

RPG

Band 16 | Heft 4 | 2010

4 | 2010

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Die Bewertung von Gesundheitsleistungen durch Ökonomen und Ärzte – Eine Analyse von Konzepten, Methoden und Instrumenten**
- **Pay for Performance: Weder Königs- noch Holzweg**
- **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Maßanfertigung oder Flickwerk?**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Esebeck
G. Fischer
M. Linz
H. Platzer
M. Richter-Reichhelm
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
N. Schulze-Solce
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

AUTOREN DES HEFTES

Franz Porzsolt
Manfred Weiss
Eva Susanne Dietrich
Heiner Fangerau
Norbert Klusen
Andreas Meusch
Juliane Piesker
Claudia Mareck
Alexander Tehler



pmi Verlag e. K.

GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

Editorial

In der tiefsten Finanz- und Wirtschaftskrise der vergangenen Jahrzehnte haben sich die Sozialsysteme als ein stabilisierender Faktor bewährt. Gleichwohl steht die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in den meisten europäischen Staaten unter Druck. Vor allem der medizinische Fortschritt scheint die sozialen Sicherungssysteme an die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit zu führen. Auswege aus dem Dilemma soll die Bewertung von Kosten und Nutzen medizinischer Maßnahmen eröffnen. Doch die Erfahrungen damit sind in Europa höchst unterschiedlich.

Mit dieser höchst aktuellen Thematik wird sich die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) bei einem wissenschaftlichen Symposium am 14. Januar 2011 in Wiesbaden befassen. Dazu haben wir hochrangige Experten aus Deutschland und aus Europa gewinnen können. Das Präsidium der GRPG freut sich daher ganz besonders, Sie zu den interessanten Beiträgen und Diskussionen über die Perspektiven gesundheitspolitischer Entwicklungen in Wiesbaden begrüßen zu dürfen.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Überblick

Die Bewertung von Gesundheitsleistungen durch Ökonomen und Ärzte – Eine Analyse von Konzepten, Methoden und Instrumenten

Franz Porzolt, Manfred Weiss, Eva Susanne Dietrich, Heiner Fangerau 83

Pay for Performance: Weder Königs- noch Holzweg

Norbert Klusen, Andreas Meusch, Juliane Piesker 94

Zur Diskussion gestellt

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Maßenfertigung oder Flickwerk?

Claudia Mareck, Alexander Tehler 108

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dr. iur.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Drs. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
M. Linz
H. Platzer
M. Richter-Reichhelm
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
N. Schulze-Solce
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma- und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948-3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2010 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Beziehers kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Bertha-Bagge-Straße 66 29
D-60438 Frankfurt
Telefon 069-5480000
Telefax 069-54800066
e-mail: pmiverlag@t-online.de

Bankverbindung: Volksbank Dreieich eG (BLZ 505 922 00) Konto-Nr. 8 501 319 • Gerichtsstand: Frankfurt/Main • Anzeigenpreisliste: Es gilt der Tarif Nr. 10 vom 01.01.2008 • Technische Gesamtherstellung: pagina media GmbH, 69502 Hemsbach.

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlags strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2010 pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Printed in Germany

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Franz Porzsolt | Manfred Weiss | Eva Susanne Dietrich | Heiner Fangerau

Die Bewertung von Gesundheitsleistungen durch Ökonomen und Ärzte – Eine Analyse von Konzepten, Methoden und Instrumenten

Jeder Arzt steht ebenso wie jeder Budgetverantwortliche im Gesundheitssystem vor dem Problem der wirtschaftlichen Haushaltsführung. Bei limitierten Ressourcen und bei Patienten mit (a) unterschiedlichem Versorgungsbedarf und (b) individuellem Anspruchsniveau, ist über Gesundheitsleistungen zu entscheiden, die (c) zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines budgetierten Zeitintervalls nachgefragt werden, (d) in klinischen Studien unterschiedlicher Validität und (e) dort mit unterschiedlichen Wirkungen präsentiert werden, (f) unterschiedliche Anteile des nicht nur finanziellen Budgets im Sinne eines Handlungsspielraums binden und letztlich (g) unter Alltagsbedingungen unterschiedlich wirksam und damit effizient sind.

Wir Ärzte können nun mit der Politik diskutieren, wer das vielschichtige Problem zu lösen hat. Wir können aber auch eine Lösung anbieten, welche die sieben genannten Variablen (Bedarf, Anspruchsniveau, Nachfragezeitpunkt, Validität, Wirkung, Kosten, Wirksamkeit) berücksichtigt. Gesundheitsökonomische Kennzahlen, z. B. die Kosten/QALY, die drei der sieben Variablen berücksichtigen, die Lebenslänge, die Lebensqualität und die Kosten der Versorgung, werden nur in Ausnahmefällen eine optimale Lösung vorschlagen können, weil vier Variable unberücksichtigt

bleiben, die aber die ärztliche Entscheidung mit beeinflussen.

Es ist naheliegend, dass die Komplexität des Problems zu hoch ist, um alle bedeutenden Variablen in einer einzigen Gleichung realistisch und angemessen abbilden zu können. Deshalb ziehen wir es vor, konkrete Vorschläge zur Lösung von Teilproblemen anzubieten, deren Komplexität überschaubar ist und die sowohl verstanden als auch auf Plausibilität hin geprüft werden können. Bei diesen Vorschlägen sind zwei Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit zu berücksichtigen: Jeder Patient, der um Hilfe nachsucht, hat das Recht, Hilfe zu erhalten. Keinem Patienten darf Unterstützung zugunsten anderer Patienten gänzlich verweigert werden. Allerdings wäre es ungerecht, Gesundheitsleistungen nach dem „Gießkannenprinzip“, d. h. ohne Priorisierung anzuwenden. Das

Setzen von Prioritäten erfordert das Wissen und Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Unter Berücksichtigung dieses Wissens sind die Gesundheitsleistungen so zu gewähren, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung allen gewährt und die Verteilung der verfügbaren Ressourcen gerecht erfolgt. Diese Forderungen werden nur durch Rationalisierung erfüllt werden können. Die Brückenprinzipien (Albert 1991) sagen voraus, dass ein Arzt selbstständige, rationale Entscheidungen nur treffen kann, wenn ihm die Informationen zugänglich sind, die er für rationale Entscheidungen vor Ort benötigt.

Der vor Ort tätige Arzt ist (mit Unterstützung durch seine Fachgesellschaft) in der Lage, rationale und ethisch vertretbare Entscheidungen anhand von fünf der sieben genannten Variablen zu treffen. Die Zeitpunkte, wann Patienten Gesundheitsleistungen nachfragen, sind nicht beeinflussbar und das Anspruchsniveau, auf dem Patienten Gesundheitsleistungen nachfragen, kann auch nur schwer beeinflusst werden. Sehr wohl lassen sich allerdings die Ausgaben für Gesundheit an fünf Variablen durch den Arzt steuern: Er kann anhand objektiver Kriterien (a) den Bedarf prüfen und kann danach selbstständig eine Priorisierung der gewährten Leistungen vornehmen. Er kann zudem (mit Hilfe seiner Fachgesellschaft) die (d) Validität, (e) Wirkung und (f) die Kosten sinnvoll in seine Entscheidung einbezie-

¹ Klinische Ökonomik, Universität Ulm, ² Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm, ³ HealthEcon AG, Basel, ⁴ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin, Universität Ulm, ⁵ Zentrum für Medizin und Gesellschaft an der Universität Ulm, 89075 Ulm

hen. Letztlich können er und seine Patienten durch ein einfaches System, welches lediglich die Rückmeldungen ausgewählter Stichproben bei Patienten und Ärzten registriert, beurteilen, ob das gemeinschaftlich definierte Problem durch die Versorgung vollständig, teilweise oder ggf. mit neuen Problemen kaum/nicht gelöst werden konnte (Porzolt 2009b). Mit diesen Daten wird das letztlich entscheidende Kriterium, (g) die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen, nachgewiesen und damit die Effizienz der Gesundheitsversorgung beurteilbar.

Drei Ziele werden mit unserem Aufsatz verfolgt: Interessierte Kollegen sind davon zu überzeugen, dass wir Ärzte dazu beitragen können, das zentrale Problem der Gesundheitsversorgung, die unzureichende Effizienz, durch Rationalisierung zu lösen. Es ist darzulegen, dass Ärzte andere Fragen der Gesundheitsversorgung zu beantworten haben als Ökonomen und deshalb andere Methoden als die Ökonomen anwenden werden. Als letzter, nicht weniger bedeutender Aspekt, ist den gesunden und kranken Bürgern zu vermitteln, dass es unmöglich ist, die Effizienz der Gesundheitsversorgung ohne ihre Unterstützung zu steigern.

Drei Stufen ärztlicher Priorisierung von Gesundheitsleistungen

Die Besonderheit angemessener Entscheidungen im Gesundheitssystem ist darin zu sehen, dass sie zunächst in hierarchisch vorgegebenen Stufen vorzubereiten und anschließend unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen umzusetzen sind. Dabei ist als erste Stufe der Versorgungsbedarf zu bewerten, als zweite Stufe sind der Erbringung einer Gesundheitsleistung alternative Handlungsmöglichkeiten gegenüberzustellen. Zuletzt ist auf der dritten Stufe unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen über die Umsetzung der

potenziell gewährten Gesundheitsleistungen zu entscheiden.

Als erste Stufe der Priorisierung ist zu prüfen, ob das Nichterbringen einer Gesundheitsleistung nachweislich zu einer irreversiblen Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit oder der Lebensqualität führt. Auf dieser ersten Stufe der Priorisierung sind drei Variablen zu berücksichtigen: die Eintrittswahrscheinlichkeit des unerwünschten Ereignisses, die Sicherheit, die durch die Einleitung der Maßnahmen empfunden (gefühlte Sicherheit) und deshalb nachgefragt wird, und letztlich der Schweregrad der Bedrohung, der von dem unerwünschten Ereignis ausgeht.

Die Einschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit des unerwünschten Ereignisses beinhaltet das Risiko bzw. die Chance, dass der tatsächliche Eintritt des drohenden Ereignisses niemals mit Sicherheit vorhergesagt werden kann, wie das Beispiel der im Jahr 2009 befürchteten H1N1 Pandemie zeigt. Diese Unsicherheit tritt aber nicht nur bei Ereignissen wie einer Pandemie auf, sie belastet auch nahezu alle Ereignisse, die unsere Gesundheit bedrohen. Wenn ein Arzt zu einem 67-jährigen Patienten mit ziehenden Schmerzen hinter dem Brustbein oder zu einer 17-jährigen Patientin mit rechtsseitigem Unterbauchschmerz gerufen wird, wird er zusätzlich zur Anamnese und körperlichen Untersuchung in vielen Fällen keine weiteren Kriterien benötigen, um zu entscheiden, ob der Notarzt zu rufen ist, eine stationäre Einweisung ohne Notarzt erfolgen sollte oder der/die PatientIn zunächst zu Hause beobachtet werden kann.

Welche Entscheidung letztlich von ihm getroffen wird, hängt wiederum von verschiedenen Faktoren ab. Der Grad der vom Patienten empfundenen Bedrohung kann einen unerfahrenen Arzt stärker beeindruckt und zu mehr und aufwendigeren Aktionen motivieren als einen erfahrenen Kollegen. Wir haben dieses Phänomen

unter dem Gesichtspunkt der Ausgaben (Porzolt 1988, 1989) und unter den Titel der „gefühlten Sicherheit“ bearbeitet (Porzolt 2007a/b), um damit zu zeigen, dass viele, wenn nicht sogar die Mehrzahl unserer Entscheidungen weniger auf tatsächlich bestehenden Risiken beruhen, die als Wahrscheinlichkeiten objektiviert werden können, sondern auf emotional empfundener Sicherheit, die nur mit psychometrischen Methoden (Rochau 2009, Popp 2009, Gampert 2009) aber nicht wie die Risiken, durch Wahrscheinlichkeiten quantifiziert werden können. Da gerade die in bedrohlichen Situationen veranlassenen Maßnahmen mit erheblichen finanziellen Konsequenzen verbunden sein können, ist eine Diskussion dieser schwierigen Entscheidungen und möglicher Entscheidungshilfen sinnvoll. In welchem Umfang der vom Patienten empfundenen Bedrohung Rechnung zu tragen ist, lässt sich formal kaum abbilden. Hier kommt der Erfahrung des Arztes, einschließlich seiner Empathie und Fähigkeit, dem Patienten das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, eine entscheidende Rolle zu.

Letztlich wird der objektivierbare Schweregrad der Bedrohung und, wie soeben ausgeführt, der vom Patienten, den Angehörigen und vom Arzt empfundene Schweregrad der Bedrohung, die nachfolgenden Entscheidungen beeinflussen. Es mag für ökonomische Entscheidungen außerhalb des Gesundheitssystems zutreffen, dass sie weitgehend emotionslos getroffen werden können. Jeder der selbst eine kritische Lebenssituation bei sich oder anderen erlebt hat, kann bestätigen, dass Emotionen in diesen Situationen mindestens ebenso mächtig sind wie rationale Überlegungen. Es ist deshalb in diesen Grenzsituationen des Lebens weder realistisch noch machbar, Emotionen vollständig auszublenden.

Als Leitfaden könnte gelten, dass die höchste Priorität Gesundheitsleistun-

gen zuerkannt werden sollte, durch welche eine irreversible Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit der Patienten vermieden werden kann (Beispiel: Rettung eines Ertrinkenden); dabei handelt es sich um die Verhinderung eines Todesfalls, der ohne Gewährung der Gesundheitsleistung (Rettung) mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten würde. Die zweithöchste Priorität könnte Gesundheitsleistungen zuerkannt werden, durch welche a) eine irreversible, nicht kompensierbare Beeinträchtigung der Lebensqualität (Beispiel: Vermeidung einer irreversiblen Verminderung der körperlichen Belastbarkeit nach Herzinfarkt) oder b) eine zwar kompensierbare aber irreversible Beeinträchtigung (z.B. Visusverlust im Alter) vermieden werden kann. Die dritthöchste Priorität könnte Gesundheitsleistungen zuerkannt werden, durch welche lediglich reversible Beeinträchtigungen vermieden werden können (Tabelle 1). (Beispiel: Rehabilitation nach Implantation einer Hüftgelenksendoprothese durch die zwar die irreversible

bedeutet nun eben nicht, dass diese Leistungen nicht gewährt werden sollen. Vielmehr stehen sie nur im relativen Vergleich mit den Stufen 1 und 2 als nachrangig dar. Diese Vorgehensweise wird implizit bereits in vielen Bewertungen von Gesundheitsleistungen praktiziert. Hierzu gehört zum einen das GRADE-System (Dellinger 2008), bei dem die Effekte einer Maßnahme nach ihrer Bedeutung im Gruppenkonsens sortiert werden. Zum anderen findet sich eine entsprechende Priorisierung auch in den Bewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Reihung der Zielgrößen in den Berichtsplänen des IQWiG wieder, die gemeinsam mit dem G-BA abgestimmt werden. Das SGB V selbst sieht hingegen keine entsprechende Rangordnung vor. Dort wird lediglich formuliert: „Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesse-

werden. Dabei sind wiederum drei Kriterien ausschlaggebend. An anderer Stelle (Porzsolt 2003, Porzsolt 2009a) wurde diskutiert, wie 1. die Validität wissenschaftlicher Berichte, 2. die Effektivität der Gesundheitsleistungen und 3. deren Kosten gegeneinander abgewogen werden können. Dieser Entscheidungsbaum ist in Abbildung 1 (Seite 86) dargestellt.

Wenn in der ersten Stufe über den Versorgungsbedarf entschieden wurde und in der zweiten Stufe die Gewährung dieser Leistung mit alternativen Versorgungsmöglichkeiten abgeglichen wurde, ist als dritte Stufe zu klären, ob das Versorgungsangebot vom Patienten erwünscht ist. In einer Patienten-Arzt-Beziehung, die das nicht handelbare Gut der Gesundheit zum Gegenstand hat, spielen Patientenpräferenzen eine Rolle. Compliance, Zufriedenheit und letztendlich der Heilungserfolg hängen eng mit den Wünschen der Patienten zusammen. Das bedeutet aber gerade nicht, dass wenig zielführende Lösungen in Diagnostik und Therapie dem Patienten auf Wunsch angeboten werden. Vielmehr sind transparent in den Stufen 1 und 2 die Versorgungsmöglichkeiten vorzustellen und in ihrer Sinnhaftigkeit zu bewerten. Nur sinnvolle Handlungsoptionen dürfen dann auch auf ihre Patientenpräferenz hin geprüft werden. Die Rationale der ersten beiden Stufen ist im Sinne der Autonomiestärkung der Patienten offen zu legen, eventuell präferierte wirkungslose Scheintherapien scheidet schon auf diesen Stufen aus. Im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit erscheint das Anbieten wirkungsloser Optionen medizinethisch inkorrekt.

An dieser Stelle ist auf das Problem und die Unschärfe der Terminologie hinzuweisen. „Effektivität“ [effectiveness] wird hier als Sammelbegriff verwendet, der sowohl Effekte beschreibt, die unter den idealisierten aber artifiziellen Bedingungen einer randomisierten Studie erhoben wurden (englisch: efficacy, deutsch: Wirkung),

		Gesundheitsleistung, deren Vorenthaltung nachweislich zu einer irreversiblen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt	
		Trifft zu	Trifft nicht zu
Gesundheitsleistung, deren Vorenthaltung nachweislich zur irreversiblen Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit führt	Trifft zu	Erste Priorität	
	Trifft nicht zu	Zweite Priorität	Dritte Priorität

Tabelle 1. Vorschlag zur ersten Stufe der Priorisierung von Gesundheitsleistungen. Beschrieben ist die Priorität von Gesundheitsleistungen, die davon abhängig ist, ob deren Vorenthaltung zu einer irreversiblen Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit oder Lebensqualität führen würde. Erklärung siehe Text.

Zerstörung des Hüftgelenks nicht vermieden, aber die Folgen der Zerstörung durch die Prothese so perfekt kompensiert werden können, dass die funktionellen Eigenschaften eines intakten, niemals erkrankten Hüftgelenks erreicht werden.) Das

ring der Lebensqualität, [...] angemessen berücksichtigt werden“ (§35b). Als zweite Stufe der Priorisierung sollte über die potentielle Bevorzugung von Gesundheitsleistungen gegenüber alternativen Handlungsmöglichkeiten entschieden

ÜBERBLICK

wie auch Effekte, die unter Alltagsbedingungen (englisch: effectiveness; deutsch: Wirksamkeit) erhoben wurden. Diese Unterscheidung scheint sich zwar durchzusetzen, wird aber immer noch nicht durchgehend angewandt. An dieser Stelle möchten wir betonen, dass nach unserem Verständnis „Wirkung“ und „Wirksamkeit“ keine

Synonyma für „Nutzen“ sind. Die Wirkung lässt sich, umgangssprachlich ausgedrückt, weitgehend „objektiv“ messen, indem sie z. B. falsifizierbar ist. Bei der Beschreibung der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen ist die „objektive“ Messung bereits problematischer. Nutzen ist in keinem Fall „objektivierbar“, d. h. Nutzen

kann nicht falsifiziert werden, weil Nutzen von individuellen Wertvorstellungen abhängig ist. Für eine gerechte Gesundheitsversorgung werden aber Aussagen zur Wirkung, zur Wirksamkeit und zum Nutzen benötigt (Porzolt 2009b).

Diese Entscheidungen in Unsicherheit hat jeder Arzt jeden Tag zu treffen. Die Viel-

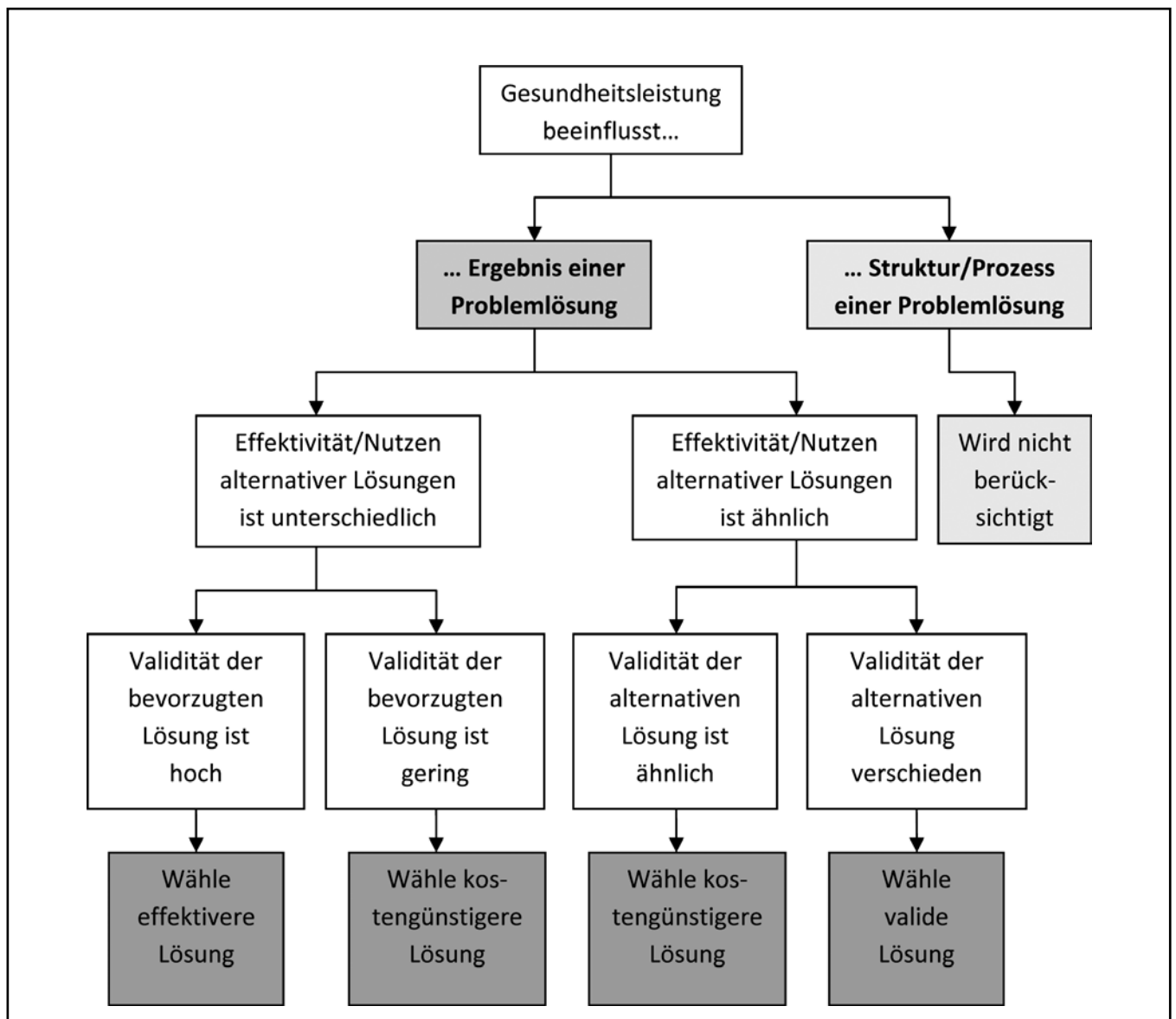


Abbildung 1. Anleitung zur strategischen Entwicklung einer Entscheidung über die Anwendung von Gesundheitsleistungen bei verschiedenen Handlungsmöglichkeiten zur Lösung desselben klinischen Problems. Effektivität ist im Sinne der effectiveness zu verstehen, d. h. der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen; sie kann aber häufig nur abgeschätzt werden, weil in klinischen Studien die Wirkung unter idealisierten Bedingungen (efficacy) gemessen wird. Wenn Daten zum Nutzen aus der Sicht des Patienten vorliegen, sollten diese – unter Berücksichtigung der Validität – in die Bewertung einbezogen werden.

falt der Situationen ist so groß, dass lediglich allgemeingültige Empfehlungen aber keine spezifischen Entscheidungsregeln erstellt werden können. Durch diese Analyse lässt sich aber Schritt für Schritt herausarbeiten, dass wirtschaftliches von weniger wirtschaftlichem Arbeiten im Gesundheitssystem anhand weniger Kriterien unterschieden werden kann: Wer schwerwiegende Gesundheitsprobleme löst, bei selbstheilenden Erkrankungen abwarten kann und das rechte Augenmaß besitzt, in aussichtslosen Situationen unangemessene Maßnahmen vermeidet (nicht alles, was möglich ist, ist klinisch, theoretisch oder ethisch sinnvoll), wird um ein Vielfaches ökonomischer handeln als sein Kollege, der diese Prinzipien nicht beachtet.

Bewertung von Gesundheitsleistungen durch Gesundheitsökonomien

Die Priorisierung im Gesundheitssystem kann über verschiedene Wege erfolgen. Allen gemeinsam ist, dass jeweils dem Gesundheitswert einer Maßnahme die Kosten gegenübergestellt werden, die bei ihrer Erbringung entstehen. Der Gesundheitswert einer Maßnahme kann grundsätzlich ein- oder mehrdimensional beschrieben werden.

Die eindimensionale Beschreibung kann über die Effektivität einer Maßnahme in natürlichen Einheiten erfolgen (z. B. Befreiung von Schmerzen, Vermeidung eines Todesfalls, Besserung der Schwerhörigkeit). Dabei wird üblicherweise auf Daten zur Maßnahme unter idealisierten Bedingungen zurückgegriffen. Der Beschreibung liegt in diesen Fällen eine Messung zugrunde, die weitgehend objektivierbar ist. Diese Methodik wird als Kosten-Effektivitäts-Analyse bezeichnet [cost-effectiveness-analysis].

Neben der Messung der Effektivität mit weitgehend objektivierbaren Methoden können Maßnahmen aber auch „subjektiv“

mit Geld bewertet werden [Kosten-Nutzen-Analyse; cost-benefit-analysis]. Dieser Geldwert wird häufig ermittelt, indem Menschen befragt werden, wie viel sie für den Effekt einer Maßnahme zu zahlen bereit wären. Es sollte beachtet werden, dass die gewonnenen Aussagen eher einer „subjektiven“ Bewertung als einer „objektiven“ Messung entsprechen. Das bedeutet, dass Effektivität mit zwei unterschiedlichen Methoden ausgedrückt werden kann, einer weitgehend objektivierbaren Messung und einer mehr „subjektiven“ Bewertung. Da die Bewertung von Gesundheit oder Krankheit mit einem Geldwert unter ethischen Aspekten als problematisch angesehen wird (sie kann mit menschlicher Würde kollidieren oder konzeptuell der Idee von Gesundheit als Grundbedingung auf soziale Chancengleichheit widersprechen), wird die Kosten-Nutzen-Analyse weniger propagiert. Dennoch kann gezeigt werden, dass kein Gesundheitssystem auf diese scheinbar unethische Form der Kosten-Nutzen-Analyse verzichten kann. Es kommt auf den Kontext an, in dem diese Form der Analyse angewandt wird.

Die mehrdimensionale Bewertung (nicht Messung) der Effektivität einer Maßnahme erfolgt mit Hilfe eines Index (= kardinale Nutzenfunktion) in einer einheitlichen aber virtuellen Einheit (z. B. Quality Adjusted Life Years, QALYs). Diese mehrdimensionale Bewertung der Effektivität wird als Kosten-Nutzen-Analyse [cost-utility analysis] bezeichnet.

Um zwei Maßnahmen miteinander zu vergleichen, wird üblicherweise das Verhältnis der Differenzen von Kosten und Effekten berechnet, welches auch als „incremental-cost-effectiveness-ratio“ (ICER) bezeichnet wird ($ICER = \Delta \text{Kosten} / \Delta \text{Effekte}$). Da Effekte sowohl gemessen wie auch bewertet werden können, ist darauf zu achten, dass eine ICER entweder auf Messungen oder auf Bewertungen beruhen kann.

Wird davon ausgegangen, dass sich die Effektivität zweier Maßnahmen nicht voneinander unterscheidet (z. B. Entbindung im Krankenhaus oder zu Hause), können auch lediglich die Kosten der Maßnahmen miteinander verglichen werden [Kosten-Minimierungs-Analyse; cost-minimization-analysis].

Ausführliche Beschreibungen der verschiedenen Vorgehensweisen finden sich z. B. bei Drummond et. al. (Drummond, 2005). Erklärungen in deutscher Sprache sind in verschiedenen Versionen verfügbar (Ahlert, Dietrich 2002/2008, Felder). De facto lassen sich Entscheidungen, die auf den genannten Analysen basieren, nicht vermeiden: Jede Gesellschaft muss festlegen, ob der maximale Geldwert, der für eine Gesundheitsleistung eingetauscht wird, zu begrenzen ist. Wenn eine Grenze befürwortet wird, ist diese konkret zu benennen. In Deutschland werden diese Entscheidungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen getroffen. Der G-BA wird dabei vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt. Dem aufmerksamen Leser wird nicht entgangen sein, dass in Deutschland ein legitimes Gremium – der G-BA – die solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen zurückweisen kann, wenn der dafür aufzubringende, maximal zumutbare Geldwert überschritten wird. Damit kommt dem G-BA die nach unserem Verständnis unumgängliche Aufgabe zu, den maximal zumutbaren Geldwert für Gesundheitsleistungen festzulegen, d. h. klassische Kosten-Nutzen-Analysen [cost-benefit-analyses] durchzuführen.

Vor- und Nachteile der ein- und mehrdimensionalen Konstrukte

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass mehrdimensionale Konstrukte, wie QALYs, den eindimensionalen überlegen

sind, weil unterstellt wird, dass die mehrdimensionalen Nutzeinheiten indikationsübergreifend miteinander verglichen werden und auch Hierarchisierungen erstellt werden können. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Konstrukte weit verbreitet sind und einheitlich die gleichen Dimensionen umfassen. Diesen Vorteilen stehen aber eine Reihe von Limitationen und Nachteilen gegenüber.

Für die mehrdimensionale Bewertung stehen verschiedene Konzepte zur Verfügung, z. B. die Quality of Well Being-Skala (QWB), der Health Utility Index (HUI) und das Konstrukt der Quality Adjusted Life Years (QALYs). Diese Konzepte liefern jedoch keineswegs übereinstimmende Ergebnisse. Es ist unschwer zu erkennen, dass es äußerst problematisch sein kann, z. B. bei Schwerhörigkeit und bei Kniegelenksarthrose, jeweils vergleichbare Schweregrade zu definieren. In einer eigenen Untersuchung haben wir gezeigt, dass die QWB Skala (erhoben durch Interviewer) sehr stark auf amerikanische Bedürfnisse abgestimmt ist, weil der Aspekt der Mobilität eine sehr dominante Stellung einnimmt; zudem bildet er im Vergleich zu den beiden weit verbreiteten Instrumenten zur Messung der Lebensqualität SF-36 und QLQ-C30 nur den Bereich der optimalen Gesundheit ab und kann weniger optimale Gesundheitszustände kaum erkennen (Porzolt 1996). Die von uns validierte Nachbesserung (Frosch) der self-administered Version (QWB-SA) zeigte etwas bessere Ergebnisse. Beim HUI ist die Überbewertung physischer Einschränkungen bekannt (Richardson 2000). Während die beiden Instrumente QWB und HUI die minimalen Kriterien zur Messung der Lebensqualität noch erfüllen mögen, lässt sich das für die Ermittlung der Nutzwerte beim QALY Konzept nicht mehr bestätigen.

Beim QALY Konzept werden die Nutzwerte durch Rating Skalen, Time

trade off, Standard Gamble oder Lebensqualitätsmessungen ermittelt. Bei der Rating Skala werden z. B. acht verschiedene Gesundheitszustände jeweils mit kurzen Sätzen beschrieben; die Bewerter ordnen jedem dieser Zustände einen Wert von 0-1 zu, der dann dem Nutzwert entspricht. Beim Time trade off werden die Bewerter gefragt, wie viele Jahre ihres Lebens (mit eingeschränkter Lebensqualität) sie bereit sind aufzugeben, um dafür ein Leben in optimaler Lebensqualität zu erhalten. Beim Standard Gamble werden die Befragten nach einer Erfolgswahrscheinlichkeit einer Therapie befragt, die bei Versagen unweigerlich zum Tode führt. Nahezu jeder Befragte wird eine Therapie akzeptieren, die in $n = 90\%$ der Fälle zum Erfolg und lediglich in $1-n (=10\%)$ der Fälle zum Tode führt; gleichermaßen würde nahezu jeder eine Therapie ablehnen, die in 90% der Fälle zum Tode und nur in $1-n (=10\%)$ der Fälle zum Erfolg führt. Gesucht wird jetzt jene Wahrscheinlichkeit n , bei der die Abwägung zwischen Akzeptanz und Ablehnung umschlägt, d. h. der Punkt der Unentschlossenheit. Dieser Punkt beschreibt das Nutzwertgewicht. Da es sich bei den mehrdimensionalen Konstrukten immer um eine Bewertung handelt, ist zudem der Standpunkt des Bewerter vorab festzulegen. Alternativ können mehrdimensionale Lebensqualitätserhebungen auch in Nutzwerte transformiert werden. Hierbei wird auf validierte Tabellen zurückgegriffen, denen z. B. die Nutzwerte, die bestimmten EQ5D-Profilen entsprechen, entnommen werden können.

Wenn allerdings die stringenten Regeln, die für die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität / health-related Quality of Life (gLQ/hrQoL) gefordert werden (Porzolt 2008), nicht eingehalten werden, was für die meisten Methoden zutrifft, die zur Berechnung der QALYs verwendet werden, sollte nicht von

einer weitgehend objektivierbaren Messung der gLQ, sondern von einer mehr subjektiven Bewertung von Gesundheitszuständen gesprochen werden.

Ökonomen und Ärzte entscheiden Budgetbezogen

Niemand käme auf die Idee, einem Arzt die Anwendung einer Rating Skala oder ein Time Trade off oder Standard Gamble für Entscheidungen zu empfehlen, die im Rahmen der Prävention, Diagnostik oder Therapie zu treffen sind. Diese Methoden sind aber zweifellos für Entscheidungen geeignet, die Ökonomen zu treffen haben.

Ein möglicher Grund, weshalb identische Methoden nicht für unterschiedliche Entscheidungsbereiche anwendbar sind, mag daran liegen, dass sich die Perspektiven unterscheiden. Jeder orientiert seine Entscheidungen an dem Budget, das ihm zur Verfügung steht. Entscheidungen, die außerhalb des Budgets einer Person liegen, werden nicht in Erwägung gezogen, d. h. wir alle treffen nur „budget-related decisions“ (BRDs). Das bedeutet, dass jeder Entscheidungsträger nur jene Alternativen berücksichtigt, die INNERHALB seiner Budgetverantwortung liegen. Dabei ist zu beachten, dass sich die Budgetverantwortung eines Abteilungsleiters oder Praxisinhabers von der Budgetverantwortung des Direktors eines Klinikums oder einer Praxisgemeinschaft unterscheidet.

Wenn dieses Konzept der BRDs allgemein gilt, kann in vielen Fällen die Frage gestellt werden, ob der Vergleich zweier Gesundheitsleistungen aus ärztlicher Sicht überhaupt nur sinnvoll ist, wenn beide Gesundheitsleistungen aus demselben ärztlichen Budget zu finanzieren sind, d. h. miteinander konkurrieren. Die Ausgaben für die Diagnostik von *Helicobacter pylori* und die Ausgaben für Gastroskopen, die beide vom Gastroenterologen

zu budgetieren sind, werden miteinander konkurrieren. Wenn zu entscheiden ist, ob in der Inneren Medizin neue Gastroskope oder in der Augenklinik neue Augenspiegel angeschafft werden, können diese Entscheidungen getrennt und budgetbezogen in jeder der beiden Kliniken getroffen werden, wobei die Opportunitätskosten in beiden Kliniken jeweils anders sein werden.

Die Entscheidung Gastroskope oder Augenspiegel zu kaufen, kann aber auch zentral getroffen werden. Der ärztliche Direktor des Klinikums kann innerhalb seines Budgets, aber dann außerhalb der Budgetverantwortung der beiden Klinikchefs entscheiden. Die Opportunitätskosten, die bei seiner Entscheidung berücksichtigt werden, werden sich von den Opportunitätskosten unterscheiden, die jeder der Klinikchefs berücksichtigen würde. Der ärztliche Direktor des Klinikums wird nicht nur indikationsübergreifend, wie die beiden Klinikchefs, sondern auch fächerübergreifend oder sektorübergreifend (ambulant/stationär) zu entscheiden haben. Der kaufmännische Direktor hat auch Handlungsalternativen außerhalb der direkten Krankenversorgung, z. B. den Kostenvorschlag für die neue Heizung, in seine Entscheidung einzubeziehen. Dennoch wird auch er, ebenso wie die Mediziner auf dem Boden von „BRDs“ entscheiden und die Angemessenheit einer Entscheidung ist an der Budgetverantwortung des Entscheiders zu messen.

Für den G-BA bedeutet das, dass er sehr wohl die solidarische Finanzierung einer Gesundheitsleistung generell ablehnen kann. Eine Ablehnung für eine bestimmte Indikation oder eine Ablehnung in einer individuellen Situation würde allerdings mit der Budgetverantwortung nicht übereinstimmen. Diese krankheitsspezifische Entscheidung sollte dem Entscheider übertragen werden, in dessen Budgetverantwortung diese Entscheidung fällt.

Ärztliche Beiträge zur Lösung der Probleme in der Gesundheitsversorgung

Auf Grund dieser Überlegungen wird klar, dass sinnvolle Entscheidungen im Gesundheitssystem an vier Kriterien orientiert werden sollten, an der Budgetverantwortung, der Priorisierung, der Verteilungsgerechtigkeit und der Komplexität der Entscheidung. Wenn diese Orientierung an einigen Stellen eine Änderung der Rahmenbedingungen erfordern würde, sollten zunächst andere, ebenfalls zielführende Konzepte, die einfacher zu realisieren sind, bedacht werden.

1. Unser Vorschlag sieht vor, die Entscheidungsbefugnis im Gesundheitssystem an die übertragene Budgetverantwortung zu koppeln. Das beinhaltet, dass haftet, wer handelt.
2. Diese budgetbezogene Entscheidungsbefugnis wird aufgrund einer nachgewiesenen professionellen Qualifizierung erteilt und weist das Recht der Priorisierung innerhalb des eigenen Budgets aus. Der Handlungsspielraum ist durch das Budget limitiert. Im Notfall wird das Recht der Priorisierung dem zuerkannt, der die Verantwortung übernommen hat. Der Einfluss anderer Partner des Systems auf die Priorisierung orientiert sich an der Haftung, die diese zu übernehmen bereit sind.
3. Die Verteilungsgerechtigkeit kann nur unter Beachtung ethischer Aspekte und wertbezogener Handlungsspielräume hergestellt werden. Theoretische Konzepte, die medizinethische Aspekte nicht berücksichtigen, sind für die Anwendung in der Praxis zu realitätsfern.
4. Ebenso sind Konzepte, welche die Komplexität der Entscheidungsfindung nicht abbilden, für die Umsetzung in der Praxis nicht geeignet.

Wenn diese vier Kriterien allgemein akzeptiert werden, lassen sich die Entschei-

dungskompetenzen im Gesundheitssystem einfach und klar zuordnen: Unter diesen Voraussetzungen hätte die Politik lediglich zwei Entscheidungen zu treffen. Zum einen ist das Budget zu definieren, das jedem der entscheidungsberechtigten Ärzte zuerkannt wird. Zweitens ist über die Effizienz der angebotenen Gesundheitsleistungen zu entscheiden. Das bedeutet, dass die Politik die Verhältnismäßigkeit der beschriebenen Effekte gegen den monetären Gegenwert abzuwägen hat, welcher der Solidargemeinschaft für diese Gesundheitsleistung abgefordert wird. Zur Abwägung dieser Verhältnismäßigkeit hat eine Projektgruppe des Gesundheitsforums Baden-Württemberg vorgeschlagen, Daten zur Wirkung der Gesundheitsleistung unter Idealbedingungen [efficacy], zu den Kosten [cost], zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen aus der Sicht des Leistungserbringers [effectiveness – view of health care provider] und zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen aus der Sicht des Leistungsnehmers [effectiveness – view of health care user] zu erheben (Porzsolt 2009b).

Wenn die vier genannten Kriterien akzeptiert werden, wird auch die Rolle der Ärztin/des Arztes deutlich. Sie bzw. er ist vor Ort alleine entscheidungsbefugt, weil sie/er die Verantwortung für das Leben und die Gesundheit des Patienten übernimmt. Die Freiheit der Entscheidung ist durch das zugeordnete Budget limitiert. Aus verschiedenen Gründen ist es sinnvoll, bei einer Nichteinhaltung der Budgetgrenzen die erforderlichen Konsequenzen im Einzelnen mit der ärztlichen Selbstverwaltung zu lösen. Die Übertragung der Entscheidungskompetenz erfordert zunächst ein hohes Maß ärztlicher Professionalität und zusätzlich spezifische Kenntnisse und Informationsmöglichkeiten, die eine gerechte klinisch-ökonomische Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Leider werden die Begriffe „Klinische Ökonomik“ (Buch 1 /2) und „klinisch-

ökonomisches Handeln“ häufig mit „Gesundheitsökonomie“ und „wirtschaftlichem Handeln“ gleichgesetzt. Auf den Punkt gebracht, erfordert „Klinische Ökonomik“ ein profundes ärztliches Wissen, weil nicht nur Rabatte beim Einkauf von Pillen und Pflastern oder Einsparung beim Personal zu erzielen sind, sondern die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten ist. Effizienz bedeutet, jene Maßnahmen auszuwählen, die unter Verwendung der geringsten Ressourcen die vollständigste, schonendste und schnellste Lösung jener Probleme herbeiführen, wegen der der Patient das Gesundheitssystem in Anspruch nimmt. Wenn es um Rabatte und um die Einsparung von Ressourcen geht, sollten wir dem Rat eines Betriebswirts folgen. Bei der Frage welche Maßnahme und bei welchem Patienten diese indiziert ist, kann der Betriebswirt im günstigsten Fall dazu beitragen, die unzutreffend eingesetzten Maßnahmen und Ressourcen zumindest günstig einzukaufen¹. Im Klartext: Betriebswirtschaftliche Hilfe ist zwar dringend zu empfehlen, sie wird aber wenig zur effizienten Gesundheitsversorgung beitragen können, wenn der größte Teil der unnötigen Ausgaben auf ärztliche Entscheidungen zurückzuführen ist.

Im Zweifelsfall neigt jeder Arzt dazu, eine Gesundheitsleistung „sicherheitshalber“ zu gewähren (siehe Prinzip der „Gefühlten Sicherheit“). Auch die Rechtsprechung macht es uns Ärzten nicht leicht, wenn gefordert wird, dass alles Machbare aus Sicherheitsgründen gewährt werden sollte (Hess). Mit dem Argument der Sicherheit lässt sich jedes Gesundheitssystem bis zur Unbezahlbarkeit belasten. Der praktikable Weg, der dieses Problem löst, besteht in der Erhebung von Daten, welche die Er-

folgswahrscheinlichkeit einer Intervention [chance to benefit, ctb] beschreiben. Unter den praktisch orientierten Kollegen ist es an der Tagesordnung, die Erfahrung auszutauschen, was unter Alltagsbedingungen „funktioniert“ bzw. „nicht funktioniert“. In der wissenschaftlichen Literatur wird die „ctb“ als prognostischer Indikator zwar seit mehr als 15 Jahren diskutiert, die geeigneten Indikatoren wurden aber bisher noch nicht identifiziert (Porzsolt 1992). Eine der großen Herausforderungen, die wir ab heute aufzugreifen haben, betrifft deshalb die Erkennung jener Subgruppe von Patienten, bei der die Chance, von der angebotenen Therapie zu profitieren, am höchsten ist. Es ist unter den Gesichtspunkten der Benefizienz, der Non-Malefizienz und der Verteilungsgerechtigkeit unethisch und damit auch unprofessionell, auf Gesundheitsleistungen alleine wegen ihrer hohen Kosten generell zu verzichten; ebenso unethisch und unprofessionell wäre es aber auch, diese Gesundheitsleistung bei jedem Patienten einer Indikationsgruppe einzusetzen, weil damit die Finanzierbarkeit des Systems gesprengt wird. Die Herausforderung, der wir uns zu stellen haben, betrifft die Identifizierung jener Patienten, die mit höchster Wahrscheinlichkeit von der angebotenen Therapie profitieren.

Das herauszufinden ist nicht trivial, weil zu bedenken ist, dass bei jeder Erkrankung verschiedene Kategorien von Patienten zu unterscheiden sind: Patienten mit sich selbst limitierender Erkrankung oder mit Erkrankungen, die weder die Lebenserwartung noch die Lebensqualität einschränken. Diese Patienten sollten dringend identifiziert werden, da jede wirksame Therapie mit Risiken verbunden ist und eine Behandlung dieser Patientengruppe möglicherweise mehr schadet als nützt. Benigne verlaufende Prostata Karzinome und sehr wahrscheinlich 20% aller Mammakarzinome (Porzsolt 2009c) sind

nur Beispiele potentieller Kandidaten aus der Gruppe maligner Erkrankungen.

Eine zweite Gruppe besteht aus Patienten, deren Lebenserwartung oder Lebensqualität durch eine Therapie potentiell verlängert oder verbessert werden kann. In dieser Gruppe befinden sich Patienten, die von der Therapie zweifellos profitieren und andere, die nicht profitieren. Profitieren bedeutet, dass der durch eine spezifische Therapie generierte Mehrwert höher einzustufen ist als der Mehrwert, der durch jede andere Handlungsmöglichkeit entsteht. Andere Handlungsmöglichkeiten sind entweder keine Therapie oder die beste verfügbare Vergleichstherapie.

Es ist seit vielen Jahre bekannt, dass aus ethischen, medizinischen, biometrischen und ökonomischen (embö) Gründen die Notwendigkeit besteht, bei jedem Patienten das Ausgangsrisiko [baseline risk, blr] mit validen Kriterien zu beschreiben². Die Information zum blr ist notwendig, um in einem sogenannten „explanatorischen trial“ bestätigen zu können, dass die Wirkungen zweier Therapien unterschiedlich (oder unter speziellen Bedingungen nicht unterschiedlich) sind.

In Zukunft wird zusätzlich zum blr eine zweite, auf validen Kriterien beruhende Kennzahl benötigt werden, nämlich die Chance von einer Therapie zu profitieren [chance to benefit, ctb] (Abbildung 2). Die ctb, die nicht durch dieselben Kriterien wie das blr definiert ist, ist für Therapieentscheidungen bedeutend, weil es wegen der embö-Gründe nicht mehr akzeptabel ist, jeden Patienten zu behandeln. Die Ermittlung der ctb wird eine der Aufgaben sogenannter „pragmatischer trials“ sein. In diesen trials sind jene Patienten

¹ Der Leser möge diese Überzeichnung entschuldigen, wir hoffen damit aber hervorzuheben, dass auch der beste Betriebswirt keine Praxis retten kann, wenn deren Ärzte nicht zu den besten zählen.

² Der Vergleich von blrs ist in randomisierten Studien mit kleiner Fallzahl bedeutend, weil die Randomisation per se noch keine Garantie für eine Gleichverteilung der Ausgangsrisiken darstellt. In nicht-randomisierten Studien sind die eingeschlossenen Patienten anhand ihrer blrs zu unterscheiden.

Subgruppe ohne erkennbaren Hinweis auf Benefit durch die Therapie	Kriterien zur Beschreibung der Subgruppe, die kaum von der neuen Therapie profitiert	Kriterien zur Beschreibung der Subgruppe, die eventuell von der neuen Therapie profitiert	Kriterien zur Beschreibung der Subgruppe, die sicher von der neuen Therapie profitiert
P > 0.05 NNT → ∞	P < 0.05 NNT im oberen Bereich des 95% CI	P < 0.05 NNT im mittleren Bereich des 95% CI	P < 0.05 NNT im unteren Bereich des 95% CI
Kein Hinweis auf Effizienz der Therapie	Effizienz der Therapie ist unwahrscheinlich	Effizienz der Therapie ist unsicher	Effizienz der Therapie ist bestätigt

Abbildung 2: Identifizierung der chance to benefit (ctb). Um die Patienten-Subgruppe zu identifizieren, die am wahrscheinlichsten von einer Therapie profitiert, sind zunächst Patientengruppen abzugrenzen, bei welchen mit statistischen Methoden kein Benefit der untersuchten Therapie nachgewiesen werden konnte (rote Gruppe). Unter den verbleibenden Patienten sind neue Marker zu beschreiben, mit welchen die Gruppen prospektiv unterschieden werden können, die sicher oder möglicherweise oder kaum von der untersuchten Therapie profitieren. Die Bedeutungen von p, NNT und 95% CI sind im Text erklärt.

zu identifizieren, die unter Alltagsbedingungen am meisten von einer bestimmten Therapie profitieren (Porzsolt 2010b). Erfahrene Praktiker haben die ctb „immer schon“ abgeschätzt, aber bisher nie systematisch dokumentiert. Um konkrete Empfehlungen kommunizieren zu können, ist eine systematische Dokumentation der ctb notwendig. Konkrete Beispiele zu diesen Überlegungen wurden im Rahmen einer Dissertationsarbeit³ bei Patienten im septischen Schock berechnet. Dort ist gezeigt, dass ein zusätzlicher Todesfall verhindert werden kann, wenn durchschnittlich 16,4 dieser Patienten mit aktiviertem Protein C behandelt werden. Diese Maßzahl bezeichnet man als NNT (number needed to treat). Die Handlungsalternative besteht im Verzicht auf diese Therapie. Berücksichtigt man die Therapiekosten für einen Patienten in Höhe von 7.400 Euro, lässt sich errechnen, dass für einen zusätzlichen Therapieerfolg (hier einen verhinderten Todesfall) 16,4 x 7.400 Euro = 121.360 Euro aufzubringen sind. Diese Berechnung beruht auf der Differenz der Kos-

ten für die Handlungsalternative multipliziert mit der NNT. Wir bezeichnen diese Maßzahl als „Costs Overrun of Additional Treatment Success“ (COATS). Sie entspricht einer eindimensionalen ICER (incremental cost effectiveness analysis). Weitere Erklärungen dazu sind in Vorbereitung⁴.

Die Evidenz basierte Medizin hat uns gezeigt, – auch wenn nicht alles Evidente glänzt, was sich so bezeichnet – dass bei Wiederholung der Untersuchung nicht exakt 16,4 Patienten, sondern einige mehr oder weniger behandelt werden müssen, um einen Patienten zu retten. Den Streubereich, in dem 95% aller Ergebnisse bei Wiederholung der Messung erwartet werden können, bezeichnet man als 95% Confidence Interval (95% CI). In der Studie zum aktivierten Protein C (Bernard 2001) umfasste das 95% CI den Bereich von minimal 9,6 Patienten und maximal 55,6 Patienten.

Dieses 95% CI ist für unsere Überlegungen eine äußerst wertvolle Information, weil daraus abgeleitet werden kann,

dass ein zusätzlicher Therapieerfolg unter günstigsten Bedingungen 9,6 x 7.400 Euro = 71.040 Euro und im ungünstigsten Fall 55,6 x 7.400 Euro = 411.440 Euro binden würde. Wenn es gelingt, die Patienten zu identifizieren, die in Abbildung 2 im „sicheren“ Bereich beschrieben sind, und wenigstens diesen Patienten das neue Therapieprinzip zukommen zu lassen, wäre die embö-Entscheidung, an der wir alle nicht vorbei kommen, deutlich weniger problematisch. Auch das bedeutet wiederum nicht, dass für die Patienten am ungünstigen Ende des Intervalls keine Therapie angeboten wird, hiergegen spräche schon die dritte Stufe der Priorisierung, die auf Patientenpräferenz setzt, aber die Identifikation der profitierenden und weniger profitierenden Patienten, ermöglicht auf den Stufen 1 und 2 die Angabe sinnvoller und gleichwertiger Alternativen, die gegebenenfalls bei gleicher Validität mit geringeren Kosten einhergehen.

Für den Arzt bietet sich der Vorteil, dass mit dem monetären Wert von COATS ein konkreter Gegenwert (z. B. ein gerettetes Leben auf der Intensivstation) verbunden ist, während die QALYs einen virtuellen Wert beschreiben. Im ersten Fall können konkrete Werte gegeneinander ab-

⁴ Weiss M, Grom F, Porzsolt F. Clinical decision making in critically ill patients by calculating the Cost Overrun of Additional Treatment Success (COATS). (submitted for publication)

³ Dissertationsarbeit Frank Grom, Klinische Ökonomie, Universität Ulm

geschätzt werden; im Fall der QALY-Berechnung wird die „Bewertung“ bereits zu einem früheren Zeitpunkt, bei der Definition des Nutzenwertes vollzogen. QALYs sind damit weniger transparent als COATS, nehmen die ärztliche Entscheidung vorweg und sind für budgetbezogene Entscheidungen kaum nutzbar.

Synopse

Ärzte beteiligen sich bisher – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kaum an der Lösung gesundheitspolitischer Probleme auf dem Gebiet der Ressourcenallokation. Möglicherweise werden Lösungsansätze von den Ärzten kaum vorgeschlagen, weil die Anreize hierfür bisher unzutreffend gesetzt sind.

Mit unserem Aufsatz möchten wir beitragen, diesen Nachholbedarf zu reduzieren. Wir haben dazu vorgeschlagen, eine Diskussion über budgetbezogene Entscheidungen im Gesundheitssystem zu führen. Es sind Methoden zu entwickeln, um die Chance vorherzusagen zu können, dass Patienten von einer Therapie profitieren. Die Patienten sind in die Ergebnisbewertung der Gesundheitsversorgung einzubinden. Entscheidungen im Gesundheitssystem sind mit „embö-Kriterien“ d. h. nicht trennbaren ethischen, medizinischen, biometrischen und ökonomischen Kriterien zu begründen. Letztlich ist der Nutzen von Gesundheitsleistungen anhand der Mehrkosten abzuschätzen, die für einen zusätzlichen, konkreten Behandlungserfolg aufgebracht werden müssen. Ökonomen mögen dafür andere Methoden als Ärzte anwenden; sie haben aber auch andere Teilaspekte des gemeinsamen Problems zu lösen.

Wir sind in unserem Aufsatz nur auf die unterschiedliche Sichtweise von Ärzten und Ökonomen eingegangen und haben die Rolle anderer Partner im Gesundheitssystem nicht einbezogen. Wir sind uns aber auch bewusst, dass die angesproche-

nen Themen nicht ausdiskutiert werden konnten. Dennoch glauben wir, dem Anspruch unseres Aufsatzes gerecht zu werden, die Unterschiede zwischen ärztlicher und ökonomischer Sicht zu skizzieren. Die Umsetzbarkeit der skizzierten Ideen wird vom Erfolg zweier Aktionen abhängen: Gesunde und kranke Bürger müssen eingebunden werden, um die Steigerung einer effizienten Gesundheitsversorgung zu ihrer eigenen Sache zu machen. Angemessene Anreize sind zu setzen, um die Zielorientierung aller Beteiligten zu fokussieren.

Konstruktive und destruktive Beiträge lassen sich an der Polarität der Frage erkennen, ob das Gesundheitssystem etwas für den Einzelnen oder der Einzelne etwas für das System tun kann. Wenn wir uns einig sind, dass Freizeit, Bildung, Kultur und Sicherheit ebenso bedeutend sind wie Gesundheit, sollten wir unverzüglich damit aufhören, die genannten Werte weiter zugunsten einer ineffizienten Gesundheitsversorgung zu reduzieren.

Literatur

Ahlert M, Zimmermann J. Werkstattgespräch Politikberatung und Kosten-Nutzen-Analysen. <http://www.google.de/search?q=Werkstattgespräch+Politikberatung+und+Kosten-Nutzen-Analysen.++&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:de:off>

Albert H. Traktat über kritische Vernunft. 5. Auflage, 1991. Mohr, Tübingen. ISBN 3 16 145721 8

Bernard GR, Vincent JL, Laterre PF, LaRosa SP, Dhainaut JF, Lopez-Rodriguez A, Steingrub JS, Garber GE, Helterbrand JD, Ely EW et al: Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. *N Engl J Med* 2001, 344(10): 699-709.

Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, Reinhart K, Angus DC, Brun-Buisson C, Beale R et al: Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med* 2008; 36(1): <296-327.

Dietrich ES. Grundlagen der Pharmakoepidemiologie und Pharmakoökonomie. Govi Verlag, Frankfurt 2002

Dietrich ES. Kosten-Nutzen-Bewertung. Eine Grundlage für Nachhaltigkeit und Beitragssatzstabilität? *Gesundheitspolitische Kommentare* 2008; 3/08: 7-13.

Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien B, Stoddart GL. *Methods for the economic evaluation of healthcare programmes*, Third edition, 2005. Oxford University Press, Oxford. ISBN 978 0 19 852945 3

Felder S, Grabe K. Übung Evaluation I – QALYs or Quackery? http://www.med.uni-magdeburg.de/fme/institute/ismhe/pr_lehre/oeko/uebungen/Evaluation1.pdf

Frosch D, Porzolt F, Heicappell R, Kleinschmidt K, Schatz M, Weinknecht S, Kaplan RM: Comparison of German language versions of the QWB-SA and SF-36 evaluating outcomes for patients with prostate disease. *Qual Life Res.* 2001;10(2): 165-73.

Gampert L. Entwicklung und Validierung eines psychometrischen Messinstrumentes zur Messung der „Gefühlten Sicherheit“ von Patienten nach dem Lesen einer Arzneimittelgebrauchsinformation. *Dissertationsarbeit*, 2009, Medizinische Fakultät Universität Ulm.

Hess R. Alternative Behandlungsmethoden bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. Auseinandersetzung mit dem Beschluss des

- Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. Gesellschaft & Gesundheit Wissenschaftsforum (GGW) 2006; 4: 7-14
- Popp R. Entwicklung eines Messinstruments zur Erfassung der „Gefühlten Sicherheit“ bei Schülerinnen und Schülern an Realschulen in Baden-Württemberg. Dissertationsarbeit, 2009, Medizinische Fakultät Universität Ulm.
- Porzsolt F, Voigt W, Stemmer B, Baier R, Müller A, Heimpel H. Krankenhauskosten onkologischer und nicht-onkologischer Patienten. ATO 1988; 7: 34-50.
- Porzsolt F, Voigt W, Stemmer B, Baier R, Müller A, Heimpel H. Wie teuer sind Tumorpatienten? Das Krankenhaus 1989; 9: 495-499.
- Porzsolt F, Meuret G. Is Non-Symptomatic Stable Disease a Relevant Goal for Treatment of Metastatic Breast Cancer? Onkologie 1992; 15: 25-30.
- Porzsolt F, Wöpl C, Rist CE, Kosa R, Büchele G, Gaus W. Comparison of three instruments (QLQ-C30, SF-36, QWB-7) measuring health-related quality of life / quality of well being. Psycho-Oncology 1996; 5: 103-117.
- Porzsolt F. Klinische Ökonomik: Die ökonomische Bewertung von Gesundheitsleistungen aus der Sicht des Patienten. In: Porzsolt F, Williams AR, Kaplan RM (eds): Klinische Ökonomik. Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen. Ecomed Verlagsgesellschaft 2003, pp 17-40
- Porzsolt F, Kilian R, Eisemann M. Gefühlte Sicherheit – Ein neuer gesellschaftlicher Wert. Gesundh ökon Qual manag 2007a; 12: 7-10
- Porzsolt F. Gefühlte Sicherheit – Ein Entscheidungskriterium für Patienten. Z Allg Med 2007b; 83: 501– 506
- Porzsolt F, Brähler E, Clouth J, Kohlmann Th. Konsensuspapier zur Lebensqualitätsmessung. Gesundh ökon Qual manag 2008;13:61-65
- Porzsolt F, Bonotto de O.Costa IC, Thomaz TG for the SHUFFLE group. Advantages and Limitations of Twin Assessment of Clinical Trials (TACT). J Publ Health 2009a; 17: 425-435. DOI 10.1007/s10389-009-0283-4
- Porzsolt F, Pressel H, Maute-Stephan C, Kindervater R, Geldmacher J, Meierkord S, Sigle JM, Eisemann M. Appraisal of Healthcare: From Patient Value to Societal Benefit. J Publ Health 2009b, DOI: 10.1007/s10389-009-0294-1
- Porzsolt F, Hölzel D, Spontaneous remissions in breast cancer underline the need of more evidence: screening should not detect more cancer but earlier cancer. J. Publ Health 2010a; 18: 15-19 DOI: 10.1007/s10389-009-0275-4
- Porzsolt F, Eisemann M, Habs M. Complementary Alternative Medicine and Traditional Scientific Medicine should use identical rules to complete clinical trials. EuJIM 2010b (in press)
- Richardson CG, Zumbo BD. A Statistical Examination of the Health Utility Index-Mark III as a Summary Measure of Health Status for a General Population Health Survey. Social Indicators Research, 2000; 51: 171-191
- Rochau U. Gefühlte Sicherheit in Selbsthilfegruppen nach Brustkrebs. Dissertationsarbeit, 2009, Medizinische Fakultät Universität Ulm.
- Weiss M, Grom F, Porzsolt F. Clinical decision making in critically ill patients by calculating the Costs of Additional Treatment Success (COATS). (submitted for publication)

Autoren:

Franz Porzsolt^{1,5}, Manfred Weiss^{2,5}, Eva Susanne Dietrich³, Heiner Fangerau^{4,5}

¹Klinische Ökonomik, Universität Ulm,

²Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm,

³HealthEcon AG, Basel,

⁴Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin, Universität Ulm,

⁵Zentrum für Medizin und Gesellschaft an der Universität Ulm, 89075 Ulm

Pay for Performance: Weder Königs- noch Holzweg¹

Der Ruf nach einem Mehr an Qualität im Gesundheitswesen ist mittlerweile eine stete Forderung in der Diskussion im deutschen Gesundheitssystem. Bei steigenden Kosten und einem Mangel an Transparenz trifft die Debatte um ein effizientes und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem den Nerv der Zeit. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen² bestätigt in seinem Gutachten, dass Unter-, Über- und Fehlversorgung in Deutschland nicht nur ein drohendes Gespenst, sondern vielfach real sind (Vgl. SVR 2002). Dieser Befund ist immer noch aktuell.

1. Qualität in der Versorgung

Auch wenn die Notwendigkeit von Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung in gesundheitspolitischen Debatten gesehen wird, so bringt die praktische Umsetzung Schwierigkeiten mit sich: Wer definiert, was Qualität ist? Wie wird Qualität gemessen? Welche Ausmaße von Wettbewerbssteuerung ergeben sich durch Qualitätsforderungen? Und inwieweit ist die qualitäts- oder leistungsorientierte Vergütung ein richtiger Weg zu mehr Qualität? Eine Fülle von Paragraphen im SGB V beschäftigen sich mit Qualität. Durch die gesetzlichen Novellierungen und Gesundheitsreformen für die ambulante und stationäre Vergütung ist der Gesetzgeber seit dem Jahr 2003 einem Mehr an Qualität ein ganzes Stück näher gekommen. Die Krankenkassen und Leistungserbrin-

ger haben durch eine Vielzahl von gesetzlichen Neuerungen sukzessive die ordnungspolitischen Voraussetzungen für innovative Vertragsgestaltungen erhalten. Möglichkeiten zu neuen Versorgungsverträgen wurden den Vertragsparteien vom Gesetzgeber vor allem durch die Integrierte Versorgung (§ 140a-d SGB V), den Vertragsformen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), durch die besondere fachärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) sowie durch die Modellvorhaben (§ 63 SGB V) geschaffen. Der Gesetzgeber eröffnete auch den Krankenhäusern vielfältige Möglichkeiten, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen: das ambulante Operieren (§ 115b SGB V), die ambulante Erbringung hoch spezialisierter Leistungen (§ 116b SGB V) sowie die Trägerschaft von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (§ 95 SGB V).

2. Qualität und Wettbewerb – performance sells?

In der Qualitätsdiskussion werden üblicherweise die drei Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschied-

den (Vgl. Emmert 2008, S. 15). In der von *Donabedian* eingeführten Systematik bedeutet eine gute Strukturqualität, „dass die richtigen Voraussetzungen vorhanden sind, um etwas regelgerecht und gut zu tun“ (GBE Bund 2006, S. 172). Die Strukturqualität bezeichnet also den allgemeinen Rahmen und umfasst die Ausstattung mit personellen, technischen und finanziellen Ressourcen (Emmert 2008, S. 15). Gute Aus- und Fortbildungen, Zertifizierungen und die Nutzung von Medizintechnik auf dem neuesten Stand sind mögliche Indikatoren für strukturelle Qualität.

Prozessqualität hingegen bedeutet, „dass das Richtige rechtzeitig und gut getan wird“ (GBE Bund 2006, S. 172). Die Prozessqualität basiert auf Einhaltung einer „Checkliste“, die das genormte Vorgehen bei bestimmten Ereignissen definiert. Eine gute Prozessqualität bemisst sich nach der Art und Weise der wechselseitigen Kommunikation und Kooperation zwischen behandelnden Ärzten, Pflegepersonal und Patienten. Sie orientiert sich damit nicht nur an der medizinischen Leistungserbringung durch professionell anerkannte Standards, sondern auch an weichen Komponenten, wie Serviceleistungen und der Informationspolitik des Leistungserbringers (Emmert 2008, S. 16 f.).

Die dritte Ebene der Ergebnisqualität beschreibt, ob das Behandlungsziel auch tatsächlich erreicht wird. Mit Blick auf das Behandlungsergebnis steht der Patient im Fokus der Betrachtung: Wurde der Gesundheitszustand wiederhergestellt? Wie hoch ist die Lebensqualität nach der Behandlung? Wie ist das persönliche Befin-

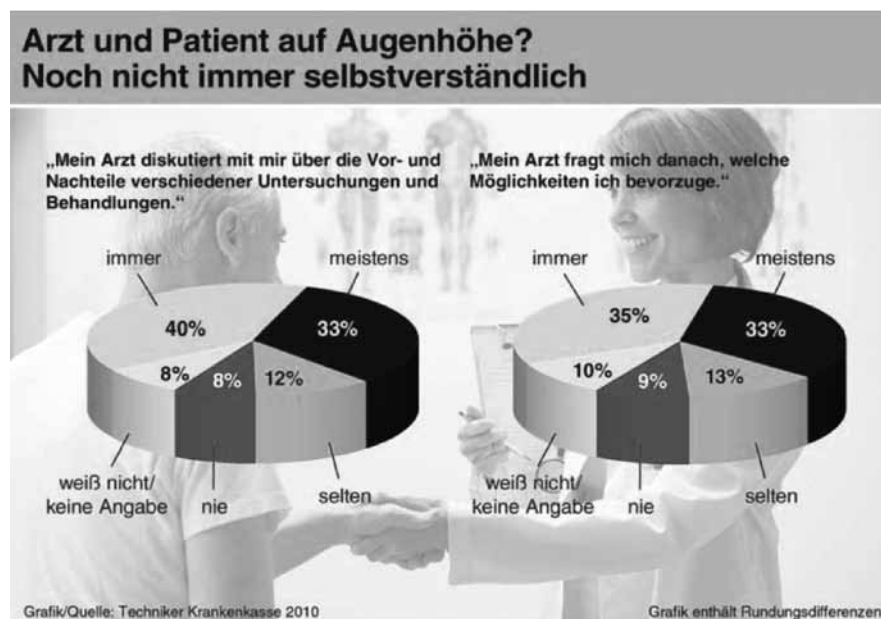
¹ Der Beitrag ist mit freundlicher Zustimmung der Autoren als Vorabdruck dem Sammelband „Qualität im Gesundheitswesen“ entnommen, der in der Schriftenreihe „Beiträge zum Gesundheitsmanagement“ in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden erscheint.

² Bis 2004: „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“

den und Verhalten nach einer abgeschlossenen Therapie? Und ist die soziale und berufliche Reintegration gelungen? Die Ergebnisqualität misst also den *Outcome* einer medizinischen Leistung. Das bedeutet, dass der Zielerreichungsgrad einer therapeutischen Maßnahme konkret bewertet wird (Emmert 2008, S. 17). Zusammengefasst ist die Ergebnisqualität damit „der wichtigste Beurteilungsmaßstab“ für eine medizinische Leistung (GBE Bund 2006, S. 172).

Ein Wettbewerb um die bessere medizinische Versorgung von Patienten hat in verschiedenen Bereichen bereits Einzug erhalten. In einem komplexen Marktgefüge konkurrieren Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und andere Anbieter von Gesundheitsleistungen. Dieser Wettbewerb ist jedoch kein Selbstzweck. Vielmehr legitimiert er sich über einen steten Suchprozess nach der „besseren Lösung“. Die belegte Leistungsfähigkeit der Akteure durch Zertifizierungen, Leistungs- und Krankheitsregister, Konzepte des internen Qualitätsmanagements, Orientierung der Therapie an wissenschaftlicher Evidenz, Qualitätsberichten usw. ist deshalb keineswegs nur ein nettes Accessoire, sondern ein erster wichtiger Schritt in den erwünschten Qualitätswettbewerb. Viele Instrumente zur Sichtbarkeit von Qualität sind bereits fest in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Ärzteschaft etabliert. Dennoch konstatiert der Sachverständigenrat (2007), dass „Patienten zwar im Prinzip sehr an Qualitätsinformationen interessiert sind, diese aber nicht abrufen oder nutzen, wenn die Informationen nur auf konventionellem Weg disseminiert und aufbereitet sind“. Die Übersetzung der vorhandenen Qualitätsdaten in eine adressatengerechte Sprache ist also eine besondere Herausforderung für die Anbieter von Gesundheitsleistungen, denn „die Patienten ziehen umso mehr Nutzen aus den Informationen, je

Abbildung 1: Umfrage zum Arzt-Patientenverhältnis



Quelle: TK-Medienservice „Arzt-Patienten-Verhältnis“ 2010

besser diese aufbereitet sind“ (SVR 2007, S. 75).

3. Patient Empowerment – Emanzipation zum souveränen Patienten?

Die bisherige Sicht auf Ärzte als „Halbgötter in Weiß“ hat sich in den vergangenen Jahren sukzessive verändert. Eine repräsentative Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) zum Thema Patientenzufriedenheit zeigt: Immer mehr Patienten wollen bei Therapieentscheidungen – wie z. B. der Wahl der richtigen Klinik für eine Operation – stärker mitreden. Jeder Fünfte klagt jedoch darüber, dass sein Arzt ihn nicht in dem Maße in Entscheidungen einbindet, wie er es möchte.

Neben dem eigenen Anspruch sieht auch das SGB V eine aktive und verantwortungsvolle Rolle des Patienten vor: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich“ (§ 1 Satz 2 SGB V). Der Patient ist demnach nicht nur ein passi-

ver Konsument einer medizinischen Behandlung, er sollte aus normativer Sicht vielmehr aktiv in die Entscheidungsfindung und den Behandlungsprozess eingebunden werden. Als Stichwort für eine stärkere Partizipation der Patienten dient die sogenannte „informierte Entscheidung“: Demnach sollte der medizinische Informationsprozess nach bestverfügbarem wissenschaftlichem Wissen aufgebaut sein, wobei Arzt und Patient am Ende *gemeinsam* über den Behandlungsanlass und die jeweiligen Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen entscheiden. Diese *partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making)* zielt darauf ab, eine individuell angepasste, optimale Behandlung für den Patienten zu erreichen (Müller 2010, S. 6).

4. Bestandsaufnahme: Die Anreizsysteme im deutschen Gesundheitswesen

Anreizsysteme haben das Ziel, Vertragspartner zu motivieren sowie gemeinsam

definierte oder vorgegebene Ziele umzusetzen. Durch monetäre und nicht-monetäre Anreize ist es möglich, unmittelbar in den Versorgungsprozess einzugreifen und diesen in bestimmte Richtungen zu steuern. Diese Eingriffe sollten natürlich vor allem auf eine Verbesserung der Behandlungsqualität ausgerichtet sein und die vorhandenen Strukturen und Prozesse weiterentwickeln und verbessern (Emmert 2008, S. 327). Grundsätzlich unterscheidet man zwischen nicht monetären und monetären Anreizsystemen in der Leistungserbringung.

4.1 Nicht monetäre Anreizsysteme: „Tue Richtiges und rede darüber!“

Das *nicht-monetäre* Anreizsystem im Gesundheitswesen beinhaltet vor allem Aspekte wie Auszeichnungen, Anerkennung und Wertschätzung (Ame lung, Zahn 2009, S. 12). *Public Reporting* oder *Public Disclosure* ist ein klassisches nicht monetäres Anreizsystem, das Anbieter von Gesundheitsleistungen motivieren soll, ihre Qualifikationen und ihre Leistungsfähigkeit öffentlich zu belegen und bewerten zu lassen. Um im ersten Schritt den richtigen Arzt oder die richtige Klinik wählen zu können, brauchen Patienten jedoch verlässliche Informationen. Jeder Bürger kann sich mittlerweile anschauen, wie Anbieter von Gesundheitsleistungen performen und wie diese Performance anhand vorab definierter Qualitätskriterien bewertet wird. Die Qualitätsinformationen zu niedergelassenen Ärzten, Fachspezialisten, Kliniken und Gesundheitseinrichtungen verfolgen das Ziel, Patienten eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe zu geben, um den „geeignetsten“ Leistungserbringer wählen zu können. Als Grundlage dienen verschiedene Informationsquellen zu aufbereiteten Qualitätsdaten: Zum einen existieren öffentlich zugängliche, unab-

hängige Informationen, dazu gehören beispielsweise:

- unabhängige Ärztelisten, wie z. B. die FOCUS-Ärzteliste
- Zertifikate, wie DIN EN ISO oder QEP
- Klinikführer und -navigateure, wie z. B. die „Weiße Liste“, TK-Klinikführer
- unabhängige Qualitäts- oder Testberichte
- die Veröffentlichung konkreter Qualitätsdaten der Leistungserbringer, z. B. über die Häufigkeit von Komplikationen

Auf der anderen Seite liefern auch öffentlich zugängliche, subjektive Erfahrungen über das Arzt-Patienten-Verhältnis Qualitätsinformationen, wie z. B.

- Ärztebewertungen über Helpster
- Austausch in Selbsthilfegruppen
- Austausch und Diskussion in Internetforen

Im digitalen Medienzeitalter ist vor allem das Web 2.0 eine der wichtigsten Informationsquellen. Immer mehr Menschen nutzen es, um sich über medizinische und pflegerische Fragestellungen schnell, unkompliziert und in großer Fülle zu informieren. Die Qualität und Seriosität der jeweiligen Quellen bleibt jedoch kritisch zu hinterfragen. Selbstständig nach Gesundheitsinformationen recherchieren und diese im Anschluss kritisch zu bewerten sollte das Ziel eines informierten und souveränen Patienten sein. Leistungserbringer können durch eine Vielzahl gut aufbereiteter Informationen entscheidend zu diesem Entwicklungsprozess beitragen.

Praxisbeispiele für Public Reporting

Eine Vielzahl an Klinikführern bzw. -navigateuren und Klinikvergleichen geben Patienten heute die Möglichkeit, sich schnell und umfassend über ausgewählte Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zu informieren. Ziel der Anbieter ist es, die Qualitätsinformationen verständlich auf-

zubereiten und diese möglichst niedrigschwellig (z. B. über das Internet) anzubieten.

Das Informationsangebot ist ebenso vielfältig wie die Anbieter der Qualitätsdaten: Zum einen bereiten Leistungserbringer selbst ihre Qualitätsdaten auf und bieten diese zum Vergleich an (z. B. die Deutsche Krankenhausgesellschaft, www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de). Pionier in dieser Disziplin ist die private Klinikgruppe „Helios“, die bereits seit 1999 eine „Helios Klinik-Suche“ der über 60 Kliniken mit erweiterten Qualitätsberichten im Internet anbietet. Ebenso entwickelten Krankenkassen und ihre Bundesverbände eigene Klinik-Navigateure (z. B. DAK-Klinik-Lotse, AOK-Gesundheitsnavigator). Seit 2008 ist zudem ein unabhängiges Angebot der Bertelsmann Stiftung auf dem Markt: Die „Weiße Liste“ (www.weisse-liste.de) wurde gemeinsam mit Dachverbänden der großen Patienten- und Verbraucherorganisationen ins Leben gerufen. Sie stellt ein Internetportal, auf dem sich Patienten und Angehörige über das Leistungsangebot und die Qualität der Gesundheitsanbieter informieren können. Neben laienverständlichen Qualitätsdaten der Kliniken liefert die „Weiße Liste“ zudem eine Auswertung zu Patientenerfahrungen und gibt weitere Zusatzinformationen, z. B. Übernachtungsmöglichkeiten vor Ort.

Auch die TK hat ein umfassendes Public-Reporting-Instrument entwickelt, das die Behandlungsqualität von Kliniken transparent bewertet und damit die Wahlentscheidung der Patienten erleichtert. Der TK-Klinikführer ermöglicht eine bundesweite Krankenhaussuche nach Postleitzahlen, Diagnosen, Operationen und Krankenhausnamen. Er soll den Patienten als umfassende Entscheidungshilfe für die Wahl der passenden Klinik dienen. Ziel des Klinikführers ist es, Patienten auf Basis von Daten zur Struktur- und Ergebnis-

qualität einen Überblick über geeignete Kliniken zu geben.

Nach § 137 SGB V sind Krankenhäuser in Deutschland seit 2004 verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Diese enthalten Informationen über die jeweiligen Fachabteilungen und deren Leistungen, sie geben Auskunft über therapeutische Möglichkeiten und zu personeller und technischer Ausstattung der Klinik. All diese Informationen sind in der Regel jedoch sehr umfangreich und komplex, deshalb werden im TK-Klinikführer sämtliche Qualitätsberichte der rund 2.000 deutschen Krankenhäuser strukturiert und laienverständlich zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus informiert der Klinikführer über Häuser, die mit Zertifikaten (z. B. Zertifizierungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft) ausgezeichnet wurden, und beschreibt besondere Initiativen und Projekte (z. B. die Aktion „Saubere Hände“ zur Vermeidung schwerer Infektionen durch Krankenhauskeime). Neben den aufbereiteten Qualitätsberichten und Zertifizierungen erläutert der Klinikführer zudem Erfahrungen aus über 158.000 Patientenfragebögen: In einer wissenschaftlichen Befragung wandte sich die TK von März 2008 bis Februar 2009 an 263.000 Versicherte, die kurz zuvor stationär behandelt worden waren. Die Patientenbefragung ergab einen hohen Rücklauf mit guter bis sehr guter Datenqualität. Knapp 60 Prozent der Befragten beantworteten 41 Fragen zu Themenbereichen wie Behandlungserfolg, medizinisch-pflegerische Versorgung, Information und Kommunikation im Krankenhaus bis hin zur allgemeinen Zufriedenheit. Alle Rückläufer wurden von einem wissenschaftlichen Institut evaluiert und führten zu einer detaillierten Bewertung von insgesamt 624 Kliniken und 1.600 Fachabteilungen. Kliniken, die in allen fünf Qualitätsdimensionen überdurchschnittliche Ergebnisse erzielten,

zeichnet die TK mit einer eigenen Qualitätsurkunde aus.

Mit dem Klinikführer ist es der TK gelungen, einen wichtigen Schritt in Richtung transparente Behandlungsqualität zu gehen. Mit Hilfe dieses Instruments soll dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, sich auf Basis übersichtlicher, verständlicher und wissenschaftlich evaluierter Angaben umfassend zu informieren und zu entscheiden.

Es kann konstatiert werden, dass es heute bereits eine Vielzahl von Möglichkeiten des *Public Reporting* gibt. Patienten können sich mehr denn je über die Leistungsfähigkeit und Qualität eines Leistungserbringers informieren. Und dennoch ist der Einsatz dieser nicht-monetären Anreize im deutschen Vergütungssystem bislang noch nicht zufriedenstellend. Emmert (2008, S. 326) stellt dazu fest, dass die Nutzung bis heute noch weit hinter dem Einsatz monetärer Anreize zurückliegt.

4.2 Monetäre Anreizsysteme – performance sells?

Das *monetäre Anreizsystem* im Gesundheitswesen ist die Vergütung für die Leistungserbringer. Vergütungssysteme sind hochkomplex, weil sie die Aufgabe haben, Zielkonflikte auszubalancieren: Sie sollten möglichst so ausgestaltet sein, dass sie Leistungserbringer veranlassen, ihre Leistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen (= *Steuerungsfunktion* und *Anreizfunktion*). Es sollten Anreize in der Vergütung enthalten sein, die Anstrengungen zu Kostensenkung und zur Erhöhung von Leistungsqualität belohnen und auf der anderen Seite dem Angebot von nicht bedarfsgerechten Leistungen entgegenwirken. Auch wenn durch das ärztliche Ethos eine besondere Motivation unterstellt werden kann, so muss die Annahme berücksichtigt werden, dass das ärztliche Handeln nicht allein am Patienteninteresse ausgerichtet ist, sondern

ebenso durch finanzielle Motive des Arztes beeinflusst wird. Das Vergütungssystem sollte also zusätzlich sicherstellen, dass den Anbietern von Gesundheitsleistungen ein leistungsgerechtes Einkommen gewährt, zugleich aber eine zu hohe Belastung der Leistungsfinanzierer (z. B. Krankenkassen) vermieden wird (= *Verteilungsfunktion*). Auch die Beschaffung neuer Medizinprodukte, die Einführung von neuen Diagnoseverfahren und Therapien sollte durch die monetäre Vergütung positiv beeinflusst werden (= *Innovationsfunktion*). Darüber hinaus ist es notwendig, dass das Vergütungssystem eine möglichst hohe Akzeptanz bei den Leistungserbringern aufweist, es sollte praktikabel und transparent sein und anpassungsfähig gegenüber notwendigen Änderungen (Amelung, Zahn 2009, S. 12 ff.).

Ein Vergütungssystem mit unterschiedlichen Vergütungsformen verfolgt das Ziel, die Versorgungsleistung über Anreize in erwünschte Richtungen zu steuern und unerwünschte Effekte zu verhindern. Unter-, Über- oder Fehlversorgungen sollten möglichst in jeder Vergütungsform vermieden werden. In der deutschen Vergütungssystematik gibt es derzeit jedoch Fehlsteuerungen, da sie tendenziell eher einzelne *Behandlungsleistungen* und nicht den *Behandlungserfolg* honoriert. Tendenziell setzt die aktuelle Vergütungssystematik demnach stärker Anreize zu Mengenmaximierung, statt die Qualität in den Mittelpunkt zu stellen.

Im deutschen Gesundheitssystem lassen sich insgesamt acht verschiedene Formen der Vergütung identifizieren. Das Angebotsverhalten der Anbieter für Gesundheitsleistungen und dabei insbesondere der Ärzte wird durch das zugrundeliegende Vergütungssystem beeinflusst (vgl. SVR 2003). Jede einzelne Vergütungsform ist charakterisiert durch erwünschte und unerwünschte Effekte:

ÜBERBLICK

Tabelle 1: Effekte der Vergütungsformen

Vergütungsform (Auswahl)	Erwünschter Effekt	Unerwünschter Effekt
Festgehalt	+ Anreiz zur Gesunderhaltung	– Keine Wirtschaftlichkeitsanreize – Warteschlangen
Kopfpauschale	+ Anreiz zur Gesunderhaltung + Wirtschaftlichkeitsanreize + geringe Verwaltungskosten	– Risikoselektion – Kostenverlagerung – Qualitätsgefährdung
Fallpauschale	+ Kein Anreiz zur Leistungsausweitung + Wirtschaftlichkeitsanreize	– Unterlassen erwünschter Leistungen – Upcoding – Kostenverlagerung
Einzelleistung	+ Leistungsorientierte Vergütung + produktivitäts- und leistungssteigernd	– Unerwünschte Leistungsausweitung – „Rosinenpicken“
Erfolgsorientierte Vergütung	+ Qualitätsverbesserung + Arztinteresse und Patienteninteresse sind deckungsgleich	– Messprobleme – Hohe Administrationskosten

Quelle: Amelung, Zahn 2009, S. 17

- Ist der Leistungserbringer in einem Angestelltenverhältnis und erhält ein *festes Gehalt*, ergeben sich daraus unter Umständen produktivitäts- und leistungs-senkende Effekte, da keine Anreize zu einer überdurchschnittlichen Performance gegeben sind. Andererseits erhält der Leistungserbringer einen Anreiz zur Gesunderhaltung des Patienten. Die Leistungserbringer sind aufgrund des festen Gehalts nicht auf die Maximierung ihrer Patientenzahlen angewiesen, sondern können intensiv an weniger Fällen arbeiten.
 - Die *Einzelleistungsvergütung* hingegen hat den immanenten Anreiz zur Leistungsausweitung und insbesondere zum sogenannten „Rosinenpicken“ von besonders aufwendigen Versorgungsleistungen. Denn je mehr Behandlungsschritte es gibt und je intensiver die Behandlung eines Patienten ist, desto mehr kann der Leistungserbringer abrechnen. Auf der anderen Seite ist diese Form der Vergütung stark leistungsorientiert und fördert die Produktivität der Leistungserbringer.
 - Die *Pauschalvergütung* hingegen mindert das Risiko einer unerwünschten Leistungsausweitung. Andererseits kommt es hier schneller zu Selektionseffekten: Fallpauschalen fördern den Anreiz, schwere Fälle abzuweisen. Kopfpauschalen hingegen haben den Effekt, besonders kostenintensive Patienten abzuweisen. In dieser Vergütungsform kann es also zu einer unerwünschten Selektion nach Gesundheitsrisiken kommen.
 - Die *erfolgsorientierte Vergütung* orientiert sich am Behandlungserfolg einer ärztlichen Tätigkeit und soll den Leistungserbringer idealtypisch nur im Erfolgsfall honorieren. Problematisch ist in dieser Vergütungsform jedoch die objektive Messbarkeit des Behandlungserfolges, weshalb diese Vergütungsform noch nicht allein existieren kann, sondern nur in Kombination mit anderen Formen verwendet wird.
- Es kann konstatiert werden, dass die Effekte jeder einzelnen Vergütungsform wesentlich die Zielsetzungen der Versorgungsleistung beeinflussen. Dennoch wird diskutiert, wie die unerwünschten Folgen abgeschwächt werden können. Im Fokus dieser Überlegungen steht die Diskussion um eine Kombination verschiedener Vergütungsmodelle. Durch das Zusammenwirken einzelner Komponenten sollen die erwünschten Effekte genutzt und die unerwünschten Effekte ausgeglichen werden. Und dennoch konstatiert Amelung/Zahn (2009, S. 18), dass die Diskussion über Vergütungssysteme und deren Anreizwirkungen in

Deutschland eher vermieden wird. Zudem wird ein wichtiger Mechanismus, der in vielen anderen Dienstleistungssektoren ein fester Bestandteil ist, ignoriert: die konkrete Berücksichtigung von Leistungs- und Therapieerfolg und eine damit zusammenhängende leistungs- und erfolgsabhängige Vergütung. In nahezu allen anderen Branchen ist eine Erfolgsbeteiligung über Boni, Umsatzbeteiligungen oder negativ über Vertragsstrafen üblich. Der Sachverständigenrat (2003) stellt fest, dass das Angebotsverhalten der Leistungserbringer stark durch die jeweilige Vergütungsform beeinflusst wird. Damit trägt die Form der Vergütung also entscheidend dazu bei, wie effektiv und wie effizient eine medizinische Leistung erbracht wird. Dies legt den Schluss und die Notwendigkeit nahe, dass auch die Qualität oder das Ergebnis einer erbrachten Leistung als Baustein in der ärztlichen Honorierung genutzt werden kann.

5. Pay-for-Performance: Ein Impuls zur Qualitätsverbesserung?

Pay-for-Performance (P4P) bezeichnet eine erfolgs-, qualitäts- oder leistungsorientierte Vergütung und ist vor allem in den USA eine der bedeutendsten Entwicklungen der letzten Jahre (Amelung, Zahn 2009, S. 7). Es ist ein Konzept, das mit Hilfe von externen Anreizen versucht, eine Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung zu erreichen (SVR 2007). Neben klassischen Elementen wie Qualitätsmanagement und Patientensteuerung ist P4P ein wichtiger Bestandteil der innovativen *Managed-Care Instrumente*.

Amelung (2007) definiert Pay-for-Performance durch zwei inhaltliche Komponenten: zum einen durch den finanziellen Anreiz über die *erfolgsorientierte Vergütung* und zum anderen durch den immateriellen Anreiz über *Public Reporting*.

Pay-for-Performance stellt primär ein Instrument zur Qualitätssteigerung dar (Jenkins, 2006). Die amerikanische Integrated Healthcare Association (IHA 2006) postuliert als Ziel von P4P „to create a *business case for quality improvement through a compelling set of incentives that would drive breakthrough improvements in the quality and experience of health care*“. In den modernen Ansätzen werden im P4P-Ansatz monetäre und nicht-monetäre Anreize kombiniert. Auch wenn Pay for Performance primär durch finanzielle Anreize eine Qualitätsverbesserung erreichen soll, so kann die Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*Public Reporting/Public Disclosure*) diese Entwicklung unterstützen. Beide Formen werden häufig gemeinsam eingesetzt (SVR 2007). Idealtypisch belegen Leistungserbringer ihre Leistungsqualität also zum einen durch *Public Reporting* und zum anderen durch ihre Teilnahme an *innovativen Versorgungs-verträgen* mit erfolgsabhängigen Vergütungskomponenten. Solche Verträge sind in der Praxis erst durch den Einzug der neuen Versorgungsformen (z. B. durch die integrierte Versorgung § 140a-d SGB V) möglich geworden: selektiv statt kollektiv, individuelle Verhandlung statt Einheitsverträge. Erfolgsorientierte Vergütungskonzepte sind damit vor allem in Selektivverträgen zu finden, denn sie eröffnen die besten Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung des ansonsten eher starren Systems.

6. Pay for Performance: Beispiele innovativer Versorgungsverträge der Techniker Krankenkasse (TK)

Leistungsfähigkeit und Qualität stellen für die TK die oberste Priorität in der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten dar. Mit hochwertigen IV-Verträgen soll die Effizienz und Effektivität in der medizinischen Versorgung nachhaltig verbessert werden. Aus diesem Grund hat die TK die Möglichkeiten zu den neuen Versorgungsformen vielfach aufgegriffen.

Die neuen Versorgungsverträge stellen eine innovative medizinische und organisatorische Erweiterung der traditionellen Versorgungs-, Vergütungs- und Vertragsstrukturen dar. Die gesetzlichen Möglichkeiten zur Integrierten Versorgung zielen auf eine sektorenübergreifende Verzahnung der medizinischen Versorgungs-bereiche ab. Systemmängel durch sektorale Grenzen und monodisziplinäre Behandlungen können durch diese neue Versorgungsform überwunden werden. Das Ziel der neuen TK-Verträge ist eine abgestimmte Behandlungskontinuität, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Patienten ausrichtet.

Die meisten Verträge zur Integrierten Versorgung in der TK sind indikationsbezogen ausgestaltet. Die TK stellt durch eine indikationsbezogene Versorgung sicher, dass die Patienten eine diagnosegerechte Behandlung erreicht. Die Qualität der Untersuchung, die richtige Indikationsstellung und schließlich die Entscheidung für eine bestimmte Therapie sind maßgeblich für den Behandlungserfolg. Vor allem die richtige Indikationsstellung beeinflusst das Untersuchungsergebnis und den Therapieverlauf maßgeblich (Niedermeier 2004). Hier wird schließlich die Entscheidung getroffen, ob dem Patienten der Zugang zu einer bestimmten Therapie ermöglicht wird. Einschluss oder Ausschluss? Zugang

Abbildung 2: Zwei Bestandteile von Pay for Performance



Quelle: Amelung, Zahn 2009, S. 7

ÜBERBLICK

zu bestimmten Versorgungsangeboten – ja oder nein?

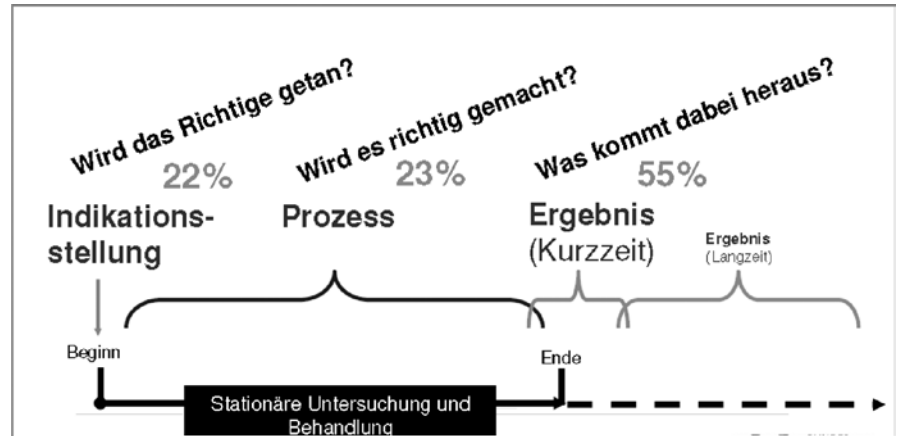
6.1 Praxisbeispiel: Das Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)

Ausgangslage

Bundesweit lässt sich ein kontinuierlicher Kostenanstieg bei psychischen Erkrankungen verzeichnen. Das Statistische Bundesamt rechnete 2009 aus, dass „Kosten durch diese Krankheiten bis 2030 um 20 Prozent auf rund 32 Milliarden Euro anwachsen“ werden.

Die TK verzeichnete 2009 insgesamt knapp 1,1 Millionen Krankenhausaufenthalte, in über 50.000 Fällen handelte es sich dabei um Patienten mit Depressionen, Schizophrenien oder Persönlichkeitsstörungen. Den wachsenden Anstieg von psychischen Erkrankungen zeigt auch der aktuelle TK-Gesundheitsreport 2010 auf. Erstmals schafft dieser einen Rückblick auf zehn Jahre TK-Gesundheitsberichterstattung. Der Langzeitvergleich zeigt, dass die psychisch bedingten Krankschreibungen bei Deutschlands Erwerbspersonen in den Jahren 2000 bis 2009 um fast 40 Prozent zugenommen haben. Auch das Volumen der verordneten Antidepressiva hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre bei Frauen nahezu verdoppelt. Bei den Männern liegt der Zuwachs sogar bei fast 120 Prozent. Es bleibt die Frage, welche Ursachen für derartige Wachstumsraten verantwortlich sind. Dennoch können eindeutige Rückschlüsse auf die Entwicklung der bevölkerungsbezogenen Erkrankungsrate (Prävalenzen) auf der Grundlage dieser Ergebnisse nicht gezogen werden und voreilige Schlussfolgerungen über eine zunehmend psychisch kranke Gesellschaft erscheinen bisweilen zwar medienwirksam, aber etwas voreilig. Verschiedene Erklärungen sind denkbar: Möglicherweise geben die Daten eine verbesserte

Abbildung 3: Welchen Einfluss hat die Indikationsqualität auf die Ergebnisqualität



Quelle: Niedermeier 2004

Abbildung 4: Krankheitskosten nach ausgewählten Krankheitsklassen



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Diagnose- und Behandlungskompetenz der Ärzte und Psychotherapeuten wieder oder aber weisen auf einen inzwischen zu sorglosen, nahezu inflationären Umgang mit der Vergabe von psychischen Diagnosen hin. Es wird aber deutlich, dass ein offenbar hoher Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung die GKV vor neue Herausforderungen stellt.

Im Durchschnitt verursachen psychische Erkrankungen bei Erwerbspersonen 40 Arbeitsunfähigkeitstage pro Krankheitsfall. Psychisch bedingte Krankschreibungen sind damit die zweithäufigste Ursache

von langen Krankengeldfällen und verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Die TK hat zwischen 2005 und 2008 bei den akutstationären Behandlungen Zuwachsraten von über 20 Prozent zu verzeichnen, bei gleichzeitig geringfügig abnehmenden Verweildauern pro Fall bzw. Fallkosten. Zusammen betrachtet deuten diese Zahlen darauf hin, dass psychiatrische Patienten im Schnitt pro Aufenthalt zwar tendenziell kürzer, dafür aber häufiger im Krankenhaus behandelt werden. Dadurch entsteht eine Form von „Drehtür-Psychiatrie“, und es kommt zu wiederhol-

Abbildung 5: Entwicklung der Fehlzeiten ausgesuchter Erkrankungen



Quelle: Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2010

ten Krankenhauseinweisungen auch von Patienten, die gut ambulant behandelbar wären und zu teilweise zu hohen Verweildauern, die nicht primär therapeutisch, sondern auch sozial bedingt sind (Ruprecht et al. 2009, S. 2).

Dem Trend begegnen

Menschen mit psychischen Erkrankungen, vor allem bei chronischen Verläufen, benötigen eine wohnortnahe und 24 Stunden täglich erreichbare Hilfe, denn Krisen entstehen in der Regel unabhängig von Praxiszeiten. Oft jedoch ist für die Betroffenen der Gang ins Krankenhaus die einzige, schnell erreichbare Behandlungsmöglichkeit. Nach dem Klinikaufenthalt bleibt für viele häufig unklar, wie es mit einer Behandlung weitergeht. Die Folge können Behandlungsunterbrechungen und Therapieabbrüche sein, die zu einer erneuten Zuspitzung der Symptomatik führen können. Deshalb erfordert eine effektive Behandlung ein multiprofessionelles und gut koordiniertes Vorgehen über die Sektorengrenzen hinweg (Ruprecht et al. 2009, S. 1). Es ist inzwischen wissenschaftlich belegt,

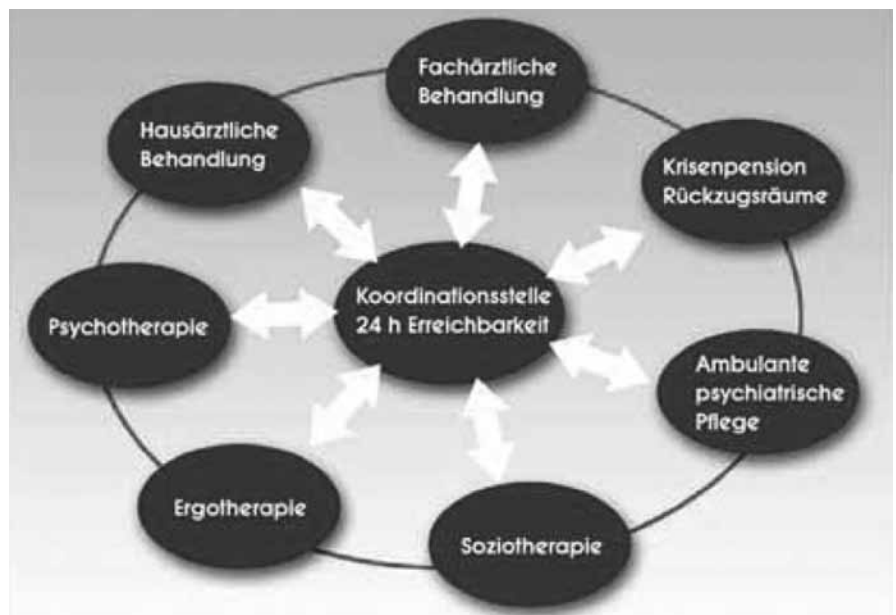
dass vor allem die koordinierte ambulante Behandlung unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen (Triolog), eine langfristige Stabilisierung erreichen und erhalten kann (ebd.).

Mit dem NetzWerk psychische Gesundheit bietet die TK als erste Krankenkasse

eine sozialpsychiatrisch ausgerichtete Versorgung an. Zusammen mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie hat die TK einen Referenzvertrag zur Integrierten Versorgung psychisch Kranker entwickelt. Dieses Konzept wurde am 7. Mai 2010 mit dem Diotima-Ehrenpreis der Bundespsychotherapeutenkammer für Verdienste in der Versorgung schwer psychisch Kranker ausgezeichnet.

Der Vertrag nach § 140a, b SGB V soll die oft lückenhaften und schlecht vernetzten ambulanten Versorgungsstrukturen mit zusätzlichen Leistungsmodulen schließen. Er soll zudem den Weg für den Ausbau einer wohnortnahen Versorgung ebnen. Ziel ist es, den Versicherten soweit wie möglich in seiner vertrauten Umgebung zu belassen, ihn dort zu stabilisieren und zu begleiten (ebd.). Der TK-Vertragspartner hält als Koordinationsstelle das gesamte Versorgungsgeschehen im Blick und kann im Bedarfsfall über eine gemeinsame Informationsplattform Angebote stellen und bedarfsgerecht intervenieren (siehe Abb. 6). Das NetzWerk psychische Gesundheit wurde für Betroffene psychischer Erkran-

Abbildung 6: Die Koordinationsstelle als „Zentrale“ des integrierten Versorgungsprozesses



Quelle: Techniker Krankenkasse 2009

kungen mit ausgewählten ICD-10-Diagnosen entwickelt. TK-Versicherte der Diagnosen F10.5 (Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Psychotische Störung) bis F94 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) können am NetzWerk-Vertrag teilnehmen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verordnung eines Antidepressivas oder Antipsychotikum in mindestens einem Quartal in den letzten zwölf Monaten. Ein Klinikaufenthalt aufgrund psychischer Probleme kann ebenfalls die Voraussetzung zur Vertragsteilnahme sein, hierbei ist jedoch die Hauptentlassungsdiagnose entscheidend. Mit den genannten Teilnahmekriterien soll vor allem erreicht werden, dass primär Betroffene mit einer tendenziell höheren Krankheitslast umfassend unterstützt werden.

Die Zusteuerung der Versicherten geschieht auf Basis der Einschlusskriterien durch die TK in Zusammenarbeit mit dem Vertragspartner bzw. den am Vertrag teilnehmenden NetzWerk-Partnern. Regulär können sich die Versicherten bis zu drei Jahre in den Vertrag einschreiben, auch eine verlängerte Teilnahme ist auf Antrag möglich.

Leistungen im NetzWerk

Das NetzWerk psychische Gesundheit gewährleistet eine hochwertige, sektorübergreifende und lückenlose Versorgung psychisch Kranker. Dem Betroffenen wird ein qualifizierter Bezugsbegleiter oder auch *Case Manager* zur Seite gestellt, der persönlicher Ansprechpartner ist, die Behandlung koordiniert und schnelle, unbürokratische Hilfe leistet. Über ausgewählte Vertragspartner stehen im NetzWerk je nach Bedarf zusätzlich definierte Behandlungsmodule bereit: Ergänzend gibt es für die Betroffenen Möglichkeiten zur häuslich psychiatrischen Krankenpflege, Angebote zur Soziotherapie, Psychoedukation,

Möglichkeiten zu einer Intensivbetreuung, ein geschützter Rückzugsraum/Krisenpension und variable, fakultative Angebote zur Kurzzeit-Psychotherapie. Neben der akuten Behandlung und der Versorgungsbegleitung werden darüber hinaus stabilisierende Angebote und Hilfen durch das NetzWerk offeriert. Die Betroffenen erhalten beispielsweise Angebote zum betreuten Wohnen, zur Rehabilitation und werden bei der beruflichen Wiedereingliederung professionell unterstützt. Alle Elemente des NetzWerkes sollen der „Dreh-tür-Psychiatrie“ entgegenwirken und den Betroffenen langfristig stabilisieren und genesen. Alle Angebote bzw. Leistungs-module können von dem Vertragspartner im Bedarfsfall frei veranlasst werden. Spezielle Genehmigungen durch die TK sind nicht erforderlich. Damit wird eine schnelle, unbürokratische und professionelle Hilfe und Unterstützung für die Betroffenen gewährleistet.

Qualitätssicherung und -kontrolle – Erfolgsmessung im NetzWerk

Der Vertrag und der gesamte Versorgungsprozess werden durch ein konsequentes Qualitätsmonitoring mit regelmäßigen Patienten- und Angehörigenbefragungen sowie einer wissenschaftlichen Evaluation begleitet. Die innovativen Leistungsinhalte und das neuartige Vergütungsmodell des Vertrages sollen mit Hilfe von ausgewählten Kennzahlen auf ihren Erfolg hin untersucht werden. Um den Erfolg messbar zu machen, müssen mögliche Erfolgsfaktoren jedoch mit Hilfe von Kennzahlen operationalisiert, regelmäßig erhoben, analysiert und ausgewertet werden. Als Vergleichsgruppe zu den Vertragsteilnehmern dienen Nicht-Teilnehmer versus eine Vergleichsgruppe in Regionen ohne NetzWerk-Vertrag. Konkrete Kennzahlen sind beispielsweise die Ermittlung der Krankenhauskosten, die Krankenhausverweil-

dauer, Arbeitsunfähigkeitstage, Bezug und Höhe von Krankengeld, Kosten der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA-Kosten) und Arzneimittelkosten. Aber auch „weiche“ Kennzahlen, wie regelmäßige Patientenbefragungen und Angehörigenbefragungen werden in die Evaluation einbezogen.

Ein neuartiges Vergütungsmodell: Predictive Modeling und Capitation

Die TK hat mit dem NetzWerk psychische Gesundheit einen Vertrag analog den Vorgaben des § 140c SGB V geschlossen:

„Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.“

Das Besondere an dem Vertrag ist die Vergütungsregelung. Das Vergütungsbudget setzt sich zusammen aus risikoadjustierten, prospektiven Versorgungspauschalen pro Versicherten plus Bonus-Zahlungen für ausschließlich ambulant versorgte Teilnehmer. Das bedeutet, dass dem Leistungserbringer ein fester Betrag pro Versicherten und Jahr sowie zielbezogene Leistungsanreize vergütet werden. Pay for Performance ist somit ein wichtiger Baustein im Vergütungsmodell des NetzWerk-Vertrages.

Das Vergütungsmodell wurde in verschiedenen Schritten entwickelt. Ein erster wichtiger Schritt bei der Budget-Ermittlung ist die Berücksichtigung der natürlichen Kostendegression. So können bei einem Vergleich der Kostenentwicklung von Hochkostenfällen von einem auf das nächste Jahr Kostenreduktionen von bis zu 50 Prozent in Versorgungsdaten beobachtet werden. Ein ähnlicher Trend zeigte sich

in der Auswertung von TK-Versorgungsdaten zur Behandlung von psychisch Kranken. Tatsächlich sanken für stationär behandelte TK-Versicherte mit F-Diagnosen die stationären Behandlungskosten derselben Versichertengruppe im Folgejahr ab. Konkret lagen die Kosten der Gruppe von Versicherten mit moderaten bis hohen Krankenhauskosten im Jahr 2006 (n = 235.000) bei 241 Millionen Euro, im Folgejahr 2007 nur noch bei 136 Millionen Euro. Der prozentuale Unterschied liegt bei 44 Prozent. Dieses muss bei der Berechnung der Versorgungspauschalen für die Zukunft berücksichtigt werden.

In der Vergütung ist auch eine Verrechnung von (teil-)stationären und PIA-Kosten während der Vertragsteilnahme der Versicherten vorgesehen, da diese als prognostizierte Kosten bereits in die Vergütung eingeflossen sind: Wird ein eingeschriebener TK-Versicherter akut stationär oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, so wird das Gesamtbudget beim Vertragspartner um die für die TK angefallenen stationären Leistungsausgaben und PIA-Kosten gekürzt. Dies ist notwendig, um die Vergütung „nur einmal auszugeben“. Zudem entfällt für den Vertragspartner der vereinbarte Bonus (= 10 Prozent der Versorgungspauschale), wenn es zu einer Einweisung kommt. Eine Ausnahme bildet die Einweisung durch richterlichen Beschluss. Auf diese Weise besteht für die Leistungserbringer ein konkret wirtschaftlicher Anreiz (= Pay for Performance), stationäre Behandlungen zu vermeiden oder zumindest auf das erforderliche Minimum zu begrenzen.

Im NetzWerk-Vertrag wird eine schrittweise Umschichtung finanzieller Ressourcen aus dem stationären in den ambulanten Sektor verwirklicht. Die Gelder aus dem stationären Sektor kommen somit vernetzten, aufeinander abgestimmten Behandlungsstrukturen im ambulanten Bereich zugute. Die TK ist damit die

erste Krankenkasse, die ein umfassendes Vertragsmodell zur Schaffung nachhaltiger sozial- und gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen vorlegt und dabei gleichzeitig neue Vergütungsformen erprobt.

6.2 Praxisbeispiel: Rundum-Versorgung in der Schmerztherapie

Ausgangslage

Schmerzen sind eine weit verbreitete Gesundheitsstörung. Sie stellen ein komplexes, häufig mit psychischen Komponenten verbundenes Schmerzphänomen dar (Bellach et al. 2000, S. 424). Das Robert-Koch-Institut (RKI) stellt fest, dass „fast jeder [...] – zumindest gelegentlich – unter Schmerzen“ leidet (Diemer/Buchert 2002, S. 5). Schmerzzustände können einzeln und temporär auftreten oder aber sich zu chronischen Schmerzen und eigenständigen Krankheitsbildern entwickeln. Viele Betroffene kennen den Leidensweg von jahrelang abwechselnden Therapien ohne einen langfristigen Erfolg. Die Schmerzen belasten häufig nicht nur die Patienten selbst, sondern haben Einfluss auf das gesamte Lebensumfeld eines Betroffenen. Neben dem ganz individuellen Leid verursachen Schmerzen zudem hohe volkswirtschaftliche Kosten. Schmerzbehandlungen stellen einen der größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen und bei den Renten- und Unfallversicherern dar (ebd.). Insbesondere Kopfschmerzen entwickeln sich zu einer Volkskrankheit. Etwa 54 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter chronischen oder anfallsweisen Kopfschmerzen. Zu den direkten Behandlungskosten von Kopfschmerzen gehören neben den Ausgaben für Arzneimittel, für die ambulante und stationäre Versorgung und den Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen auch Behandlungskosten bei Auftreten von Fol-

geerkrankungen. Darüber hinaus entstehen auch hier hohe indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentungen der Betroffenen.

Die sektoral getrennte Versorgung von Kopfschmerzen verdeutlicht beispielhaft, wie ineffizient ein solches Behandlungssystem sein kann: Betroffene erfahren meist über Jahre hinweg eine reine Akutbehandlung ihrer Schmerzen. Die kontinuierliche Einnahme von Akutmedikamenten, mannigfache diagnostische und therapeutische Maßnahmen und daraus resultierende unspezifische ambulante Behandlungen, wiederholte stationäre Aufnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen sind vielfach der Leidensweg einer langjährigen Krankheitsgeschichte. Die strikte sektorale Trennung in einer Schmerzbehandlung ist häufig Ursache für die Durchführung von teuren und nicht bedarfsgerechten Therapieverfahren. Aufgrund der mangelnden Effizienz lassen sich Betroffene deshalb vermehrt außerhalb des professionellen Systems behandeln. Betroffene suchen aufgrund des hohen Leidensdrucks verzweifelt nach Alternativen. Häufig sind Außenseitermethoden die Lösung. Doch falsche Diagnosen, eine inadäquate Therapieplanung und -durchführung bedeuten langfristig vielfach eine weitere Chronifizierung der Kopfschmerzkrankung. Zudem können Organkomplikationen und schwere psychische Konsequenzen weitere Folgen einer unkoordinierten Behandlung sein. Das Ergebnis sind schließlich multi- und komorbide Patienten (Göbel 2007, S. 5 f.).

Neue Wege in der Schmerztherapie

Um diesem Krankheitsbild zu begegnen, hat die TK mit der Schmerzklinik Kiel, dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und niedergelassenen Schmerztherapeuten ein bundesweites Netzwerk aufgebaut, das in der Schmerz-

ÜBERBLICK

therapie völlig neue Wege geht. Ziel ist es, mit Hilfe eines koordinierten, sektorenübergreifenden Kompetenznetzwerkes der Erkrankung „chronischer Kopfschmerz“ adäquat zu begegnen. Das neue Therapie-konzept wurde evidenzbasiert entwickelt und wissenschaftlich und klinisch geleitet. Die Belange der Versicherten, ihre Betreuung und ihre Behandlung stehen dabei im Mittelpunkt. Ein nationaler Verbund von Hausärzten, ambulant und stationär tätigen Schmerztherapeuten in Praxen und Kliniken wirkt Hand in Hand zusammen, um Schmerzen fach- und sektorenübergreifend mit neuen und zeitgemäßen Methoden optimal zu versorgen.

Alle beteiligten Akteure behandeln dabei nach aktuellen Leitlinien und auf modernstem wissenschaftlichem Stand. Ambulante, rehabilitative und stationäre Therapien sind eng aufeinander abgestimmt und im zeitlichen Ablauf miteinander verzahnt.

Zielgruppe und Teilnahme-steuerung

Das Behandlungsnetzwerk steht für eine zeitgemäße Versorgung schwer betroffener Patientinnen und Patienten mit Kopfschmerzen und Rückenschmerzen. Das Schmerz-Netzwerk ist ähnlich wie das Netzwerk psychische Gesundheit indikationsbezogen ausgerichtet. Sämtliche schwerwiegenden und komplexen primären und sekundären Kopfschmerzerkrankungen sowie Kopf- und Gesichtsneuralgien sind in die Indikation eingeschlossen. Damit soll verhindert werden, dass das Behandlungsnetzwerk nur auf bestimmte Untergruppen von primären Kopfschmerzen, z. B. Migräne, beschränkt bleibt. Denn in der Realität finden sich häufig schwere und komplexe Komorbiditäten, wie Kopfschmerzen mit psychischen Komplikationen, Organschädigungen und diverse Begleiterkrankungen. Insbesondere diese Betroffenen haben einen hohen Leidens-

druck und sollten speziell schmerztherapeutisch versorgt werden.

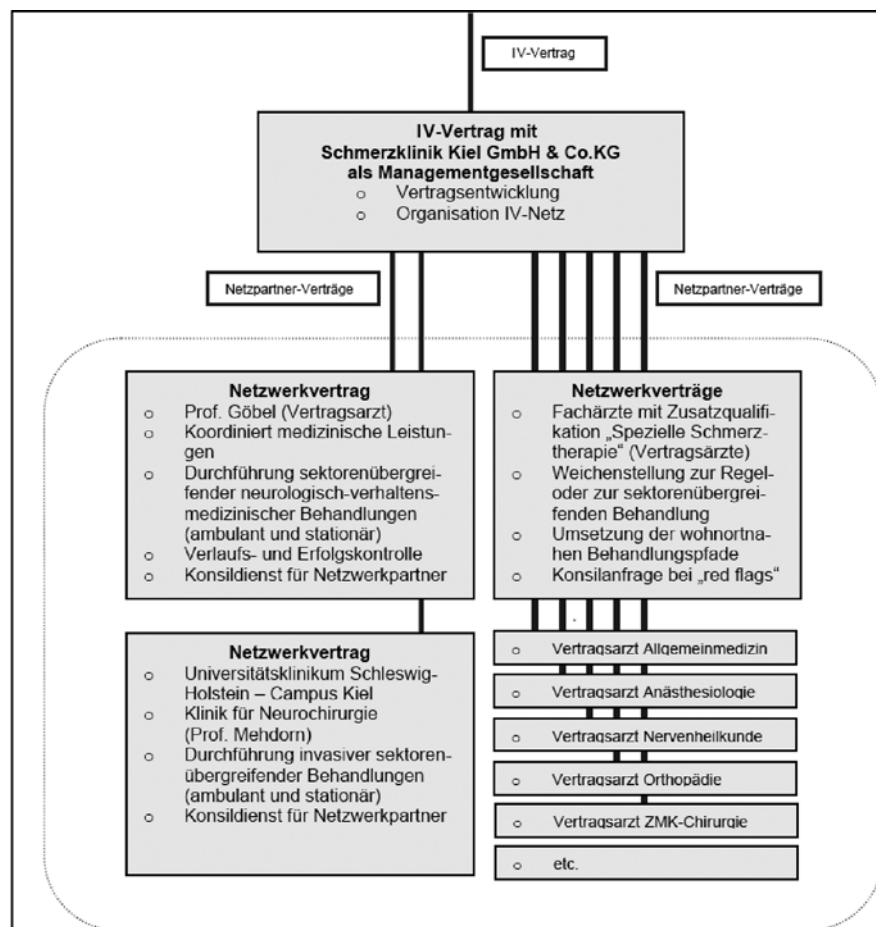
An der Auswahl und der direkten Ansprache behandlungsbedürftiger Versicherter ist das Fallmanagement der TK aktiv beteiligt. Eine Identifizierung der Betroffenen erfolgt anhand vorliegender Informationen zur Krankengeschichte, z. B. Arbeitsunfähigkeit. Einschlusskriterien für die Teilnahme am Vertrag sind zurückliegende Arbeitsunfähigkeitszeiten von mindestens vier Wochen und ein (voraussichtlicher) Bezug von Krankengeld in Höhe von mindestens zwei Monate. Sobald diese Kriterien erfüllt sind, können die Fallmanager aktiv auf die TK-Versicherten zugehen. Die Teilnahme der Patienten an diesem Versorgungsmodell kann ebenso auf die Initiative und konkrete An-

frage von Arzt und/oder Patienten erfolgen. Die Entscheidung der Patienten zur Teilnahme am Vertrag erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Versicherten werden über das Behandlungsnetzwerk vorab mit Hilfe einer patientenorientierten Informationsbroschüre informiert. Zudem begleiten freiwillige Patientenseminare und -schulungen den Behandlungsprozess.

Struktur und Koordination im Integrierten Versorgungsnetzwerk

Die sektorenübergreifende Koordination aller Leistungserbringer und der Krankenkasse erfolgt über ein zentrales Management. Über diese eine Koordinationsstelle wird ein bundesweites Netzwerk von qualifizierten Vertragsärzten gebildet. Da-

Abbildung 7: Diagramm der IV-Netzstruktur



Quelle: Göbel 2007, S. 35

bei erfolgt auch eine Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie.

Die zentrale Koordinationsstelle (= Schmerzlinik Kiel) organisiert und koordiniert im Rahmen des überregionalen Kompetenzzentrums die gesamte sektorenübergreifende neurologisch-verhaltensmedizinische Behandlung. Sie steuert zudem die Verlaufs- und Erfolgskontrolle und stellt einen Konsildienst für die Netzwerkpartner. Mit dieser Organisationsstruktur wird die Koordination und Kommunikation zwischen den jeweiligen Einzelleistungserbringern aus einer Hand sichergestellt.

Der koordinierte Therapieablauf umfasst insgesamt drei Phasen, die eng miteinander verzahnt sind und ambulante wie stationäre Behandlungen umfassen: Die erste Phase wird als Eingangsuntersuchung definiert. Ein ambulanter Schmerztherapeut diagnostiziert den Schweregrad der Kopfschmerzkrankung und überprüft die Teilnahmevoraussetzungen. Sollte kein Schweregrad vorliegen, erfolgt die Behandlung des Patienten in der normaltherapeutischen, ambulanten Regelversorgung. In der zweiten Phase steht dem Schmerzpatienten bei Bedarf eine vollstationäre neurologisch-verhaltensmedizinische Behandlung in der Schmerzlinik Kiel zur Auswahl. In der dritten Phase erfolgt schließlich die langfristige ambulante Weiterversorgung des Schmerzpatienten. Dem Versicherten steht eine Vielzahl medizinischer (z. B. umfassende Anamnese, medikamentöse Therapie, Gesundheits- und Ernährungsberatung), psychologischer (z. B. Einzelgespräche, Entspannungsverfahren, Biofeedback, Schmerzbewältigungsstrategien) und physiotherapeutischer (z. B. Krankengymnastik, Massage, Lymphdrainage) Maßnahmen zur Verfügung. Eine Verlaufskontrolle durch ambulante Schmerztherapeuten bis zu einem Jahr nach dem stationären Aufenthalt stellt sicher, dass

der Therapieverlauf langfristig und sektorübergreifend überwacht wird.

Qualitätssicherung und -kontrolle

Während des gesamten Versorgungsprozesses ist eine interne und externe Qualitätssicherung gewährleistet. Die medizinische Versorgung und alle therapeutischen Maßnahmen basieren auf wissenschaftlicher Evidenz und werden nach aktuellen Standards angewendet. Die Behandlung der Schmerzpatienten erfolgt ausschließlich nach fest definierten Behandlungspfaden, die eine kontinuierliche Verlaufs- und Erfolgskontrolle gewährleisten. Zudem verpflichten sich alle Netzwerkteilnehmer zur Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer Fortbildungsmaßnahmen. Diese ermöglichen eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Netzwerk. 2007 unterstrich zudem eine ausführliche wissenschaftliche Evaluation des Behandlungsnetzwerkes den Erfolg des Vertrages.

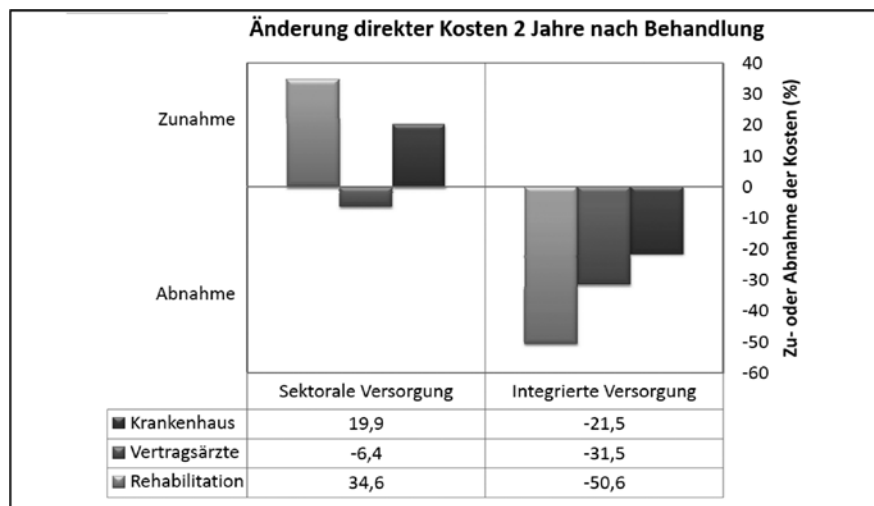
Das Finanzierungskonzept

Durch den IV-Vertrag Kopfschmerz wird die regionale Regelversorgung nicht verändert oder ersetzt, das Ziel ist vielmehr eine weitere Professionalisierung der am-

bulanten Therapie durch Spezialisierung, z. B. durch Schmerzpunktpraxen. Die Techniker Krankenkasse vergütet den zusätzlichen Zeitaufwand für die ambulante Therapie. Ziel ist es, ein hoch professionalisiertes Angebot über die Regelversorgung hinaus zu schaffen.

Um den Erfolg einer integrierten schmerztherapeutischen Versorgung messbar und vergleichbar zu machen, ist eine Gegenüberstellung von Kostenverläufen zweier Vergleichsgruppen gut geeignet (siehe Abb. 8). Die nachfolgende Kostenevaluation in der Schmerzlinik Kiel zeigt deutlich auf, dass durch eine rein sektorale Behandlung die Kosten für die Versorgung im ambulanten Bereich zwar um 6,4 Prozent sanken, im stationären Bereich um 19,9 Prozent und im rehabilitativen Bereich sogar um 34,6 Prozent anstiegen. Im Vergleich dazu konnten die Kosten durch die Integrierte Netzwerkversorgung in allen drei Bereichen deutlich abgesenkt werden: im ambulanten Bereich 31,5 Prozent, im stationären Bereich 21,5 Prozent und im rehabilitativen Bereich um 50,6 Prozent. Fazit ist, dass die traditionelle Versorgung tendenziell eher zu einer *Kostensteigerung* führt, während die sektorenübergreifende integrierte Versor-

Abbildung 8: Änderung direkter Kosten zwei Jahre nach Behandlung



Quelle: Göbel 2007

ÜBERBLICK

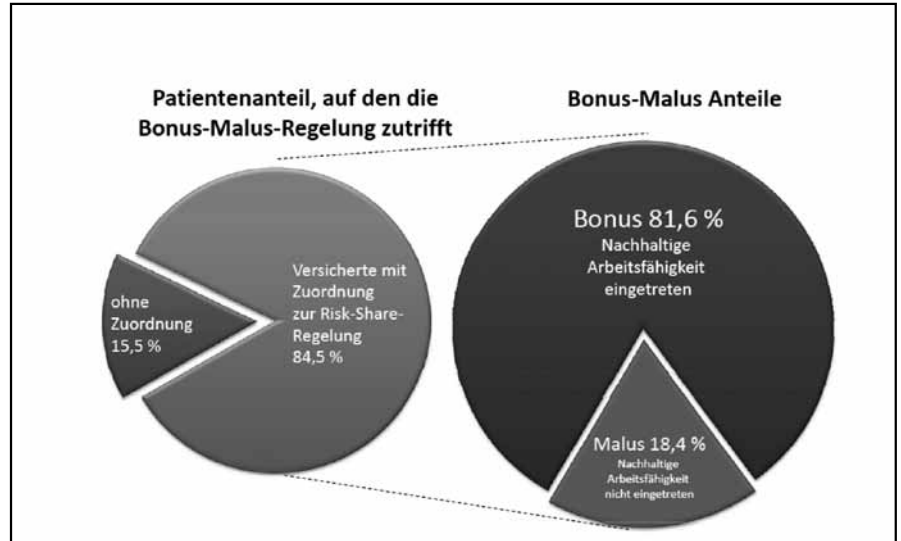
gung *Kosteneinsparungen* erzielen kann (Vgl. Göbel 2007, S. 6).

Für die Integrierte, sektorenübergreifende Kopfschmerzversorgung wurde nun ein innovatives Vergütungsmodell entwickelt: Eine Vergütung auf Basis von *Komplexpauschalen*. Nach der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen wurde mit Hilfe einer Kostenträgerrechnung die beste Eignung einer Komplexpauschale zur neurologisch-verhaltensmedizinischen Behandlung von chronischen Schmerzerkrankungen errechnet. Diese setzen sich unter anderem aus einer diagnosebezogenen Fallpauschale analog zum deutschen DRG-System und einer dazugehörigen Pauschale für prä- und poststationäre Leistungen zusammen.

Im Netzwerkvertrag ist konkret verankert, dass die Koordinationsstelle ausschließlich solche Leistungserbringer beauftragt, die nach einer Behandlung gewährleisten können, dass bei arbeitsunfähigen Patienten nach Durchführung der Behandlungsphase der Zustand der Arbeitsfähigkeit innerhalb von acht Wochen wieder hergestellt wird. Tritt nun die Arbeitsfähigkeit des Patienten nicht innerhalb von acht Wochen wieder ein, greift eine sogenannte Malus-Regelung. Dies bedeutet, dass der Leistungserbringer einen Teil seiner Vergütung zurückerstaten muss. Tritt im Gegenzug die Arbeitsfähigkeit des Patienten wieder ein und wird der Patient innerhalb der nächsten sechs Monate nicht länger als sieben Tage aufgrund der Einschreibungsdiagnose arbeitsunfähig, bezieht der Leistungserbringer einen Bonus. Die Leistungserbringer erhalten auch hier einen konkreten wirtschaftlichen Anreiz zur bestmöglichen Behandlung der Betroffenen.

Eine Auswertung aus dem Jahr 2007 verdeutlicht den Erfolg der Schmerztherapie: In insgesamt 84,5 Prozent der

Abbildung 9: Risk-Sharing-Parameter: Eintritt nachhaltiger Arbeitsfähigkeit



Quelle: Göbel 2007

Behandlungsfälle konnte das neue Finanzierungskonzept mit der Bonus-Malus-Regelung angewendet werden (siehe Abbildung 9: „Patientenanteil, auf den die Bonus-Malus-Regelung zutrifft“). Bei den zuzuordnenden Fällen trat bei immerhin 81,6 Prozent der Betroffenen eine nachhaltige Arbeitsfähigkeit wieder ein. Diese Fälle konnten also mit einem Bonus belohnt werden. In nur 18,4 Prozent der zugeteilten Betroffenen griff die Malus-Regelung, was bedeutet, dass hier ein Teil der Vergütung zurückerstattet werden musste.

Mithilfe der integrierten Versorgung konnten in der Schmerztherapie erstmals neue Wege beschritten werden. Der Aufbau eines bundesweiten Kompetenznetzwerkes von Kopfschmerz-Therapeuten eröffnete die Möglichkeit zu einer sektorenübergreifenden und koordinierten Behandlung von schmerzkranken Patienten. Die TK fördert und unterstützt die Entwicklung neuer Versorgungsstrategien aktiv durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern sowie innovativen Vertragsinhalten und Vergütungsformen.

7. Fazit: Weder Königs- noch Holzweg

Das P4P-Konzept beinhaltet idealtypisch zwei Komponenten: zum einen eine Vergütung der Leistungserbringer nach Behandlungsqualität und zum anderen die Anwendung von PR zur transparenten Darstellung von Qualitätsinformationen. Durch die Kopplung monetärer und nicht monetärer Anreize ist ein Instrumentenmix entstanden, der Leistungserbringer und auch Patienten in die Lage versetzen soll, über medizinische Versorgung transparent mitzuzentscheiden und sie teilweise auch mitzugestalten.

Die erste Säule von P4P ist die erfolgsorientierte Vergütung. Eine Vergütung über zusätzliche monetäre Anreize stellt einen einflussreichen Systemeingriff dar, der Leistungserbringer zu einer „besseren“ Performance motivieren soll. In Deutschland ist eine Leistungsorientierung in der ärztlichen Vergütung bislang quasi kaum existent. Dies ist jedoch auch durch die Spezifika der medizinischen und therapeutischen Versorgung bedingt. So muss berücksichtigt werden, dass zwischen einer medizinischen Maßnahme und dem the-

rapeutischen Erfolg ein eher langfristiger Zusammenhang besteht. Neben der richtigen Indikation und einer entsprechenden medizinischen Behandlung ist auch die Compliance des Patienten (z. B. Einnahme von Medikamenten, Befolgung von Diät, Veränderung des Lebensstils) für das Behandlungsergebnis entscheidend. Und dennoch können leistungsorientierte Vergütungselemente ein erster wichtiger Anreiz zu einer verbesserten Behandlungsqualität sein.

Die zweite Säule von P4P ist das Public Reporting. PR bedient vor allem den Bedarf und die Notwendigkeit zu einer neuen und patientenorientierten Transparenz. Transparenz durch gut aufbereitete Qualitäts- und Performancedaten soll zum einen die Wahlentscheidung der Patienten für einen passenden Leistungserbringer erleichtern, zum anderen aber auch innerhalb der sogenannten *Peer Groups*, also zwischen den Leistungserbringern, Benchmarks ermöglichen und befördern. Eine zentrale Funktion der öffentlichen Kommunikation von Qualitätsdaten ist die Förderung von Wettbewerb. Patienten haben durch eine transparente Darstellung relevanter Informationen bessere Möglichkeiten, den passenden Leistungserbringer zu wählen. Sie stehen zudem als informierte Entscheider und Wähler verstärkt im Fokus der Leistungserbringer. Eine gute medizinische Performance, die entsprechend kommuniziert ist, kann ein wichtiger Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Leistungserbringern sein.

Zusammenfassend handelt es sich bei P4P primär um ein Instrument zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen. Die Kombination beider Komponenten, erfolgsorientierte Vergütung und Public Reporting, ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das Konzept. P4P hat das Potenzial, einen entscheidenden und wichtigen Kulturwandel im Gesundheitswesen herbeizuführen: Ein Mehr an Transparenz

schafft Offenheit für eine neue Fehlerkultur. Und dies ist der erste Schritt zur Veränderung.

Den Schritt der Veränderung geht auch die Techniker Krankenkasse seit einigen Jahren in der Gestaltung ausgewählter IV-Verträge mit erfolgsorientierten Vergütungselementen. Die besonderen Versorgungskonzepte werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert, um den Nutzen von P4P auch langfristig zu beleuchten. Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, dass die Umsetzung der P4P-Elemente einen erheblichen Mehraufwand bedeutet, für Mediziner ebenso wie für das Management. Um neue Vergütungselemente zu implementieren und den Erfolg entsprechend zu evaluieren bedarf es exorbitantes Know-how und ausreichend Fallzahlen. Die Erhebung statistisch signifikanter Daten erfordert große Versichertenpopulationen. Als „First Mover“ kommen damit nur wenige große Kassen infrage. Da es sich bei P4P noch um kein fertiges Konzept handelt, sondern eher um einen ersten Versuch, Qualitäts- und Wettbewerbselemente zu implementieren, sind jedoch vor allem diese ersten Schritte wichtig.

Literaturverzeichnis

Amelung, VE, Zahn, TP (2009): Pay-for-Performance (P4P) – Der Business Case für Qualität? Studie DxCG

Bellach, BM (1998): Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. In: Gesundheitswesen 61 (1999). Sonderheft 2. New York

Emmert, M (2008): Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen. Ein Ansatz zur Verbesserung in der Gesundheitsversorgung? Burgdorf

Fließgarten, A, Klusen, N, Nebling, T (Hrsg.) (2009): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden

Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes (2006): Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In: Gesundheit in Deutschland. Kapitel 4.3.1

Göbel, H (2007): Konzeption zur sektorenübergreifenden integrierten Versorgung nach § 140ff SGB V von Versicherten der Techniker Krankenkasse zur Behandlung von Migräne, chronischen Kopfschmerzkrankungen und neurogenen Schmerzsyndromen

Göbel, H, Sabatowski, R (2009): Entwicklung und Umsetzung der integrierten Versorgung in der Schmerztherapie – Das bundesweite Kopfschmerzbehandlungsnetz. In: Der Schmerz. 6/2009.

Müller, H (2010): Der Stellenwert von Patienteninformation und -kommunikation im Versorgungsmanagement der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Web 2.0 als Infrastruktur zur Mündigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Koch C. (Hrsg.) Achtung: Patient Online! Patient total vernetzt. Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Wiesbaden

Niedermeier, H (2004): Welchen Einfluss hat die Indikationsqualität auf die Ergebnisqualität? Link: http://www.bqs-qualify.com/download/muenster-2005/V08_Niedermeier.pdf, 15.05.2010

Ruprecht, T, Klüsener, J (2009): Ambulante Psychiatrie: Gelungen oder gescheitert? In: Gregor Terbuyken (Hrsg.): Loccumer Protokolle 52/09. Evangelische Akademie Loccum

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Verantwortung. Baden-Baden

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden

Autoren:

**Norbert Klusen, Andreas Meusch, Juliane Piesker
Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg**

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Maßanfertigung oder Flickwerk?

„Es ist ein anerkanntes, gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht“. Diese bereits im Jahr 2005 von der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin aufgestellte Forderung wurde in der Gesetzesbegründung zur Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als eigenständige Versorgungsform in das SGB V wieder aufgegriffen.

I. Ausgangssituation

Seit dem 1. April 2007 haben gesetzlich Versicherte gem. § 37b SGB V einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Schwerstkranke und sterbende Menschen erhalten eine umfassend versorgende Begleitung im häuslichen Umfeld, sofern sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Selbstverständlich wurden Patienten in ihrer letzten Lebensphase auch bislang ärztlich und pflegerisch im Rahmen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung begleitet. Die SAPV knüpft hier als besonders aufwendige Versorgungsform an und stellt dabei den Sterbenden und insbesondere das ihn betreuende Versorgungsnetz in den Mittelpunkt. Der Patient

wird in eine umfassende Versorgungskette mit dem Ziel integriert, die Lebensqualität in der Lebensendphase zu erhalten. Dabei wird eine konsequente Schmerz- und Symptomkontrolle sowie fallbezogene Erreichbarkeit 24 Stunden – rund-um-die-Uhr – gewährleistet. Die SAPV umfasst z. B. die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen und anderen quälenden Symptomen und Begleitscheinungen, die Wundversorgung sowie die Medikation. Sie wird nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen ambulant im häuslichen Umfeld oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht.³ In das Versorgungsnetz einbezogen sind regelmäßig Krankenhäuser, ambulante und stationäre Hospiz- sowie Pflegedienste und niedergelassene Vertragsärzte. Diese schließen sich zu einem interdisziplinären

Palliative-Care-Team (PCT) zusammen. So vereinen sich palliativmedizinische, palliativpflegerische und möglichst auch psychosoziale Elemente zu einer Komplexleistung. Um die Versicherten versorgen zu können, ist mit den Krankenkassen ein Vertrag über die Leistungserbringung zu schließen, wobei regelmäßig das PCT selbst Vertragspartei wird.⁴ In Deutschland erfolgt die konkrete Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung allerdings tendenziell zögerlich, so dass das ursprüngliche Ziel – die Einführung einer flächendeckenden SAPV – längst nicht erreicht ist. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen.

II. Grundsätze der SAPV

1. Inhalte des SAPV-Vertrages

Besondere Vorgaben für die Leistungsinhalte sowie den Versorgungsablauf finden sich in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL). Hinzu tritt der konkret für die Region mit den Kos-

¹ Gesetzesbegründung zu Art. 1 Nr. 23 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), BT-Drucks. 16/3100, S. 105.

² Zwischenbericht „Verbesserung der Versorgung schwerst Kranker und Sterbender durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22.06.2005, BT-Drucks. 15/5858, S. 32.

³ Vgl. § 37b Abs. 1 S. 1 SGB V sowie § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) vom 20.12.2007, zuletzt geändert am 15.04.2010, in Kraft getreten am 25.06.2010; abrufbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

⁴ § 6 Abs. 1 S. 5 SAPV-RL verweist auf die zu schließenden (SAPV-)Verträge nach § 132d SGB V, welche mit den jeweiligen Landesverbänden der Ersatz- oder Krankenkassen sowie weiteren Kostenträgern geschlossen werden. Dabei greifen die Vertragsparteien regelmäßig auf Vertragsmuster der entsprechenden Verbände zurück. Die konkrete Ausgestaltung ist verschieden. So hat z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit den Krankenkassen und dem Home-Care e.V. als Träger einen SAPV-Rahmenvertrag geschlossen, an dem Vertragsärzte teilnehmen können. Dies war regional die einfachste Lösung, da mit dem Home Care e.V. auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden konnte.

trägern zu schließende SAPV-Vertrag. Letzterer basiert oftmals auf regionalen Vertragsmustern, welche allgemeingültige Vorgaben enthalten und im Rahmen von Verhandlungen individualisiert werden.⁵ Vertragsinhalte des zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern zu schließenden SAPV-Vertrages können u. a. sein:

- Ziele der SAPV und ihr Versorgungsbedarf,
- Anspruchsvoraussetzungen der SAPV,
- Anforderungen an die Erkrankungen,
- Definition der besonders aufwendigen Versorgung,
- Inhalt und Umfang der SAPV,
- Vorgaben für die Zusammenarbeit der Leistungserbringer,
- organisatorische Voraussetzungen,
- personelle Anforderungen,
- Verordnung von SAPV sowie von Arzneimitteln,
- Datenschutz,
- Vertragsregion,
- Vergütung und Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen sowie
- Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse.

Die vorgenannten Punkte spiegeln die wesentlichen Aspekte eines SAPV-Vertrages wieder. Regelungsinhalt und -tiefe des Vertrages können aber aufgrund des regionalen Versorgungsbedarfs, unterschiedlicher Siedlungs- oder Altersstruktur, epidemiologisch relevanter Erkrankungen und demografischer Entwicklung abweichen.

⁵ Vgl. zudem Gemeinsame Empfehlungen des AOK-Bundesverbandes Bonn, des BKK Bundesverbandes Essen, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen Kassel, des IKK-Bundesverbandes Bergisch-Gladbach, der Knappschaft Bochum, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, des AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Siegburg nach § 132d SGB V vom 23.06.2008; abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/A-Rahmenempfehlung_132d_230608_1961.pdf (zuletzt abgerufen am: 27.10.2010).

2. Leistungsspektrum

Der Patient wird ärztlich und pflegerisch versorgt. Das Leistungsspektrum der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird grundsätzlich durch den insoweit nicht abschließenden Katalog des § 5 der SAPV-RL vorgezeichnet.⁶ Dieser nennt beispielsweise apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen wie Medikamentenpumpe und Portlegung oder die durchgängige Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft. Eine Leistungserbringung kommt somit nicht nur gegenüber dem Sterbenden, sondern auch gegenüber den Angehörigen in Betracht, was sich z. B. in der ebenfalls aufgeführten Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod äußert. Das nähere Umfeld des Patienten wird auf diese Weise in die Versorgung eingebunden, gleichzeitig durch die oftmals benötigte Hilfestellung aber auch deutlich entlastet.

Beratung und Koordination bilden die Grundpfeiler für die weitere Form der Leistungserbringung. Hier ist grundsätzlich zwischen Vollversorgung und additiv unterstützender Teilversorgung zu unterscheiden, wobei die Grenzen fließend sind, was eine klare Differenzierung erschwert. Denn die Vollversorgung umfasst zwangsnötig die additiv unterstützende Teilversorgung.⁷ Weder die SAPV-RL noch Vertragsmuster der Krankenkassen enthalten eine klare Regelung, ab welcher Leistungsmenge oder ab welchem -umfang eine Vollversorgung gegeben ist. In Anbetracht dessen gibt es in einigen Vertragsregionen seitens der Kostenträger begrüßenswerte Überlegungen, die Differenzierung zwischen der Teil- und

⁶ Sofern eine Erweiterung gewünscht wird, sollte dies bei den Vertragsverhandlungen zwischen PCT-Träger und Krankenkassen angesprochen werden, um späteren Unklarheiten vorzubeugen.

⁷ Die Definition von Vollversorgung und additiv unterstützender Teilversorgung wurde sowohl durch den Gesetzgeber als auch durch den GBA versäumt.

Vollversorgung auch zur Vermeidung von Abrechnungsproblematiken völlig aufzuheben.

3. Leistungserbringer

Obligatorische Leistungserbringer der SAPV sind Palliativmediziner⁸ und Palliative-Care-Pflegekräfte. In der Praxis werden häufig weitere Vertragsärzte, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflege- sowie Hospizdienste in das PCT-Team eingebunden. Für Palliativmediziner und Palliativpflegekräfte bestehen folgende Voraussetzungen (vgl. Tabelle 1): Da die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erst vor drei Jahren in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen wurde, ist davon auszugehen, dass die Erbringung alternativ der in Tabelle 1 dargestellten Nachweise insbesondere für die Palliative-Care-Pflegekraft oftmals problematisch sein wird. Denn die praktischen Erfahrungen über eine sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung sind aufgrund der bisher geringen Dichte solcher Einrichtungen schwerlich nachweisbar. Auch Ärzte, die aktiv im PCT eingebunden werden möchten, befinden sich in vielen Fällen erst am Anfang ihrer Zusatzweiterbildung. Zur Lösung dieser Problematiken wären aus Gründen der Rechtssicherheit klare Übergangsregelungen erforderlich. Allerdings können die Kassen vor Ort im Einzelfall entscheiden, ob aus Sicherstellungsgründen Leistungserbringer, die noch nicht alle Voraussetzungen erfüllen, unter Vertrag genommen werden.⁹ Gerade die praktischen Erfah-

⁸ Die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ ist nach der Musterweiterbildungsordnung für alle Facharztgruppen offen. Entscheidend ist die Umsetzung auf Landesebene durch die Landesärztekammer.

⁹ Dies ergibt sich jedenfalls aus einer Antwort der seinerzeitigen parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit auf eine Anfrage, vgl. Schreiben vom 03.09.2008, Arbeitsnum-

ZUR DISKUSSION GESTELLT

rungen können im Laufe der Versorgung unter Anleitung eines spezialisierten Leistungserbringers erworben werden. In Berlin ist beispielsweise die Teilnahme an der SAPV durch Vertragsärzte bereits dann zulässig, soweit die Weiterbildung begonnen wurde oder bis spätestens zum 31.12.2010 begonnen wird. Für Pflegekräfte gilt Entsprechendes.¹⁰

4. Kooperationsformen

Die konkrete Zusammensetzung des SAPV-Teams und die Ausgestaltung der Kooperation zwischen den Leistungserbringern sind von den Einzelfallumständen und vielfältigen Faktoren abhängig. Grundsätzlich ist jede Kooperationsform zulässig, beispielsweise der Abschluss eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses oder gar die Gründung einer Gesellschaft. Ausgangspunkt ist der Wille der potentiellen Kooperationspartner, die Zusammenarbeit eng oder flexibel gestalten zu wollen. Die Umsetzung ist mit dem Bestreben der Kostenträger, entweder einheitliche Verträge zu schließen oder auch individuelle Lösungen zulassen zu wollen, in Einklang zu bringen. Letztlich ist die konkrete Kooperationsform somit Ausfluss des mit den Kostenträgern erzielten Verhandlungsergebnisses. Beispielhaft genannt (vgl. auch Graphik 1) sei die Möglichkeit, zunächst eine PCT-Trägersgesellschaft zu gründen, die unter Vergabe einer SAPV-spezifischen Betriebsstättennummer nach § 132d Abs. 1 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnimmt.¹¹ Diese schließt mit den

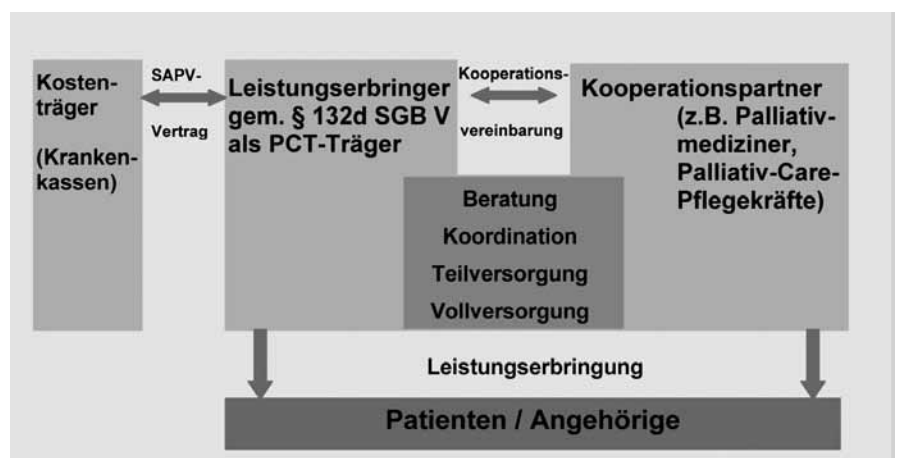
mer 8/225 und 8/226; abrufbar unter: <http://www.sapv.de/caspers%20merk.pdf> (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

¹⁰ Vgl. Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 28.06.2010; abrufbar unter: http://www.kvberlin.de/20praxis/80service/80rundschr/eiben/rs_100628_sapv.pdf (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

¹¹ Die SAPV-spezifische Betriebsstättennummer ist auf der Grundlage der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband Bund und der Kas-

Palliativmediziner	Pflegekräfte
<ul style="list-style-type: none"> – Zusatzweiterbildung nach der jeweiligen Weiterbildungsordnung, i.d.R.: – 160 Stunden Weiterbildung – Erfahrungen aus ambulanter palliativer Behandlung von mind. 75 Palliativpatienten in einem stationären Hospiz innerhalb der letzten 3 Jahre – oder aus einer mind. einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativstation in einem Krankenhaus innerhalb der letzten 3 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> – Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger oder Altenpfleger (entsprechend den landesrechtlichen gesetzlichen Bestimmungen) – Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von 160 Stunden – Erfahrung durch mind. eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten 3 Jahren; davon mind. 6 Monate Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung

Tabelle 1: Weiterbildungsvoraussetzungen



Graphik 1: Beispiel für ein SAPV-Modell

Krankenkassen den SAPV-Vertrag sowie mit den jeweiligen Leistungserbringern einzelne Kooperationsverträge. Der PCT-Träger kann die Koordination und Erstberatung durch eigene Kräfte übernehmen, die weiteren Leistungen werden durch Kooperationspartner erbracht. Diese Aufteilung kann sich – je nach lokalem Bedarf

senärztlichen Bundesvereinbarung bei letzterer zu beantragen. Zu Abrechnungszwecken ist überdies ein Institutskennzeichen nach § 293 Abs. 1 SGB V erforderlich.

und vorhandenen personellen Ressourcen – verschieben.

5. Ablauf des Versorgungsprozesses

SAPV wird durch einen Vertrags- oder Krankenhausarzt verordnet. Die Verordnung durch Krankenhausärzte ist auf längstens sieben Tage nach Entlassung beschränkt.¹² Spätestens am dritten auf die

¹² Vgl. § 7 Abs. 1 SAPV-RL

Verordnung folgendes Werktag hat diese bei der Krankenkasse einzugehen. Sofern nicht anders vereinbart, ist nur dann die Kostenübernahme bis zur endgültigen Entscheidung der Krankenkasse gesichert. Zu verwenden ist das Muster 63 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung,¹³ welches jedem SAPV-Vertrag als Anlage beigelegt werden sollte und u. a. Angaben zur Leistungsart und -dauer enthält.¹⁴ Hinsichtlich des weiteren Versorgungsprozesses finden sich in der SAPV-RL keine Regelungen, so dass der weitere Ablauf fallspezifisch zu beurteilen ist und im SAPV-Vertrag vereinbart werden kann. In der Praxis wird im unmittelbaren Anschluss an die Verordnung die Erstvisite des Leistungserbringers bei dem Versicherten und ggf. dessen Angehörigen erfolgen, bei der ein Therapie- und Hilfsplan festgelegt und ressourcenorientiert Notfallpläne erarbeitet werden. Den Versorgungsablauf selbst kann das PCT, orientiert an der eigenen Organisationsstruktur und dem Bedarf des Patienten und dessen Angehörigen, frei bestimmen. Den Krankenkassen ist daher nicht anzuraten, gestaltend in die einzelnen Versorgungsabläufe einzugreifen zu wollen.

6. Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung haben die Leistungserbringer ein geeignetes Dokumentationssystem für die Palliativversorgung sicherzustellen. Neben patientenbezogenen Daten sind allgemein anerkannte Indikatoren (medizinische, pflegerische, psychosoziale Aspekte) zu erfassen. Zudem sind die Leistungserbringer verpflichtet, weitere qualitätssichernde Maßnahmen zu vereinbaren und durchzuführen. Übereinstimmend werden in allen Vertragsregionen regelmä-

ßige Fallbesprechungen sowie multidisziplinäre Qualitätszirkel gefordert. Zudem sollen die spezialisierten Leistungserbringer an externen Maßnahmen teilnehmen.¹⁵ Hier käme bspw. der Austausch mit weiteren PCT in Betracht. Die Dokumentationssteuerung wird regelmäßig die Koordinationsstelle übernehmen.

Als Sachausstattungen sind zwingend erforderlich eigenständig vorgehaltene Räumlichkeiten unter einer eigenen Adresse, die für die Beratung von Patienten und Angehörigen, Teamsitzungen und Fallbesprechungen, aber auch zur Lagerung von Medikamenten für Notfall- und Krisenintervention genutzt werden können. Vorzuhalten sind Arzneimittel sowie ein Arzt-/ Pflegekoffer bzw. eine Bereitschaftstasche. Die Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller muss gewährleistet sein, etwa bei Portsystemen oder Infusionspumpen.¹⁶

Ein wesentlicher Bestandteil der SAPV von schwerstkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase ist die Versorgung mit betäubungsmittelhaltigen Schmerzmitteln.¹⁷ Ohne Schwierigkeiten kann der für die Aufbewahrung von Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, erforderliche Betäubungsmittelschrank i.S.d. § 15 BtMG vorgehalten werden. Die eigentlichen Probleme ranken sich vielmehr um den Umgang mit Betäubungsmitteln im Hinblick auf deren Lagerung, Transport, Verabreichung und Weiterverwendung. Diese hatte der Gesetzgeber zunächst nur für die Medikation von Bewohnern von Alten- und Pflege-

heimen sowie von Hospizen erkannt und teilweise gelöst.¹⁸ Hier darf beispielsweise der Arzt die Schmerzmittel unter seiner Verantwortung und damit außerhalb der Apotheke lagern.¹⁹ Auch hinsichtlich der Weiterverwendung nicht mehr benötigter Betäubungsmittel besteht eine Sonderregelung. Es ist zulässig, diese den Bewohnern derselben Einrichtung zukommen zu lassen.²⁰ Entsprechende gesetzliche Regelungen im Rahmen der SAPV fehlten bislang. Erst kürzlich hat die Bundesregierung einen Referentenentwurf²¹ zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Menschen mit betäubungsmittelhaltigen Schmerzmitteln vorgelegt.²² Zukünftig dürfen auch in SAPV-Einrichtungen ärztlich verschriebene und nicht mehr benötigte betäubungsmittelhaltige Schmerzmittel für andere Patienten weiterverwendet sowie Notfallvorräte von Betäubungsmitteln vorgehalten werden. Klärungsbedarf besteht allerdings weiterhin bei der Applikation der Schmerzmittel. Häufig sind Palliativpatienten im Laufe ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage, diese oral einzunehmen. Eine in der palliativmedizinischen Praxis durchaus übliche Methode ist die Verabreichung in Form von kontinuierlicher Infusion.²³ Hier ergeben sich klassisch Probleme bei der vertikalen Arbeitsteilung. Aufgrund

¹⁸ Vgl. § 5b der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung).

¹⁹ Vgl. § 5b Abs. 3 BtMVV.

²⁰ Vgl. § 5b Abs. 4 BtMVV.

²¹ Diskussionsentwurf für eine 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25. BtMÄndV).

²² Vgl. Pressemitteilung Nr. 9 v. 17.08.2010 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung; abrufbar unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cfn_178/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Heroin-Designerdrogen/10-08-17_20PM_20Cannabis_20als_20Medizin.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/10-08-17%20PM%20Cannabis%20als%20Medizin.pdf (zuletzt abgerufen am 27.10.2010).

²³ Vgl. BT- Drucks. 15/5858, S. 20.

¹³ Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte, abrufbar unter: <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html> (zuletzt abgerufen am 27.10.2010)

¹⁴ Vgl. § 7 Abs. 2 SAPV-RL

¹⁵ Vgl. Ziff. 6.1f. der Gemeinsamen Empfehlungen in Fn. 5, die eine halbjährliche Frequenz empfehlen.

¹⁶ Vgl. Ziff. 4.4. der Gemeinsamen Empfehlungen in Fn. 5.

¹⁷ Dies hat der Gesetzgeber im Rahmen des § 73b SGB V sowie der GBA in § 4 SAPV-RL durch die Formulierung „besonders aufwändige Versorgung durch ausgeprägte Schmerzsymptomatik“ erkannt.

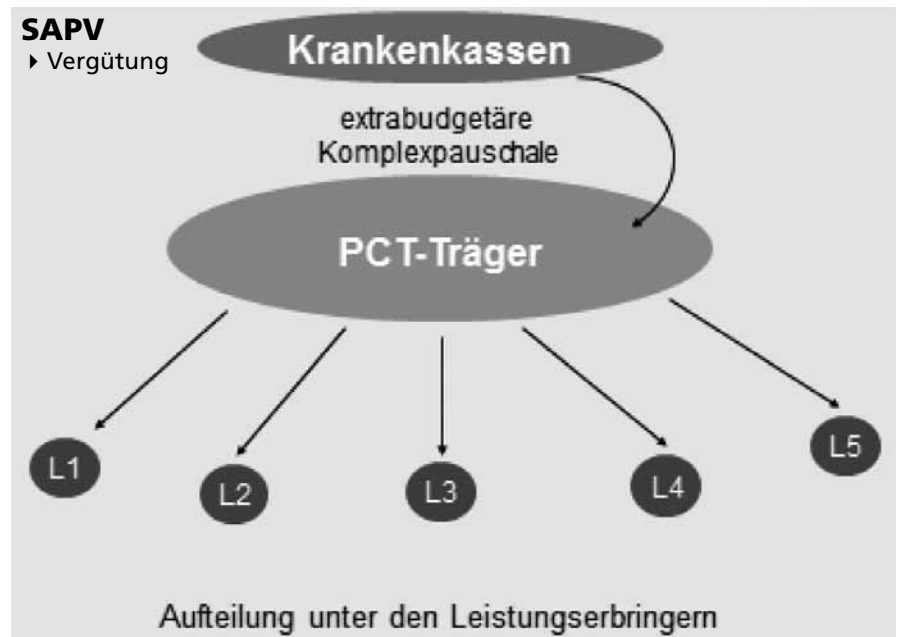
ZUR DISKUSSION GESTELLT

der Tatsache, dass die Delegation an Pflegekräfte regelmäßig auch die räumliche Nähe eines Arztes erfordert,²⁴ führen die damit einhergehenden Haftungsproblematiken häufig zu Verunsicherungen in der Ärzteschaft. Die Ausführungen zeigen, dass sich die Leistungserbringer zu Gunsten einer adäquaten Versorgung der Patienten häufig in einer rechtlichen Grauzone befinden.

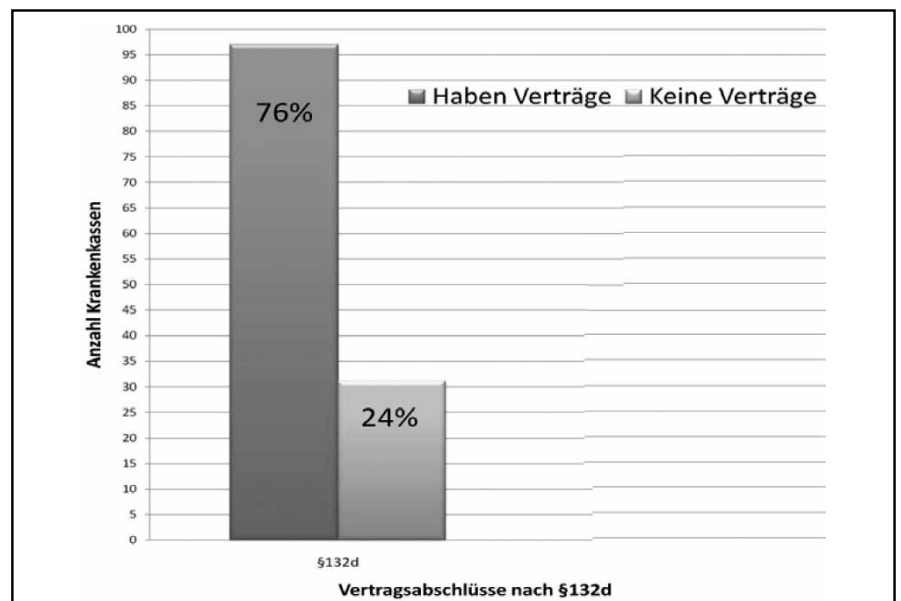
7. Abrechnung und Vergütung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird von den Kostenträgern extrabudgetär vergütet, regelmäßig in Form einer Komplexpauschale je Fall.²⁵ Diese Komplexpauschalen werden je nach Region entweder als Tages- oder als Monatspauschale pro Versichertem abgerechnet, so dass eine allgemeingültige Aussage hierzu nicht möglich ist. Nach eigenen Berechnungen dürfte überschlägig eine auf den Tag herunter gebrochene Vergütung in Höhe zwischen 120 Euro und 180 Euro pro Versichertem abrechnungsfähig sein. In einem weiteren Schritt erfolgt die Aufteilung der Pauschale zwischen den Leistungserbringern (vgl. Graphik 2).

Die ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln werden regelhaft über die bereits erwähnte Betriebsstättennummer bzw. einer einheitlichen Pseudo-Arztnummer 333333300 abgerechnet.²⁶



Graphik 2: Beispielhafte Vergütungsstruktur



Quelle: Bericht an ds Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAV-Richtlinien für das Jahr 2009

Graphik 3: Anteil der Krankenkassen mit Vertragsabschlüssen nach § 132d Abs. 1 SGB V

8. Umsatzsteuer

Grundsätzlich sind heilkundliche Behandlungen mit kurativem Charakter umsatzsteuerbefreit, vgl. § 4 Nrn. 14, 16 UStG. Palliative Behandlungen zielten jedoch nicht auf die Heilung von Patienten, sondern auf eine – wenn auch spezialisierte – Sterbebegleitung ohne kurativen Charak-

ter. Darüber hinaus beinhaltet die SAPV in erheblichem Umfang koordinierende Leistungen. Die insofern bestehende steuerliche Regelungslücke hat der Gesetzgeber nach Einfügung der SAPV nicht geschlossen. Erst eine Verfügung der OFD Frankfurt vom 25.03.2010 (S 7170 A – 83 – St 112) brachte Klarheit. Danach ist die

²⁴ Vgl. Empfehlungen zur persönlichen Leistungserbringung – Möglichkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand 29.08.2008.

²⁵ Einer neuen Tendenz nach wird die bisher vorherrschende Gesamttagespauschale in eine Koordinationspauschale sowie eine Pauschale für additiv unterstützende Teilversorgung und Vollversorgung aufgeteilt. Dies bleibt jedoch einer weiteren Entwicklung – auch mit Blick auf die Differenzierung von Teil- und Vollversorgung – abzuwarten.

²⁶ Dies geschieht unter Verwendung der üblichen Muster 13, 14, 16 und 18 der Vordruckvereinbarung, vgl. Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte.

Tabelle 2: Palliativmediziner

Kassenärztliche Vereinigung bzw. Landesärztekammer	Palliativmediziner in der vertragsärztlichen Versorgung	Palliativmediziner in der stationären Versorgung	Gesamt	Bevölkerung in Mio.	Einwohner je Palliativmediziner
Baden-Württemberg	165	208	373	10,750	28.828
Bayern	22	98	120	12,520	104.333
Berlin	8	21	29	3,423	118.034
Brandenburg	15	29	44	2,522	57.318
Bremen	6	14	20	0,662	33.100
Hamburg	16	25	41	1,772	43.219
Hessen	63	128	191	6,065	31.753
Mecklenburg-Vorpommern	27	43	70	1,664	23.771
Niedersachsen	225	160	385	7,947	20.641
Nordrhein	99	171	270	17,933	28.375
Westfalen-Lippe	146	216	362		
Rheinland-Pfalz	65	67	132	4,028	30.515
Saarland	2	11	13	1,030	79.230
Sachsen	40	70	110	4,193	38.118
Sachsen-Anhalt	7	36	43	2,384	55.441
Schleswig-Holstein	45	62	107	2,834	26.485
Thüringen	7	39	46	2,268	49.304
Gesamt, Ø	958	1.398	2.356	82,002	34.805

Quelle: Evaluierungsbericht des GBA, Stand 30.09.2009; Bevölkerung Kennzahlen nach Ländern, Stand 2009, Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2010, S. 29; eigene Berechnungen.

SAPV aufgrund der Vergleichbarkeit mit Krankenhaus- und Hospizleistungen umsatzsteuerfrei. Es scheint, dass sich die Finanzämter im Allgemeinen dieser Auffassung anschließen.²⁷

²⁷ Je nach Einzelfall kann eine verbindliche Auskunft des Finanzamts eingeholt werden, angekündigt ist eine Berücksichtigung im Rahmen der Verwaltungsregelung zur Anwendung des Umsatzsteuergesetzes (UStAE) 2011.

III. Stand der Umsetzung der SAPV

In dem Evaluierungsbericht des GBA an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009²⁸ wurde festgestellt, dass

²⁸ Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009; abrufbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2802/2009-12-17-Bericht-SAPV-Evaluation-2009.pdf> (zuletzt abgerufen am

nur 97 der 128 an einer Umfrage teilnehmenden Krankenkassen SAPV-Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen haben.²⁹

27.10.2010). Der Bericht zum Stand der Umsetzung für das Jahr 2010 wurde zwar in der 23. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 27.10.2010 im Bundestag thematisiert, war aber bis zum Redaktionsschluss nicht öffentlich zugänglich.

²⁹ Dabei wird der Stand zum 30.09.2009 zugrunde gelegt.

Nach dem Evaluierungsbericht haben bereits 76 % der Krankenkassen einen oder mehrere SAPV-Verträge geschlossen. Bei der Berechnung sind aber nicht alle der 186 damals existierenden Kassen, sondern lediglich der Rücklauf von 128 Krankenkassen als Maßstab zugrunde gelegt worden. Gemessen an der tatsächlichen Anzahl dürfte der Prozentsatz weitaus geringer ausfallen. Zudem halten lediglich 13 Krankenkassen, durch Vertragsabschlüsse eine flächendeckende Versorgung für ihre Versicherten erreicht.

Insgesamt wurden im Jahr 2009 in den ersten drei Quartalen von den befragten Kassen 2.614 Leistungsfälle erfasst, davon nur 53 Fälle für Kinder und Jugendliche. Die meisten Kassen gaben ein bis zwanzig Leistungsfälle an. Dem stehen bundesweit 2.356 Palliativmediziner gegenüber. Von diesen nehmen lediglich 40 % an der vertragsärztlichen Versorgung teil, die übrigen 60 % sind als Krankenhausärzte tätig (vgl. Tabelle 2). Bei Einführung der SAPV wurde angenommen, dass jeder 1.000ste Einwohner eine SAPV benötigt. Ein durchschnittliches PCT kann ein Einzugsgebiet von etwa 250.000 Menschen versorgen.³⁰ Damit wären bundesweit etwa 350 Vertragsregionen zu bilden. Selbst wenn sämtliche Palliativmediziner in die Versorgung eingebunden wären, stünden pro Region nur 6 bis 7 Ärzte zur Verfü-

gung. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass Palliativmediziner aber nicht entsprechend der Bevölkerungsdichte je Bundesland verteilt sind. In Niedersachsen ist die höchste Versorgungsdichte zu verzeichnen. Hier sind auch tatsächlich den Vorgaben entsprechend 30 Versorgungsgebiete geplant.³¹ Mit insgesamt 385 Palliativmediziner stünden pro Versorgungsgebiet in Niedersachsen 12 Ärzte pro PCT Verfügung. Da diese aber nur vereinzelt an der SAPV teilnehmen und zudem eine rund-um-die-Uhr-Versorgung sichergestellt sein muss, sind selbst in einem Bundesland, welches personell gut gerüstet scheint, Versorgungslücken unvermeidbar. Entsprechend extremer wirkt sich eine geringere Verhältniszahl aus. Beispielhaft sei Berlin herausgegriffen. Unter Einbeziehung aller 29 Palliativmediziner ergibt sich bei einer Bevölkerung von 3,4 Mio. Einwohnern eine Anzahl von nur 2 bis 3 Ärzten pro PCT. All diese Überlegung lassen zudem weitere lokale Besonderheiten wie beispielsweise längere Anfahrten zu den Patienten in ländlichen Regionen außer Acht.

IV. Fazit und Ausblick

Auch noch Jahre nach ihrer Einführung kann die SAPV nicht als etablierte, sondern als noch im Aufbau befindliche Versorgungsform angesehen werden. Von der

Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung kann nicht die Rede sein. Dies liegt an der in manchen Bereichen noch unklaren Rechtslage, der mangelnden Bereitschaft einiger Krankenkassen, SAPV-Verträge bedarfsgerecht abzuschließen sowie letztlich auch am fehlenden Bekanntheitsgrad der SAPV bei Ärzten und Pflegekräften. Leistungserbringer scheuen angesichts der im Vorfeld ungewissen Arbeitsbelastung und Honorierung die Initiative. Teilweise gehen PCT bereits dazu über, abgeschlossene Verträge zu kündigen.³² Obwohl sich alle Player im Gesundheitswesen über den hohen Stellenwert der ambulanten Palliativversorgung einig sind, wird die SAPV stiefmütterlich behandelt. Hier sind Gesetzgeber, Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen gefordert.

Autoren:

Claudia Mareck, Rechtsanwältin, Leiterin der Dezernate Medizinrecht und Kartellrecht im Gesundheitswesen
Alexander Tehler, Rechtsanwalt CURACON Weidlich Rechtswaltsgesellschaft mbH
Scharnhorststraße 2
48151 Münster

³⁰ Vgl. BT-Drs. 15/5858, S. 71.

³¹ Vgl. Ärztezeitung vom 29.01.2010.

³² So in Mecklenburg-Vorpommern, vgl. Ärztezeitung vom 16.11.2010.

Kosten oder Nutzen – was können wir uns noch leisten?

Europäische Sozialsysteme nach der Wirtschaftskrise

Freitag, 14. Januar 2011, Museum Wiesbaden (Vortragssaal), Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden

Veranstalter: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) e. V., Widenmayerstraße 29, 80538 München

Leitung und Moderation

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers, München

Tagesablauf Symposion

Ab 9.30 Uhr	Registrierung der Teilnehmer	
10.00 Uhr	Die Bewältigung der Wirtschaftskrise in Europa - vielerorts eine Menge Unerledigtes	Prof. Dr. Norbert Walter Walter & Töchter Consult, Bad Soden
	Wie kamen die Europäischen Sozialsysteme durch die Wirtschaftskrise? Finanzierung und Auswirkung auf die Versorgungsqualität	Günter Danner Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung, Brüssel
	Kaffeepause	
	Ausblick auf die Europäische Gesundheitspolitik	Nils Behrndt Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Brüssel (angefragt)
13.30 Uhr	Mittagspause	Für die Teilnehmer steht ein Imbiss bereit
14.30 Uhr	Erfahrungen mit der Kosten-Nutzen-Bewertung in Schottland - Experience with cost-benefit-analysis in Scotland	Prof. Dr. Kenneth R. Paterson Scottish Medicines Consortium, Glasgow (angefragt)
	Neuausrichtung der Kosten-Nutzen-Bewertung in Deutschland	PD Dr. Andreas Gerber IQWiG, Köln
	Europäische Wege in der Kosten-Nutzen-Bewertung	Prof. Dr. J.-Mathias Graf von der Schulenburg Universität Hannover
16.00 Uhr	Ende des Symposions	

Mitgliederversammlung am 15. Januar 2011 in Wiesbaden

10.00 Uhr bis ca. 15.00 Uhr, Hotel Dorint Pallas Wiesbaden, Auguste-Viktoria-Str. 15, 65185 Wiesbaden

Einladung und Tagesordnung werden den Mitgliedern der GRPG zugesandt.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Hinweise für die Autoren

Mit der Annahme eines Beitrags überträgt der Autor der pmi Verlag AG das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Manuskripte werden auf Datenträger oder in zweifacher schriftlicher Ausfertigung an die Schriftleitung der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“, Postfach 1228, 82302 Starnberg, Tel. 08151/72232, Fax 08151/72435 erbeten.

Grundsätzlich werden nur Arbeiten angenommen, die weder vorher veröffentlicht wurden noch gleichzeitig anderen Zeitschriften zum Abdruck angeboten werden. Die Herausgeber haben das Recht auf Auswahl der Beiträge, alle Beiträge werden von mehreren Experten begutachtet.

Für den Inhalt der Beiträge zeichnen die Autoren verantwortlich.

Allgemeine Erläuterungen

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Es können nur Beiträge angenommen werden, die den „Hinweisen für Autoren“ entsprechen.

Im Interesse kurzer Publikationsfristen sollen die Manuskripte (möglichst auch die Abbildungen) in zweifacher Ausführung eingereicht werden (davon ein Manuskript-Exemplar einseitig beschrieben, zusätzliches Exemplar bitte zweiseitig kopieren, um die Versandkosten niedrig zu halten).

Das Manuskript muss formal wie inhaltlich so durchgearbeitet sein, dass spätere Änderungen nicht notwendig werden. Nachträgliche, vom Manuskript abweichende Änderungen müssen dem Autor berechnet werden. Notwendige Zusätze können am Ende der Arbeit als „Nachtrag bei der Korrektur“ gebracht werden. Da die Beiträge sofort nach dem Satz auf Seitenformat umbrochen werden, sind die gewünschten Einschaltstellen für Abbildungen und Tabellen am Rand der Manuskriptblätter anzugeben.

Besonderer Wert ist auf die wichtigste Schlüsselliteratur zu legen.

Folgende Manuskriptumfänge sollten in der Regel nicht überschritten werden: Für Editorials 2 Schreibmaschinenseiten, für Übersichts- bzw. Originalarbeiten 20 Schreibmaschinenseiten, für Buchbesprechungen 2 Schreibmaschinenseiten, aus der Rechtsprechung 15 Schreibmaschinenseiten, für Leserzuschriften 2 Schreibmaschinenseiten.

Gliederung

Das Manuskript ist mit breitem Rand zu schreiben, die Manuskriptblätter sind, einschließlich Literaturverzeichnis und Legendes, durchnummerieren.

Das erste Manuskriptblatt soll enthalten:

1. Namen aller Autoren, 2. kurzen, klaren Titel der Arbeit, 3. Fußnoten zum Titel, 4. Autornamen mit vollständiger Adresse, 5. Korrekturadresse.

Jeder Arbeit ist eine Zusammenfassung in deutsch der wesentlichen Ergebnisse voranzustellen.

Die Tabellen sind unabhängig von den Abbildungen arabisch zu numerieren und mit Überschriften zu versehen.

Auszeichnung für den Satz

Auszuzeichnende Wörter sind zu unterstreichen, sie werden im Satz durch Kursivschrift hervorgehoben. Kleindruck ist am linken Rand durch eine senkrechte Linie und „p“ (petit) zu kennzeichnen. Fußnoten, die nicht zum Beitragskopf gehören, sind durchnummerieren.

Abbildungen

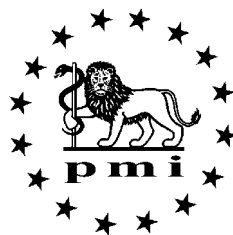
Alle Abbildungsvorlagen sind auf der Rückseite mit dem Autorennamen sowie mit „oben“ oder „unten“ zu bezeichnen. Wenn möglich, sollten die Abbildungen zu Tableaus zusammengestellt werden, wobei die Spaltenbreite von 5,6 cm oder der Satzspiegel von 18 x 21 cm einzuhalten ist.

Für Strichabbildungen sind gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) zu verwenden.

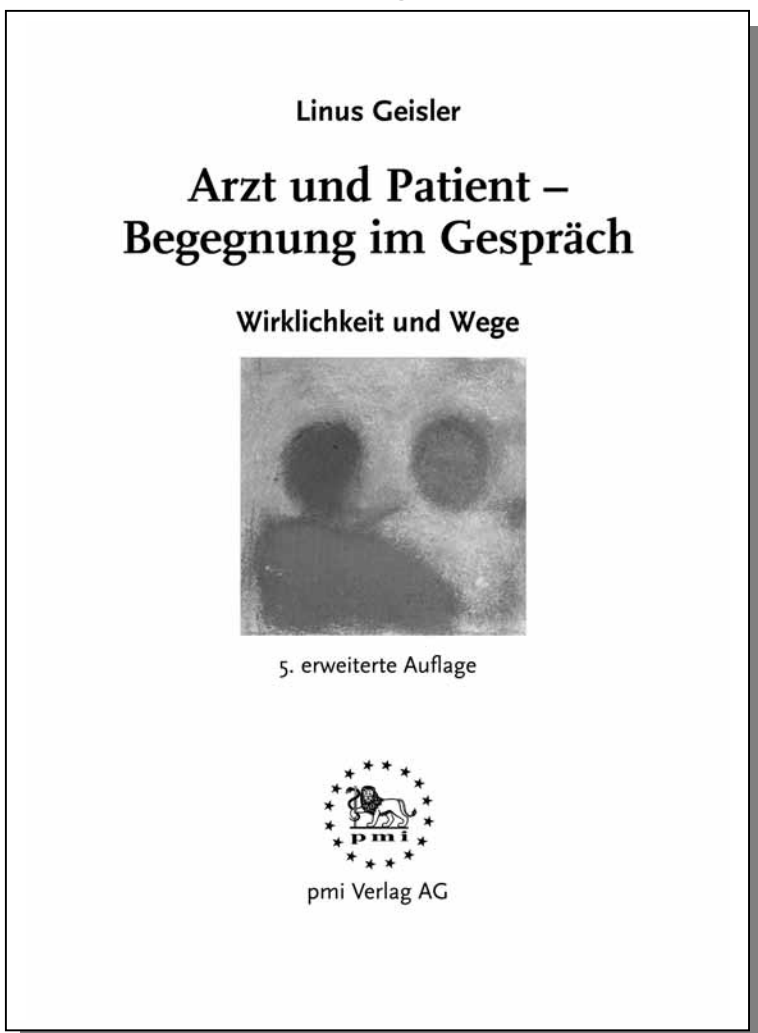
Für Halbtonabbildungen sind kontrastreiche, gute Fotoabzüge, rechtwinklig beschnitten, in der gewünschten Endgröße mit Beschriftung von 3 mm Schrifthöhe (Letraset) einzureichen.

Sonderdrucke

Sonderdrucke können bei Rücksendung der Korrekturabzüge gegen Berechnung bestellt werden.



Neu: 5. erweiterte Auflage



Die „sprechende Medizin“ ist als Gegengewicht zur High-Tech-Medizin ein Gebot der Zeit. Denn, so der Autor, „eine sprachlose Medizin ist letztlich eine inhumane Medizin“.

Das Buch *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch* baut auf der Erkenntnis auf, dass die Sprache das wichtigste Instrument des Arztes ist, er aber vielfach Schwierigkeiten im Umgang mit diesem Instrument hat.

Der Autor, Professor für innere Medizin, ist ein profunder Kenner der Materie. Er zeigt in seinem Buch konkrete Wege zur Lösung dieses Problems auf. Abgestimmt auf den ärztlichen Alltag des niedergelassenen und klinisch tätigen Arztes, gibt er zunächst eine Einführung in die Kommunikationspsychologie und ärztliche Gesprächstechnik. Der spezielle Teil des Buches enthält klare Konzepte für das Gespräch zwischen Arzt und Patient in den verschiedensten Situationen. Damit weist das Buch sowohl dem Arzt als auch dem Patienten Wege zum gegenseitigen Verstehen durch das Gespräch.

Bestellcoupon

Ich/Wir bestelle/n gegen Rechnung zum Preis von EUR 34,90 (zzgl. Versandkosten) das Buch

Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch Wirklichkeit und Wege

Prof. Dr. Linus Geisler

Broschur, 332 Seiten
5. aktualisierte Neuauflage
Neuerscheinung 2008
ISBN 3-89786-076-7
EURO 34,90

Ex.

Unternehmen/Firma/Institution

Name, Vorname, Titel

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

**Bestellcoupon bitte ausschneiden und
einsenden:**

**pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
60439 Frankfurt**

**Telefon: 069/548000-0
Telefax: 069-548000-66
E-Mail: pmi-verlag.de
www.pmi-verlag.de**