

Editorial

Norbert Schmacke

In der Debatte um die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich der jährlich erscheinende „Krankenhaus-Report“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK einen festen Platz erobert, er ist eine unverzichtbare Referenzquelle für alle, die sich im Rahmen von Forschung und Lehre, im Kontext von politischen und journalistischen Debatten datengestützt mit der Situation der stationären Versorgung beschäftigen wollen. Mit einer neuen Publikationsreihe möchte das WiDO nun die bestehende Lücke zur Analyse des ambulanten vertragsärztlichen Bereichs verkleinern. Dabei ist es kein Zufall, dass die Wahl für den ersten Schwerpunkt auf das Thema „chronische Erkrankungen“ fiel. Dieser thematischen Festlegung ist geschuldet, dass neben unmittelbar versorgungsrelevanten Darstellungen in diesem ersten Band eine Reihe von grundlegenden Texten angefordert und eingereicht wurde, die klären helfen, die Dimensionen des Themas zu verstehen und davor schützen, zu rasch auf Patentrezepte zu setzen.

Kaum ein anderer Begriff beherrscht die Debatten um die heutigen Probleme des Gesundheitswesens so sehr wie „chronische Erkrankungen“. Der Wandel des Krankheitspanoramas im letzten Jahrhundert, verstärkt noch einmal seit etwa fünfzig Jahren, ist außerordentlich eindrucksvoll. Der Zusammenhang von chronischer Erkrankung und gestiegener (und weiter steigender) Lebenserwartung ist augenfällig. Und doch ist die Gesellschaft stark irritiert, wie sie mit diesen Befunden umgehen soll. Teils dominieren Katastrophenszenarien, denen zufolge das Gesundheitswesen durch immer aufwändigere und teurere Therapien für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen unbezahlbar zu werden droht. Umso wichtiger ist es, die verfügbaren Datenquellen zur Einschätzung von Inzidenz, Prävalenz und deren Abhängigkeit von präventiven und therapeutischen Standards zu kennen – inklusive der erstaunlich großen Wissensdefizite um „wahre“ Inzidenzen und Prävalenzen. Das Robert Koch Institut und das Statistische Bundesamt liefern hierzu inzwischen allen Ratsuchenden eine der Quellen für „best available evidence“. Es wird deutlich, dass manche Befürchtungen bei Weitem überzogen sind, wenn man sich etwa vergegenwärtigt, dass die Herzinfarkt-Epidemie ihren Höhepunkt längst überschritten hat. Es ist auch schmerzhaft zu verzeichnen, dass eine nachhaltige Datenerhebung keineswegs bei allen chronischen Krankheiten auf wünschenswertem Niveau vorhanden ist. Unstrittig ist bei all dem Gesagten, dass der Weg zu einer datengestützten, bedarfsgerechten Versorgung der häufig an mehreren Erkrankungen leidenden chronisch Kranken weit und voller ungelöster Aufgaben ist (*Beitrag Hintz-peter/List/Lampert/Ziese*).

Die Politik hatte ihren Ratgeber, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, aufgefordert, sich umfassend zu der Frage der Koordination und Integration der Versorgung vor dem Hintergrund der gestiegenen Lebenserwartung zu äußern: Kernergebnisse des Sondergutachtens 2009 werden in einem eigenen Kapitel präsentiert und damit einer breiteren Leserschaft zugänglich. Der wissenschaftlich fundierte Rat lautet, die Versorgung neu um eine hochwertige hausärztliche Grundversorgung herum zu organisieren und dabei einen Suchprozess

einzukalkulieren, in dessen Verlauf sich herausstellen kann, welche Wege zur Überwindung der vielfältig beschriebenen Barrieren sich in unterschiedlichen Regionen als effizient erweisen. Damit ist zugleich gesagt, dass Patentrezepte nicht in der Schublade liegen, sondern dass in derartige Versorgungsforschung weitaus konsequenter als heute investiert werden muss, soll nicht noch mehr kostbare Zeit vergeudet werden (*Beitrag Gerlach/ Beyer/Erler*).

Großen Raum nimmt in diesem Buch aus gutem Grund die Darstellung der Disease-Management-Programme (DMP) ein. Am Beginn stand im politischen Raum fast „aus dem Off“ die Diskussionsfigur der Unter-, Über- und Fehlversorgung, teils im Gefolge von Botschaften der sich entwickelnden Versorgungsforschung, teils als Ausdruck einer Skandalisierung, die ihrerseits in der Ärzteschaft auf heftigen Widerstand stieß. Diabetologen wollten sich nicht sagen lassen, dass es zu viele Amputationen und Herzinfarkte wegen schlechter Versorgungskonzepte gebe; Gynäkologen lehnten den Vorwurf ab, es würden unnötig viele radikale Operationen bei Patientinnen mit Brustkrebs durchgeführt. Als die Bundespolitik sich dann entschied, die Einführung der DMPs an die Systematik des Risikostrukturausgleichs zu binden und auf dem Verordnungsweg evidenzbasierte und strukturierte Versorgungsprogramme als ökonomisch attraktive Option für die gesetzlichen Krankenkassen neben der Regelversorgung zu implementieren, äußerte vor allem die Bundesärztekammer (BÄK) grundsätzliche Kritik. Es ist inzwischen eine historische Anekdote, wie die BÄK im damals für die Entwicklung der DMPs zuständigen Koordinierungsausschuss durch ihre Grundsatzopposition den ihr gerade von der Politik zugestandenen Kredit aufs Spiel setzte. Im Laufe der Jahre sind die Widerstände abgeebbt, auch wenn immer noch Skepsis gegenüber dem Zusatznutzen der DMPs geäußert wird. Es bleibt aber festzuhalten, dass vermutlich erst durch diese in der Tat außergewöhnliche Variante der DMPs im deutschen Gesundheitswesen die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und der Strukturierung der Kooperation der Sektoren verankert worden sind. Die DMPs sind eine wichtige Systeminnovation des zurückliegenden Jahrzehnts, wegen ihrer direkten und vor allem ihrer indirekten Folgen. Ihre Entwicklung wird hier noch einmal ausführlich nachgezeichnet. Dabei wird gerade in der Rückschau besonders deutlich, dass ohne die Anbindung der DMPs an den Risikostrukturausgleich und ohne die zentrale und in dieser Form vollständig neue Rolle der gesetzlichen Krankenkassen ein derartiges Programm zur Beseitigung struktureller Versorgungsmängel chronisch Kranker nicht zustande gekommen wäre. In diesem Licht erscheint auch die vehemente Klage gegen die Bürokratisierung der Sprechstundenmedizin durch die DMPs als inkonsistent: Wie anders als durch eine sorgfältig dokumentierte Leistungsbeschreibung innerhalb der Programme hätte die Steuerung der DMPs realisiert werden können, und wann wäre – rhetorisch gefragt – jemals ein derartiger Reformimpuls ohne die Beseitigung der ökonomischen Diskriminierung einer kostenaufwändigen Chronikerversorgung zu erwarten gewesen? (*Beitrag Jacobs/Linnenbürger sowie Beitrag van Lente/Willenborg*).

Damit ist nicht gleichzeitig gesagt, dass der Nutzen und die Wirtschaftlichkeit der DMPs gemessen an den Maßstäben hochwertiger Methodik zweifelsfrei belegt wären. Es war von Beginn an klar, dass die mit Abstand beste Methode zur Frage der Überlegenheit der DMPs die Durchführung von prospektiven, kontrollierten Studie mittels Zufallsverteilung von Arztpraxen in einen DMP-Interventionsarm

und einen Regelversorgungs-Vergleichsarm gewesen wäre. Dass solche cluster-randomisierten kontrollierten Studien nicht zustande kamen, stellt eine vertane Chance für das Einläuten des kulturellen Wandels von der eminenzbasierten zur evidenzbasierten Medizin dar. Gleichwohl existiert inzwischen, insbesondere zu den DMPs Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit eine ermutigende Evaluationssituation aus unterschiedlichen Datenbeständen und Blickwinkeln. Dies gilt für die Ergebnisse aus Zeitreihen AOK-Versicherter, in denen klassische Risikofaktoren und medikamentöse Behandlungsmuster im Mittelpunkt stehen (*Beitrag Leinert/Maetzel/Olthoff*). Vergleichbare Ergebnisse bezüglich Typ-2-Diabetes liefert die Auswertung der entsprechenden Kohorte in Nordrhein durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. In dieser Region kamen verschiedene Faktoren unterstützend zusammen: große Vorerfahrungen aus der Evaluation von Strukturverträgen zu Diabetes, Herausstellen der Bedeutung des arteriellen Bluthochdrucks für die Behandlung von Diabetikern, Engagement für die Schulung von Ärzten wie Patienten und das ausdrückliche Bekenntnis zur Hausarztzentrierung der klassischen DMPs (*Beitrag Altenhoven/Hagen/Hansen*). Besondere Bedeutung kommt dem neu entwickelten Ansatz des AQUA-Instituts und des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Heidelberg zu: Diese entwickelten zunächst für das Typ-2-Diabetes-DMP ein „second best design“ zur Ermittlung der Auswirkungen der DMPs, mit dem sie die Verzerrungsfaktoren bei einem nicht-kontrollierten Vergleich weitestgehend zu eliminieren versuchen. Die Ergebnisse sprechen anhand der Mortalitätsdaten wie der Lebensqualitätsmessung und Wertschätzung durch die Patienten stark für die Überlegenheit der DMPs. Die Reaktion der Diabetologen auf diese etwa im Vergleich zu allen Arzneimittelstudien herausragenden Ergebnisse bleibt bis heute erstaunlich verhalten (*Beitrag Miksch/Ose/Szecsényi*). Schließlich wird das Evaluationsspektrum ergänzt durch den Ansatz des Helmholtz Zentrums München, das DMP-relevante Daten aus einer repräsentativen Bevölkerungsstudie generiert hat und weitere Argumente für die Überlegenheit der DMPs Diabetes und KHK beisteuert (*Beitrag Stark/Schunk/Holle*). Dieses inzwischen vorhandene Mosaik (van Lente) der Evaluationen kann das Fehlen von randomisierten Studien nicht ersetzen, aber die Hinweise auf den Nutzen der DMPs in der Langzeitbeobachtung immer weiter verdichten.

In der Debatte um die DMPs tauchte immer wieder auch der Vorwurf auf, dass Prävention (gemeint war dann immer primäre Prävention) systematisch ausgeschlossen sei. Ein Vorwurf, der zwar ins Leere läuft, da die Systematik der DMPs mit der Einschreibung von Kranken beginnt, der aber insofern bedenkenswert ist, als die Debatte um die Chancen für die Prävention der so genannten Volkskrankheiten insgesamt zu kurz kommt. In Zeiten, in denen die Idee eines eigenständigen Präventionsgesetzes offenbar von der Politik nicht weiter verfolgt wird, ist es umso wichtiger, sich die Forschungsdaten zu den Potenzialen der Prävention genau anzusehen, eingeschlossen die Erkenntnis, dass hier keineswegs alle Fragen zufriedenstellend beantwortet sind, vielmehr deutlich mehr in Forschung investiert werden müsste (*Beitrag Walter/Lux*).

„Die Kassen haben die Daten“: Diese Auffassung wird immer wieder in der Fachwelt wie der Journalistik vertreten. Am Beispiel der Darstellung und systematischen Reflexion der Datenbestände zur koronaren Herzkrankheit und zur Herzinsuffizienz bei sämtlichen AOK-Versicherten wird deutlich, dass diese Auffassung

die Komplexität der Erhebung und Verwertbarkeit von GKV-Daten massiv unterschätzt. Es zeigt sich, wie wichtig es ist, mit der Logik des Kodierverhaltens und anderer prägender Rahmenbedingungen vertraut zu sein, um nicht dokumentierte Morbidität mit realer Prävalenz zu verwechseln. Vieles ist implausibel, aber an manchen Punkten erwachsen gerade hieraus wichtige Forschungsfragen. Dies gilt zum Beispiel für die Frage, ob das folgenreiche Vorhofflimmern bei der koronaren Herzkrankheit möglicherweise erst in Ansätzen leitlinienkonform behandelt wird und damit eine große Zahl vermeidbarer Schlaganfälle zu erklären ist. Hochgradig implausibel sind aber vor allem gewaltige regionale Unterschiede in der dokumentierten Erkrankungshäufigkeit und der Leistungsanspruchnahme: Derartige Differenzen waren bekanntlich ein zentraler Ausgangspunkt für die US-amerikanische Health Services Research, die sich mit dem Namen von Jack Wennberg verbindet. Über-, Unter- und Fehlversorgung sind anders gesagt kein Modethema, sondern gut belegte Alltagsrealität (*Beitrag Gerste*).

In der Versorgungsforschung allgemein wie in der Debatte um die Entwicklung belastbarer Qualitätsindikatoren wird seit langem die Frage der Erhebung und Interpretation von Routinedaten diskutiert. Insofern bietet es sich an, den Blick auf einen der besten derartiger Datenbestände – die Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen – zu lenken und danach zu fragen, wie die regelmäßig generierten Versorgungsdaten noch systematischer und weniger fehleranfällig als bisher für die Steuerung des Systems und die Generierung von Forschungsfragen genutzt werden können – einschließlich des Abgleichs mit den schon genannten Daten aus den Evaluationen der DMPs. Die Diagnose- und Ordnungsparameter deuten zum einen darauf hin, dass leitliniengerechtes Verhalten im DMP-Zeitalter zunimmt, dass es aber zum anderen noch deutliche Dokumentationsmängel im Bereich wichtiger Parameter gibt (*Beitrag Schubert/Köster*).

Auch wenn europaweit die Sterblichkeit aufgrund eines Schlaganfalls rückläufig ist, gehört er weiterhin zu den führenden Todesursachen in Deutschland. Dennoch sind belastbare Angaben zur Häufigkeit von Schlaganfällen, insbesondere der Neuerkrankungen, in Deutschland selten. Bundesweite Routinedaten aller AOK-Versicherten – hier aus der Krankenhausbehandlung – werden in einem weiteren Beitrag genutzt, um die Insultinzidenz und das mit dem Schlaganfall verbundene Pflege- und Mortalitätsrisiko abzuschätzen. Dabei zeigen sich die Möglichkeiten, in den mehrjährigen Verlaufsdaten der Versicherten das erstmalige Auftreten der Erkrankung abzubilden und damit Register-basierte Informationen zu ergänzen (*Beitrag Günster*).

Ein eigenes Kapitel ist noch einmal der arteriellen Hypertonie gewidmet. Hier lässt sich exemplarisch besonders gut zeigen, wie bedeutsam die Qualität der epidemiologischen Daten ist, die den Interventionen in der Versorgung zugrunde gelegt werden. Nichts interessiert die pharmazeutische Industrie vermutlich so sehr wie die Größe der Zielgruppen für medikamentöse Interventionen zu beeinflussen. Die Schwellenwerte sollen so niedrig wie möglich liegen. Ärzte wie Patienten sind auf die Ergebnisse methodisch hochwertiger klinischer Studien angewiesen. Hierbei gewinnt seit einigen Jahren die Abkehr von der isolierten Betrachtung des Bluthochdrucks und dessen Integration in den Ansatz des kardiovaskulären Gesamtrisikos an Bedeutung, und nur auf diesem Weg werden sich vermutlich mittel- und längerfristig das sinnlose Klagen über die hohe Non-Compliance von Menschen mit erhöhtem arteriellem Blut-

druck produktiv wenden und damit die Potenziale zur weiteren Senkung assoziierter Folgeerkrankungen ausschöpfen lassen (*Beitrag Janhsen*).

Für die Frage der Weiterentwicklung der bestehenden DMPs sind zwei Aspekte von entscheidender Bedeutung: Wie kann der häufig zu verzeichnenden Multimorbidität besser Rechnung getragen werden und welche Rolle sollten neben Ärzten andere Fachberufe spielen? An der Schnittstelle dieser Fragen wurde in den letzten Jahren ein Forschungsprogramm platziert, das schwerkranke herzinsuffiziente Menschen ins Blickfeld nahm und fortgebildeten Krankenpflegerinnen eine Schlüsselrolle im Case Management für diese Patientengruppe zuwies. HeartNetCare-HF[®], so der Name des im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie entwickelten Interventionsansatzes, knüpft an internationale Studien an, die den hohen Stellenwert eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes für die Gruppe schwer herzinsuffizienter Patienten belegt haben (*Beitrag Angermann/Faller/Ertl/Störk*).

Das Stichwort „Ärztmangel“ wird in einem eigenen Beitrag im Lichte der Versorgungsdichte von zehn besonders wichtigen Arztgruppen analysiert. Erst die hautnahe Konfrontation mit diesen Daten lässt erkennen, wie verkürzt die Diskussion einer annähernd gleichen und als fair erlebten Verteilung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte immer noch geführt wird. Erst nach der Kenntnisnahme der alles in allem beispiellos hohen Arztdichte im hiesigen ambulanten Versorgungsgeschehen kann die Frage adressiert werden, welche Optionen für die mittel- und längerfristige Sicherstellung einer guten medizinisch-pflegerischen Versorgung in strukturschwachen Regionen in Frage kommen (*Beitrag Klose/Rehbein*). Dabei geht es um mehrere „heilige Kühe“: Das beginnt mit der Frage nach dem Abbau von Überversorgung in ärztlicherseits wie allgemein besonders beliebten Regionen der Republik und endet bei der oben schon skizzierten Frage nach der Neuaufteilung der Rollen der Fachberufe. Es gibt aber auch Themen, die immer noch nicht richtig im Blickfeld sind, und dazu gehört die Frage, wie denn Allgemeinmedizin, besser noch: primary care, für die Fachberufe attraktiver werden kann – und das meint wohlbermerkt nicht etwa in erster Linie finanziell, sondern unter dem Aspekt der Qualifizierung für und der Identifikation mit den dort vorhandenen Aufgaben.

Die Frage nach einer Neuaufteilung der Rollen der Fachberufe des Gesundheitswesens für eine gleichmäßige und hochwertige ambulante Versorgung rückt seit einigen Jahren in Deutschland in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Zumeist wird diese Debatte unter dem Stichwort „Ärztmangel“ wahrgenommen. In Wahrheit geht es um den Beginn einer Neuorientierung der Versorgung unter qualitativen wie wirtschaftlichen Aspekten. Die außerordentlich starke Arztzentrierung des deutschen Gesundheitssystems entspricht den Anforderungen v. a. mit Blick auf die komplexen Versorgungsprobleme älterer, multimorbider Menschen nicht in ausreichendem Maße; und allein damit stellt sich bereits die Frage nach der Wirtschaftlichkeit des jetzigen Systems, ohne dass man Spekulationen über Einspareffekte durch Delegation ärztlicher Leistungen auf „nichtärztliches Personal“ nachhängen muss. Es geht um die Frage, welche Lernkurven vor uns stehen, wenn man sich die Zwischenbilanz des bekannten Pionierprojektes AGnES vor Augen hält (*Beitrag Hoffmann/Dreier/van den Berg*).

Im Weiteren wird ein Blick auf den Stand und die Entwicklungsmöglichkeiten der Telemedizin geworfen, ein Innovationsfeld, das deutlich größere Bedeutung ha-

ben könnte als dies heute der Fall ist. Offenkundig ist das System in doppelter Weise technikfeindlich: Das Beschwören von Bedenken gegen telemedizinische Ansätze gelingt leicht, aber das Einwerben von Forschungsgeldern zur Überwindung tatsächlicher Anwendungsbarrieren gestaltet sich problematisch. Es steht außer Frage, dass hier unnötig Zeit verloren wird; umso wichtiger erscheint es, die Potenziale von Telemedizin in ihren vielfältigen Einsatzmöglichkeiten aufzuzeigen und für Erfolg versprechende weitere Pilotprojekte zu werben (*Beitrag Schröder/Lehmann*).

Zu guter Letzt gibt ein jährlich wiederkehrender statistischer Überblick Auskunft über das Krankheitsspektrum der Deutschen, die Häufigkeit von Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in ambulanter, stationärer und Arzneimittelversorgung. Grundlage sind wiederum AOK-Routinedaten, die der Krankenkasse – zum Teil die Abrechnung von Leistungen begründend – übermittelt werden. Prävalenzangaben müssen vorsichtig interpretiert werden, handelt es sich doch zunächst einmal um eine Dokumentationsprävalenz, also ein Abbild dessen, was kodiert wird, und nicht dessen, was ist. Gleichwohl eröffnen die Statistiken einen detaillierten Blick auf das, was Ärzte in Deutschland behandeln. Konsequenter gehen die Analysen vom Patienten aus und stellen für ausgewählte Krankheiten dar, welche Begleiterkrankungen häufig mit ihnen einhergehen, wer in dem Behandlungsprozess involviert wird und wie therapiert wird. Dazu zählen die Osteoporose, die koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Adipositas und Gastritis bzw. Duodenitis. Der Wandel zu höherer Validität und Vollständigkeit stationärer Diagnoseangaben durch die Einführung eines diagnosebasierten Vergütungssystems im Jahr 2003 hat den Weg für die ambulant-ärztliche Diagnosenkodierung vorgezeigt. Das statistisch ausgerichtete Kapitel wird diese Entwicklung in den nächsten Jahren begleiten (*Beitrag Gerste/Günster*).

Wesentlich ergänzt wird die Printausgabe des Versorgungs-Reports durch das Internet-Angebot www.versorgungs-report-online.de, das neben den Abbildungen und Tabellen des Buches zusätzlich den kompletten, statistischen Überblick über mehr als 1 500 Krankheiten enthält.