen Hausarzt unterschieden sich in ihren Qualitätsmaßstäben und -erwartungen am deutlichsten.

Das Projekt legt ein Instrument zur Patientenbefragung im Rahmen eines einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagements vor. Mit dem Fragebogen können Informationen zu den Anbietern (Versorgungsstrukturen), zur ärztlichen Behandlung (Kompetenz, Patientenerwartungen, informierte Patientenentscheidungen), zur Integration der Versorgung (Schnittstellenmanagement, Zusammenarbeit von Therapeuten und Einrichtungen, Abstimmung von Behandlungskonzepten), zum Fallmanagement, zur Patientenedukation und Koproductenrolle und über die Qualitätsbewertung durch die Patienten erhoben werden. Gleichzeitig können Ergebnisparameter wie das Befinden des Patienten, die Schmerzsituation und der Gesundheitszustand und die funktionale Beeinträchtigung ermittelt werden.

Handlungsoptionen

Die kooperierenden Orthopäden zeigten großes Interesse an einer regelmäßigen Wiederholung der Befragung. Im Verlauf dieser Befragungen könnte das Instrument kontinuierlich weiter entwickelt werden, um abschließend die Sicht der Patienten – ihre Erfahrungen, Erwartungen und den Grad ihrer Zufriedenheit – einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zugänglich zu machen. Dabei sollte – gleich gewichtet neben der Behandlungsqualität in der Arztpraxis – auch der Integrationsgrad der Rückenschmerzversorgung in der Region berücksichtigt werden. Dieser Blick auf die „Systemqualität“ trägt zu einem den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen Rechnung (Etablierung von Hausarztmodellen, Integrierten Versorgungsformen und Disease Management Programmen). Zum anderen entspricht er auch dem Verwertungsinteresse der kooperierenden Orthopäden, die sich sehr engagiert um die Einführung einer Integrierten Rückenschmerzversorgung bemühen.

Zusammenfassung der Ergebnisse:

- **Das neu entwickelte Befragungsinstrument beinhaltet verschiedenste Aspekte der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität.**
- **Gleichzeitig können Patientenerwartungen, -bedürfnisse und Ergebnisparameter erhoben werden.**

Publikation

Strodtholz P, Badura B. (2006). Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung. In: Wendt C, Wolf Ch (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. *KZfSS*, Sonderheft 46, S. 444-463.

Kontakt

Prof. Dr. Bernhard Badura
E-Mail: bernhard.badura@uni-bielefeld.de

Mehr Lebensqualität für Herzpatienten

Fachtitel: „Krankheitsmanifestation und Krankheitsmanagement bei chronischer Herzinsuffizienz“

Herzschwäche (Herzinsuffizienz) ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters und mit schlechter Lebensqualität verbunden. Der Krankheitsverlauf ist maligne. Die Versorgungslage ist selbst in den Industrienationen oft unzureichend. Häufig erschweren Begleiterkrankungen im Praxis- und Klinikalltag die Umsetzung der Behandlungsleitlinien; komplexe Pharmakotherapien bei Multimorbidität erhöhen die Gefahr von Medikamenten-Wechselwirkungen. Die Optimierung von Versorgungsstrategien birgt ein immenses Potenzial für ein verbessertes Versorgungsergebnis.

Fragen

Im Rahmen des Würzburger Interdisziplinären Netzwerks Herzinsuffizienz (INH) sollten ein patientenorientiertes, bedarfsgerechtes Behandlungs- und Versorgungskonzept für herzinsuffiziente Patienten erarbeitet und seine Effektivität und Effizienz in einer prospektiven, randomisierten und kontrollierten Studie geprüft werden. Effektivitätsparameter waren unter anderem: Tod jeder Ursache, Zeit bis zum ersten Ereignis (Hospitalisierung, Tod), Anzahl außerhalb des Krankenhauses verlebter Tage, Schweregrad der Herzinsuffizienz und Lebensqualität.

Methodik

Die INH-Studie untersuchte in einem randomisierten, stratifizierten und klinisch kontrollierten Design mit verblindeter Endpunkt-Evaluation die Krankheitsmanifestation und das Krankheitsmanagement bei chronischer Herzinsuffizienz. Zwei Arme wurden verglichen: Standardbetreuung („Usual Care“, UC) und interdisziplinäre Betreuung mit Telefon-basiertem Monitoring und individueller Schulung durch spezialisierte

Krankenschwestern sowie bedarfsangepasster Mitbetreuung durch Spezialisten („Netzwerk Care“, NC). Rekrutiert wurde in neun internistischen Kliniken der Region. Pro Studienarm wurden 350 Patienten eingeschlossen. Die Nachbeobachtungsdauer bis zum ersten primären Endpunkt betrug sechs Monate.

Herzstück des Betreuungsprogramms ist die standardisierte und genau dokumentierte telefonvermittelte Intervention. Die Telefonschwester benutzt detailliert vorgegebene Module, die sie jedoch nach Bedarf individualisiert formulieren kann.



Obligat wird bei jedem Telefontermin das Modul „Start“ abgefragt, das körperliche Symptome einer sich verschlechternden Herzinsuffizienz und die Medikation prüft.

Ergänzt wird die Befragung jeweils durch ein Schulungsmodul, zum Beispiel zu Medikamentenwirkungen, Ernährung oder körperlicher Aktivität. Die Telefonate dauern durchschnittlich 13 und maximal 20 Minuten. Die Dokumentation erfolgt durch Auswahl von Score-Werten auf semiquantitativen Skalen oder anhand absoluter Zahlen. Die

Häufigkeit der telefonischen Nachsorgetermine orientiert sich an der Schwere der Herzinsuffizienz, sie reicht von einem bis zu vier Telefonaten pro Monat. Eine ganztags beschäftigte Telefonschwester kann auf diese Weise 100 bis 120 Patienten intensiv betreuen.

Die Herzinsuffizienz-Schwester gehört zum Studententeam eines an ein Krankenhaus angeschlossenen regionalen Betreuungs- und Call-Zentrums. Sie steht im Zentrum des ganzheitlichen interdisziplinären Betreuungsansatzes, auch wenn der Kardiologe den Behandlungserfolg in größeren Intervallen kontrolliert. In regelmäßigen Kurvenvisiten wird ihre Arbeit kardiologisch überwacht. Das Medium Telefon wird in der Regel sehr gut angenommen. Erfahrungsgemäß entwickelt sich eine persönliche Vertrauensbasis zwischen Patienten und „ihrer“ Telefonschwester, die Therapie-Adhärenz und gesundheitsförderlichen Lebensstil begünstigt und Rehospitalisierungen vermeiden hilft.

Ergebnisse

715 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen. Das mittlere Patientenalter bei Studieneinschluss war 68 Jahre, 29 Prozent waren Frauen, 40 Prozent hatten eine schwere Herzinsuffizienz. Innerhalb von 180 Tagen starben im „UC“-Arm 51 Patienten (14 %) verglichen mit 28 (8 %) im „NC“-Arm ($p = 0,018$, Hazard Ratio 0,56, Risikoreduktion 44 %). Während initial bei den engmaschig betreuten NC-Patienten sogar eine Zunahme der hospitalisierten Tage zu beobachten war, nahmen diese ab dem dritten Monat ab, sodass die erlebten nicht-hospitalisierten Tage pro Patient nach sechs Monaten bereits ein Plus von vier Tagen aufwiesen. Bei den NC-Patienten hatte zudem nach sechs Monaten der Schweregrad der Herzinsuffizienz signifikant mehr abgenommen, sie hatten auch alters- und geschlechtsadjustiert eine signifikant höhere Lebensqualität (beide $p < 0,03$).

Handlungsoptionen

Erstmals wird bewiesen, dass durch nicht-medikamentöse Behandlungskonzepte eine hochsignifikante Lebensverlängerung und -verbesserung erreicht werden kann. Aufgrund einer sehr detaillierten schriftlichen Dokumentation des Programms (HeartNetCare HF Würzburg®) ist die

überregionale Umsetzbarkeit gewährleistet. Damit stehen Wege zu einer relativ kostengünstigen verbesserten Versorgung von herzinsuffizienten Risikopatienten unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems offen. Es ist zu hoffen, dass die Kostenträger (wie bei erfolgreichen Arzneimittelstudien üblich) auch im Falle dieser nicht-pharmakologischen Intervention die breite Anwendung finanzieren werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Die INH-Studie zeigt, dass Netzwerk Care bei höherer Lebensqualität ein signifikant längeres Überleben ermöglicht.**
- **Die Sterblichkeit herzinsuffizienter Risikopatienten wird durch die auf Verhaltensmodifikation abzielende Intervention um 40 Prozent gesenkt.**
- **Damit steht in Deutschland erstmals ein evaluiertes und sehr erfolgreiches Managementprogramm für Herzinsuffizienz zur Verfügung.**

Publikationen

Angermann CE, Störk S, Hoyer C, Hanke M, Muck S, Ertl G. Disease-Management-Konzepte bei chronischer Herzinsuffizienz. *Der Bay. Int* 2007; 27: 1-9.

Störk S, Angermann CE. Das Interdisziplinäre Netzwerk Herzinsuffizienz: Versorgungsforschung und Krankheitsmanagement. *GGW* 2007; 7: 14-22.

Kontakt

Prof. Dr. Christiane Angermann
 Universitätsklinikum Würzburg
 Medizinische Poliklinik
 Kardiologie
 Klinikstraße 6–8
 97070 Würzburg
 Telefon: 0931 201-70450
 E-Mail: angermann_c@klinik.uni-wuerzburg.de

Häusliche Pflege von Demenzpatienten erleichtern

Fachtitel: „Multizentrische randomisierte und kontrollierte Prüfung eines modularen Schulungsprogramms für die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken“

Die häusliche Versorgung Demenzkranker ist mit einer großen und andauernden Belastung der pflegenden Angehörigen verbunden. Sie führt zu einer erhöhten Häufigkeit von seelischen und körperlichen Gesundheitsstörungen. Dazu tragen besonders die Verhaltensstörungen der Patienten wie Unruhe oder Aggressivität sowie ihre eingeschränkte Alltagskompetenz bei. Diese Symptome geben typischerweise auch den Anstoß für die Unterbringung der Patienten in Pflegeheimen. Die psychische Belastung pflegender Angehöriger kann durch Beratungs- und Unterstützungsprogramme vermindert werden. Am wirksamsten sind Interventionen, die individuell vorgehen und die Komponenten „Problemlösen“ sowie „Verhaltensmodifikation“ enthalten. Mehrere Studien konnten zeigen, dass Interventionen zur Entlastung pflegender Angehöriger auch die Häufigkeit von Pflegeheim-Aufnahmen verringern können. Dieser Effekt war aber nicht in allen Untersuchungen nachweisbar.

Fragen

Untersucht wurde, ob eine Intervention für pflegende Angehörige Demenzkranker – die Schulungsreihe „Hilfe beim Helfen“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft – im Vergleich zur Routineversorgung die Stimmung und Lebensqualität der Angehörigen verbessert und ob dieser entlastende Effekt die Zahl von Umzügen ins Pflegeheim auf Seiten der Patienten vermindert.

Methodik

In einer randomisierten, kontrollierten, zwei-armigen Parallelgruppenstudie wurde die

Schulungsreihe mit einem einmaligen sozialpädagogischen Beratungsgespräch als Kontrollbedingung verglichen. Die Intervention umfasste sieben zweiwöchentliche, durch geschulte Sozialpädagogen oder Psychologen geleitete Gruppensitzungen von jeweils zwei Stunden Dauer, ergänzt durch sechs Wiederholungstreffen im Abstand von jeweils zwei Monaten. In die Studie wurden die Angehörigen von Patienten mit Demenz mittleren Schweregrades bei Alzheimer-Krankheit eingeschlossen. Primäre Zielgröße war die Häufigkeit von dauerhaften Heimunterbringungen der Patienten ein Jahr nach dem Abschluss der ersten sieben Gruppensitzungen. Sekundäre Zielgrößen waren Depressivität und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen. Zusätzlich wurden die Studienteilnehmer nach ihrer Zufriedenheit mit der Intervention befragt.



Ergebnisse

In die Studie wurden 292 Paare von pflegenden Angehörigen und Patienten aufgenommen. Depressivität und Lebensqualität der Angehörigen wiesen bei der Nachuntersuchung keine signifikanten Differenzen zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe auf. Die Häufigkeit von Heimunterbringungen der Patienten war in der Experimentalgruppe entgegen der Hypothese des

Vorhabens höher als in der Kontrollgruppe, jedoch erreichte der Unterschied keine statistische Signifikanz. Die Teilnehmer der Experimentalgruppe waren signifikant zufriedener mit der Intervention als die Teilnehmer der Kontrollgruppe.

Handlungsoptionen

Internationale Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorliegende Untersuchung. Sie zeigen, dass vergleichbare Interventionen die Stimmung, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken nur gering beeinflussen können und dass sie nicht immer einen signifikanten Effekt auf die Häufigkeit von Umzügen der Patienten in ein Pflegeheim haben. Die durchgeführte Studie ist trotz ihrer in dieser Hinsicht negativen Ergebnisse ein Schritt zur Weiterentwicklung der Versorgung von Demenzkranken und ihren Bezugspersonen. Sie trägt zu der Erkenntnis bei, dass zur Verbesserung der Lebenssituation der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken erheblich intensivere Anstrengungen erforderlich sind – vor allem noch individueller ausgerichtete Programme. Solche Interventionen müssen künftig verstärkt beforscht werden. Aber selbst von sehr intensiven Interventionen ist nicht zu erwarten, dass sie die Entscheidung der Angehörigen für oder gegen den Umzug der Patienten in Pflegeheime in eine bestimmte Richtung beeinflussen. Diese Entscheidung hängt von zahlreichen Faktoren ab, die durch Beratungs- und Entlastungsprogramme nicht modifiziert werden können. In manchen Situationen ist der Wechsel der Wohnform des Patienten für alle Beteiligten sogar die beste Lösung. Die Teilnahme an einer Angehörigen-Intervention kann eine solche Entscheidung durchaus begünstigen.

Kontakt

Prof. Dr. Alexander Kurz
Technische Universität München
Klinikum rechts der Isar
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Möhlstraße 26
81675 München
Telefon: 089 4140-4285
E-Mail: alexander.kurz@lrz.tum.de

Alternative Reha-angebote bei rheumatoider Arthritis

Fachtitel: „Medizinische Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis (RA): Akzeptanz und Outcomes unter Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen und Rentenversicherungen“

Die rheumatoide Arthritis ist die häufigste und kostspieligste der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. In Europa geht man von einer Punktprävalenz zwischen 0,5 Prozent und einem Prozent aus. Die sozioökonomischen Folgen der RA sind beträchtlich. Beispielsweise ist das Risiko einer Einschränkung der sozialen Teilhabe, auch des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben, stark erhöht. Nationale und regionale Daten machen eine erhebliche rehabilitative Unterversorgung von RA-Kranken wahrscheinlich. Klinische Studien, Übersichtsarbeiten und evidenzbasierte Leitlinien aus dem Ausland legen die Hypothese des Nutzens einer frühzeitigen multidisziplinär-multimodalen Intervention nahe, wie sie in Deutschland vor allem im Rahmen einer stationären medizinischen Rehabilitation in Rheumafachkliniken angeboten wird. Dieses Rehabilitationsangebot wurde bislang nicht evaluiert. Die experimentelle und populationsbezogene Untersuchung zielte auf einen Ausgleich dieses Defizits.

Fragen

1. Wird das Angebot einer Beratung auf stationäre medizinische Rehabilitation durch die Krankenkassen (GKVen) unter Erwerbstätigen mit RA angenommen? 2. Führt die Beratung und ggf. folgende Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) zu signifikant günstigeren Entwicklungen der Interventionsgruppe (IG) im Hinblick auf a) Beratungen, die Inzidenz und Dauer von Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalten und b) subjektive somatische und psychische Gesundheitsparameter?

Zusätzlich wurde ein neuartiges Rekrutierungsverfahren erprobt. In der Versorgungsforschung werden Studienstichproben gängigerweise über ausgewählte Ärzte oder Kliniken gewonnen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf potenzielle Selektionseffekte hingewiesen, welche eine Interpretation und Übertragbarkeit von Studienergebnissen erheblich einschränken können. Um diese Selektionseffekte zu minimieren, wurde ein Rekrutierungsverfahren über Routinedaten der beteiligten Krankenkassen mit anschließender zweistufiger Fallsicherung erprobt. Daraus ergab sich die 3. Frage: Ist die Rekrutierung der Studienpopulation über Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen machbar?



Methodik

Die Krankenkassen identifizierten erwerbstätige Versicherte mit RA-spezifischen Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausausschließungsdiagnosen bzw. Rezeptdaten. Sie wurden in einem zweigestuften Auswahlverfahren (postalische Screeningbefragung, Expertenurteil) zur Teilnahme ausgewählt und anschließend zur Messung der Ausgangslagen angeschrieben (subjektiver Gesundheitszustand). Die Teilnehmer wurden randomisiert der IG bzw. der KG zugewiesen. Wer zur IG gehörte, erhielt das Angebot einer Rehabilitationsberatung durch die Krankenkasse mit dem Ziel einer Reha-Antragstellung. Die KG bekam die Routineversorgung. Rentenversicherungen und Krankenkassen übermittelten Angaben zu Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalten, stufenweiser Wiedereingliederung, Reha- und Rentenansprüchen sowie zugehörige Entscheidungen (Primäroucomes). Zwölf Monate nach der Messung der Ausgangslagen wurde der subjektive Gesundheitszustand erneut erhoben (Sekundäroucomes).

Ergebnisse

Das Beratungsangebot wurde sehr gut angenommen (84,4 % der IG), die Rehabilitationsbereitschaft war jedoch gering (IG: 31,3 %). Weder eine Gegenüberstellung der IG-Teilnehmer und KG-Teilnehmer (Intention to treat-Analyse) noch ein Vergleich aller Rehabilitationsteilnehmer mit den Nichtrehabilitanden (As actual-Analyse) erbrachten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhausaufenthalte und Parameter des subjektiven Gesundheitszustandes.

Handlungsoptionen

Die Studie konnte die Machbarkeit einer randomisierten kontrollierten Studie in der rehabilitationsbezogenen Versorgungsforschung belegen. Die Rekrutierung einer Studienstichprobe über Routinedaten der Krankenkassen ist differenziert zu bewerten. Die geringe Rehabilitationsbereitschaft weist auf die Notwendigkeit der Schaffung alternativer Rehabilitationsangebote für erwerbstätige RA-Patienten hin.

Publikationen

Schlademann S, Hüppe A, Raspe H. Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zur Akzeptanz und zu Outcomes einer Beratung auf stationäre medizinische Rehabilitation unter erwerbstätigen GKV-Versicherten mit rheumatoider Arthritis (clinicaltrials.gov identifier NCT00229541). *Gesundheitswesen* 2007; 69: 325-335.

Kontakt

**Dipl.-Psych. Susanne Schlademann,
Dr. Angelika Hüppe,
Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe**
Institut für Sozialmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Beckergrube 43-47
23552 Lübeck
Telefon: 0451 79925-19
Fax: 0451 79925-22
E-Mail: susanne.schlademann@uk-sh.de

Spezielle schmerztherapeutische Einrichtungen früher einbinden

Fachtitel: „Analyse der Versorgungswege von Patienten/-innen mit chronischen Schmerzen“



Schmerz ist eines der häufigsten Symptome, warum ein Arzt aufgesucht wird. Handelt es sich um Schmerzen, die mindestens seit drei Monaten bestehen und die einen deutlichen Einfluss auf das alltägliche Leben ausüben, handelt es sich um chronische Schmerzen. Die Behandlung dieser chronischen Schmerzen ist nicht immer einfach. Viele Patientinnen und Patienten fühlen sich hier durch das medizinische System alleingelassen. Spezielle schmerztherapeutische Einrichtungen werden häufig erst zu spät aufgesucht.

Fragen

Welche Versorgungswege durchlaufen chronische Schmerzpatientinnen und -patienten? Wie lange dauert es, bis sie sich in Spezialeinrichtungen vorstellen? Was passiert in Einrichtungen der speziellen Schmerztherapie? Haben sich Lebensqualität und Schmerzniveau ein Jahr nach der Erstvorstellung in einer solchen Einrichtung verändert?

Methodik

Patienten mit Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und neuropathischen Schmerzen wurden in sechs speziellen schmerztherapeutischen Einrichtungen in Berlin konsekutiv über einen Zeitraum von zwölf Monaten rekrutiert. In einem circa einstündigen persönlichen Interview wurden die Patientinnen und Patienten zunächst retrospektiv zu den bisherigen Versorgungswegen mittels standardisiertem Interview befragt. Ergänzt und objektiviert wurden diese Angaben durch Krankenkassendaten zum Ressourcenverbrauch. Während der nächsten sechs Monate wurde die Therapie in der speziellen schmerztherapeutischen Einrichtung analysiert. Erhoben wurden das Schmerzniveau sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität zum Zeitpunkt 0, sowie nach sechs und zwölf Monaten.

Ergebnisse

Hausärztinnen und Hausärzte wurden zwar im Laufe der Krankengeschichte von fast allen chronischen Patienten angesprochen. Bei Studieneinschluss waren aber nur 44 Prozent von ihnen in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung. Fachärztinnen und Fachärzte, insbesondere aus Orthopädie und Neurologie, spielten dagegen eine wesentliche Rolle für chronische Schmerzpatienten. Durchschnittlich vergingen zwölf Jahre bis zum Erstkontakt mit einer speziellen schmerztherapeutischen Einrichtung. Dieser Kontakt wurde nur in der Hälfte der Fälle durch Ärztinnen und Ärzte initiiert. Häufig erfuhren die Betroffenen durch Bekannte, Freunde oder die Medien von solchen Einrichtungen. In 71 Prozent erhielten sie in der speziellen Schmerzeinrichtung eine neue Medikamenteneinstellung. Weitere neue Therapieaspekte wurden bei 39 Prozent eingeführt. Bei 32 Prozent der Kranken erfolgte ein psychologisches Erstgespräch und bei 21 Prozent wurde weiteres fachärztliches Personal hinzugezogen. Hinsichtlich des Schmerzniveaus und der Lebensqualität konnten nach sechs bzw. zwölf Monaten zwar statistisch signifikante, aber kaum klinisch relevante Veränderungen verzeichnet werden.

Handlungsoptionen

Es sollten Leitlinien für das Überweisungsverhalten bei chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten erarbeitet werden. So sollten in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsbild zeitliche Vorgaben gemacht werden, wann ein Schmerzpatient spätestens in eine Spezialeinrichtung überwiesen werden sollte. In diesen Einrichtungen müssen jedoch die personellen Voraussetzungen geschaffen werden, damit eine multimodale, interdisziplinäre Schmerztherapie bei allen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Die Versorgungswege der chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten sind nicht strukturiert.**
- **Die Bewegungen dieser Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem unterliegen häufig zufälligen Variablen.**
- **Spezielle Schmerzeinrichtungen müssen früher mit in die Therapie eingebunden werden.**
- **In diesen Einrichtungen muss jedoch vermehrt gewährleistet sein, dass allen überwiesenen Patientinnen und Patienten eine multimodale und interdisziplinäre Therapie zuteil wird.**

Publikation

Der ausführliche Abschlussbericht ist unter <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fb06/519730291.pdf> einsehbar.

Kontakt

Dr. Erika Schulte
Humboldt-Universität zu Berlin
Charité – Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Anästhesiologie und operative
Intensivmedizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 450-551022
E-Mail: erika.schulte@charite.de

Tabelle 2: Projekte der zweiten Förderphase

Fachtitel	Kontakt
Der Beipackzettel: Ist er als Bestandteil des hausärztlichen therapeutischen Umfelds wirksam?	Prof. Dr. Hans-Peter Zeitler, Dr. Markus Gulich Universität Ulm Universitätsklinikum, Abteilung Allgemeinmedizin Helmholtzstraße 20 89069 Ulm Telefon: 0731 50-31100/-31103 E-Mail: hans-peter.zeitler@medizin.uni-ulm.de, markus.gulich@medizin.uni-ulm.de
Versorgungsverläufe bei chronisch kranken älteren Menschen: Eine patientenorientierte Analyse zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens	Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei Institut für Medizinische Soziologie Charité – Universitätsmedizin Berlin Thielallee 47 14195 Berlin Telefon: 030 8445-1391 Fax: 030 8445-1392 E-Mail: medsoz@charite.de
Patientenorientierte Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Versorgung chronisch Kranker: Entwicklung und Erprobung eines Befragungsinstruments	Prof. Dr. Bernhard Badura E-Mail: bernhard.badura@uni-bielefeld.de
Untersuchung zur Frequenz notwendiger Blutzucker-Selbstmessungen bei Typ 2 Diabetes. Eine prospektive, kontrollierte, randomisierte, multizentrische Studie	Prof. Dr. Werner Alfons Scherbaum Deutsche Diabetes-Klinik Des Deutschen Diabetes Forschungsinstituts (DDFi) Auf'm Hennekamp 65 40225 Düsseldorf Telefon: 0211 3382-201 E-Mail: scherbaum@ddz.uni-duesseldorf.de
Krankheitsmanifestation und Krankheitsmanagement bei chronischer Herzinsuffizienz	Prof. Dr. Christiane Angermann Universitätsklinikum Würzburg Medizinische Poliklinik, Kardiologie Klinikstraße 6-8 97070 Würzburg Telefon: 0931 201-70450 E-Mail: angermann_c@klinik.uni-wuerzburg.de
Multizentrische randomisierte und kontrollierte Prüfung eines modularen Schulungsprogramms für die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken	Prof. Dr. Alexander Kurz Technische Universität München Klinikum rechts der Isar Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Möhlstraße 26 81675 München Telefon: 089 4140-4285 E-Mail: alexander.kurz@lrz.tum.de
Medizinische Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis (RA): Akzeptanz und Outcomes unter Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen und Rentenversicherungen	Dipl.-Psych. Susanne Schlademann, Dr. Angelika Hüppe, Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe Institut für Sozialmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck Beckergrube 43-47 23552 Lübeck Telefon: 0451 79925-19, Fax: 0451 79925-22 E-Mail: susanne.schlademann@uk-sh.de
Analyse der Versorgungswege von Patient/-innen mit chronischen Schmerzen	Dr. Erika Schulte Humboldt-Universität zu Berlin Charité – Campus Virchow-Klinikum Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin Telefon: 030 450-551022 E-Mail: erika.schulte@charite.de

3. Phase: Input-Output-Relationen

Vergleiche von Aufwand und Ergebnis bei der Behandlung chronisch kranker Menschen: Die Aufgabe der Förderer für die Forscher in der dritten Förderphase von 2005 bis 2008

In der dritten Phase wurden Projekte gefördert, die sich mit der Input-Output-Relation von Leistungen und Prozessabläufen in der Versorgung insbesondere chronisch Kranker beschäftigen. Die Kernfragen solcher Effektivitäts- und/oder Effizienzstudien richten sich darauf, wie die Leistungsdichte mit der – möglichst längerfristig – erzielbaren Versorgungsqualität zusammenhängt; gemessen wird dies an klinischen Endpunkten oder Surrogatparametern. Die Variation der Leistungsdichte konnte beispielsweise auf Untersuchungsfrequenzen in der medizinischen Vor- und Nachsorge oder der Dauerbetreuung (Intensität des Monitorings) bezogen sein. Sie galt aber auch dem Vergleich unterschiedlich lange währendender Behandlungen mit Arzneimitteln, Heilmitteln, Spezialdiäten, Psychotherapie und sonstigen medizinischen Mitteln. Ebenso interessant für die Förderer waren die Zusammenhänge des Versorgungsaufwands bei der präoperativen Diagnostik mit den erreichten Behandlungsergebnissen oder der Vergleich von Versorgungsergebnissen bei der Leistungserbringung zwischen verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant versus stationär) oder Versorgungsebenen (hausärztliche versus fachärztliche Versorgung).

Prof. König (S. 54) untersuchte in einer kontrollierten Studie, ob eine bessere Diagnostik von Angsterkrankungen in hausärztlichen Praxen die direkten (diagnostischer Aufwand, Behandlung) und die indirekten Krankheitskosten (Arbeitsausfall) senkt. Eine spezielle Fortbildung der Hausärzte und ein Konsultationsangebot durch Psychologen führten zu einer verbesserten Diagnostik.

Seitens der Förderer waren unter anderem Projekte zum systematischen Ergebnisvergleich

intensitäts- und aufwandsgestaffelter gesundheitlicher Versorgungsleistungen gewünscht. Etwas anders formuliert: „Viel bringt viel?“ Hierbei wurden zwei unterschiedlich aufwendige Vorgehensweisen durch kontrollierte Studien verglichen.

Prof. Goldbeck (S. 65) verglich die aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Heimkindern durch Besuche des Therapeuten im Heim mit der üblichen Behandlung, bei der die Kinder in eine Praxis gebracht werden müssen. Der Behandlungserfolg spricht für die aufwendigere aufsuchende Behandlung. Die Input-Output-Relation wird im Projekt unter Einbeziehung der Häufigkeit der teuren stationären jugendpsychiatrischen Behandlungen diskutiert.

Prof. Kissling (S. 67) setzte unterschiedlich aufwendige Programme zur Förderung der Compliance von Schizophrenie-Patientinnen und -Patienten ein – vom Video über Gruppenschulungen durch „erfahrene“ Erkrankte bis zu Gruppenschulungen durch die behandelnden Ärzte. Der Erfolg (gemessen an der möglichst niedrigen Zahl stationärer Wiederaufnahmen) hängt vom Aufwand ab. Der Beitrag nimmt Stellung zum erforderlichen Mindeststandard.



In zwei Projekten wurden elektronische Medien eingesetzt, um die Input-Output-Relation zu verbessern. Prof. Kordy (S. 56) erzielte mit einem vergleichsweise geringen Aufwand von ca. drei Minuten pro Patientin pro Woche einen guten Output bei der Nachsorge von Bulimie-Patientinnen nach einer stationären Behandlung. Sie werden im Alltag durch regelmäßige SMS-Nachrichten unterstützt. Prof. Becker (S. 58) erprobte die Nutzung von elektronischen Fragebögen zum Befinden von Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und einer automatisch generierten Rückmeldung zum aktuellen Behandlungserfolg. Die Akzeptanz bei Patienten und Ärzten und die Auswirkung auf die Behandlungsintensität wurden untersucht.

Zu einzelnen, krankheitsbezogenen Versorgungsfragen liegen bereits fachliche Empfehlungen – etwa in Form von Leitlinien – vor. Sie enthalten Aussagen über den für erforderlich gehaltenen medizinischen Versorgungsaufwand. Hier waren die Auswirkungen einer systematischen Unter- bzw. Überschreitung empfohlener Versorgungsintensitäten auf die medizinische Ergebnisqualität für die Förderer von besonderem Interesse.

Die aktuellen Leitlinien zur Behandlung von Bluthochdruck besagen, dass die Behandlungsintensität vom Gesamtrisiko (als Produkt aus verschiedenen Risikofaktoren für einen Schlaganfall oder Herzinfarkt unter Einbeziehung des hohen Blutdrucks) abhängen sollte. Prof. Abholz (S. 53) führte eine Studie mit 90 Hausärzten und 3.300 Patienten dazu durch, wie sich die Einführung des „Gesamtrisiko“-Konzeptes auf die Behandlungsintensität auswirkt. Prof. Schmacke (S. 53) untersuchte in einer parallelen qualitativen Studie die Einstellung der Hausärzte zu dem Konzept sowie zur Entscheidungsbeteiligung der Patienten.

Dr. Schubert (S. 60) kam zu dem Ergebnis, dass die von den Leitlinien empfohlene medikamentöse Behandlung von Herzinfarktpatienten in den wenigsten Fällen umgesetzt wird. Mit statistischen Modellen analysierte sie, wie sich diese Unterschreitung der empfohlenen Versorgungsintensität auf das Überleben bzw. das Auftreten eines erneuten Herzinfarkts auswirkt.

Vom Bluthochdruck zum Gesamtrisiko

Fachtitel: „Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitlinien-gestützte Intervention“

Leitlinien empfehlen seit wenigen Jahren, die Intensität der Behandlung der Hypertonie und anderer Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen nicht mehr von jeweiligen Grenzwerten zwischen „normal“ und „krank“ abhängig zu machen. Sie sprechen von einem aus Tabellen oder Rechnerprogrammen zu ermittelnden „kardiovaskulären Gesamtrisiko“. In dessen Berechnung gehen Blutdruck, Cholesterin, Raucherstatus, Alter und Geschlecht sowie Diabetes alle zusammengenommen und in ihrer jeweiligen Risikobedeutung berücksichtigt ein. Dafür spricht erstens, dass es nie eine präzise biologisch definierte Grenze zwischen „krank“ und „gesund“ gab. Für die sogenannten Risikofaktoren galt vielmehr: Je höher sie ausfielen, umso stärker war die Gefährdung. Dies wird nun bei der Berechnung des Gesamtrisikos berücksichtigt. Zweitens: Dass alle Risikofaktoren in gleicher Weise und sich teilweise miteinander verstärkend wirken, macht Berechnungen sehr kompliziert – heutige Rechner können dies aber leisten.

Will man diese Erkenntnis und die Möglichkeit ein Risiko zu berechnen in die Versorgung bringen, dann hat man zweierlei zu beachten: Ärzte und Patienten müssen sich sehr deutlich in ihrem Denken umstellen. Denn es gibt kein „krank“ oder „gesund“ mehr, sondern nur ein Risiko, für dessen Senkung man etwas tun kann – oder es auch lassen kann! Patient und Arzt müssen also eine Haltung dazu gewinnen, ob ein Risiko von einem, fünf oder 15 Prozent in zehn Jahren einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt zu erleiden, es Wert ist, noch mehr an den Risikofaktoren zu tun oder nicht.

Fragen

Die Studie fragte, wie sich das neue Konzept des kardiovaskulären Gesamtrisikos in die hausärztliche Praxis umsetzen lässt, ob also Ärzte und Patienten das Konzept annehmen und welche Erfahrungen sie dabei machen. Das Konzept kann – besonders bei niedrigem Gesamtrisiko eines Patienten – durchaus dazu führen, dass Patienten in Bezug auf die Einstellung ihres Blutdrucks oder Cholesterins zurückhaltender behandelt werden. Zu klären war also, wie intensiv das neue Konzept vermittelt werden muss, um ärztliches und patientenseitiges Verhalten zu verändern.



Methoden

Die Studie bestand aus zwei Teilen. Im qualitativen Studienteil wurde mittels Interviews erforscht, welche Auffassungen Hausärzte zum kardiovaskulären Gesamtrisiko-Konzept sowie seiner Anwendung in der Praxis vertreten. Dabei sollte Wissen für den Aufbau der quantitativen Studien gesammelt werden. Vor allem ging es um Erkenntnisse darüber, welches Verständnis Hausärzte im Hinblick auf ihren Umgang mit Patienten haben – speziell dann, wenn verschiedene Risikofaktoren vorliegen.

Der quantitative Studienteil beinhaltete den Vergleich zweier „edukativer Interventionen“ für die Umsetzung des Gesamtrisiko-Konzepts. Eine eigens dafür geschaffene kurze Leitlinie für Hausärzte sollte einer Gruppe von 45 Hausärzten das neue Konzept vermitteln. Weitere 45 Hausärzte erhielten die Leitlinie sowie ergänzend den Besuch durch einen dazu geschulten Hausarzt, der mit ihnen am Beispiel einiger ihrer Patienten die Anwendung des Gesamtrisikos besprach (sog. Peer Intervention). Jeder der rund 90 Ärzte hatte rund 40 Patienten in die Studie gebracht (genau waren es 3.300), deren Gesamtrisiko vor der edukativen Intervention sowie ein dreiviertel Jahr danach untersucht wurde.

Ergebnisse

In der quantitativen Studie zeigte sich:

- Beide Interventionen – Leitlinie allein oder Leitlinie plus Peer Intervention – waren statistisch signifikant erfolgreich.
- Keine der beiden Interventionen war erfolgreicher als die andere.
- Bei den Patienten, die schon vor Studienbeginn ein niedriges Gesamtrisiko hatten, wird in beiden Interventionsgruppen kaum eine Veränderung erreicht. Der Blutdruck steigt als Gruppenwert sogar leicht an, weil Patient und Arzt es bei nur leicht ausgeprägten Risiken nicht geboten hielten, intensiv zu behandeln.
- Bei Patienten mit hohem Ausgangsrisiko erfolgte eine Intensivierung der Behandlung und ihr Gesamtrisiko wurde gesenkt.

Die qualitative Studie zeigte, dass Hausärzte – vor und nach Studienintervention – das Konzept vom Gesamtrisiko zwar als „gut“ bewerteten und angeben, es als Instrument zur Risikodemonstration für Patientengespräche zu nutzen. Sie scheinen es aber nur bedingt dafür zu nutzen, Patienten in eine gemeinsame Entscheidung einzubeziehen, indem mögliche Risiken und Risikoempfindungen wie auch denkbare Verhaltensänderungen und Therapiemaßnahmen gemeinsam abgewogen werden. Vielmehr bewerten Hausärzte die Risikoberechnungen als eine Möglichkeit, Patienten mit den Zahlen für die von ihnen entschiedene Behandlung zu gewinnen. Ist das Risiko klein, dann verzichtet man meist auf die Zahlendemonstration. Ein Risikofaktor, nämlich der erhöhte

Blutdruck, wird häufig als absolute Behandlungsindikation beschrieben – obwohl er im Konzept gleichberechtigt zu den anderen ist! Hausärzte scheinen beim Hochdruck unter besonderen Druck zu kommen, weiterhin ganz konventionell an Grenzwerten orientiert zu handeln.

Handlungsoptionen

Die Debatte um Leitlinienbefolgung und Shared Decision Making wird durch die Ergebnisse erneut eröffnet: Verstehen Hausärzte das Gesamtrisiko-Konzept künftig als Chance, die Autonomie ihrer Patienten zu stärken oder nutzen sie es eher als Drohkulisse, um die Realisierung ärztlich (oder gesellschaftlich) definierter Therapieziele einzufordern?

Wer Patientenpartizipation weiter als wichtiges Ziel verfolgt, müsste – sicher nicht nur im Hausarztsektor – deutlich mehr als die hier praktizierte einmalige Peer Intervention vorsehen. Es geht um grundlegende Reformen der Aus-, Weiter- und Fortbildung, da derartige „Gesamtrisiken“ auch für andere Krankheitsbilder installiert werden. Will man aber fokussiert nur das Gesamtrisiko beeinflussen – gleich ob Patienten aktiv einbezogen worden sind oder nicht –, so mag die für Hausärzte adaptierte Kurzleitlinie auf Dauer schon ausreichen.

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Abteilung für Allgemeinmedizin
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf
 Telefon: 0211 81-17771
 Fax: 0211 81-18755
 E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Prof. Dr. Norbert Schmacke
 Universität Bremen
 Fachbereich 11: Human- und
 Gesundheitswissenschaften
 VFWF
 Wilhelm-Herbst-Straße 7
 28359 Bremen
 Telefon: 0421 218-8131
 E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

Angsterkrankungen früher erkennen und wirksam behandeln

Fachtitel: „Effizientere Versorgung von Patienten mit Angsterkrankungen in der primärärztlichen Praxis“

Patienten mit Angsterkrankungen suchen ihren Hausarzt häufig mit gesundheitlichen Beschwerden auf, die Symptomen körperlicher Erkrankungen sehr ähnlich sind. Eine rechtzeitige und wirksame fachärztliche oder medikamentöse Therapie dieser Erkrankungen können Allgemeinmediziner aber nur dann einleiten, wenn sie die Angsterkrankung richtig diagnostizieren und Grundkenntnisse über die Therapieoptionen besitzen. Eine richtige Diagnose vermeidet unnötige Untersuchungs- und Behandlungskosten und langfristige Beeinträchtigungen der Patienten. So beugt sie Depressivität und Medikamentenabhängigkeit infolge nicht richtig behandelter Angsterkrankungen vor.



Fragen

Wissenschaftler der Universität Leipzig untersuchten, ob eine spezifische verhaltenstherapeutisch-psychiatrische Fortbildung für niedergelassene Hausärzte in Kombination mit einem Konsultationsangebot zu einer verbesserten Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen in der primärärztlichen Praxis beitragen kann. Zusätzlich wurde untersucht, ob eine entsprechende Verbesserung zu einer Senkung der Kosten

für Diagnostik und Behandlung sowie der indirekten Kosten durch krankheitsbedingten Arbeitsausfall von Patienten führt.

Methodik

54 Hausarztpraxen wurden durch eine stratifizierte Cluster-Randomisierung einer Interventions- und einer Kontrollgruppe zugeordnet. Die Hausärzte der Interventionsgruppe nahmen an der zehnstündigen Fortbildung teil und konnten Konsultationsgespräche bis zu sechs Monate nach der Fortbildung wahrnehmen. Patienten mit Angsterkrankungen wurden in der Interventions- und der Kontrollgruppe drei Mal zu ihrer sozialen Lebenssituation, den Angstsymptomen, weiteren Erkrankungen, der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und den damit verbundenen Kosten sowie ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Die Befragungszeitpunkte lagen vor dem Beginn der sechsmonatigen Interventionsphase, unmittelbar danach sowie drei Monate nach Ende der Interventionsphase.

Ergebnisse

Sieben Prozent der befragten Hausarztpatienten litten unter einer Angststörung nach ICD-10 (Phobie, Panikstörung, generalisierte Angststörung oder nicht näher bezeichnete Angststörung). Erwartungsgemäß waren mehr Frauen von einer Angsterkrankung betroffen. Männliches Geschlecht und höherer Bildungsstand waren mit geringer ausgeprägter Angstsymptomatik assoziiert. Die verhaltenstherapeutisch-psychiatrische Fortbildung wurde von den teilnehmenden Hausärzten vor allem aufgrund der konkreten psychotherapeutischen und medikamentösen Interventionsvorschläge als hilfreich angesehen. Über den Befragungszeitraum von zwölf Monaten nahm die Angstsymptomatik sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe ab. Dabei konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die direkten Kosten der medizinischen Versorgung konnten durch die Fortbildung der Hausärzte nicht signifikant gesenkt werden. In der Interventionsgruppe überstiegen die Versorgungskosten der Patienten mit Angsterkrankungen zum ersten Follow-Up in einzelnen Teilbereichen (stationäre/teilstationäre Kosten, Medikamentenkosten) sogar die Kosten gegenüber der Baseline-Erhebung. Als mögliche Ursache für dieses Phänomen

kommt eine erhöhte Aufmerksamkeit der Hausärzte für Angsterkrankungen in Betracht.

Handlungsoptionen

Das starke Interesse der Hausärzte an der verhaltenstherapeutisch-psychiatrischen Fortbildung spricht dafür, dass das Projekt ein in der Versorgungspraxis bestehendes Problem anspricht. Die Fortbildung und die flexible Konsultationsmöglichkeit regen dabei eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Primärärzten, Psychiatern und Psychologischen Psychotherapeuten an. Zur Optimierung der primärärztlichen Versorgung von Patienten mit Angsterkrankungen und der damit einhergehenden Kosten sollte untersucht werden, welchen Beitrag die intensivere Kooperation der Leistungsanbieter langfristig erbringen kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Sieben Prozent aller Hausarztpatienten leiden an Angsterkrankungen.**
- **Zur Fortbildung niedergelassener Primärärzte wurde eine kurze verhaltenstherapeutisch-psychiatrische Fortbildung entwickelt, die – kombiniert mit einem flexiblen Konsultationsangebot – die diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten der Hausärzte bei Angsterkrankungen stärkt.**
- **Die gesundheitsökonomische Analyse der Kosten des veränderten Versorgungsmodells ergab keinen markanten Unterschied zur Standardtherapie. Die Versorgungskosten von Angstpatienten lassen sich durch die verhaltenstherapeutisch-psychiatrische Fortbildung zumindest kurzfristig nicht senken.**

Kontakt

Prof. Dr. Hans-Helmut König
 Universität Leipzig
 Professur für Gesundheitsökonomie
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
 Johannisallee 20
 04317 Leipzig
 Telefon: 0341 9724-560
 E-Mail:
 hans-helmut.koenig@medizin.uni-leipzig.de

Bulimie: SMS hilft nach stationärer Therapie

Fachtitel: „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer integrativen, stationär-ambulanten Behandlung von Patientinnen mit Bulimia nervosa unter Nutzung des Short Message Service (SMS)“

Die Mehrzahl der Bulimiepatientinnen profitiert von einer stationären psychotherapeutischen Behandlung. Dennoch sind viele Patientinnen bei Entlassung nicht völlig frei von Symptomen. Hinzu kommt ein erhebliches Rückfallrisiko, insbesondere in den ersten Monaten nach der Entlassung. Entsprechend groß ist der Bedarf an einer Nachbetreuung. Bislang ist ungeklärt, wie intensiv sie sein muss. Wichtig scheinen der unmittelbare Beginn nach der Entlassung sowie eine leichte Erreichbarkeit zu sein.

Fragen

Überprüft wurden Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer SMS-basierten Unterstützung von Bulimiepatientinnen beim Übergang von der stationären Therapie in den Alltag.

Methodik

Patientinnen, die aufgrund einer Essstörung, bei der eine bulimische Symptomatik im Vordergrund steht, in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont stationär behandelt wurden und Interesse an der Studienteilnahme hatten, wurden zufällig einer von zwei Gruppen zugewiesen. Während die Kontrollgruppe mit einer therapeutischen Empfehlung zur weiterführenden Behandlung entlassen wurde („Treatment as usual“), war die Interventionsgruppe eingeladen, zusätzlich an der viermonatigen SMS-Intervention teilzunehmen.

Im Zentrum des Nachbetreuungsprogramms steht die regelmäßige SMS-Interaktion: Die Patientin schickt einmal wöchentlich per SMS Angaben zu ihrem Befinden. Dazu beantwortet sie Fragen, die

sich auf die Kernsymptome der Bulimie (Häufigkeit von Essanfällen und von kompensatorischen Maßnahmen sowie auf das Körpergefühl) beziehen und bekommt ebenfalls per SMS wöchentlich eine Rückmeldung. Diese „Feedbacknachrichten“ kommentieren die Entwicklung der Symptomatik und signalisieren soziale Unterstützung. Sie verstärken im Fall von positiven Veränderungen, sie ermutigen und geben Tipps für alternative Verhaltensweisen bei negativen Veränderungen. Ein Beispiel für eine Feedbacknachricht ist: „Großes Lob für Ihr Essverhalten der letzten Woche: Je länger dieses stabil bleibt, desto geringer ist das Risiko für Rückfälle!“ Die eingehende SMS der Patientin wird nach einem bestimmten Algorithmus von einer Software bewertet, die dann eine passende Nachricht zur Versendung vorschlägt. Eine Projektmitarbeiterin überprüft den Vorschlag am PC auf Plausibilität, wählt gegebenenfalls einen alternativen Text aus und schickt die Nachricht über ein Modem als SMS an die Patientin.



Im Rahmen der Studie werden alle Patientinnen zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthalts sowie zu zwei Nachuntersuchungszeitpunkten über ihr psychisches und körperliches Befinden befragt. Unterschiede im Gesundheitsverlauf zwischen Interventions- und Kontrollgruppe geben Aufschluss über die Wirksamkeit des Nachsorgeprogramms. Zur Prüfung der Kosteneffektivität werden darüber hinaus Informationen zur Inanspruchnahme anderer Unterstützungen (z. B. ambulante Therapie, Selbsthilfe) berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen äußert sich zufrieden mit der Intervention und fühlt sich durch die wöchentliche Kommunikation unterstützt. Die Dropout-Rate liegt bei lediglich ca. zehn Prozent. Der Betreuungsaufwand ist gering, er beträgt ca. drei Minuten pro Patientin pro Woche. Vorläufige Zwischenergebnisse versprechen eine positive Wirkung auf die Symptomentwicklung.



Handlungsoptionen

Das Projekt verspricht, zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen mit Bulimia nervosa beizutragen. Weil der Aufwand für Technik und Betreuung der Patientinnen niedrig ist, bietet sich das Nachsorgeprogramm gerade für spezialisierte Einrichtungen an, die Patientinnen überregional versorgen. Diese Gruppe ist mit der Interaktion über SMS vertraut; gestützt durch das Erleben einer kontinuierlichen Betreuung können die Teilnehmerinnen die Rückmeldungen für sich selbst nutzen. Insofern fördert der Ansatz die Fähigkeit zum Selbstmanagement und zur Selbstverantwortung. Das Konzept wurde aufgrund der positiven Erfahrungen mittlerweile für andere Krankheitsbilder adaptiert (Schizophrenie, Übergewicht im Kindes- und Jugendalter).

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Die niedrige Abbruchquote deutet auf eine gute Akzeptanz des SMS-Programms hin; Zwischenergebnisse versprechen eine positive Wirkung.**
- **Das Programm ermöglicht kostengünstige und nutzungsfreundliche Nachsorge für Bulimiepatientinnen.**
- **Ein Transfer des Programms in die Routineversorgung ist realistisch, Adaptationen für andere Patientengruppen und Versorgungsektoren erscheinen naheliegend.**

Publikationen

Bauer S, Hagel J, Okon E, Meermann R, Kordy H. (2006). Erfahrungen mit dem Einsatz des Short Message Service (SMS) in der nachstationären Betreuung von Patientinnen mit Bulimia nervosa. *Psychodynamische Psychotherapie*, 3, 127-136.

Bauer S, Percevic R, Okon E, Meermann R, Kordy H. (2003). Use of Text Messaging in the Aftercare of Patients with Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 279-290.

Kontakt

Dr. Hans Kordy
 Forschungsstelle für Psychotherapie
 Zentrum für Psychosoziale Medizin
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Bergheimer Straße 54
 69115 Heidelberg
 Telefon: 06221 56-38170
 E-Mail: hans.kordy@med.uni-heidelberg.de

Hohe Akzeptanz bei Psychiatriepatienten

Fachtitel: „Ergebnismonitoring und Ergebnismanagement in der stationären psychiatrischen Versorgung (EMM)“

Kontinuierliche Erfassung (Ergebnismonitoring) und Rückmeldung (Ergebnismanagement) von Gesundungsverläufen während therapeutischer Maßnahmen versprechen mehr Transparenz und Patientenorientierung. Indem Therapeuten regelmäßig systematische Rückmeldungen über den Therapieverlauf ihrer Patienten erhielten, konnten psychotherapeutische Behandlungen günstig beeinflusst werden. Unklar ist bislang, ob solch ein Feedback auch für psychisch schwerer erkrankte Menschen in stationärer Behandlung nützlich sein könnte.

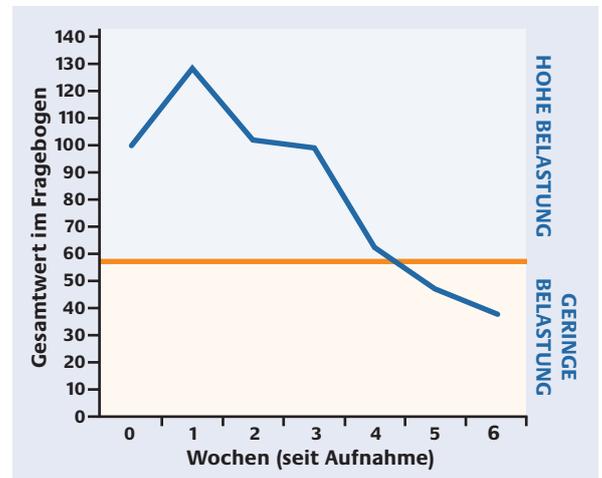
Fragen

Wie praktikabel ist die Verwendung von Ergebnisrückmeldungen in der stationären psychiatrischen Versorgung? Wirkt sie sich positiv auf den Behandlungserfolg aus? Trägt sie zu einer besseren Verteilung der therapeutischen Ressourcen bei?

Methodik

Zwischen September 2005 und März 2007 gaben 294 Patienten von zehn Stationen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität am Bezirkskrankenhaus Günzburg ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme. Deren 49 Behandler (Ärzte und Psychologen) wurden zufällig einer Feedback-Gruppe oder einer Nicht-Feedback-Gruppe zugeteilt.

Alle teilnehmenden Patienten füllten während ihres Krankenhausaufenthalts einmal wöchentlich einen standardisierten Befindlichkeits-Fragebogen am Computer aus. Den der Feedback-Gruppe zugewiesenen Behandlern und ihren Patienten wurde das Ergebnis dieses Fragebogens jeweils zeitnah rückgemeldet.



Die anonymisierte Rückmeldung an einen teilnehmenden Patienten besteht aus einem grafischen Teil, in dem der Gesundungsverlauf seit Aufnahme ins Krankenhaus dargestellt ist, und einer kurzen schriftlichen Erläuterung mit einer Behandlungsempfehlung. Im dargestellten Fall wird angesichts des guten Fortschritts empfohlen, eine weniger intensive Behandlung zu erwägen.

Die Beurteilung des kurz- und mittelfristigen Behandlungserfolgs erfolgte durch umfassende Einschätzungen des Gesundheitszustands der Studienteilnehmer zu drei Zeitpunkten (Aufnahme, Entlassung und Sechs-Monats-Katamnese).

Ergebnisse

Trotz ihrer schweren psychischen Beeinträchtigung war es für die teilnehmenden Patienten sehr selten schwierig, den Fragebogen wöchentlich am Computer auszufüllen. Dafür brauchten sie im Mittel zehn Minuten.

88 Prozent der Patienten in der Feedback-Gruppe berichteten, dass sie ihre Rückmeldungen lasen. Die überwiegende Mehrheit dieser Teilnehmer beurteilte die Rückmeldungen positiv. So sagten über zwei Drittel, die Rückmeldungen hätten ihnen geholfen, sich ein besseres Bild von ihrer Situation zu machen und hätten sie für die Behandlung motiviert. Aus Patientensicht fanden allerdings eher selten Gespräche mit den Behandlern über die Rückmeldungen statt.

Die Behandler in der Feedback-Gruppe sahen die Rückmeldungen überwiegend als Bestätigung oder gar Ergänzung ihrer klinischen Sicht. Etwa die Hälfte sagte, dass sie die Rückmeldungen für die Behandlungsplanung nutzen konnten.

Erste Auswertungen ergaben für die Feedback-Gruppe keinen besseren Behandlungserfolg aus Patientensicht zum Zeitpunkt der Entlassung. Es zeigte sich aber tendenziell ein günstiger Effekt der Intervention auf die Behandlungsdauer: Patienten mit einem eher guten Behandlungsverlauf wurden etwas früher aus dem Krankenhaus entlassen, wenn sie und ihre Therapeuten Rückmeldungen erhielten. Dagegen blieben Patienten mit schlechtem Behandlungsverlauf eher länger stationär, wenn der negative Verlauf rückgemeldet wurde. Dies spricht dafür, dass die ErgebnISRückmeldung zu einer adaptiven und ergebnisorientierten Verteilung von Behandlungsressourcen beitragen kann.



Handlungsoptionen

Ausgehend von EMM könnten ähnliche Rückmeldesysteme in anderen psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eingesetzt werden. Dafür spricht, dass – sobald die EDV-Voraussetzungen erfüllt sind – die Maßnahme mit geringem personellem und finanziellem Aufwand durchgeführt werden kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Ergebnismonitoring in der stationären psychiatrischen Behandlung erwies sich als praktikabel. Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung waren gut in der Lage, wöchentlich computerbasiert mittels eines standardisierten Fragebogens Auskunft über ihre psychischen Probleme zu geben.**
- **Die Akzeptanz der Ergebnis-Rückmeldungen bei den Patienten war hoch. Die meisten berichteten, dass sie diese gewinnbringend nutzen konnten.**
- **Bei den Behandlern zeigte sich eine moderate Akzeptanz und Verwendung der Rückmeldungen.**
- **Die systematischen Rückmeldungen zeigten keinen Einfluss auf das direkte Behandlungsergebnis aus Patientensicht am Ende des Krankenhausaufenthalts.**
- **Es gibt Hinweise, dass sich die Behandlungsdauer stärker am individuellen Behandlungsbedarf von Patienten orientiert, wenn regelmäßig ein Feedback gegeben wurde. Dies könnte insgesamt betrachtet zu einer optimierten Verteilung von Behandlungsressourcen führen.**

Kontakt

Prof. Dr. Thomas Becker,
Dr. Bernd Puschner
Universität Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
am BKH Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg
Telefon: 08221 96-2866
E-Mail: bernd.puschner@bkh-guenzburg.de

Leitliniennahe Therapie nach akutem Herzinfarkt

Fachtitel: „Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsart, Leistungsintensität und Behandlungsergebnis für ausgewählte chronische Erkrankungen – eine Analyse auf der Basis von GKV-Daten“

Patienten, die einen Herzinfarkt überlebt haben, besitzen ein hohes Risiko dauerhafter Invalidität. Daher bedürfen die meisten von ihnen einer ständigen medikamentösen Therapie, um einen erneuten Infarkt zu verhindern. Welche Therapie die beste ist, haben Wissenschaftler in vielen Studien untersucht und in Leitlinien zusammengefasst. Darin wird nach akutem Herzinfarkt die gleichzeitige dauerhafte Therapie mit Arzneimitteln aus den vier verschiedenen Wirkstoffgruppen Thrombozytenaggregationshemmer, Betablocker, ACE-Hemmer und Lipidsenker empfohlen.

Fragen

Ob und in welchem Maße werden die in den Leitlinien niedergelegten Behandlungsempfehlungen von den behandelnden Ärzten umgesetzt? Überlebten die entsprechend den Leitlinien behandelten Patienten länger bzw. erlitten sie seltener einen erneuten Infarkt?

Methodik

Die Studie stützt sich auf die pseudonymisierten Krankenkassendaten von ca. 300.000 Versicherten der AOK Hessen/KV Hessen, die von 1998 bis 2005 vorlagen. Beginnend mit den Jahren 2000 bis 2001 konnten 1.111 Personen mit der bei Entlassung aus dem Krankenhaus gestellten Diagnose „akuter Herzinfarkt“ bis 2005 bzw. bis zu ihrem Tod oder Ausscheiden aus der AOK beobachtet werden. Die Leitliniennähe wurde auf zwei Arten untersucht. 1. Definition: Als leitliniennah therapiert galt, wer Arzneimittel aus zwei der vier Wirkstoffgruppen mindestens an der Hälfte der beobachtbaren Tage verordnet bekam. 2. Definition: Die Leitliniennähe

wurde als Verhältnis zwischen beobachteter Therapie (= Summe der Medikamente pro Tag) und optimaler Therapie (= alle vier Substanzen jeden Tag) prozentual berechnet. Der Zusammenhang zwischen der Leitliniennähe der Therapie und dem Überleben bzw. einem erneuten Herzinfarkt wurde mithilfe statistischer Modelle analysiert.

Ergebnisse

Während der Nachbeobachtung, die durchschnittlich vier Jahre und sechs Wochen dauerte, verstarben 333 (30 %) Patienten, 283 Personen (22,5 %) erlitten einen erneuten Herzinfarkt. Nur 13 Prozent der beobachteten Patienten erhielten die in den Leitlinien empfohlenen vier Substanzen mindestens an einem Tag.

- Gut zwei Drittel der Studienpopulation erhielt mindestens eine Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers, 20 Prozent erhielten die Verordnung über mindestens die Hälfte der Nachbeobachtungszeit.
- Drei Viertel erhielten eine Betablocker-Verordnung, jedoch nur knapp elf Prozent über mehr als die Hälfte der Beobachtungszeit.
- Ein ACE-Hemmer wurde 80 Prozent der Patienten verordnet. Nur 40 Prozent erhielten ACE-Hemmer über mehr als die Hälfte der beobachteten Tage.

Mithin konnten nur gut ein Fünftel (21,8 %) der beobachteten Therapien entsprechend der ersten Definition als leitliniennah bezeichnet werden. 19 Prozent wiesen eine Leitliniennähe von mehr als 40 Prozent auf. Für jüngere Patienten und Männer war es wahrscheinlicher, eine leitliniennahe Therapie zu erhalten. Die leitliniennah behandelte Gruppe wies – verglichen mit den nicht leitliniennah Therapierten – ein um 50 Prozent geringeres Risiko auf, zu versterben. Der Zusammenhang zwischen leitliniennaher Therapie und erneutem Herzinfarkt war nicht statistisch signifikant. Bei Anwendung der zweiten Definition reduzierte eine zehnpromtente Verbesserung der Leitliniennähe das Sterberisiko um 27 Prozent.

Handlungsoptionen

Krankenkassen können sowohl die Methodik zur Ermittlung der Leitliniennähe als auch die Ergebnisse für Case Management und gezielte Versorgungsprogramme nutzen. Für die Umsetzung

einer leitliniennahen Therapie im Praxisalltag müssen drei Akteure verstärkt Sorge tragen:

- das Gesundheitssystem und seine Rahmenbedingungen (z. B. Honorierung von Beratungsleistungen, nichtsektorale bzw. angepasste Budgets),
- Ärzte durch Fortbildungen über die aktuellen Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin und mittels datengestütztem Feedback über das eigene Handeln (z. B. Qualitätszirkel, Praxissoftware) und
- Patienten durch eigenverantwortliches Handeln.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Die zwischen 2000 und 2005 von den kardiologischen Fachgesellschaften in Leitlinien als Stand der evidenzbasierten Medizin veröffentlichten Therapieempfehlungen für die Sekundärprävention nach akutem Herzinfarkt wurden nur rudimentär umgesetzt.**
- **Alle Substanzen mit nachgewiesener Prognose-verbessernder Wirkung wurden zu selten und zu kurz verordnet. Die empfohlene lebenslange Therapie konnte bei keinem Studienteilnehmer (über den gesamten Beobachtungszeitraum) festgestellt werden.**
- **Die unter Alltagsbedingungen ermittelten Ergebnisse legen nahe, dass eine verbesserte Leitliniennähe der Pharmakotherapie zu einer substanziellen Risikoreduktion (erneuter Herzinfarkt, Tod) führen könnte.**

Kontakt

Dr. Jutta Küpper-Nybelen,
Dr. Ingrid Schubert
PMV forschungsgruppe an der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universität zu Köln
Herderstraße 52-54
50931 Köln
Telefon: 0221 478-6545, 0221 478-6848
E-Mail: jutta.kuepper-nybelen@uk-koeln.de,
ingrid.schubert@uk-koeln.de
Internet: www.pmvforschungsgruppe.de

Bessere Motorik nach einem Schlaganfall

Fachtitel: „Ambulante Physiotherapie von chronischen Schlaganfallpatienten zu Hause: Gepulste, zielorientierte Therapie vs. konventionelle, kontinuierliche Therapie“

Der Schlaganfall trifft ca. 200.000 Deutsche jedes Jahr, er ist die häufigste Ursache für bleibende Behinderungen in der industrialisierten Welt. Die Versorgung der Patienten auf einer „stroke unit“ und nachfolgend in der stationären Frührehabilitation ist in Deutschland beispielgebend. Über die Güte der nachfolgenden ambulanten Versorgung dagegen ist noch wenig bekannt. Üblich sind 20- bis 30-minütige ambulante Therapien in Praxen oder im Rahmen eines Hausbesuchs mit einer Frequenz von zwei Terminen pro Woche. Die Inhalte der Therapie sind sehr unterschiedlich: Sie reichen von Dehnungsübungen im Liegen bis zur Rehabilitation von Stand und Gang in der Praxis oder der Wohnung. Daten zur Effektivität liegen nur beschränkt vor.

Fragen

Das vorliegende Forschungsprojekt zielte auf eine Optimierung der ambulanten Therapie bei gleichzeitiger Kostenneutralität. Konkret wurde gefragt, ob eine intermittierende, hochintensive und alltagsorientierte Therapie zuhause effektiver wäre. Sie umfasste vier 45-minütige Termine über zwei Monate, gefolgt von einer zweimonatigen Pause, in der der Patient mithilfe eines Eigenübungsprogramms versuchte, das Neuerlernte zu festigen. Zwölf Monaten lang erfolgten drei Therapieblöcke und drei Blöcke der Eigenübung (pro Block zwei Monate). Übereinstimmend mit Konzepten zum motorischen Lernen wurde ein überlegener Effekt in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe, die die übliche ambulante und somit weniger alltagsbezogene Therapie erhielt, hinsichtlich motorischer Funktionen unterstellt.



Methodik

Untersucht wurden 50 Schlaganfallpatienten, die einen erstmaligen Insult erlitten hatten, im Anschluss an eine mehrwöchige stationäre Frührehabilitation nach Hause entlassen worden waren, dort noch auf mäßige Hilfe in den alltäglichen Verrichtungen angewiesen waren, geistig und sprachlich kompetent waren und der Teilnahme zustimmten. Per Los (Patienten zogen es selbst) wurden sie der Experimental- oder der Kontrollgruppe zugeteilt.

Primär waren die motorischen Funktionen der Arme und Beine (Einsatz der Arme und Hände, Aufstehen, Stehen, Gehen, Treppensteigen etc.). Sekundär waren u. a. die Kompetenz im Haushalt, die Zufriedenheit, die Entwicklung der Spastik und die Anzahl der Stürze, die so schwer waren, dass der Patient zumindest für eine Woche nicht an der Therapie teilnehmen konnte. Auch wurden die Therapeuten um ihre Einschätzung gebeten. Die Untersuchungen erfolgten zu Beginn und am Ende jeder Phase.

Ergebnisse

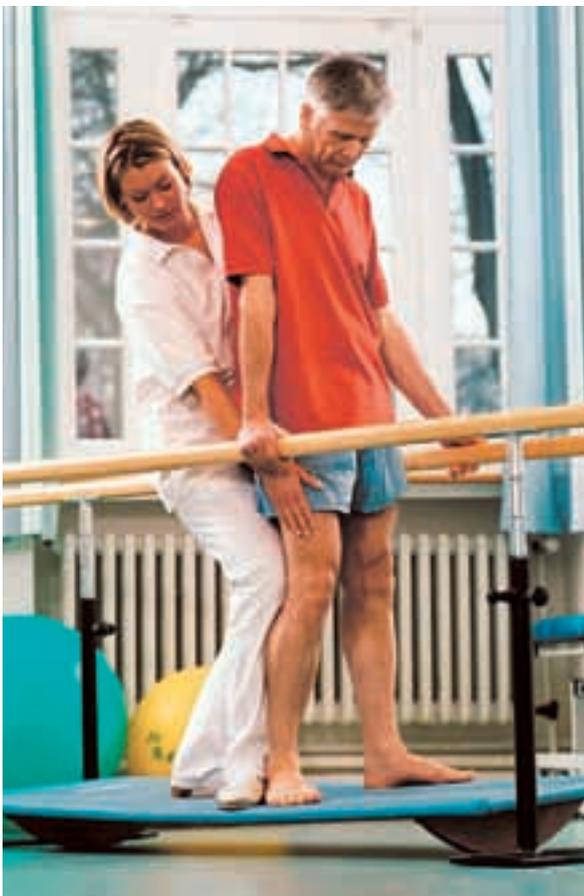
- Die Patienten beider Gruppen verbesserten ihre motorischen Funktionen über die Zeit: die der Beine am meisten innerhalb der ersten drei Monate nach der Entlassung, die der Arme im letzten Drittel der Studie. Ein Unterschied war jedoch nicht feststellbar.
- In der Experimentalgruppe waren zwei und in der Kontrollgruppe acht Patienten so schwer gestürzt, dass sie wegen Frakturen und schweren Prellungen an der Therapie für mindestens eine Woche nicht teilnehmen konnten.
- Die Arm- und Beinspastik war in der Kontrollgruppe signifikant stärker angestiegen.
- In der Experimentalgruppe war der hohe Fahrt- aufwand für Therapeuten zu berücksichtigen. Auch brachte die ausschließliche Therapie zu Hause in Einzelfällen Schwierigkeiten in der Abgrenzung mit sich. Daneben fiel die soziale Isolation der Patienten auf.
- In der Summe wurde über die zwölf Monate nicht mehr Therapie in Anspruch genommen.

Handlungsoptionen

- In der Summe unterschied sich die Therapieintensität nicht. Entgegen der ursprünglichen Annahme unterschieden sich auch die motorischen Funktionen zwischen den beiden Gruppen nicht. Hinzu kam der sehr hohe Aufwand für die Therapeuten, die von einem Standort aus Patienten im gesamten Berliner Raum betreut hatten.
- Die Frequenzen schwerer Stürze mit erforderlicher ärztlicher Versorgung und erzwungener Therapiepause unterschieden sich jedoch zwischen den beiden Gruppen deutlich. Alle Stürze waren entweder beim Transfer in den Rollstuhl oder beim Aufstehen passiert, keiner dagegen beim Gehen. Gerade jedoch den Transfer und das Aufstehen hatten die Therapeuten der Experimentalgruppe intensiv geübt. Offenbar unterschieden sich die Fähigkeit zum Transfer oder zum Aufstehen nicht, wohl aber die Sicherheit, gerade wenn Ablenkungen hinzukamen. Die Experimentaltherapie bietet sich somit als Alternative an.
- Daher erscheint das gewählte Vorgehen überlegenswert, zumal über die zwölf Monate hinweg nicht mehr Therapie in Anspruch genommen

wurde. Überlegt werden sollte, dass in den Therapieperioden nicht mehr ausschließlich zuhause behandelt wird, sondern auch in der Gruppe außerhalb der Wohnsituation der Patienten. Der ausschließliche Hausbesuch könnte die soziale Isolation der Patienten gefördert haben.

- Die Studie unterlag zwei wichtigen Einschränkungen: kleine Anzahl der Patienten, wenig strenge Kontrolle der Therapie in der Kontrollgruppe. Eine etwaige Nachfolgestudie sollte beide Punkte berücksichtigen.



Kontakt

Prof. Dr. Stefan Hesse
 Medical Park Berlin
 Klinik Humboldtmühle
 E-Mail: s.hesse@medicalpark.de

Selbsthilfe bei „offenem Bein“

Fachtitel: „Patienten mit Ulcus cruris zur Selbstpflege befähigen: Tandempraxen als Modell der interdisziplinären Begleitung“

Die schwerste Folge einer chronischen Venenerkrankung stellt das sogenannte „offene Bein“ (Ulcus cruris venosum) dar. Es benötigt eine konsequente Therapie, bei der die Patienten selbst viel Verantwortung übernehmen. In erster Linie muss die Kompressionstherapie (mit Binden, einem Strumpf oder einer Strumpfhose) konsequent durchgeführt werden. Daneben geht es aber auch um die Wundversorgung und das Alltagsleben, das teilweise an die Erkrankung angepasst werden muss.

Fragen

Die Übernahme dieser Aufgaben könnte Patienten leichter fallen, wenn sie aus der Arztpraxis heraus intensiv begleitet werden – so die Überlegungen der Forscher. Sie entwickelten das Konzept der „Tandempraxen“, in denen ein Pflegeexperte die Arbeit des Arztes ergänzt. Es wurde untersucht, ob diese pflegerische Beratung und Begleitung zu einer Verbesserung der Wundheilung und der Lebensqualität bei den Patienten führte. Außerdem wollten allgemeinmedizinische und pflegewissenschaftliche Forscher das Zusammenspiel von Arzt, Pflegeexperte und Patient beschreiben und verstehen.

Methodik

Die Studie wurde als randomisiert-kontrollierte Studie mit 300 Patienten geplant. Über Dokumentations- oder Fragebögen wurden die Wundheilung (Instrument: LUMT) und die Lebensqualität (Instrument: FLQA) standardisiert erfasst und vergleichend ausgewertet. Weitere Fragen dienten zum Beispiel der Erfassung der Selbstpflegekompetenz (Instrument: WAS-VOB). Zusätzlich war eine gesundheitsökonomische Evaluation geplant. Wie das Tandem funktioniert, wurde in einem

qualitativen Ansatz erforscht. Patienten, Ärzte und Pflegeexperten wurden zur Wirkung der Tandempraxis interviewt.

Ergebnisse

- Die angestrebte Patientenzahl konnte bei Weitem nicht erreicht werden. Daher war keine Untersuchung möglich, ob die Tandempraxis zu einer Verbesserung der Wundheilung und der Lebensqualität führt.
- Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Patienten sowohl in der eigenen Einschätzung als auch aus Sicht der Ärzte und Pflegeexperten von der zusätzlichen Begleitung profitieren.
- Die psychosoziale Unterstützung und die Vermittlung von krankheitsspezifischer Information scheinen dazu zu führen, dass die Patienten die Kompressionstherapie konsequenter durchführen und teilweise sogar die Wundbehandlung selbst übernehmen können.
- Auch die Veränderung von Alltagsgewohnheiten scheint den Patienten leichter zu fallen. Ärzte und Pflegeexperten sahen allerdings auch die Notwendigkeit, ihre Zusammenarbeit kontinuierlich zu verbessern.

Handlungsoptionen

Das Konzept der Tandempraxis sollte weiter erprobt und erforscht werden. Ansatzpunkte für ein erweitertes Angebot an Patienten in ärztlicher Behandlung sind diese Fragen: In welchem Umfang erfordert eine Erkrankung die Selbstpflege des Patienten? Ist der betreffende Patient zur Selbstpflege fähig? Wie kann seine Kompetenz zur Selbstpflege verbessert werden?

Denkbar wäre ein Modellprojekt, das sich nicht auf ein spezielles Krankheitsbild konzentriert, sondern allgemein die Stärkung der Selbstpflegekompetenz von Patienten anstrebt. Die Umsetzung eines solchen Konzepts erfordert die Schulung von Ärzten und ihrer nichtärztlichen Tandempartner in Bezug auf Selbstpflege und Selbstpflegedefizite beim Patienten. Zugleich scheint eine Begleitung der Tandempraxen erforderlich, um eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeexperten sicherzustellen. Die begleitende Evaluation sollte Parameter auf Seiten des Patienten wie auch des Arztes und des Pflegeexperten berücksichtigen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Wegen der zu kleinen Fallzahl können keine Schlüsse auf die Wirksamkeit von Tandempraxen für Patienten mit einem „offenen Bein“ gezogen werden.**
- **Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Ergänzung der ärztlichen Behandlung im Sinne eines Tandems bei verschiedenen Krankheitsbildern sinnvoll sein kann, wenn Patienten eine eingeschränkte Selbstpflegekompetenz haben.**
- **Die Wirkung des Pflegeexperten scheint auf psychosozialer Unterstützung des Patienten und Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen zu beruhen.**

Publikationen

Herber O, Schnepf W, Rieger MA. (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health & Quality of Life Outcomes* 5:44.

Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. Developing a Nurse-Led Education Program to Enhance Self-Care Agency in Leg Ulcer Patients. *Nurs Sci Q* 2008; 21; 150-155.

Kontakt

Prof. Dr. Stefan Wilm

Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten
Telefon: 02302 926-741
Fax: 02302 926-745
E-Mail: stefan.wilm@uni-wh.de

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahere Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin
Anschrift: s. o.
Telefon: 02302 926-358
Fax: 02302 926-318
E-Mail: w.schnepf@uni-wh.de

Aufsuchende Behandlung von Heimkindern

Fachtitel „Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte“

Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen sind eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen. Gleichzeitig ist eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Unterversorgung zu verzeichnen. Es kommt immer wieder zu krisenhaften Zuspitzungen, die oftmals zu teuren stationären Aufnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie führen, da insbesondere spezifisch auf diese Zielgruppe zugeschnittene ambulante Versorgungsangebote fehlen.

Fragen

Das am Universitätsklinikum in Ulm entwickelte ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsprogramm wurde im Rahmen von aufsuchenden Liaison-Diensten direkt in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen umgesetzt. Seine Merkmale sind Niedrigschwelligkeit des Behandlungszugangs, Einbeziehung und Beratung der Jugendhilfemitarbeiter sowie abgestufte Kriseninterventionen. Die Behandlung erfolgte leitlinienbasiert und an den Schweregrad des jeweiligen Störungsbildes angepasst. Untersucht wurde die Wirksamkeit der aufsuchenden Behandlung der hoch belasteten Jugendlichen. Geklärt werden sollte, ob durch die frühzeitige und kontinuierliche ambulante Behandlung stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen vermieden oder verkürzt werden können und welche Veränderungen in der Symptomatik und im psychosozialen Funktionsniveau erreicht werden.



Methodik

Die Überprüfung der Wirksamkeit erfolgte über zwölf Monate in elf stationären Jugendhilfeeinrichtungen (Interventionsgruppe), die regelmäßig von Kinder- und Jugendpsychiatern aufgesucht wurden (Geh-Struktur). 288 Jugendliche wurden in das Interventionsprogramm aufgenommen. Als Kontrollgruppe dienten weitere 15 Einrichtungen mit 336 Jugendlichen, welche die übliche Regelversorgung (Komm-Struktur) erhielten. Hier fanden keine speziellen (zusätzlichen) Behandlungsleistungen statt. Überprüft wurden die Zahl der stationären Behandlungstage, das psychosoziale Funktionsniveau, die psychische Symptombelastung sowie die Lebensqualität der Jugendlichen zu Beginn, sechs und zwölf Monate nach Beginn der Beobachtungsphase.

Ergebnisse

In der Interventionsgruppe kam es infolge kürzerer stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen zu deutlich weniger stationären Pflagetagen als in der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung. Außerdem konnte im Vergleich zur Regelversorgung ein sehr viel höherer Anteil der psychisch stark belasteten Jugendlichen kinder- und jugendpsychiatrisch versorgt werden. In beiden Gruppen kam es während des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums mit intensiven pädagogischen Bemühungen zu einer Reduktion von psychischer Symptombelastung sowie zu einem Anstieg von psychosozialen Funktionsniveau und Lebensqualität der Jugendlichen. Die zu Studienbeginn stärker belastete Interventionsgruppe profitierte in hohem Maße von der aufsuchenden Behandlung. Durch die Integration aufsuchender kinder- und jugendpsychiatrischer

Behandlung in das Betreuungsangebot wurde ein positives Ansprechen auf die pädagogischen Bemühungen in den Einrichtungen gefördert, die psychosoziale Integration der Jugendlichen gelingt somit leichter.

Handlungsoptionen

Bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen liegen gravierende und behandlungsbedürftige psychische Belastungen vor. Sie benötigen vielfach besonders aufwendige und in jedem Fall sozialpsychiatrisch ausgerichtete Behandlungsansätze. Da jedoch gerade an den oft ländlichen Standorten von Jugendhilfeeinrichtungen erhebliche Lücken im ambulanten Versorgungsnetz bestehen, bedeutet die aufsuchende Behandlung für viele der untergebrachten Kinder und Jugendlichen die einzige praktikable Möglichkeit, eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung zu erhalten. Fahraufwand und multimodale Behandlungsprogramme erhöhen zwar den Ressourcenbedarf. Doch bietet die kostengünstigere ambulante Versorgung von vielen bedürftigen Kindern und Jugendlichen gegenüber der teuren stationären Versorgung von wenigen Betroffenen deutliche Vorteile. Sie dient am besten dem Wohl dieser Gruppe.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Im Vergleich zur Regelversorgung können mit einem aufsuchenden ambulanten Behandlungsprogramm teure stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungszeiten eingespart werden.**
- **Gleichzeitig kann der kinder- und jugendpsychiatrische bzw. jugendpsychotherapeutische Versorgungsgrad von Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen verglichen mit der üblichen Behandlung nach dem Komm-Prinzip signifikant erhöht werden.**
- **Aufgrund der Komplexität und Schwere der psychischen Symptomaten versprechen multimodale Therapieansätze, kombiniert mit intensiver pädagogischer Betreuung, den größten Erfolg.**

Kontakt

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhoevelstraße 5
89075 Ulm
Telefon: 0731 500-61700
E-Mail: lutz.goldbeck@uniklinik-ulm.de

Psychoedukation senkt Krankheits-tage bei Schizophrenie

Fachtitel: „Wie können stationäre Wiederaufnahmen schizophrener Patienten am kosteneffektivsten verhindert werden? Aufwandsgestaffelter Vergleich verschiedener Compliance-Programme“

Die Schizophrenie ist eine der teuersten Krankheiten in Deutschland. Der Hauptteil dieser Kosten entsteht dadurch, dass etwa die Hälfte aller schizophrenen Patienten die – in allen Behandlungsleitlinien dringend empfohlene – medikamentöse Rückfallschutzbehandlung abbricht und deshalb fast jedes Jahr wegen eines Rückfalls wieder stationär behandelt werden muss. Durch spezielle die Compliance verbessernde Programme (z. B. sog. Psychoedukation) können die Wiederaufnahmeraten wie auch die Kosten reduziert werden. Psychoedukation wird aber im Rahmen der Regelversorgung nur ca. 20 Prozent der Patienten und nur ca. zwei Prozent der Angehörigen angeboten, weil sie in ihrer derzeitigen Form (Leitung durch ärztliches und/oder psychologisches Personal) relativ aufwendig ist und weil teilweise Zweifel an ihrer Wirksamkeit bestehen.

Fragen

Untersucht wurde, ob Verbesserungen der Compliance und damit verbunden eine Reduktion von Krankenhaustagen auch mit weniger aufwendigen Programmen (Leitung einer Psychoedukationsgruppe durch ehemalige Patienten (Peer-to-peer) bzw. Video-Edukation) erzielt werden können. Bislang fehlte ein direkter Vergleich zwischen den unterschiedlich aufwendigen Programmen. Neben dem Vergleich dieser Programme sollte die Untersuchung auch Aufschluss über die generelle Wirksamkeit von psychoedukativen Maßnahmen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe geben, deren Mitglieder solche Maßnahmen nicht erhielten.

Methodik

Innerhalb der multizentrischen, randomisierten Studie wurden drei unterschiedlich aufwendige psychoedukative Programme (Profi-geleitet, Peer-geleitet, Video-geleitet) zur Förderung der Compliance miteinander und mit einer Kontrollgruppe verglichen.

Ergebnisse

Alle drei Interventionsgruppen sind im klinischen Versorgungsalltag gut durchzuführen und finden Anklang bei den Patienten. Besonders geschätzt werden die Peer-Moderatoren, die die Erkrankung Schizophrenie aus eigener Erfahrung kennen und deswegen bei den Teilnehmern als besonders glaubwürdig gelten. Erste Kurzzeit-Ergebnisse zeigen, dass der Wissenszuwachs in der Profi-geleiteten Gruppe am größten ist, gefolgt von den Peer-geleiteten Gruppen und den Video-geleiteten Gruppen. In der Kontrollgruppe findet kein Wissenszuwachs statt. Der Wissenszuwachs in der Profi-geleiteten Gruppe ist fast identisch mit dem in einer früher am Centrum für Disease Management durchgeführten, vergleichbaren Psychoedukationsstudie. Darin zeigte sich, dass die Patienten der Profi-geleiteten Psychoedukationsgruppe im Folgejahr im Mittel 75 Krankenhaustage hatten, im Vergleich zu 225 Krankenhaustagen in der Kontrollgruppe. Für die aktuelle Studie werden für die Profi-geleitete Psychoedukationsgruppe ähnliche Einsparungen von Krankenhaustagen erwartet. Für die Peer-Gruppe und die Video-Gruppe werden voraussichtlich etwas weniger Krankenhaustage eingespart werden können als für die Profi-geleitete Gruppe.

Handlungsoptionen

Damit Patienten mit Schizophrenie in Zukunft seltener stationär behandelt werden müssen, sollten psychoedukative Maßnahmen in allen Kliniken und vor allem auch im ambulanten Sektor zum Standard-Programm gehören. Als Mindestmaß sollte hierbei die Video-Edukation erfolgen, die wenig zeit- und personalaufwendig ist. Die für diese Maßnahmen notwendige Finanzierung ist beispielsweise im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV) möglich. Durch eine entsprechende Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen ist eine angemessene Vergütung für

die Durchführung dieser die Compliance verbessernden Maßnahmen möglich, sodass jeder Patient im Rahmen eines solchen IV-Modells an einer Psychoedukation teilnehmen kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Je nach vorhandenen Ressourcen (Personal, Peer-Moderatoren) können im Versorgungsalltag unterschiedlich aufwendige Psychoedukations-Strategien eingesetzt werden (durch die aufwendigeren Verfahren lassen sich voraussichtlich mehr Krankenhaustage einsparen).**
- **Die wenig aufwendige und kostengünstige Video-Edukation sollte als Mindestinformation für alle Patienten mit Schizophrenie angeboten werden.**

Kontakt

**Dr. Werner Kissling,
Dr. Christine Rummel-Kluge**
Technische Universität München
Centrum für Disease Management am
Klinikum rechts der Isar
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Möhlstraße 26
81675 München
Telefon: 089 4140-4207, 089 4140-6676
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de,
christine.rummel@lrz.tum.de

Tabelle 3: Projekte der dritten Förderphase

Fachtitel	Kontakt
Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitliniengestützte Intervention	<p>Univ.-Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz Universitätsklinikum Düsseldorf Abteilung für Allgemeinmedizin Moorenstraße 5 40225 Düsseldorf Telefon: 0211 81-17771 Fax: 0211 81-18755 E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de</p> <p>Prof. Dr. Norbert Schmacke Universität Bremen Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften VFwF Wilhelm-Herbst-Straße 7 28359 Bremen Telefon: 0421 218-8131 E-Mail: schmacke@uni-bremen.de</p>
Effizientere Versorgung von Patienten mit Angst-erkrankungen in der primärärztlichen Praxis	<p>Prof. Dr. Hans-Helmut König Universität Leipzig Professur für Gesundheitsökonomie Klinik und Poliklinik für Psychiatrie Johannisallee 20 04317 Leipzig Telefon: 0341 9724-560 E-Mail: hans-helmut.koenig@medizin.uni-leipzig.de</p>
Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer integrativen, stationär-ambulanten Behandlung von Patientinnen mit Bulimia nervosa unter Nutzung des Short Message Service (SMS)	<p>Dr. Hans Kordy Forschungsstelle für Psychotherapie Zentrum für Psychosoziale Medizin Universitätsklinikum Heidelberg Bergheimer Straße 54 69115 Heidelberg Telefon: 06221 56-38170 E-Mail: hans.kordy@med.uni-heidelberg.de</p>
Ergebnismonitoring und Ergebnismanagement in der stationären psychiatrischen Versorgung (EMM)	<p>Prof. Dr. Thomas Becker, Dr. Bernd Puschner Universität Ulm Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am BKH Günzburg Ludwig-Heilmeyer-Straße 2 89312 Günzburg Telefon: 08221 96-2866 E-Mail: bernd.puschner@bkh-guenzburg.de</p>
Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsart, Leistungsintensität und Behandlungsergebnis für ausgewählte chronische Erkrankungen – eine Analyse auf der Basis von GKV-Daten	<p>Dr. Jutta Küpper-Nybelen, Dr. Ingrid Schubert PMV forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Universität zu Köln Herderstraße 52-54 50931 Köln Telefon: 0221 478-6545, 0221 478-6848 E-Mail: jutta.kuepper-nybelen@uk-koeln.de, ingrid.schubert@uk-koeln.de Internet: www.pmvforschungsgruppe.de</p>
Ambulante Physiotherapie von chronischen Schlaganfallpatienten zu Hause: Gepulste, zielorientierte Therapie vs. konventionelle, kontinuierliche Therapie	<p>Prof. Dr. Stefan Hesse Medical Park Berlin Klinik Humboldt-mühle E-Mail: s.hesse@medicalpark.de</p>

Patienten mit Ulcus cruris zur Selbstpflege befähigen: Tandempraxen als Modell der interdisziplinären Begleitung

Prof. Dr. Stefan Wilm

Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
Telefon: 02302 926-741
Fax: 02302 926-745
E-Mail: stefan.wilm@uni-wh.de

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege
Institut für Pflegewissenschaft
Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
Telefon: 02302 926-358
Fax: 02302 926-318
E-Mail: w.schnepf@uni-wh.de

Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinboelstraße 5
89075 Ulm
Telefon: 0731 500-61700
E-Mail: lutz.goldbeck@uniklinik-ulm.de

Wie können stationäre Wiederaufnahmen schizophrener Patienten am kosteneffektivsten verhindert werden? Aufwandsgestaffelter Vergleich verschiedener Compliance-Programme

Dr. Werner Kissling, Dr. Christine Rummel-Kluge

Technische Universität München
Centrum für Disease Management
am Klinikum rechts der Isar
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Möhlstraße 26
81675 München
Telefon: 089 4140-4207, 089 4140-6676
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de,
christine.rummel@lrz.tum.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unentgeltlich abgegeben. Sie ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen/Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen/Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

Misbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin/dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

