

## **Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit**



**SACHVERSTÄNDIGENRAT**  
**für die Konzertierte Aktion**  
**im Gesundheitswesen**

**Bedarfsgerechtigkeit**  
**und**  
**Wirtschaftlichkeit**

**Band III**

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Gutachten 2000/2001  
Ausführliche Zusammenfassung



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort</b>	<b>11</b>
<b>1. Einführung und Übersicht</b>	<b>13</b>
<b>2. Überlegungen zum gesetzlichen Auftrag an den Rat</b>	<b>23</b>
<b>3. Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung</b>	<b>25</b>
3.1 Fragestellung	25
3.2 Einführung	25
3.3 Überlegungen zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung	28
3.4 Anwendung auf bevölkerungsbezogene Fragestellungen	33
3.5 Versorgungsgrad auf der ‚Angebotsseite‘	35
<b>4. Ziele und Methoden der Befragung</b>	<b>37</b>
4.1 Hintergrund und Zielsetzung der Befragung	37
4.2 Adressaten, Durchführung und Auswertung der Befragung	37
4.3 Bewertungskategorien des Rates	41
<b>5. Zusammenfassende Darstellung der Art und Inhalte der Befragung</b>	<b>43</b>
5.1 Art der Befragungsergebnisse	43
5.2 Befragung der Fachgesellschaften	43
5.3 Befragung der Betroffenen-Organisationen	44
5.4 Befragung der Bundesländer, ärztlichen Körperschaften und Verbände der Krankenkassen	48
5.5 Ausblick und Empfehlungen für zukünftige Erhebungen zur Versorgungssituation	51

<b>6.</b>	<b>Hinweise auf Unterschiede in Ost- und Westdeutschland</b>	<b>54</b>
6.1	Gesundheitslage	54
6.2	Versorgungssituation	56
6.3	Fazit und Empfehlungen	58
<b>7.</b>	<b>Versorgung chronisch Kranker</b>	<b>60</b>
7.1	Einleitung	60
7.2	Epidemiologie und Kosten chronischer Krankheiten	61
7.3	Anforderungen an die Versorgung chronisch Kranker	62
7.4	Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker	65
7.5	Lektionen aus 10 Jahren Diabetikerversorgung in Deutschland	77
7.6	Versorgung terminal Kranker	81
7.7	Fazit und Empfehlungen	83
<b>8.</b>	<b>Ischämische Herzerkrankungen, inklusive Myokardinfarkt</b>	<b>86</b>
8.1	Krankheitslast	86
8.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	86
8.3	Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates	89
8.4	Fazit und Empfehlungen des Rates	94
<b>9.</b>	<b>Zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall</b>	<b>98</b>
9.1	Krankheitslast	98
9.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	98
9.3	Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates	101
9.4	Fazit und Empfehlungen des Rates	105

<b>10.</b>	<b>Chronische, obstruktive Lungenerkrankungen</b>	<b>108</b>
10.1	Krankheitslast	108
10.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	110
10.3	Fazit und Empfehlungen des Rates	113
10.3.1	Versorgungsstruktur	113
10.3.2	Asthma	114
10.3.3	COPD	117
<b>11.</b>	<b>Rückenleiden</b>	<b>118</b>
11.1	Krankheitslast	118
11.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	120
11.3	Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates	124
11.4	Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	126
11.5	Fazit und Empfehlungen des Rates	132
<b>12.</b>	<b>Onkologische Erkrankungen</b>	<b>135</b>
12.1	Lungenkarzinom	135
12.1.1	Krankheitslast	135
12.1.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	136
12.1.3	Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates	139
12.1.4	Fazit und Empfehlungen des Rates	144
12.2	Mammakarzinom	150
12.2.1	Krankheitslast	150
12.2.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	150
12.2.3	Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates	152
12.2.4	Fazit und Empfehlungen des Rates	160
12.3	Übergreifende Aspekte der Versorgung von Krebskranken	162
12.3.1	Krankheitslast	162
12.3.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	163
12.3.3	Fazit und Empfehlungen des Rates	166

<b>13.</b>	<b>Depressive Störungen</b>	<b>169</b>
13.1	Krankheitslast	169
13.2	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	170
13.3	Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates	173
13.3.1	Übergreifende Aspekte der Versorgung psychisch Kranker	173
13.3.2	Erkennung und Behandlung depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung	175
13.3.3	Alte depressive Menschen	177
<b>14.</b>	<b>Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten</b>	<b>182</b>
14.1	Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten	182
14.2	Über-, Unter- und Fehlversorgung in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung	183
14.2.1	Aktuelle Versorgungsprobleme in der Zahnmedizin	183
14.2.2	Derzeitige Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität	186
14.2.3	Künftige Ansätze zur Verbesserung der Qualität	188
14.2.4	Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen	189
14.2.5	Ökonomische Effekte	192
14.3	Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kieferorthopädie	192
14.4	Fazit und Empfehlungen des Rates	194
<b>15.</b>	<b>Anhang</b>	<b>196</b>
15.1	Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)	196
15.2	Teilnehmer der Befragungsaktion	197
15.3	Befragungstexte	217
15.4	Zusammenstellung der dringlichsten Handlungsempfehlungen (A) des Rates zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen	224
15.5	Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	232

## Verzeichnis der Tabellen

<i>Tabelle 1:</i>	Schema zu den Bewertungsstufen des Rates	17
<i>Tabelle 2:</i>	Neue Regeln für das System der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert	22
<i>Tabelle 3:</i>	Zur Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung	33
<i>Tabelle 4:</i>	Interventions-, Entwicklungs- und Investigationsbedarf	42
<i>Tabelle 5:</i>	Anzahl der Rückläufe	43
<i>Tabelle 6:</i>	Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt für Frauen und Männer im Ost-West-Vergleich	55
<i>Tabelle 7:</i>	Bevölkerung nach Art der Krankenversicherung	58
<i>Tabelle 8:</i>	Modellvorstellungen, Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsmaße	69
<i>Tabelle 9:</i>	Vorgaben der St.-Vincent-Deklaration 1989	77
<i>Tabelle 10:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei ischämischen Herzerkrankungen getroffen haben	87
<i>Tabelle 11:</i>	Aktuelle Versorgungslage in der Kardiologie in Deutschland (Stand 1999)	89
<i>Tabelle 12:</i>	Entwicklung der Anzahl der invasiv tätigen kardiologischen bzw. kardiochirurgischen Einrichtungen und der durchgeführten Interventionen von 1990 bis 1999 in Deutschland	90
<i>Tabelle 13:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei zerebrovaskulären Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall, getroffen haben	99
<i>Tabelle 14:</i>	Datenquellen zum Schlaganfall in Deutschland	102
<i>Tabelle 15:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronischen, obstruktiven Lungenerkrankungen getroffen haben	111
<i>Tabelle 16:</i>	Auswahl bedeutsamer Risikofaktoren für die Entstehung und Chronifizierung unkomplizierter Rückenschmerzen	119
<i>Tabelle 17:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Rückenleiden getroffen haben	121
<i>Tabelle 18:</i>	Übersicht zu tabakrauchassoziierten Erkrankungen	136
<i>Tabelle 19:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Lungenkarzinom (einschließlich Prävention des Rauchens) getroffen haben	137
<i>Tabelle 20:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Mammakarzinom getroffen haben	151

<i>Table 21:</i>	Vorgaben der EUREF hinsichtlich der jährlichen Mindestfrequenz durchzuführender Mammographien	156
<i>Table 22:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung von Krebskranken oder in der Schmerztherapie gemacht haben	164
<i>Table 23:</i>	Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei depressiven Störungen getroffen haben	171
<i>Table 24:</i>	Beispiele für konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung	191

### **Verzeichnis der Abbildungen**

<i>Abbildung 1:</i>	Aufbau der Datenbank zur Erfassung der Befragungsergebnisse	40
<i>Abbildung 2:</i>	Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequentiellen Krankheitsverläufen	67
<i>Abbildung 3:</i>	Algorithmus zum Vorgehen bei Kreuzschmerzen	125
<i>Abbildung 4:</i>	Marktzyklus von Innovationen	158
<i>Abbildung 5:</i>	Zahl der in dem EBMT-Register erfassten Knochenmarkstransplantationen bei Brustkrebs	159

## **Vorwort**

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erfüllt mit dem vorliegenden Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ seines Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ einen wesentlichen Teil seiner vom Gesetzgeber im § 142 Abs. 2 SGB V vorgegebenen Aufgabe. Angesichts des Umfangs seines Auftrags war eine Beschränkung auf ausgewählte Krankheiten und Zielgruppen unvermeidbar. Daher können viele ihm zugegangene Anregungen zu anderen Themen erst in Zukunft berücksichtigt werden. Die gesetzliche Aufgabe, die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung zu beurteilen, ist eine gesundheitspolitische Daueraufgabe und verlangt ein Vielfaches der Ressourcen, die bisher dafür eingesetzt wurden.

Der Rat ist einer großen Anzahl von Institutionen, Organisationen und Personen zu Dank verpflichtet. Das gilt zunächst für die zahlreichen Organisationen, die sich an der Befragung des Rates beteiligt haben und ohne die das Gutachten nicht in dieser Form möglich gewesen wäre (eine Auflistung der Teilnehmer ist im Anhang wiedergegeben). Auch konnte er jederzeit auf fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit zurückgreifen.

Darüber hinaus gilt der Dank folgenden Personen: Frau Ulrike Bahrtdt, Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel; Frau Dr. med. Anke Bramesfeld, Medizinische Hochschule Hannover; Frau Dr. Katja Bromen MPH, Universität Essen; Frau Dr. med. Elke Jakubowski MSP, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen; Herrn Prof. Dr. med. Karl-Heinz Jöckel, Universität Essen; Frau Dr. med. Monika Grüßer, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln; Herrn Dr. Uwe Lenhardt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Herrn Dr. A. Mühlich, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln; Frau Ines Ney, FH Braunschweig-Wolfenbüttel; Herrn Dr. med. Matthias Perleth MPH, Medizinische Hochschule Hannover; Herrn Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Medizinische Universität zu Lübeck; Herrn Rüdiger Saekel, Ministerialrat a.D., Meckenheim; Frau Dr. P. H. Bettina Schmidt, Universität Bielefeld; Frau Dr. Angelika Schreiber-Wazlak MPH, Berlin; Herrn Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle, Universität Heidelberg; Frau Dr. phil. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover.

Die dem Rat zur Verfügung stehenden Ressourcen in der Geschäftsstelle sind durch die Erstellung des Gutachtens in extremer Weise belastet worden. Das gilt insbesondere für die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle. Zu ihnen gehören Frau Dipl.-Volksw. Antje Freytag, Herr Dr. med. Antonius Helou MPH, Frau

Dr. med. Ulrike Heyer MPH, Frau Dr. P. H. Dipl.-Psych. Friederike Hoepner-Stamos, Frau Dr. rer. pol. Dipl.-Volksw. Karin Hummel, Frau Sabine List MPH, Frau Annette Riesberg MPH und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Ihnen ist der Rat zu außerordentlichem Dank verpflichtet.

Der Rat dankt Frau Renate Schneid, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte und für die Zusammenstellung der Dokumentation der Stellungnahmen der befragten Organisationen im Internet ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) verantwortlich war. Schließlich dankt der Rat Frau Ingrid Aengenheyster, Frau Sabine VanDen Berghe und Frau Monika Weinberg für die Unterstützung der Arbeit des Rates und der Geschäftsstelle.

Wenn in dem Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Die endredaktionellen Arbeiten am Gutachten erfolgten unter hohem Termindruck und mit sehr begrenzten personellen Ressourcen. Hieraus erwachsene eventuelle formale und sprachliche Ungenauigkeiten wurden im Interesse einer zeitnahen öffentlichen Präsentation des Gutachtens in Kauf genommen. Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt allein der Rat die Verantwortung.

Bonn, im August 2001

**Gisela C. Fischer**

**Adelheid Kuhlmei**

**Karl W. Lauterbach**

**Rolf Rosenbrock**

**Friedrich Wilhelm Schwartz**

**Peter C. Scriba**

**Eberhard Wille**

## **1. Einführung und Übersicht**

1. Der Rat legt hiermit den Band III seines Gutachtens 2000/2001 vor.

Er steht wie die im März des Jahres vorgelegten Bände I und II unter der Gesamtüberschrift „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“. Diese Gesamtüberschrift nimmt Bezug auf den seit Dezember 1999 bestehenden gesetzlichen Auftrag des Rates (vgl. Anhang).

2. Während in den Bänden I und II der Rat insbesondere allgemeine Struktur- und qualitätsbezogene Überlegungen vorgelegt hat und dabei die Notwendigkeit von mehr Ziel-, Patienten-, Qualitäts- und Präventionsorientierung in den Mittelpunkt stellte, konzentriert sich der Band III unter der Überschrift „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ in Teil III.1 auf

- grundlegende Überlegungen und Definitionen zur Bedarfsgerechtigkeit von Versorgung und daraus ableitend zu Über-, Unter- und Fehlversorgung (III.1, Kapitel 2 und 3),
- Konzept und Ergebnis seiner vorbereitenden Befragung von 300 wissenschaftlichen Organisationen, Körperschaften und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens (III.1, Kapitel 4 und 5),
- Betrachtungen zu Krankheits- und Versorgungsunterschieden zwischen Ost- und Westdeutschland nach der Wiedervereinigung (III.1, Kapitel 6) und
- krankheitsübergreifende Struktur- und Qualitätsprobleme bei der Versorgung chronisch Kranker, einschließlich einer ‚Fallstudie‘ zur Diabetesversorgung in Deutschland (III.1, Kapitel 7).

Die Teile III.2 und III.3 umfassen konkrete Detailanalysen zu Last, Perspektiven und Versorgung großer Volkskrankheiten in Deutschland:

- ischämische Herzerkrankungen (III.2, Kapitel 8),
- zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall (III.2, Kapitel 9),
- chronische, obstruktive Lungenerkrankungen (III.2, Kapitel 10),
- Rückenleiden (III.3, Kapitel 11),

- Krebserkrankungen (III.3, Kapitel 12) und
- depressive Störungen (III.3, Kapitel 13).

**3.** Bei allen Krankheitsgruppen sieht der Rat erheblichen Bedarf zur Verbesserung ihrer Versorgungskette, darüber hinaus in der Regel ein bedeutsames und nicht ausgeschöpftes Potenzial an Primär- und teilweise auch Sekundär- bzw. Tertiärprävention (Rehabilitation).

Die Fallstudie zur Diabetesversorgung (Kapitel 7<sup>1)</sup> – mit rund 70 lokalen oder regionalen Modellversuchen über eine Dekade ohne eine insgesamt durchgreifende Verbesserung der deutschen Diabetikerversorgung – spricht für eine, zumindest partielle, Fehlsteuerung durch die Verbände der ‚Selbstverwaltung‘ im Gesundheitswesen. Nach den vorliegenden Daten hat Deutschland alle wichtigen Ziele der internationalen St.-Vincent-Deklaration von 1989 verfehlt.

Für ein vergleichbares Partialversagen spricht die Duldung des sog. ‚grauen‘, nicht-qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings in Deutschland mehr als ein halbes Jahrzehnt nach der ‚Deutschen Mammographie-Studie‘ (1994), die schwere Qualitätsmängel samt notwendiger Gegenmaßnahmen offen legte (Abschnitt 12.2). Das Anlaufen verbesserter kleinräumiger Modellversuche im Jahre 2001 ist verdienstvoll, spricht aber eher für das Steuerungsversagen.

Bei Koronarerkrankungen (Kapitel 8) sieht der Rat die Notwendigkeit, die hohe Frühsterblichkeit durch verbesserte Aufklärung, Optimierung der ärztlichen Notdienste und des Rettungswesens sowie Einrichtung kompetenter stationärer Einheiten zur Versorgung von ‚Thoraxschmerz‘ zu senken. Die Indikation und Qualität koronarer Interventionen ist zu verbessern, hier besteht ein Missverhältnis zwischen Ressourceneinsatz und Ergebnissen. Die erhebliche Unter- und Fehlversorgung bei der Primär- und Sekundärprävention, sowohl durch verhaltens- wie settingbezogene und pharmako-präventive Intervention, verlangen ein integratives Gesamtkonzept im Sinne eines ‚Nationalen Herz-Kreislauf-Präventionsprogramms‘.

Bei zerebrovaskulären Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall (Kapitel 9), besteht bevölkerungsweiter Aufklärungsbedarf, Bedarf an gezielten Angeboten der Kassen für Hochdruckpatienten, an kompetenter und frühzeitiger Schlaganfallrehabilitation sowohl

---

<sup>1</sup> In den vier Teilbänden (III.1 - III.4) erfolgt eine fortlaufende Kapitelzählung (Kapitel 1 bis Kapitel 14), so dass sich im folgenden die Nennung des Teilbandes bei den Kapitelangaben erübrigt.

im Frühstadium (Frührehabilitation) wie bei eingetretener Pflegebedürftigkeit (Rehabilitation in der Pflege). Die Einführung von DRGs als Regelvergütung im stationären Sektor wird hier neben die ungelösten alten, neue Versorgungsprobleme – v. a. in der rehabilitativen Pflege – stellen. Die älteren Probleme entstehen z. T. aus lange bekannten, aber durch die Selbstverwaltungen nur unzureichend behobenen (behebbarer) Systemfriktionen (Kuration, Rehabilitation).

Bei Patienten mit Asthma und anderen chronischen Lungenerkrankungen führt unzureichende Systemsteuerung zu einem Mangel an Schulungsmaßnahmen für Erwachsene und Kinder (Fehlen flächendeckender Vereinbarungen zu Schulungen) (Kapitel 10). Es fehlen ‚Asthma-Sportgruppen‘. In der Pharmakotherapie herrscht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung als Ausdruck von Mängeln der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. Wie beim Lungenkarzinom (Abschnitt 12.1) verweist der Rat auf die überragende Bedeutung einer ‚Nationalen Anti-Tabak-Kampagne‘ gegen das Aktiv- und Passivrauchen.

Für die Krebstherapie in Deutschland regt der Rat eine stärkere Kompetenzbündelung, verbesserte Qualitätstransparenz und die breite Etablierung einer leitliniengerechten Schmerztherapie an (Abschnitt 12.3).

Bei der ‚Volksseuche‘ Rückenleiden (Kreuzschmerzen) sieht der Rat eine deutliche Überversorgung mit bildgebenden diagnostischen und invasiv-therapeutischen Verfahren und eine Unterversorgung im aktivierenden Management chronisch ‚Rückenkranker‘ einschließlich betrieblicher Gesundheitsförderungsansätze und sekundär-/tertiärpräventiver Rückenschulen (Kapitel 11).

Der Rat möchte ferner mit der Darstellung der Versorgung depressiv Erkrankter (Kapitel 13) zur verbesserten Akzeptanz und Behandlung psychisch Kranker anregen. Psychiatrische Notfälle gehören in Großstädten zu den häufigsten Einsatzanlässen für Rettungsdienste, unerkannte oder unzureichend behandelte psychisch Kranke sind ‚Vielnutzer‘ des Systems, depressive Erkrankungen sind inzwischen ein führender Grund für Arbeitsfehlzeiten und für Krankenhausaufenthalte. Der Rat sieht Verbesserungspotenziale in der gegenwärtigen hausärztlichen Versorgung dieser Kranken, in der Pharmakotherapie und in einer öffentlichen Aufklärung (BZgA-Kampagne) zur verbesserten gesellschaftlichen Akzeptanz der Kranken und des Krankheitsbildes. Besondere Defizite sieht er in der Versorgung depressiv erkrankter alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen, für die er neue Versorgungsformen fordert.

4. Die in Kapitel 14 dargestellten Probleme bei Zahnerkrankungen und in der Kieferorthopädie sind anders als die bisherigen Kapitel zu bewerten. Sie gehörten nicht zum ‚Katalog‘ der vom Rat ausgewählten ‚prioritären‘ Erkrankungen; ihre Kernstücke bilden externe, vom Rat erbetene Expertisen. Sie haben teilweise Programmcharakter, teilweise verweisen sie deutlich auf auch professionell gesteuerte Tendenzen zur ‚Übersorgung‘ (‚Marketing‘ am Patienten in der Praxis), teils auf gesellschaftlich induzierte Formen von ‚Übersorgung‘, dort, wo ästhetische Ideale weit über medizinische Funktionserfordernisse hinausgehen (z. B. in der Kieferorthopädie).

5. Die vom Rat dargestellten Krankheitsgruppen verursachen vermutlich zwei Drittel aller Krankheitsausgaben des ‚Systems‘. Sie stellen also keine *Quantité négligeable* des Systems dar. Sie beschreiben aber vor allem den größten Teil der subjektiven Krankheitslast chronisch Kranker und davon mitbetroffener Familien und Bezugspersonen.

6. In diese krankheitsbezogenen Darstellungen der Kapitel 8 bis 14 sind auch die z. T. sehr detailreichen Stellungnahmen von 201 antwortenden Organisationen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung aus ihrer jeweiligen Sicht eingeflossen. Der Rat musste ihre Hinweise und Wertungen sowohl in der Darstellung der Befragungsergebnisse (Kapitel 5) wie in den einzelnen Krankheitskapiteln (Kapitel 8 bis 14) i. d. R. verkürzt wiedergeben<sup>2</sup>. Er hat aber auf seiner Homepage dafür Sorge getragen, dass 192 Stellungnahmen dort für jeden Interessenten als PDF-Datei abrufbar sind ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)). Diese Befragung war außerordentlich aufwändig. Sie schien dem Rat aber angesichts des bis dahin praktisch völligen Mangels irgendeiner Übersicht zur Versorgungslage in Deutschland unerlässlich. Er hat den befragten Organisationen dazu bereits im Vorjahr seine Definitionskriterien erläutert und die Befragung i. W. auf die von ihm vorab ausgewählten prioritären Erkrankungsgruppen konzentriert (vgl. Kapitel 4).

Dennoch ist, wie zu erwarten war, bei der Befragung u. a. der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der mit öffentlich-rechtlichen ‚Versorgungsaufträgen‘ versehenen Körperschaften (Länder, Städte- und Gemeindetag, Körperschaften der Heilberufe und gesetzliche Krankenkassen) ein eklatanter Mangel an belastbaren Versorgungsdaten zutage getreten.

Der Rat hat daher konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsforschung mit gezielter Einbindung von wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie Betroffenen-

---

2 Zur Verdeutlichung sind diese Passagen im gesamten Gutachten durch ein abweichendes, verkleinertes Schriftbild kenntlich gemacht.

Organisationen vorgelegt (Abschnitt 5.5). Eine unter unveränderten Bedingungen fortgeschriebene Befragung dieser Vereinigungen würde sonst nur begrenzten Sinn machen. Es ist aber auch deutlich geworden, dass der Erkenntnisstand von Kassen, Kammern, kassenärztlichen Vereinigungen und öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaften ungeachtet ihrer mittel- oder unmittelbaren staatlichen Aufgaben zur Sicherung einer flächendeckenden, qualitätvollen und wirtschaftlich angemessenen Versorgung, zumal in regionalisierter, d. h. ‚konkret vor Ort bezogener‘ Betrachtung, derzeit in keiner Weise ausreicht und sich auch durch die Zusammenführung von sog. Routinedaten allein nicht herstellen lässt.

7. Der Rat hat seine Wertungen auch auf eigene Recherchen gestützt. Sie umfassen Literaturrecherchen (publizierte Studien und ‚graue Literatur‘) sowie unmittelbare Recherchen und Analysen. Dementsprechend enthält jedes Krankheitskapitel (Kapitel 8 bis 14) eine Diskussion und Bewertung der Versorgungslage aus Sicht des Rates und daraus abgeleitete Empfehlungen.

Der Rat hat angesichts der überaus großen Vielzahl der anzusprechenden Probleme seine Bewertungen nach Erkenntnisstand und Dringlichkeit klassifiziert (Tabelle 1; siehe hierzu auch Abschnitt 4.3).

**Tabelle 1: Schema zu den Bewertungsstufen des Rates**

	<b>Bewertungsstufe: Versorgungsproblem</b>	<b>Bewertungsstufe: Lösungsmaßnahmen</b>
<b>A</b>	hinreichend sicher	hinreichend sicher
<b>B</b>	hinreichend sicher	modellfähige Hinweise
<b>C</b>	hinreichend sicher	erscheinen möglich, aber noch keine modellfähigen Hinweise
<b>D</b>	ernstzunehmende Hinweise	hinreichend sicher oder modellfähige Hinweise
<b>E</b>	ernstzunehmende Hinweise	möglich oder z. Z. nicht beurteilbar
<b>F</b>	derzeit keine verwertbaren Hinweise	–

*Quelle:* eigene Darstellung (entnommen aus III.1, Kapitel 4 „Ziele und Methoden der Befragung“)

Die dringlichsten Handlungsempfehlungen (A) des Rates zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen sind im Anhang zusammengefasst. Er sieht hier nicht nur deutlichen Handlungsbedarf, sondern auch hinreichend umsetzungsreife Lösungsansätze. Die Logik der Empfehlungen (Tabelle 1) zeigt, dass Empfehlungen der Stufe B und C vom Handlungsbedarf her nicht unwichtiger als A, Lösungen aber weniger klar einzuschätzen sind. Die Bewertungskategorien D und E verweisen in der Regel auf Klärungsbedarf durch Versorgungsstudien (s. o.).

8. Den Leser des Gutachtens mag überraschen, dass in der Befragung und in den krankheitsbezogenen Kapiteln neben ‚Überversorgung‘ außerordentlich viele Bereiche mit ‚Unterversorgung‘ und – bezogen auf beide – viele mit fehlerhafter, also (potenziell) schädigender Versorgung benannt werden<sup>3</sup>. Dieser Befund mag auch deswegen erstaunen, weil

- zahlreiche dieser Defizite nicht auf kurzfristigen Budget-, also Finanzierungseffekten beruhen, sondern ältere Qualifikations-, Organisations- und Systemprobleme ansprechen,
- Qualitätsprobleme der Versorgung in Deutschland dennoch bis in die jüngste Zeit öffentlich allenfalls punktuell thematisiert wurden, vielmehr in der öffentlichen Rhetorik wichtiger Verbände das deutsche Versorgungssystem häufig als international ‚vorbildhaft‘ eingestuft wurde.

Insbesondere die Befragungsergebnisse der 41 antwortenden Betroffenen-Organisationen (Abschnitt 5.3.) weisen als durchgängige Klage darauf hin, dass durch abgegrenzte Zuständigkeitsbereiche der Leistungsträger Versorgungsbrüche entstehen. Medizinisch sinnvolle Verzahnungen von Behandlungsphasen und -formen (der Kuration, Prävention, Rehabilitation, ggf. der sozialen Reintegration, der Hilfsmittelanpassung, der Schulung) entfallen oder werden dysfunktional deformiert. Mängel an Aufklärung und Entscheidungsteilhabe werden beklagt. Insgesamt lassen sich über unterschiedliche Krankheiten und Patientengruppen hinweg konvergente Muster überholter Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten erkennen (Kapitel 7):

---

<sup>3</sup> Vgl. Kapitel 5 sowie 8 bis 13. In der publizierten Literatur lassen sich sogar mehr Studien zu Unter- als zur Überversorgung nachweisen. Mit diesem ‚Bias‘ hatte sich gleichermaßen der Bericht des Institutes of Medicine der Academy of Sciences, Washington 2001, zur Qualität der US-amerikanischen Versorgung auseinandersetzen ([www.nationalacademies.org/iom/iomhome.nsf](http://www.nationalacademies.org/iom/iomhome.nsf)). Dessen Schlussfolgerung mündet in das auch vom Rat vertretene Plädoyer einer verstärkt interessenunabhängigen, also öffentlich geförderten Versorgungsforschung (vgl. Abschnitt 5.5).

- Das gegenwärtige System ist im Wesentlichen geprägt durch die Dominanz einer auf akute, episodenhafte und ‚eindimensionale‘ Krankheitsformen ausgerichteten kurativen Versorgung, einschließlich eines entsprechenden ‚strukturellen Überversorgungsgrades‘.
- ‚Somatische Fixierung‘ des Gesundheitssystems: Die sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.
- ‚Aktiv-/Passiv-Problematik‘: Der chronisch Kranke wird als passiver Empfänger von medizinischen Leistungen betrachtet. Im Zentrum der passiven Behandlung stehen dementsprechend ‚Reparatur, Kur und Schonung‘.
- Unzureichende Information, Schulung und Partizipation des Patienten und seiner wichtigsten Bezugspersonen.
- Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen.
- Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung.
- Inadäquate Anreizsysteme, die chronisch Kranke für die Krankenkassen und Leistungserbringer zu einem ‚schlechten Risiko‘ machen.
- Unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker in der Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe.

Insgesamt können die Befragungsergebnisse zu einer realistischeren Gesamteinschätzung des deutschen Versorgungssystems beitragen (vgl. auch die Dokumentation auf der Homepage des Rates; [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)).

**9.** Zu den bestätigten Strukturdefiziten gehört auch die vom Rat in Band I seines Gutachtens beklagte mangelnde Präventionsorientierung des deutschen Systems. Es ist aus Ratssicht gewinnbringend, dass in der Befragung auch aus klinischer und Betroffenen-sicht viele krankheitsbezogene präventive ‚Lücken‘ und deren Lösung, einschließlich problemadäquater und modernisierter sog. Sekundär- und Tertiärprävention (Rehabilitation), thematisiert wurden.

Der Rat selbst hat sich – ergänzend zu seinen Ausführungen zu mehr Prävention bei älteren und alten Zielgruppen in der Bevölkerung sowie zur Optimierung von Impf- und Kariesprophylaxe bei Kindern in Band I vom März des Jahres – im vorliegenden Band

v. a. schwerpunktmäßig zu Präventionspolitiken geäußert, die deutlich über die Grenzen von gesetzlichen (und privaten) Krankenkassen hinausgehen:

- Er fordert nicht nur, sondern er skizziert auch bereits in wichtigen Umrissen ein aus seiner Sicht dringend gebotenes ‚Nationales Anti-Tabak-Programm‘ (s. Abschnitt 12.1, vgl. auch Kapitel 8 und 10). Dessen Nutzen wäre theoretisch allein um ein Vielfaches größer als die Verhinderung aller Straßenverkehrstoten in Deutschland. Er sieht darin einen ‚Probierstein‘ für den Einstieg in eine glaubwürdige und von der Krankheitslast her dringend gebotene nationale Präventionspolitik in Deutschland.
- Er unterstützt ferner die Idee eines ‚Nationalen Herz-Kreislauf-Präventionsprogramms‘ (Kapitel 8), z. B. nach dem Vorbild des staatlich erfolgreich angeleiteten Programms in Finnland.
- Er setzt sich ferner nachdrücklich für den Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung ein (Kapitel 11).

**10.** Gemäß § 142 Abs. 2 SGB V soll der Rat auch zu ‚Wirtschaftlichkeitsreserven‘ Stellung nehmen. Angesichts der zahlreichen Versorgungs- und Strukturbrüche im System, die immer auch die Möglichkeit wirtschaftlicher Ineffizienzen beinhalten, ist eine sinnvolle monetäre Bewertung der Reserven nicht möglich. Vergleicht man die derzeit in ‚Überversorgungen‘ gebundenen Aktivitäten und Mittel (‚Wirtschaftlichkeitsreserven‘) mit den vielfältigen Anforderungen, die zur Beseitigung der derzeitigen zahlreichen Formen von Unterversorgung nötig erscheinen, bleibt schon theoretisch ungewiss, in welchem Umfang sich eine solche Umschichtung rechnerisch ausgleichen würde. Unklar ist zudem, ob und wie die an einer Stelle gezielt eingesparten Mittel zielgerecht in andere gebotene Verwendungsbereiche und nicht in neue ‚Verschwendungsformen‘ umgeleitet würden.

Ein allenfalls partieller kurzfristiger Abbau von Überversorgung lässt sich von neuen leitliniengestützten Versorgungsansätzen einschließlich sog. ‚Disease-Management‘-Programmen erwarten, vorausgesetzt alle Beteiligten handeln vorrangig unter Qualitätsgesichtspunkten.<sup>4</sup>

---

4 D. h. nicht unter rein monetären Verteilungsgesichtspunkten wegen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Verknüpfung dieser Programme mit dem Finanzausgleich der Kassen (‚Risikostrukturausgleich‘).

**11.** Ein nachhaltiger Abbau von Über- und damit verbundener Fehlversorgung einschließlich einer angemessenen Ausbalancierung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege erfordert eine längerfristige Umsteuerung des Systems durch eine mehrschrittige aber ziel- und gestaltungsorientierte und in ihren Zielen beständig angelegte Gesundheitspolitik. Sie verlangt eine grundlegende Veränderung von Strukturen und Anreizen, von Wissen und Werten. Sie verlangt veränderte Verantwortlichkeiten und Arbeitsstile der professionellen Akteure wie ihrer Institutionen. Strukturen und Grenzen innerhalb des Systems müssen sich an den Patienten, ihren Bedarfen und Bedürfnissen orientieren und nicht umgekehrt (Tabelle 2, s. a. Kapitel 7).

Unter diesen Voraussetzungen ist der Abbau heutiger Formen der Überversorgung weder eine einfach zu erschließende noch voraussichtlich eine überaus ergiebige ‚innere‘ Finanzierungsquelle<sup>5</sup>.

---

5 D. h. ohne äußere Zuführung von Mitteln.

**Tabelle 2: Neue Regeln für das System der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert**

<b>Gegenwärtiger Ansatz</b>	<b>Neue Regeln</b>	<b>Umsetzungsmöglichkeiten</b>
Die Versorgung basiert primär auf Besuchen.	Die Versorgung basiert auf dauerhaften Heilbeziehungen (healing relationships).	Langzeitbetreuung; Sicherung der Rehabilitationserfolge; verhaltensbezogene Maßnahmen der Risikomodifikation.
Die professionelle Autonomie verursacht eine Variabilität der Versorgung.	Die Versorgung ist auf die Bedürfnisse und Werte des Patienten zugeschnitten.	Individuelle Behandlungspläne; Berücksichtigung der lebensweltlichen Bezüge; ein breites, flexibles und differenziertes Versorgungsspektrum.
Die Professionen kontrollieren die Versorgung.	Der Patient kontrolliert die Versorgung (source of control).	Patient als selbstverantwortlicher Manager seiner Krankheit und kompetenter Nutzer des Systems; Partizipation.
Die Information ist eine Akte (retrospektiv, archiviert, passiv, unbeweglich)	Wissen wird geteilt. Es besteht ein freier Informationsfluss.	Information und Schulung; evidenzbasierte Patienteninformationen; Nutzung neuer Informationstechnologien.
Die Entscheidung basiert auf Training und Erfahrung.	Die Entscheidung ist evidenzbasiert.	Evidenzbasierte Medizin; evidenzbasierte Leitlinien; Health Technology Assessment; Entscheidungsanalysen; Versorgungsforschung.
Die Vermeidung von Schädigungen liegt im Bereich der individuellen Verantwortlichkeit.	Sicherheit wird als Systemeigenschaft betrachtet.	Qualitätsmanagement, Risk Management.
Heimlichkeit ist notwendig.	Transparenz ist notwendig.	Zertifizierte und öffentlich zugängliche Leistungs- und Qualitätsberichte; Aufklärung.
Das System reagiert auf Bedürfnisse.	Bedürfnisse werden antizipiert.	Umfassendes, individuelles Assessment; Erhebungen zu Präferenzen der Bevölkerung bzw. der Versicherten; Needs Assessment.
Es wird eine Kostenreduktion angestrebt.	Verschwendung (Überversorgung) wird kontinuierlich abgebaut.	Qualitätssicherung, Leitlinien, evidenzbasierte Medizin, Vergütungssysteme.
Die Rollenbilder der Gesundheitsberufe sind wichtiger als das System.	Die Kooperation zwischen den Leistungserbringern/ Professionen hat Priorität.	Integration, Vernetzung, Inter-/ Multidisziplinarität.

*Quelle:* modifiziert nach Institute of Medicine (2001) und ergänzt (Spalte 3) (entnommen aus III.1, Kapitel 7 „Versorgung chronisch Kranker“)

## **2. Überlegungen zum gesetzlichen Auftrag an den Rat**

**12.** Der Gesetzgeber hat durch das GKV-Reformgesetz vom 22. Dezember 1999 den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen verpflichtet, alle zwei Jahre, erstmals zum April 2001, dem Bundesministerium für Gesundheit und den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ein Gutachten vorzulegen und darin „im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten“ (§ 142 Abs. 2 SGB V).

**13.** Die Erteilung dieses Auftrags an den Rat ist auch vor dem Hintergrund der ursprünglich im GKV-Reformgesetz 2000 geplanten Einführung eines Globalbudgets zu sehen. Die Analysen des Rates sollten Aussagen darüber liefern, ob die dem Gesundheitswesen insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel und die Anbindung der Steigerung dieser Mittel an die für die Kasseneinnahmen maßgebliche Lohn- und Gehaltssumme für eine qualitativ hochwertige Versorgung ausreichen bzw. ob und ggf. in welcher Höhe Wirtschaftlichkeitsreserven existieren. Das Globalbudget wurde schließlich nicht eingeführt, sondern die zum Teil existierenden sektoralen Budgets beibehalten. Die Beschränkung der intersektoralen Finanzströme und die so zementierte Fehlallokation in den einzelnen Versorgungsbereichen machen den Auftrag an den Rat für eine sektorübergreifende Betrachtung der Patientenversorgung jedoch keineswegs überflüssig. So bewirken Budgets – unabhängig davon ob global oder sektoral – nicht nur eine Begrenzung möglicher medizinischer oder ökonomischer Überversorgung, sondern sind auch potentielle Ursache von verdeckter oder offener Rationierung und damit ggf. Unter- und/oder Fehlversorgung in den einzelnen Sektoren. Darüber hinaus zeigten internationale Studien – so die Berichte des Institutes of Medicine (IOM) zur Qualität des amerikanischen Gesundheitswesens – sowie z. B. die im Rahmen eines Modellprogramms des BMG durchgeführte NIDEP-Studie, dass Fehlversorgung oder ebenso Über- und Unterversorgung auch unabhängig von spezifischen Budgetierungen auftreten, ferner dass Über-, Unter- und Fehlversorgung bisher wissenschaftlich nicht hinreichend beschrieben und politisch nicht ausreichend rezipiert wurden.

**14.** Der neue gesetzliche Auftrag erreichte den Rat in einer Zeit, als er sich intensiv mit Fragen der Leistungssteuerung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen befasste, die Gegenstand des im Mai 1999 erteilten Auftrags der Bundesministerin für Gesundheit waren (siehe Anhang 1 der Bände I und II des Gutachtens 2000/2001). Die in diesem Zusammenhang vorbereiteten Textteile wurden in die im Frühjahr 2001 übergebe-

nen beiden Bände integriert. Sie stellen somit einen theoretischen Rahmen des Gutachtens gemäß § 142 Abs. 2 SGB V dar, der sich mit generellen Defiziten und Qualitätsmängeln im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt. Die konkrete, bewertende Analyse der Versorgung in Deutschland bei verschiedenen ausgewählten Krankheitsbildern ist Gegenstand des nun vorliegenden Bandes.

**15.** Bei der Umsetzung des Auftrags zur Ermittlung von Bereichen der Über-, Unter- und Fehlversorgung sah sich der Rat u. a. vor die Schwierigkeiten gestellt, dass die im Gesetzestext genannten Begriffe „bedarfsgerechte Versorgung“, „Übersorgung“, „Unterversorgung“ und „Fehlversorgung“ keine juristisch definierten Begriffe sind. Auch internationale Organisationen wie die WHO verfügen nicht über ‚offizielle‘ Definitionen. Der Rat musste deshalb zuerst unter Einbeziehung der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion und zugleich im Kontext des Sozialgesetzbuches eine begriffliche Klärung der eigentlichen Analyse voranstellen (vgl. Kapitel 3).

**16.** Der Rat hat sich im Frühjahr 2000 entschlossen, eine Befragung unter Organisationen durchzuführen, die sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Patienten, Versicherten und Bürgern in Deutschland befassen (vgl. Kapitel 4), und diese Daten mit eigenen vertiefenden Analysen des Versorgungsgeschehens zu verknüpfen. Die in der Befragung dokumentierte Sichtweise von Akteuren und Betroffenen ist aus der Sicht des Rates eine wertvolle Diskussionsgrundlage. Die Befragung war so angelegt, dass neben Daten und Einschätzungen der Leistungsanbieter und Krankenkassen sowie Studien und Wertungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch empirisch nachvollziehbare Erfahrungsberichte von Betroffenen-Organisationen – im Sinne der in Band I, Kapitel 3 des Gutachtens 2000/2001 vom Rat aufgestellten Forderung nach mehr Patientenorientierung – Eingang finden konnten. Einseitigkeit der Bewertung der Gesundheitsversorgung sollte so vermieden werden.

**17.** Präzisierte und vor allem quantitative Angaben zu Wirtschaftlichkeitsreserven können aus der jetzt vorgelegten Darstellung der Versorgungssituation nur bedingt abgeleitet werden. Die Aussagen und Empfehlungen des Rates beschränken sich überwiegend auf die Darstellung und die Bewertung qualitativ beschriebener Problemhaushalte. Diese stellen aber wichtige Konkretisierungen und Präzisierungen der in den beiden ersten Gutachtenbänden I und II thematisierten Defizite in Qualität und Patientenorientierung in der deutschen Gesundheitsversorgung dar.

### **3. Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung**

#### **3.1 Fragestellung**

**18.** Weder die Einführung der sog. Krankenhausbedarfsplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 noch die Einführung einer ambulanten kassenärztlichen Bedarfsplanung nach dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) von 1976 hat juristisch definiert, was nach Begriff, Inhalt und Abgrenzung unter ‚bedarfsgerechter Versorgung‘, ‚bedarfsgerecht‘ oder ‚Bedarf‘ zu verstehen ist. Auch die Praxis der stationären Bedarfsplanung in den Bundesländern zeigt eine breite Streuung; die Krankenhausgesetze der Länder sind nicht zu einheitlichen Begriffen und Verfahrensvorschlägen gelangt. Für die ‚kassenärztliche Bedarfsplanung‘ in der heutigen Form existieren seit 1993 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die jedoch aufgrund ihres pragmatischen Formalismus keine hinreichend geeignete Grundlage darstellen, den Bedarf theoretisch fundiert zu definieren.

Daher musste der Rat unter Einbeziehung der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion, aber zugleich im Kontext des Sozialgesetzbuches und der darin enthaltenen Auftragsvorschrift (vgl. § 142 Abs. 2 SGB V) begrifflich klären, was unter

- bedarfsgerechter Versorgung
- wirtschaftlicher Versorgung

und, in diesem Zusammenhang, unter

- Überversorgung,
- Unterversorgung und
- Fehlversorgung

zu verstehen ist.

#### **3.2 Einführung**

**19.** Im Wesentlichen übereinstimmend wird in der Literatur zur Versorgungsforschung wie in der neueren gesundheitsökonomischen Literatur folgende Unterscheidung getroffen:

Der Bedarf (*need*) ist von Nachfrage (*demand*) und einer Inanspruchnahme bzw. Nutzung eines Systems (*utilization*) zu unterscheiden. Der Nachfrage (*demand*) steht das Angebot einer Leistung (*supply*) gegenüber.

Die Nachfrage ist zunächst eine subjektive Kategorie aus der Sicht von Versicherten oder allgemein von Verbrauchern. Die Nachfrage entspringt dem subjektiven Wunsch nach einer Leistung. Nachfrage kann auch nach Leistungen entstehen, zu denen es zur Zeit noch kein Angebot gibt. Solche Nachfrage führt zu keiner Nutzung. Dies gilt auch dann, wenn den Nachfragern eine Leistung verweigert wird oder die Zugangsschwellen in Form von Geld, Zeit oder Entfernung zu hoch sind, oder andere, auch subjektive Gründe (z. B. Angst) eine tatsächliche Nutzung verhindern. In diesen Fällen wird auch von einer ‚latenten‘ Nachfrage gesprochen. Umgekehrt kann auch ein vorhandenes Angebot zuvor nicht vorhandene Nachfrage induzieren (*supply induced demand*).

Im Kontext der Gesundheitsversorgung kann Nachfrage (*demand*) so definiert werden, dass bei einem Individuum ein subjektiver Wunsch bzw. gewisse Präferenzen für eine Behandlung oder Versorgung vorliegen und von ihm die Inanspruchnahme (*utilization*) entsprechender Leistungen tatsächlich gewünscht und versucht wird. Dieser subjektive und ausgedrückte Wunsch nach Versorgung (Nachfrage) wird in der Literatur auch als ‚subjektiver Bedarf‘ (oder ‚Bedürfnis‘) definiert.

**20.** Diesem subjektiven Bedarf wird ein professionell (fachlich) oder wissenschaftlich bestätigter ‚objektiver‘ Bedarf gegenübergestellt. Der objektive Bedarf setzt die objektivierende Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung (Behinderung) oder deren drohenden Eintritt voraus; er muss mit dem subjektiven Bedarf keineswegs deckungsgleich sein. Objektiver Bedarf ohne subjektiven Bedarf und ohne Inanspruchnahme von Versorgung wird auch als ‚latenter‘ Bedarf bezeichnet.

Der Bedarf besteht in der Gesundheitsversorgung also zunächst aus zwei u. U. nicht deckungsgleichen Elementen: 1. Der subjektiven Annahme (subjektiver Bedarf) und 2. der objektivierenden Feststellung einer Krankheit oder Behinderung.

**21.** Hinzu tritt als drittes Element die Feststellung eines objektiven Behandlungsbedarfs; dies setzt das prinzipielle Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen voraus, um die Krankheit oder Behinderung aussichtsreich zu behandeln bzw. deren Eintritt zu verhindern oder Leiden zu lindern. Ein Beispiel dafür bietet der physiologische Knochenabbau im Alter: Hier hat die Verfügbarkeit von Hormonersatztherapie bei Frauen nach der Menopause dazu geführt, dass in der ärztlichen

Profession, in damit befassten Wissenschaftlergruppen und in dem gesellschaftlichen Meinungsbild dieser Zustand inzwischen als ein (präventiv) behandlungsbedürftiges Phänomen gilt; aus der physiologischen ‚Osteopenie‘ des Alters wurde durch die Verfügbarkeit von Hormontherapie eine ‚behandlungsbedürftige Osteopenie bzw. Osteoporose‘. Gleichwohl ist in der wissenschaftlichen Debatte der ‚Behandlungsbedarf‘ aufgrund nicht unbeträchtlicher Risiken der Hormonsubstitution weiterhin umstritten.

Neben der Verfügbarkeit einer aussichtsreichen und zugleich mit vertretbaren Risiken behafteten Behandlung tritt 4. auch der kulturelle Kontext und der gesellschaftliche Wandel<sup>6</sup> als Element der Bedarfsdefinition hinzu.

**22.** Die Feststellung von Bedarf schließt also subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand, also Krankheit oder Behinderung, und auch professionelle bzw. wissenschaftliche Urteile über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (*benefit*) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes ein.

Auf dieser Basis ließe sich Bedarf verkürzt definieren als ein Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt.

Der Nutzen (*benefit*) einer Maßnahme bzw. Leistung im Gesundheitswesen sollte sich dabei auf die Verbesserung des Gesundheitsstatus eines Individuums oder einer Bezugsgruppe bzw. die Verbesserung von Länge oder Qualität des Lebens des/der Betroffenen beziehen. Da bei Gesundheitsmaßnahmen dem Nutzen in der Regel auch Risiken (negativer Nutzen) gegenüberstehen, geht der Rat bei der Annahme eines gesundheitlichen Nutzens immer davon aus, dass dieser die gleichzeitigen Risiken übersteigt: Er setzt gesundheitlichen Nettonutzen voraus.

**23.** Auf dieser Basis lässt sich auch ‚Rationierung‘ definieren: Rationierung kann verstanden werden als Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Behandlungsleistungen trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem objektivem Bedarf (oder latentem Bedarf).

Die Verweigerung von Leistungen bei subjektiver Nachfrage aber fehlendem objektivem Bedarf wäre in diesem Sinne keine Rationierung. Eine solche Leistungseinschrän-

---

6 Zwischen den Kriterien ‚gesellschaftlich mitdefinierter‘ und ‚individueller‘ Ästhetik sowie Funktion sind z. B. zahlreiche zahnmedizinische, insbesondere kieferorthopädische Behandlungen zu verorten (vgl. Kapitel 14).

kung ist bei jeder, auch privaten Form von Versicherung üblich: Der Kunde wünscht im angenommenen Versicherungsfall eine Leistung, der Versicherer prüft, ob dies nach objektiven Tatsachenfeststellungen aufgrund der Versicherungsbedingungen gerechtfertigt ist. Diese Bindung von Leistungsgewährung an eine objektive Bedarfsbestimmung ließe sich aus subjektiver Sicht auch als eine Form der Rationierung bezeichnen (subjektive Rationierung im weiteren Sinne); sie ist aber für das Funktionieren einer jeden auf Risikoausgleich angelegten Versicherung unentbehrlich. In diesem Sinne ‚rationiert‘ die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland (und anderswo, aber ebenso die PKV) schon immer. Diese ‚versicherungstechnische‘ oder ‚versicherungskonforme‘ Rationierung ist als Versicherungsprinzip nicht ernsthaft bestritten; der gesundheitspolitische Streit entzündet sich an der im vorangegangenen Absatz beschriebenen Rationierung im engeren Sinne, d. h. an der Leistungsverweigerung bei objektivem Bedarf.

### **3.3 Überlegungen zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung**

#### ***Begriffe und Regelungen des SGB V***

**24.** Dem Prinzip einer versicherungskonformen bzw. versicherungstechnischen Rationierung aus subjektiver Sicht folgt auch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Sie hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V). Dabei hat der Versicherte nur Anspruch auf diejenigen Leistungen (§§ 2, 11 und 12 SGB V), die notwendig<sup>7</sup>, ausreichend und zweckmäßig sind; Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes; ferner dürfen die Leistungen nicht unwirtschaftlich sein.

---

7 Der Begriff des Notwendigen bringt (auch) zum Ausdruck, dass die zu Grunde liegende Gesundheitsstörung nicht trivial sein soll, d. h. nicht aufgrund einer sehr hohen und kurzfristig wirkenden Spontanheilungsrate in der Regel folgenlos von selbst endet bzw. die Maßnahmen zu ihrer Behebung oder Abkürzung durchaus der Eigenverantwortung der Versicherten (§ 2 SGB V) zugerechnet werden kann. In diesem Sinne führt § 34 Abs. 1 SGB V die Versorgung mit Arzneimitteln bei Erkältungskrankheiten, Obstipation, Reisekrankheit und unspezifischen Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes auf; aus medizinischer Sicht ist diese Aufzählung des Gesetzes nicht abschließend.

**25.** Soweit der Gesetzgeber oder die sog. Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 SGB V für die ambulante Versorgung oder für stationäre Leistungen der Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c SGB V oder in Angelegenheiten beider Versorgungsbereiche der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V keine Feststellungen<sup>8</sup> getroffen haben, hat der behandelnde Arzt im ärztlichen Alltag allein zu entscheiden. Der Arzt<sup>9</sup>, den der Versicherte aufgrund seiner subjektiven Bedarfsvermutung und seines Versorgungswunsches (Nachfrage) aufsucht (Inanspruchnahme), trifft eine zusammenfassende Beurteilung dessen, was er im Sinne des Gesetzes als notwendig, ausreichend und zweckmäßig erachtet; seine Feststellungen zu einer Krankheit oder Behinderung und deren Behandlung entsprechen der objektivierten Bedarfsbestimmung.

Eine nur nachfrageabhängige Abgabe von Leistungen oder Gütern, wie sie in einem Marktmodell vorausgesetzt wird, scheidet in der GKV aus gesetzlichen Gründen aus. Lediglich die (u. U. bei Arztwechsel auch mehrfache) Inanspruchnahme ärztlicher Beratung ist allein in die Entscheidung des Versicherten gestellt, d. h. allein nachfrageabhängig. Alle weiteren Maßnahmen der weitergehenden Diagnostik und Behandlung unterliegen den Feststellungen und Verordnungen oder Anordnungen der Ärzte. Der Arzt ist in dem Rahmen, den das Gesetz und die Richtlinien der Bundesausschüsse bzw. der weiteren o. g. Ausschüsse ihm gewähren, in seiner Entscheidung frei; dies ist auch sachlich nicht anders möglich, weil keine der gesetzlichen Begriffe des SGB V so definiert sind, dass sich daraus aus medizinischer Sicht konkrete Handlungsanweisungen für die Praxis ableiten lassen.

Allerdings müssen die ärztlichen Entscheidungen nachprüfbar sein, d. h. objektiv nachvollziehbaren Sachfeststellungen und den allgemein anerkannten Regeln der jeweiligen Berufsgruppe bzw. der Medizin entsprechen. Insbesondere muss auch die Zustimmung des Versicherten (Patienten) zur beabsichtigten Behandlung nach kompletter Aufklärung über Nutzen und Gefahren vorliegen.<sup>10</sup>

**26.** Die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Leistung und deren Eignung für das Behandlungsziel, mithin der Indikation und der erwarteten Effektivität

---

8 i. S. leistungsrechtlicher Einschränkungen oder Vorgaben zur Art der Leistungserbringung.

9 Alles Folgende gilt gleichsinnig auch für Zahnärzte bzw. (u. U. eingeschränkt) für ‚zugelassene‘ psychologische Psychotherapeuten.

10 Insoweit ist auch bei ‚latentem Bedarf‘ im individuellen Behandlungsfall die (informierte) Zustimmung des Patienten Voraussetzung für das Zustandekommen einer ‚bedarfsgerechten Versorgung‘.

(Wirksamkeit), entspricht inhaltlich der Bedarfsobjektivierung (vgl. oben). Daneben umfasst der Wirtschaftlichkeitsbegriff des SGB V Qualitätsvorgaben und Überlegungen zur Nutzen-Kosten-Relation (Angemessenheit von Kosten im Hinblick auf das erwartete Behandlungsergebnis bzw. das Behandlungsziel) (vgl. § 106 SGB V); er geht also über das reine Minimal- bzw. Sparsamkeitsprinzip hinaus.

Eine an sich bedarfsgerechte Versorgung kann somit durchaus mit einer unwirtschaftlichen Leistungserstellung einhergehen. Der Patient erhält in diesem Falle die für ihn indizierte Versorgung, die Behandlung erfordert jedoch mehr Ressourcen als nötig; dies verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip in seiner Version als Minimal- bzw. Sparsamkeitsprinzip. Aber umgekehrt kann eine nicht bedarfsgerechte Versorgung auch bei geringem Ressourcenverzehr nicht im Sinne des § 106 SGB V ‚wirtschaftlich‘ sein.

Daraus folgt ferner, dass – jedenfalls im individuellen Behandlungsfall – immer zunächst die Bedarfsgerechtigkeit einer Behandlung bzw. Versorgung, und dann erst die Überprüfung der Ziel-Mittelrelation, d. h. ‚die Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne‘, zu folgen hat: Zuerst erfolgt die Prüfung der Effektivität und dann die der Effizienz.

### ***Bedarfsbegriff und Budgets***

**27.** Der Budgetierungsgedanke in der GKV ist bei strikter Betrachtung im Kern nicht mit dem Bedarfsdeckungsprinzip einer sozialen Krankenversicherung vereinbar, es sei denn, wenn und solange die vorgegebenen Budgets ihrer Höhe und Struktur nach als ‚im Inneren‘ insoweit als flexibel gedacht werden, als jederzeit ausreichend viele, nicht notwendige Leistungen in dem Umfang ausgeschlossen werden können, so dass alle notwendigen, bedarfsdeckenden Leistungen trotz Budgetierung erbracht werden können. Darüber hinaus kann verlangt werden (und wird verlangt), dass der Arzt bei konkurrierenden Leistungen identischen oder praktisch gleichen Nutzens die Leistungen mit den niedrigsten Kosten bzw. bei Leistungen mit unterschiedlichen Nutzen und Kosten die mit der besten (oder unter Praxisbedingungen hinreichend optimierten) Nutzen-Kosten-Relation auswählt. Auch kann bei nicht-konkurrierenden Leistungen für die einzige zur Verfügung stehende Leistung eine akzeptable Nutzen-Kosten-Relation (im Vergleich zu ‚keiner Behandlung‘) verlangt werden. Die Annahme unter Budgetbedingungen könnte dann lauten, dass derzeit diese ärztlichen Entscheidungen noch nicht optimiert sind. Eine weitergehende Betrachtungsweise, die im Konfliktfall die Durchführung oder Veranlassung von Leistungen auch dann von dem Arzt oder Krankenhaus

verlangt, wenn dieser sie mit Sicherheit selbst teilweise oder ganz finanzieren müsste, wäre unbillig und kann auf Dauer keinen Bestand haben.

**28.** Budgetierungen werfen auf System- oder Subsystemebene – wie sie nicht nur in deutschen, sondern auch in anderen sozialen Krankenversicherungen Europas üblich geworden sind – weitere Fragen auf: Stellt man nicht den Gesundheitsgewinn im einzelnen Behandlungsfall, sondern den der gesamten Versichertenpopulation oder einer ausgewählten Teilpopulation in den Mittelpunkt, dann entsteht ein andersartiger, neuer Bedarfsbegriff. Dieser verlangt bei gegebenen Knappheitsbedingungen (z. B. durch Budgetierung), dass bei einem gegebenen Bedarf Verfahren, Einrichtungen etc. in Relation zu ihrer Kosteneffektivität bzw. bei konkurrierenden Bedarfen nach ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis gewählt und in eine Rangaufstellung gebracht werden.

Eine solche Aufstellung und Auswahl kann nicht der einzelne Arzt vornehmen, sondern es müssten zur Anwendung im Einzelfall, u. U. gegen Patientennachfrage und gegen die individuelle Bedarfsfeststellung des Arztes, verbindliche Entscheidungsvorgaben u. U. durch gesetzlich etablierte Gremien, jedenfalls oberhalb der Ebene des einzelnen Arztes, definiert werden. Der Arzt müsste von den berufsrechtlichen, strafrechtlichen und zivilrechtlichen Risiken derartiger Rationierungsentscheidungen freigestellt werden. Zahlreiche Probleme bei der Aufstellung und Anwendung derartiger Entscheidungsregeln können noch nicht als hinreichend gelöst gelten.

### ***Über-, Unter- und Fehlversorgung***

**29.** Als Fazit der vorgetragenen Überlegungen zum individuellen Bedarfsbegriff lassen sich SGB V-konforme Definitionen von Über-, Unter- und Fehlversorgung entwickeln:

1. Die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und – bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen – in effizienter Form, also i. e. S. ‚wirtschaftlich‘, zur Verfügung stehen, ist eine ‚Unterversorgung‘.
2. Eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus ist ‚Übersorgung‘, d. h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen, oder mit Leistungen ohne hinreichend gesichertem Netto-Nutzen (medizinische Übersorgung) oder mit Leistungen mit

nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt, oder in ineffizienter, also ‚unwirtschaftlicher‘ Form erbracht werden („ökonomische Überversorgung“).

3. ‚Fehlversorgung‘ ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden<sup>11</sup> entsteht. Folgende Unterfälle lassen sich unterscheiden:
  - Versorgung mit Leistungen, die an sich bedarfsgerecht sind, die aber durch ihre nicht fachgerechte Erbringung einen vermeidbaren Schaden bewirken;
  - Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, die zu einem vermeidbaren Schaden führen;<sup>12</sup>
  - unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung an sich bedarfsgerechter, indizierter Leistungen im Rahmen einer Behandlung.<sup>13</sup>
4. Eine dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entsprechende, also ‚indizierte‘, sich auf Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen beschränkende und fachgerecht erbrachte Versorgung ist eine ‚bedarfsgerechte‘ Versorgung. Wird bei Leistungen oder Versorgungsformen gleichen Nutzens diejenige mit der besten oder einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation eingesetzt, sprechen wir (gemäß § 106 Ziffer 5 SGB V) von einer ‚wirtschaftlichen‘ Versorgung.
5. ‚Wirtschaftlichkeitsreserven‘ im Sinne des § 142 Abs. 2 SGB V wären die Summe aus Leistungen der medizinischen und der ökonomischen Überversorgung. Außerdem können auch Unterversorgung und Fehlversorgung – wegen unerwünschter und vermeidbarer Folgeleistungen, deren Kosten die Kosten einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung u. U. übersteigen – Wirtschaftlichkeitsreserven darstellen.

---

11 Einem vermeidbaren Schaden wird dabei auch ein entgangener, aber an sich möglicher gesundheitlicher Nutzen, z. B. durch nicht fachgerechte oder rechtzeitige Erbringung einer Leistung, gleichgesetzt.

12 Insofern besteht eine Überschneidung mit Überversorgung.

13 Insoweit besteht eine Überschneidung mit Unterversorgung; jene Formen der Unterversorgung, bei denen überhaupt keine Versorgung bzw. kein Behandlungskontakt stattgefunden hat, werden allerdings vom Rat nicht als ‚Fehlversorgung‘ bezeichnet.

**Tabelle 3: Zur Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung**

<b>Leistung<sup>a)</sup></b> <b>Bedarf</b>	<b>wird fachgerecht erbracht</b>	<b>wird nicht fachgerecht erbracht</b>	<b>wird nicht erbracht<sup>b)</sup></b>
<b>nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)</b>	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
<b>subjektiver und objektiver Bedarf</b>	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
<b>nur subjektiver, kein objektiver Bedarf</b>	Übersversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Übersversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

a) Annahme: Leistung mit gesichertem gesundheitlichen Netto-Nutzen und angemessener Nutzen-Kosten-Relation

b) Annahme: es wird auch keine alternative Leistung erbracht

*Quelle:* eigene Darstellung

### 3.4 Anwendung auf bevölkerungsbezogene Fragestellungen

30. Die bisherigen Überlegungen bezogen sich auf den individuellen Bedarf und die daraus abzuleitenden Begriffe von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 142 Abs. 2 SGB V.

Will man Feststellungen nicht nur auf einzelne Versorgungsfälle anwenden, sondern im Sinne des § 142 Abs. 2 SGB V zu generalisierenden Versorgungsurteilen für definitive Zielgruppen bzw. Versichertenpopulationen oder, unter Berücksichtigung des hohen GKV-Versicherungsgrades der deutschen Bevölkerung, auf Verwaltungsregionen innerhalb Deutschlands oder die gesamte Bundesrepublik gelangen, sind folgende Verfahrenswege denkbar:

Die Urteile zu einer bedarfsgerechten Versorgung werden nicht für einzelne Individuen mit einer konkreten krankheits- oder behindertenspezifischen Indikation gegeben, sondern für alle (oder Stichproben von) Personen mit dieser Indikation (unter notwendiger Vernachlässigung individuenspezifischer Krankheitsvariationen und unter der Annahme, dass alle diese Betroffenen auch zur Nachfrage und Nutzung entsprechender Versorgungsangebote bereit wären). Auf dieser Basis können epidemiologisch geschätzte Vorkommenshäufigkeiten und -ausprägungen von Krankheiten in der Bezugsbevölke-

nung herangezogen werden werden. Zugrunde gelegt werden dabei indikationsbezogene generalisierungsfähige Urteile ärztlicher Experten oder Expertengruppen, möglichst unter Beachtung evidenzbasierter Entscheidungsfindung, wie sie typischerweise bei der Entwicklung medizinischer Leitlinien Beachtung finden sollen<sup>14</sup> (vgl. Band II, Abschnitt 2.4). Bei Fehlen von Leitlinien wird man auf das Urteil von Experten mit besonderem Überblick über ihr jeweiliges Fachgebiet oder besser auf Expertengruppen zurückgreifen müssen<sup>15</sup>.

Probleme bereiten ferner Urteile darüber, in welchem Umfang bzw. mit welchen Anteilen an der Versorgung die bedarfsgerechte ‚Referenzversorgung‘ in der Bezugsbevölkerung unter Alltagsbedingungen tatsächlich angewendet wird. Auch hier wird man sich bei dem Mangel zuverlässiger repräsentativer Erhebungen mit Expertenurteilen behelfen müssen oder beim Vorliegen einzelner Studien zur Versorgungsqualität die Ergebnisse dieser Studien entweder für das gesamte zu betrachtende Versorgungsgebiet generalisieren oder solche Ergebnisse bzw. Einzelurteile als ‚Indikatoren‘ für das Vorliegen möglicher Über-, Unter- und Fehlversorgung bewerten müssen, ohne zu klaren quantitativen Anteilsaussagen zu gelangen.

**31.** Ein Verfahren zur Abmilderung interessengeleiteter Verzerrungen kann darin liegen, dass verschiedene Expertengruppen von einer Stelle, z. B. dem Sachverständigenrat, zu den gleichen oder weitgehend gleichen Sachverhalten befragt werden und die Ergebnisse in der Varianz der Aussagen und der Begründungen verglichen werden. Daneben sollten neben Einzelexperten oder Expertengruppen aus dem professionellen und wissenschaftlichen Bereich auch Gruppen von Betroffenen befragt werden oder etwaige vorhandene Bevölkerungsumfragen zu bestimmten Versorgungsbedürfnissen oder -bedarfen verwendet werden. Auch die Befragung staatlicher Stellen oder Stellen mit öffentlichen Versorgungs- bzw. Dienstleistungsaufgaben, insbesondere der Bundesländer, der Krankenkassen und ihrer Verbände und der Medizinischen Dienste, verspricht verwendungsfähige Erkenntnisse.

**32.** Auf der System- oder Politikebene lässt sich abweichend von der bisher gewählten Begrifflichkeit, die sich an der Versorgung von Patienten orientiert, auch von einem

---

14 Auf dieser Basis ließe sich dann eine ideale – *efficacy*-orientierte – bedarfsgerechte Versorgung beschreiben als Referenzmaßstab für die Deduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

15 Die üblichen ‚*caveats*‘ zu den von diesen gelieferten Versorgungsurteilen sind zu beachten bzw. bei zu unterstellender Interessensbindung kritisch zu hinterfragen und bei ihrer Verwendung angemessen zu relativieren.

„Bedarf“ an angemessener, z. B. präventions- oder schutzorientierter oder belastungsmindernder Gesundheitspolitik sprechen<sup>16</sup>. In der angelsächsischen Public-Health-Literatur wird dieser Bedarf als ‚(public) health needs‘ im Gegensatz zu den in der vorangegangenen Abschnitten im Detail thematisierten ‚health care needs‘ begrifflich abgegrenzt.

### 3.5 Versorgungsgrad auf der ‚Angebotsseite‘

33. Im SGB V und im KHG finden sich Definitionen zur ‚bedarfsgerechten Versorgung‘ und zum ‚bedarfsgerechten Versorgungsgrad‘<sup>17</sup>, die sich vor allem auf vorgehaltene Angebote beziehen.

„Bedarfsgerechte Versorgung“ bzw. „bedarfsgerechter Versorgungsgrad“ nach §§ 70, 99, 100 - 102 SGB V bzw. analog §§ 1 und 6 KHG bezieht sich allerdings im Wesentlichen auf ‚instrumentelle‘ Dichteziffern (Ärzte, Krankenhäuser/Krankenhausabteilungen/Krankenhausbetten oder andere Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, bezogen auf Einwohner pro räumlicher Einheit); in diese gehen implizit Vorstellungen oder Konventionen zu sowohl individuellen/kollektiven Behandlungsbedarfen sowie angemessenen Zugangskosten (wie Zeit/Warteschlangen/Entfernungen oder Geld) ein.

Reine Dichteziffern liefern Informationen über den Umfang eines Angebots. Sie sind allerdings für eine Betrachtung im Sinne der Definitionen des Rates zu einer bedarfsgerechten Versorgung nicht ausreichend. Es bedarf darüber hinaus qualitativer Überlegungen. Diese müssen sich auf die Strukturqualität<sup>18</sup> von Ärzten und Einrichtungen beziehen.

34. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lassen sich dann folgende Definitionen für bedarfsgerechte Versorgungsgrade ableiten:

---

16 Z. B. durch die bevölkerungsweite Bereitstellung von Impfprogrammen, Maßnahmen der Trinkwasserfluoridierung, der Lebensmittelhygiene, an aufklärenden Programmen zur AIDS-, zur Herz-Kreislauf-, Krebs- oder Unfallprävention.

17 vgl. §§ 70 Abs. 1, 99 Abs. 1, 101 Abs. 5, 102 Abs. 2, 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2, 111 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 2 SGB V. Für Pflegeeinrichtungen wird die „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ verlangt; hierfür sind die Länder verantwortlich (§ 9 Satz 1 SGB XI; vgl. auch § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

18 Strukturqualität: Art, Umfang, Qualifikation / Qualität des Personals bzw. der sächlichen Ausstattung, der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen.

- Einem ‚bedarfsgerechten Versorgungsgrad‘ entspricht ein Angebot an gesundheitlichen Dienstleistungen und Einrichtungen, wenn durch Art und Umfang seiner Bereitstellung vermeidbare, relevante gesundheitliche Nachteile bei Nachfragern vermieden werden.
- Ein nicht bedarfsgerechter Versorgungsgrad liegt bei Unterschreitung dieses bedarfsgerechten Angebots (Angebot mit ‚Unterversorgungsgrad‘) vor, d. h. wenn durch Art und Umfang der Bereitstellung bzw. Nicht-Bereitstellung vermeidbare relevante gesundheitliche Nachteile bei den Nachfragern in Kauf genommen werden.
- Ein nicht bedarfsgerechter Versorgungsgrad liegt auch bei Überschreitung des bedarfsgerechten Angebots (Angebot mit ‚Übersorgungsgrad‘) vor, d. h. bei Angeboten, die durch Art und Umfang ihrer Bereitstellung keinen gesundheitlichen Zusatz-Nutzen bewirken oder sogar unnötige Risiken durch nicht-indizierte Behandlung bewirken können.
- Ein Angebot mit ‚Fehlversorgungsgrad‘ liegt dann vor, wenn die Versorgungsangebote nach Art und Umfang der vorgehaltenen Leistungen bzw. Einrichtungen zwar an sich bedarfsgerecht sind, aber die Qualität des vorgehaltenen Angebots, insbesondere die Strukturqualität, nicht dem Stand des allgemein gebotenen fachlichen Wissens und Könnens entspricht und dadurch der mögliche gesundheitliche Nutzen von Versorgungsmaßnahmen nicht ausgeschöpft bzw. vermeidbarer Schaden wahrscheinlich ist.

## **4. Ziele und Methoden der Befragung**

### **4.1 Hintergrund und Zielsetzung der Befragung**

**35.** Mit dem Ziel einer ausgewogenen, realitätsnahen, sektorübergreifenden und flächendeckenden Darstellung des Versorgungsgeschehens hat sich der Rat entschlossen, eine Befragung der Nutzer, der Finanzierer, der Leistungserbringer, der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Körperschaften mit gesetzlichen Bedarfsplanungsaufträgen (Länder und Kassenärztliche Vereinigungen in Verbindung mit den Krankenkassen) durchzuführen. Die Befragung diene somit einer ersten Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Versorgungssituation in Deutschland aus der Sicht unterschiedlicher Akteure und unter weitestgehendem Einbezug wissenschaftlich medizinischen Sachverstandes.

In diesem Kontext sah der Rat seine Funktion auch darin, als ‚Clearingstelle‘ interessen geleiteter Sichtweisen zu fungieren, d. h. die Ergebnisse zu gleichen Sachverhalten ‚übereinander‘ zu legen und in der Varianz der Aussagen und der Begründungen zu vergleichen, um so zu einer realitätsnahen Einschätzung des Versorgungsgeschehens zu gelangen.

### **4.2 Adressaten, Durchführung und Auswertung der Befragung**

**36.** Mit der Befragungsaktion wollte der Rat möglichst umfassend alle Organisationen erreichen, die sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Patienten, Versicherten und Bürgern in Deutschland befassen. Damit war eine Ausweitung der Befragung über die Mitgliedsorganisationen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) hinaus zielführend und der Einbezug von medizinischen Fachgesellschaften und weiteren, nicht in der KAiG vertretenen Betroffenen-Organisationen notwendig. Insgesamt konnten 129 Fachgesellschaften, 69 Betroffenen-Organisationen und 102 Organisationen der Kategorie „KAiG und Sonstige“ an der Befragung beteiligt werden (zur Auflistung der einzelnen Adressaten siehe Anhang).

**37.** Die Befragung der Mitgliedsorganisationen der KAiG, der Fachgesellschaften und Betroffenen-Organisationen sollte nach einem einheitlichen Schema, aber dennoch ‚adressatengerecht‘ erfolgen. Der Rat hat deshalb zielgruppenspezifische Befragungunterlagen in Form von nicht-standardisierten Fragebögen mit zahlreichen Erläuterungen (‚Befragungstexte‘) erstellt.

Prinzipiell erfolgte die Befragung sowohl ‚indikationsbezogen‘ (bezogen auf Leistungen und Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Behandlung einer Krankheit oder Behinderung) als auch ‚nicht-indikationsbezogen‘ (bezogen auf Versorgungsgrad und Strukturqualität). In beiden Bereichen wurden kausal und empirisch hinreichend belegte Aussagen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung erbeten. Außerdem wurden die Organisationen gebeten, Maßnahmen zu empfehlen, die sich zur Verbesserung der geschilderten Problemlagen eignen.

**38.** Die Mitglieder der Konzertierte Aktion (KAiG) wurden gebeten, vor allem zu folgenden, aus Sicht des Rates prioritären Indikationsbereichen<sup>19</sup> Stellungnahmen abzugeben:

1. ischämische Herzkrankheiten, inklusive Herzinfarkt (ICD-9: 410-414; ICD-10: I20-I25),
2. zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall (ICD-9: 430-438; ICD-10: I60-I69),
3. chronische, obstruktive Lungenkrankheiten (ICD-9: 490-496; ICD-10: J41-J44), auch Asthma bronchiale bei Kindern (ICD-10: J45),
4. Rückenleiden (ICD-9: 720-724; ICD-10: M49-M54),
5. Lungenkarzinom (ICD-9: 162; ICD-10: C33-C34), Mammakarzinom (ICD-9: 174; ICD-10: C50), Kolon- und Rektumkarzinom (ICD-9: 153-154; ICD-10: C18-20) und
6. depressive Störungen (ICD-9: 296, 311; ICD-10: F 30-39).

**39.** Die Versendung der Befragungsunterlagen (Anschreiben und Befragungstext mit Kurzdefinitionen der Begriffe) erfolgte am 4. April 2000. Als Frist für die Abgabe einer Stellungnahme war im ursprünglichen Anschreiben der 31. Mai 2000 angegeben. Aufgrund vieler Nachfragen wurde den Befragten eine Fristverlängerung bis zum 30. Juni 2000 eingeräumt. Nachdem die Rücklaufquote zu diesem Zeitpunkt noch gering war (ca. 20 %), wurden Anfang Juli 2000 Erinnerungsschreiben verschickt, in dem der Abgabetermin auf den 31. August 2000 verlängert wurde.

---

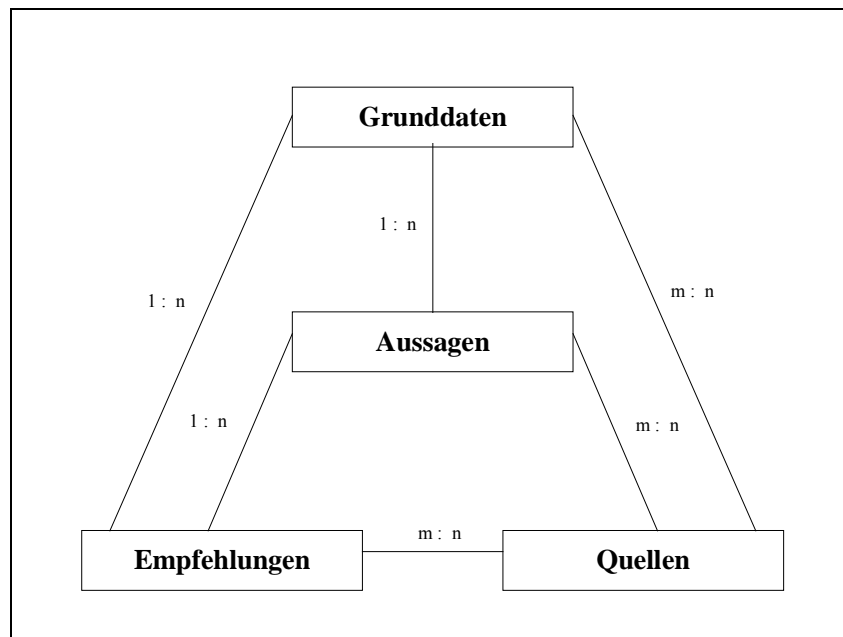
<sup>19</sup> Dabei orientierte sich der Rat an folgenden Kriterien: Häufigkeit von Gesundheitsproblemen, Krankheitsschwere, direkte Krankheitskosten, indirekte Krankheitskosten, eventuell unausgeschöpfte präventive Potenziale, gesundheitliche Probleme vulnerabler Bevölkerungsgruppen und umstrittene Gesundheits- oder Versorgungsprobleme, sofern sie einer Klärung zugänglich sind.

**40.** Die Erfassung und Auswertung der Inhalte der Stellungnahmen erfolgte mit Hilfe einer Datenbank. Aufgenommen wurden: ‚Grunddaten‘ der stellungnehmenden Organisation, ‚Aussagen‘ zur Über-, Unter- und Fehlversorgung, ‚Empfehlungen‘ und ‚Quellenangaben‘ (siehe Abbildung 1).

Die aus den Stellungnahmen extrahierbaren Aussagen zu Über-, Unter- bzw. Fehlversorgung sowie die Empfehlungen wurden in der Regel im originalen Wortlaut in die Datenbank aufgenommen. In Ausnahmefällen, wenn z. B. die Aussage oder Empfehlung nicht klar umgrenzt war oder an unterschiedlichen Stellen wiederholt auftauchte, wurde sie sinngemäß eingegeben. Die Eingruppierung in die Kategorien der Versorgungsprobleme erfolgte ebenfalls vorrangig nach der Einschätzung der jeweiligen Organisation. Wenn die Stellungnahme das Problem nicht wörtlich als Über-, Unter- oder Fehlversorgung bezeichnete wurde die Einstufung durch die auswertende Person vorgenommen.

Neben dem eigentlichen Wortlaut der Aussage bzw. Empfehlung wurden u. a. folgende Merkmale in der Datenbank erfasst: Indikationsbereich, Leistungserbringer und Einrichtung, Versorgungssektor, Leistungsart, Technologie, regionaler Bezug und Zielgruppe. Diese Merkmale dienten – in einfacher oder kombinierter Weise – auch als Abfragekriterien bei der Auswertung der Datenbank.

**Abbildung 1: Aufbau der Datenbank zur Erfassung der Befragungsergebnisse**



**„Grunddaten“**<sup>20</sup>: Anschrift des Adressaten und weitere Merkmale wie die Zugehörigkeit zu einer Adressatengruppe (Fachgesellschaft, Betroffenen-Organisation, KAIG oder Sonstige) und die Art der Stellungnahme

**„Aussagen“**<sup>21</sup>: aus den Stellungnahmen extrahierbare Aussagen zu Über-, Unter- bzw. Fehlversorgung

**„Empfehlungen“**<sup>21</sup>: aus den Stellungnahmen ‚extrahierbare‘ Empfehlungen zum Abbau der Versorgungsprobleme

**„Quellen“**<sup>21</sup>: bibliographischen Daten der angegebenen Literaturquellen, Herkunft der Quelle, grobe Einstufung der Evidenz der Quelle

1 : n Einem Datensatz in den Grunddaten können  $n$  Aussagen bzw. Empfehlungen und *einer* Aussage können  $n$  Empfehlungen zugeordnet werden.

m : n  $m$  Quellen können  $n$  Grunddaten/Aussagen/Empfehlungen zugeordnet werden.

*Quelle:* eigene Darstellung

20 vgl. Auflistung der Adressaten im Anhang

21 Die Originaltexte der befragten Organisationen können über die Internetseiten des Rates eingesehen werden ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)).

### **4.3 Bewertungskategorien des Rates**

**41.** Um aus den Auswertungen der Befragungsergebnisse und den zusätzlich vom Rat durchgeführten Literaturrecherchen Handlungsempfehlungen für den Abbau der Versorgungsprobleme ableiten zu können, hat der Rat ein Konzept entwickelt, das der unterschiedlichen Qualität der Belege und Begründungen der Aussagen und Empfehlungen Rechnung trägt. Dabei unterscheidet er – je nach Bewertung der Versorgungsprobleme und der zugehörigen Lösungsansätze – zwischen Interventions- (Kategorie A), Entwicklungs- (Kategorien B und C) und Investigationsbedarf (Kategorien D und E). Tabelle 4 zeigt auf, welche Bewertungen und welche Handlungsempfehlungen der Rat im Rahmen der Kategorien gibt. Der Rat formuliert in den Bewertungskategorien A, B und C grundsätzlich und in Kategorie D und E möglicherweise Empfehlungen; in Kategorie F („Restgruppe“) spricht er zur Zeit keine Empfehlung aus.

**Tabelle 4: Interventions-, Entwicklungs- und Investigationsbedarf**

	<b>Kategorie der Handlungsempfehlung</b>	<b>Bewertungsstufen: - Bewertung des Versorgungsproblems - Bewertung von Lösungsmaßnahmen</b>	<b>Der Rat empfiehlt ...</b>
<b>A</b>	Intervention	Problembewertung: hinreichend sicher  Angemessene Lösungsmaßnahmen: hinreichend sicher	... Umsetzung von Lösungsmaßnahme(n),
<b>B</b>	Entwicklung I	Problembewertung: hinreichend sicher  Angemessene Lösungsmaßnahmen: ,modellfähige‘ Hinweise liegen vor	... evaluierbare Modelle <sup>a)</sup> für Lösungsmaßnahmen
<b>C</b>	Entwicklung II	Problembewertung: hinreichend sicher  Angemessene Lösungsmaßnahmen: erscheinen möglich, aber noch keine ,modellfähigen‘ Hinweise	... Förderung entsprechender Projekte der Versorgungsforschung für Lösungsansätze (u. U. auch Modellmaßnahmen <sup>b)</sup> )
<b>D</b>	Investigation I	Problembewertung: nicht hinreichend sicher, aber ernstzunehmende Hinweise  Angemessene Lösungsmaßnahmen: hinreichend sicher oder modellfähige Hinweise	... fakultativ geeignete Projekte zur Problembewertung und für Lösungsansätze (Versorgungsforschung bzw. Entwicklung geeigneter Datenquellen)
<b>E</b>	Investigation II	Problembewertung: nicht hinreichend sicher, aber ernstzunehmende Hinweise  Angemessene Lösungsmaßnahmen: möglich oder z. Z. nicht beurteilbar	
<b>F</b>	Restgruppe: keine Aktion, ggf. Beobachtung	Problembewertung: derzeit keine verwertbaren Hinweise	(vorläufig) keine Empfehlung

a) z. B. im Rahmen von §§ 63-65 (Modellvorhaben), §§ 140 a-h (Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung) bzw. § 20 (Prävention und Selbsthilfe), § 43 Nr. 3 (Patientenschulungen für chronisch Kranke), § 65 a (Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung), §§ 135 a-137 SGB V (Qualitätssicherung).

b) z. B. im Rahmen von §§ 63-65 bzw. §§ 20, 43 Nr. 3, 65 a, 135 a-137 SGB V oder im Rahmen von Ressortforschung des BMG, BMBF oder BMFSFJ.

*Quelle:* eigene Darstellung

## 5. Zusammenfassende Darstellung der Art und Inhalte der Befragung

### 5.1 Art der Befragungsergebnisse

42. Von den in die Befragungsaktion einbezogenen 300 Organisationen haben 201 Organisationen – teilweise auch gemeinsam – eine Stellungnahme abgegeben, 16 Organisationen sagten ab und 83 Organisationen haben nicht geantwortet. Damit ergibt sich eine Rücklaufquote von 67 %, die jedoch zwischen den einzelnen Adressatengruppen variiert (siehe Tabelle 5; vgl. auch Auflistung der Adressaten im Anhang). Auch wiesen die eingegangenen Stellungnahmen hinsichtlich Art, Qualität und Umfang eine große Variationsbreite auf.

**Tabelle 5: Anzahl der Rückläufe**

	<b>Fachgesellschaften</b>	<b>Betroffenen-Organisationen</b>	<b>KAiG und Sonstige</b>	<b>Insgesamt</b>
<b>Anzahl der beteiligten Organisationen</b>	129	69	102	300
<b>Anzahl der Rückläufe</b>	84	43	74	201
<b>Rücklaufquote</b>	65,1 %	62,3 %	72,5 %	67 %

*Quelle:* eigene Darstellung

### 5.2 Befragung der Fachgesellschaften

43. Um bei spezifischen indikationsbezogenen Fragestellungen eine möglichst hohe Sachbezogenheit und wissenschaftliche Nachprüfbarkeit der Aussagen zu erreichen, entschloss sich der Rat, wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften anzuschreiben. Er wollte damit Organisationen erreichen, die nicht, wie z. B. die Berufsverbände, primär und überwiegend auf die Vertretung von berufspolitischen Interessen ausgerichtet sind. Die Fachgesellschaften wurden gebeten, selbst eine Priorisierung vorzunehmen, welche Erkrankungen oder Behandlungsanlässe sie zu den Kernbereichen des Aufgabengebiet ihrer Disziplin zählen, und diese in ihren Stellungnahmen besonders zu berücksichtigen.

Von den angeschriebenen Fachgesellschaften haben 65 % zur Befragung des Rates Stellung genommen. Die Bezeichnungen dieser Fachgesellschaften sind im Anhang

aufgeführt. Geantwortet haben medizinische, gesundheitswissenschaftliche und psychologische Fachgesellschaften; große Fachdisziplinen und klinisch tätige Disziplinen waren ebenso vertreten wie Subdisziplinen und überwiegend diagnostisch-technisch tätige Disziplinen. Ein systematischer Unterschied zwischen antwortenden und nicht-antwortenden Fachgesellschaften war nicht zu erkennen.

**44.** Die Aussagen der Fachgesellschaften bezogen sich auf ein sehr breites Krankheitspektrum. Seltene Erkrankungen wurden ebenso angesprochen wie häufige. Gesundheitsprobleme wurden selten als Symptome oder Funktionsstörungen, sondern meist als Krankheitsbilder formuliert. Etwa ein Drittel der Aussagen bezog sich auf Erkrankungen, die der Rat als ‚prioritäre Erkrankungen‘ für die Befragung der Mitgliedsorganisationen der KAIG und die eigenen Analysen ausgewählt hatte.

**45.** Die Stellungnahmen verdeutlichten eine fachspezifische Perspektive der Gesundheitsversorgung, aus der Versorgungsmängel fokussiert wahrgenommen wurden. Teilweise ließen die Aussagen offenkundig auch fach- und professionspolitische Interessenvertretung erkennen. Dieser Bias ist in Anbetracht der gesellschaftlichen Funktion von Fachgesellschaften nachvollziehbar. Gleichzeitig war die Darstellung und Gegenüberstellung von unterschiedlichen Beurteilungen einzelner Versorgungsprobleme explizites Ziel der Ratsbefragung, denn die Perspektivität in der Wahrnehmung und Bewertung der Versorgungswirklichkeit wird vom Rat auch bei einer intensiven Bemühung um möglichst objektive Beurteilungsmaßstäbe grundsätzlich als nicht vermeidbar betrachtet.

Insbesondere Aussagen zur Über- und Fehlversorgung, aber teilweise auch zur Unterversorgung wiesen die meisten antwortenden Fachgesellschaften als Organisationen aus, die grundsätzlich bereit sind, sich kritisch mit der Versorgungstätigkeit ihrer Mitglieder an Universitätskliniken ebenso wie in anderen stationären Versorgungsbereichen und in der ambulanten Praxis auseinanderzusetzen.

Die meisten Fachgesellschaften wiesen auf eine ungenügende Datenlage hin, um die Versorgungsrealität zu bewerten.

### **5.3 Befragung der Betroffenen-Organisationen**

**46.** Der Rat hat in Band I, Kapitel 3 des Gutachtens 2000/2001 eine stärkere Einbeziehung der Nutzer, also der Bürger, Versicherten und Patienten, als ‚dritte Kraft‘ im Ge-

sundheitswesen gefordert. Auch eine Befragung zur Qualität des medizinischen Versorgungssystems bleibt nach Auffassung des Rates ohne den Blickwinkel der von dieser Versorgung Betroffenen unvollständig.

**47.** Die Selbsthilfebewegung hat in Deutschland wesentlich zu einer neuen veränderten Rolle des Patienten beigetragen und stellt heute einen anerkannten Partner für die Unterstützung des Patienten und die Vertretung seiner Interessen dar. Die Befragung zur Über-, Unter- und Fehlversorgung wurde deshalb auf Institutionen der Selbsthilfe ausgedehnt. Dabei waren folgende Zielvorstellungen leitend:

- Nutzergruppen, die durch entsprechende Organisationen in der Befragung vertreten sind, stellen wegen der Schwere und Komplexität ihrer Leiden hohe Anforderungen an die medizinische Versorgung.
- Die Gruppe chronisch Kranker und Behinderter ist in besonderem Maße auf Hilfen aus unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, wie z. B. Akutmedizin, langfristige medizinische Behandlung, Rehabilitation, Pflege und soziale Unterstützung, angewiesen. Ihre Berichte sind somit besonders geeignet, auch das Zusammenwirken unterschiedlicher Sektoren des Gesundheitssystems zu beleuchten.
- Der Rat sieht gerade in der Authentizität der Berichte von Betroffenen-Organisationen einen unverzichtbaren Beitrag für die Bewertung der Qualität des Versorgungssystems.

Die Aussagen der befragten Gruppen können als sensibler Indikator für die Versorgungsqualität gewertet werden. Angesichts dieser Vorzüge nimmt der Rat die – bezogen auf die Gesamtheit der Nutzer des Systems – mangelnde Repräsentativität der Aussagen in Kauf.

### ***Wesentliche Befragungsergebnisse***

**48.** Die befragten Institutionen sahen Mängel in nahezu allen Versorgungsaufgaben und -bereichen unseres Gesundheitswesens. Sie bestanden im Wesentlichen hinsichtlich der Leistungsqualität, vorgehaltener Strukturen sowie Organisation und Kooperation.

**49.** Qualitätsmängel wurden vorrangig in der ambulanten Versorgung sowohl bei Ärzten, Pflegeteams als auch weiteren Gesundheitsberufen angegeben:

- Insbesondere seltene Krankheiten würden vor allem durch Hausärzte nicht rechtzeitig erkannt und Patienten verspätet an entsprechende Fachspezialisten bzw. -zentren weitergeleitet.
- Mit dem Hinweis auf das Arzneimittelbudget würden Patienten teure aber notwendige Medikamente vorenthalten.
- Verbindliche Therapie-Leitlinien fehlten oder würden nicht ausreichend eingehalten.
- Durch unzureichend qualifizierte Verordnungen seitens der Leistungserbringer (z. B. Hausärzte, Orthopäden) komme es zu einer Fehlversorgung mit Hilfsmitteln (Orthesen, Rollstühle, Hörgeräte).
- Patienten und Angehörige beklagten, dass sie generell unzureichend informiert würden, die Versorgung intransparent sei, und dass ihnen nur mangelhaftes Verständnis und Berücksichtigung der sozialen und psychologischen Auswirkungen ihrer Situation entgegen gebracht würden.

**50.** Unter den Befragungsergebnissen fanden sich zahlreiche Hinweise auf Mängel in den strukturbildenden Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung. Ihre Auswirkungen wurden überwiegend als Unterversorgung gewertet.

Strukturmängel wurden sowohl in einer unzureichenden Dichte als auch einer nur mangelhaft dem Bedarf angepassten Vielfalt vorgehaltener Versorgungsformen gesehen. Demnach würden z. B. Kompetenz-Zentren für die fachgerechte Behandlung von Patienten mit seltenen Krankheiten fehlen. Ebenso bedürfe es z. B. einer größeren Zahl von Spezialambulanzen und -praxen für häufige chronische Krankheiten (z. B. Rheuma).

**51.** Etliche Aussagen, die sich den Bereichen Rehabilitation und Pflege zuordnen ließen, bezogen sich auf eine Unterversorgung mit neuen Versorgungsformen, jenseits der klassischen stationären, institutionellen und ambulanten Versorgung. So wurden teilstationäre Institutionen, z. B. zur Kurzzeitpflege und -behandlung angemahnt. Der Bereich der ambulanten Rehabilitation wurde vor allem für ältere Patienten für unzureichend erachtet, auch fehlten nach Auffassung der Befragten Anlaufstellen für die Beratung von Angehörigen Betroffener.

**52.** Als zentrales, zu Unter- und Fehlversorgung führendes Problem wurde mit hoher Übereinstimmung von den Betroffenen-Organisationen die mangelnde Kooperation und eine unzureichende sektoren- bzw. schnittstellenübergreifende Versorgung festgestellt. Die Bildung nahtloser zielorientierter Versorgungsketten, auf die chronisch Kranke und Behinderte in besonderem Maße angewiesen sind, würde dadurch verhindert oder erheblich eingeschränkt. Nach Auffassung der Befragten fehle sowohl ein interdisziplinäres kooperatives Denken als auch eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Folge, dass an Zuständigkeits- und Bereichsgrenzen für Patienten schwerwiegende Versorgungsbrüche aufträten.

**53.** Wesentliche übergreifende Forderungen der befragten Organisationen bezogen sich auf:

- Verbesserte schnittstellenübergreifende Versorgung,
- Schaffung neuer Versorgungsstrukturen, insbesondere in Form teilstationärer Angebote und zur ambulanten Rehabilitation,
- verbesserte Transparenz hinsichtlich Behandlungsmöglichkeiten und -qualität (z. B. Krankheitsregister, ähnlich Krebsregister, Akteneinsicht in Heimen),

- verbesserte Information und Kommunikation seitens der Leistungserbringer,
- Partizipation in allen für die Versorgung Betroffener wesentlichen Entscheidungsbereichen des Gesundheitswesens.

### ***Empfehlungen***

**54.** Die Befragung von Betroffenen-Organisationen bestätigt die vom Rat bereits in den Bänden I und II des Gutachtens 2000/2001 dargestellten Schwerpunkte des Entwicklungsbedarfes unseres Gesundheitswesens, nämlich vermehrte Zielbildung und -orientierung, Verstärkung der Prävention, Weiterentwicklung der Versorgungsqualität und ihrer verbesserten Absicherung, sowie die Einbeziehung von Bürgern, Versicherten und Patienten in die Entscheidungsbildung auf allen Systemebenen.

**55.** Die Befragung von Betroffenen-Organisationen zeigt Schwachstellen des Systems auf, die sich in den Befragungsergebnissen anderer Institutionen so nicht widerspiegeln. Sie richten sich vor allem auf die sozialen Folgen und persönlichen Auswirkungen der Krankheit für die individuelle Lebensgestaltung sowie Probleme, die sich aus der Fragmentierung des Versorgungssystems in voneinander getrennte Sektoren und Zuständigkeiten bei einem Mangel an Kooperation und Koordination ergeben.

**56.** Als besonders gravierend erachtet es der Rat, dass Betroffene mit großer Übereinstimmung über eine unzureichende Information und über die mangelhafte Beachtung psychosozialer Belange seitens der Leistungserbringer klagen. Der Rat sieht dadurch die Notwendigkeit seiner Empfehlung zur verbesserten Nutzerinformation (Band I, Kapitel 3) und den Ausbau von Nutzerkompetenzen bestätigt. Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass insbesondere bei Ärzten Defizite hinsichtlich der sozialen und kommunikativen Kompetenz bestehen, worauf der Rat bereits in Band II, Abschnitt 1.1 hingewiesen hat.

**57.** Der Rat erachtet es als unzumutbar, dass sektorübergreifende ‚Verbundleistungen‘ häufig dem Patienten selbst überlassen bleiben, der zudem auch noch unzureichend informiert ist. Im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung sollte sich die Verantwortung der Leistungserbringer und insbesondere der behandelnden Ärzte nicht nur auf die Leistungserbringung im eigenen Bereich, sondern auch auf die Sicherung einer nahtlos weitergeführten Behandlung jenseits des eigenen Fachgebietes erstrecken.

**58.** Die Aussagen und Empfehlungen der Betroffenen-Organisationen werfen, da sie häufig auf Leistungs- oder Kapazitätsausweitungen für deren eigene Belange zielen, auch ein Licht auf die finanziellen Grenzen der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens. Andererseits werden Wege zur Effizienzverbesserung gesundheitlicher Leistungen deutlich, in Form von

- Kompetenzbündelung (z. B. Kompetenzzentren),
- Kompensation (z. B. frühzeitige Rehabilitation mit sozialer Wiedereingliederung, zielführende Hilfsmittelversorgung) und
- Angeboten für diejenigen Zielgruppen, die davon jeweils am meisten profitieren (z. B. Aufklärung über AIDS bei Migranten).

**59.** Betroffenen sollte nach Auffassung des Rates bei der Bewertung der Systemqualität grundsätzlich mehr Gewicht gegeben werden. Ihr Beitrag ist unverzichtbar zur Gewinnung von Informationen zu Angemessenheit der medizinischen Versorgung und sollte auch künftig in die Feststellung zur Über-, Unter-, Fehlversorgung einfließen.

#### **5.4 Befragung der Bundesländer, ärztlichen Körperschaften und Verbände der Krankenkassen**

##### ***Bundesländer***

**60.** Alle für die Belange des Gesundheitswesens zuständigen Ministerien und Behörden der Länder haben zwar geantwortet, die Stellungnahmen fielen allerdings außerordentlich heterogen aus. Sie reichten von der kurzen Feststellung, dass zu den vom Rat ursprünglich geforderten validen Daten zur Bedarfs- und Versorgungslage so gut wie nichts beigebracht werden könne bis zu längeren zusammenfassenden Schreiben z. T. mit der Übersendung umfangreicher, z. T. zu anderen Zwecken erstellten Unterlagen, darunter insbesondere auch Krankenhausbedarfspläne. Auffallend dabei war, dass auch Länder mit einer vermeintlich für ‚stärker‘ gehaltenen Verwaltung hinter solchen mit einer vermeintlich weniger ‚starken‘ Verwaltung in der Qualität ihrer Stellungnahmen zurückblieben. Angesichts der politischen Verantwortung für bedeutende landesbezogene Bereiche der Gesundheitsversorgungsplanung hätte der Rat reichhaltigeres und differenzierteres Material begrüßt.

**61.** Trotz eines Mangels an methodisch belastbaren Daten lieferten einige Bundesländer insgesamt eine durchaus differenzierende Einschätzung der Versorgungslage in Deutschland. Soweit die Bundesländer sich zur stationären Versorgung geäußert haben, ergab sich ein gleichsinniges Muster von Überversorgung bzw. Überversorgungsgrad in Bezug auf sog. ‚technische Dichteziffern‘, d. h. insbesondere Krankenhaus-Betten. Dagegen waren nur punktuelle, auf Einzeldisziplinen oder Behandlungseinrichtungen bezogene Hinweise auf Unterversorgungsgrade festzustellen. Diese bezogen sich auf klinische psychotherapeutische Akutbehandlung von Depressionskranken (Baden-Württemberg), auf pneumologische Betten (vgl. hierzu auch Kapitel 10), auf *stroke units* zur Behandlung von Schlaganfall (vgl. hierzu auch Kapitel 9) und die stationäre Behandlung von Suchtkranken.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass bis auf die genannten Spezialprobleme aus der Sicht der Länder vor allem Hinweise auf ein Überversorgungsgrad an akutstationären Betten in Deutschland vorliegen. Bei einer differenzierenden raumbezogenen Betrachtung ergeben sich Potenziale für einen Bettenabbau, allerdings vorrangig in Ballungsräumen, wenn man das Prinzip einer vertretbar wohnortnahen Versorgung bewahren will.

**62.** Bei der Einschätzung der Länder zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gaben i. S. eines Überversorgungsgrades lediglich die Länder Berlin, Bremen, Saarland und Schleswig-Holstein Hinweise i. S. einer zu hohen Facharztdichte. Das Land Berlin konstatierte auch einen Überversorgungsgrad mit Allgemeinärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten. Unterversorgung wurde punktuell bzw. krankheitsbezogen thematisiert: So für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Berlin, Saarland), für die Versorgung Rheuma-Kranker (Mecklenburg-Vorpommern) und Spina bifida (Berlin).

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland in Bezug auf die bevölkerungsbezogene Arztdichte an siebter, dagegen bei den Akut-Betten (s.o.) an erster Stelle. Unter Kapazitätsgesichtspunkten scheint daher die Frage der Bettendichte dringlicher zu sein als die der Arztdichte<sup>22</sup>.

---

22 Das entkräftet nicht schon das Problem der sog. ‚doppelten Facharztschiene‘.

### *Ärztliche Körperschaften*

**63.** Von den in der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vertretenen ärztlichen Körperschaften gingen zwei umfangreiche Stellungnahmen ein, die jeweils das Spektrum und die Aussagen mehrerer Akteure abdeckten bzw. beinhalteten: Zum einen eine gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung und zum anderen eine gemeinsame Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

**64.** Die Aussagen der Körperschaften bezogen sich sowohl auf vom Rat vorgeschlagene Hauptindikationsgruppen (Rückenleiden, Schlaganfall, obstruktive Lungenerkrankungen, Karzinome, depressive Störungen) als auch auf andere Erkrankungen, v. a. Diabetes mellitus, Hypertonie, Allergien sowie Karies, Parodontose und den kieferorthopädischen Indikationsbereich.

Die Aussagen der ärztlichen Körperschaften waren insgesamt materialreich (i. S. der Verwendung publizierter Studien<sup>23</sup>) abgesichert; diese Argumente und Studien sind in die problembezogenen Darstellungen des Rates (vgl. Kapitel 8 bis 14) eingeflossen.

### *Verbände der Krankenkassen*

**65.** Für die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland und ihre Untergliederung und zugeordneten Dienste äußerten sich nicht einzelne Verbände oder Medizinische Dienste (MDKs), sondern die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) gemeinsam. Ebenso antworteten die privaten Krankenversicherer gemeinsam über den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV). Diese starke Bündelung der Antworten ging einher mit einem Verzicht auf landesbezogene, regionale oder auf spezifische Versichertengruppen bezogene Differenzierungen der Aussagen, insbesondere der Verbände der GKV.

Auch wenn den gesetzlichen Krankenkassen (und den MDKs) derzeit noch wenig systematisch aufgearbeitete und gesundheitswissenschaftlich fundierte Daten vorliegen,

---

23 Ähnlich wie bei den Kassen hat eine Verwendung insbesondere regionalisierter Routinedaten zur Versorgung keinen Eingang in die Stellungnahmen gefunden (vgl. hierzu die Ausführungen des Rates zur Verbesserung der Versorgungsforschung, Abschnitt 5.5).

hätte sich der Rat angesichts der Fülle der von der GKV gesammelten (und von den regionalen MDKs teilweise bereits aufgearbeiteten) Daten einige vertiefte Erkenntnisse erwartet. Die dadurch aufgeworfene Frage nach einer verbesserten Versorgungsforschung und Datenlage diskutiert der Rat an anderer Stelle (vgl. Abschnitt 5.5).

**66.** Die Aussagen der Verbände konzentrierten sich i. W. auf die vom Rat vorgeschlagenen Hauptindikationsgruppen Rückenleiden, ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall, obstruktive Lungenerkrankungen, Lungen- und Mammakarzinom, depressive Störungen sowie Diabetes mellitus. Über die speziellen Befragungsergebnisse hinaus hat der Rat an geeigneter Stelle von den übrigen von Kassenverbänden oder Einzelkassen herausgegebenen Materialien<sup>24</sup> Gebrauch gemacht.

## **5.5      Ausblick und Empfehlungen für zukünftige Erhebungen zur Versorgungssituation**

**67.** § 142 Abs. 2 SGB V weist dem Rat die kontinuierliche Begutachtung der Versorgungssituation in Deutschland zu. Im Zuge dieses Prozesses wird sich die Vorgehensweise des Rates weiterentwickeln. Bei eventuellen künftigen Befragungen wäre dann z. B. eine Kombination einer offenen Befragung zum Versorgungsgeschehen mit weiteren prioritären Themen und einer standardisierten und gezielt vertiefenden Befragung zu Versorgungsproblemen, für die die erste Befragungsaktion nur wenige Hinweise geliefert hat, denkbar. Bisher nicht bearbeitet und daher mögliche zukünftige Themen sind z. B. regionale Versorgungsdisparitäten, die Versorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, vor allem in (relativer) Armut lebende Kinder, Migranten oder Asylbewerber, Pflege, Prävention von Unfällen, teilstationäre Versorgungsstrukturen, Leistungen der Gesundheitshandwerker sowie Rettungs- und Transportdienste.

**68.** Diese Aspekte sind zu einem kleinen Teil Gegenstand der ab Januar 2001 von den GKV-Spitzenverbänden und dem BMBF geförderten dreizehn Versorgungsforschungsprojekte. Der Rat setzt sich in diesem Gutachten in Anknüpfung an Empfehlungen aus vorangegangenen Gutachten (vgl. SG 1995, Ziffer 328, 329, 344, Tabelle 12, vgl. auch SG 1997, insbes. Ziffern 196, 197 sowie 203 bis 215) für eine deutliche Erweiterung des derzeitigen Versorgungsforschungsprogramms ein. Er intendiert ein ausreichend

---

24      Z. B. GKV-Arzneimittelindex, jährliche Arzneimittel-Reporte und Krankenhaus-Reporte des WIdO, GEK-Erhebung 2001 durch die Universität Bremen.

ausgestattetes, befristetes und mehrgliedriges Programm zur Gesundheitsforschung. Die Ausschreibung für Projekte innerhalb dieses mehrgliedrigen Programms zur Gesundheitsforschung sollte insbesondere auf die Beteiligung wissenschaftlicher Fachgesellschaften zielen. Erwägenswert wäre auch eine Forschungsförderung der (großen) Betroffenen-Organisationen. Zumindest sollten sie bei der Entscheidung über die Auswahl der Themen, der Vergabe der Mittel und der Diskussion der Ergebnisse beteiligt werden.

**69.** Die Versorgungsforschung sollte sich zum einen auf strategische Ziele, d. h. auf nur längerfristig zu erreichende Verbesserungen des Gesundheitssystems und zum anderen auf kurz- bis mittelfristig zu erzielende Datenerhebungen und Ergebnisse zum Zweck der Versorgungsoptimierung richten. Strategischer Forschungsbedarf besteht z. B. bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung im Sinne einer Bedarfsanalyse und bei der Entwicklung einer Qualitätsberichterstattung, die eine Steuerung der Akteure (Politik, Selbstverwaltung, Bürger, Versicherte, Patienten) nicht mehr nur über Kosten-, sondern auch über Qualitätsindikatoren erlaubt. Kurz- bis mittelfristig geht es um Schwachstellenanalysen und um die Entwicklung innovativer, dem Settingansatz verpflichteter Interventionen.

**70.** Anwendungsnahe und verallgemeinerungsfähige Projekte der Versorgungsforschung müssen in Zukunft in Deutschland nicht nur z. B. hinsichtlich bestimmter Krankheitslasten, Zielgruppen und (alternativen) Versorgungsformen systematischer als bisher angelegt und gefördert, sondern auch unter akzeptablen ‚Übertragbarkeitsbedingungen‘ (d. h. z. B. ausreichende populations-, raum- oder strukturbezogene Repräsentativität) geplant werden. Ferner muss für alle Studienansätze eine ‚Charta‘ methodischer Standards entwickelt werden, die sich sowohl auf die Studiendesigns, als auch auf die Weiterentwicklung von Datenquellen und von Indikatoren zur Durchführungs- und Ergebnisqualität der Versorgung bezieht. An diesen Aufgaben sind nach Auffassung des Rates die Fachgesellschaften, die Vereinigungen der Public-Health- und Pflegeforschung und die biometrischen sowie epidemiologischen Vereinigungen zu beteiligen.

**71.** Die Vielfältigkeit dieser Aufgaben erfordert die Einrichtung einer mehr als kurzfristig agierenden Geschäftsstelle. Ferner empfiehlt der Rat die Einrichtung einer übergeordneten Beratungskommission in Anlehnung an die Struktur und Erfahrungen der ‚Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung‘ für die Umsetzung des § 20 SGB V. Eine solche Begleitkommission sollte zugleich dafür sorgen, dass in Versorgungsstudien nicht

nur Fragen der Unterversorgung, sondern mehr als bisher solche der Überversorgung und Fehlversorgung behandelt werden.

**72.** Der Rat fordert die Fachgesellschaften und ihre Mitglieder auf, sich mithilfe der Versorgungsforschung vermehrt und kritisch mit der realen Versorgungssituation in ihrem Tätigkeitsbereich auseinander zu setzen und ihre Forschungstätigkeit insgesamt verstärkt auf Fragestellungen zu richten, die zur Verbesserung der Versorgungsqualität besonders relevant sind. Um diese Aufgaben unabhängig wahrnehmen zu können, bedürfen sie einer angemessenen finanziellen Förderung. Eine Möglichkeit hierzu bieten Bewerbungen um ausgeschriebene Versorgungsforschungsprojekte, z. B. im Rahmen des vom Rat empfohlenen Versorgungsforschungsprogramms (s. o.).

Insgesamt zielen diese Vorschläge darauf ab, den Sachverstand der wissenschaftlichen Fachgesellschaften noch stärker als bisher für die Verbesserung der Krankenversorgung zu nutzen. Sie könnten durch eine verstärkte Orientierung an besonders versorgungsrelevanten Forschungsfragen und durch systematische Beiträge zum Forschungstransfer in die Praxis für die Gesundheitsversorgung und die Bevölkerung noch mehr Nutzen stiften.

## **6. Hinweise auf Unterschiede in Ost- und Westdeutschland**

**73.** Bei der Beurteilung der Entwicklung der Gesundheitslage der deutschen Bevölkerung und ihrer Versorgungssituation aus der Perspektive eines Ost-West-Vergleiches konnte sich der Rat auf lediglich neun Stellungnahmen der befragten Organisationen stützen. Diese geringe Reflexion von Unterschieden in der Gesundheitsversorgung zwischen Ost- und Westdeutschland zehn Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung könnte ein Indiz für die weitgehend vollzogene Angleichung der Verhältnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Angesichts der fundamentalen Transformationen in Ostdeutschland und den bis in die Gegenwart spürbaren Folgen auch für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen hält der Rat einen ‚Ost-West-Vergleich‘ dennoch für dringend erforderlich. Dabei musste er sich vor allem auf einen nicht befriedigenden Bestand an veröffentlichten Studien und statistisch erfassten Daten stützen.

### **6.1 Gesundheitslage**

**74.** Die Gesundheitslage der ostdeutschen Bevölkerung ist einerseits durch Anpassungsprozesse an die Gesundheitsverhältnisse in Westdeutschland gekennzeichnet. Andererseits müssen auch weiterhin Spezifika der Morbiditätsstruktur, des Gesundheitsverhaltens sowie der Gesundheitsbelastungen konstatiert werden.

**75.** Zu den auffälligsten Anpassungsvariablen gehört die Lebenserwartung, deren Anstieg in Ostdeutschland zu einer Abschmelzung der Ost-West-Differenz führte (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt für Frauen und Männer im Ost-West-Vergleich (Angabe in Jahren)**

Westdeutschland			Ostdeutschland		
Jahr	Männer	Frauen	Jahr	Männer	Frauen
1949/51	64,6	68,5	1952	63,9	68,0
1960/62	66,9	72,4	1960	66,5	71,4
1970/72	67,4	73,8	1970	68,1	73,3
1980/82	70,2	76,9	1980	68,7	74,6
1986/88	72,1	78,7	1987	69,7	75,7
1991/93	73,1	79,5	1991/93	69,9	77,2
1995/97	74,1	80,2	1995/97	71,8	79,0
1997/99	74,8	80,7	1997/99	73,0	80,0

*Quelle:* JG 1991, ergänzt um aktuelle Daten des Statistischen Bundesamtes

**76.** Deutliche Unterschiede zeigen sich noch immer bei den Risikofaktoren, charakterisiert durch eine höhere Prävalenz der Hypertonie, eine größere Zahl Übergewichtiger und einen höheren Alkoholkonsum in Ostdeutschland. Es gibt hinreichend sichere Hinweise dafür, dass das Gesundheitsverhalten einen Einfluss auf weiterhin bestehende Spezifika der Morbiditätsstruktur in Ostdeutschland hat.

**77.** Besondere Gesundheitsbelastungen der ostdeutschen Bevölkerung ergeben sich aus der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit. Darüber hinaus führt die Migration vorwiegend junger Ostdeutscher nach Westdeutschland (bislang ca. 1,7 Mio.) tendenziell zu Risikoentmischungen. Nach Aussagen der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ wird sich das Verteilungsmuster alter und hochbetagter Menschen mit hohen gesundheitlichen Risiken durch die Binnenwanderung in den kommenden zwei Jahrzehnten ändern: Während in Westdeutschland mit einer Nivellierung regionaler Unterschiede beim Anteil Hochbetagter zu rechnen ist, werden sich in Ostdeutschland regionale Verteilungsunterschiede verstärken. Eine besonders hohe Konzentration von Alten und Hochbetagten wird in ländlichen Regionen erwartet (z. B. Zuwachsraten von über 60 % in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg).

**78.** Bei den Kennzahlen für den Krankenstand und die Arbeitsunfähigkeit hat es in den letzten 10 Jahren Angleichungsentwicklungen gegeben. Die Anfang der neunziger Jahre ausgeprägt niedrigen Krankenstandszahlen in Ostdeutschland, deren Begründung vor

allem in den sozialen und gesellschaftlichen Perspektiven von Krankheit zu suchen war, haben sich dem Stand in Westdeutschland nahezu angeglichen. Nach wie vor zeigen sich Unterschiede in den Erkrankungsbildern, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. So treten in Ostdeutschland im Vergleich zu Westdeutschland insbesondere Erkrankungen wie chronische Leberkrankheiten (+185 %), nichtentzündliche Affektionen des Gebärmutterhalses (+160 %) und Hypertonie (+120 %) häufiger auf und bedingen eine Arbeitsunfähigkeit. Seltener als in Westdeutschland führen in Ostdeutschland infektiöse Krankheiten (–22 %) und Krankheiten des Skeletts (–16 %) zur Arbeitsunfähigkeit.

**79.** Unterschiede im Morbiditätsspektrum zeigen sich bei einem Ost-West-Vergleich auch in den Prävalenzen ausgewählter Erkrankungen. Beispiele sind häufiger behandelte Erkrankungen des Kreislaufsystems, die höhere Mortalität des akuten Herzinfarktes, die höhere Prävalenz des Diabetes mellitus und die höhere Zahl Jugendlicher und Erwachsener, die in Ostdeutschland an einer Parodontalerkrankung leiden. Demgegenüber stehen weniger Allergiekranke in Ostdeutschland. Der langfristige Vergleich der Prävalenzentwicklung in Ost- und Westdeutschland wird allerdings erschwert durch die in der Vergangenheit unterschiedlich geführten Statistiken. Darum sind solche Vergleiche nicht hinreichend zielführend, wenn es um Konsequenzen für die Entwicklung von Versorgungsstrukturen geht. Von größerer Bedeutung sind Beobachtungen zu aktuellen Entwicklungen von Inzidenzen. Beispielsweise nähern sich die Inzidenzen der Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter und bei Allergieerkrankungen in jungen Lebensjahren in Ostdeutschland an die in Westdeutschland an. Aus dieser Annäherung muss geschlossen werden, dass nicht nur die Angleichung der statistischen Erfassung, sondern vor allem auch Lebensstilveränderungen zu diesen Entwicklungen führen.

## **6.2 Versorgungssituation**

**80.** Insgesamt hat in Ostdeutschland sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung ein umfassender Anpassungsprozess der Struktur- und Niveaueverhältnisse an Westdeutschland stattgefunden. Dieser Anpassungsprozess war im Krankenhaussektor durch einen drastischen Bettenabbau, Verkürzung der Verweildauer und zugleich eine Zunahme der Zahl stationär behandelter Patienten gekennzeichnet. Der Ost-West-Vergleich der Bettendichte ergibt für Ostdeutschland noch immer mehr Kapazitäten in der Kinderheilkunde und eine vergleichsweise geringere Versorgungsdichte in der Neurologie, Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

**81.** Die personellen Kapazitäten in den Krankenhäusern sind bezogen auf die Bettenzahl mit denen in Westdeutschland vergleichbar, bleiben aber mit Bezug auf die Gesamtbevölkerungszahl unter dem Niveau des Westens. Dies gilt sowohl für das ärztliche als auch das pflegerische Personal.

Eine völlige Niveaungleichung gab es bei der technischen Ausstattung der Häuser. Es kann sogar von einem größeren Neuheitsgrad der Ausstattung in ostdeutschen Krankenhäusern ausgegangen werden, da in den letzten 10 Jahren der Geräteaustausch flächendeckend vorgenommen werden konnte.

**82.** In der stationären Langzeitbetreuung von Patienten in Ostdeutschland gab es einen quantitativen und qualitativen Entwicklungsschub. Der Bestand an stationären Pflegeplätzen hat sich wesentlich erweitert und wurde von Grund auf bautechnisch saniert. Allerdings gibt es eine schlechtere Betreuungsrelation in den ostdeutschen Heimen verglichen mit der Situation in den westdeutschen Einrichtungen.

**83.** Der Vergleich zwischen dem Ressourceneinsatz in ostdeutschen und westdeutschen Arztpraxen und dessen Verhältnis zu den behandelten Patienten stellt sich aufgrund der unterschiedlichen Versichertenstruktur als schwierig dar (vgl. Tabelle 7). Während ein Arzt in Ostdeutschland fast ausschließlich Kassenpatienten betreut, ist davon auszugehen, dass etwa ein Zehntel der Klientel der westdeutschen Hausärzte und Spezialärzte privatversicherte Patienten sind und die daraus erzielten Einkünfte u. U. im Sinne einer Quersubvention wirken.

**Tabelle 7: Bevölkerung nach Art der Krankenversicherung<sup>a)</sup>  
(Angaben in Prozent)**

	<b>Westdeutschland</b>	<b>Ostdeutschland</b>
GKV	87,0	94,8
PKV	10,1	3,6
Besondere Sicherungsformen <sup>b)</sup>	2,6	1,5
Keine Sicherung	0,2	0,1

a) Ergebnis des Mikrozensus im April 1999

b) Anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich

*Quelle:* Statistisches Bundesamt

**84.** Darüber hinaus zeigt sich, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung in Ostdeutschland wesentlich mehr Erwerbslose versichert sind als in Westdeutschland (10 % versus 4,1 %). Durch eine schlechtere soziale Stellung und ein höheres Krankheits- und Krankheitskostenrisiko Erwerbsloser wird dadurch die gesetzliche Krankenversicherung in Ostdeutschland deutlich mehr belastet als in Westdeutschland.

Faktisch bestehen Unterschiede in der Versorgungslast ost- und westdeutscher Arztpraxen, die sich auf die Behandlung verschiedener Morbiditäten beziehen und sich aus der ungleichen Dichte an vorhandenen Gesundheitsberatungsdiensten und Therapieangeboten ergeben<sup>25</sup>.

### **6.3 Fazit und Empfehlungen**

**85.** Der Rat hält es auf der Basis der dargestellten Analyseergebnisse auch weiterhin für erforderlich, bei der Bewertung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland die Besonderheiten der Lebenssituation und Gesundheitslage der ostdeutschen Bevölkerung nicht aus den Augen zu verlieren. Zum Abbau gegenwärtiger Ver-

---

25 Die DDR verfügte im Jahr 1989 über 12.602 ambulante Einrichtungen. Darunter waren Polikliniken, Ambulatorien, Ambulanzen, Staatliche Arztpraxen, Arztsanitätsstellen, Schwesternsanitätsstellen, Gemeindeschwesternstationen und Ärzte in eigener Niederlassung. Zur Entwicklung der verbliebenen Modelle der poliklinischen ambulanten Versorgung liegen dem Rat keine Berichte vor (vgl. JG 1991, Ziffer 320-361).

sorgungsdefizite und zur Prävention von Über-, Unter- und Fehlversorgung in Ostdeutschland empfiehlt der Rat:

1. die Durchführung regional spezifischer Gesundheitskampagnen. Denkbar sind Aktionen in Schulen und Ausbildungsstätten. Darüber hinaus könnten in den öffentlich-rechtlich Rundfunk- und Fernsehprogrammen Ostdeutschlands Sendereihen zu Themen wie gesunde Ernährung, Gesundheitsförderung durch Sport oder zum Umgang mit Alkohol unter Jugendlichen entwickelt werden (C)<sup>26</sup>;
2. zur Entwicklung der Versorgungsstrukturen in Ostdeutschland, aktuelle Veränderungen des Krankheitsspektrums flexibel zu berücksichtigen, um rechtzeitig Unterversorgung vorzubeugen (D).
3. zur Verbesserung der Versorgungssituation bei psychiatrischen Erkrankungen in Ostdeutschland vor allem den Abbau markanter regionaler Unterschiede. Einer unzureichenden Versorgungsdichte, z. B. bei Suchterkrankungen oder somatoformen Störungen, sollte entgegengesteuert werden. Dazu gehört auch der Abbau von Ost-West-Unterschieden bei der psychotherapeutischen Versorgung, die bislang nur unzureichend durch die höheren haus- und nervenärztlichen Versorgungsanteile im Osten kompensiert werden können (C).
4. zur Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland, bestehende Defizite bei der Versorgung mit Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie sowie in der Gesundheitsberatung auszugleichen. Der nicht befriedigte Bedarf in diesen Versorgungssegmenten erhöht die Inanspruchnahme ambulant tätiger Allgemein- und Spezialärzte und damit den Kosten- und Leistungsdruck auf die ostdeutschen Arztpraxen (D).

---

26 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

## **7. Versorgung chronisch Kranker**

### **7.1 Einleitung**

**86.** In den fortgeschrittenen Industrienationen stellt die angemessene Versorgung chronisch Kranker die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Chronische Krankheiten verursachen einen erheblichen Teil der direkten und – in einem noch höheren Maße – der indirekten Krankheitskosten, z. B. durch Produktionsausfälle, Lohnersatzleistungen oder vorgezogene Rentenzahlungen.

In Zukunft wird die Bedeutung chronischer Krankheiten noch weiter zunehmen. Dies liegt zum einen an dem Zusammenhang zwischen demographischer Alterung der Bevölkerung und chronischer Krankheitslast. Zum anderen trägt der medizinische Fortschritt selbst zu einer Zunahme chronisch Kranker bei, weil früher oftmals kurz- oder mittelfristig letale Krankheitsverläufe heute besser beherrschbar sind, ohne dass hierbei eine dauerhafte Heilung zu erzielen wäre (z. B. Fortschritte in der Akutbehandlung des Myokardinfarkts), und weil durch diagnostische Fortschritte Frühdiagnosen gestellt werden, welche die Betroffenen länger als ‚krank‘ deklarieren.

**87.** Die Bedeutung chronischer Krankheiten ist durch den Hinweis auf die bestehende und zukünftig wachsende medizinische und ökonomische Krankheitslast nur unzureichend erfasst. Sie ergibt sich auch aus ihrer Komplexität und den damit verbundenen Anforderungen an eine angemessene Organisation und Abstimmung der unterschiedlichen Behandlungsansätze (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) im Zusammenspiel der Versorgungseinrichtungen, Leistungserbringer und Kostenträger. Es ist unter anderem diese Komplexität, welche die Versorgung chronisch Kranker besonders anfällig für Über-, Unter- und Fehlversorgung macht.

**88.** Hinzu kommt, dass chronisch Kranke ‚Dauernutzer‘ und ‚Vielnutzer‘ des Gesundheitssystems sind. Durch die notwendige wiederholte und zum Teil kontinuierliche Inanspruchnahme des Gesundheitssystems können daher aus der individuellen und bevölkerungsmedizinischen Perspektive auch solche Versorgungsprobleme ein großes Gewicht erhalten, die bei oberflächlicher Betrachtung als wenig gravierend erscheinen, z. B. eine schlechte Abstimmung zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Versorgungsstufen oder unzureichende Beratung und Information des Patienten und seiner Angehörigen. Insbesondere die Stellungnahmen der Betroffenen-Organisationen verdeutlichen, wie belastend solche qualitativen Versorgungsprobleme aus der Sicht von chronisch Kranken und ihrer Angehörigen sind.

## 7.2 Epidemiologie und Kosten chronischer Krankheiten

**89.** Eine zuverlässige Quantifizierung der chronischen Krankheitslast ist schwierig. Schätzungsweise leidet ungefähr die Hälfte aller ambulant und stationär behandelten Patienten in Deutschland an einer chronischen Krankheit. Der Anteil von chronisch Kranken in der Bevölkerung liegt in einer Größenordnung von 40 %<sup>27</sup>.

**90.** Die für Deutschland ermittelten Schätzungen stimmen recht gut mit Daten aus den USA überein. So litten im Jahre 1995 38 % der US-Amerikaner, bei demographisch ‚jüngerem‘ Bevölkerungsaufbau, unter mindestens einer chronischen Erkrankung, 16 % wiesen mehr als eine chronische Erkrankung auf (Multimorbidität). Die Aufwendungen für die Versorgung chronisch Kranker betragen 1995 Dreiviertel der gesamten Gesundheitsausgaben. So entfielen auf chronisch Kranke:

- 80 % der Krankenhaustage,
- 69 % der Krankenhausfälle,
- 66 % der ambulanten Arztkontakte,
- 83 % der Arzneimittelverschreibungen,
- 96 % der Hauspflegebesuche.

Entsprechende Analysen für die Gesamtkosten liegen für Deutschland derzeit nicht vor. Die vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ausgewerteten Abrechnungsdaten zeigen z. B. für die Praxen hausärztlicher Internisten, dass in Deutschland ein relativ kleiner Anteil (27 %) von chronisch Kranken (‚Dauerpatienten‘) 55 % der Jahresbehandlungskosten verursacht. Dabei entfielen auf die Untergruppe der kostenintensivsten ‚Dauerpatienten‘ (ca. 5 %) ungefähr 20 % der Behandlungskosten aller in einem Jahr behandelten Patienten. Auch die Ergebnisse des GEK-Arzneimittel-Reports deuten darauf hin, dass sehr wenige Patienten besonders viele medizinische Leistungen ‚verbrauchen‘. So entfielen 50 % der Ausgaben für Arzneimittel auf 4 % der Versicherten.

**91.** Es sind keineswegs ausschließlich ältere Menschen, welche von chronischen Erkrankungen betroffen sind. In der Gruppe mit mehreren chronischen Erkrankungen hingegen überwiegen eindeutig die älteren Menschen. Die Angehörigen sozial schwächerer

---

<sup>27</sup> Die auf die Bevölkerung bezogenen Anteile liegen in einer ähnlichen Größenordnung wie die auf die Behandelten bezogenen Anteile, weil ungefähr 90 % der Bevölkerung jährlich mindestens einen ‚Arzt-Kontakt‘ aufweisen.

Schichten sind deutlich häufiger und früher von Multimorbidität betroffen als Personen mit höherem sozioökonomischem Status.

### **7.3 Anforderungen an die Versorgung chronisch Kranker**

**92.** Der Rat hat folgende Anforderungen an die Versorgung formuliert, welche die speziellen Bedürfnisse chronisch Kranker berücksichtigen:

1. Eine bedarfsgerechte Versorgung chronisch Kranker trägt dem multidimensionalen Charakter der Erkrankung und der, insbesondere bei älteren chronisch Kranken, häufig anzutreffenden Multimorbidität Rechnung. Die Interdependenz der Risikofaktoren und der einzelnen Krankheiten wird berücksichtigt.
2. Da der chronisch Kranke langfristig mit seiner Erkrankung leben muss, werden die sozialen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge angemessen berücksichtigt. Die biomedizinische Kompetenz der Leistungserbringer bei der Versorgung chronisch Kranker geht mit einer entsprechenden psychischen und sozialen Kompetenz einher.
3. Der Patient ist, soweit wie möglich, aktiver und autonomer Manager seiner Behandlung mit möglichst geringer Abhängigkeit von professionellen Hilfen. ‚Aktivierende‘ Behandlungsansätze, welche die Befähigung zur eigenständigen und selbstverantwortlichen Krankheitsbewältigung (*coping*) fördern, werden gegenüber ‚passiven‘ Ansätzen bevorzugt. Der Patient und seine wichtigsten Bezugspersonen sind in den Entscheidungs- und Zielbildungsprozess eingebunden. Es wird der Tatsache Rechnung getragen, dass nicht nur der chronisch Kranke, sondern auch sein familiäres und berufliches Umfeld betroffen sind. Eine Schlüsselrolle spielen hierbei die vom Rat in Band I, Kapitel 3 des Gutachtens 2000/2001 aufgezeigten Wege zur Förderung von Partizipation, Kompetenz und Information.
4. Das Gesundheitssystem zielt darauf ab, auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene präventive, kurative und rehabilitative Versorgungsstrategien zu entwickeln und deren Erfolg periodisch zu überprüfen. Dies erfordert bei schwerwiegenden und komplexen chronischen Krankheiten ein in regelmäßigen

Abständen durchgeführtes multidisziplinäres Assessment in angemessen ausgestatteten, kompetenten Einrichtungen<sup>28</sup>.

5. Die Behandlung chronisch Kranker steht in Übereinstimmung mit der besten verfügbaren Evidenz, welche im Rahmen eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses mit den individuellen Präferenzen des Patienten und der ärztlichen Erfahrung abgeglichen wird.
6. Alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer aus unterschiedlichen Gesundheits- und sozialen Berufen sowie die entsprechenden Einrichtungen arbeiten eng zusammen, um eine auf den individuellen Patienten abgestimmte und effiziente Versorgung zu erreichen. Die materiellen und immateriellen Anreize sind so gesetzt, dass die Strukturen und Prozesse sich nach den Patienten richten und nicht umgekehrt.
7. Der Prävention (Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) wird – besonders angesichts der limitierten Möglichkeiten einer Heilung ‚ad integrum‘ – eine zentrale Rolle beigemessen (s. Band I, Kapitel 2). Hierbei werden folgende Ziele verfolgt:
  - Verhütung des Entstehens einer chronischen Erkrankung durch Primärprävention und Gesundheitsförderung;
  - Verhütung des Entstehens von zusätzlichen, von der chronischen Ersterkrankung unabhängigen<sup>29</sup> Erkrankungen (Komorbidität) durch Primärprävention und Gesundheitsförderung;
  - Verhütung von Folgeerkrankungen, Verschlimmerungen, Komplikationen und Exazerbationen bestehender chronischer Krankheiten durch Sekundär- und Tertiärprävention, regelmäßige Verlaufskontrollen und konsequente Frühtherapie.
8. Die angemessene Rehabilitation chronisch Kranker wird als eine selbstverständliche und ggf. wiederholte, den Lebenszyklen angepasste Kernaufgabe betrachtet und organisiert. Die Durchführung der Rehabilitation orientiert sich allein am Krankheits-

---

28 Hier gibt es in der Geriatrie und in der gerontopsychiatrischen Rehabilitation vorbildhafte Ansätze.

29 Hierunter werden weitere chronische und akute Erkrankungen verstanden, die nicht in einem bekannten mittelbaren pathophysiologischen Zusammenhang mit der bereits bestehenden chronischen Krankheit stehen.

verlauf und nicht an patientenfernen Verwaltungsrationalitäten. Für gesicherte Indikationen steht sie auch nicht für Leistungsausschlüsse oder ausschlussgleiche ‚Zusatzversicherungen‘ zur Disposition. Sie erfolgt je nach Phase und Schweregrad der Krankheit sowie den jeweiligen Umständen und Präferenzen ambulant, teilstationär oder stationär.

9. Intensivierte Gesundheitsförderung, Information, Schulung, Prävention und Rehabilitation des Patienten sowie das routinemäßige Monitoring wichtiger Outcome- und Qualitätsindikatoren (auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien) dienen dem Ziel, akute Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen, invasive diagnostische und therapeutische Eingriffe zu verhindern oder auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Dieses Ziel wird von Patienten, Leistungserbringern, Kostenträgern und Öffentlichkeit als eine wesentliche Outcomegröße für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von chronisch Kranken betrachtet<sup>30</sup>.
10. Die Angehörigen unterschiedlicher Berufe des Gesundheitswesens und assoziierter Bereiche der Sozialversorgung werden in ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung schwerpunktmäßig auf die Versorgung chronisch Kranker vorbereitet, weil diese den größten Teil ihrer beruflichen Verpflichtungen ausmachen wird. So erlernen z. B. (zukünftige) Ärzte nicht nur die medizinischen Grundlagen der Entstehung und kurativen Behandlung chronischer Erkrankungen, sondern auch die Prinzipien einer umfassenden präventiven und rehabilitativen Versorgung. Dies schließt auch den Erwerb von Management-, Kooperations- und Kommunikationkompetenzen ein, die für eine angemessene und umfassende Patientenbetreuung unerlässlich sind.
11. Das Gesundheitssystem schafft (finanzielle) Anreize für eine Optimierung der Versorgung und verhindert eine Selektion ‚guter Risiken‘ bzw. eine Ausgrenzung chronisch Kranker durch Kostenträger und Leistungserbringer.
12. Es existiert ein breites Spektrum an abgestuften und flexiblen Versorgungsstrukturen, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen chronisch Kranker gerecht zu werden.
13. Der chronisch Kranke ist ein ‚Dauernutzer‘ und ‚Vielnutzer‘ des Systems und muss daher im Laufe seiner Patientenkarriere vielfältige Kontakte mit dem Gesundheitssystem eingehen. Um die sich hieraus ergebenden zeitlichen, finanziellen und per-

---

30 Dies entspricht auch dem wichtigsten Steuerungsziel von Disease-Management-Programmen.

sonellen Belastungen und Belästigungen (tangible und intangible Kosten) für Patienten, Angehörige, Leistungserbringer, Kostenträger und Versicherungsgemeinschaft zu reduzieren, werden alle Möglichkeiten moderner Informationstechnologien (Telematik, Telemedizin) konsequent genutzt<sup>31</sup>.

Die formulierten Anforderungen sind zum Teil interdependent und sollen daher nicht als trennscharfe Indikatoren verstanden werden.

#### **7.4 Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker**

**93.** Die Stellungnahmen der befragten Organisationen und die Analysen des Rates zeigen, dass die derzeitige Versorgungssituation chronisch Kranker in vielen Fällen deutlich von den genannten Anforderungen abweicht. Hierbei ergeben sich für unterschiedliche chronische Krankheiten konvergente, krankheitsartenübergreifende Muster von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Diese lassen sich bei näherer Betrachtung auf eine begrenzte Zahl von überholten ‚Paradigmen‘ und Versorgungsgewohnheiten zurückführen, die einer flächendeckenden adäquaten und qualitätsgleichen Versorgung chronisch Kranker im Wege stehen.

##### ***Dominanz akutmedizinischer Versorgung***

**94.** Die zahlreichen in diesem Gutachten aufgeführten Beispiele für Über-, Unter- und Fehlversorgung stützen die These, dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielen Fällen nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch Kranker angepasst ist. Diese Fehladaptation lässt sich im wesentlichen auf die dem akutmedizinischen Paradigma verhafteten Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und der Sozialisation der Leistungserbringer zurückführen.

**95.** So stehen z. B. die in den letzten Jahren zu beobachtenden Ausweitungen akutmedizinischer Leistungsvolumina in der Kardiologie (z. B. Koronarangiographie, PTCA, Stent-Implantation, Bypass-Operationen) im deutlichen Gegensatz zu den einge-

---

31 Allerdings darf nicht verkannt werden, dass bestimmte Patientengruppen (z. B. Einkommensschwache, Ältere, Behinderte) aufgrund mangelnder Ressourcen und eingeschränkter Zugangsmöglichkeiten von der Nutzung moderner Informationstechnologien unter Umständen ausgeschlossen sind.

schränkten Aufwendungen für präventive und rehabilitative Leistungen. Eine vorrangig auf akute Verschlechterungen des Gesundheitszustands reagierende medizinische Versorgung ist aber langfristig offensichtlich wenig erfolgreich<sup>32</sup>. So schlägt sich die in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe interventionelle kardiologische Leistungsdichte bislang nicht in entsprechend günstigen Morbiditäts- und Mortalitätsraten nieder (vgl. Kapitel 8).

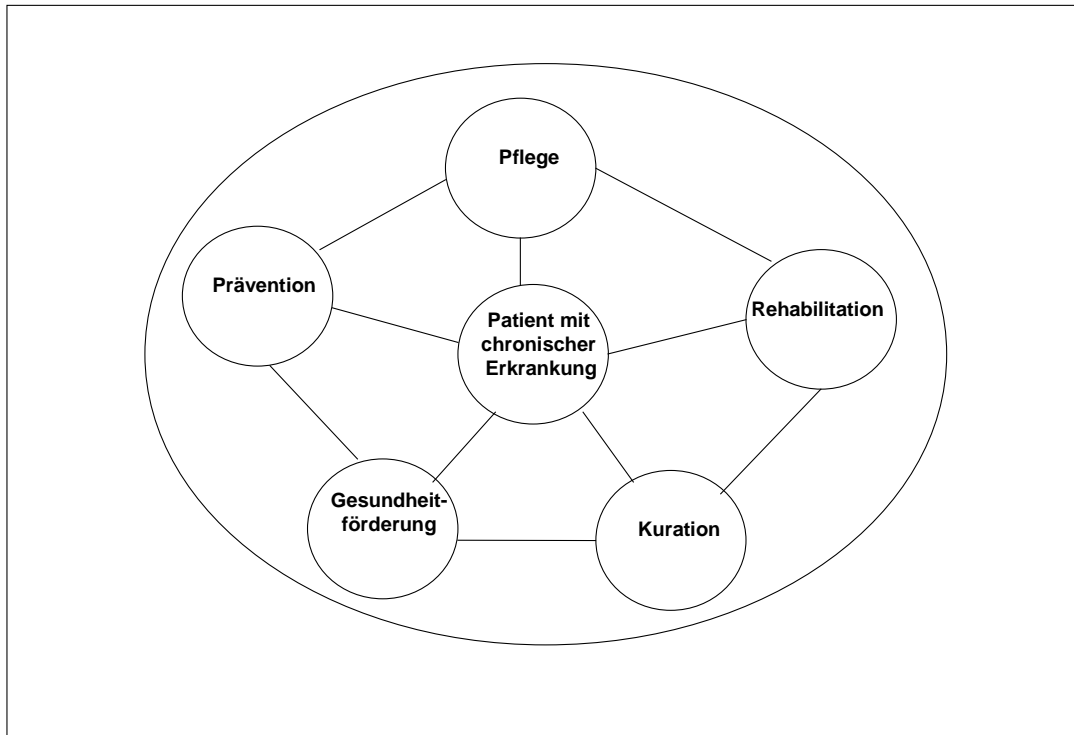
Ebenso ließen sich bei entsprechender Schulung und Verlaufskontrolle oftmals Folgeschäden chronischer Erkrankung vermeiden (z. B. Fußamputationen, Erblindungen und Niereninsuffizienz bei Diabetes mellitus), die einer aufwändigen kurativen (z. B. Operationen, Dialyse) oder pflegerischen Versorgung bedürfen (vgl. Abschnitt 7.5).

**96.** Der einseitig kurativen Versorgung chronisch Kranker liegt das derzeit dominierende traditionelle Modell eines ‚sequentiellen Krankheitsverlaufs‘ zugrunde, demzufolge Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander geschaltete Maßnahmen darstellen. Die für komplexe chronische Erkrankungen sowie für chronisch kranke alte Menschen typische Multimorbidität beinhaltet jedoch unterschiedliche Arten und Phasen von Kranksein und Behinderung nebeneinander, aber immer zugleich verbleibende oder erweiterungsfähige Potenziale selbstkompetenten Handelns und Helfens. Die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Stadien erfordert daher die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege (Abbildung 2).

---

32 Es geht keinesfalls darum, einem bedrohlich erkrankten Menschen die notwendige Akutbehandlung zu versagen. Aus präventionsmedizinischer und gesundheitssystemischer Perspektive ist es jedoch legitim, die Summe notwendiger Akutbehandlungen auf dem Boden prinzipiell prävenierbarer Risikofaktorenkonstellationen bzw. chronischer Erkrankungen als ein Versagen des Systems der gesundheitlichen Versorgung zu betrachten.

**Abbildung 2: Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequentiellen Krankheitsverläufen**



Quelle: Schwartz, F.W. u. Helou, A. (2000)

97. Allerdings lassen sich eine funktionale Durchdringung und Verzahnung der unterschiedlichen Behandlungsansätze schwerlich verwirklichen, solange die bestehenden gesetzlichen Regelungen, Maßnahmen, Angebote, Trägerschaften und Finanzierungen sowie die daraus folgenden Anreize den traditionellen Modellvorstellungen verpflichtet bleiben und zeitlich, räumlich und rechtlich (häufig auch finanziell) nicht integriert organisiert sind.

#### ***„Somatische Fixierung“ des Gesundheitssystems***

98. Die Betroffenen-Organisationen beklagten, dass von den Leistungserbringern die psychosoziale Belastung durch eine chronische Krankheit häufig unterschätzt würde. Oftmals unterbleibe in der ärztlichen Praxis eine ausreichende Information über vorhandene psychosoziale und pädagogische Unterstützungsangebote (u. a. auch deshalb, weil viele Ärzte selbst unzureichend informiert seien). Darüber hinaus würden sich viele chronisch Kranke und ihre Angehörigen mit belastenden Diagnosen allein gelassen fühlen.

Eine zu einseitige somatische Orientierung wurde auch im Hinblick auf die Leistungen der Pflegeversicherung konstatiert. Kritisiert wurden hier die fehlende Abrechenbarkeit psychosozialer Leistungen und das Fehlen von Anlaufstellen für pflegende Angehörige.

**99.** Die Organfixierung und die sich daraus ableitende Eindimensionalität der medizinischen Versorgung basiert nach Auffassung des Rates auch auf dem Vorherrschen eines ‚ätiologischen‘ Krankheitsverständnisses, das sich an der biomedizinischen Pathogenese und Therapie akuter Krankheiten (historisch v. a. von Infektionskrankheiten) orientiert. Dieses einseitig biomedizinische Krankheitsverständnis wird dem in westlichen Ländern dominierenden Spektrum multifaktoriell determinierter chronischer Krankheiten nicht gerecht und bedarf der Komplettierung durch ein ‚konditionales‘ Krankheitskonzept, das psychosoziale, umwelt- und verhaltensbezogene Faktoren angemessen berücksichtigt. Diese Überlegungen sind nicht neu, sondern das Ergebnis eines jahrzehntelangen Entwicklungs-, Lern- und Anpassungsprozesses, wobei die entstandenen Modelle (Tabelle 8) eng mit der Veränderung des Krankheitspanoramas (Verschiebung zu chronischen Erkrankungen) zusammenhängen. Allerdings haben die historisch gewachsenen Strukturen der medizinischen Ausbildung und Versorgung ein hohes Beharrungsvermögen; sie hinken den demographischen, wirtschaftlichen, sozialen und politischen Veränderungen, aber auch dem sich ändernden Morbiditätsspektrum und den lebensweltlichen Bezügen der Patienten hinterher.

**100.** Die somatische Fixierung zeigt sich besonders deutlich in der Versorgung psychisch Kranker (vgl. Kapitel 13). Leichtere, den Patienten und seine Umgebung<sup>33</sup> nichtsdestotrotz stark belastende, psychische Erkrankungen werden häufig bagatellisiert, schwer psychisch kranke, oftmals psychotische Patienten hingegen stigmatisiert<sup>34</sup>.

**101.** Die Fixierung auf die somatische Komponente von Erkrankungen hat auch Auswirkungen auf die Forschungsförderung<sup>35</sup>. Gerade weil medizinischer Fortschritt oft einseitig als biomedizinisch-technischer Fortschritt interpretiert wird, konzentriert sich die Förderung auf Kernbereiche der biomedizinischen und klinischen Grundlagenforschung zu Lasten einer alltags-, personen- und kontextorientierten Versorgungsforschung. Dies führt zu einem Missverhältnis zwischen dem rasanten medizinisch-

---

33 Hier sind nicht nur die Belastungen der Angehörigen gemeint, sondern auch die indirekten Krankheitskosten, z. B. in Form von Arbeitsunfähigkeit und Lohnersatzleistungen.

34 Die Minderachtung psychischer Erkrankungen und der von ihnen Betroffenen stellt ein weitverbreitetes gesellschaftliches Phänomen dar. Sie geht nicht nur von den Leistungserbringern, sondern auch von den Patienten und ihren Angehörigen aus.

35 In diesem Zusammenhang verweist der Rat auch auf den Rückgang psychosomatischer Lehrstühle an den Universitäten.

technischen Fortschritt einerseits und dessen flächendeckender Umsetzung in die Alltagsversorgung andererseits, weil die wissenschaftliche Weiterentwicklung und Evaluation von alltagstauglichen und patienten-zentrierten Versorgungskonzepten mit dem biomedizinisch-technischen Fortschritt nicht Schritt halten können.

**Tabelle 8: Modellvorstellungen, Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsmaße**

<b>Zeit</b>	<b>Kausal-Modelle</b>	<b>Konzepte (Modellvorstellungen von Gesundheit)</b>	<b>Gesundheitsmaße (Indikatoren, Indizes)</b>
1900	<i>single-cause</i> -Modell (Infektionskrankheiten)	<i>ecological</i> -Modell (Agens-Wirt-Umwelt)	Mortalität Morbidität (Prävalenz, Inzidenz)
1920	<i>multiple-cause</i> -Modell ( <i>infectious disease cycle</i> , Transition zu chronischen Erkrankungen)	<i>social-ecology</i> -Modell (Wirt-Umwelt-Verhalten)	arbeitsbezogene Invaliditätsmaße (Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit)
1940		WHO-Modell (physisch, mental, sozial)	
1970	<i>multiple-cause</i> -Modell <i>multiple-effect</i> -Modell ( <i>chronic disease cycle</i> )	Risikofaktorenmodell holistisches Modell (Umwelt, Biologie, Lebensstil, Gesundheitssystem) WHO: <i>Achieving-Health-for-All</i> -Modell	Maße für Risikofaktoren, Verhalten, Lebensstil, Umwelt
1980		Wellness-Modell ( <i>increasing conditions of wellness</i> )	Maße für Wellness, Lebensqualitätsmaße (QL, QALYs: <i>wellness and functioning</i> ) Maße für Ressourcenallokation
1990	<i>multiple-cause-multiple-effect</i> -Modell ( <i>social transformation disease cycle</i> )	WHO: <i>health promotion</i> : Entwicklung von <i>healthy policies</i> : Politik-Gemeinde-Setting-Bezug	Maße für <i>equity</i> Maße für Sozialindizes
2000			Maße in allen Sektoren von Wirtschaft und Gesellschaft mit <i>health impact</i>

*Quelle:* nach Schwartz, F.W. et al. (1998) und nach Dever, G.E.A. (1991)

### ***„Aktiv/Passiv“-Problematik***

**102.** Viele der im Gutachten identifizierten Probleme chronisch Kranker stehen im engen Zusammenhang mit der weitverbreiteten Vorstellung vom Patienten als passivem Empfänger von medizinischen Leistungen. Im Zentrum der passiven Behandlung stehen dementsprechend ‚Reparatur, Kur und Schonung‘. Eine solche therapeutische Haltung der Leistungserbringer und eine damit korrespondierende Erwartungshaltung des Patienten sind bei chronischen Krankheiten häufig kontraproduktiv und führen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ein Beispiel ist die Behandlung von unkomplizierten Rückenschmerzen, bei denen, sofern keine Warnsymptome (*„red flags“*) vorliegen (Kapitel 11), der Einsatz von bildgebenden diagnostischen Verfahren und diversen passiven Behandlungsansätzen (z. B. Injektionsbehandlungen, Fango und Massagen) wenig hilfreich ist und Schonung, Ruhigstellung und Krankschreibungen phasenabhängig sogar potenziell schädlich sein können. Eine durch ein ‚Passiv‘-Konzept besonders gefährdete Gruppe sind alte chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen, bei denen aus Gedankenlosigkeit, Bequemlichkeit oder Überlastung der Leistungserbringer oftmals eine ‚Ruhigstellung‘ und Sedierung erfolgt, wo eigentlich ‚aktivierende‘ Pflege und Mobilisation dringend angezeigt wären.

### ***Vernachlässigung von Prävention***

**103.** Die Ergebnisse der Befragung und die Bewertungen des Rates zeigen für zahlreiche chronische Erkrankungen hinreichend sichere oder ernstzunehmende Hinweise auf eine Unterversorgung mit präventiven Maßnahmen, z. B. bei ischämischen Herzkrankheiten (Kapitel 8), Schlaganfall (Kapitel 9), Asthma bronchiale und COPD (Kapitel 10), Rückenleiden (Kapitel 11), Lungenkarzinom und Raucherentwöhnung (Abschnitt 12.1).

**104.** Der Rat misst der Prävention (Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) bei chronisch Kranken – besonders angesichts der limitierten Möglichkeiten einer Heilung ‚ad integrum‘ – eine zentrale Rolle bei (s. Band I, Kapitel 2). Prävention bei chronisch Kranken lohnt sich aber nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus gesundheitsökonomischer Sicht. Schätzungen auf der Grundlage eines Simulationsmodells haben ergeben, dass die Primärprävention der KHK aus gesundheitsökonomischer Perspektive paradoxerweise umso attraktiver wird, je optimistischer die Annahmen über zukünftige Therapieerfolge sind. Dies liegt u. a. daran, dass die durch therapeutische Fortschritte erreichte Verlängerung der Lebenserwartung von Herzkranken

zu einer Steigerung der Gesamtkosten führt. Eine verlängerte Lebenserwartung mit koronarer Herzkrankheit geht z. B. mit einem Anstieg der KHK-bedingten Fälle von Herzinsuffizienz einher. Die wichtigste Investition zur langfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit der Versorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit ist daher die Primärprävention.

### ***Vernachlässigung von Rehabilitation***

**105.** Ebenso wie die Prävention gehört die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen bei chronisch Kranken. Diese sind als wichtigste Zielgruppe in den Sozialgesetzbüchern V und IX unzureichend berücksichtigt. Dabei eröffnet gerade die moderne Rehabilitation wie kaum ein anderer Behandlungsansatz die Chance auf eine umfassende und multidimensionale Versorgung chronisch Kranker. Rehabilitation sollte daher als essentieller Bestandteil der Versorgung chronisch Kranker keine Ermessensleistung, sondern Regelleistung sein.

**106.** Viele Ärzte und Patienten betrachten die Rehabilitation bei chronisch Kranken als eine singuläre kurzfristige und in der Regel stationär durchgeführte Intervention. Um aber das im Rahmen einer stationären Rehabilitation erlernte Coping- und Gesundheitsverhalten erfolgreich und nachhaltig in den Alltag des chronisch Kranken und seiner Angehörigen zu integrieren, sollte die Rehabilitation bei chronischen Krankheiten als ein kontinuierlicher, die gesamte Krankheit phasenhaft begleitender Prozess betrachtet werden. Hierbei sollte nicht nur die somatische und psychische, sondern auch die berufliche und biographische Entwicklung des Patienten sowie sein soziales Umfeld berücksichtigt werden.

**107.** Solche Konzepte sind bislang aber noch nicht fester Bestandteil der Routineversorgung chronisch Kranker. Obwohl die Effektivität einer multidimensionalen und multidisziplinären Rehabilitation, z. B. bei Patienten mit ischämischer Herzkrankheit und Schlaganfall, empirisch gut belegt ist, besteht eine Unterversorgung mit rehabilitativen Maßnahmen. Insbesondere gelingt es aufgrund konzeptioneller Mängel häufig nicht, die erzielten Erfolge hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens und der günstigen Beeinflussung von Risikofaktoren nachhaltig in den Alltag des chronisch Kranken und seiner Angehörigen zu überführen.

**108.** Obwohl diese Defizite seit Jahren bekannt sind, fehlen in Deutschland nach wie vor ausreichende krankheitsphasenspezifische, zielgruppenorientierte und abgestufte Behandlungsangebote für unterschiedliche Patientengruppen, u. a. wohnortnahe ambulante oder teilstationäre Rehabilitationsstrukturen sowie geeignete Rehabilitationsangebote in Alten- und Pflegeheimen. Der Rat mahnt daher die zügige Umsetzung von Konzepten einer patientenzentrierten, flexiblen, intersektoral vernetzten und wohnortnahen Rehabilitation an.

**109.** Der Mangel an ambulanten, abgestuften Angeboten beruht einerseits auf rechtlichen Problemen. Andererseits existieren rechtliche Gestaltungsspielräume, die von den Beteiligten nicht ausreichend genutzt werden. Um der ambulanten Rehabilitation den gebotenen Stellenwert und Anteil am Rehabilitationsgeschehen einzuräumen, müssen einheitliche gesetzliche Vorgaben für alle Rehabilitationsträger sowie adäquate Organisationsformen und Anreizsysteme geschaffen werden, welche die Gewährung und Erbringung abgestufter, flexibler Rehabilitationsleistungen sicherstellen.

Die Bereitstellung flexibler, insbesondere ambulanter Rehabilitationsangebote darf allerdings nicht zu Lasten der Qualität erfolgen. Es muss z. B. auch bei einer ambulanten Rehabilitation gewährleistet sein, dass dem Patienten alle notwendigen Leistungen zur Verfügung stehen und dass diese interdisziplinär abgestimmt und qualitätsgesichert erbracht werden. Die flächendeckende Umsetzung einer wünschenswerten ambulanten Rehabilitation kann gefährdet sein, wenn nicht genügend qualifizierte Leistungserbringer (z. B. Logopäden und Physiotherapeuten für Schlaganfallpatienten) zur Verfügung stehen. Ein weiteres Problem stellt die sektorierte Budgetierung dar. Daher müsste bei einer Verlagerung von stationär nach ambulant auch ein entsprechender Ressourcetransfer erfolgen.

**110.** Die mit der Novellierung des SGB IX gegebene Chance einer einheitlichen, d. h. alle Rehabilitationsträger umfassenden, abgestuften und flexiblen Gewährung und Erbringung von Rehabilitationsleistungen ist nicht rechtswirksam und verbindlich genutzt worden. Die notwendigen Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes ambulantes Rehabilitationsangebot müssen daher erst noch geschaffen werden. Hierzu gehören u. a.:

- Abstimmung von gemeinsamen Grundsätzen der Rehabilitationsträger über die Durchführung ambulanter und teilstationärer Maßnahmen:

- Abstimmung von Indikationen und Kontraindikationen für ambulante und teilstationäre Maßnahmen,
- Festlegung der fachlichen Anforderungen an die Leistungserbringer, insbesondere die personelle, räumliche und technische Ausstattung betreffend,
- Aufbau der erforderlichen Struktur für ein bedarfsdeckendes Angebot an flexibel gestalteten Rehabilitationsleistungen, angefangen bei Leistungen von niedergelassenen Ärzten über die Heranziehung stationärer Rehabilitationskliniken für einen regionalen Einzugsbereich bis zur Schaffung eigenständiger ambulanter Rehabilitationszentren,
- Durchsetzung des Grundsatzes ‚Rehabilitation vor Pflege‘ und ‚Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit‘ durch Sicherstellung eines Angebots von Rehabilitationsleistungen für die zur Zeit etwa 500.000 Heimbewohner und 1,2 Mio. Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung,
- Maßnahmen zur möglichst umfassenden und systematischen Erfassung des aktuellen Bedarfs an Leistungen der medizinischen Rehabilitation, angefangen bei den Krankenhäusern, den niedergelassenen Ärzten und den Betriebsärzten, über die Beteiligung der Rehabilitationsträger und der zugehörigen medizinischen Dienste, insbesondere durch ein einfaches, aber effizientes Mitteilungsverfahren.

**111.** Die Bemühungen im Bereich der Rehabilitationsforschung sind in Deutschland in den letzten Jahren erheblich intensiviert worden. Seit 1998 fördern BMBF und VDR gemeinsam (bislang ohne die GKV) acht regionale Rehabilitationsforschungsverbände mit zahlreichen Einzelprojekten. Der Rat würdigt diese Aktivitäten als einen wichtigen Schritt, der die notwendige Verwissenschaftlichung und Evaluationsfähigkeit der medizinischen Rehabilitation vorantreibt.

### ***Unzureichende Information, Schulung und Partizipation***

**112.** Die Qualität der Versorgung chronisch Kranker hängt in einem entscheidenden Maße davon ab, wie es gelingt, den Patienten und seine Angehörigen als selbstverantwortliche, informierte und kompetente ‚Nutzer‘ von Gesundheitsleistungen in das Behandlungsmanagement einzubinden (vgl. Band I, Kapitel 3).

**113.** Die Ergebnisse der Befragung und die Bewertungen des Rates verdeutlichen, dass Information, Schulung und Partizipation chronisch Kranker defizitär sind. Dadurch kann es zu einem partiellen oder totalen Wirksamkeitsverlust an sich effektiver und indizierter präventiver und kurativer Maßnahmen infolge unzureichender Compliance und/oder fehlerhafter Anwendung durch den Patienten kommen. So kann z. B. eine unzureichende Aufklärung über die schädlichen Auswirkungen von Fehlbelastung, Schonung und Ruhigstellung die Chronifizierung akuter Rückenleiden fördern (vgl. Kapitel 11). Das unzureichende Angebot an qualifizierten Asthmaschulungen trägt zu einer fehlerhaften oder inkonsequenten Anwendung der indizierten Basis-Medikation mit inhalativen Kortikoiden bei (Kapitel 10). Hierdurch kommt es zu vermeidbaren und sehr kostenträchtigen akuten Exazerbationen der Grunderkrankung. Die unzureichende Blutzuckereinstellung schlecht geschulter Diabetiker führt kurzfristig zu lebensbedrohlichen Stoffwechselentgleisungen infolge hypo- oder hyperglykämischer Zustände. Langfristig kommt es zu vermehrten diabetischen Spätkomplikationen (z. B. Amputationen, Erblindungen und Niereninsuffizienz) (Kapitel 7).

**114.** Es bedarf daher eines verstärkten Angebots wohnortnaher ‚Patientenschulungsmaßnahmen‘ zur Förderung von Motivation und Compliance der Patienten sowie zur Aufrechterhaltung und Verstärkung von Änderungen des Risikoverhaltens, der Selbstwahrnehmung und des körperlichen Trainingszustandes, wie sie z. B. im Rahmen einer stationären Rehabilitationsbehandlung erreicht werden können. Es sind auch Schulungszentren denkbar, die wohnortnah spezifische Schulungsmaßnahmen für Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen anbieten. Der geforderte Auf- und Ausbau von Patientenschulungsmaßnahmen darf nicht monetären Überlegungen der Kassen und des Bundes- (oder Koordinierungs-)Ausschusses zum Opfer fallen.

### ***Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungskonzepten***

**115.** Die Stellungnahmen der befragten Organisationen und die Analysen des Rates zeigen, dass die erwünschte funktionale Durchdringung und Verzahnung unterschiedlicher Behandlungsansätze im Versorgungsalltag chronisch Kranker allzu oft misslingt.

**116.** Insbesondere die Betroffenen-Organisationen übten vielfach Kritik an der mangelnden Ganzheitlichkeit der Behandlung und der fehlenden Interdisziplinarität der Versorgung. Hingewiesen wurde auf die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, die einer umfassenden Versorgung im Wege stünden, so dass die notwendige multidimensionale Behandlung in fragmentierte Einzelleistungen zerfalle. Dies führe zu den typischen Schnittstellenproblemen zwi-

schen unterschiedlichen Leistungserbringern, Institutionen und Sektoren. Es wurde von den Betroffenen wiederholt auf Kommunikationsprobleme zwischen Haus-, niedergelassenen Spezial- und Krankenhausärzten hingewiesen.

Aus der Sicht des Rates werden sich diese Probleme durch die Einführung der DRGs und der damit zu erwartenden Verkürzung der Krankenhausverweildauer weiter verschärfen, wenn nicht parallel eine verbesserte Kooperation an dieser Schnittstelle etabliert wird.

**117.** Die Ergebnisse der Befragung, insbesondere die Stellungnahmen von Betroffenen-Organisationen, aber auch Ergebnisse der Versorgungsforschung, verdeutlichen die Notwendigkeit, ein am tatsächlichen Bedarf orientiertes, möglichst flexibles ‚Versorgungsmenü‘ bzw. ein Geflecht aus ‚Versorgungspfaden‘ vorzuhalten. Dies gilt nicht zuletzt auch für ältere, multimorbide und pflegebedürftige Patienten, z. B. in Alten- und Pflegeheimen, bei denen durch die Regelversorgung eine adäquate multimodale und koordinierte Behandlung mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen oftmals nicht zufriedenstellend gelingt.

#### *Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung*

**118.** Die derzeitige Versorgung chronisch Kranker weicht vielfach in einem nennenswerten Umfang vom gegenwärtigen Stand der besten verfügbaren Evidenz bzw. von evidenzbasierten Leitlinien ab. Diese Defizite sind zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auf eine unzureichende, verzögerte oder fehlerhafte Rezeption und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Alltagsversorgung zurückzuführen (Band II, Abschnitt 2.3). Der Rat hat diese Problematik anhand ausgewählter (chronischer) Erkrankungen in den Kapiteln 8 bis 13 eingehend diskutiert.

#### *Chronisch Kranke als ‚schlechte Risiken‘*

**119.** Die angemessene Versorgung chronisch Kranker kann gefährdet werden, wenn die Behandlung dieser Patientengruppe aufgrund ‚chroniker-feindlicher‘ Rahmenbedingungen für die gesetzlichen Krankenkassen und Leistungsanbieter mit finanziellen Risiken bzw. Einkommenseinbußen behaftet ist.

In diesem Zusammenhang berichteten Betroffenen-Organisationen wiederholt von Behandlungsverweigerungen bei chronisch Kranken (z. B. Rheuma-Patienten, Diabetiker), die nicht

medizinisch, sondern durch budgetäre Zwänge begründet werden. Hiervon seien nicht nur hochpreisige Medikamente betroffen, sondern z. B. auch die Blutzucker-Selbstkontrollen bei Diabetikern.

**120.** Auch die bisherigen Regelungen des RSA boten keine Anreize für eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker, weil das bisherige System eine Risikoselektion begünstigte („Jagd auf gesunde Versicherte“). Daher weist das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich erhebliche Mängel an leistungskräftigem Versorgungsmanagement für chronisch Kranke auf.

Im Rahmen der Neuregelung des RSA sollen zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker von den Kassen für ausgewählte chronische Krankheiten (Rückenleiden, Diabetes, Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Asthma, Brustkrebs) Disease-Management-Projekte entwickelt werden.

Der Rat begrüßt grundsätzlich alle Ansätze, die zielführende finanzielle Anreize für eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker schaffen. Allerdings sollten adäquate Anreiz- und Vergütungsstrukturen geschaffen werden, die eine Optimierung der Versorgung aller und nicht nur ausgewählter Gruppen von chronisch Kranken nachhaltig fördern.

### ***Unzureichende Qualifikation***

**121.** Der Rat hat sich in Band II, Kapitel 1 bereits ausführlich zur erforderlichen Neuorientierung der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Weiter- und Fortbildung geäußert. Er fordert u. a. eine stärkere Praxisorientierung, Industrieunabhängigkeit und Verbindlichkeit der ärztlichen Fortbildung. Viele der angemahnten Reformen und Weiterentwicklungen sind für die Versorgung chronisch Kranker unmittelbar bedeutsam. Hierzu zählen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Weiter- und Fortbildung:

- die verstärkte Aufmerksamkeit für Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und geriatrische Versorgungsaspekte,
- die verstärkte Berücksichtigung informationeller und partizipativer Bedürfnisse der Patienten,
- die Stärkung von Gesprächs- und Beratungskompetenzen,
- die Förderung der Kooperations- und Koordinationsfähigkeit,

- die Aus- und Weiterbildung in Einrichtungen außerhalb der Akutversorgung,
- die Vermittlung von Methoden der klinischen Epidemiologie und der evidenzbasierten Medizin sowie von Kenntnissen des Disease/Case- und Qualitäts-Managements sowie
- der Umgang mit modernen Informationstechnologien (Telematik, Telemedizin).

## 7.5 Lektionen aus 10 Jahren Diabetikerversorgung in Deutschland

**122.** Viele der dargestellten grundsätzlichen Versorgungsprobleme chronisch Kranker betreffen in einem besonderen Maße Patienten mit Diabetes mellitus. Die Analyse der Diabetes-Versorgung verdeutlicht, dass (auch) bei dieser großen Gruppe chronisch Kranker eine gravierende Lücke zwischen dem medizinisch Erreichbaren und den tatsächlich in der Alltagsversorgung erreichten Ergebnissen besteht. Ungeachtet vielfältiger Bemühungen und einiger regionaler Teilerfolge hat sich die tatsächliche Versorgungssituation der Diabetiker in Deutschland in den letzten 10 Jahren nicht entscheidend verbessert. Die Zielvorgaben der St.-Vincent-Deklaration von 1989 (Tabelle 9) konnten in Deutschland nicht erreicht werden.

**Tabelle 9: Vorgaben der St.-Vincent-Deklaration 1989**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetesbedingte neue Erblindungen um mindestens ein Drittel reduzieren.</li> <li>2. Zahl der Patienten mit terminaler diabetischer Niereninsuffizienz um mindestens ein Drittel senken.</li> <li>3. Rate von Gliedmaßenamputationen aufgrund einer diabetischen Gangrän halbieren.</li> <li>4. Morbidität und Mortalität der koronaren Herzkrankheit bei Diabetikern durch konsequente Programme der Risikofaktorenreduktion senken.</li> <li>5. Schwangerschaftsrisiko diabetischer Frauen auf das Niveau nicht-diabetischer Frauen senken.</li> </ol>
--

*Quelle:* WHO und IDF (1990)

**123.** In zahlreichen Stellungnahmen der vom Rat befragten Organisationen wurde wiederholt und nachdrücklich auf die derzeit existenten Defizite der Diabetesversorgung hingewiesen. Besonders häufig thematisiert wurde die Unterversorgung bei der Früherkennung und Frühtherapie diabetischer Spät komplikationen. Die in großer Zahl auftretenden Spät komplikationen (Fußam-

putationen, Erblindungen, Nierenversagen u. a.) könnten nach Auffassung der befragten Organisationen zum großen Teil verhindert werden, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie Beratung (einschließlich Schulungen mit dem Ziel, die Eigenverantwortlichkeit, Motivation und Therapie-Compliance des Patienten zu stärken) gemäß gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis erfolgen.

**124.** Die Ursachen für die unbefriedigende Versorgungssituation werden kontrovers diskutiert. In die Debatte mischen sich zugleich Töne einer zunehmenden Ratlosigkeit. Es ist für viele Entscheidungsträger rätselhaft, warum in der Versorgung von Diabetikern bislang kein wesentlicher Qualitätsdurchbruch erzielt werden konnte, obwohl aus medizinischer Sicht alle Voraussetzungen dafür gegeben scheinen:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind gut untersuchte und weiterhin intensiv beforschte Krankheitsbilder. Der Pathomechanismus der diabetischen Syndrome ist im Wesentlichen bekannt. Es liegen evidenzbasierte, kostenwirksame und einfach durchführbare Maßnahmen der Diagnose, Behandlung und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus und seiner Komplikationen vor.
- Es ist empirisch gesichert, dass eine multimodale Diabetes-Therapie (sorgfältige normnahe Einstellung von Blutzucker, Blutdruck und Lipidwerten; Schulungen, verhaltensbezogene und pharmakologische Maßnahmen der Risikofaktorenmodifikation) Früh- und Spät komplikationen erheblich reduzieren, verzögern oder verhindern sowie die Lebensqualität und Lebenserwartung von Typ-1- und Typ-2-Diabetikern verbessern kann.

**125.** Aber nicht nur aus klinischer Sicht sind theoretisch alle Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Diabetes-Versorgung gegeben. Es wurden in den vergangenen Jahren auch zahlreiche krankheitsspezifische *managerial tools* (Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaterialien für unterschiedliche in die Diabetesversorgung involvierte Gesundheitsberufe, Leitlinien, Qualitätsindikatoren, PC-Programme, Telematik) und Versorgungsmodelle (z. B. integrierte Modelle) entwickelt und erprobt.

Dass die bisher erzielten Fortschritte immer noch nicht allen Diabetikern im vollen Umfang zugute kommen, deutet aus Sicht des Rates auf nach wie vor existierende organisatorische und strukturelle Schwierigkeiten hin, die einer flächendeckenden Umsetzung fachlich begründeter Konzepte in Deutschland im Wege stehen.

**126.** Die Defizite in der Diabetikerversorgung sind keineswegs neu, sondern seit vielen Jahren bekannt und haben seitens Politik, Ärzteschaft und Selbstverwaltung vielfältige Initiativen nach sich gezogen. Im Rahmen zahlreicher Projekte wurden neue Versorgungsmodelle für eine verbesserte Diabetesversorgung erprobt, die teilweise im Vergleich zur Regelversorgung vielversprechende Ergebnisse zeigten. Dennoch sind Anzeichen für eine durchgreifend verbesserte Versorgung bestenfalls lokal erkennbar.

**127.** Es wird in diesem Zusammenhang zu Recht immer wieder auf die einer Versorgungsoptimierung hinderlichen organisatorischen, informationellen und finanziellen Grenzen zwischen Sektoren, Institutionen und Professionen im deutschen Gesundheitswesen hingewiesen. Hinzu treten aber auch Grenzen zwischen KV-Bereichen und zwischen den einzelnen Kassenarten bzw. Krankenkassen. Es ist u. a. diese ‚Kleinstaaterei‘ mit einem unübersichtlichen ‚Flickenteppich‘ vorhandener oder fehlender Initiativen, welche die Umsetzung der in § 70 Abs. 1 SGB V geforderten gleichmäßigen Versorgung behindert. Ganz deutlich wird dies z. B. an der regional unterschiedlichen Handhabung der Diabetiker-Schulungen.

**128.** Der Kassenwettbewerb hat diese Problematik dadurch verschärft, dass qualitäts- und strukturverbessernde Maßnahmen häufig eher der Profilierung einzelner Kassen dienen, als insgesamt zu einer flächendeckenden Verbesserung der Versorgung beizutragen. Die in regionalen Qualitäts- und Versorgungsprojekten gewonnenen Erkenntnisse werden oftmals nicht, verzögert oder nur partiell transparent gemacht, um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern oder Kostenträgern zu sichern (Qualitätswissen = Herrschaftswissen, vgl. Band II, Ziffer 333). Eine solche aus Wettbewerbsgründen beabsichtigte Intransparenz ist aus Sicht des Rates kontraproduktiv. Er fordert daher, dass das in einzelnen Projekten der Kassen gewonnene Know-how und die Ergebnisse im Interesse einer gleichmäßigen Versorgung frühzeitig transparent gemacht und in Gremien verantwortlich gesichtet werden, um in eine zeitnahe bundesweite Optimierung der Diabetikerversorgung umgesetzt zu werden. Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sollten sich auf die nach medizinischem Nutzen und Kosten-Nutzen-Relationen besten Betreuungsstandards einigen und ihre qualitätsverbessernden Maßnahmen harmonisieren, so dass jeder Diabeteskranke in Deutschland vor Ort eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte Versorgung erhält.

Die geschilderte Situation ist keineswegs spezifisch für die Diabetesversorgung. Auch in anderen Bereichen besteht das Problem, dass eine flächendeckende Implementierung von wissenschaftlich bereits gesicherten Versorgungsstandards unterbleibt (s. hierzu

auch die Ausführungen in den krankheitsspezifischen Kapiteln 8 - 14). Der Rat fordert daher eine zügige flächendeckende Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle und -konzepte, die sich z. B. in Modellvorhaben und anderen regionalen Projekten bewährt haben. Hierzu muss es eine Selbstverpflichtung der Selbstverwaltung geben und/oder ein Antragsrecht von Betroffenenorganisationen in den Gremien der Selbstverwaltung (Bundesausschüsse, Krankenhausausschuss, Koordinierungsausschuss nach SGB V).

**129.** Große Hoffnungen werden in Deutschland den sog. ‚Disease-Management‘-Ansätzen entgegengebracht. Sie umschreiben einen systematischen und umfassenden Zugang zur verbesserten Versorgung einer definierten Krankheit, ggf. ‚quer‘ zu etablierten Sektoren und Institutionen sowie unter Anwendung von Leitlinien, Behandlungsprotokollen und Informationssystemen. Sie bieten die Chance, Versorgung systematisch, integriert, multiprofessionell und patientenzentriert zu organisieren, nicht zuletzt, wenn die Hausärzte der Patienten involviert sind. In den USA werden Disease-Management-Programme allerdings oft vor allem als eine Methode der Kostenkontrolle angewandt, beziehen sich schwerpunktmäßig auf Schwerkranke und räumen den Patienten oft wenig Mitspracherechte ein. Diese Fehlenentwicklungen sollten bei der Einführung von Disease-Management-Programmen in Deutschland durch konsequentes Qualitätsmanagement, die Setzung angemessener Anreize und die Gewährleistung der Freiwilligkeit der Teilnahme vermieden werden.

### ***Neue Leitbilder im 21. Jahrhundert***

**130.** Die vom Rat geschilderten strukturellen und organisatorischen Probleme in der Versorgung chronisch Kranker sowie die ihnen zugrunde liegenden Denkmuster lassen sich aber anhand ‚isolierter‘, krankheitsbezogener innovativer Versorgungsmodelle und darauf basierender Management-Ansätze allein nicht beheben. Neuorientierungen in der Versorgung chronisch Kranker brauchen auch neue Leitbilder und Werte. Die Auffassung von besserem formalem Management als alleinige Problemlösung (‚Management-Lösungs-Paradigma‘) greift zu kurz, weil es eine Lösung aller Probleme der Gesundheitsversorgung im Sinne einer ‚Auflösung‘ nicht gibt. Probleme und Konflikte aufgrund begrenzter Ressourcen sowie divergierender Ziele, Interessen und Bedürfnisse sind ein dauerhafter Bestandteil des Systems. Notwendig ist vielmehr eine veränderte Ausbalancierung bestehender und neuer Ziele, Bedürfnisse und Interessen.

Das ist auch die Kernbotschaft des aktuellen Berichts des Committee on Quality of Health Care in America – Institute of Medicine (IOM) zu Qualität und Reformbedarf des US-Gesundheitswesens. Das IOM steht vor dem Hintergrund zahlreicher Erfahrungen und Studien den bisher in den USA praktizierten Management-Konzepten als isolierten Ansätzen durchaus nüchtern gegenüber. Der Erfolg derartiger Ansätze, z. B. des ‚Disease-Managements‘, hängt eben nicht nur von der Planungs- und Umsetzungsqualität sowie den technischen und professionellen Rahmenbedingungen ab. Vielmehr ist die Beachtung und die Umsetzung einiger grundsätzlicher neuer Regeln zentral, welche die gegenwärtigen Leitideen der Gesundheitsversorgung verändern und ablösen müssen (s. Tabelle 1).

## **7.6 Versorgung terminal Kranker<sup>36</sup>**

**131.** Derzeit versterben aufgrund chronischer Erkrankungsverläufe jährlich ca. eine dreiviertel Million Erwachsene, davon ca. 210.000 Krebskranke. In den Sterbeprozess von chronisch kranken Patienten sind regelhaft mehrere Institutionen bzw. Dienste eingebunden.

Nach Erfahrungen aus Niedersachsen möchten ca. 80 % der terminal Krebskranken zu Hause sterben. Betrachtet man alle Sterbefälle<sup>37</sup> innerhalb eines Jahres in Deutschland, so ist für die Hälfte der Sterbefälle das Krankenhaus als Sterbeort dokumentiert. Repräsentative Daten für die Versorgungspräferenzen terminal Kranker und ihrem tatsächlichen Sterbeort liegen für Deutschland nicht vor. Aussagekräftigere Erhebungen zu diesen aus Humanitäts- und Planungsgesichtspunkten bedeutsamen Fragen wären aus Sicht des Rates wünschenswert.

**132.** Wie Untersuchungen für den Aids-Bereich exemplarisch gezeigt haben, stehen der häuslichen Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zahlreiche Schwierigkeiten entgegen. Hierzu zählen (1) Qualifikationsdefizite der beteiligten Gesundheitsprofessionen im klinischen und sozialen Bereich, (2) strukturelle Desintegration unterschiedlicher Versorgungsangebote und Hilfesysteme, (3) unzureichende Kooperation insbesondere zwischen Medizin und Pflege, (4) oft auf technisch-instrumentelle Teil-

---

36 Der Rat befasst sich im folgenden nicht mit der aktuell kontrovers diskutierten ‚Sterbehilfe‘ oder dem ‚medizinisch assistierten Sterben‘. Im Mittelpunkt stehen die gegenwärtigen Versorgungsroutinen bei terminal kranken und sterbenden Patienten.

37 Auch durch Unfall, Suizid oder eine vorsätzliche Handlung als äußere Ursache.

leistungen begrenzte unflexible Angebotsprofile, die bei komplexen, zuweilen ad hoc entstehenden Problemlagen schnell an ihre Grenzen kommen, und schließlich (5) zu eng bemessene rechtliche und finanzielle Spielräume für die ambulante Versorgung Schwerkranker und Sterbender. In der Summe lassen diese Schwierigkeiten eine stationäre Versorgung oftmals als die für alle Patienten vermeintlich ‚einfachere und günstigere Lösung‘ erscheinen, auch wenn dies dem erklärten Willen der Patienten widerspricht.

**133.** Erfahrungen bei der Versorgung von terminal Kranken mit Schmerzzuständen zeigen Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Diensten und, zumindest regional, Versorgungsdefizite. Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs sollte sich in dieser Phase aus humanitären Gründen sehr eng an den Präferenzen bzw. dem subjektiven Bedarf der Patienten orientieren. Dabei steht der Respekt vor der persönlichen Würde und Integrität des Schwerkranken im Vordergrund. Finanzielle Überlegungen sollten dabei in den Hintergrund treten, ebenso Details der medizinischen Behandlung der Krankheit, denen terminal ohnehin ein abnehmender medizinischer Grenznutzen zukommt.

**134.** Ein aus medizinischer, aber auch aus Patientensicht herausragendes Versorgungsproblem ist neben der Bekämpfung von z. B. Atemnot, Erbrechen, Blutungen und Angst die angemessene Schmerzbekämpfung. Sie hat insbesondere bei terminal Tumorkranken große Bedeutung; hier zeigen mehrere Studien qualitative Defizite (vgl. Abschnitt 12.3).

**135.** Versterbende bedürfen der besonderen pflegerischen, ärztlichen und psychischen Zuwendung und Unterstützung. Bundesweit werden hier derzeit Defizite gesehen. Zwar bemühen sich verschiedene, teilweise ehrenamtliche Angebote (u. a. sog. ambulante ‚Hospiz‘- oder therapeutische ‚Support‘-Dienste, Beratungsangebote z. B. der Kirchen und kirchlichen Gemeinschaften) diese Lücke zu schließen, aber für diese gibt es bislang in der GKV (SGB V) und in der PKV sowie in der Pflegeversicherung keinen Leistungsrahmen. Ferner werden erhebliche regionale Versorgungsunterschiede gesehen.

## 7.7 Fazit und Empfehlungen

**136.** Der Rat hat Anforderungen an die Versorgung chronisch Kranker formuliert, welche die speziellen Bedürfnisse dieser klinisch, sozialmedizinisch und volkswirtschaftlich eminent wichtigen Patientengruppe berücksichtigen (s. Abschnitt 7.3). Die Versorgung chronisch Kranker in Deutschland wird sich daran messen lassen müssen, inwiefern diese Anforderungen in der flächendeckenden Alltagsversorgung durch professionen-, institutionen- und sektoren-übergreifende Maßnahmen, intensivierete Versorgungsforschung, Flexibilisierung des Systems und die Schaffung zielführender Anreizsysteme tatsächlich erfüllt werden.

**137.** Sowohl die Stellungnahmen der befragten Organisationen als auch die Analysen des Rates zeigen, dass die derzeitige Versorgungssituation bei zahlreichen chronischen Krankheiten deutlich von den formulierten Anforderungen abweicht. Hierbei lassen sich über unterschiedliche Krankheiten hinweg konvergente Muster von Über-, Unter- und Fehlversorgung erkennen, die offenkundig auf eine begrenzte Zahl von überholten ‚Paradigmen‘ und Versorgungsgewohnheiten zurückzuführen sind:

- Dominanz der akutmedizinischen Versorgung; Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation chronisch Kranker.
- Unzureichende Berücksichtigung der sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen (‚somatische Fixierung‘).
- ‚Aktiv-/Passiv-Problematik‘: Der chronisch Kranke wird als passiver Empfänger von medizinischen Leistungen betrachtet. Im Zentrum der passiven Behandlung stehen dementsprechend ‚Reparatur, Kur und Schonung‘.
- Unzureichende Schulung, Information und Partizipation des Patienten und seiner Bezugspersonen.
- Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen.
- Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung.
- Inadäquate Anreizsysteme, die chronisch Kranke für die Krankenkassen und Leistungserbringer zu einem ‚schlechten Risiko‘ machen.

- Unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker in der Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe.

**138.** Es besteht ein deutliches Missverhältnis zwischen Überversorgung im kurativen Bereich einerseits und einer Unterversorgung im Bereich der Prävention und Rehabilitation chronisch Kranker andererseits. Es ist allerdings ungewiss, ob die Summe der derzeit in kurativen Überversorgungen gebundenen Mittel (,Wirtschaftlichkeitsreserven‘) ausreichen würde, die vielfältigen Formen von Unterversorgungen in anderen Bereichen auszugleichen. Es ist ferner unklar, ob und wie die an einer Stelle eingesparten Mittel zielgerecht in andere Bereiche umgeleitet werden können. Ein kurzfristiger, bestenfalls partieller Abbau von Überversorgung ist in leitliniengestützten Versorgungsansätzen (u. U. über geeignete Disease-Management-Programme) denkbar, sofern sie sachgerecht durchgeführt werden und die Beteiligten gut kooperieren (B)<sup>38</sup>.

**139.** Ein nachhaltiger Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie eine angemessene neue Ausbalancierung von Prävention, Kuration und Rehabilitation in der Versorgung chronisch Kranker erfordert eine längerfristige Umsteuerung des Gesundheitssystems durch eine mehrschrittige, aber in ihren Zielen beständig angelegte Gesundheitspolitik (A). Sie verlangt eine grundlegende Änderung von Strukturen, Anreizen, Wissen und Werten (A).

**140.** Die Versorgung des Diabetes mellitus in Deutschland hat sich in den letzten zehn Jahren trotz vielfältiger Bemühungen und einiger regionaler Teilerfolge nicht grundlegend verbessert. Die Zielvorgaben der St.-Vincent-Deklaration von 1989 konnten nicht erreicht werden.

Verantwortlich für diese unbefriedigende Versorgungssituation sind nach wie vor bestehende organisatorische und strukturelle Schwierigkeiten, die einer flächendeckenden Umsetzung fachlich begründeter Konzepte in Deutschland im Wege stehen. Neben den bekannten, einer Versorgungsoptimierung hinderlichen organisatorischen, informationellen und finanziellen Grenzen zwischen Sektoren, Institutionen und Professionen bestehen auch Grenzen zwischen KV-Bereichen und zwischen den einzelnen Kassenarten bzw. Krankenkassen. Es ist u. a. diese ,Kleinstaaterei‘ mit einem unübersichtlichen ,Flickenteppich‘ vorhandener oder fehlender Initiativen, welche die Umsetzung der im SGB V geforderten gleichmäßigen und qualitätsgleichen Versorgung behindert.

---

38 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

**141.** Der Kassenwettbewerb hat diese Problematik dadurch verschärft, dass qualitäts- und strukturverbessernde Maßnahmen in erster Linie der Profilierung einzelner Kassen dienen. Der Rat fordert daher trotz Wettbewerbs zwischen den Kassen eine zügige flächendeckende Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle und -konzepte, die sich z. B. in Modellvorhaben und anderen regionalen Projekten bewährt haben. Hierzu muss es eine Selbstverpflichtung der Selbstverwaltung geben und/oder ein Antragsrecht von Betroffenenverbänden in den Gremien der Selbstverwaltung (Bundesausschüsse, Krankenhausausschuss, Koordinierungsausschuss nach SGB V) (A).

**142.** Ebenso wie die Prävention gehört die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen bei chronisch Kranken. Diese sind als wichtigste Zielgruppe in den Sozialgesetzbüchern V und IX unzureichend erfasst. Dabei eröffnet gerade die moderne Rehabilitation wie kaum ein anderer Behandlungsansatz die Chance auf eine umfassende und multidimensionale Behandlung chronisch Kranker. Die Rehabilitation sollte nicht als Ermessensleistung, sondern als selbstverständlicher Bestandteil einer ganzheitlichen Regelversorgung chronisch Kranker betrachtet werden (A).

Die mit der Novellierung des SGB IX gegebene Chance einer einheitlichen, d. h. alle Rehabilitationsträger umfassenden, abgestuften und flexiblen Gewährung und Erbringung von Rehabilitationsleistungen ist nicht rechtswirksam und verbindlich genutzt worden. Die notwendigen Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes ambulantes Rehabilitationsangebot müssen daher erst noch geschaffen werden (A).

Die Rehabilitation bei chronischen Krankheiten sollte als ein kontinuierlicher, den gesamten Krankheitsverlauf phasenhaft begleitender Prozess betrachtet werden, in dem nicht nur die somatische und psychische, sondern auch die berufliche und biographische Entwicklung des Patienten sowie sein soziales Umfeld berücksichtigt werden (A).

**143.** Insgesamt ist die Versorgung terminal chronisch Kranker in Deutschland unbefriedigend. Der Rat hält wegen der großen Bedeutung dieses Versorgungsbereichs intensiviertere, qualitätsorientierte Versorgungsforschungsprojekte (D) sowie den Ausbau von Hospizen und anderen spezialisierten ambulanten und stationären Angeboten (A) für erforderlich.

## **8. Ischämische Herzerkrankungen, inklusive Myokardinfarkt**

### **8.1 Krankheitslast**

**144.** Die koronare Herzerkrankung (KHK) steht weltweit an der Spitze der häufigsten Todesursachen. In Deutschland sind alle kardiovaskulären Erkrankungen zusammen genommen (ICD-10 I00-I99) für ca. 50 % der Todesursachen verantwortlich. Etwa 21 % der Deutschen versterben an akuten oder chronischen Folgen einer koronaren Herzerkrankung. Mit 54 - 70 % ist die KHK die wichtigste Ursache der Herzinsuffizienz, die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Obwohl 1998 nur ca. 5 % der Berentungen wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit aufgrund einer koronaren Herzkrankheit erfolgten, sind die KHK-bedingten Ausfallszeiten je Fall die höchsten nach den krebsbedingten Krankheitsfällen. Das Risiko für eine KHK wird beeinflusst durch Alter, Geschlecht, biomedizinische (z. B. Dyslipidämie, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas), psychosoziale und sozioökonomische Faktoren (z. B. soziale Unterstützung, schichtspezifische Lebensstile, Stress). Trotz intensiver Anstrengungen in der Akutversorgung kardialer Ereignisse, konnten bislang in Deutschland im Vergleich zu anderen westlichen Ländern nur mittelmäßige Erfolge hinsichtlich des Rückgangs der kardialen Mortalität erzielt werden.

### **8.2 Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**145.** Zu Versorgungsproblemen bei ischämischen Herzerkrankungen äußerten sich in der vom Sachverständigenrat durchgeführten Befragung die in Tabelle 10 aufgeführten 21 Organisationen<sup>39</sup>. Die Einschätzung der Situation durch die verschiedenen Gruppen der Stellungnehmenden deckte sich nur bedingt. Während von den Fachgesellschaften überwiegend Unter- und/oder Fehlversorgung konstatiert wurde, stellten die Mitgliedsorganisationen der KAiG in etwa gleichem Maße eine bedarfsgerechte bzw. Überversorgung wie eine Unter- und/oder Fehlversorgung fest. Die Betroffenenorganisationen benannten vor allem Unterversorgungssituationen.

---

<sup>39</sup> Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

**Tabelle 10: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei ischämischen Herzerkrankungen getroffen haben**

Name der Organisation (A - Z)	Organisationstyp
BÄK, KBV und Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung	KAiG und Sonstige
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.	KAiG und Sonstige
Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen	KAiG und Sonstige
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.	KAiG und Sonstige
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen e.V.	Betroffenen-Organisation
Deutsche Herzstiftung e.V.	Betroffenen-Organisation
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	KAiG und Sonstige
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes	KAiG und Sonstige
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	KAiG und Sonstige
Robert Koch-Institut	KAiG und Sonstige
Sächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	KAiG und Sonstige
Spitzenverbände der GKV und der MDS	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Verband Forschender Arzneimittelhersteller	KAiG und Sonstige
Verband physikalische Therapie	KAiG und Sonstige

### **Prävention**

**146.** Die Wirksamkeit einer auf medikamentöser Cholesterinsenkung beruhenden Primärprävention wurde in der Regel nicht in Frage gestellt. Verschiedentlich wurde jedoch darauf hingewiesen, dass sich der Nutzen für den Einzelnen nicht vorhersagen lässt. Hieraus könne sich bei undifferenzierter Verordnung von cholesterinsenkenden Medikamenten, auch wegen der u. U. auftretenden Nebenwirkungen, möglicherweise eine Über- bzw. Fehlversorgung ergeben. Tendenziell überwogen jedoch Aussagen, die eine Unterversorgung hinsichtlich der Verordnung von cholesterinsenkenden Medikamenten zur Primärprävention annahmen. Viele Stellungnahmen beschrieben deutliche Mängel in der nicht-pharmakologischen Primär- und Sekundärprä-

vention. Insbesondere vorbeugende Maßnahmen, beispielsweise zur Beeinflussung des Lebensstils, würden selten ausgeschöpft, obwohl deren Wirksamkeit belegt sei. Zur Verbesserung der Versorgung wurden u. a. ein „Nationales Präventionsprogramm“ gefordert, mit dem möglichst frühzeitig (u. U. bereits im Kindesalter) Risikofaktoren beeinflusst werden sollten. Die präventive Versorgung sollte dabei evidenzbasierten Leitlinien folgen, welche bislang in Deutschland fehlten.

### ***Diagnostik***

**147.** Ein Teil der Aussagen zum Bereich der Diagnostik der koronaren Herzerkrankung stellte eine bedarfsgerechte Versorgung bzw. Überversorgung fest. Kritisiert wurde u. a. die im internationalen Vergleich hohe Anzahl diagnostischer Linksherz-Katheter-Untersuchungen. In anderen Stellungnahmen hingegen wurde diesbezüglich vor allem eine regionale Unterversorgung konstatiert. Kontrovers diskutiert wurden auch innovative diagnostische Verfahren, die den nicht-invasiven Nachweis von Koronarkalk erlauben. Hier bestünde die Gefahr einer Über- bzw. Fehlversorgung durch ungezieltes Screening. Die Echokardiografie, einschließlich der Stressechokardiografie, wurde einhellig als wichtiges und zuverlässiges Instrument zur Diagnostik und Verlaufskontrolle der KHK eingestuft. Die Bedeutung evidenzbasierter Leitlinien, einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der Qualitätskontrolle diagnostischer Verfahren wurde hervorgehoben.

### ***Pharmakotherapie***

**148.** Während im Rahmen der Primärprävention der KHK die medikamentöse Cholesterinsenkung kontrovers diskutiert wurde, bestand hinsichtlich der Sekundärprävention Konsens darüber, dass Unter- bzw. Fehlversorgung bei der Verordnung von Lipidsenkern bestehe. Für die Unterversorgung wurden die mangelnde Beachtung evidenzbasierter Leitlinien, die in Deutschland bisher noch fehlten, und die finanzielle Restriktion durch die Arzneimittelbudgetierung verantwortlich gemacht.

### ***Sonstige Therapieformen***

**149.** Die Beurteilung der Versorgungssituation hinsichtlich invasiver Therapieformen war ähnlich wie bei der Koronarangiografie von Kontroversen geprägt. Es wurde z. T. Unterversorgung bezüglich des Einsatzes innovativer Therapieformen beklagt, was im wesentlichen auf Finanzierungsprobleme zurückgeführt wurde. Teure Verfahren sollten generell auf ausgewiesene Zentren und Universitätskliniken beschränkt werden. Trotz aller bisherigen Anstrengungen seien in der Akutversorgung des Herzinfarktes noch Verbesserungen zu erzielen. Des Weiteren wurde verschiedentlich Kritik hinsichtlich der starken Zunahme der Anbieter- und Leistungszahlen, der regional inhomogenen Verteilung von interventionellen kardiologischen Leistungen, der als

unzureichend eingestuft Ausstattung mit Intensivbetten und der zu langen Krankenhausverweildauer geäußert.

Die (ambulante) Versorgungssituation mit physikalischen und physiotherapeutischen Maßnahmen bei ischämischen Herzerkrankungen wurde als bedarfsgerecht eingeschätzt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen würden dagegen nicht in ausreichendem Maße realisiert. Übereinstimmend wurde die Bedeutung evidenzbasierter Leitlinien und die Notwendigkeit fortgesetzter Datensammlung betont, da die derzeitige unzureichenden Datenlage keine eindeutige Aussage darüber erlaube, was als ‚optimaler‘ Versorgungsgrad zu bezeichnen sei.

### 8.3 Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates

#### *Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland*

**150.** Einige Daten zur aktuellen Versorgungssituation, welche die große Bedeutung ischämischer Herzerkrankungen bzw. der Kardiologie innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems erkennen lassen, sind in Tabelle 11 zusammengefasst.

**Tabelle 11: Aktuelle Versorgungslage in der Kardiologie in Deutschland (Stand 1999)**

<b>Anzahl Kardiologen insgesamt</b>	2.167 (= 26,4 pro 1 Mio. Einwohner)
- davon vertragsärztlich tätig	1.752 (= 21,4 pro 1 Mio. Einwohner)
<b>Anzahl internistischer Betten (Akutkliniken)</b>	183.984
- davon kardiologisch	15.378
- davon der Kardiologie zugeordnete Intensivbetten (%)	9,7
- Nutzungsgrad der kardiologischen Intensivbetten (%)	78,8
<b>Patientenfallzahl internistischer Abteilungen</b>	5,76 Mio.
- davon in kardiologischen Abteilungen behandelt	729.016
<b>Anzahl Patienten mit Entlassungsdiagnose ICD-9 410-414</b>	849.557
<b>Anzahl internistischer Betten (Reha-Kliniken)</b>	56.226
- davon kardiologisch	11.751

*Quelle:* Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2001b) und Bruckenberger, E. (2000)

### ***Koronare Interventionen***

**151.** Ein wesentlicher Kostenfaktor bei der Behandlung der KHK sind die invasiven koronaren Interventionen. Für Linksherzkatheter-Untersuchungen, PTCA's inklusive Stents und AHB-Maßnahmen wurden von den Krankenkassen 1999 etwa 5,2 Mrd. DM ausgegeben. Tabelle 12 zeigt die massive Leistungsausweitung invasiver Diagnose- und Therapiemaßnahmen für den Zeitraum von 1990 bis 1999. Innerhalb Deutschlands bestehen deutliche regionale Unterschiede bezüglich kardialer Mortalität und Zahl der durchgeführten Interventionen. Regionale Morbiditätslast und Leistungsdichte decken sich nicht. Der Trend zur Leistungsausweitung ist zwar international zu verzeichnen, Deutschland weist jedoch innerhalb Europas die höchsten Interventionsraten auf. Angesichts der hohen Interventionszahlen bzw. der insgesamt eingesetzten Ressourcen ist der Rückgang der kardialen Mortalität in Deutschland im internationalen Vergleich eher gering.

***Tabelle 12:*** Entwicklung der Anzahl der invasiv tätigen kardiologischen bzw. kardiochirurgischen Einrichtungen und der durchgeführten Interventionen von 1990 bis 1999 in Deutschland

	1990	1999	Veränderung gegenüber 1990
Linksherzkathetermessplätze	233	513	+ 120 %
Koronarangiografien	193.673	561.623	+ 190 %
PTCA's	33.785	166.132	+ 392 %
Operativ tätige Herzzentren	46	81	+ 76 %
Herzoperationen (mit Herz-Lungen-Maschine)	38.712	96.906	+ 150 %

*Quelle:* Eigene Darstellung nach Bruckenberg, E. (2000)

**152.** Aus diesen globalen Zahlenangaben lassen sich noch keine unmittelbaren Schlüsse auf die Versorgungssituation ziehen. Stellt man sie jedoch Ergebnisparametern wie der KHK-bedingten Mortalität gegenüber oder betrachtet sie ländervergleichend, wird ein Missverhältnis zwischen Aufwand und Ergebnis deutlich. Aus einer bevölkerungsbezogenen Perspektive lässt sich der Schluss ziehen, dass eine einseitig auf technische Interventionen gestützte Strategie die KHK-bedingte Morbiditäts- und Mortalitätslast

nicht wirksam senken kann. Sowohl die Befragungsergebnisse als auch die vorliegenden Daten deuten auf ein Missverhältnis zwischen den hohen Aufwänden für pharmakologisch-technische Maßnahmen und dem relativ geringen Ressourceneinsatz für präventive Interventionen hin.

**153.** Der positive Zusammenhang zwischen leistungserbringer- bzw. institutionbezogenem Leistungsvolumen und Ergebnisqualität ist – gerade auch für den Bereich der Kardiologie und Herzchirurgie – hinlänglich belegt. Eine Erhöhung der Zahl der Leistungserbringer kann mithin – bei gleichbleibendem Leistungsvolumen – negative Auswirkungen auf die Qualität haben. Bei einer Steigerung der Leistungszahlen mit zunehmender Zahl der Leistungserbringer (Stichwort: angebotsinduzierte Nachfrage) treten unerwünschte ökonomische und medizinische Effekte durch eine Ausweitung der Indikationsstellung auf. Sowohl unter Qualitätssicherungsaspekten als auch aus ökonomischen Gründen erscheint daher eine sektorenübergreifende Regulierung der Zahl der interventionell bzw. operativ tätigen Leistungserbringer sinnvoll.

**154.** Da aufgrund des wissenschaftlich-technischen Fortschritts, der demografischen Entwicklung, der Prävalenz lebensstilassoziierter Risikofaktoren und der vorhandenen monetären Anreizsysteme die Leistungsausweitung in der Kardiologie, sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie vermutlich weiter zunehmen wird, ist aus Sicht des Rates die Prävention ischämischer Herzkreislauferkrankungen von herausragender Bedeutung. Die Primärprävention wird nach Schätzungen auf der Basis von Simulationsmodellen aus gesundheitsökonomischer Sicht um so attraktiver, je optimistischer die Annahmen über zukünftige therapeutische Erfolge sind, da eine verlängerte Lebenserwartung von KHK-Patienten zu einem erhöhten Ressourceneinsatz für die Versorgung chronisch Herzkranker führt. Die Beurteilung der Versorgungssituation sollte nicht nur anhand der individuellen Angemessenheit interventioneller Leistungen erfolgen, sondern sich auch am bevölkerungsbezogenen Verhältnis von Aufwand und Nutzen dieser Maßnahmen orientieren sowie vorhandene Alternativen berücksichtigen.

### ***Hypertonie als Risikofaktor der koronaren Herzkrankheit***

**155.** Die arterielle Hypertonie gilt als klassischer Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse. Dabei wird ein erhöhter Blutdruck bei Werten über 140/90 mmHg angenommen (WHO-Definition). Eine frühzeitige, konsequente und die evidenzbasierten Zielwerte erreichende Blutdruckeinstellung ist entscheidend, um das Morbiditäts- und Mor-

talitätsrisiko zu reduzieren. Die Daten des Bundesgesundheits surveys verdeutlichen die herausragenden Stellenwert der Hypertonie als Volkskrankheit. So hatten 1998 in Deutschland 48 % der Männer und 39 % der Frauen einen Blutdruck über 140/90 mmHg.<sup>40</sup>

Daten der deutschen Herz-Kreislauf-Studie (DHP) zeigen, dass die Prävalenz der Hypertonie in Deutschland bei etwa 30 % stagniert. In der untersuchten Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 18 und 69 Jahren wussten 45 % der Personen, bei denen ein zu hoher Blutdruck diagnostiziert wurde, dass sie unter einer Hypertonie litten, ca. 28 % wurden medikamentös behandelt und 5 % der Bluthochdruckpatienten konnten als adäquat kontrolliert eingestuft werden. Auch Daten der MONICA-Studie weisen auf Defizite bei der Diagnostik der Hypertonie in Deutschland hin: Nur bei ca. 54 % der männlichen und 64 % der weiblichen Hypertoniker wurde ein zu hoher Blutdruck ärztlicherseits diagnostiziert. Während in den USA ein positiver Trend hinsichtlich des Bekanntheitsgrades, der Behandlung und Kontrolle der arteriellen Hypertonie und korrespondierend damit der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität zu beobachten ist, verläuft die Entwicklung in Deutschland eher gegenläufig.

**156.** Auch hinsichtlich der medikamentösen und der nicht-medikamentösen Therapie des Bluthochdrucks ist eine deutliche Unterversorgung aus Studiendaten abzuleiten. Erhebungen zeigen, dass etwa zwei Drittel der Hypertoniker in Deutschland inadäquat medikamentös therapiert werden. Nach Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys 1998 weisen lediglich ca. 20 % der antihypertensiv Behandelten die therapeutisch erwünschten Blutdruckwerte auf. Obwohl eine stetige Zunahme der Hypertoniebehandlungen bei Männern und Frauen um ca. 10 % zu verzeichnen ist, sinkt die entsprechende Anzahl der unzureichend eingestellten Bluthochdruckpatienten nicht. Dies lässt auf eine eher zurückhaltende, nicht aggressiv und konsequent genug durchgeführte Therapie bei Bluthochdruckpatienten und auf eine unzureichende Umsetzung der vorhandenen evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung der Hypertonie schließen.

Im Rahmen der nicht-medikamentösen Behandlung werden oft die blutdruckbeeinflussenden Faktoren Übergewicht, Bewegungsmangel, Alkohol- und Zigarettenkonsum und übermäßige Kochsalzaufnahme vernachlässigt. Da diese Faktoren auch als allgemeine Risikofaktoren für die Entwicklung einer Hypertonie gelten, kommt ihnen eine große präventive Bedeutung zu. Aber auch hier konnten die Ziele im Rahmen der Primär- und

---

40 Prävalenzangaben als Mittelwert über alle Altersstufen erwachsener Männer und Frauen.

Sekundärprävention zur Reduzierung der Inzidenz der Hypertonie in Deutschland durch verhaltensändernde Maßnahmen nicht erreicht werden.

**157.** Zusammenfassend ergibt sich für Deutschland Unterversorgung bei der Diagnostik des Bluthochdrucks, Unter- und Fehlversorgung bei der medikamentösen antihypertensiven Therapie sowie Unterversorgung vor allem bei der Prävention und der nicht-medikamentösen Behandlung der blutdruckbeeinflussenden Risikofaktoren.

### ***Primärprävention ischämischer Herzerkrankungen***

**158.** Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die Primärprävention der ischämischen Herzerkrankungen eine herausragende Bedeutung. Durch verhaltensbezogene Risikofaktorenmodifikation könnte die KHK-bedingte Krankheitslast um 20 - 30 % reduziert und damit ein Einsparpotential von ca. 3 - 4 Mrd. DM (bezogen auf das Jahr 1994) in den jährlichen Gesundheitsausgaben erzielt werden. Bei den Maßnahmen zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen ist zwischen bevölkerungs-, gruppen- und individuenbezogenen primärpräventiven Interventionen zu unterscheiden. Durch populationsbezogene Präventionsstrategien lassen sich die hohe Prävalenz leichter Erhöhungen multipler Risikofaktoren und gleichzeitig die zugrundeliegenden interagierenden gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen am besten angehen. Die Kosteneffektivität populationsbezogener Prävention steigt, wenn auf umfangreiche, kostentreibende Screening-Untersuchungen weitestgehend verzichtet werden kann. Bezüglich bevölkerungsbezogener Präventionsmaßnahmen besteht nach Auffassung des Rates eine Unterversorgungssituation.

**159.** Im Gegensatz zu primärpräventiven Interventionen konzentrieren sich gruppenbezogene Maßnahmen auf Subpopulationen mit einem bestimmten kardiovaskulären Risikoprofil. Unter Ausnutzung moderner Informationstechnologie und intersektoraler bzw. administrativer Vernetzungsmöglichkeiten könnten geeignete Zielgruppen anhand von Routinedaten identifiziert werden. Die notwendigen Daten liegen vor und könnten personenbezogen zusammengeführt werden. Bislang wird dies jedoch durch die datenschutzrechtlichen Bestimmungen behindert.

Effektivität und Effizienz einer am absoluten individuellen Risiko orientierten Primärprävention müssen dringend unter Alltagsbedingungen evaluiert werden. Vor allem wä-

re zu definieren, welche Bestandteile die Interventionen enthalten sollten, nach welchen Algorithmen sie zur Anwendung kommen und wie eine hinreichende Qualität gewährleistet werden kann.

### ***Sekundärprävention und Rehabilitation ischämischer Herzerkrankungen***

**160.** In Übereinstimmung mit den hierzu stellungnehmenden Organisationen stellt der Rat eine erhebliche Unter- und Fehlversorgung für pharmakologische und verhaltensorientierte sekundärpräventive Interventionen fest. Obwohl medikamentöse Maßnahmen zur Sekundärprävention ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, belegen aktuelle Studien einen unzureichenden Einsatz dieser Substanzen. Deutschland nimmt bei der Umsetzung evidenzbasierter medikamentöser Therapieempfehlungen und hinsichtlich des Erreichens von Therapiezielen im internationalen Vergleich eine Position im Mittelfeld ein. Präventive Lebensstiländerungen werden trotz nachgewiesener Effekte von Verhaltensänderungen, ihrer Einbeziehung in Leitlinien zur Prävention der KHK und ihrer Einbettung in Konzepte zur umfassenden kardialen Rehabilitation (WHO-Konzept der „*comprehensive cardiac rehabilitation*“) noch zu selten konsequent in die Praxis umgesetzt. Da Rehabilitationsmaßnahmen weiterhin ganz überwiegend stationär und wohnortfern stattfinden, werden u. a. die Überführung von Verhaltensänderungen in das Alltagsleben und die Gewährleistung einer kontinuierlichen Betreuung erschwert. Desweiteren wird seit langem die meist einseitige Orientierung der Sekundärprävention und der kardialen Rehabilitation an biomedizinischen Risikofaktorenkonzepten kritisiert. Obwohl effektive und effiziente Maßnahmen zur Sekundärprävention der KHK zur Verfügung stehen, mangelt es an deren Umsetzung in die Praxis.

#### **8.4 Fazit und Empfehlungen des Rates**

**161.** Die Versorgung von Patienten mit ischämischen Herzerkrankungen in Deutschland weist schwerwiegende Mängel auf und ist durch das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Zusätzlich bestehen z. T. deutliche regionale Versorgungsunterschiede. Vereinfacht kann die Situation als Vernachlässigung der Prävention und Rehabilitation gegenüber der (interventionellen) Kuration beschrieben werden. Zu den versorgungsrelevanten Besonderheiten ischämischer Herzerkrankungen gehört u. a. die z. T. erhebliche Überschneidung von Prävention, Kuration und Rehabi-

litation. Dies gilt beispielsweise für die Motivation zu regelmäßiger körperlicher Aktivität, die Raucherentwöhnung oder eine antihypertensive und cholesterinsenkende Pharmakotherapie. Die präventive, kurative und rehabilitative Versorgung bei KHK muss daher nach Meinung des Rates integriert, multimodal und koordiniert erfolgen. Nach Auffassung des Rates nimmt Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Ressourceneinsatz und Versorgungsergebnissen eine eher ungünstige Position ein. Hierzu tragen bei:

- Unterversorgung bei primärpräventiven Maßnahmen,
- Unter- bzw. Fehlversorgung bei sekundärpräventiven Maßnahmen,
- Unterversorgung im Bereich der Hypertoniebehandlung,
- Unter- bzw. Fehlversorgung in der Akutbehandlung des Myokardinfarktes,
- Überversorgung mit koronarinterventionellen Maßnahmen und
- Unter- bzw. Fehlversorgung bei der Rehabilitation.

**162.** Zum Abbau der Über-, Unter- und Fehlversorgung bei ischämischen Herzerkrankungen empfiehlt der Rat:

- Intensivierung von präventiven Bemühungen im Rahmen eines integrativen Mehrebenenkonzeptes zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen im Sinne eines „Nationalen Herz-Kreislauf-Präventionsprogrammes“ für Deutschland (unter Einschluss der ebenfalls empfohlenen „Nationalen Anti-Tabak-Kampagne“; vgl. Abschnitt 12.1). Aspekte der Bürgerpartizipation, der Gemeindenähe und des jeweiligen soziokulturellen Kontextes der Zielgruppen sollten dabei angemessen berücksichtigt werden (A)<sup>41</sup>;
- flächendeckende Implementierung von bevölkerungs- und gruppenbezogenen, verhaltens- und verhältnisorientierten primärpräventiven Maßnahmen, unter weitestgehendem Verzicht auf kostentreibende zusätzliche Screeningmaßnahmen (A);
- flächendeckende Einführung von gesundheitsfördernden Interventionen nach dem Setting-Konzept, die bereits im Kinder- und Jugendalter beginnen (A);
- Orientierung der Individualprävention am absoluten kardiovaskulären Gesamtrisiko (individuelle Risikostratifikation) (A);

---

41 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

- verstärkte Anstrengungen, um den evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen zur Sekundärprävention bzw. Behandlung der koronaren Herzerkrankung endlich flächendeckend zur Umsetzung im medizinischen Alltag zu verhelfen (A);
- Verbesserung von Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie, insbesondere durch Umsetzung vorhandener evidenzbasierter Leitlinien und Berücksichtigung des Krankheitsrisikos für kardiale Folgeerkrankungen (A);
- Verstärkung des Angebotes evaluierter Präventionsprogramme und die Integration von gruppenbezogenen, verhaltensmodifizierenden präventiven Interventionen in Case/Disease-Management-Programme (A);
- Verbesserung der Akutversorgung des Myokardinfarkts durch Optimierung der Notfallversorgung durch Professionelle und Laien, der Primärversorgung im Krankenhaus (Stichwort: „door-to-needle-time“) und der Umsetzung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen (A);
- Verstärkte Berücksichtigung von Health Technology Assessment (HTA) bei Zulassungs- und Kostenübernahmeentscheidungen für kosten- und risikoträchtige Interventionen (A);
- Optimierung des Qualitätsmanagements und Förderung der Transparenz des Leistungsgeschehens in der interventionellen Kardiologie, u. a. durch verbindliche, standardisierte Registrierung und unabhängige wissenschaftliche Evaluation der erhobenen Daten, Etablierung von Modellen z. B. zur Doppelbefundung und stichprobenartigen Überprüfung, Bildung von Kompetenzzentren für hochkomplexe, innovative und sehr kostenträchtige diagnostische und therapeutische Maßnahmen und verstärkten Einsatz von Health Technology Assessment (B);
- Entwicklung angemessener Anreiz- und Regulierungssysteme zur Förderung einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten Verteilung der vorhandenen Ressourcen über das gesamte Bundesgebiet, insbesondere im Bereich der interventionellen Kardiologie (C);
- Evaluation von Lösungsansätzen zur Reduktion der KHK-Morbidität und -Mortalität, die nicht in erster Linie auf individuenbezogenen, technikgestützten diagnostischen und therapeutischen Interventionen basieren. Hierzu bedarf es der Förderung der Präventions- und Versorgungsforschung (A).

**163.** Nach Auffassung des Rates können diese Ziele nur durch gemeinschaftliche und koordinierte Anstrengungen aller Akteure innerhalb des Gesundheitssystems erreicht werden. Eine höhere Effektivität ist aus Sicht des Rates z. B. durch die Bündelung von Aufgaben im Rahmen von Case/Disease-Management-Programmen zu erwarten. Zur Verbesserung der Versorgungssituation bei ischämischen Herzkrankheiten ist über die Grenzen des Gesundheitssystems hinaus die Zusammenarbeit von Bürgern, Politikern, Industrie, Medien und Erziehungswesen notwendig. Konzertierte gesellschaftliche und politische Aktivitäten zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes sollten daher die Basis eines präventiven Gesamtkonzeptes bilden.

## **9. Zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall**

### **9.1 Krankheitslast**

**164.** Der Schlaganfall ist nach den Herz-Kreislaufkrankungen und malignen Neubildungen die dritthäufigste Todesursache (11,4 %) in Deutschland. Etwa 20 % der Patienten sterben innerhalb von vier Wochen nach einem Schlaganfall und über 37 % der Neuerkrankten innerhalb eines Jahres. Die 5-Jahres-Überlebensrate nach erstmaligem Hirninfarkt beträgt ca. 40 bis 50 %.

Der Schlaganfall stellt in Deutschland die häufigste Ursache für eine lebenslange Behinderung im Erwachsenenalter dar. Die Folgen des Schlaganfalles reichen von eingeschränkter Haushaltsführung und Arbeitsunfähigkeit bis hin zur völligen Pflegebedürftigkeit.

**165.** Wie für viele andere Erkrankungen ist die Datenbasis zum Schlaganfall in Deutschland schmal. Die Angaben zur Zahl der jährlich in Deutschland neu auftretenden Schlaganfälle liegen zwischen 120.000 und 350.000. Es wird geschätzt, dass insgesamt in Deutschland ca. 1 bis 1,5 Millionen Menschen an den Folgen eines Schlaganfalls leiden; diese Zahlen entsprechen den europäischen Vergleichswerten.

Für den Schlaganfall konnte in Studien gezeigt werden, dass die Prävalenz in unteren sozialen Schichten höher ist als in höheren sozialen Schichten. Dies gilt sowohl für Männer und Frauen als auch für alle Altersgruppen. Mit zunehmendem Alter nehmen die schichtspezifischen Unterschiede ab.

### **9.2 Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**166.** Zur Versorgungslage bei ‚zerebrovaskulären Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall‘ haben sich in der Befragung des Rates zwanzig Organisationen geäußert, darunter hauptsächlich Fachgesellschaften und Organisationen der KAiG<sup>42</sup> (Tabelle 13).

---

42 Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

**Tabelle 13: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei zerebrovaskulären Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall, getroffen haben**

Name der Organisation (A - Z)	Organisationstyp
Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e. V. (BaKUK)	Betroffenen-Organisation
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Angiologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Fachgesellschaft
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (mit KBV und BÄK)	KAiG und Sonstige
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	KAiG und Sonstige
Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen	KAiG und Sonstige
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	KAiG und Sonstige
Deutsche Krankenhausgesellschaft	KAiG und Sonstige
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.	KAiG und Sonstige
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Diakonisches Werk der Evang. Kirche in Deutschland e.V.	KAiG und Sonstige
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes	KAiG und Sonstige
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen	KAiG und Sonstige
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	KAiG und Sonstige
Robert Koch-Institut	KAiG und Sonstige
Sozialministerium des Landes Baden Württemberg	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Verband physikalische Therapie	KAiG und Sonstige
Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Spontane Zuschriften

Zum Thema ‚zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall‘ wurden in der überwiegenden Zahl Aussagen zu Unter- und Fehlversorgung getroffen. Keine der Aussagen wurde als ausschließlich ökonomische Überversorgung interpretiert. Aussagen zu Überversorgung wurden mit verschwindend geringem Anteil gemacht.

**167.** Die mangelhafte Primär- und Sekundärprävention der entsprechenden Risikofaktoren des Schlaganfalles wurde als Fehlversorgung kritisiert.

**168.** Die Behandlung von Schlaganfallpatienten in Kliniken ohne Computertomografen sei Fehlversorgung. In Deutschland müsse ein großer Teil der Schlaganfallpatienten nach wie vor

in kleinen Kliniken versorgt werden, wo die notwendige Ausrüstung wie z. B. Computertomografie, Echokardiografie und Dopplersonografie sowie eine umfassende Expertise für die Betreuung von Schlaganfallpatienten fehle. Ohne diese Diagnostik könne nicht zwischen einer Hirnischämie und einer Hirnblutung unterschieden werden.

**169.** Es wurde kritisiert, dass die prognoseverbessernde Lysetherapie bei einer viel zu geringen Zahl von Patienten rechtzeitig angewendet werde. Es wurde auf die Gefahr durch verzögerten Therapiebeginn in der Routineanwendung hingewiesen, womit mehr Patienten Schaden als Nutzen zugefügt werden könne.

**170.** Von einem Teil der befragten Organisationen wurde kritisiert, dass die Versorgungssituation mit *stroke units* in Deutschland nicht flächendeckend gewährleistet sei. Dies gefährde die notwendige intensive Frühversorgung der Patienten. Von anderen Organisationen wurde empfohlen, in den vorhandenen Intensiveinheiten die erforderliche neurologische Kompetenz auszubauen.

**171.** Unterversorgung und Fehlversorgung entstehe durch zu späte, zu seltene oder ganz fehlende Behandlung durch Fachtherapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden).

**172.** Es wurde kritisiert, dass ältere Schlaganfallpatienten nach dem Krankenhausaufenthalt und der Rehabilitation häufig unterversorgt seien. Es wurde empfohlen, Patienten in fortgeschrittenem Alter in geriatrischen Einrichtungen zu versorgen, welche eine adäquate Therapie und sinnvolle Rehabilitation nicht nur der neurologischen Erkrankung, sondern auch der oftmals vorliegenden Vielzahl von Begleiterkrankungen ermöglichen.

**173.** Nach Krankenhausentlassung wurde bei der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten die mangelnde ambulante wohnortnahe Versorgung z. B. durch mobile multiprofessionelle Rehabilitationsdienste kritisiert. Auch für jüngere Erwachsene mit zerebrovaskulären Erkrankungen, deren Zahl in den letzten Jahren zugenommen habe, sei das rehabilitative Angebot unzureichend.

**174.** Die Zeitverzögerung zwischen dem Auftreten erster Symptome und dem Beginn einer Behandlung bestimme das Ausmaß bleibender Gesundheitsstörungen und sei somit entscheidender Faktor für den Therapieerfolg. Es wurde von den Organisationen empfohlen, durch Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit die Problematik der Prähospitalzeit bei Schlaganfallpatienten einer breiten Öffentlichkeit bewusst zu machen.

Da dem Schlaganfall herausragende sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Bedeutung zukomme, bedürfe es der Optimierung der Versorgung nach evidenzbasierten, prozessorientierten Leitlinien, die bislang in Deutschland fehlten.

Zur Überwindung der Schnittstellenprobleme wurde die Einführung einer Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung für Schlaganfallpatienten empfohlen, wie bereits von der Geschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen oder im Rahmen des Schlaganfallprojektes in Hamburg praktiziert werde.

### 9.3 Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates

#### *Unzureichende Datenlage*

**175.** Die bislang unzureichende Datenbasis bei der Erhebung von Primärdaten zu Schlaganfall hat sich in den letzten Jahren etwas verbessert. Beigetragen haben dazu v. a. neuere bevölkerungs- bzw. einrichtungsbezogene Schlaganfallregister und einige wenige Bevölkerungsstudien. Weitere Daten finden sich in der Gesundheitsberichterstattung. Dennoch besteht derzeit, wie auch von den befragten Organisationen kritisiert, keine Transparenz bzgl. der Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. Tabelle 14 gibt exemplarisch einen Überblick über bestehende Erhebungen zur Versorgungslage des Schlaganfalles in der deutschen Bevölkerung, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Dabei sind Einschlusskriterien, Erhebungsmodi und Qualitätssicherung der einzelnen Erhebungen leider nicht immer vergleichbar. Dies macht die Notwendigkeit einer transparenten übergreifenden Erhebung von Inzidenzen, Prävalenzen, Behandlungsschemata, Outcomes und Follow-ups für die Versorgungslage von Schlaganfallpatienten deutlich.

**Tabelle 14: Datenquellen zum Schlaganfall in Deutschland**

<b>Art der Erhebung</b>	<b>Beispiele</b>
Bevölkerungsregister	Erlanger Schlaganfall Projekt (seit 1994) Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg (seit 1998)
Schlaganfallregister	WHO-Schlaganfallregisterprojekt (seit 1972 in der ehemaligen DDR, nach 1989 jedoch reduziert) Projekt Schlaganfalldatenbank der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe Epi-Stroke Teilprojekt der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Krankenhausbasierte Register	Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz (5/1993-2/1995) Erhebung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung des Saarlandes (1998) Düsseldorfer Schlaganfallprojekt Klinikum Kassel, AOK, Kreiskrankenhaus Eschwege (seit 9/2000) ,Qualitätssicherung und Ergebnisevaluation bei Schlaganfallbehandlung‘ Schleswig-Holstein, 11 Klinken und MDK (10/2000-9/2001)
Bevölkerungsstudien	Prospektive Cardiovasculäre Münster Studie, PROCAM (1988) Deutsche Herz-Kreislauf Präventionsstudie, DHP (1984-1991) Augsburger Seniorenstudie (1997/98) Bundesgesundheitsurvey (1998)
Daten aus Sekundärquellen	Stichprobe der Versicherten der AOK Dortmund (1988)

*Quelle:* Eigene Darstellung nach Berger, K. et al. (2000) und Fritze, J. (1999)

**176.** Der hohe Anteil bleibender Behinderungen führt zu vermehrter Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung mit entsprechenden direkten Krankheitskosten. Die Pflegeversicherungen haben bisher keine Analysen der pflegebegründeten Diagnosen publiziert. Zu den als Härtefall im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes anerkannten Pflegebedürftigen<sup>43</sup> der privaten Pflegepflichtversicherung tragen Schlaganfallkranke mit ca. 17 % bei. Es ist unklar, ob dieser Anteil auch auf die übrigen Pflegestufen übertragen werden kann.

---

43 Ein Härtefall entsprechend § 36 SGB V liegt vor, wenn der tägliche Pflegebedarf das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, was als täglicher Pflegebedarf über 7 Stunden und davon mehr als 2 Stunden nachts oder regelmäßiger nächtlicher Bedarf zweier Pflegepersonen operationalisiert wurde.

### ***Primärprävention***

**177.** Die Risikofaktoren des Schlaganfalles sind weitgehend übereinstimmend mit den Risikofaktoren anderer kardiovaskulärer Erkrankungen (Bluthochdruck, Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Herzrhythmusstörungen).

**178.** Der bedeutsamste Risikofaktor für den Schlaganfall ist der Bluthochdruck. Obwohl der Primärprävention insbesondere im Bereich der Blutdruckregulation eine deutliche Verringerung des Schlaganfallrisikos zugeschrieben wird, machten nur wenige der stellungnehmenden Organisationen Aussagen zu diesem Aspekt. Der früher übliche Begriff des Erfordernishochdruckes wurde mittlerweile durch das Konzept des individuellen, klinisch tolerierbaren niedrigsten Blutdruckes abgelöst (vgl. Kapitel 8).

Gemeinsam mit der Deutschen Schlaganfall-Hilfe hat die Nationale Herz-Kreislaufkonferenz (NHKK) in den diesjährigen Empfehlungen für den Bluthochdruck eine Risikostratifizierung, d. h. die Identifizierung der Patienten, die einer gezielten medikamentösen Behandlung besonders bedürfen und von ihr besonders profitieren, vorgeschlagen. Daraus kann eine rationale Stufentherapie abgeleitet werden, die dem einzelnen Patienten entspricht und kostensparend ist.

### ***Sekundärprävention***

**179.** Bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten ist die konsequente Sekundärprävention von Bedeutung, deren Erfolg in den letzten Jahren durch zahlreiche Studien gesichert werden konnte. Grundlage jeder Sekundärprävention ist – als unverzichtbare Eigenleistung des Patienten – ein gesunder Lebensstil, der vielfach des Einsatzes von Medikamenten mit erwiesener Wirksamkeit bedarf.

### ***Stroke Units***

**180.** Unter dem Begriff *stroke unit* werden im wesentlichen zwei Typen spezialisierter Einrichtungen zur Behandlung des Schlaganfalls verstanden: Einerseits intensivmedizinisch ausgestattete, in der Regel neurologisch geführte Einrichtungen zur Akutbehandlung mit dem Ziel, Hirngewebe vor dem irreversiblen Untergang zu bewahren, anderer-

seits rehabilitativ ausgerichtete Einrichtungen, in denen der Schwerpunkt auf der Mobilisierung funktioneller Leistungsreserven durch Training liegt, um die Selbständigkeit der Patienten zu erhalten oder wieder herbeizuführen.

*Stroke units* mit frührehabitativer Ausrichtung können offenbar das Outcome nach Schlaganfall signifikant günstig beeinflussen; dies ist für die intensivmedizinisch ausgerichteten *stroke units* noch nicht belegt. Für das deutsche Gesundheitssystem wird von den neurologischen Fachgesellschaften ein Konzept der überregionalen und regionalen Schlaganfallversorgung unter Einbeziehung der bestehenden Krankenhausstrukturen empfohlen:

- Überregionale *stroke unit*: Merkmale eines Kompetenzzentrums innerhalb eines kompletten Versorgungsnetzwerkes an Krankenhäusern der Maximalversorgung.
- Regionale *stroke unit*: Durch weniger umfangreiche apparative und personelle Voraussetzungen gekennzeichnet; soll an Krankenhäusern der mittleren Versorgungsstufe in neurologischen oder internistischen Kliniken realisiert werden. Die erforderliche Prozessqualität soll durch die spezielle Qualifikation des ärztlichen und nichtärztlichen Personals sichergestellt werden.

Damit zielen regionale *stroke units* langfristig in ihren organisatorischen und strukturellen Aktivitäten auf ein ‚*stroke disease management*‘, mit Errichtung zusätzlicher Versorgungsstrukturen für die Risikoerkennung.

**181.** In einem deutschen HTA-Bericht zu *stroke units* wurden Einrichtungen mit frührehabilitativem Ansatz anhand internationaler Studien bewertet. In der Gesamtschau der gefundenen Metaanalysen und der zusätzlich berücksichtigten älteren Einzelstudien bestehen keine Zweifel, dass die Frührehabilitation in spezialisierten *stroke units* mit speziell geschulten und dadurch besonders motivierten und trainierten Mitarbeitern die Überlebensrate, den Behinderungsgrad und die Fähigkeit zu selbständigem Leben der Patienten günstig beeinflusst. Die Situation in Deutschland kann derzeit nicht abschließend beurteilt werden; die Ergebnisse der zur Zeit noch laufenden Studien bleiben abzuwarten.

## ***Rehabilitation***

**182.** Die Abnahme der Mortalität des Schlaganfalls in den letzten 30 Jahren wird im Wesentlichen auf Verbesserungen bei der Rehabilitation und Pflege zurückgeführt. Die vorliegenden Studien weisen auf die intensive Zuwendung der Mitarbeiter als den wesentlichen Erfolgsfaktor hin. Durch frühzeitige und konsequente Mobilisierung und Training der Alltagsaktivitäten werden Funktion und Selbständigkeit erhalten und sekundäre Komplikationen vermieden.

In der Literatur ist beschrieben, dass in Deutschland nach stationärer Versorgung in durchschnittlich 24 % der Fälle (bei Patienten unter 55 Jahre: 32 %, bei über 80-Jährigen 17 %) eine Überweisung in die Rehabilitation erfolgt. Im Anschluss an die Akutbehandlung erfolgt die Verlegung entweder nach Hause mit eventueller Einbindung ambulanter Pflegedienste, in stationäre Rehabilitationseinheiten, in geriatrische Abteilungen oder aber in Pflegeheime.

**183.** Aus der Sicht des Rates weist die Versorgung von Schlaganfallpatienten eine Reihe von Defiziten auf, die eine rechtzeitige und angemessene Rehabilitation gefährden. Hierzu zählen ein uneinheitliches und z. T. mangelhaftes Schnittstellenmanagement sowie ein unzureichendes Angebot an ambulanter, d. h. wohnortnaher Rehabilitation. Infolgedessen bleibt Rehabilitationsbedarf, der ambulant gedeckt werden könnte, unbefriedigt (vgl. Kapitel 7).

### **9.4 Fazit und Empfehlungen des Rates**

**184.** Es gibt hinreichend sichere Hinweise, dass die primäre und sekundäre Prävention des Schlaganfalls wesentlich verbessert werden kann. Aufklärungsbedarf besteht im Hinblick auf Handlungsbedarf in der akuten Erkrankungssituation eines Schlaganfalles. Es gibt hinreichend sichere Hinweise auf nachhaltiges Interesse und Bedarf in der Bevölkerung an solchen Aufklärungskampagnen. Der Rat empfiehlt, verstärkt Programme zur Aufklärung von Schlaganfall anzubieten, zu evaluieren und kontinuierlich zu optimieren (A)<sup>44</sup>.

Der Rat empfiehlt besonders, dass sich Krankenkassen gezielt auf präventive Versorgungsangebote für schlaganfallgefährdete Bluthochdruckpatienten konzentrieren (A).

---

44 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

Die Versorgung mit Pharmakotherapeutika zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Acetylsalicylsäure, Antikoagulantien, etc.) in der Sekundärprävention bei kardialen Risikopatienten muss besser untersucht werden. Es besteht Bedarf an hierauf ausgerichteter Versorgungsforschung (C).

**185.** Eine generelle Unterversorgung mit diagnostischen Verfahren (Computertomografie, Kernspintomografie) kann durch die Literatur nicht gestützt werden. Allerdings besteht eine regional unterschiedliche Versorgungsdichte und nur 50 % aller Patienten mit der Verdachtsdiagnose eines akuten Schlaganfalles werden innerhalb von sechs Stunden nach Symptombeginn in ein Krankenhaus aufgenommen.

Es bestehen ernstzunehmende Hinweise, dass an den Schnittstellen der Versorgungskette Fehlversorgung besteht. Die Abläufe bei der Einweisung von Patienten (Hausärzte, Rettungsdienst, Krankenhäuser) sind nach wie vor schwerfällig und nicht systematisch organisiert. Sie berücksichtigen nicht hinreichend die aktuellen Behandlungsansätze zur Akutversorgung bei Schlaganfall. Die Auswahl der erstbehandelnden Einrichtung für Schlaganfallpatienten erfolgt in der Regel nicht leitlinienorientiert, sondern nach informellen, regional vereinbarten Einweisungsplänen.

Der Rat empfiehlt die Entwicklung angemessener Einweisungsstrategien, um Synergien zwischen dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor zu optimieren (C).

**186.** Es liegen ernstzunehmende Hinweise darauf vor, dass ein früherer Beginn der stationären Rehabilitation die Outcomes im Hinblick auf Morbidität und Mortalität verbessert. Es besteht Unterversorgung hinsichtlich der flächendeckenden Verfügbarkeit der Rehabilitation. Das gilt sowohl für ambulante Rehabilitation, Frührehabilitation und Rehabilitation insgesamt.

Es sollten nach Meinung des Rates Anreizmechanismen implementiert werden, die die Kontinuität der Rehabilitation und die Stabilisierung der erreichten Erfolge sichern. Dies gilt insbesondere für den ambulanten und institutionellen Sektor sowie bei drohender bzw. eingetretener Pflegebedürftigkeit (A).

**187.** Aus Sicht des Rates sind die Einleitung einer unmittelbar nach erlittenem Insult einsetzenden frührehabilitativen Versorgung und Prävention von Komplikationen, eine koordinierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und eine kontinuierliche Betreuung von Schlaganfallpatienten über die verschiedenen Versorgungsstufen hinweg sicher zu stellen (A).

Die Behandlung von Schlaganfallpatienten in frührehabilitativ ausgerichteten *stroke units* verbessert im Vergleich zur konventionellen Versorgung die Überlebenschancen der Betroffenen und ermöglicht ihnen häufiger Wiedererlangung der Selbstständigkeit. Inwieweit diese in internationalen Studien gesicherten Befunde auch auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar sind, ist derzeit nicht abschließend beurteilbar, erscheint jedoch nach Auffassung des Rates wahrscheinlich. Der Stellenwert internistisch ausgerichteten *stroke units* kann derzeit aufgrund der unzureichenden Datenlage noch nicht abschließend beurteilt werden.

**188.** Modellfähige Hinweise für geeignete Lösungsmaßnahmen (z.B. Schlaganfallregister) zur Verbesserung der unzureichenden Datenlage zur Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten in Deutschland liegen vor. Der Rat empfiehlt daher Projekte durchzuführen, die Transparenz bzgl. der Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland ermöglichen. Dabei geht es um die übergreifende Erhebung von Inzidenzen, Prävalenzen, Behandlungsschemata, Outcomes und Follow-ups (B).

**189.** Der Rat weist darauf hin, dass durch die Einführung der DRGs auch mit einer früheren Entlassung von Schlaganfallpatienten aus der stationären Behandlung zu rechnen ist. Daraus ergeben sich neue Anforderungen an die nahtlose Übernahme des Patienten, dessen Weiterbehandlung, Rehabilitation und Pflege (vgl. Band II, Kapitel 4).

## 10. Chronische, obstruktive Lungenerkrankungen

### 10.1 Krankheitslast

**190.** Chronische Lungenerkrankungen – insbesondere das Asthma bronchiale als Erkrankung mit überwiegend reversibler und die sogenannte *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD) mit überwiegend irreversibler bronchialer Obstruktion – haben eine hohe, derzeit zunehmende Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland.<sup>45</sup>

Nach Daten des Bundesgesundheits surveys 1997/98 leiden 3,7 % der ostdeutschen und 6,1 % der westdeutschen Erwachsenen an Asthma. Bei Kindern ist das Asthma bronchiale die häufigste chronische Erkrankung. Die Prävalenz dieser Erkrankung wird in Deutschland bei Kindern auf ca. 10 % geschätzt. Im internationalen Vergleich zeigen die hochindustrialisierten westlichen Länder die höchsten Asthmaprävalenzraten. Von einer weiteren Zunahme der allergischen Formen dieses Krankheitsbildes in den nächsten Jahren wird ausgegangen.

Häufig besteht ein Zusammenhang mit anderen Erkrankungen des atopischen Formenkreises (Rhinokonjunktivitis, Neurodermitis, Nahrungsmittelallergien). Etwa die Hälfte der Kinder mit allergischem Asthma ‚verliert‘ zwar die Asthma-assoziierten Beschwerden bis zum Erwachsenenalter, z. T. werden sie jedoch im Verlauf erneut symptomatisch. Die nicht-allergischen (‚intrinsischen‘) Asthmaformen treten dagegen i. d. R. erst im mittleren Lebensalter auf, sind seltener reversibel und nehmen häufiger einen schweren Verlauf.

**191.** Als wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung eines (allergischen) Asthma bronchiale gelten neben der genetischen Disposition die Exposition gegenüber Tabakrauch im frühen Kindesalter und ‚westlicher‘ Lebensstil (u. a. Wohnraumisolierung, Teppichböden, Haustierhaltung, geringe Kinderzahl). Im Erwachsenenalter stellen berufliche Allergenexpositionen wichtige Einflussfaktoren dar. Von der präventiven Wirkung des Stillens (unter Verzicht auf Ergänzungskost vor dem 4. Monat) und der Vermeidung von Tabakrauchexposition ist auszugehen. Es gibt Hinweise darauf, dass ver-

---

45 Aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten bzw. uneinheitlichem Gebrauch der Klassifikationen und angesichts des gemeinsamen ätiologischen Hintergrundes (Risikofaktor Rauchen) sowie fließender Übergänge zwischen den Ausprägungsformen der Erkrankung werden die Diagnosen ‚einfache‘, nicht-obstruktive chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem unter dem Oberbegriff ‚COPD‘ besprochen.

ringierter Kontakt mit Innenraumallergenen (vor allem Hausstaubmilben und Tierepithelien) zur Abnahme der entsprechenden Sensibilisierungen führt.

Im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen ist die Prävalenz des allergischen Asthma in höheren sozialen Schichten tendenziell höher als in unteren. Allerdings geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer höheren Dunkelziffer nicht diagnostizierter asthmatischer Erkrankungen einher. Das Merkmal ‚niedrige soziale Schicht‘ korreliert zudem bei Asthmatikern mit einer größeren Anzahl von Notfallbehandlungen und einer höheren Sterblichkeit.

Berufliche Expositionen sind epidemiologischen Studien zufolge für 5 - 10 % der Asthmafälle verantwortlich. Reinigungskräfte tragen neben in der Landwirtschaft und kunststoffverarbeitenden Industrie tätigen Personen das höchste Erkrankungsrisiko.

An Asthma (ICD-10 J45-J46) verstarben 1999 in Deutschland 3.831 Personen (ca. 0,4 % aller Todesfälle). Im internationalen Vergleich ist die Asthma-Mortalität in Deutschland hoch.<sup>46</sup>

**192.** Die epidemiologische Datenlage zur COPD ist unzureichend. Schätzungsweise 10 - 30 % der Erwachsenen in Deutschland leiden an chronischer Bronchitis.<sup>47</sup> Von diesen entwickeln im Verlauf 15 - 20 % eine obstruktive Lungenerkrankung. Ca. 90 % der COPD-Fälle sind auf Tabakrauchen zurückzuführen. Als weitere Risikofaktoren, die allerdings in ihrer Bedeutung weit hinter das Tabakrauchen zurücktreten, gelten: Luftverschmutzung (z. B. Schwefeldioxid), berufliche Exposition (z. B. Stäube verschiedener Werkstoffe), niedriger sozioökonomischer Status, Proteaseinhibitor-Mangel u.a.

Unter den führenden 10 Todesursachen rangiert in Deutschland die Diagnose „sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung“ (ICD-10 J44) mit 21,2 Todesfällen/100.000 Einwohner an 9. Stelle.<sup>48</sup> Prognosen der WHO gehen davon aus, dass die COPD im Jahr 2020 die dritthäufigste Todesursache weltweit sein wird. Die COPD tritt, entsprechend dem höheren Tabakkonsum und anderen möglichen Faktoren wie Umwelt- und Ar-

---

46 Allerdings waren 1998 ca. ¾ der Verstorbenen älter als 65 Jahre, was vermutlich u. a. auf mangelnde diagnostische Abgrenzung von der COPD zurückzuführen ist. Hierfür sprechen auch epidemiologische Daten, die einen Rückgang der Asthmaprävalenz nach dem 40. Lebensjahr belegen.

47 Entsprechend einer Definition der WHO wird unter ‚chronischer Bronchitis‘ Husten und Auswurf über mindestens 3 Monate während der letzten 2 Jahre verstanden.

48 Inwieweit diese Daten das tatsächliche Geschehen in Deutschland abbilden, ist fraglich, da von einer Unterschätzung der COPD-Prävalenz auszugehen ist.

beitsplatzbedingungen, in unteren sozialen Schichten häufiger auf. Eine Inzidenzzunahme der COPD bei Frauen aufgrund des steigenden Anteils von Raucherinnen gilt als wahrscheinlich.

**193.** Die sozialen Krankheitsfolgen chronischer, obstruktiver Atemwegserkrankungen sind hoch. Auf Asthma und COPD zusammen entfielen 1998 26 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle (30 % der Krankheitstage) der AOK-Versicherten. Berentet wurden im Jahr 1998 wegen „chronischer Bronchitis“ (ICD-9 491) 3.786 Personen, zumeist Männer. Die Zahl der durch Atemwegserkrankungen verursachten Berentungen zeigt zwar seit den achtziger Jahren einen leichten Rückgang, dies spiegelt jedoch vermutlich nicht das tatsächliche Ausmaß der Krankheitslast wider, da die Erkrankung sich häufig erst jenseits des Rentenalters manifestiert und zudem häufig nicht diagnostiziert wird. Die Auswirkungen des veränderten Tabakkonsumverhaltens (steigender Anteil an jugendlichen Rauchern und rauchenden Frauen) sind derzeit noch nicht absehbar.

Die direkten und indirekten Kosten der COPD in Deutschland werden auf 12,3 bis 16,5 Mrd. DM pro Jahr geschätzt. Durch Asthma bronchiale werden pro Jahr Kosten von ca. 4,2 bis 5,1 Mrd. DM verursacht. Je nach Asthmaschweregrad fallen Aufwendungen zwischen 3.300 DM und 12.000 DM pro Patient und Jahr an.

## **10.2      Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**194.** Die folgenden 13 Organisationen haben zur Versorgungslage im Bereich der Pneumologie (ICD-9 490-496 bzw. ICD-10 J41-J46) Stellung genommen<sup>49</sup>:

---

<sup>49</sup> Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

**Tabelle 15: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronischen, obstruktiven Lungenerkrankungen getroffen haben**

Name der Organisation (A - Z)	Organisationstyp
BÄK, KBV und Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung	KAiG und Sonstige
Arbeitsgemeinschaft Allergisches Kind – Hilfen für Asthma, Ekzem oder Heuschnupfen e.V.	Betroffenen-Organisation
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.	KAiG und Sonstige
Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen	KAiG und Sonstige
Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e.V.	Betroffenen-Organisation
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Fachgesellschaft
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	KAiG und Sonstige
Spitzenverbände der GKV und der MDS	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Verband Forschender Arzneimittelhersteller	KAiG und Sonstige
Verband physikalische Therapie	KAiG und Sonstige

### **Prävention**

**195.** Sowohl beim Asthma bronchiale als auch bei der COPD wurden hohe ungenutzte präventive Potenziale gesehen. Ein großer Teil der Erkrankungen an COPD sei durch Nicht-Rauchen zu verhindern. Mängel in der Aufklärung von Eltern über Maßnahmen zur Allergie- und Asthma-Prävention wurden ebenso kritisiert wie das Fehlen von Anti-Tabak-Kampagnen und Raucherentwöhnungsprogrammen. Der (bereits im Grundschulalter einsetzenden) Prävention des Rauchens wurde höchste Bedeutung beigemessen. Für die Zielgruppe der rauchenden Jugendlichen sollten vorhandene, gezielt entwickelte Sekundärpräventionsprogramme zum Einsatz kommen. Generell seien flächendeckende Angebote für entwöhnungswillige Raucher verfügbar zu machen. Auf die sekundär- und tertiärpräventive Bedeutung von adäquater Medikation und Patientenschulung inklusive nicht-medikamentöser Therapieansätze und sportlicher Betätigung wurde ebenfalls nachdrücklich hingewiesen.

### **Diagnose und Therapie**

**196.** Alle Befragten gingen von einer generellen ‚Unterdiagnostik‘ chronischer, obstruktiver Lungenerkrankungen aus und sahen vielfach die Notwendigkeit struktureller Veränderungen in der pneumologischen Versorgung in Deutschland. Es wurde auf die unangemessene Mengenausweitungen bei ambulanter allergologischer Diagnostik und der Verordnung von Antiallergi-

ka sowie die unzureichende Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie obstruktiver Atemwegserkrankungen hingewiesen.

### ***Pharmakotherapie***

**197.** Nach weitgehend übereinstimmender Meinung der Befragten gebe es in Deutschland eine – auch im internationalen Vergleich – zu hohe Anzahl pharmakotherapeutisch unter- und/oder fehlversorgter Patienten. Beim Asthma bronchiale würden in Deutschland zur Basistherapie zu wenig inhalative Corticoide verordnet. Nur etwa ein Drittel der Patienten sei damit angemessen behandelt, dagegen erfolge eine zu häufige Verordnung von kurzwirksamen inhalativen Beta-Sympathikomimetika und Theophyllin-Präparaten. Die medikamentöse Behandlung werde nicht ausreichend dem (wechselnden) Schweregrad der Erkrankung angepasst, was z. T. zu schwerwiegender Fehlversorgung der Patienten führe. Bei der COPD würden ebenfalls kurzwirksame inhalative Beta-Sympathikomimetika und Theophyllinpräparate zu häufig verordnet, was als Fehlversorgung zu werten sei. Infektionen der Atemwege würden bei Patienten mit COPD zu selten bzw. zu spät antibiotisch behandelt. Dies führe zu vermeidbaren Exazerbationen der Grunderkrankung mit entsprechenden direkten und indirekten Folgekosten.

Die Ursache für das oben beschriebene Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Pharmakotherapie wurde in erster Linie in Qualifikationsdefiziten bei den behandelnden Ärzten gesehen, wobei die Versorgung durch pneumologische Spezialärzte besser sei als durch Nicht-Pneumologen. Lungenfachärzte stünden jedoch nicht (flächendeckend) in ausreichender Zahl zur Verfügung.

### ***Patientenschulung***

**198.** Kritisiert wurde ferner die mangelnde Etablierung der nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis erforderlichen Asthmaschulung. Schulungsprogramme seien zwar entwickelt, kämen aber nicht flächendeckend zum Einsatz. Dies bedinge mangelnde Kenntnisse der Betroffenen über den richtigen Umgang mit Applikationshilfen und den verordneten Medikamenten. Die Einbeziehung der Eltern bzw. der Familien bei der Betreuung und Schulung asthmakrankter Kinder sei unzureichend. Auch auf fehlende Asthmasportgruppen wurde hingewiesen.

### ***Rehabilitation***

**199.** Eine Betroffenenorganisation berichtete über die häufige Ablehnung von Rehabilitationsmaßnahmen für an Asthma erkrankte Kinder. Bei Erwachsenen finde die Rehabilitation von Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen oft zeitlich verzögert (d. h. mit zu großem Abstand zu klinischen Verschlechterungen) statt. Auch sei die ambulante bzw. teilstationäre, wohnortnahe Rehabilitation ein zwar wünschenswertes, jedoch bislang nicht erreichtes Ziel. Rehabilitative und akutversorgende Strukturen, Einrichtungen und Maßnahmen seien nicht optimal aufeinander abgestimmt. Die Bedeutung der Rehabilitation vor allem für Patientenschulung, Raucherentwöhnung, körperliches Training etc. wurde hervorgehoben.

Die Gründe für diese Defizite wurden in den bestehenden finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen gesehen. Daher sollten bei einem Asthma-Case/Disease-Management ambulante, stationäre und rehabilitative Maßnahmen – unter Einbeziehung der Patienten – vernetzt und entsprechende Anreizsysteme für Anbieter und Betroffene entwickelt werden.

### **10.3 Fazit und Empfehlungen des Rates**

#### **10.3.1 Versorgungsstruktur**

**200.** Nach Auffassung des Rates ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma- und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig.

Die Defizite in der Struktur der pneumologischen Versorgung sind aus der historischen Entwicklung in Deutschland abzuleiten. Die weitgehende Abkopplung der Pneumologie von der Entwicklung in anderen internistischen Subdisziplinen durch Konzentration auf den außeruniversitären, rehabilitationsnahen Bereich hat zu ihrer mangelnden Präsenz in Lehre, Forschung und Patientenversorgung geführt.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Rat folgende Maßnahmen:

- verbesserte pneumologische Weiter- und Fortbildung sowohl für hausärztlich tätige Mediziner als auch für spezialärztliche Internisten und Pädiater (A)<sup>50</sup>;
- Verbesserung der Strukturen für ambulante Patientenschulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, inklusive Regelung der Finanzierung und Sicherstellung von Qualitätsstandards (A);
- mehr selbständige, bettenführende pneumologische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern (A);
- Lehrstühle für Pneumologie an jeder medizinischen Fakultät (B).

**201.** Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht ausreichend auf den übrigen Versorgungsprozess abgestimmt und mit der Akutversorgung verzahnt. Der Rat plädiert daher für verstärkte Bemühungen um eine bessere Integration der pneumologischen Rehabilitation in alle Bereiche der pneumologischen Versorgung sowie in Lehre und

---

50 Zur Definition der Bewertungskategorien siehe Abschnitt 4.3.

Forschung. Dies sollte nach seiner Auffassung die Möglichkeit der Direkteinweisung in Rehabilitationskliniken mit angemessenen Qualitätsmerkmalen, z. B. bei Exazerbationen chronischer, obstruktiver Lungenerkrankungen, und die Implementierung von Case/Disease-Management-Strategien für Problemgruppen von Patienten einschließen (A).

### **10.3.2 Asthma**

#### ***Prävention***

**202.** Bei atopisch disponierten Kindern und auch in Nicht-Risikopopulationen kann durch Maßnahmen wie Elterninformation, -beratung und -schulung bzw. durch Stillen und Vermeiden der passiven Tabakrauchexposition die Inzidenz von Sensibilisierungen reduziert werden. Der Kenntnisstand und der Umsetzungsgrad solcher Interventionen sind selbst in Risikopopulationen wie ‚Atopikerfamilien‘ verbesserungsfähig. Der Rat empfiehlt daher eine Optimierung der Primärprävention allergischer Erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern durch Maßnahmen wie Stillen, Vermeiden der passiven Tabakrauchexposition und Beratung der Eltern (A).

Hausstaubreduzierung sowie Vermeidung von Haustierhaltung und beruflicher Allergenexposition sind für Personen mit Atopiedisposition, bestehenden Sensibilisierungen bzw. ersten Krankheitssymptomen zur Verhinderung einer Krankheitsprogression geeignet. Die veranlassten Maßnahmen werden jedoch relativ häufig unsachgemäß durchgeführt (z. B. hinsichtlich der Milbenkontamination in Bettzeug und Matratze). Nach Auffassung des Rates sind daher aktive, gegebenenfalls auch zugehende Beratungsangebote (Untersuchung des Wohnbereichs) empfehlenswert (B).

Es existieren effektive Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung der Allergenkonzentrationen in Aufenthalts- und Arbeitsräumen bzw. zum Schutz vor Kontakt mit allergisierenden Arbeitsstoffen. Der Rat empfiehlt deren verstärkte Umsetzung (A).

#### ***Diagnostik und Therapie***

**203.** Die in den letzten Jahren zu beobachtende Leistungsausweitung im Bereich der Allergiediagnostik läßt sich teilweise durch den Prävalenz- bzw. Inzidenzanstieg von Sensibilisierungen und allergischen Erkrankungen erklären. Der Rat sieht allerdings

ernstzunehmende Hinweise auf Qualitätsmängel bei der Indikationsstellung und Durchführung dieser Untersuchungen. Obwohl ausreichend abgesicherte Qualitätsvorgaben existieren, ist deren praktische Umsetzung mangelhaft. Aus Sicht des Rates ist daher eine verbesserte ärztliche Weiter- bzw. Fortbildung notwendig, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Diagnostik und Therapie zu optimieren (A).

**204.** Insbesondere bei Mono- und Oligosensibilisierungen hält der Rat Verbesserungen bei der spezifischen Immuntherapie (Sekundär/Tertiärprävention bei bereits Sensibilisierten bzw. bei Menschen mit Erkrankungssymptomen wie allergischer Rhinokonjunktivitis) für geboten. Subkutan durchgeführte Hyposensibilisierungen sind hinreichend evaluiert und sollten vermehrt eingesetzt werden. Allerdings müssen eine angemessene Qualifikation der Durchführenden, Überwachungsmöglichkeiten wegen der Gefahr der Anaphylaxie, die Standardisierung der Allergenextrakte und der Dokumentation der Behandlung sowie eine vorangegangene leitliniengerechte Allergiediagnostik gewährleistet sein (A).

### ***Patientenschulung***

**205.** Die positiven Auswirkungen von Patienteninformation und -schulung auf Lebensqualität, Symptommhäufigkeit, Mortalität, Leistungsanspruchnahme, und Therapiecompliance sind hinreichend untersucht und zahlreiche Programme liegen evaluiert vor. Ein vergleichsweise günstiges Kosten-Nutzen- bzw. Schaden-Nutzen-Verhältnis dieser Interventionen kann angenommen werden. Dennoch besteht eine Unterversorgung von Patienten (und ihren Angehörigen) mit angemessenen Schulungsmaßnahmen. Schulung erfolgt zu selten, für die falschen Personengruppen oder z. T. mit unangemessenen Verfahren (z. B. für Jugendliche). Der Rat hält daher eine Intensivierung und Verbesserung von Patientenschulungen bei Asthmapatienten für geboten (A).

Bislang existiert jedoch keine flächendeckende Vereinbarung zur ambulanten (Gruppen)Schulung von Asthmapatienten. Regionale oder kostenträgerspezifische (einzelne Kassen) Regelungen und verschiedene Modellprojekte reichen bei weitem nicht aus, den Versorgungsbedarf zu decken. Daher fordert der Rat eine einheitliche Regelung zur Asthmaschulung (eventuell über § 40 SBG V in Verbindung mit § 92 SGB V)<sup>51</sup> (A).

---

51 Dies gilt im übrigen ebenso für die Diabetiker-Schulung (vgl. Kapitel 7).

Die Deckung des Schulungsbedarfes sollte allerdings nicht allein an die niedergelassenen Pneumologen delegiert werden. Die Nutzung anderer Angebote und Ressourcen, je nach regionaler Struktur und Zielgruppe, sollte ebenfalls als Leistung der GKV möglich sein. Es sind verbindliche Qualitätsstandards für die Patientenschulung festzulegen, deren Einhaltung durch Qualitätsmanagementmaßnahmen sicherzustellen ist. Schulungsmaßnahmen sollten zudem unter Alltagsbedingungen begleitend evaluiert werden. Darüber hinaus hält der Rat die verstärkte Förderung von ‚Asthma-Sportgruppen‘ und Selbsthilfeaktivitäten für wünschenswert (A).

**206.** Obwohl die Ausführungen zur Schulung von Asthma-Patienten prinzipiell auf Personen mit COPD übertragbar sind, sollten die Interventionen zwischen den Indikationsgruppen differenzieren. Besondere Bedeutung besitzt die körperliche Trainingstherapie für COPD-Patienten. Da zu wenig gut evaluierte Modelle für diese Patientengruppe vorliegen, sieht der Rat Entwicklungsbedarf (B).

### ***Pharmakotherapie***

**207.** In Deutschland liegt aus Sicht des Rates eine pharmakotherapeutische Unter-, Über- und Fehlversorgung von Asthmatikern vor. Eine Basistherapie mit inhalativen Kortikoiden (oder z. T. mit anderen antiinflammatorischen Substanzen) wird zu selten durchgeführt, während z. B. Xanthinderivate, kurzwirksame inhalative  $\beta_2$ -Mimetika und Mukolytika zu häufig bzw. nicht entsprechend den evidenzbasierten Leitlinien eingesetzt werden. Die Therapie wird zudem unzureichend an den Schweregrad der Erkrankung angepasst. Auch wenn diese Probleme, einschließlich der patientenseitig oft unzureichenden Therapiecompliance, in anderen Ländern ebenfalls zu beobachten sind, schneidet Deutschland im internationalen Vergleich relativ schlecht ab.

Die Umsetzung der vorliegenden evidenzbasierten Therapieleitlinien in die Praxis ist unzureichend. Um eine Änderung des ärztlichen Ordnungsverhaltens zu erreichen, sind nach Auffassung des Rates Maßnahmen zu empfehlen, die der Weiter- und Fortbildung und der Implementierung von Leitlinieninhalten dienen (A). Gegebenenfalls ist eine Kopplung der Honorierung an die Einhaltung von Behandlungsstandards (‚leitlinienorientierte Vergütung‘) zu erwägen (C). Die medikamentöse Behandlung ist durch Patientenschulung, -information und -beratung (u. a. zur Förderung von Compliance und korrektem Gebrauch der Arzneimittel) zu ergänzen (A).

### 10.3.3 COPD

#### *Prävention*

**208.** Die Bedeutung des Tabakrauchens für die Entstehung einer COPD ist unstrittig. Der Rat sieht in Deutschland eine Unterversorgung mit angemessenen Maßnahmen zur Prävention der aktiven und passiven Tabakrauchenexposition einschließlich der Raucherentwöhnung. Zahlreiche Möglichkeiten der Intervention auf verschiedenen Ebenen für eine Vielzahl von Zielgruppen und Settings sind bereits evaluiert. Der Rat plädiert daher nachdrücklich für verstärkte Bemühungen auf diesem Gebiet (A). Er fordert zugleich eine Nationale Anti-Tabak-Kampagne für Deutschland (vgl. Abschnitt 12.1).

#### *Diagnostik und Therapie*

**209.** Diagnose und Behandlung der COPD erfolgen häufig zu spät und nicht leitliniengerecht. Über-, Unter- und Fehlversorgung im Bereich der Pharmakotherapie sind festzustellen. Hinreichend evidenzbasierte Behandlungsleitlinien liegen vor. Auch wenn Detailfragen der Therapie (z. B. Stellenwert von Steroiden und Mukolytika in der Langzeittherapie) z. T. schlechter evaluiert sind als für das Asthma bronchiale, besteht dringender Interventionsbedarf zur Umsetzung der Therapieempfehlungen. Daher sind Maßnahmen zu fördern, die der Praxisimplementierung von Leitlinien und der Verbesserung der pneumologischen Aus-, Weiter- und Fortbildung dienen (A).

**210.** Ergänzend weist der Rat auf die große Bedeutung Patientenschulung, Raucherentwöhnung, Trainingstherapie und Rehabilitation hin (A) (vgl. Asthma).

## 11. Rückenleiden

### 11.1 Krankheitslast

**211.** Rückenleiden<sup>52</sup> (ICD-9: 720-724) zählen in Industrienationen wie auch in Deutschland zu den häufigsten Beschwerdebildern in der Bevölkerung. Zugleich stellen sie einen der häufigsten Behandlungsanlässe in der ambulanten und rehabilitativen Versorgung dar und bedingen die höchste Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und der Zugänge zu Erwerbsunfähigkeitsrenten. Im internationalen Vergleich weist die deutsche Bevölkerung mit einer Punktprävalenz von 27 - 40 %, einer Jahresprävalenz von 70 %, einer Lebenszeitprävalenz von 80 % und einem Anteil chronischer Beschwerden von 8 bis 10 % eine überdurchschnittlich hohe Rate an Rückenschmerzen auf. Die Lebenszeitprävalenz radikulärer Beinschmerzen bzw. ‚Ischiasschmerzen‘ von 1 bis 5 % liegt hingegen im Größenbereich anderer Länder. Die Frage nach einer Zu- oder Abnahme der Häufigkeit von Rückenschmerzen lässt sich für Deutschland derzeit nicht eindeutig beantworten.

**212.** Der Rat konzentriert sich in den folgenden Ausführungen auf die Gruppe der unkomplizierten, insbesondere der chronifizierenden unteren Rückenschmerzen (‚Kreuzschmerzen‘, *low back pain*)<sup>53</sup>.

---

52 Rückenleiden werden in der ICD-9-Klassifikation unterteilt in entzündliche (Ziffer 720) und degenerative (721) Wirbelsäulenschäden, Bandscheibenschäden (722), in Affektionen des Nackens (723) und in sonstige bzw. nicht näher bezeichnete Affektionen des Rückens (724). In diese letztere Gruppe fällt die mit 80 - 85 % epidemiologisch bedeutsamste Gruppe der unkomplizierten Kreuzschmerzen.

53 In diesem Zusammenhang befasst er sich nicht mit den von ihrer Krankheitslast her bedeutsamen Versorgungsproblemen bei Rückenschmerzen, die durch osteoporosebedingte Frakturen verursacht werden.

**Tabelle 16: Auswahl bedeutsamer Risikofaktoren für die Entstehung und Chronifizierung unkomplizierter Rückenschmerzen**

<p><b>Ungünstiger bisheriger Krankheitsverlauf:</b> Anhaltende und rezidivierende Beschwerden, Arbeitsunfähigkeitszeiten &gt; 4-6 Wochen, Hinzutreten radikulärer Schmerzen.</p>
<p><b>Psychosoziale Faktoren:</b> Geringer Bildungsstand; anhaltende Belastungen und Sorgen im privaten Alltag, wahrgenommene geringe soziale Unterstützung; Angst, Depression, ein Gefühl immer krank zu sein, hohe Punktzahlen auf der <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory Scale for Hypochondria or Hysteria</i>; Rentenwunsch.</p>
<p><b>Arbeitsituation:</b> Körperlich schwere Arbeit (insbesondere Heben, Arbeiten in gebückter bzw. verdrehter Haltung, Vibration); Nackenschmerzen: ungewöhnliche, einseitige Haltungen, Tätigkeit am Bildschirm bzw. über Kopf; wiederholte, einseitige Bewegungen, Ganzkörpervibration; Tätigkeiten in Umgebung mit kalten oder wechselnden Temperaturen; monotone Arbeitsbelastung, hohe Arbeitsanforderungen; wahrgenommene geringe Kontrolle über Arbeitsbedingungen und geringe Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten; geringe Arbeitszufriedenheit, unsicherer Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit.</p>

*Quelle:* Eigene Zusammenstellung nach Lenhardt, U. et al. (1997); IOM (2001); Nachemson, A. et al. (2000); Waddell, G. (1998)

Psychosoziale und physikalische Belastungen tragen wesentlich zur Entstehung und Chronifizierung von Rückenschmerzen bei. Da diese Faktoren in unteren sozialen Schichten häufiger auftreten, erklären sie zum großen Teil den bei Rückenschmerzen zu beobachtenden sozialen Schichtgradienten<sup>54</sup>.

**213.** Akute unkomplizierte Kreuzschmerzepisoden klingen in ca. 90 % der Fälle innerhalb weniger Wochen spontan ab. Mit Rückfällen akuter Kreuzschmerzepisoden haben jedoch mehr als 70 % der Betroffenen zu rechnen. Nach einem Jahr berichten noch 14 % der Betroffenen von eingeschränkter Funktionsfähigkeit und 10 % von intensiven Schmerzen. Mit zunehmender Dauer der Kreuzschmerzen sinkt zumeist die Chance der vollständigen Genesung und der Rückkehr zur Erwerbstätigkeit. Nach sechs Monaten Arbeitsunfähigkeit wegen unkomplizierter Kreuzschmerzen konnten 1994 in Deutschland noch ca. 45 %, nach einjähriger Arbeitsunfähigkeit noch ca. 25 % der Betroffenen in den Arbeitsprozess reintegriert werden.

---

54 Soziale Schichtzugehörigkeit, insbesondere der Bildungsgrad, wirkt sich auch auf die Wahrscheinlichkeit aus, durch Rückenschmerzen die Arbeit zu verlieren, nach Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit in den Arbeitsprozess zurückzukehren oder von Rehabilitationsmaßnahmen zu profitieren.

Unter Berücksichtigung der direkten und indirekten Kosten (in Deutschland ca. 50 Mrd. DM pro Jahr) gelten Rückenbeschwerden als das ‚teuerste Symptom‘ in Industrienationen.

## **11.2      Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**214.** Insgesamt haben sich 17 der befragten Organisationen zur Versorgung von Rückenleiden geäußert, hauptsächlich Fachgesellschaften und Organisationen der KAiG. (Tabelle 17)<sup>55</sup>.

### ***Prävention***

**215.** Rückenschulen wurden von einigen Befragten als Überversorgung eingestuft. Häufige Fehler bei Rückenschulen seien die Förderung disharmonischer Bewegungsabläufe und Zwangshaltungen sowie eine Verunsicherung von Patienten (Fehlversorgung). Auch fehle häufig der Bezug zum Arbeitsplatz (Unterversorgung).

Es wurde empfohlen, die Verhaltens- und Verhältnisprävention zu stärken und bei chronifizierten Beschwerden Rückenschulen als Teil eines multimodalen Behandlungskonzeptes einzusetzen.

### ***Diagnostik***

**216.** Es wurde Überversorgung mit bildgebenden Verfahren festgestellt, insbesondere bei nativen Röntgenaufnahmen, aber auch bei der Computertomografie sowie der Magnetresonanztomografie oder der Diskografie. Entgegen den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien würden die bildgebenden Verfahren im Krankheitsverlauf zu früh oder unnötig wiederholt sowie zu umfangreich (z. B. gesamte Wirbelsäule statt des betroffenen Bereichs) eingesetzt. Wegen Qualitätsmängeln sei zudem die Aussagekraft der Untersuchungen häufig eingeschränkt. Darüber hinaus wurde eine Überversorgung mit klinisch-chemischer Diagnostik beschrieben. Daraus entstehe neben medizinischer und ökonomischer Überversorgung auch Fehlversorgung: Kranke würden ohne Notwendigkeit Röntgen-Strahlen ausgesetzt und ihnen werde ein inadäquates Krankheitskonzept vermittelt. Zudem führten die festgestellten Befunde häufig zu nicht indizierten invasiven Eingriffen.

---

55    Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

Als Ursache dieser Über- bzw. Fehlversorgung wurden Vergütungsanreize, eine mangelnde Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien sowie Defizite in der Aus- und Weiterbildung von Haus- und Spezialärzten angegeben.

**Tabelle 17: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Rückenleiden getroffen haben**

<b>Organisationen (A- Z)</b>	<b>Kategorie</b>
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung gemeinsam für Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung	KAiG und Sonstige
Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen	KAiG und Sonstige
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	KAiG und Sonstige
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Krankenhausgesellschaft	KAiG und Sonstige
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.	KAiG und Sonstige
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes	KAiG und Sonstige
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	KAiG und Sonstige
Robert Koch-Institut	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e.V.	KAiG und Sonstige
Verband physikalische Therapie	KAiG und Sonstige

### ***Allgemeine Aspekte der stationären und ambulanten Therapie***

**217.** Bei der Therapie von akuten Rückenschmerzen wurde generell Fehlversorgung konstatiert, da die überwiegende Mehrheit der Patienten mit erstmalig auftretenden Rückenschmerzen unabhängig davon, ob und wie therapiert werde, innerhalb von sechs bis acht Wochen schmerzfrei werde. Eine Tendenz zur passiven Therapie habe sich durchgesetzt. Obwohl Studien belegten, dass aktive, bis zur Schmerzgrenze gehende Bewegungstherapien sowie die Gabe einfacher Analgetika wesentlich sinnvoller seien als die noch viel zu oft propagierte Ruhigstellung, über-

wögen passive Therapieansätze. Die Möglichkeiten der konservativen Therapie im ambulanten Bereich würden nicht ausgeschöpft und Patienten mit unklaren wirbelsäulenbedingten Schmerzen häufig in internistischen oder chirurgischen Abteilungen stationär behandelt, ohne dort eine spezifische und funktionelle Behandlung zu erhalten.

### ***Pharmakotherapie***

**218.** Über- und Fehlversorgung mit Pharmakotherapie bei unkomplizierten Rückenschmerzen wurde bei häufigen Injektionsbehandlungen (mit Lokalanästhetika, Glukokortikoiden und auf Nervendestruktion zielenden Substanzen wie Alkohol) festgestellt. Aus medizinischer und ökonomischer Sicht sei es bedenklich, paravertebrale Injektionen computer- oder kernspintomografisch gesteuert durchzuführen.

### ***Operationen***

**219.** Übereinstimmend wurde eine Tendenz zur operativen Überversorgung bei Rückenleiden beschrieben. Trotz der großen Operationszahlen seien die Indikationen zur Operation bei den bandscheibenbedingten bzw. degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule weniger klar als allgemein angenommen. Als Überversorgung wurde die rasche Einführung neuer, unzureichend evaluierter, insbesondere minimal-invasive Verfahren, in die Praxis gewertet.

Die zu großzügige Indikationsstellung und mangelhafte präoperative konservative Ausbehandlung wurde teilweise auf Wissensdefizite und teilweise auf die Kosten für die personalintensive konservative Behandlung zurückgeführt. Außerdem würden psychologische Faktoren im Vorfeld von Operationen nicht genügend berücksichtigt, obwohl sie einen deutlichen Einfluss auf die Prognose nach Operationen hätten.

### ***Ärztliche Manualtherapie***

**220.** Es wurde Unterversorgung an ortsnah erreichbaren, im Bereich der manuellen Therapie (z. B. Chirotherapie) weitergebildeten Ärzten angegeben. Überversorgung hingegen wurde für die häufig unkritisch wiederholten manualtherapeutischen Maßnahmen zur unspezifischen Schmerztherapie (durch ‚Einrenken‘) beschrieben, wobei die Einbindung der Manualtherapie in ein komplexeres Behandlungsprogramm in den meisten Fällen unterbleibe.

### ***Psychotherapie***

**221.** Übereinstimmend wurde von mehreren Organisationen beschrieben, dass psychische und soziale Dimensionen in der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen unzureichend beachtet würden. Stationär eingeleitete Therapien könnten aus diesem Grund häufig nicht ambulant fortgeführt werden, obwohl dies für einen Transfer in den Alltag wichtig sei. Auch wurde darauf hingewiesen, dass eine sinnvolle Kombination bzw. Integration somatischer Therapie mit

Psychotherapie in der Regel nicht stattfinden. Therapie- oder Rehabilitationsangebote seien einseitig somatisch oder psychotherapeutisch ausgerichtet.

### ***Heil- und Hilfsmittel***

**222.** Für die Physiotherapie wurde übereinstimmend Unterversorgung beschrieben. Aktive physiotherapeutische Leistungen würden in der Therapie sowie in der Primär- und Sekundärprävention nicht in ausreichendem Maße oder zu spät verordnet. Im Bereich der Trainingstherapie (im Rahmen des Krafttrainings, der erweiterten ambulanten Physiotherapie oder der ambulanten Rehabilitation) finde eine unzulässige Indikationsausweitung statt (Übersorgung).

Der Gebrauch von Hilfsmitteln wurde als Fehlversorgung eingestuft. Falsch verschriebene, nicht auf die Person eingestellte oder ‚weitergereichte‘ Gehhilfen und Rollstühle würden häufig bestehende Rückenschmerzen verschlimmern.

### ***Rehabilitation***

**223.** Unter- und Fehlversorgung wurde für den Bereich der Rehabilitation für Patienten mit chronifizierenden und chronischen Rückenschmerzen festgestellt, insbesondere im Hinblick auf ambulante wohnortnahe Rehabilitation. Als Übersorgung wurde die zu lange postoperative Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlung bewertet. Innerhalb der Rehabilitation sei ähnlich wie in der kurativen Versorgung eine Über- bzw. Fehlversorgung mit passiven Verfahren festzustellen. Mit Verweis auf evidenzbasierte Leitlinien wurde empfohlen, verstärkt wohnortnahe, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten, die eine (teilweise) Fortsetzung der Berufs- oder Alltagstätigkeit erlaubten.

### ***Pflege***

**224.** Pflegebedürftige alte Menschen mit Rückenleiden würden unter- oder fehlversorgt, wenn Pflegenden neue Pflegetechniken und -methoden (Lagerungen nach Bobath, Kinästhetik etc.) nicht hinreichend beherrschten. Es wurde empfohlen, entsprechende Fortbildungen flächendeckend anzubieten.

### ***Versorgungsstruktur***

**225.** Es fehle ein wohnortnahes Angebot an Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Chiropraktik (Manuelle Medizin), an psychologischen Schmerztherapeuten und an (v. a. ambulanten) Spezialeinrichtungen zur Therapie und Rehabilitation chronischer und komplexer Rückenleiden.

### 11.3 Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates

226. In jüngster Zeit hat sich die medizinische Herangehensweise an Rückenschmerzen (Kreuzschmerzen) gewandelt. Das Bemühen, eine spezifische somatische strukturbezogene Diagnose zu stellen, ist gegenüber einem symptombezogenen und funktionsorientierten Vorgehen in den Hintergrund getreten. Diese Vorgehensweise zielt primär darauf ab, zwischen fortschreitend-gefährlichen Verläufen (weniger als 1 % der Rückenschmerzursachen aller Altersgruppen), radikulären Beschwerden (ca. 5 %) und unkomplizierten Kreuzschmerzen (80 bis 85 %) zu differenzieren.

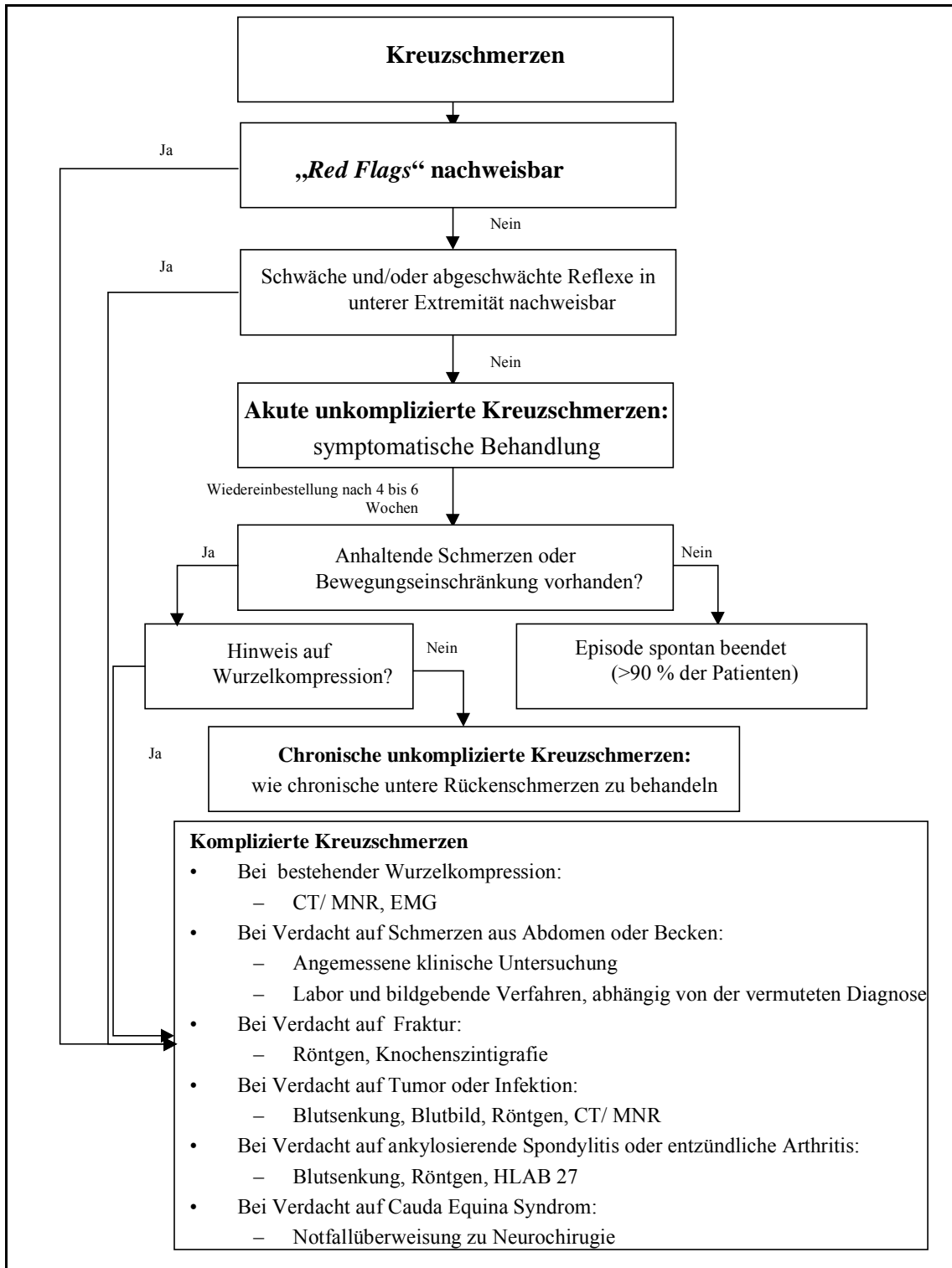
In der Mehrzahl der unkomplizierten Rückenschmerzfälle können keine diagnostisch eindeutigen pathologisch-anatomischen Veränderungen als Schmerzsache identifiziert werden. Solche Normabweichungen sind ohnehin auch bei vielen beschwerdefreien Patienten nachzuweisen und besitzen oftmals weder eine diagnostische Aussagekraft noch eine therapeutische Relevanz.

227. Der sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung kommt in der Diagnostik von Rückenschmerzen zentrale Bedeutung zu. In Abwesenheit der nicht häufigen Warnzeichen (*red flags*) ergibt sich ein im Wesentlichen ähnliches Vorgehen für alle Patienten (Abbildung 3).

228. Labor- oder apparative Untersuchungen (Röntgen, etc.) sind bei den meisten Patienten nicht indiziert, sofern nicht die Anamnese oder die klinische Untersuchung auf *red flags* hinweisen. Diese zurückhaltende Auffassung von der Wertigkeit apparativer Diagnostik hat sich in der Versorgungswirklichkeit bislang noch nicht durchgesetzt: Die ambulante und stationäre Versorgungslage ist einerseits durch eine Überversorgung mit bildgebender Diagnostik und invasiven Therapieverfahren gekennzeichnet. Andererseits besteht eine Unterversorgung chronisch Rückenkranker mit aktivierenden und psychosozialen Maßnahmen. Eine solche Versorgung steht im Widerspruch zu den Empfehlungen der vorliegenden evidenzbasierten Leitlinien.

Da der Primär- und Sekundärprävention eine erhebliche und derzeit noch unterschätzte Bedeutung in der Versorgung bei Rückenschmerzen zukommt, wendet sich der Rat schwerpunktmäßig ausgewählten Formen der Prävention einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung zu.

**Abbildung 3: Algorithmus zum Vorgehen bei Kreuzschmerzen**



Quelle: Sloane, P. D. et al. (1998)

## **11.4 Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung**

**229.** Prävention bei Rückenschmerzen verfolgt im Wesentlichen drei übergeordnete Ziele:

- Primärpräventive Maßnahmen (z. B. Rückenschulen, sportliche Betätigung, ergonomische Maßnahmen) sowie multimodale Ansätze wie betriebliche Gesundheitsförderung richten sich an gesunde Personen mit dem Ziel, das Auftreten von Rückenschmerzen zu verhindern.
- Sekundärpräventive Maßnahmen richten sich an Personen mit bestehenden bzw. episodisch-rezidivierenden Rückenschmerzen mit dem Ziel, bestehende Schmerzen zu reduzieren bzw. Rezidive zu vermeiden.
- Tertiärpräventive Maßnahmen richten sich an Rückenranke mit chronischen bzw. chronifizierenden Beschwerden mit dem Ziel, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu vermeiden bzw. rückgängig zu machen und die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf zu sichern.

Für zahlreiche Produkte und Maßnahmen, die zur Prävention von Rückenschmerzen angeboten werden (z. B. Kreuzgürtel oder Korsette, einfache Interventionen mit schriftlichen oder mündlichen Informationen), konnte ein belastbarer Nachweis der Wirksamkeit nicht erbracht werden. Es gibt hingegen konsistente hochwertige Evidenz, dass eine regelmäßige sportliche Betätigung dem Auftreten bzw. der Chronifizierung von Rücken- und Nackenschmerzen vorbeugen kann.

**230.** Zu den am häufigsten angebotenen Präventionsprogrammen zählen Rückenschulen. Diese bieten Informationen und ein Verhaltenstraining für eine rückengerechtere Bewegung und Haltung, für Hebe- und Tragetechniken sowie zum Schmerzmanagement. Sie konzentrieren sich auf die Vermittlung biomechanischer (und ggf. psychosomatischer) Zusammenhänge sowie auf die individuelle Verhaltensmodifikation, lassen hingegen Einflussfaktoren und Veränderungen der Umgebung weitgehend außer Betracht. Ein Health-Technology-Assessment-Bericht und aktuelle Literaturübersichten zeigen übereinstimmend, dass Rückenschulen mit primär- und sekundärpräventiver Ausrichtung außerhalb der Arbeitsplatzumgebung zwar das Wissen, aber nicht die Beschwerden und Funktionsfähigkeit der Teilnehmer verbessern. Auch am Arbeitsplatz führen Rückenschulen zumeist nicht zu einer Beschwerdeverbesserung. Für sekundär- bzw. tertiärpräventiv angelegte Rückenschulen werden demgegenüber in der wissenschaftlichen Literatur teils positive und teils negative Ergebnisse berichtet.

### ***Sekundär-/Tertiärprävention von Rückenschmerzen***

**231.** Für die AOK Niedersachsen wurde die sekundär- bzw. tertiärpräventive Wirksamkeit einer Rückenschule unter speziellen Rahmenbedingungen und für Patienten aus sonst schwierig zu erreichenden Gruppen untersucht. Das Konzept beinhaltete eine aktiv aufsuchende, telefonisch vorbereitete Beratung von Versicherten, die anhand von Routinedaten der Krankenkasse ausgewählt wurden. Versicherten mit unkomplizierten unteren Rückenschmerzen wurden Rückenschulkurse angeboten.

Auf diese Weise konnten vor allem jüngere berufstätige Männer gewonnen werden – eine Zielgruppe, die über traditionelle Zugangswege nur schwer erreicht wird. Positive gesundheitliche Effekte waren bei den Teilnehmern unmittelbar nach Kursende in allen Bereichen erkennbar. Diese Netto-Verbesserungen relativierten sich ein halbes Jahr nach Kursende etwas, blieben aber auch nach einem Jahr weitgehend erhalten. Teilnehmer unter 45 Jahren scheinen mittel- und langfristig stärker zu profitieren als ältere, bereits länger Erkrankte mehr als Kurzzeiterkrankte. Zu Kursbeginn sportlich Inaktive zeigten insbesondere bezüglich der physischen Dimensionen im folgenden Jahr größere Verbesserungen als Aktive. Insgesamt ergaben sich Nettoeinsparungen von 14 AU-Tagen in den ersten fünf Quartalen nach Durchführung des Kursprogramms, vor allem aufgrund rüchenschmerzspezifischer Diagnosen. Gut eineinhalb Jahre nach den Rückenschulkursen glich sich der AU-Verlauf zwischen den Kursteilnehmern und Kontrollen an.

Es wurde gezeigt, dass ein sekundär- bzw. tertiärpräventives Rückenschulprogramm unter den Bedingungen einer aktiven strengen Teilnehmerauswahl Nettoersparnisse realisieren kann. Das Präventionsprojekt realisierte einen ‚*return on investment*‘ von bis zu 1 : 3,2 und ist damit eine lohnende Investition.

### ***Primärprävention von Rückenschmerzen durch betriebliche Gesundheitsförderung***

**232.** Trotz der komplexen und nur lückenhaft geklärten Ätiologie von Rückenleiden kann nach vorliegendem Erkenntnisstand davon ausgegangen werden, dass mit der Arbeit in Zusammenhang stehende Einflüsse bei der Entstehung dieser Beschwerden eine wichtige Rolle spielen (vgl. Tabelle 16).

Der nachgewiesene Einfluss physischer und psychosozialer Faktoren auf Rückenschmerzen und die weite Verbreitung entsprechender Risikofaktoren in der Arbeitswelt

lassen den Schluss zu, dass hier beträchtliche Potenziale zur Primärprävention von Rückenleiden liegen. Zudem stellen Betriebe unter organisatorischen Gesichtspunkten ein vergleichsweise günstiges Setting für die Durchführung präventiver Maßnahmen dar.

Trotz der immer noch sehr geringen Verbreitung von Projekten und Programmen integrierter betrieblicher Gesundheitsförderung gibt es mittlerweile eine ganze Reihe von erfolgreichen Praxisbeispielen, in denen es gelang, wichtige Elemente dieses erweiterten Handlungskonzepts umzusetzen.

**Übersicht 1: Zuständigkeiten und gesetzliche Regelungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung**

**233.** Für die Organisation und Durchführung des Arbeitsschutzes im Betrieb sind die Arbeitgeber verantwortlich. Hierbei werden sie von pflichtmäßig zu bestellenden Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften unterstützt. Auf überbetrieblicher Ebene wirken zum einen die Arbeitsschutzbehörden der Länder, deren Aufgabe es ist, die Einhaltung staatlichen Arbeitsschutzrechts (Gesetze und Verordnungen) zu kontrollieren und ggf. durchzusetzen. Als zweite Säule des überbetrieblichen Arbeitsschutzes fungieren zum anderen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften), die den Auftrag haben, „mit allen geeigneten Mitteln“ für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und – seit 1996 – arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Zu diesem Zweck erlassen sie für die Mitgliedsunternehmen verbindliche BG-Vorschriften als autonomes Satzungsrecht, überwachen deren Umsetzung und beraten diesbezüglich die Unternehmen und Versicherten.

Rechtsvorschriften, die speziell die Verhütung arbeitsbedingter Rückenleiden betreffen, beziehen sich ausschließlich auf (bestimmte) mechanische Gefährdungen. Laut Berufskrankheitenverordnung sind (seit 1992) nur solche bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit anerkennungsfähig, die durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten, durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung oder durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen verursacht sind. Zwar sind die Unternehmen nach der allgemeinen BG-Vorschrift 1 dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten zu treffen, konkretisierende BG-Vorschriften zu den genannten Verursachungsfaktoren existieren allerdings nicht (Heben und Tragen, Rumpfbeugehaltung) oder nur ansatzweise (Vibrationen). Die Manipulation schwerer Lasten wird allerdings im staatlichen Arbeitsschutzrecht durch die Lastenhandhabungsverordnung berücksichtigt, die den Arbeitgebern verbindlich aufträgt, Maßnahmen zur Vermeidung bzw. weitestmöglichen Reduzierung damit verbundener Gefährdungen zu ergreifen.

Die hier zum Ausdruck kommende enge Ausrichtung auf mechanische Über- und Fehlbelastungen (für die es noch nicht einmal durchgängig Vorschriften gibt) ist jedoch durch die 1996 in Umsetzung europäischer Richtlinien erfolgte Reform des deutschen Arbeitsschutzrechts aufgebrochen worden. So verpflichtet das Arbeitsschutzgesetz die Arbeitgeber zur Verhütung „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ (§ 2 Abs. 1 ArbSchG), wobei sie sich u. a. am „Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstigen gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen“ (§ 4 ArbSchG) zu orientieren und die Maßnahmen mit dem Ziel zu planen haben, „Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen“ (ebda.). In der Konsequenz bedeutet dies zum einen, dass eine Maßnahmepflicht zur Verhütung von Gefährdungen auch dann besteht,

wenn keine entsprechenden konkreten Rechtsvorschriften vorliegen, und zum anderen, dass über technische und physikalisch-stoffliche Faktoren hinausgehende Gefährdungsdimensionen, die auch für die Entstehung von Rückenleiden relevant sind (z. B. aus der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit resultierende psychische Belastungen), verstärkt ins Gesichtsfeld betrieblicher Prävention gerückt werden. Letzteres gilt aufgrund der 1996 erfolgten Erweiterung ihres Präventionsauftrages im Prinzip auch für die Berufsgenossenschaften, wenngleich gesagt werden muss, dass diese – ebenso wie der betriebliche Arbeitsschutz – in der Praxis nach wie vor stark einem traditionellen Problemhorizont verhaftet sind.

Wichtige Impulse für eine weitergehende konzeptionelle Öffnung präventiven Handelns, auch in Bezug auf die Reduzierung arbeitsbedingter Risiken für Rückenbeschwerden, können von den Krankenkassen ausgehen, denen seit Anfang 2000 per Gesetz wieder die Möglichkeit eingeräumt ist, „den Arbeitsschutz ergänzende“ Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen (vgl. Band I, Ziffer 129). Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass diese Maßnahmen eine Reihe von gesundheitswissenschaftlich begründeten Qualitätsstandards erfüllen.

### ***Übersicht 2: ‚Good Practice‘ in der betrieblichen Gesundheitsförderung***

**234.** Betriebliche Gesundheitsförderung kann nur dann erfolgreich und präventiv wirksam implementiert werden, wenn sie bestimmte Struktur- und Prozesskriterien erfüllt. Aus den bisherigen Praxiserfahrungen lassen sich diesbezüglich – in Übereinstimmung mit der auf EU-Ebene verabschiedeten „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ von 1997 – folgende wesentliche Punkte ableiten:

1) Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen auf der Grundlage von Informationen und Daten über die gesundheitliche Lage und das Belastungsgeschehen (bzw. das Potential gesundheitlicher Ressourcen) im Betrieb entwickelt werden. Diesem Zweck (wie auch dem der anschließenden Evaluation) dient u. a. die Erstellung betrieblicher Gesundheitsberichte. Ursprünglich war damit der Anspruch verbunden, mittels Nutzung und Integration unterschiedlicher Datenquellen (AU-Daten, Betriebsmedizindaten, Belastungserhebungen) eine Art ‚betrieblicher Mikroepidemiologie‘ zu erarbeiten. Aufgrund des enormen Aufwands und erheblicher methodischer Probleme hat sich jedoch eine pragmatische Vorgehensweise durchgesetzt: Die Gesundheitsberichte beschränken sich i. W. auf AU-Datenanalysen und sollen hauptsächlich als ‚Einstiegshilfe‘ für die Diskussion betrieblicher Gesundheitsprobleme dienen. Die Identifizierung möglicher Ursachen in den Arbeitsbedingungen wird dagegen (entlastet von dem Anspruch, Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Belastungen statistisch zu sichern und darzustellen) weitgehend in den Prozess selbst und zu den daran Beteiligten verlagert, z. B. durch Belegschaftsbefragungen, Focus-Gruppen o. ä..

2) Die Interpretation der gesundheitlichen Problemlage, die Entscheidung über Maßnahmen-schwerpunkte und die Planung und Steuerung der Gesundheitsförderungsaktivitäten sollen diskursiv und kooperativ unter Beteiligung aller relevanten Funktions- und Entscheidungsträger des Betriebs stattfinden – im Wesentlichen sind dies: Betriebsleitung (u. U. auch Personal- und Abteilungsmanagement), Belegschaftsvertretung und professionelle Arbeitsschützer. Hierfür werden zentrale, von externen Fachkräften (z. B. aus Krankenkassen) neutral moderierte Steuerungsgremien („Arbeitskreis Gesundheit“, „Gesundheitsforum“) eingerichtet.

3) Konkrete Hinweise auf belastende Arbeitsprobleme sowie diesbezügliche Veränderungsbedarfe und Verbesserungsmöglichkeiten sollten ‚basisnah‘, gestützt auf die Wahrnehmungen, Erfahrungen und Lösungskompetenzen der Beschäftigten, erarbeitet werden. Dies geschieht etwa in moderierten Gesundheitszirkeln, für die es – was ihre Größe, Dauer und Sitzungshäufigkeit sowie Zusammensetzung (gemischt/hierarchieübergreifend oder homogen) betrifft – unterschiedliche Modelle gibt. Deren Kernanspruch ist aber immer die Partizipation der von den

Arbeitsbedingungen unmittelbar Betroffenen nach dem – seit den Erfahrungen mit der italienischen Arbeitermedizin in den siebziger Jahren – bewährten Grundsatz, dass Beschäftigte Experten in eigener (gesundheitlicher) Sache sind.

4) Das Schwergewicht betrieblicher Gesundheitsförderung soll auf strukturellen Gestaltungsmaßnahmen liegen, die das technische, organisatorische und soziale Bedingungsgefüge des Betriebs mit seinen komplexen Wirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten – einschließlich psychosozialer Belastungen und Ressourcen – berücksichtigen. Verhaltenspräventive Angebote und Maßnahmen (z. B. Rückentraining) sollen nicht isoliert (oder gar ausschließlich), sondern verknüpft mit Verhältnisprävention und soweit wie möglich arbeitsbezogen durchgeführt werden.

5) Soweit es darum geht, im Betrieb überhaupt Fuß zu fassen, ist für die betriebliche Gesundheitsförderung ein projektartiges Vorgehen angezeigt. Es handelt sich dann zunächst um eine – was z. B. das Engagement der Krankenkasse angeht – zeitlich begrenzte Intervention mit definierten Aufgaben, die aber darauf abzielt, die Fähigkeit der betrieblichen Akteure zu eigenständiger Problemidentifizierung und Problemlösung zu erhöhen und kollektive Selbstveränderung anzuregen (Organisationsentwicklung). Betriebliche Gesundheitsförderung soll also so angelegt sein, dass perspektivisch ihre durchgängige Integration in die normalen betrieblichen Entscheidungsstrukturen und -abläufe und damit ihre Verstetigung ermöglicht wird.

**235.** Die vorliegenden Informationen zur Verbreitung und Wirksamkeit betrieblicher Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Hinblick auf die Reduzierung von Rückenleiden lassen sich wie folgt zusammenfassen und bewerten:

1. Nach den vorliegenden Daten hat der Arbeitsschutz während der letzten anderthalb Jahrzehnte keine entscheidenden Fortschritte bei der Zurückdrängung arbeitsbedingter Risiken für Rückenerkrankungen erzielt. Während sich ein insgesamt stabiler Sockel von körperlichen Belastungen zeigt, die arbeitsmedizinisch weithin als Verursachungsfaktoren von Rückenbeschwerden akzeptiert sind (Arbeiten im Stehen und bestimmte Zwangshaltungen, Heben und Tragen schwerer Lasten), weisen eine Reihe von psychischen Arbeitsbelastungen (insbesondere Zeit- und Leistungsdruck) sogar eine ansteigende Tendenz auf. Allerdings lassen sich über das Ausmaß, die Qualität und die Effektivität betrieblicher Arbeitsschutzmaßnahmen – und damit ihren möglichen Beitrag zur Rückenschmerzprävention – keine detaillierten Aussagen treffen, da kein routinemäßiges Berichtssystem existiert, welches für die fortlaufende Beurteilung des betrieblichen Arbeitsschutzgeschehens brauchbare empirische Daten hervorbringt.
2. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dieses Defizit kompensieren können. Abgesehen von deren insgesamt recht begrenzten Verbreitung waren diese in der Vergangenheit stark auf kursförmige verhaltensorientierte Angebote (z. B. Rückenschulen) konzentriert und ä-

berst mangelhaft mit Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen verknüpft. Nach vorliegenden Studien bewegt sich die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung überwiegend auf einem recht dürftigen Niveau. Zwar haben einige Krankenkassen (als institutionelle Hauptträger betrieblicher Gesundheitsförderung) die einseitige verhaltenspräventive Maßnahmenorientierung inzwischen hinter sich gelassen und verfolgen in ihren betrieblichen Projekten einen umfassenderen, integrativen Handlungsansatz. Aufgrund der spezifischen Realisierungsbedingungen betrieblicher Gesundheitsförderung (Freiwilligkeit der betrieblichen Inanspruchnahme, partikulare Angebotsinteressen der im Wettbewerb stehenden Kassen) scheint es aber auf absehbare Zeit ausgeschlossen, auf diese Weise eine aus präventionspolitischer Sicht hinreichende Breitenwirkung zu erzielen. Auch eine qualitätsgesicherte betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V kann einen modernisierten betrieblichen Arbeitsschutz nicht ersetzen.

3. Obwohl die Messung der Effektivität von *good practice*-Modellen betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. Übersicht 2) im Hinblick auf Rückenschmerzen mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist, stellt die sorgfältige Dokumentation betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte und deren Effektivitätsbewertung relevanter Daten bislang noch eher die Ausnahme dar. Die aus wissenschaftlichen Studien resultierende Befundlage spricht insgesamt eindeutig dafür, dass beachtliche Effekte i. S. einer Verminderung der Häufigkeit und des Schweregrads von Muskel-Skelett- bzw. Rückenbeschwerden sowie der dadurch verursachten Arbeitsunfähigkeit erzielbar sind. Dies gilt jedenfalls für Präventionsansätze, die schwerpunktmäßig auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ausgerichtet sind, ergonomische, organisatorische und die betrieblichen Kooperations- und Kommunikationsstrukturen betreffende Maßnahmen verknüpfen und dabei partizipatorisch vorgehen. Verhaltensbezogene Maßnahmen (Hebe-Training, Rückenschule) können hier eine ergänzende Funktion haben, als alleinige Maßnahmen dürften sie jedoch weitgehend wirkungslos sein.
4. Hinsichtlich der Rate der AU-Fälle wird in den Studien von Rückgängen zwischen 22 und 36 % innerhalb von drei bis fünf Jahren berichtet. Bei den AU-Tagen ist der Abwärtstrend noch stärker ausgeprägt, hier beträgt die Abnahme zwischen 43 und 78 %, jeweils bezogen auf Kontrollgruppen bzw. Vergleichswerte. Dieses Ausmaß der AU-Verringerung spricht dafür, dass es sich hier tatsächlich um Effekte der Ge-

sundheitsförderungsmaßnahmen handelt<sup>56</sup>. Bei allen methodischen Einschränkungen rechtfertigen die dargestellten Befunde das Urteil, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dazu geeignet sind, Rückenleiden und hierdurch bedingte Arbeitsunfähigkeit in bedeutendem Umfang zu reduzieren – jedenfalls dann, wenn

- sie in systematischer und kooperativer Weise geplant und gesteuert werden,
- die Mitarbeiter an der Problemanalyse und der Entwicklung von Lösungen beteiligt sind,
- Prävention und Gesundheitsförderung schrittweise in die ‚normalen‘ betrieblichen Strukturen und Abläufe integriert werden und
- dabei ergonomische, organisatorische, kommunikative und Führungsaspekte der Arbeitssituation sowie solche des rückschonenden Verhaltens miteinander verknüpft werden.

## **11.5 Fazit und Empfehlungen des Rates**

**236.** Es gibt einerseits hinreichend sichere Hinweise, dass primärpräventive Rückenschulen als Einzelmaßnahme ohne und mit Arbeitsplatzbezug ineffektiv sind. Andererseits liegen hinreichend sichere Hinweise vor, dass sekundär- und tertiärpräventiv ausgerichtete Rückenschulen wirksam und ausgabensenkend sein können, wenn der Zugang und die Ausrichtung der Angebote streng zielgruppenzentriert und der Teilnehmerkreis hoch selektiert sind.

Der Rat empfiehlt daher, dass Krankenkassen keine primärpräventiven Rückenprogramme anbieten, sondern sich gezielt auf Angebote für die bedeutende Gruppe Kreuzschmerzkranker mit rezidivierenden und chronischen Rückenleiden konzentrieren. Er empfiehlt, im Rahmen von § 42a SGB V verstärkt (Modell-)Programme mit strenger Zielgruppenausrichtung zur Sekundär- und Tertiärprävention von Kreuzschmerzen anzubieten, zu evaluieren und kontinuierlich zu optimieren (B)<sup>57</sup>.

---

56 Darüber hinaus lassen sich durch Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung die Arbeitsunfähigkeiten wegen einer Reihe weiterer Erkrankungen, u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deutlich verringern.

57 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

**237.** Es gibt hinreichend sichere Hinweise, dass die Potenziale betrieblicher Gesundheitsförderung nicht ausgeschöpft sind. Modellfähige Hinweise auf geeignete Lösungsmaßnahmen aus der Analyse von Projekten der Krankenkassen und aus der internationalen Literatur liegen vor. Der Rat empfiehlt, Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einem partizipativen und kombinierten Ansatz zur Verhältnis- und Verhaltensprävention im Rahmen evaluierbarer Modelle vermehrt durchzuführen (B).

**238.** Es gibt ernstzunehmende Hinweise auf eine Überversorgung mit operativen Eingriffen bei Kreuzschmerzpatienten mit oder ohne neurologische Ausfälle. Aufgrund der unzureichenden Evidenzlage fehlen klare Kriterien zur Indikationsstellung und Bewertung der Angemessenheit dieser Interventionen (zumindest für Patienten mit neurologischen Defiziten). Als Alternative zur operativen Therapie stehen traditionelle sowie stärker an Leitlinien orientierte konservativ-therapeutische und rehabilitative Ansätze zur Verfügung. Es gibt hinreichend sichere Hinweise auf eine Überversorgung mit bildgebender Diagnostik, mit Injektionen, mit der Verordnung von Bettruhe sowie mit einer – über die Akutphase hinausgehenden – passiven Therapie, z. B. mit Schmerzmitteln oder mit passiven physikalischen Maßnahmen. Ferner besteht eine Unterversorgung mit problemangemessener Beratung und psychosozialer Unterstützung für Kreuzschmerzpatienten.

Der Rat empfiehlt in diesem Zusammenhang, Kreuzschmerzen als eine der prioritären Erkrankungen für die gesetzlich vorgesehenen, aber noch nicht implementierten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu wählen (A).

**239.** Der Rat empfiehlt, zügig evidenz-basierte Leitlinien sowohl für die Behandlung unkomplizierter Rückenschmerzen als auch für die Abgrenzung von Operationsindikationen für den deutschen Versorgungskontext auf Haus- und Spezialarztebene zu entwickeln bzw. verstärkt unter Ärzten, Patienten und in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und ihre Anwendung in Praxen und Kliniken durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen zu sichern (A).

**240.** Aufgrund ihrer epidemiologischen und volkswirtschaftlichen Bedeutung und aufgrund der nachgewiesenen Versorgungsdefizite sollten Rückenschmerzen bei der Entwicklung und Implementierung leitlinien-gestützter Disease-Management-Programme prioritär berücksichtigt werden (B). Multimodale Rehabilitationsangebote für chronisch Rückenranke sollten weiter entwickelt, verstärkt eingesetzt und finanziert werden (B). Der Rat empfiehlt ferner die verstärkte Einführung von Teilzeitregelungen bei der Arbeitsunfähigkeit (C).

**241.** Für den Bereich der Pflege empfiehlt der Rat, das Thema Rückenschmerzen (neben Ernährung, Bewegung und Schmerztherapie) als einen Schwerpunkt eines neu zu initiiierenden und zu zertifizierenden Projektes „Gesundheitsförderndes Alten- und Pflegeheim“ zu verankern (vgl. Band I, Abschnitt 2.3.2) (C).

## **12. Onkologische Erkrankungen**

### **12.1 Lungenkarzinom**

#### **12.1.1 Krankheitslast**

**242.** Das Lungenkarzinom (ICD-9: 162; ICD-10: C33 - C34) ist in Deutschland mit 28.200 jährlichen Neuerkrankungen der häufigste bösartige Tumor des Mannes (17 % aller bösartigen Neubildungen) und gehört mit 8.900 jährlichen Neuerkrankungen zu den fünf häufigsten Krebserkrankungen der Frau (5 % aller bösartigen Neubildungen). Die Überlebensprognose des Lungenkarzinoms ist schlecht: die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt bei Männern 9 % und bei Frauen 17 %. Während die Inzidenz bei Männern in den letzten 20 Jahren leicht zurückging, betragen die jährlichen Zuwachsraten bei Frauen ca. 3 %. Im europäischen Vergleich liegt die Inzidenz des Lungenkarzinoms in Deutschland im mittleren Bereich.

**243.** Bei Männern sind mindestens 90 %, bei Frauen 30 - 60 % der Lungenkreberkrankungen dem Rauchen zuzuschreiben.

37,3 % der erwachsenen Männer und 27,9 % der erwachsenen Frauen in Deutschland rauchen. Insgesamt ergeben die in Deutschland durchgeführten Untersuchungen zum Rauchverhalten folgendes Bild:

- Männer rauchen häufiger und größere Mengen als Frauen. Es gibt einen schwach fallenden Trend beim männlichen Geschlecht, nicht jedoch bei den Frauen;
- zwar nimmt mit steigendem Alter die Zahl der Raucher ab, bei jüngeren Altersgruppen zeigt sich jedoch in den letzten Jahren eine Zunahme des Rauchens;
- in den neuen Bundesländern liegt der durchschnittliche tägliche Zigarettenkonsum noch unterhalb des Westniveaus, jedoch mit ansteigender Tendenz;
- in sozial schwachen wird mehr geraucht als in den übrigen Bevölkerungsgruppen.

**244.** Rauchen erhöht das Risiko für eine Reihe weiterer Erkrankungen (vgl. Tabelle 18).

**Tabelle 18: Übersicht zu tabakrauchassoziierten Erkrankungen**

Zusammenhang zum Rauchen hergestellt	Krebserkrankungen	Andere Erkrankungen
Sicher	Lunge, Mund-/Nasen- und Rachenraum, Kehlkopf, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Blase	Koronare Herzkrankheit, Cor pulmonale, Aortenaneurysma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Schlaganfall, Pneumonie
Wahrscheinlich	Niere, Magen, Leukämie, Gebärmutterhals	

*Quelle:* Becker, N. u. Warendorf, J. (1998)

Die tabakbezogene Mortalität summierte sich 1993 auf über 100.000 vorzeitige Todesfälle mit ca. 1,5 Mio. verlorenen Lebensjahren. 23 % aller vorzeitigen Sterbefälle von Männern und 6 % der vorzeitigen Sterbefälle von Frauen sind auf tabakassoziierte Erkrankungen zurückzuführen. Hinzu kommen ca. 31.000 vorzeitige Berentungen und 17,7 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr. Die direkten Kosten belaufen sich auf etwa 34 Mrd. DM bzw. 1,07 % des Bruttoinlandprodukts. Auf das Lungenkarzinom entfallen ca. 5,3 Mrd. DM.

### 12.1.2 Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten

**245.** Zur Versorgungslage bei Lungenkarzinom haben sich in der Befragung des Rates sechs Organisationen geäußert. Wegen der herausragenden Bedeutung des Tabakrauchens für die Entstehung des Lungenkarzinoms werden im folgenden auch die Stellungnahmen zur Prävention des Tabakrauchens berücksichtigt<sup>58</sup>.

---

58 Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

**Tabelle 19: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Lungenkarzinom (einschließlich Prävention des Rauchens) getroffen haben**

<b>Name der Organisation (A - Z)</b>	<b>Organisationstyp</b>
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	KAiG und Sonstige
BÄK, KBV und Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung	KAiG und Sonstige
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	KAiG und Sonstige
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Angiologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen e.V. (Lipid-Liga)	Betroffenen-Organisation
Deutsche Leukämiehilfe, Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen zur Unterstützung von Erwachsenen mit Leukämien	Betroffenen-Organisation
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	KAiG und Sonstige
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg	KAiG und Sonstige
Spitzenverbände der GKV und MDS	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige

### **Prävention**

**246.** Übereinstimmend wurde festgestellt, dass angesichts der weiten Verbreitung des Tabakrauchens eine Unterversorgung mit Primärprävention vorliege. Die Primärprävention des Tabakrauchens wurde als wirksamste Möglichkeit gesehen, die Mortalität des Bronchialkarzinoms zu senken. Es wurden konsequente Aktivitäten im Sinne einer Primärprophylaxe des inhalativen Rauchens gefordert, die ebenso intensiv betrieben werden sollten wie die AIDS-

Aufklärungskampagnen der letzten Jahre. Nichtrauchen solle als Faktor der Lebensqualität verdeutlicht werden und Aufklärungskampagnen müssten bereits im Grundschulalter beginnen. Als dringend notwendig wurden flächendeckende Angebote für besondere Zielgruppen, z. B. Schwangere, angesehen.

Hinsichtlich der Prävention am Arbeitsplatz und umweltbedingter Risikofaktoren wurde die Umsetzung der geltenden Richtlinien gefordert. Das Ausmaß der Exposition sowie die große Zahl der beruflich gegenüber Karzinogenen (z. B. Radon in Ostthüringen und Westsachsen) Exponierten, mache eine gründliche Bestandsaufnahme, eine sorgfältige Weiterbeobachtung und medizinische Betreuung dieser Gruppen erforderlich.

### ***Diagnostik***

**247.** Die Diagnostik des Lungenkarzinoms wurde als verbesserungsbedürftig beschrieben. Insbesondere invasive Maßnahmen im Bereich der Endoskopie und Funktionsdiagnostik könnten zu besseren Erfolgen in der Früherkennung des Lungenkarzinoms führen. Screening-Untersuchungen (radiologisch, Tumormarker, Fluoreszenz-Bronchoskopie oder Immunfärbung von Sputum) wurden von den berichtenden Organisationen hingegen als medizinisch nicht begründbare und ökonomisch nicht tragbare Überversorgung eingeschätzt.

Bei der Diagnose des Lungenkarzinoms komme es durch Koordinationsprobleme an der ambulanten-stationären Schnittstelle, insbesondere im radiologischen Bereich, zu Verzögerungen. Diagnostische Untersuchungen im Rahmen der Krebsnachsorge und der Rehabilitation würden nicht leitliniengerecht erfolgen. Neue diagnostische Verfahren sollten vor ihrem flächendeckenden Einsatz ausreichend validiert werden.

### ***Therapie***

**248.** Im Bereich der Pharmakotherapie des Lungenkarzinoms wurde die nicht leitliniengerechte Therapie bei spät erkanntem Lungenkarzinom als Fehlversorgung eingeschätzt. Insbesondere im ambulanten Sektor würden in den letzten Monaten des Krankheitsverlaufes bedarfsgerechte Leistungen aus ökonomischen Gründen zunehmend nicht mehr erbracht. Im Zentrum der Aussagen zur operativen Therapie des Lungenkarzinoms standen Größe, Qualifikation und regionale Lage der behandelnden Einrichtungen. Patienten würden häufig in unzureichend qualifizierten Einrichtungen operiert, was zu Fehlversorgung führe. Es wurde empfohlen, eine entsprechend hohe Operationsfrequenz für den einzelnen Operateur zu fordern, um die Einhaltung von Qualitätsstandards zu gewährleisten. Spezialisierte Einrichtungen und neue thoraxchirurgische Leistungen sollten an geografisch günstig gelegenen Zentren konzentriert werden. Eine adäquate pulmonologische Versorgung sollte gewährleistet sein.

### ***Versorgungsstruktur***

**249.** Bei der Behandlung des Lungenkarzinoms fänden interdisziplinäre Therapieabstimmungen nicht regelhaft, sondern eher erratisch, in Abhängigkeit von der Abteilungsausstattung der

erstbehandelnden Klinik, statt. Die Durchführung von Systemtherapien und die Abrechenbarkeit von Leistungen sei nicht an nachgewiesene Fachkompetenz (Kompetenzbündelung, Interdisziplinarität, Qualitätssicherung und Dokumentation der Behandlung) oder ausreichend qualifizierte Zentren gebunden, sondern könne von jedem Arzt durchgeführt werden, unabhängig von seiner spezifischen Weiterbildung und seiner Erfahrung.

Kritisiert wurde eine zunehmend schlechte Personalausstattung zur Behandlung der Karzinompatienten. Administrative Aufgaben (Anforderungen an Dokumentation und Aufklärung) hätten im klinischen Alltag ein solches Ausmaß erreicht, dass es zunehmend zu einer Verdrängung der eigentlichen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben komme.

Defizite wurden in der psychoonkologischen Betreuung und im Eingehen auf die Bedürfnisse und den Informationsbedarf der betroffenen Patienten gesehen.

### **12.1.3 Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates**

**250.** Die gegenwärtigen Anstrengungen zur Prävention des Rauchens als Primärprophylaxe des Lungenkarzinoms sind unzureichend. Es werden bevölkerungsweite Programme sowie solche, die spezifisch auf die Bedürfnisse spezieller Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, Schwangere) eingehen, gefordert. Der Rat hat sich aus diesen Gründen dafür entschieden, am Beispiel der Tabakprävention paradigmatisch die besonderen Probleme der Unterversorgung mit Präventionspolitik zu erörtern und Vorschläge für politisches Handeln auch außerhalb des engen Rahmens der Krankenversorgung und der GKV zu unterbreiten.

#### **Übersicht 3: Prävention des Tabakrauchens**

**251.** Eine rasche und deutliche Absenkung des Tabak- und v. a. des Zigarettenrauchens ist nicht durch isolierte Aufklärung, sondern durch geplante multimodale Kampagnen auf der Basis breit kommunizierter und verbindlicher politischer Entscheidungen zu erreichen. So werden z. B. von der WHO wirtschafts- und gesundheitspolitische Maßnahmen empfohlen, die z. B. Steuererhöhungen für Tabakwaren, Maßnahmen gegen Schmuggel, Verbot der direkten und indirekten Werbung, Verkaufsverbot an Kinder und Jugendliche, Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz und in öffentlichen Einrichtungen sowie Regelungen zu Produktinhalt und Verpackung einschließen. Ein derart anspruchsvolles präventionspolitisches Programm steht allerdings in deutlichem Kontrast zur deutschen Wirklichkeit.

Nach Ansicht des Rates reicht der Kenntnisstand zur Wirksamkeit unterschiedlicher Präventionsansätze aus, um für Deutschland eine kohärente Politik gegen das Tabakrauchen zu formulieren und umzusetzen.

**252.** Anti-Tabak-Kampagnen verfolgen im Wesentlichen drei Ziele:

- nichtrauchende Personen vom Rauchbeginn abzuhalten (primäre Prävention des Tabakrauchens). Im Fokus stehen dabei Jugendliche, da diese besonders gefährdet sind, sich zum

- Rauchen verleiten zu lassen, durch die Gewohnheit zum Raucher und dann abhängig zu werden;
- bereits rauchende Personen vom Rauchen abzuhalten bzw. ihren Konsum einzuschränken (Raucherentwöhnung, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention);
- die Allgemeinbevölkerung vor unfreiwilliger Passivrauchexposition zu schützen (primäre Prävention der Passivrauchexposition)<sup>59</sup>.

Bei allen Maßnahmen ist das hohe Suchtpotenzial des Tabakrauchens in Rechnung zu stellen.

**253.** Nur wenige Menschen werden nach Abschluss ihrer Teenager-Zeit zu regelmäßigen Rauchern. Deshalb hat die primäre Prävention im Kindes- und Jugendalter entscheidende Bedeutung. Die effektivste Methode ist die Verhinderung des Einstieges in den Konsum. Darüber hinaus zeigen Studien, dass die langfristigen tabakassozierten Schäden bei früherem Rauchbeginn besonders ausgeprägt sind.

Edukative Maßnahmen lassen sich wie folgt definieren:

- kognitiv ausgerichtete Maßnahmen können Wissen, jedoch kaum Einstellungen und Verhalten verändern;
- affektiv und auf alternative Verhaltensweisen ausgerichtete Maßnahmen zeigen mäßige, kurzfristige Effekte auf Wissen, Einstellungen und Verhalten;
- Maßnahmen der ‚sozialen Impfung‘ sind darauf angelegt, Jugendliche dazu zu befähigen, soziale Einflussfaktoren, z. B durch Werbung oder durch Gleichaltrige, zu erkennen und ihnen zu widerstehen. Sie zeigen derzeit offenbar die besten einstellungs- und verhaltensbezogenen Veränderungspotenziale.

Maßnahmen, die sich auf edukative Instrumente beschränken, können zwar den Einstieg in den Konsum um ein bis zwei Jahre hinauszögern, ihn jedoch meist nicht völlig verhindern.

**254. Mehrdimensionale gemeindebezogene Programme:** Mehrdimensionale gemeinschafts- bzw. zielgruppenbezogene Programme<sup>60</sup>, wie sie zum Beispiel in zahlreichen Bundesstaaten der USA oder in Neuseeland durchgeführt werden, scheinen deutliche Erfolge zu erzielen. Programme stützen sich meist auf drei Säulen:

- zahlreiche kommunale Projekte (auf der gesamten Bandbreite von verhaltensbezogener Prävention und Behandlung bis hin zu gesellschaftspolitisch orientierten Anstrengungen zur Änderung der tabak-bezogenen Anreize und Umweltfaktoren),
- landesweite begleitende wegbereitende und unterstützende Massenmedienkampagnen, die insgesamt getragen werden von einem
- landesweiten Netz an unterstützenden Dienstleistungen, deren primäre Aufgabe es ist, Gesundheits- oder andere Berufsgruppen und Laien für die Tabakprävention zu qualifizieren.

Präventionskampagnen, für die eine (beschränkte) wissenschaftliche Evidenz für die Effektivität besteht, sind in eine umfassende Präventionsstruktur einzubinden, breit, flexibel handhabbar und partizipativ zu gestalten und von politischen Rahmenvereinbarungen zu stützen.

---

59 Aus noch unveröffentlichten Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 zu Passivrauchexposition geht hervor, dass 55 % der Nichtraucher unfreiwillig Tabakrauch einatmen müssen. 21 % der Nichtraucher gaben eine Exposition am Arbeitsplatz, 13 % eine häusliche Belastung und 43 % eine Exposition andernorts an. 64 % der mitrauchenden Nichtraucher fühlen sich durch das Passivrauchen gestört.

60 Unter Einbeziehung verschiedener Berufs- und Sozialgruppen sowie Institutionen (z. B. Eltern, Schule, Beteiligung von Unternehmen, Vereinen, Flankierung durch Tabaksteuer, Medienkampagnen, Gemeindeaktionen, Schaffung rauchfreier Zonen).

Als wirksame und wichtige Elemente einer umfassenden Präventionspolitik haben sich in einem solchen Rahmen folgende Maßnahmen erwiesen:

**255. Massenmedienkampagnen:** Die Prävention durch massenmediale Interventionen allein hat einen geringen Effekt auf das Rauchverhalten von Jugendlichen. Allerdings können sie dennoch hilfreich eingesetzt werden, da sie eine große Anzahl Jugendlicher und Erwachsener erreichen und Themenaufmerksamkeit sichern.

**256. Preiserhöhungen:** Preissteigerungen gelten als das wirksamste Einzelinstrument zur Reduktion von Tabakkonsum. Preis- und Steuererhöhungen sind in der Lage, den Konsum erheblich zu reduzieren<sup>61</sup>. Ob allerdings der Einstieg in den Konsum durch Preissteigerungen verhindert werden kann, wird kontrovers beurteilt. Eine Minderheit unter den Rauchern kompensiert erfahrungsgemäß Preiserhöhungen z. B. durch den Konsum von Zigaretten mit höherem Nikotingehalt. Der erwartbare Gesundheitseffekt durch Preiserhöhungen wird aber als bedeutsamer eingeschätzt als diese unerwünschten Wirkungen. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für die Problematik der sozialen Ungerechtigkeit: Ärmere Gruppen der Bevölkerung werden durch steigende Preise doppelt belastet, da sie zum einen einen vergleichsweise größeren Anteil ihres Einkommens für Zigaretten ausgeben müssen und zum anderen häufiger zu den Rauchern zählen. Allerdings zeigen sich die ärmeren Bevölkerungsgruppen – nicht überraschend – als besonders preisresponsiv, so dass der Gesundheitsgewinn durch Preiserhöhungen gerade in diesen Bevölkerungsgruppen besonders hoch ist.

**257. Werbeverbote:** Die Bedeutung von Werbung ist nicht alleine darauf beschränkt, dass sie Konsum bewirken oder befördern kann. Sie dient außerdem dazu, positive Bilder mit Zigarettenkonsum zu verknüpfen und den Zigarettenkonsum als normales und weitverbreitetes Alltagsverhalten erscheinen zu lassen. Studien belegen sowohl den Zusammenhang zwischen Werbeausgaben und Konsummengen als auch den Zusammenhang zwischen Werbeverboten und Tabakkonsum. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass ein Werbeverbot für Tabak den Konsum verringert und umgekehrt Tabakwerbung bei Jugendlichen gruppenspezifisch den Konsum erhöht.

Begrenzte Werbeverbote, beispielsweise nur für das Fernsehen, sind wirkungslos, da sie zu Kompensationsmaßnahmen, etwa in Form von vermehrter Werbung in Zeitschriften, oder zum Ausweichen auf andere Werbestrategien, z. B. Sponsoring, führen. Auch die Begrenzung von Werbung auf ausgewählte Zielgruppen, vor allem auf Erwachsene, ist wirkungslos, da Jugendliche Werbeplakate auch dann sehen, wenn sie mehr als 100 Meter von Schulen entfernt stehen; in der Realität werden diese Regeln zudem häufig nicht eingehalten. Allerdings darf das Verbot von Werbung nur eine von vielen Maßnahmen sein, ansonsten ist eine spürbare Veränderung nicht zu erreichen. Innovative Anti-Werbung hat eine große Reichweite und erweist sich als wirksam.

**258. Verkaufsbeschränkungen:** Anders als beim Verkauf von Alkohol an Minderjährige, der durch das Jugendschutzgesetz reglementiert ist, verbietet das Gesetz nur das Rauchen in der Öffentlichkeit, jedoch nicht die Abgabe an oder den Erwerb durch Minderjährige bzw. unter 16-Jährige. Ein bundesweites Verkaufsverbot für Minderjährige, wie dies in anderen Ländern üblich ist, transportiert u.U. ambivalente Botschaften: Rauchen ist schädlich und darum nicht frei verfügbar oder Zigaretten sind ‚verbotene Früchte‘.

**259. Zigarettenautomaten:** Zwei Drittel aller rauchenden Jugendlichen versorgen sich in Deutschland aus Zigarettenautomaten. Obwohl die quantitative Bedeutung dieses Vertriebsweges in den letzten Jahren abgenommen hat, sind in Deutschland immer noch ca. 800.000 öffentlich zugängliche Zigarettenautomaten aufgestellt. Eine generelle Abschaffung von Zigarettenautomaten dürfte einen erheblichen Effekt auf die Menge gerauchter Zigaretten haben. In den USA hat es sich auch als sinnvoll erwiesen, den Verkauf von Einzelzigaretten oder Kleinabgabemengen, etwa mit 10 Zigaretten pro Schachteln, die überwiegend von Jugendlichen genutzt

---

61 Die Preiselastizität liegt bei etwa -0,4 bis -0,7, bei Jugendlichen bei -1,2.

werden, zu unterbinden. Die von Teilen der Zigarettenindustrie vorgeschlagene Einführung von Chipgeld für Zigarettenautomaten lässt einen ähnlichen Effekt wie bei Verkaufsbeschränkungen erwarten, nämlich den Anreiz für Kinder und Jugendliche, ‚zigarettenfähiges Chipgeld‘ als Symbol der Erwachsenenwelt zu erlangen.

**260. Allgemeine Rauchverbote:** Örtliche Rauchverbote und rauchfreie Zonen reduzieren sowohl die Wahrscheinlichkeit, überhaupt zu rauchen, als auch die durchschnittliche Menge gerauchter Zigaretten. Rauchrestriktionen reduzieren die Gelegenheiten, überhaupt zu rauchen und verändern das kulturelle Klima zum Rauchen. Darüber hinaus sind Rauchrestriktionen in der Öffentlichkeit auch ein Beitrag zum Schutz von Nichtraucher vor Passivrauchen und haben deshalb hohe Bedeutung.

**261. Rauchverbote für Jugendliche:** In Deutschland ist nach § 9 Jugendschutzgesetz Jugendlichen unter 16 Jahren das Rauchen in der Öffentlichkeit verboten. Diese seit langem bestehende Vorschrift wird in Deutschland seit Jahrzehnten praktisch nicht mehr durchgesetzt. Allerdings werden Rauchverbote gegenüber Jugendlichen von Public Health-Experten kritisch bewertet, denn solche Regelungen sind nur dann sinnvoll, wenn sie auch kontrolliert durchgesetzt werden.

Rauchverbote für Jugendliche in spezifischen Settings, z. B. in der Schule, weisen derzeit noch widersprüchliche Ergebnisse auf. Allerdings gelten strikt durchgesetzte schulische Rauchverbote und besser noch verbindliche Rauchverbote zu Hause als moderat wirksame Strategien zur Konsumreduktion bei Jugendlichen.

**262. Produktregulationen:** Im Sinne der Schadensbegrenzung können auch gesetzlich verankerte Produktregulierungen, die dazu beitragen, Tabakprodukte so wenig gesundheitsschädlich wie möglich zu produzieren, einen Beitrag zur Problemlösung bieten. Tabakrauch enthält über 4.000 chemische Verbindungen, mindestens 43 gelten als erwiesenermaßen krebsauslösend, und der Großteil der übrigen Substanzen als allgemein gesundheitsschädlich. Zahlreiche dieser toxischen Inhaltsstoffe sind nicht unvermeidbarer Bestandteil bei der Zigarettenproduktion, sondern werden zusätzlich zugeführt, beispielsweise Ammoniak, um die suchterzeugende Wirkung des Nikotins zu erhöhen und auch bei niedrigdosierten Zigaretten sicherzustellen.

**263. Warnhinweise:** Es gibt derzeit wenig Forschung zur Wirksamkeit von Warnhinweisen (zumindest für Jugendliche). Bisherige Studien sprechen allerdings für eine geringe Erfolgsrate<sup>62</sup>.

**264. Anti-Schmuggelaktivitäten:** Aktivitäten gegen den Zigaretten-Schmuggel gehören zu den Prioritäten der weltweiten Anti-Tabak-Politik. Für Deutschland von besonderer Relevanz ist die Tatsache, dass geschmuggelte Zigaretten, aufgrund ihres in der Regel günstigeren Preises, gerade den hierzulande besonders vulnerablen Gruppen (ärmere Bevölkerungsschichten und Jugendliche) erlauben, mit dem Rauchen zu beginnen bzw. den Konsum nicht zu beschränken oder aufzugeben.

**265.** Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass durch umfassende Anti-Tabak-Kampagnen der Beginn des Rauchens bei Jugendlichen in 20 bis 40 % der Fälle zeitlich verschoben oder sogar vermieden werden kann. Bei solchen umfassenden Tabakkontrollprogrammen erweisen sich Umfang der finanziellen Unterstützung der Kampagnen aus öffentlichen Quellen und Neutralisierung des Einflusses der Tabakindustrie als entscheidende Faktoren.

---

62 Warnhinweise sind dennoch, ebenso wie ‚Beipackzettel‘ über Inhaltsstoffe und unerwünschte Wirkungen, zumindest aus Verbraucherschutz-Gründen zweckmäßig und notwendig. Außerdem müsste die irreführende Beschriftung von Zigaretenschachteln und Werbeplakaten mit Begriffen wie ‚light‘ oder ‚ultra-light‘ unterbunden werden. Insgesamt werden nachfrageorientierte (Verhaltensprävention, Massenmedienkampagnen, Preiserhöhungen, Werbeverbote) jedoch für wirksamer gehalten als angebotsorientierte Maßnahmen.

### ***Rauchreduzierung und -entwöhnung***

**266.** Zu den Strategien einer Reduktion des Tabakrauchens gehören auch Selbsthilfe- und Behandlungsmaßnahmen. Programme zur Raucherentwöhnung sind in fast allen Fällen hinsichtlich ihrer Effektivität nicht evaluiert worden. Derzeit scheinen die wissenschaftlichen und kommerziellen Aktivitäten auf dem Gebiet der Rauchreduzierung mithilfe pharmazeutischer Produkte zuzunehmen. Ob damit lediglich dem säkularen Trend der Individualisierung der Prävention marktgängig entsprochen wird, oder ob auf diesem Wege tatsächlich epidemiologisch relevante Ergebnisse erzielt werden können, ist derzeit noch unklar.

**267. Selbsthilfemaßnahmen:** Bei den Selbsthilfemaßnahmen, die auf der Eigeninitiative des Rauchers beruhen, wird in erster Linie zwischen Medienangeboten, nicht verschreibungspflichtigen Präparaten und technischen Hilfsmitteln unterschieden. Der Vorteil solcher Maßnahmen besteht darin, dass sie niederschwellig sind. Im Vergleich zu den deutlich aufwändigeren Behandlungsmaßnahmen ist ihre Effektivität jedoch gering, und sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören, nur geringfügig. Bisher haben in Deutschland nur etwa 2 % der Personen, die mit dem Rauchen aufgehört haben, solche, zudem meist auch teure Materialien verwendet. Auch fehlen bei den deutschsprachigen Selbsthilfemaßnahmen Untersuchungen zur Evidenz fast vollständig

**268. Behandlungsmaßnahmen:** Das Konzept der individuellen oder in Gruppen stattfindenden Behandlungsmaßnahmen beruht auf der Kombination von multimodalen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen und Nikotinsubstitution. Diese eher hochschwelligeren Angebote setzen eine gewisse Motivation voraus und sind effektiver als die beschriebenen Selbsthilfemaßnahmen. Einem aktuellen Report des US Surgeon General zufolge bleiben 20 bis 25 % der Anwender solcher Ansätze auch ein Jahr nach Behandlung abstinent. Derzeit ist unklar, ob die Behandlung in Gruppen der individuellen Betreuung in ihrer Effektivität überlegen ist. Die Behandlung mit Bupropion (alleine oder in Kombination mit Nikotinsubstitution) erscheint vielversprechend; weitere Studien sind jedoch erforderlich. Clonidin und Nortriptylin scheinen einen gewissen positiven Effekt zu haben, der sich jedoch auf nur wenige Studien stützt. Insbesondere bei Bupropion und Clonidin sind jedoch gravierende Nebenwirkungen zu berücksichtigen. Andere Behandlungsformen und Medikamente, denen bisher nur eine geringe Effektivität nachgewiesen werden konnte, sind z. B. Mecamylamin, Akupunktur, Hypnosetherapie, Anxiolytika und Lobelin. Die letzteren beiden werden derzeit als ineffektiv eingestuft. Aversives Rauchen, insbesondere das schnelle Rauchen, scheint für bestimmte Raucher einen positiven Effekt zu haben.

**269. Ärztliche Beratung:** Nach internationalen Studien kommt dem ärztlichen Ratschlag an Patienten „mit dem Rauchen aufzuhören“ bei entsprechender Vorbildung und medialer Unterstützung der Ärzte nur eine mäßige Einzeleffektivität zu. Jedoch kann durch die hohe Zahl erreichter Personen und die wiederholte Exposition möglicherweise ein beachtlicher Gesamtwirkungsgrad erreicht werden.

### ***Schutz vor Passivrauchexposition***

**270.** Hierzu existieren in Deutschland zahlreiche gesetzliche Regelungen und staatliche Verordnungen. Diese dienen entweder mittelbar (z. B. Brandschutzvorschriften, gaststättenrechtliche Vorschriften, Jugendschutz) oder unmittelbar (z. B. Arbeitsrecht, Verkehrsrecht) dem Nichtraucherschutz. Versuche zum Erlass eines Nichtraucherschutzgesetzes waren in Deutschland bislang nicht erfolgreich.

Eine bedeutsame Quelle von durch Passivrauchen induzierten Gesundheitsstörungen ist die Exposition in-utero. In internationalen Studien hat sich die Beratung und Behandlung schwangerer Raucherinnen als effektiv erwiesen und sollte deshalb über die ärztlichen Praxen verstärkt zum Einsatz kommen.

### ***Einstellungen zu Anti-Tabak-Maßnahmen in der Bevölkerung***

**271.** Es ist davon auszugehen, dass die Implementation nicht nur von kostenneutralen, sondern auch von ressourcenverbrauchenden Maßnahmen zur Tabakkontrolle in der Öffentlichkeit akzeptiert wird. Zahlreiche Studien belegen die positive Einstellung der Bevölkerung und gesundheitsrelevanter Organisationen gegenüber Tabakkontrollstrategien.

### ***Finanzierung von Tabakkontrollstrategien***

**272.** Um Tabakkonsum bei Nichtrauchern zu vermeiden, bei Rauchern zu senken und die Tabakrauch-Exposition in öffentlichen Räumen zu reduzieren, ist eine hinreichende Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen nötig.

Sollte in der deutschen Gesundheitspolitik die Entscheidung für eine konsistente und integrierte Anti-Tabak-Kampagne getroffen werden, so reichen die bisherigen Finanzierungsquellen nicht aus. Die Kosten einer umfassenden Anti-Tabak-Kampagne werden nach einer Berechnung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für Deutschland – nach initial höherem Aufwand – auf jährlich 30 bis 40 Mio. DM geschätzt. Diese Aufwendungen dürfen nach Ansicht des Rates jedoch nicht einfach als Mehrausgaben interpretiert und damit dem Gebot kurzfristig gedachter Kostensenkung im Gesundheitswesen untergeordnet werden. Vielmehr sollte dieser Aufwand primär unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, dass er schon mittelfristig dazu beitragen kann, Kosten im Gesundheitswesen und in der Krankenversorgung zu senken.

Zu beachten ist auch, dass der Bund derzeit beträchtliche Einnahmen durch den Tabakkonsum hat: Die Tabaksteuer ist nach der Mineralölsteuer die ertragreichste Verbrauchssteuer in Deutschland und erbringt gegenwärtig rund 22 Mrd. DM pro Jahr. Befürchtungen drastischer Einbußen bei den Steuereinnahmen im Zuge einer umfassenden Anti-Tabak-Kampagne sind jedoch unbegründet. Erhöhungen der Tabaksteuer, die integraler Bestandteil jeder konsistenten Präventionskampagne sind, führen zunächst zu Mehreinnahmen. Sinkende Einnahmen sind demzufolge erst mittel- und langfristig zu erwarten, so dass genügend Zeit verbleibt, um diese Einnahmeausfälle durch kompensatorische Maßnahmen aufzufangen.

### ***Qualitätssicherung/Evaluation***

**273.** Erforderlich ist eine sorgfältige, wissenschaftlich gestützte Planung von Anti-Tabak-Kampagnen, ihre Begleitung durch erprobte Instrumente der Qualitätssicherung sowie die Bereitschaft, entsprechend den feststellbaren Ergebnissen der einzelnen Schritte und Instrumente der Kampagne Modifikationen und Korrekturen vorzunehmen.

## **12.1.4 Fazit und Empfehlungen des Rates**

**274.** Der Rat spricht sich nachdrücklich für einen Neuanfang in der Anti-Tabak-Politik in Deutschland aus. Dafür sprechen epidemiologische Daten, positive Erfahrungen mit öffentlich induzierter Verhaltensmodifikation, Umsetzung von wirksamen und nachhaltigen Präventionskampagnen in anderen Ländern, aber auch Erfolge von Kampagnen v. a. zur Aids-Prävention. Eine auf diese Erfolge gestützte ‚Nationale Anti-Tabak-Kampagne‘ kann jetzt initiiert und implementiert werden (A)<sup>63</sup>.

---

63 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

**275.** Trotz dieser günstigen Ausgangsbedingungen für eine bundesweite Anti-Tabak-Kampagne sieht der Rat auch gravierende Hemmfaktoren, welche die Umsetzung einer umfassenden Tabakkontrolle zur Zeit behindern. Diese bedürfen spezieller Aufmerksamkeit und sollten infolgedessen schon bei der Konzipierung einer Kampagne im Sinne der Gegensteuerung und Neutralisierung berücksichtigt werden.

Insbesondere ist hierbei das Interesse der Tabakindustrie an großem und wachsendem Umsatz zu nennen, das in der Vergangenheit oft genug wirksame Prävention zu blockieren vermochte. Vereinbarungen mit der Tabak- und insbesondere mit der Zigarettenindustrie zur freiwilligen Selbstbeschränkung, z. B. bei Werbung und Promotion, haben sich bislang durchweg als ineffektiv erwiesen.

**276.** Der Rat empfiehlt als Teil einer wirksamen Anti-Tabak-Strategie drei Ziele zu verfolgen:

- Nicht-Rauchen und rauchfreie Räume zum Normalfall werden zu lassen und damit das Tabakrauchen, nicht aber rauchende Menschen, gesellschaftlich zu marginalisieren;
- den Einstieg in den Konsum verhindern. Dies betrifft insbesondere Jugendliche, da der Einstieg in der Regel im Jugendalter stattfindet;
- den Ausstieg bzw. die Konsumreduktion erleichtern. Dazu bedarf es flächendeckend leicht erreichbarer und zielgruppenspezifischer Angebote für alle Raucher.

**277.** Der Rat sieht drei Ebenen für umfassende Präventionskampagnen:

1. Bevölkerungsweite Strategien, Streubotschaften und Anreize

Zu den bevölkerungsweiten Strategien gehören neben umfassenden und anhaltenden Massenmedienkampagnen, einschließlich der Antiwerbung, auch Preiserhöhungen, ein vollständiges Werbe- und Sponsoringverbot für die Zigarettenindustrie, die Optimierung der Maßnahmen zur Produktregulierung, die wirksame Bekämpfung des Zigaretenschmuggels sowie angemessene Beschränkungen der Verfügbarkeit und des öffentlichen Konsums.

2. Zielgruppen- und settingspezifische Kampagnen

Um Prävention wirksam implementieren zu können, sind zielgruppenspezifische Maßnahmen notwendig. Zentrale Zielgruppen, die eine vermehrte Aufmerksamkeit für Ta-

bakpräventionsmaßnahmen benötigen, sind insbesondere Frauen, Jugendliche und sozial Benachteiligte. Diese Gruppen sind spezifisch in ihren jeweiligen sozialen Zusammenhängen der Arbeit und der Freizeit („Settings“) zu erreichen. Als geeignete Settings sind insbesondere Betriebe, Bildungseinrichtungen, Vereine, Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, aber auch Gewerkschaften oder Kirchen denkbar. Besonders geeignet zur Vermittlung präventiver Botschaften sind statusgleiche Personen mit vergleichbaren soziokulturellen Lebensbedingungen („peers“). Staatliche Anti-Tabak-Politik hat auf dieser Ebene v. a. die Aufgabe, dezentrale und gruppenspezifische Aktivitäten anzuregen und zu ermöglichen.

### 3. Persönliche Kommunikation, Beratung und Behandlung

Auf personaler Ebene ist es besonders wichtig, die Botschaften der Primärprävention zu vertiefen und zu wiederholen sowie für aufhörwillige Raucher und Ex-Raucher niedrigschwellige Unterstützung anzubieten. Auch für derzeit unentschlossene oder nicht aufhörwillige Raucher sollten Angebote bereitgestellt werden, deren Ziel es ist, sie zu gesundheitsförderlichen Einstellungen anzuregen. Insbesondere Maßnahmen der ‚sozialen Impfung‘ zur Identifikation risikoträchtiger Situationen sowie zur Stärkung der Widerstandskräfte gegenüber riskantem Verhalten lassen sich im Rahmen personal-kommunikativer Maßnahmen wirksam einsetzen.

**278.** Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Kampagne umso erfolgreicher ist, je mehr sie den Kriterien der Konsistenz und der Integration genügt.

Konsistenz der Kampagne bedeutet dabei,

- dass sie mit ihren Instrumenten alle relevanten Aspekte des Problems trifft. Danach muss die Botschaft „rauchfrei ist besser“ oder „rauchfrei – wir schaffen das“ nicht nur in der gesamten Bevölkerung bekannt sein; vielmehr sind auch bevölkerungswelt, zielgruppenspezifisch und personenbezogen möglichst alle politisch zu beeinflussenden Anreize so zu gestalten, dass die Befolgung dieser Maxime erleichtert, ihre Nichtbefolgung erschwert wird. Dies betrifft
  - die Information und Aufklärung (Massenmedien einschließlich Anti-Werbung, Werbe- und Sponsoring-Verbote sowie Warnhinweise),
  - die materiellen Anreize (Preiserhöhung, Anti-Schmuggelaktivitäten),
  - die Zugänglichkeit (Verkaufsbeschränkungen, Zigarettenautomaten),

- die Rauchrestriktionen (örtliche Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden und für Jugendliche in der Öffentlichkeit unter 16 Jahren),
  - die breite Information über und die Zugänglichkeit zu preisgünstig vorzuhaltenden bzw. ggf. zu subventionierenden Möglichkeiten der wissenschaftlich geprägten Raucherentwöhnung sowie
  - die Normierung und Implementierung des Nichtrauchererschutzes innerhalb von Gebäuden;
- dass sie von allen relevanten Akteuren getragen sein muss. Danach reicht es z. B nicht aus, wenn allein die Bundesregierung eine Anti-Tabak-Politik verkündet, sondern es ist notwendig, Vertreter aller staatlichen Ebenen, des Bildungswesens, der Vereinigungen und Gruppen im Freizeit- und Sportbereich, der Wirtschaft, der Sozialversicherungen etc. zur materiellen und moralischen Unterstützung sowie zur aktiven Beteiligung an einer solchen Politik zu gewinnen;
  - dass sie in sich möglichst widerspruchsfrei ist. Dieses Kriterium ist z. B solange verletzt, wie Rauchverbote für öffentliche Gebäude zwar verkündet, aber nicht implementiert werden oder öffentlich für Zigarettenkonsum geworben werden darf.

Eine Anti-Tabak-Politik kann als integriert bezeichnet werden,

- wenn die Aufgaben so verteilt sind, dass alle Akteure, die von ihnen zu leistenden Beiträge erbringen können. Zu denken ist an Repräsentanten des Bildungswesens einschließlich der Volkshochschulen, der Sport- und sonstigen Freizeitvereine, der Krankenversorgung und Rehabilitation, der Wohlfahrts- und Jugendverbände, der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, der Sozialversicherungen und der Kirchen. Eine solche ‚Nationale Anti-Tabak-Kampagne‘ hätte die Aufgabe, dem Thema die notwendige öffentliche Resonanz zu verleihen und auch als Lobby für die notwendigen legislativen Schritte tätig zu werden. Mit der Durchführung der operativen Maßnahmen sowie mit der Koordination der zahlreichen zielgruppen-, bereichs- und settingspezifischen Kampagnen sollte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung betraut werden, die u. a. bei der Aids-Prävention die dazu notwendigen Erfahrungen gesammelt und sich als kompetent erwiesen hat. Ihren optimalen Beitrag können Ärzte dann leisten, wenn sich ihr Ratschlag für die Beratenen erkennbar auf eine allgemein bekannte Aufklärungskampagne bezieht und zugleich ihre individuelle Situation berücksichtigt;

- wenn sie sich in den Gesamtzusammenhang der staatlichen und gesellschaftlichen Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung einfügt. Das heißt z. B., dass Anti-Tabakpolitik auch Gegenstand der breit und öffentlich zu führenden Debatte über Gesundheitsziele zu sein hat. Das heißt aber auch, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und der Wahrscheinlichkeit des Rauchens nicht nur öffentlich thematisiert, sondern auch in der Instrumentierung zielgruppen- und setting-spezifischer Kampagnen praktisch berücksichtigt wird.

**279.** Die Ergebnisse bisheriger Ansätze von Anti-Tabakpolitik in Deutschland können gesundheitspolitisch nicht befriedigen, und fallen hinter den in anderen Ländern erzielten Resultaten zurück. Die Anti-Tabak-Politik in Deutschland verlangt einen Neuansatz auf Basis des mittlerweile vorliegenden Wissens. Angesichts des breiten und differenzierten Erfahrungsschatzes im Hinblick auf die Konzipierung, Durchführung und Qualitätssicherung von Anti-Tabak-Kampagnen dürfte es möglich sein, den Zeitraum der Vorbereitung einer solchen langfristigen und umfassenden Kampagne auf zwölf Monate zu begrenzen. Als Zeitrahmen für einen ersten Förderungszyklus der Gesamtkampagne sollten nicht weniger als 4 Jahre zusätzlich zur Vorbereitungsphase veranschlagt werden. Ein einfaches „Weiter so wie bisher“ oder „Von allem ein bisschen mehr“ ist nach Einschätzung des Rates nicht akzeptabel.

Wird diesen Maximen gefolgt, so ergibt sich als Modell ein Interventionstyp, bei dem

- mit vorwiegend nicht-medizinischen und
- mit soweit wie möglich nicht-repressiven Mitteln
- durch eine auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiken und Vermeidungsmöglichkeiten,
- die die Lebensweisen, Milieus und Settings der Zielgruppen berücksichtigt und
- prioritär die Möglichkeiten der persönlichen Kommunikation und Beratung nutzt,
- gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreizsysteme sowie soziale Normen etabliert werden,
- die ein risikomeidendes Verhalten, d. h. Nicht-Rauchen, zum normalen Verhalten macht und Rauchen tendenziell marginalisiert.

Im Lichte internationaler Erfahrungen sowohl mit Anti-Tabak-Kampagnen wie auch mit anderen Ansätzen der politisch gewollten Verhaltensmodifikation empfiehlt der Rat ein *policy-mix*, in dem Angebote mit geringem staatlichen Eingriffscharakter und solche mit

der Vermittlung eines positiven Lebensgefühls vorrangig vor solchen mit stärkerem Eingriffscharakter erfolgen sollten.

**280.** Der Rat empfiehlt, die Umsetzung einer ‚Nationalen Anti-Tabak-Kampagne‘ durch eine sozialwissenschaftliche und epidemiologische Begleitforschung zu evaluieren, die auch Kosten-Nutzen-Analysen einbezieht. Aufgabe der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung wird es sein, die Prozesse des Umgangs mit den Komponenten des *policy-mix* zu beschreiben, während die epidemiologische Begleitforschung Zielparame-ter wie die Prävalenz des Rauchens, die durchschnittlich gerauchte Menge, aber auch die Morbidität und Mortalität ausgewählter rauchassoziiertes Krankheiten in den Fokus nehmen sollte. Aufgabe der sozialwissenschaftlichen Begleitung wird es darüber hinaus sein, Rauchen nicht als isoliertes soziales Phänomen zu begreifen, sondern Al-kohol, andere Drogen, Erholungsverhalten und individuelle Belastungen mit zu berück-sichtigen. Bei der Gestaltung der individuellen Angebote und Programme ist es wichtig, eine langfristige und umfassende Beratung und Betreuung anzubieten, die auch die Konsequenzen eines geänderten Rauchverhaltens mit berücksichtigt und anspricht. Zum einen muss vermieden werden, dass entwöhnte Raucher verstärkt auf andere Drogen und ungesunde Lebensweisen ausweichen, zum anderen muss der Gefahr Rechnung getragen werden, dass Ex-Raucher aufgrund von Enttäuschungen über die Konsequenzen ihres Entschlusses, z. B. in Form von Gewichtszunahme oder Entzugserscheinungen, rückfällig werden.

**281.** Der erste Schritt zur Inangsetzung eines solchen anspruchsvollen gesundheitspo-litischen Projektes ist ein klares Bekenntnis der Bundesregierung sowie der Landesre-gierungen mit selbstverpflichtendem Charakter. Auf dieser Basis dürfte es möglich sein, die relevanten Akteure für eine solche Politik relativ kurzfristig für eine ‚Nationale An-ti-Tabak-Kampagne‘ zu gewinnen.

## **12.2 Mammakarzinom**

### **12.2.1 Krankheitslast**

**282.** In Deutschland erkranken jährlich ca. 46.000 Frauen an Brustkrebs, davon etwa 17.000 im Alter unter 60 Jahren. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63,5 Jahren. 1999 starben 17.616 Frauen an Brustkrebs. Das Mammakarzinom stellt damit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar und ist für 26 % aller Krebsneuerkrankungen sowie 18 % aller Krebstodesfälle verantwortlich. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt heute etwa 73 %. Brustkrebs verursacht bei Frauen in Deutschland mit fast 310.000 Jahren den größten krebsbedingten Verlust an Lebensjahren.

Die in Deutschland ermittelte Inzidenz für Brustkrebs bei Frauen liegt im EU-Vergleich im mittleren Bereich. Die höchsten Erkrankungsraten findet man in den Niederlanden, Dänemark, Finnland und Schweden, die niedrigsten in den südeuropäischen Ländern Spanien, Griechenland und Portugal. Die Brustkrebsinzidenz zeigt in Deutschland, wie in allen anderen Ländern der EU, in den letzten Jahren einen steigenden Trend.

### **12.2.2 Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**283.** Zu Versorgungsproblemen bei Mammakarzinom äußerten sich die in Tabelle 20 aufgeführten neun Organisationen<sup>64</sup>. Die abgegebenen Stellungnahmen bezogen sich zum großen Teil auf Fragen der Früherkennung, Diagnose und Therapie des Mammakarzinoms.

---

<sup>64</sup> Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

**Tabelle 20: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Mammakarzinom getroffen haben**

Name der Organisation (A - Z)	Organisationstyp
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Senologie	Fachgesellschaft
Deutscher Landkreistag	KAiG und Sonstige
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.	KAiG und Sonstige
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Sächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Verband Forschender Arzneimittelhersteller	KAiG und Sonstige
Verband physikalische Therapie	KAiG und Sonstige

### **Brustkrebsfrüherkennung**

**284.** Übereinstimmend wurde für den Bereich der Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland das Fehlen eines gemäß den Europäischen Leitlinien<sup>65</sup> qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms (Mammographie-Screening) festgestellt, was dazu führe, dass die zu erwartende Mortalitätsreduktion in der Zielgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen nicht realisiert würde. Zudem müssten mehr Brustamputationen sowie adjuvante lokale und systemische Behandlungen erfolgen, weil der Brustkrebs erst in einem späteren Stadium entdeckt würde.

### **Diagnostik**

**285.** Die Aussagen wiesen mehrheitlich auf eine Über- und Fehlversorgung in der Diagnostik des Mammakarzinoms hin. Dies betreffe die Mammographie als kurative<sup>66</sup> und Screening-Maßnahme sowie die weiteren diagnostischen Abklärungsschritte (perkutane Biopsie). Hingewiesen wurde auch auf die zahlreichen Mammographien bei Frauen unter 50 Jahren. Gerade bei dieser Altersgruppe sei aber das Verhältnis zwischen dem diagnostischen Nutzen und möglichen Schäden ungünstig. Die diagnostische Qualität leide ferner darunter, dass in Deutschland zu viele Betreiber von Mammographiegeräten mit einer unzureichenden Frequenz untersuchten.

65 Es handelt sich um die mittlerweile in dritter Auflage erschienenen „European guidelines for quality assurance in mammography screening“ der Europäischen Kommission (Perry, N.M. et al. 2001).

66 Redaktionelle Anmerkung: Eine ‚kurative‘ (auch ‚diagnostische‘) Mammographie wird dann durchgeführt, wenn ein konkreter Krankheitsverdacht vorliegt (z. B. ein verdächtiger Knoten in der Brust). Erfolgt eine Mammographie hingegen bei beschwerdefreien und symptomlosen Frauen, spricht man von einer ‚Screening-Mammographie‘ (Früherkennungsmammographie).

Hierunter leide die technische Bildqualität und es könnten keine ausreichenden Erfahrungen in der Befundung gesammelt werden, wodurch das Risiko von Fehlentscheidungen steige.

Die geschilderten diagnostischen Probleme wurden insbesondere auf einen Mangel an interdisziplinären Strukturen („Brustzentren“) mit einem obligaten Qualitätsmanagement aller Bereiche und auf daraus resultierende Fortbildungsdefizite (Radiologie, Pathologie) zurückgeführt.

### ***Therapie***

**286.** Für den Bereich der operativ-rekonstruktiven Behandlung des Mammakarzinoms wurden Qualitätsdefizite hinsichtlich eines individualisierten und interdisziplinären Angebots primär wie sekundär rekonstruktiver Verfahren festgestellt (Fehlversorgung). Insgesamt würden zu viele Brustamputationen (Mastektomien statt Lumpektomien) und Hochdosis-Chemotherapien durchgeführt (Fehlversorgung, Überversorgung).

Etwa die Hälfte der Patientinnen mit Brustkrebs würde trotz anerkannter Leitlinien nicht systemisch adjuvant behandelt und zu wenige Frauen erhielten nach brusterhaltender Therapie eine adjuvante Strahlenbehandlung.

Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Therapie des Mammakarzinoms wurden in der regelmäßigen Erstellung und Aktualisierung von Health-Technology-Assessment-Berichten zu therapeutischen Verfahren und in der Befolgung evidenzbasierter Leitlinien gesehen.

### ***Struktur- und Kapazitätsprobleme***

**287.** Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass es in Deutschland an Strukturen fächerübergreifender Kooperationen (interdisziplinäre Brustzentren) fehle, in denen Diagnostik (Radiologie, Pathologie), operative/rekonstruktive (Chirurgie, Gynäkologie) und medikamentöse (Gynäkologie, internistische Onkologie) sowie radioonkologische Therapiemaßnahmen interdisziplinär angeboten und umgesetzt würden. Auch zur Umsetzung qualitätsgesicherter Brustkrebsfrüherkennungsprogramme seien diagnostisch und therapeutisch fächerübergreifende Kooperations- und Versorgungsstrukturen notwendig.

## **12.2.3 Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates**

### ***Nutzen eines Mammographie-Screenings***

**288.** In letzter Zeit wurden wiederholt methodische Zweifel an der Stichhaltigkeit der randomisierten Studien geäußert, die bislang unangefochten als empirischer Beleg für den Nutzen eines Mammographie-Screenings galten. Dennoch stimmt nach wie vor die überwiegende Mehrzahl der Experten auf der Basis der vorliegenden acht randomisierten kontrollierten Studien an insgesamt ca. 500.000 Frauen aus vier Ländern darin über-

ein, dass der Nutzen eines qualitätsgesicherten, bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screenings bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren hinreichend gesichert ist. Die durch ein Screening erreichte relative Mortalitätsreduktion in dieser Altersgruppe liegt bei 20 bis 30 %. Kontrovers beurteilt wird hingegen der Nutzen eines Screenings bei Frauen unter 50 Jahren. Fasst man aus den Studien die Daten aller Frauen zwischen 40 und 49 Jahren zusammen, ist ein möglicher (geringer) Nutzen des Screenings nach ungefähr 8 bis 12 Jahren nicht auszuschließen.

**289.** Der erwartete Nutzen eines Screenings besteht in einer Senkung der Brustkrebsmortalität und einer Verbesserung der Lebensqualität, weil das Karzinom früher – eventuell in einem noch kurablen Stadium – diagnostiziert wird und weniger invasive und belastende Therapien zur Beherrschung des Krankheitsverlaufs notwendig sind. Darüber hinaus stellt eine negative Diagnose eine psychische Entlastung für die Frau dar, insbesondere wenn sie ein erhöhtes Risikoprofil aufweist.

Unerwünschte Wirkungen eines Screenings hingegen entstehen durch falsch-positive oder falsch-negative Befunde, die durch eine Qualitätssicherung zwar reduziert werden, aber niemals vollständig vermeidbar sind. Hinzu kommt, dass eine Verbesserung der Sensitivität (d. h. eine Reduktion falsch-negativer Befunde) zu einer Verschlechterung der Spezifität (d. h. eine Erhöhung falsch-positiver Befunde) führt und umgekehrt.

**290.** Die bislang vorliegenden Ergebnisse zeigen sehr deutlich, dass der durchschnittliche individuelle Nutzen eines bevölkerungsweiten Mammographie-Screenings gering ist. Nur eine kleine Zahl von Frauen profitiert tatsächlich von einem Screeningprogramm. Der Grat zwischen erwartetem Nutzen und Schaden ist selbst bei hervorragenden, qualitätsgesicherten Mammographieprogrammen sehr schmal.

**291.** Ein entscheidendes Zusatzargument für die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings in Deutschland ist die Vermeidung von Schäden und Kosten, die durch das in Deutschland bislang außerhalb von qualitätsgesicherten Programmen durchgeführte ‚graue‘<sup>67</sup> Mammographie-Screening verursacht werden. Zudem könnten durch die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings Kompetenzbündelungsprozesse angestoßen werden, die sich auf weitere Glieder der Versorgungskette (z. B. Diagnose, Therapie) erstrecken. Insbesondere bei umfassend

---

<sup>67</sup> Die Screening-Mammographie ist im Unterschied zur kurativen Mammographie nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten. Als ‚graues‘ (auch ‚wildes‘, ‚verdecktes‘ oder ‚opportunistisches‘) Screening bezeichnet man die Praxis, Früherkennungsmammographien als ‚kurative‘ Mammographien abzurechnen.

geplanten Screeningprogrammen, welche die qualitative Optimierung der gesamten Versorgungskette beinhalten, wären somit über die reinen Screening-Effekte hinaus weitere gesundheitliche Erträge zu erwarten.

### ***Qualitätsgesicherte Mammographie-Screeningprogramme***

**292.** Bislang existiert in Deutschland kein flächendeckendes qualitätsgesichertes Mammographie-Screening. Zudem ist die Früherkennungsmammographie nicht im GKV-Leistungskatalog enthalten. Dennoch wird in Deutschland unter einer angeblich kurativen Fragestellung ein nicht qualitätsgesichertes ‚graues‘ Mammographie-Screening in erheblichem Umfang durchgeführt. Schätzungen gehen von 2 - 4 Mio. solcher Mammographien jährlich aus. Die Folgen einer solchen Praxis sind aufgrund unzureichender Qualitätskontrollen und -dokumentationen nicht exakt abschätzbar. Vermutlich werden aber allein aufgrund falsch-positiver Mammographiebefunde mehr als 100.000 Frauen jährlich in Deutschland einer unnötigen invasiven Abklärungsdiagnostik (operative Biopsien) unterzogen. Aus diesem Grunde ist die derzeit laufende Praxis, Frauen außerhalb qualitätsgesicherter Brustkrebsfrüherkennungsprogramme das Mammographie-Screening als IGEL-Leistung anzubieten, medizinisch und ethisch ungegerechtfertigt. Der Rat appelliert an Ärzteschaft und Kassen, die Früherkennungsmammographie aus dem Katalog der IGEL-Leistungen herauszunehmen.

**293.** Da ein vertretbares Nutzen-Schaden-Verhältnis des Mammographie-Screenings in einem entscheidenden Maße von der Qualität abhängt, sollte unter allen Umständen die Vorgabe gelten: Kein Mammographie-Screening ohne Qualitätssicherung. Wenn also eine Entscheidung zugunsten eines bevölkerungsweiten Mammographie-Screenings gefallen ist, sollte dieses nur im Rahmen von organisierten und qualitätsgesicherten Programmen gemäß den Europäischen Leitlinien erfolgen.

### ***Modellprojekte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen***

**294.** Die bestehenden erheblichen Qualitätsdefizite in allen Bereichen der mammographischen Diagnostik – von der technisch-apparativen Ausstattung bis hin zur Befundung und weiteren diagnostischen Abklärung – sind seit Jahren bekannt, könnten aber durch gezielte Maßnahmen des Qualitätsmanagements überwunden werden. Die verzögerte oder fehlende flächendeckende Umsetzung erfolgreicher Modellelemente in

die Routineversorgung durch die verantwortlichen Selbstverwaltungspartner stellt ein generelles Problem im deutschen Gesundheitssystem dar. Der Rat wertet dies als ein partielles Steuerungsversagen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen.

**295.** Obwohl der Rat den Modellprojekten trotz ihrer unvermeidbar späten Einführung grundsätzlich positiv gegenübersteht, hält er es aufgrund der vorliegenden Erfahrungen und Studien für nicht gerechtfertigt, den Frauen außerhalb der Modellregionen ein qualitätsgesichertes Mammographie-Screening vorzuenthalten. Darüber hinaus bleiben Millionen von Frauen bis zum Abschluss der Modellvorhaben (Laufzeit 3 Jahre) und den sich daran anschließenden Entscheidungen des Bundesausschusses nach wie vor einem ‚grauen‘ Mammographie-Screening ausgesetzt, das außerhalb eines qualitätsgesicherten Programms angeboten wird. Aus diesen Gründen plädiert der Rat nachdrücklich dafür, parallel zu den Modellprojekten flächendeckende Sofortmaßnahmen eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings zu implementieren. Er appelliert an die Selbstverwaltung, zeitgleich zu den Modellvorhaben ein flächendeckendes Screeningprogramm für alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren anzubieten, das den Qualitätsvorgaben der Europäischen Leitlinien genügt. So sollten z. B. die Mindestfrequenz von 5.000 Mammographien jährlich pro Untersucher, die qualifizierte Doppelbefundung, die Anbindung an Krebsregister und die Zertifizierung nach EUREF unter allen Umständen gewährleistet sein. Das Sofort-Programm sollte so flexibel gestaltet sein, dass neue, sich aus den Modellprojekten ergebende Erkenntnisse zügig in die Regelversorgung übernommen werden können.

**296.** Die Umsetzung der in den Europäischen Leitlinien geforderten Standards, insbesondere die Mindestfrequenz von 5.000 Mammographien jährlich und die obligatorische Doppelbefundung, sind mit der gegenwärtigen dezentralen Versorgungsstruktur in Deutschland kaum machbar. Für die zeitnahe Umsetzung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings sollten daher zentralisierte und qualifizierte Versorgungs- und Organisationsstrukturen genutzt werden, wie sie in Deutschland z. B. mit den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten zur Verfügung stehen.

Aus Sicht des Rates ist es wichtig, vorhandene vertragsärztliche Kompetenzen und Strukturen in das Mammographie-Screening einzubinden. Es kann dabei von den lokal vorliegenden Bedingungen abhängig gemacht werden, wer von den Vertragspartnern welche Aufgaben bei der Mammographie-Früherkennung übernimmt.

### ***Kurative Mammographie***

**297.** Die Ergebnisse der Deutschen Mammographie-Studie, das gegenwärtig praktizierte ‚graue‘ Screening und immer wieder aufgezeigte Qualitätsdefizite machen deutlich, dass die Bemühungen um eine systematische Qualitätssicherung auch im Bereich der kurativen Mammographie intensiviert werden müssen.

**298.** Für die Qualitätssicherung der kurativen Mammographie existieren bislang keine einheitlichen Vorgaben, die alle notwendigen Aspekte der Sicherung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abdecken. Auch das derzeit geplante Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept der KBV und der Kassen ist unzureichend, weil es den Qualitätsvorgaben der Europäischen Leitlinien und des EUREF *certification protocol* nicht genügt (Tabelle 21) und die Erfahrungen aus der Deutschen Mammographie-Studie nicht hinreichend berücksichtigt.

**Tabelle 21: Vorgaben der EUREF hinsichtlich der jährlichen Mindestfrequenz durchzuführender Mammographien**

<b>Zertifikationskategorien</b>	<b>Jährliche Mammographie-Mindestfrequenz</b>
<b>Zertifizierung kurative Mammographie:</b>	
Diagnostische Mammographie-Einrichtung	1.000
„Breast Assessment Centre“	2.000
<b>Zertifizierung Screening-Mammographie:</b>	
Regionale Zentren	5.000
Europäische Referenzzentren	10.000

*Quelle:* Eigene Darstellung nach Perry, N. et al. (2001)

**299.** Aus der Sicht des Rates sind an ein Qualitätskonzept für die kurative Mammographie folgende Anforderungen zu stellen:

- Der Koordinierungsausschuss sollte unter Beteiligung der AQS einheitliche, d. h. sektoren-, professionen- und institutionenübergreifend Qualitätsrichtlinien entwickeln, die alle Bereiche der kurativen Mammographie abdecken (d. h. von der technischen Qualität, über die Qualifizierung des Personals bis hin zur Outcome-Erfassung).

- Die Regelungen sollten den Vorgaben der Europäischen Leitlinien sowie des EUREF-Protokolls genügen (z. B. hinsichtlich der geforderten jährlichen Mindestfrequenz von Mammographien und der Doppelbefundung).
- Die Regelungen sollten in ein einheitliches Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept für die gesamte mammographierende Einrichtung münden. Die Zertifikation ist zeitlich beschränkt und muss nach 5 Jahren wiederholt werden.

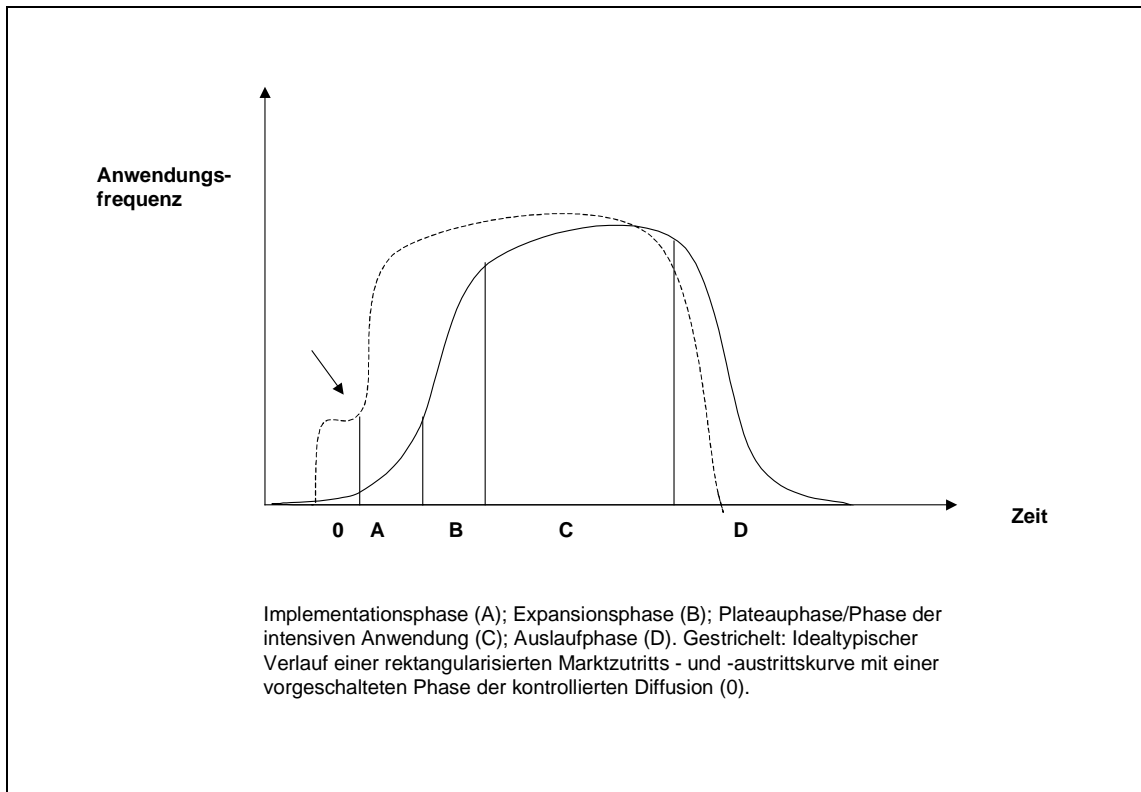
### ***Therapie des Mammakarzinoms***

**300.** Die Stellungnahmen der befragten Organisationen und die vorläufigen Ergebnisse der Deutschen Feldstudien geben ernstzunehmende Hinweise auf deutliche, medizinisch nicht erklärbare Variationen und Abweichungen der gegenwärtigen Behandlungspraxis von anerkannten Leitlinien der Brustkrebsbehandlung. So wird z. B. nur ein Teil der Patientinnen mit Tumorstadium T1M0 brusterhaltend behandelt und ein nicht unerheblicher Teil der brusterhaltend therapierten Patientinnen wird nicht bestrahlt. Aus der Sicht des Rates besteht in diesem Bereich Investigationsbedarf, um Umfang und Ursachen der Versorgungsdefizite zu klären und darauf aufbauend gezielte Qualitätsprogramme zu entwickeln und zu implementieren.

### ***Steuerung medizinischer Innovationen in der Krebstherapie***

**301.** Generell besteht in der Medizin das Problem, medizinische Innovationen mit einem erwiesenen Nutzen für den Patienten möglichst rasch und flächendeckend in die Routineversorgung zu überführen, andererseits aber eine überstürzte Einführung unzureichend evaluierter Innovationen zu verhindern, insbesondere wenn diese medizinisch riskant und kostenintensiv sind. Parallel zu der kontrollierten Einführung medizinischer Innovationen wird aber gleichzeitig eine rasche und kontrollierte Ausleitung obsoleter Behandlungsverfahren benötigt (Abbildung 4).

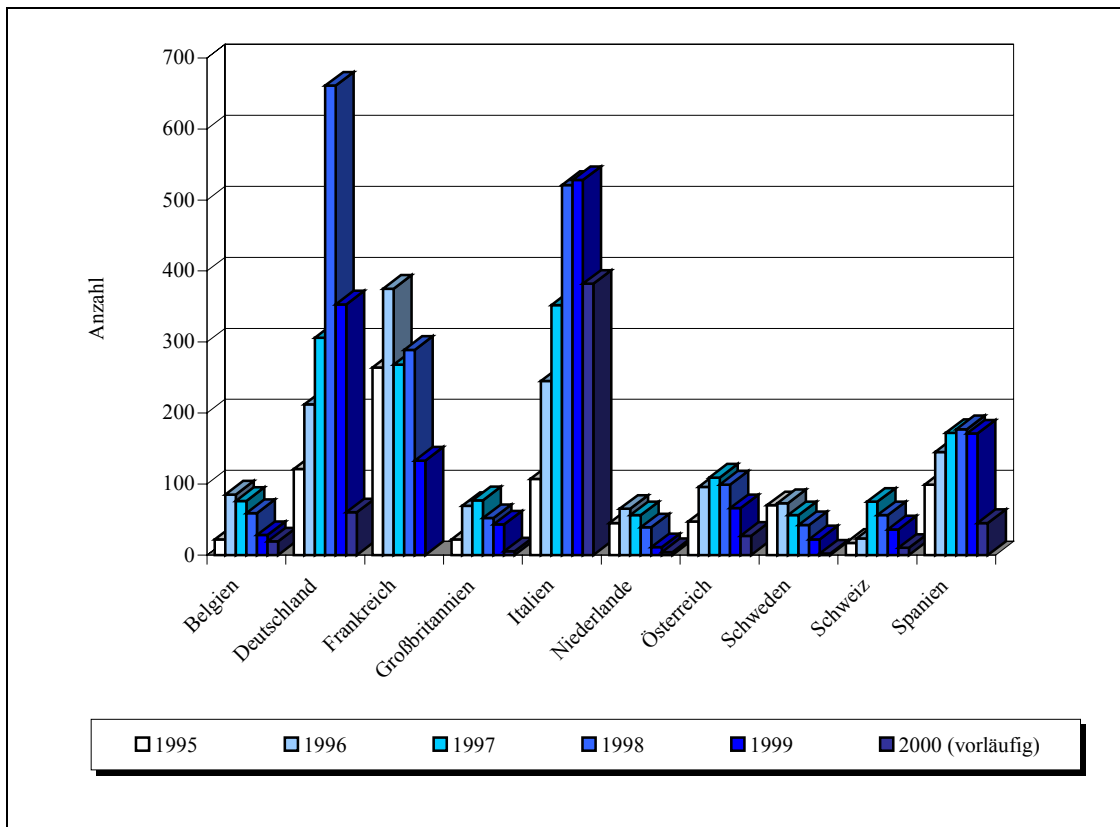
**Abbildung 4: Marktzyklus von Innovationen**



*Quelle:* Schwartz, F.W. u. Helou, A. (2000)

**302.** Die Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzell-Transplantation (HDC/AST) bei Mammakarzinom ist ein eindrucksvolles Beispiel für die Fehl- und Überversorgungsprobleme, die aus einer überstürzten und unkontrollierten Diffusion neuer, kostenintensiver und riskanter medizinischer Technologien resultieren können (Abbildung 5). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die bloße Publikation von HTA-Berichten und evidenzbasierten Leitlinien nicht ausreicht, um die Einführung, Nutzung und Ausleitung medizinischer Verfahren medizinisch und ökonomisch angemessen zu steuern.

**Abbildung 5: Zahl der in dem EBMT-Register erfassten Knochenmarkstransplantationen bei Brustkrebs**



*Quelle:* Eigene Darstellung nach Daten der European Bone Marrow Transplant Group (EBMT)

**303.** Die Probleme der Steuerung medizinischer Innovationen in der Krebstherapie betreffen bislang vor allem den stationären Bereich. Aus der Sicht des Rates bietet die Einrichtung des Krankenhaus- und des Koordinierungsausschusses die Chance – ähnlich wie im vertragsärztlichen Bereich durch den Bundesausschuss – die Diffusion medizinischer Innovationen (auch solcher mit experimentellem Charakter) durch evidenzbasierte verbindliche Richtlinien zu steuern.

***Nachsorge bei Frauen mit Brustkrebs***

**304.** Die Ergebnisse kontrollierter randomisierter Studien belegen die medizinische Gleichwertigkeit einer symptomorientierten klinischen Nachsorge gegenüber einer auf-

wändigen konventionellen apparativ-technischen Nachsorge bei Frauen mit Brustkrebs. Es gibt darüber hinaus genügend Hinweise, dass die symptomorientierte klinische Nachsorge die Patientinnen weniger belastet und kostengünstiger ist. Daher sollte nach Auffassung des Rates eine zügige flächendeckende Durchsetzung einer leitliniengerechten und qualitätsgesicherten symptomorientierten Brustkrebsnachsorge mit begleitender psychosozialer Betreuung erfolgen.

#### **12.2.4 Fazit und Empfehlungen des Rates**

**305.** Die Stellungnahmen der befragten Organisationen und die Analysen des Rates zeigen, dass in der Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom Defizite bestehen, welche die gesamte Versorgungskette (Früherkennung, Diagnose, Behandlung, Nachsorge) betreffen. Maßnahmen zur Verbesserung der Brustkrebsversorgung dürfen sich somit nicht nur auf einen Aspekt (z. B. Mammographie-Screening) beziehen, sondern sollten sich unbedingt auf die gesamte Versorgungskette (Früherkennung, Diagnose, Behandlung, Nachsorge) beziehen (A)<sup>68</sup>.

**306.** Nachdem die Ergebnisse der Deutschen Mammographiestudie schon seit 1994 vorliegen, befürwortet der Rat mit Nachdruck die Beendigung des nicht qualitätsgesicherten ‚grauen‘ Mammographie-Screenings in Deutschland und die nunmehr zügige Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings, bei dem die Vorgaben der Europäischen Leitlinien strikt umgesetzt werden, u. a. im Hinblick auf die geforderte jährliche Mindestfrequenz von 5.000 Mammographien und die Doppelbefundung (A). Notwendig ist auch eine Anbindung der Programme an Krebsregister (A). Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Diagnostik-Therapiekette fordert der Rat ferner die organisatorische und strukturelle Anbindung des Mammographie-Screenings an bestehende Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte mit Einbindung qualifizierter vertragsärztlicher Kompetenz (A).

**307.** Obwohl die Früherkennungsmammographie nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten ist, wird in Deutschland unter einer angeblich ‚kurativen‘ (diagnostischen) Fragestellung ein nicht qualitätsgesichertes ‚graues‘ Screening im großen Umfang durchgeführt. Daneben wird den Frauen das Mammographie-Screening außerhalb qualitätsgesicherter Brustkrebsfrüherkennungsprogramme als privat zu finanzierende sog.

---

68 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

IGEL-Leistung angeboten. Diese Versorgungspraxis ist medizinisch und ethisch nicht gerechtfertigt, da ein nicht hinreichend qualitätsgesichertes Mammographie-Screening aufgrund einer zu hohen Rate falsch-positiver und falsch-negativer Befunde sowie einer nicht qualitätsgesicherten nachgeschalteten Versorgungskette den Frauen nachweislich mehr schadet als nützt. Der Rat appelliert an Ärzteschaft und Kassen, das ‚graue‘ Screening wirksam zu unterbinden (A) und die Früherkennungsmammographie aus dem Katalog der IGEL-Leistungen herauszunehmen (A).

**308.** Hinsichtlich der kurativen Mammographie sollten durch den Koordinierungsausschuss einheitliche sektoren-, professionen- und institutionenübergreifende Qualitätsrichtlinien geschaffen werden, die alle Bereiche der mammographischen Diagnostik abdecken (A). Die Regelungen sollten den Vorgaben der Europäischen Leitlinien sowie des EUREF-Protokolls genügen (z. B. hinsichtlich der geforderten jährlichen Mindestfrequenz von Mammographien und der Doppelbefundung) und in ein einheitliches Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept für die gesamte mammographierende Einrichtung münden (A).

**309.** Es existieren ernstzunehmende Hinweise auf erhebliche, medizinisch nicht erklärbare Variationen und Abweichungen der gegenwärtigen Therapie des Mammakarzinoms von anerkannten Behandlungsleitlinien. Aus Sicht des Rates besteht ein dringlicher Interventionsbedarf, durch gezielte Qualitätsmaßnahmen und durch regionale Kompetenzbündelung eine leitliniengerechte und qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung von Frauen mit Brustkrebs zu gewährleisten (A).

**310.** Die gegenwärtige Praxis der bloßen Publikation von Forschungsergebnissen und Leitlinien reicht nicht aus, um die Einführung, Anwendung und Ausleitung medizinisch riskanter und kostenintensiver Innovationen in der Krebstherapie angemessen zu steuern, wie am Beispiel der Hochdosis-Chemotherapie bei Mammakarzinom deutlich wird. Aus der Sicht des Rates bietet der ‚Koordinierungsausschuss‘ nach SGB V grundsätzlich die Möglichkeit, die Diffusion medizinischer Innovationen sektorenübergreifend anhand verbindlicher, evidenzbasierter Richtlinien zu steuern (A).

**311.** Aus randomisierten kontrollierten Studien liegen seit Mitte der neunziger Jahre hinreichend gesicherte Erkenntnisse über die medizinische Gleichwertigkeit einer symptomorientierten klinischen Nachsorge gegenüber einer aufwändigen konventionellen apparativ-technischen Nachsorge vor. Aus diesem Grunde mahnt der Rat die zügige und flächendeckende Umsetzung einer symptomorientierten Brustkrebsnachsorge ohne ‚apparative Überversorgung‘, sondern mit begleitender psychosozialer Betreuung an (A).

## **12.3 Übergreifende Aspekte der Versorgung von Krebskranken**

**312.** In diesem Kapitel fasst der Rat die Stellungnahmen zur Versorgung von Krebskranken zusammen, die noch nicht in den Abschnitten ‚Lungenkarzinom‘ (12.1) und ‚Mammakarzinom‘ (12.2) dargestellt worden sind. Die Versorgung von Krebskranken umfasst eine Vielzahl von Aspekten, die der Rat im Rahmen dieses Gutachtens nicht ausführlich erörtern kann. Er beschränkt sich daher auf die Analyse der Versorgung mit starken Schmerzmedikamenten. Daneben werden auch unausgeschöpfte Potenziale zur Vorbeugung von Krebserkrankungen thematisiert.

### **12.3.1 Krankheitslast**

**313.** Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland wird auf 164.900 bei Männern und auf 173.400 bei Frauen geschätzt. 1.740 der Neuerkrankungen entfallen auf Kinder unter 15 Jahren. Die Neuerkrankungsrate in Deutschland liegt bei Männern im Mittel der Länder der Europäischen Union und bei Frauen 6 % oberhalb des EU-weiten Durchschnitts. Mehr als die Hälfte aller Krebserkrankungen tritt bei Frauen und Männern nach dem 75. Lebensjahr auf. Der Anteil krebserkrankter Kinder unter 15 Jahren an allen Krebskranken liegt bei unter 1 %. Die Zahl der Krebspatienten mit chronischem Schmerz wird in Deutschland auf 220.000 geschätzt.

Die Überlebenschancen von Krebskranken sind in den vergangenen drei Jahrzehnten gestiegen. So nahm die Fünf-Jahres-Überlebensrate von Kindern, die vor dem 15. Lebensjahr an Krebs erkrankten, von ca. 38 % im Jahr 1970 auf 69 % im Jahr 1997 zu. Die durchschnittliche Fünf-Jahres-Überlebensrate von saarländischen Krebspatientinnen verbesserte sich von 46 % zu Beginn der siebziger Jahre auf 53 % bei den Diagnosejahrgängen 1985 bis 1988 und bei saarländischen Krebspatienten in demselben Zeitraum von 26 % auf 43 %. Höhere Überlebensraten im zeitlichen Verlauf, im jüngeren Alter, unter Frauen oder in Westdeutschland sind teilweise auf das seltenere Auftreten prognostisch ungünstiger Krebsarten zurückzuführen. Darüber hinaus haben auch Früherkennungsuntersuchungen sowie Verbesserungen in der Diagnose und Therapie zu einer bei den meisten Krebsarten zu beobachtenden Erhöhung der Überlebensraten beigetragen.

Krebserkrankungen stellen die zweithäufigste Todesursache im Kindes- und im Erwachsenenalter dar. Das mittlere Sterbealter von krebserkrankten Männern lag 1999 bei

69,5 Jahren und damit 0,9 Jahre unter dem durchschnittlichen Sterbealter der männlichen Gesamtbevölkerung (70,6 Jahre). Bei krebserkrankten Frauen lag das mittlere Sterbealter mit 73,3 Jahren 6,1 Jahre unter dem Sterbealter der weiblichen Gesamtbevölkerung (79,4 Jahre).

Erkrankungs- und Überlebensraten von Krebskranken sind ungünstiger in Bevölkerungsgruppen aus unteren sozialen Schichten. Die Ungleichheiten in der Erkrankungsrate (etwa 1,2- bis 2-faches Erkrankungsrisiko) können bisher nur teilweise auf einzelne bekannte Risiken zurückgeführt werden, die sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen vergleichsweise häufiger betreffen, wie z.B. Zigarettenrauchen oder unzuträgliche Arbeitsbedingungen.

### **12.3.2 Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**314.** Tabelle 22 gibt eine Übersicht über die Organisationen, die Stellungnahmen zu einzelnen Krebserkrankungen (außer Lungen- und Mammakarzinom, vgl. Abschnitte 12.1 und 12.2), zu übergreifenden Aspekten der onkologischen Versorgung und/oder der Schmerztherapie abgegeben haben.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

**Tabelle 22: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung von Krebskranken oder in der Schmerztherapie gemacht haben**

<b>Name der Organisation (A - Z)</b>	<b>Organisationstyp</b>
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und MDS	KAiG und Sonstige
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung	KAiG und Sonstige
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulante Dienste e. V.	KAiG und Sonstige
Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen	KAiG und Sonstige
Deutsche Dermatologische Gesellschaft	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes	Fachgesellschaft
Deutsche Leukämie-Hilfe, Bundesverband der Selbsthilfe zur Unterstützung von Erwachsenen mit Leukämien und Lymphomen e.V.	Betroffenen-Organisation
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e.V.	KAiG und Sonstige
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.	KAiG und Sonstige
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes	KAiG und Sonstige
Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie	KAiG und Sonstige
Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Verband Forschender Arzneimittelhersteller	KAiG und Sonstige

### ***Prävention und Früherkennung***

**315.** Hinsichtlich der Prävention konstatierten viele Organisationen Unterversorgung. Es fehle an Aufklärungsmaßnahmen und Unterstützungsangeboten zur Vermeidung von Tabakrauchen, Fehlernährung, Bewegungsarmut und Alkoholkonsum. Krebsfrüherkennungsmaßnahmen würden im Vergleich zu anderen Ländern relativ selten durchgeführt. Bei der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Gebärmutterhalses und des Darms würde das unterschiedliche Krankheitsrisiko verschiedener Altersgruppen nicht hinreichend berücksichtigt.

### ***Therapie***

**316.** Bei der operativen Therapie beschrieben mehrere stellungnehmende Organisationen eine Fehlversorgung, insbesondere beim Kolonkarzinom und bei Sarkomen.

Hinsichtlich der Strahlentherapie monierten die Organisationen, dass die Trennung der ambulanten und stationären Strahlentherapie sowohl zu Unter- und Fehlversorgung als auch zu Überversorgung führe.

Sie kritisierten auch, dass in der primären und neoadjuvanten Chemotherapie von erwachsenen Krebspatienten häufiger Unter- und Fehlversorgung beobachtet würden, die u. a. auf eine mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit zurückzuführen seien.

Im Unterschied zur Versorgung von erwachsenen Krebskranken bewerteten einige Organisationen die Qualität des medizinischen Behandlungsprozesses bei krebskranken Kindern als überwiegend angemessen. Dies sei im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Therapie bei 95 % der Patienten nach evidenzbasierten Leitlinien erfolge.

### ***Schmerz- und Palliativtherapie***

**317.** Eine gravierende Unter- und Fehlversorgung stellten mehrere stellungnehmende Organisationen bei der Verordnung von Opiaten für Krebskranke mit starken Schmerzen fest. Als Strukturproblem sei zu werten, dass Schmerztherapie unangemessen häufig monodisziplinär durchgeführt werde. Es bestehe ein Mangel an schmerztherapeutischen Zentren; bei vorhandenen Angeboten sei die Finanzierung häufig nicht gesichert. Ärzte und psychologische Psychotherapeuten seien vielfach nicht genügend für die Betreuung von Schmerzkranken qualifiziert. Auch in der Palliativtherapie fehle es an qualifizierten Ärzten und Pflegekräften sowie an speziellen Angeboten für die häusliche oder stationäre Betreuung.

### ***Beratung, Rehabilitation und Pflege***

**318.** Die meisten Stellungnahmen beschrieben zudem eine Unterversorgung krebskranker Kinder und Erwachsener mit psychosozialer Betreuung und Beratung. Eine Unterversorgung mit psychoonkologischer Beratung und Betreuung bestehe insbesondere bei der Akutbehandlung und ambulanten Nachsorge.

**319.** Im Bereich der Rehabilitation bemängelten die stellungnehmenden Organisationen eine Unterversorgung mit ambulanten Angeboten. In der häuslichen Pflege von schwerkranken Krebspatienten fehle es vielfach an adäquat qualifiziertem Personal, an professionenübergreifender Kooperation und an Vereinbarungen für eine angemessene Vergütung.

### ***Kapazitäten und Strukturprobleme***

**320.** Als strukturelles Problem bezeichneten mehrere Organisationen, dass Therapieabstimmungen nicht regelhaft unter Einbeziehung aller am Versorgungsprozess Beteiligten stattfinden. Es bestehe einen Mangel an räumlich zusammenliegenden Kompetenzzentren (*comprehensive cancer care centers*) zur Behandlung erwachsener Krebspatienten, die sich z. B. in Frankreich, Italien, den Niederlanden oder den Vereinigten Staaten bewährt hätten. Für krebserkrankte Kinder sei die Zahl der Behandlungszentren bedarfsgerecht, die Personalausstattung, insbesondere zur psychosozialen Unterstützung, und die Finanzierung der Versorgungskoordination und der Qualitätssicherung seien jedoch nicht gesichert.

**321.** Viele stellungnehmende Organisationen empfahlen, die multidisziplinäre Kooperation verstärkt zu fördern und eine intensivere Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung zu verwirklichen. Die Orientierung an Leitlinien und Behandlungsprotokollen sei bei erwachsenen Krebspatienten ebenso unabdinglich wie bei krebserkrankten Kindern. Die Abrechenbarkeit von onkologischen Leistungen, speziell der Chemotherapie, müsse an den Nachweis von speziellen Fachkompetenzen gebunden werden. Außerdem empfahlen mehrere stellungnehmende Organisationen, die Schmerztherapie verstärkt in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Psychologen zu verankern.

### **12.3.3 Fazit und Empfehlungen des Rates**

**322.** Der Rat hält die Potenziale zur primären Prävention von Krebserkrankungen für bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Er bekräftigt seine Empfehlung (vgl. Band I, Kapitel 2), Prävention nicht nur im Rahmen der Krankenversicherung, sondern darüberhinaus im Sinne einer intersektoralen präventiven Gesundheitspolitik stärker zu gewichten. Der Rat verweist hierzu auch auf seine Empfehlungen für eine Nationale Anti-Tabak-Kampagne (vgl. Abschnitt 12.1).

**323.** Die Angebote der Krebsfrüherkennung in Deutschland erreichen derzeit nicht genügend Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko. Aus Sicht des Rates gibt es ausreichend viele evaluierte Modelle in Deutschland und anderen Ländern, die gezeigt haben, dass die systematische Benachrichtigung und Einladung von Personen aus Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Krebserkrankungsrisiko die Teilnahmeraten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen deutlich erhöhen können. Der Rat betrachtet die Wirksam-

keit der Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs derzeit als hinreichend gesichert (zur Früherkennung von Brustkrebs vgl. Abschnitt 12.2).

Er empfiehlt daher in Anlehnung an seine Empfehlungen aus Band I, Abschnitt 2.3.1, Einladungsverfahren zu gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen für Personengruppen zu etablieren, die ein erhöhtes Risiko haben, an Gebärmutterhalskrebs oder Darmkrebs zu erkranken (A)<sup>70</sup>. Berufsrechtliche Bedenken und z. T. einzelwirtschaftliche Erwägungen haben aus Sicht des Rates Nachrang gegenüber dem zu erwartenden Nutzen für die angesprochenen Risikogruppen und die Gesellschaft.

**324.** Zur Verbesserung der Therapie von Krebserkrankungen bekräftigt der Rat seine Empfehlung (vgl. Band II, Abschnitt 3.1), bei der Vergütung von Leistungen den Zusammenhang zwischen Volumen und Qualität der Leistungserbringung stärker zu berücksichtigen. Für operative Methoden der Krebsbehandlung, für die ein solcher Zusammenhang belegt ist, sollte aus der Sicht des Rates erwogen werden, eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen pro Einrichtung zur Abrechnungsvoraussetzung zu machen (B).

**325.** Die Linderung von Schmerzen stellt eine der wesentlichen ärztlichen Aufgaben dar. Schmerzen beeinträchtigen das seelische Befinden und grundlegende Alltagsaktivitäten. Eine adäquate Schmerztherapie ist deshalb Voraussetzung für die Erhaltung der Lebensqualität von Kranken mit Schmerzen. Das Ziel der Schmerzfreiheit bzw. der effektiven Schmerzreduktion kann bei der überwiegenden Mehrheit der Personen mit krebsbedingten Schmerzen erreicht werden.

Es gibt jedoch hinreichend sichere Hinweise, dass Schmerzen bei vielen Krebskranken in Deutschland nicht ausreichend behandelt werden. Der Rat begrüßt in diesem Zusammenhang die Initiativen zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung von Krebschmerzpatienten durch die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien. Der kürzlich veröffentlichte Leitlinien-Clearing-Bericht bietet eine wertvolle Grundlage für die Fortbildung sowie für die Weiterentwicklung und Implementation einer nationalen Tumorschmerzleitlinie. Der Rat fordert die an dem Clearingverfahren beteiligten Einrichtungen und alle ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Organisationen auf, diesen Bericht bei der Weiterentwicklung evidenzbasierter Leitlinien zu berücksichtigen und sich zügig und konstruktiv an der Verbreitung, Umsetzung und Evaluation zu beteiligen (A) (vgl. auch Band II, Kapitel 2).

---

70 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

In diesem Kontext sei auch auf die Empfehlung des Rates hingewiesen, das Angebot von Hospizen und anderen spezialisierten ambulanten und stationären Angeboten zur Betreuung von Schwerkranken am Lebensende zu verbessern und qualitätsorientierte Forschungsprojekte in diesem Versorgungsbereich durchzuführen (s. Kapitel 7).

**326.** Ebenso empfiehlt der Rat, der Schmerztherapie im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen einen höheren Stellenwert einzuräumen (vgl. auch Band II, Abschnitt 1.1) (A). Insbesondere gilt es, auf die Wirksamkeit und Notwendigkeit einer leitliniengerechten Opiattherapie hinzuweisen und das Verständnis zu vermitteln, dass akute und chronische Schmerzen einen eigenständigen Behandlungsauftrag darstellen. Neben der Vermittlung von Kenntnissen ist es unerlässlich, auch Einstellungen und Fähigkeiten zur Beratung und Begleitung von Patienten, zur Durchführung schmerztherapeutischer Maßnahmen sowie zur Vorbeugung und Therapie unerwünschter Wirkungen zu verbessern. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, einschließlich der Kooperation mit Schmerztherapeuten, sollte optimiert werden.

## **13. Depressive Störungen**

### **13.1 Krankheitslast**

**327.** Bei der Depression handelt es sich um eine der häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung und in der hausärztlichen Versorgung. Fasst man alle Personen mit klinisch bedeutsamen depressiven Episoden ungeachtet ihrer differentialdiagnostischen Einordnung zusammen, so ergibt sich eine 4-Wochen-Prävalenz depressiver Störungen von 6,3 % der erwachsenen Bevölkerung (18 - 65 Jahre) Deutschlands, die an einer akuten Depression gemäß den Kriterien der ICD-10 oder des DSM-IV leiden. Dies entspricht 3,1 Millionen Bundesbürgern. Frauen sind mit 7,8 % häufiger betroffen als Männer (4,8 %). Wird das Zeitfenster für die Prävalenzbestimmung auf die 12 Monate vor der Untersuchung erweitert, so ergibt sich eine Prävalenz von insgesamt 11,5 % für mindestens eine depressive Episode.

**328.** Gemessen an dem Indikator YLD (*years lived with disability*), der die Häufigkeit und Dauer einer Erkrankung sowie die damit verbundenen Beeinträchtigungen berücksichtigt, steht in den Industrieländern die unipolare Depression mit deutlichem Abstand an erster Stelle vor allen anderen Volkskrankheiten. Werden zusätzlich die durch vorzeitiges Versterben verlorenen Lebensjahre berücksichtigt, so rangiert die unipolare Depression nach den kardiovaskulären Erkrankungen an zweiter Stelle.

**329.** Depressiv Erkrankte haben – zusätzlich zur psychischen, somatischen und sozialen Krankheitslast – ein hohes Suizidrisiko. Bei Personen, die wegen schwerer Depressionen stationär behandelt werden, liegt diese Wahrscheinlichkeit bei ca. 15 %. Ein großer Anteil aller Suizide ist auf Depressionen zurückzuführen.

**330.** Depressionen verursachen erhebliche indirekte Krankheitskosten durch Arbeitsunfähigkeit. Im akuten Stadium, aber auch im weiteren Krankheitsverlauf sind Depressionen mit teilweise massiven Einschränkungen der Arbeitsproduktivität bis hin zur Arbeitsunfähigkeit assoziiert.

## **13.2      Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**331.** Tabelle 23 gibt eine Übersicht über die befragten Fachgesellschaften, Mitgliedsorganisationen der Konzertierte Aktion und Betroffenen-Organisationen, die explizit bedarfsbezogene Aussagen zur Versorgung depressiv Kranker getroffen haben<sup>71</sup>.

### ***Diagnostik***

**332.** Von den antwortenden Organisationen wurde übereinstimmend festgestellt, dass depressive Erkrankungen von den behandelnden Ärzten häufig nicht oder zu spät diagnostiziert würden. Als Folge der Unter- und Fehldiagnostik würden die betroffenen Patienten einer notwendigen antidepressiven Therapie (in Form einer adäquaten antidepressiven Medikation und/oder Psychotherapie) nicht oder verspätet zugeführt (Unter- und Fehlversorgung). Umgekehrt ergäben sich aus nicht entdeckten oder fehlinterpretierten Depressionen unnötige, belastende und potenziell schädliche (somatische) Diagnostik und Therapie (Über- und Fehlversorgung). Hierzu gehöre u. a. eine nicht indizierte Dauertherapie mit Benzodiazepinen. Es wurde ferner auf den Zusammenhang zwischen der Unter- und Fehldiagnostik depressiver Störungen einerseits und der Unter- und Fehleinschätzung des Suizidrisikos andererseits hingewiesen.

### ***Pharmakotherapie***

**333.** Übereinstimmend wurde die Qualität der medikamentösen Therapie der Depression in vielen Fällen als defizitär beurteilt. Es dominiere bislang weiterhin die Verordnung ‚klassischer‘ trizyklischer Antidepressiva mit einem ungünstigen Nebenwirkungsprofil gegenüber der Verschreibung neuerer, nebenwirkungsärmerer Antidepressiva. Nur ein Bruchteil der depressiven Patienten erhalte eine dem aktuellen Forschungsstand entsprechende Therapie mit modernen Antidepressiva. Übereinstimmend wurde auch festgestellt, dass die Möglichkeiten der Rezidivprophylaxe depressiver Erkrankungen (z. B mit Lithium, Carbamazepin oder Valproat) nicht oder nur inkonsequent genutzt würden. Hier wurde von einer starken Unterversorgung ausgegangen.

---

71      Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar.

**Tabelle 23: Organisationen, die Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei depressiven Störungen getroffen haben**

Name der Organisation (A - Z)	Organisationstyp
Arbeitskreis Depressionsstationen	KAiG und Sonstige
Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (gemeinsam mit Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung)	KAiG und Sonstige
Berufsverband Deutscher Nervenärzte	KAiG und Sonstige
Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Fachkrankenhäuser	KAiG und Sonstige
Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.	KAiG und Sonstige
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie e.V.	KAiG und Sonstige
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	KAiG und Sonstige
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	Fachgesellschaft
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.	KAiG und Sonstige
Deutscher Städtetag	KAiG und Sonstige
Max-Planck-Institut für Psychiatrie	Fachgesellschaft
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes	KAiG und Sonstige
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	KAiG und Sonstige
Robert Koch-Institut	KAiG und Sonstige
Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Gesundheit Berlin	KAiG und Sonstige
Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg	KAiG und Sonstige
Verband der privaten Krankenversicherung	KAiG und Sonstige
Verband Forschender Arzneimittelhersteller	KAiG und Sonstige
Verband physikalische Therapie	KAiG und Sonstige

### **Psychotherapie**

**334.** Die Zusammenschau der zahlreichen Aussagen deutet auf ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung hin. Auf der einen Seite würden zu viele und zu lange Therapien bei unproblematischen Patienten durchgeführt (Überversorgung), während andererseits schwerkranke und nicht ideal angepasste Patienten unzureichend versorgt würden (Unter- und Fehlversorgung). Die Regulierung der

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie durch Gutachterverfahren und Zeitkontingente wurde als ‚unmedizinisch‘ bewertet. Die Behandlungsdauer richte sich nicht nach den medizinischen Notwendigkeiten, sondern nach dem von den Kostenträgern bewilligten Zeitkontingent.

**335.** Einige wenige Aussagen thematisierten die Problematik der Auswahl psychotherapeutischer Verfahren. Hier wurde davon ausgegangen, dass sich die Auswahl der tatsächlich eingesetzten Psychotherapieverfahren weniger nach den Merkmalen des Kranken, sondern nach der Ausbildung des Therapeuten und seinen weltanschaulich geprägten Präferenzen richte, was zu einer Fehlversorgung beitrage. Es wurde daher hinsichtlich der exakten Differentialindikation von Psychotherapieverfahren noch ein erheblicher Forschungsbedarf konstatiert.

### ***Rehabilitation***

**336.** Zur Rehabilitation depressiver Störungen wurden nur vereinzelt versorgungsbezogene Aussagen getroffen. Kritisch beurteilt wurde die Durchführung rehabilitativer Maßnahmen für psychisch Kranken vornehmlich in wohnortfernen stationären Einrichtungen, was die Behandlungskontinuität gefährde. Als ein Hinweis auf Versorgungsdefizite bei der Rehabilitation wurde die hohe Berentungsrate bei depressiv und manisch-depressiv Erkrankten gesehen, da es sich bei diesen beiden Krankheitsgruppen um grundsätzlich voll remissionsfähige Krankheitsbilder handele. Hingewiesen wurde auf die Intransparenz der rehabilitativen Versorgung und ihrer Outcomes. Angemahnt wurde die Publikation der in den Rehabilitationskliniken durchgeführten Qualitätssicherung.

### ***Versorgungsgrad***

**337.** Es wurden eine Reihe kapazitätsbezogener Aussagen zum Versorgungsgrad getroffen, die allerdings in den meisten Fällen nicht nur die depressiven, sondern auch die übrigen psychiatrischen Krankheitsbilder betrafen. Die Beurteilung der Versorgungssituation war uneinheitlich. Hingewiesen wurde auf deutliche regionale und lokale Unterschiede des psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebots, die allein durch Unterschiede im Morbiditätsprofil nicht schlüssig erklärbar seien. In diesem Zusammenhang wurde auch deutlich gemacht, dass dieser variable Versorgungsgrad aufgrund fehlender medizinischer Outcome-Daten nicht zuverlässig einem Über-, Unter- oder Fehlversorgungsgrad zuordenbar sei. Es überwogen allerdings Aussagen, die – insbesondere unter regionalen Gesichtspunkten – von einem Unterversorgungsgrad ausgingen im Hinblick auf die:

- Verfügbarkeit von niedergelassenen Fachärzten (Psychiatern und Neurologen),
- Verfügbarkeit von niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten,
- fachpsychiatrische Versorgung psychisch Kranker in Heimen,
- sozialpsychiatrische Betreuung von schwer psychisch Kranken.

### **13.3 Diskussion der Versorgungslage aus Sicht des Rates**

#### **13.3.1 Übergreifende Aspekte der Versorgung psychisch Kranker**

**338.** Die adäquate Behandlung psychisch kranker Menschen stellt nicht nur eine Herausforderung für das Gesundheitswesen dar, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Trotz der seit der Psychiatrie-Enquête von 1975 erzielten vielfachen Fortschritte erhalten Patienten mit psychischen Erkrankungen in vielen Fällen nicht die selbstverständliche Akzeptanz und Fürsorge wie Patienten mit somatischen Erkrankungen. Immer noch werden psychisch Kranke stigmatisiert und diskriminiert.

Die WHO hat am Weltgesundheitstag, dem 7. April 2001, eine einjährige Kampagne zum Thema „psychische Gesundheit“ gestartet, die unter anderem die Diskriminierung von Betroffenen beenden soll. Nach Aussage der WHO stellt die Diskriminierung das größte Hindernis für die angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen dar. So lange das Thema einer psychischen Erkrankung hinter einer Mauer aus Schweigen und Scham verborgen bleibt, werden die vorhandenen Möglichkeiten einer frühzeitigen und sachgerechten Behandlung nicht ausreichend wahrgenommen.

**339.** Der Rat ist sich bewusst, dass er der ungemein komplexen Problematik der Versorgung psychisch kranker Menschen im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht in der notwendigen Breite und Tiefe gerecht werden kann. In der Bewertung beschränkt er sich daher vorerst auf zwei Aspekte der Versorgung depressiver Patienten. Zum einen thematisiert er die Probleme der Erkennung und Behandlung depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. Hierbei kann er sich auf eine für deutsche Verhältnisse ungewöhnlich gut fundierte empirische Datenbasis stützen, wie sie mit den Ergebnissen des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheits surveys 1998/99, der bundesweiten „Allgemeinpraktikerstudie“ und der „Depression-2000“-Studie vorliegen. Zum anderen setzt er sich kritisch mit der derzeitigen Versorgungssituation alter depressiver Menschen auseinander.

**340.** Aber nicht nur bei depressiven, sondern auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen bestehen Versorgungsprobleme, mit denen sich die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure eingehender befassen sollten. Für die Versorgung von Personen mit ganz unterschiedlichen psychischen Störungen liegen teils hinreichend sichere, teils ernstzunehmende Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung vor. So erhält offensichtlich nur ein relativ kleiner Anteil von Menschen mit psychischen Störungen

eine nach modernen Behandlungsleitlinien als adäquat zu bezeichnende Behandlung. Die Versorgungsdefizite betreffen allerdings nicht alle Krankheitsgruppen im gleichem Ausmaß. Für somatoforme und Suchterkrankungen ergeben sich offensichtlich teilweise wesentlich schlechtere Behandlungsquoten als für Panikstörungen aus dem Kreis der Angststörungen, psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie depressive Störungen aus dem affektiven Formenkreis. Es gibt ferner ernstzunehmende Hinweise, dass die Versorgungssituation bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen noch ungünstiger ist als bei Erwachsenen.

**341.** Ein nach wie vor ungelöstes Problem bei der Bewertung eines bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist der Zusammenhang zwischen der Prävalenz diagnostizierter psychischer Erkrankungen und dem Behandlungsbedarf. Ferner fehlen geeignete Bedarfsplanungsmodelle zur zuverlässigen Ermittlung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs. Dies betrifft u. a. die ambulante psychotherapeutische Bedarfsplanung, die im Grunde genommen eine Verteilungsplanung auf der Basis von normativ festgelegten Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Einwohnern darstellt, wobei der Ist-Versorgungsstand zu einem bestimmten Stichtag mit einer zukünftigen Soll-Versorgung gleichgesetzt wird. Da bislang nicht davon ausgegangen werden kann, dass die gegenwärtige Ist-Zahl an Psychotherapeuten in allen unterschiedlichen Regionen Deutschlands den bedarfsadäquaten Versorgungsstand der Bevölkerung darstellt, werden durch das geltende Verfahren die bestehenden regionalen Versorgungsungleichgewichte festgeschrieben.

Der Rat weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in einigen Regionen in jüngster Zeit sehr hohe Neuzulassungszahlen von Psychotherapeuten zu verzeichnen sind. Er sieht ferner in städtischen Ballungsgebieten, v. a. mit Universitätseinrichtungen und psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten, Hinweise auf eine regionale Überversorgung. In strukturschwächeren, v. a. ländlichen Gebieten gibt es hingegen Anhaltspunkte für eine Unterversorgung. Neben einem West-Ost-Gefälle existiert in Deutschland offensichtlich auch ein Süd-Nord-Gefälle.

Angesichts der aufgezeigten Probleme der bisherigen psychotherapeutischen Bedarfsplanung befürwortet der Rat den Ersatz des bisherigen Bedarfsplanungsmodells durch ein differenziertes indikatorengestütztes Modell. Für eine zuverlässige Ermittlung der Bedarfs- und Versorgungslage sollten drei Indikatorenbereiche berücksichtigt werden:

- Bevölkerungsindikatoren, welche die Gesamtbevölkerung nach bestimmten Merkmalen beschreiben und damit den Interpretationshintergrund für die Analyse des

Behandlungsbedarfes liefern. Hierzu gehören Alters-, Geschlechts- und regionale Struktur.

- Bedarfsindikatoren, die im wesentlichen durch die Zahl behandlungsbedürftiger Störungen bestimmt werden. Hierzu gehören ferner Schweregrad der psychischen Störung (Ausprägungsgrad der Behandlungsbedürftigkeit), Inanspruchnahmequote (abhängig von Informations- und Akzeptanzgrad der verfügbaren psychotherapeutischen Angebote) und Behandlungsaufwand (z. B. „Anzahl erforderlicher Therapiestunden pro Patient“; dabei müsste deutlicher als bisher zwischen den akut und chronisch Psychotherapiebedürftigen unterschieden werden).
- Bestandsindikatoren werden durch die vorhandene Versorgungsstruktur mit psychotherapeutischen Behandlungsangeboten bestimmt. Hierzu gehören der Versorgungsgrad (tatsächlicher Angebotsumfang), Behandlungsdauer (Zeitspanne, über welche die psychotherapeutische Leistung durchschnittlich in Anspruch genommen wird), Auslastungsgrad bzw. Kapazitätsreserven.

Notwendig erscheint darüber hinaus eine Differenzierung zwischen Erwachsenen-Psychotherapeuten einerseits und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten andererseits. Ferner sind die kompensatorischen Wirkungen angrenzender Versorgungssysteme zu berücksichtigen.

### **13.3.2 Erkennung und Behandlung depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung**

**342.** Die Mehrzahl der depressiven Patienten befindet sich in hausärztlicher Behandlung. Dabei wird bei mindestens einem Drittel die Depression nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte nicht konsequent behandelt. Da gute therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ist es inakzeptabel, dass nur ein kleiner Teil der Patienten mit behandlungsbedürftigen Depressionen eine konsequente und lege artis durchgeführte antidepressive Behandlung erhält. Die Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998/99 und zweier aktueller Versorgungsstudien aus Deutschland geben hinreichend sichere Hinweise darauf, dass

- rund 10 % der in der hausärztlichen Praxis behandelten Klientel depressiv erkrankt ist, etwa 4 % leiden unter einer schweren Depression;

- auch als nach ICD-10 ‚leicht‘ eingestufte depressive Störungen mit erheblichem subjektiven Leidensdruck, deutlich reduzierter Arbeitsproduktivität und einer gegenüber nicht-depressiven Patienten deutlich erhöhten Inanspruchnahme auch somatischer Gesundheitsversorgungsleistungen einhergehen. Depressive Patienten stellen damit eine wichtige Gruppe der sog. Vielnutzer dar;
- trotz Verbesserungen im Vergleich zu früheren Studien aus den neunziger Jahren die Erkennens- und Behandlungsraten in der hausärztlichen Praxis verbesserungsbedürftig sind;
- patientenseitige Faktoren (insbesondere das Präsentier- und Hilfesuchverhalten, Konsultationsanlass) die ärztliche Erkennungsrate maßgeblich beeinflussen;
- das Verschreibungsverhalten der Hausärzte zum Teil von evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen abweicht;
- dass Hausärzte dazu neigen, depressive Patienten nicht zeitgerecht in eine spezialärztliche psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung zu überweisen.

### ***Empfehlungen***

**343.** Vor dem Hintergrund der dargelegten Problemanalysen formuliert der Rat folgende Empfehlungen:

- Aufgrund des hohen Versorgungsanteils und der nachgewiesenen Versorgungsdefizite sollten Ansätze zur Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten den hausärztlichen Bereich in den Mittelpunkt stellen (A)<sup>72</sup>.
- Der Rat hat bereits in Band II (Ziffer 38) darauf hingewiesen, dass die Psychiatrie bislang kein obligatorischer Bestandteil der Weiterbildung für Allgemeinmediziner oder hausärztliche Internisten ist. Er mahnt nochmals die stärkere Berücksichtigung psychiatrischer Inhalte in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und Fortbildung an (A).
- Die volle kassenärztliche Zulassung für die eigenständige hausärztliche Behandlung psychisch Kranker sollte u. a. von der Wahrnehmung verbindlicher, qualitätsgesi-

---

<sup>72</sup> Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

cherter und hinsichtlich des Lernerfolgs evaluierter Fortbildungsveranstaltungen abhängig gemacht werden (A).

- Bei schwer depressiv Erkrankten in hausärztlicher Versorgung sollte ein regelmäßiges obligatorisches psychiatrisches Konsil erfolgen (A).
- Für den hausärztlichen Bereich sollten symptomorientierte evidenzbasierte Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen entwickelt und implementiert werden. In den Leitlinien sollten auch konkrete Schnittstellenindikatoren enthalten sein, welche die Überweisung (und Rücküberweisung) in eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung regeln. Die Einhaltung dieser Schnittstellenindikatoren sollte durch entsprechende Vergütungsanreize unterstützt werden. Ferner sollten die Leitlinien gesondert auf diagnostische Problemgruppen (z. B. jüngere Männer) eingehen (A).
- Es bedarf weitergehender Versorgungsforschung, inwiefern der routinemäßige Einsatz von validen und praktikablen Patientenfragebögen (z. B. des Depressions-Screening-Questionnaire, DSQ) zu einer relevanten Verbesserung der Erkennensrate depressiver Störungen beitragen kann (B).
- Bei der mangelhaften Erkennung und Behandlung depressiver Störungen spielen auch gesellschaftlich vermittelte Vorurteile eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund ist es wichtig, die öffentliche Aufklärung über Häufigkeit und Natur depressiver Erkrankungen zu verbessern, die Akzeptanz psychisch Kranker zu fördern und Schambarrieren abzubauen (A).

### **13.3.3 Alte depressive Menschen**

**344.** Die ambulante Versorgung depressiver alter Menschen erfolgt vor allem durch Hausärzte. Die Betreuung in einer gerontopsychiatrischen Ambulanz, einem gerontopsychiatrischen Zentrum, beim niedergelassenen Nervenarzt oder Psychiater ist die Ausnahme. Internationale Studien deuten darauf hin, dass die Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten in einer spezialisierten Ambulanz oder bei einem gerontologisch weitergebildeten Nervenarzt bzw. Psychiater effektiver als die hausärztliche Behandlung sein kann. Inwieweit dies auch für die Situation in Deutschland gilt, lässt sich aufgrund fehlender Untersuchungen nicht sagen. So ist nicht gesichert, ob deutsche Psychiater und Nervenärzte über ausreichende gerontopsychiatrische Erfahrung verfügen. Ge-

rontopsychiatrie ist kein integraler Bestandteil der psychiatrischen Ausbildung und nur eine Minderheit der Psychiater und Nervenärzte hat die Zusatzqualifikation „klinische Geriatrie“ erworben. Hier sieht der Rat einen Bedarf an ärztlicher Fortbildung.

**345.** Obwohl die Anzahl der niedergelassenen Neurologen und Psychiater bedarfsgerecht erscheint, nehmen depressive alte Patienten das spezialärztliche Angebot viel zu spät oder viel zu selten wahr. Die Betreuung durch den Hausarzt genießt hingegen generell eine größere Akzeptanz als eine nervenärztliche Behandlung oder die Versorgung in einer gerontopsychiatrischen Ambulanz, die meist an ein psychiatrisches Krankenhaus angeschlossen ist. Einer psychiatrisch fachärztlichen Behandlung stehen viele Senioren auch wegen der Gefahr der Stigmatisierung skeptisch gegenüber. Dieser Problematik sollte nach Auffassung des Rates, wie oben bereits erwähnt, durch eine verbesserte Information der Betroffenen und der Öffentlichkeit entgegengewirkt werden.

**346.** Der Rat betrachtet Zahl und Verteilung der gerontopsychiatrischen Zentren und Ambulanzen als ungenügend im Sinne eines Unterversorgungsgrades. Dies trifft insbesondere für gerontopsychiatrische Zentren und Ambulanzen zu, die eine aufsuchende Versorgung betreiben, wobei hier eine Zusammenarbeit mit dem Hausarzt zu fordern ist. Inwieweit Bedarf für Ambulanzen besteht, die keinerlei aufsuchende Versorgung anbieten, bleibt unklar, zumindest lassen deren geringe Patientenzahlen nicht auf eine maßgebliche Beteiligung an der Versorgung schließen. Ihre Bedeutung ist vielmehr in einer Filterfunktion vor eventuell notwendiger stationärer Behandlung zu sehen.

**347.** Bei insgesamt unbefriedigender Datenlage zur Qualität der hausärztlichen Versorgung depressiver geriatrischer Patienten deuten die vorhandenen Studien auf Versorgungsmängel in diesem Bereich hin. In besonderem Maße gilt dies für in Alten- und Pflegeheimen lebende Menschen. Die medikamentöse Versorgung, als Indikator für die Qualität der ärztlichen Behandlung, ist als defizitär einzuschätzen. Depressive erhalten, wenn überhaupt, Antidepressiva in subtherapeutischer Dosierung. Anstelle einer suffizienten antidepressiven Therapie werden häufig nicht indizierte Beruhigungsmittel verabreicht. Es kann mit hinreichender Sicherheit von einem Nebeneinander von Über-, Unter-, und Fehlversorgung alter depressiver Menschen ausgegangen werden.

Als wesentliche Ursache ist eine unzureichende Kenntnis der betreuenden Ärzte hinsichtlich Diagnose und Therapie der Depression bei alten Menschen sowie in der Handhabung von Psychopharmaka zu vermuten. Die fehlende konsiliarische Betreuung von Altenheimen durch gerontologisch ausgebildete Psychiater und Nervenärzte sowie die mangelnde Kompetenz des Pflegepersonals im psychiatrischen Bereich trägt zu den

Versorgungsdefiziten bei. Wie bereits in Band II Ziffer 118 gefordert, hält der Rat daher eine Verbesserung der gerontopsychiatrischen Weiter- und Fortbildung für dringend notwendig (A).

**348.** Für die ambulante soziotherapeutische und pflegerische Versorgung depressiver alter Menschen wären die Strukturen des sozialpsychiatrischen Dienstes und der ambulanten Pflegedienste nutzbar. Während es bei den ambulanten Pflegediensten häufig an gerontopsychiatrischer Kompetenz fehlt, ist der sozialpsychiatrische Dienst – als aufsuchende Hilfe – meist erst dann mit den Betroffenen konfrontiert, wenn sie auffällig werden (z. B. Suizid, Verwahrlosung). Da es an flächendeckenden, etablierten ambulanten soziotherapeutischen und pflegerischen Angeboten und Konzepten mangelt, sieht der Rat hier dringenden Entwicklungsbedarf (C).

**349.** Die Zunahme gerontopsychiatrischer Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern ist zu begrüßen, da hier die spezifischen Belange alter, oft multimorbider psychisch Kranker besser als in anderen stationären Einrichtungen berücksichtigt werden können (vorhandene internistische Kompetenz und Einbindung in gerontopsychiatrische Netzwerke). Ob die Anzahl der zur Zeit zur Verfügung stehenden gerontopsychiatrischen Betten ausreicht, lässt sich aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht beurteilen. Erstrebenswert ist generell eine größtmögliche Gemeindenähe der stationären Einrichtungen. In der Regel ist allerdings eine teilstationäre Behandlung der vollstationären vorzuziehen. Aufgrund der unzureichenden Zahl gerontopsychiatrischer Tageskliniken ist dies jedoch nur in einer Minderzahl der Fälle möglich. Die bei weitem nicht flächendeckende Ausstattung mit Tageskliniken kann mit hinreichender Sicherheit als Unterversorgung bezeichnet werden, die zu Fehlversorgung und (ökonomischer) Überversorgung führt, wenn Patienten aus Mangel an teilstationären Angeboten vollstationär behandelt werden. Die Schaffung entsprechender teilstationärer Versorgungsangebote erscheint daher dringend geboten (A).

**350.** Zusätzlich oder im Verbund mit vorgenannten Angeboten sollten weitere ambulante Versorgungsangebote, wie aufsuchende Ambulanzen, Pflegedienste und Beratungsstellen mit sozialpsychiatrischer Kompetenz, aufgebaut werden. Vielerorts existieren einzelne Elemente einer gerontopsychiatrischen Versorgung, wie engagierte Pflegedienste oder eine Tagesklinik, eine Verknüpfung findet jedoch i. d. R. nicht statt. Unter fachkundiger Anleitung können, wie in Modellprojekten erfolgreich gezeigt, qualifizierte gerontopsychiatrische Netzwerke aufgebaut werden. Eine flächendeckende Etablierung solcher integrierter Strukturen ist nach Auffassung des Rates anzustreben. Da in

der Vergangenheit bereits einige (wissenschaftlich begleitete) Vorarbeiten in Modellprojekten geleistet wurden, sollten die Bemühungen vor allem auf die Schaffung der notwendigen Strukturen bzw. Stärkung der Zusammenarbeit der vorhandenen Einrichtungen gerichtet sein (A).

**351.** Die sektorierte Teilzuständigkeit verschiedener Subsysteme des Gesundheits- und Sozialsystems für die gerontopsychiatrische Betreuung hat entscheidenden Anteil an der bislang unbefriedigenden Versorgungssituation (Stichwort: „Diffusion der Verantwortlichkeiten“). Die Fokussierung und Institutionalisierung der Bemühungen der verschiedenen Bereiche sollte sich an den Versorgungsbedürfnissen der Betroffenen orientieren. Eine Stärkung der Position der Altenpsychiatrie im wissenschaftlich/medizinischen Raum sowie die Etablierung der Gerontopsychiatrie als integraler Bestandteil der Altenpolitik sollte zielführend sein. Dabei ist hervorzuheben, dass Gerontopsychiatrie sich keineswegs auf Demenzbehandlung reduziert, sondern auch die Behandlung des ‚klassischen‘ psychiatrischen Krankheitspektrums, z. B. depressive, Angst- und Somatisierungsstörungen, umfasst.

**352.** Für die wissenschaftliche und politische Stärkung der Position der Gerontopsychiatrie sind nach Auffassung des Rates folgende Maßnahmen wünschenswert:

- Einführung der Gerontopsychiatrie als festen Baustein in die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (z. B. 6 Monate praktische Erfahrung in Gerontopsychiatrie) (A).
- Förderung der gerontopsychiatrischen Forschung und Lehre (A).
- Integration gerontopsychiatrischer praktischer Erfahrung in die Ausbildung zum Altenpfleger, z. B. durch 3- bis 6-monatige Einsätze in gerontopsychiatrischen Einrichtungen (B).
- Stärkere Berücksichtigung gerontopsychiatrischer Aspekte in der Fortbildung zum Krankenpfleger für Psychiatrie (A).
- Routinemäßige Betreuung von Alten- und Pflegeheimen durch gerontopsychiatrische Konsiliarärzte; verbindliche Konsilabsprachen mit den betreuenden Hausärzten in Heimen, Verpflichtung der Heimleitungen, für entsprechende Arrangements Sorge zu tragen (B).
- Gegebenenfalls sind Rahmenvereinbarungen zur gerontopsychiatrischen Versorgung mit den örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich vorzusehen (C).

**353.** Der Rat weist nachdrücklich darauf hin, dass insbesondere die Versorgungssituation in Alten- und Pflegeeinrichtungen verbesserungsbedürftig ist. Es bedarf nicht nur einer verbesserten kontinuierlichen ärztlichen Betreuung, sondern auch der Umsetzung der existierenden Konzepte zur aktivierenden Pflege und zur Rehabilitation für Menschen in Alten- und Pflegeheimen (A). Bei der konzeptionellen, baulichen und personellen Planung von Altenheimen, bei der Implementierung von Versorgungsinstitutionen sowie in den Konzepten der Altenpolitik sollte die psychische Gesundheit bzw. Morbidität alter Menschen stärker berücksichtigt werden (A).

**354.** Der Rat verkennt nicht, dass es sich bei Depression im Alter um ein komplexes Syndrom handelt, dessen Ursachen u. a. in einem Zusammenwirken körperlicher Beschwerden und Behinderungen mit biografischer Perspektivlosigkeit und oftmals einer gewissen Daseinsleere bei Rückzugstendenzen und sozialer Isolation zu sehen sind. Die Entwurzelungs- und Vereinsamungsproblematik Hochaltriger wird besonders an der hohen Rate depressiver Erkrankungen in Altenheimen deutlich. Deshalb greifen Forderungen nach einer besseren medizinischen Versorgung – ungeachtet ihres Wertes an sich – alleine zu kurz. Der Rat sieht in Fragen der Lebensgestaltung im hohen Alter eine gesellschaftliche Aufgabe, die nur bedingt durch das medizinische Versorgungssystem gelöst werden kann. Hand in Hand mit einer verbesserten medizinischen Versorgung sollten deshalb nach Auffassung des Rates Modelle für neue, vor allem aktivierende und die zwischenmenschliche Kommunikation fördernde Lebensformen im (hohen) Alter gesucht werden.

## **14. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten**

### **14.1 Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht der Befragten**

**355.** Zur Versorgungslage bei Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten äußerten sich fünf Organisationen: die Bundeszahnärztekammer gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt e.V., die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>73</sup>.

**356.** Die Organisationen wiesen zunächst darauf hin, dass in den letzten Jahren die Fluoridierung von Zahnpasta und Speisesalz, die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sowie die Individualprophylaxemaßnahmen im Rahmen der GKV zu deutlichen Verbesserungen im Hinblick auf die Kariesprävention von Kindern und Jugendlichen geführt haben. Die weiterhin bestehenden Defizite konzentrierten sich auf eine Untergruppe von Kindern und Jugendlichen, die aus unteren sozialen Schichten stammen. Entsprechend forderten die befragten Organisationen eine besondere Ausrichtung der Prophylaxe- und Früherkennungsmaßnahmen auf den speziellen Kreis dieser Hochrisikogruppen. Die Unterversorgung im Bereich der Kariesprophylaxe wurde weniger auf strukturelle Angebotsdefizite, als auf fehlende Präventions- und Therapieanfrage der Betroffenen zurückgeführt, was eine verstärkte Aufklärungsarbeit aller beteiligten Institutionen nahe lege. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern wurde auch in einer zahnärztlichen Schwangerenfürsorge gesehen.

Entzündliche Erkrankungen des Zahnfleisches bzw. des Zahnbettes wurden als ein in seiner Bedeutung häufig unterschätzter Indikationsbereich genannt. Über den bevölkerungsbezogenen Versorgungsgrad bei solchen parodontalen Erkrankungen fehlten jedoch genaue Daten. Die Erzielung dauerhafter Erfolge erfordere auch hier präventive Eigenleistungen der Betroffenen, die durch ein Bonussystem stimuliert werden könnten. Eine Unter- und Fehlversorgung wurde generell in der zahnmedizinischen Versorgung bei immobilen, behinderten und pflegebedürftigen Menschen konstatiert. Dagegen unterliege die kieferorthopädische Versorgung nicht nur medizinischen, sondern auch individuellen und gesellschaftlichen Bewertungen, was die Feststellung von Unter- und Überversorgung erschwere.

Im Vergleich zu prozentualen Zuzahlungen wurden Festzuschüsse als sozial gerechter angesehen, da sie verhindern, dass Versicherte, die höhere Eigenanteile finanzieren können, die Solidargemeinschaft mit höheren Kosten belasten. Die bisherige Bedarfsplanung sei nicht geeignet, die bestehende strukturelle Überversorgung abzubauen. In diesem Kontext sprachen sich die stellungnehmenden Organisationen für eine Reduktion der Ausbildungskapazitäten und damit der Studienplätze aus.

---

73 Der Rat gibt im folgenden die zentralen Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen der befragten Organisationen wieder. Die Originaldokumente sind auf den Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) im Volltext einsehbar. Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, einschließlich der darin enthaltenen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, lag erst im April 2001 vor. Sie konnte daher nicht mehr in die Auswertung einbezogen werden, ist jedoch über die Homepage des Sachverständigenrates einsehbar.

## **14.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung in der allgemeinärztlichen Versorgung**

### **14.2.1 Aktuelle Versorgungsprobleme in der Zahnmedizin**

**357.** Wie bereits von den befragten Organisationen hervorgehoben, hat sich die Mundgesundheit von jungen Menschen in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. In Deutschland lag der sogenannte DMF-T Wert (Decayed/Karies, Missing/Zahnverlust, Filled/Füllung, Tooth/Index bezogen auf die Zahnzahl) bei 12-Jährigen im Jahr 1997 bei 1,7 und erreichte damit eindeutig das von der WHO gesteckte Ziel von unter 2. In höheren Altersstufen findet sich dagegen noch eine sehr weite Verbreitung oraler Erkrankungen. Im Hinblick auf die Zahl fehlender Zähne blieben z. B. bei Erwachsenen der Altersgruppe 35 - 44 Jahre präventive Erfolge in den letzten 14 Jahren aus.

**358.** Für den bei jungen Menschen beobachtbaren Rückgang oraler Erkrankungen zeichnet ein vielfältiges Geflecht von Determinanten verantwortlich. Neben dem Effekt von Fluoriden wirken als Einflussgrößen u. a. die Ernährung, die Mundhygiene, aber auch das Rauchen sowie Zusätze in Nahrungsmitteln und Medikamenten auf die Entwicklung kariöser Läsionen ein. Insofern ist der Mundgesundheitszustand eines Menschen nicht nur das Ergebnis eigenen Verhaltens, sondern das Resultat vielfältiger endogener und exogener Variablen, d. h. von Handlungsweisen und von Lebensbedingungen. Epidemiologische Studien belegen auch für Deutschland die Abhängigkeit der Mundgesundheit von der sozialen Schicht.

**359.** Im internationalen Vergleich wird der zahnärztliche Versorgungsgrad der Bevölkerung in Deutschland insgesamt gesehen als hoch eingestuft. Obgleich sich die epidemiologische Datenbasis in den letzten Jahren verbesserte, erlaubt sie nur in begrenztem Umfang valide Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Was die Angebotskapazitäten betrifft, fehlt es trotz einer ausreichenden bzw. hohen Zahl an Zahnärzten an solchen mit bestimmten Spezialausbildungen, wie z. B. Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie oder präventive Zahnheilkunde. Zur Umsetzung zahnhalternder, präventiver Strategien mangelt es in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern an weiterqualifizierten Zahnärzten und entsprechendem Prophylaxepersonal. Dagegen verfügt Deutschland als europaweit einziges Land über mehr Zahntechniker als Zahnärzte.

**360.** Der zahnmedizinische Versorgungsbedarf lässt sich nicht eindeutig in eine objektive bzw. normative Komponente im Sinne von ‚*need-dentistry*‘ und eine subjektive

Komponente als ‚*want-* oder *elective dentistry*‘ aufspalten. Vielmehr kommen Kombinationen von notwendigen und nicht-notwendigen Leistungen in der Praxis häufig vor. Dieser Überlappungsbereich verhindert eine trennscharfe Unterscheidung zwischen notwendigen Kernleistungen und darüber hinausgehenden Zusatzleistungen. Eine solche Abgrenzung lässt sich insofern nicht (zahn-)medizinisch, sondern nur anderweitig begründen. Diese These bestätigen auch diverse Studien, die im zahnärztlich-restaurativen Bereich auf eine Beliebigkeit bei Behandlungsplanungen hindeuten. Referenzmaßstäbe durch Leitlinien und/oder Befragungen von Expertengruppen fehlen in vielen zahnärztlichen Bereichen und nur ein geringer Teil der Maßnahmen gilt hier als evidenzbasiert.

**361.** Die derzeitigen Abrechnungspositionen für basisdiagnostische Leistungen, die sich im wesentlichen auf den sogenannten ‚01-Befund‘ konzentrieren, eignen sich nicht für eine differenzierte Vorgehensweise. Es besteht nach wie vor ein erheblicher Forschungsbedarf, um praxistgerechte Kriterien zur Grenzziehung zwischen erhaltungsfähigen und erneuerungsbedürftigen Restaurationen zu entwickeln. Unbeschadet der unstrittigen Existenz von Über-, Unter- und Fehldiagnostik, steht in Deutschland kein wissenschaftlich belastbares allgemein akzeptiertes Datenmaterial zur Verfügung, das eine Abschätzung des jeweiligen quantitativen Ausmaßes erlauben würde. Schließlich mangelt es im Rahmen der zahnmedizinischen Diagnostik an fachlichen Abstimmungen zwischen Zahnärzten und Ärzten.

**362.** Die Möglichkeiten der Primär- und Sekundärprävention oraler Erkrankungen werden noch zu wenig genutzt, was vor allem für die Gesundheitsförderung und eine breitwirksame Kollektivprophylaxe gilt. So liegt z. B. die Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz erst bei ca. 50 % und das vom Gesetzgeber vorgesehene Ausgabenvolumen für den Bereich der Gruppenprophylaxe wird nur zu einem bescheidenen Anteil ausgeschöpft. Obgleich im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention mit einer Überversorgung vergleichsweise geringe Schadensrisiken einhergehen, dürfte hier insgesamt eher eine Unterversorgung vorliegen. Dies gilt vor allem für Maßnahmen, die bei Karies auf Erfolge in höheren Lebensalterstufen abzielen, und für Risikoabschätzung und Monitoring parodontaler Erkrankungen bei Erwachsenen.

**363.** Im Bereich der Tertiärprävention existieren noch zu wenig Anreize, invasive chirurgische und/oder prothetische Eingriffe durch geeignete zahnerhaltende und parodontologische Maßnahmen zu vermeiden. Eine Unterversorgung besteht insbesondere bei Personen mit hohem Risiko oraler Erkrankungen und auch bei der zahnrestaurativen

Therapie bei Kindern. Im Vergleich zum Kariesaufkommen lassen sich auf der Grundlage epidemiologischer Daten therapeutische Konsequenzen bei anderen oralen Krankheiten, z. B. bei Parodontopathien, wesentlich schwieriger ableiten. Die Diskrepanz zwischen der Erkrankungsprävalenz der Bevölkerung und den entsprechenden zahnärztlichen Interventionen legt jedoch die Vermutung einer Unterversorgung bei parodontologischen Leistungen nahe.

Ein mindestens ebenso großes Problem wie die Unterversorgung stellt im Rahmen der Tertiärprävention die Über- und Fehlversorgung dar. Im Bereich der restaurativen Zahnmedizin existiert eine umfangreiche Liste möglicher Überversorgungen und auch im Bereich der Parodontologie kann man aufgrund veralteter bzw. unvollständiger GKV-Richtlinien von relevanten Überversorgungen ausgehen. Die vorhandenen epidemiologischen Daten gestatten aber keine repräsentative Erfassung der Verbreitung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Partielle Erhebungen weisen jedoch darauf hin, dass die Möglichkeiten der Zahnerhaltung noch nicht in wünschenswertem Maße genutzt und auch zu viele Überkronungen anstelle weniger invasiver Restaurationen vorgenommen werden.

**364.** Moderne Restaurationsverfahren dürften künftig die traditionellen Grenzen zwischen ‚konservierender‘ und ‚prothetischer‘ Versorgung in Frage stellen. Bei der sich abzeichnenden Verbreitung zahnfarbener, adhäsiv eingebrachter Restaurationsmaterialien erscheint es immer weniger vertretbar, metallische Restaurationen wie Amalgamfüllungen oder Metallkronen als Basisversorgung und zahnfarbene Restaurationen als vornehmlich kosmetisch orientierte Wahlleistung einzustufen. Diese Überlagerung von ‚konservierender‘ und ‚prothetischer‘ Versorgung kann auch konkrete Konsequenzen für das Wirtschaftlichkeitsgebot besitzen. So sind z. B. direkt hergestellte Kompositrestaurationen zwar wesentlich teurer als Amalgamfüllungen, aber preiswerter als indirekt hergestellte laborfertige Werkstücke.

**365.** Im Hinblick auf den Verbraucherschutz fehlt noch ein Konsens über eine bundesweit koordinierte Einrichtung neutraler und unabhängiger Patientenberatungsstellen unter Einbeziehung von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Verbraucherberatungsstellen bzw. -schutzverbänden und anderen Institutionen. Die derzeitige Nachfragesteuerung, die sich häufig nicht nur an zahnärztlich-fachlichen Belangen, sondern auch an ökonomischen Interessen orientiert, birgt die Gefahr einer erheblichen Überdiagnostik und Übertherapie. Dies gilt nicht nur für Informationen von privaten Herstellern und Ver-

bänden sowie Internet-Publikationen, sondern auch für Kampagnen von Körperschaften des öffentlichen Rechts (z. B. „proPatient“; „Initiative proDente“).

Ein besonders gravierendes Beispiel stellen in diesem Kontext die Aktivitäten von Vertretern der ‚besonderen Therapierichtungen‘ dar, die mit Fehlinformationen über die Verträglichkeit von Dentalmaterialien die Patienten verunsichern. Entsprechende Angstkampagnen fügen den Versicherten und Patienten zahnmedizinische, ökonomische und psychologische Schäden zu und führen u. a. zum Austausch intakter zahnärztlicher Restaurationen oder zur Extraktion strategisch wichtiger Zähne. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand ist das Auftreten einer Vergiftung durch zahnärztliche Werkstoffe, d. h. auch durch Amalgam, bei bestimmungsgemäßem und verarbeitungsgerechtem Einsatz nahezu auszuschließen. Gleichwohl hat, wie Befragungen zeigen, jeder zweite Bundesbürger Bedenken gegen Dentalmaterialien bzw. Amalgamfüllungen. Hier besteht offensichtlich eine deutliche Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Erkenntnisstand und öffentlichem Meinungsbild, welches die davon profitierenden Dentalfirmen durch entsprechende Werbeaktivitäten mitgestalten bzw. fördern.

**366.** Ein Teil der Versorgungsprobleme wurzelt in Mängeln der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die veraltete zahnärztliche Approbationsordnung von 1955 konzentriert sich zu stark auf mechanisch-technische Fertigkeiten und vernachlässigt demgegenüber die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Erhaltung oraler Strukturen. Ein Defizit an Postgraduate-Programmen führt auf dem Gebiet von Lehre und Forschung zu einem Standortnachteil im internationalen Wettbewerb. Das insgesamt vielfältige Fortbildungsangebot ist trotz einiger hochqualifizierter Institutionen und lebhaftem Interesse der Zahnärzteschaft größtenteils noch zu unstrukturiert. Schließlich bietet die zahnärztliche Weiterbildung, wie bereits erwähnt, zu wenig Möglichkeiten zu versorgungsrelevanten Spezialisierungen.

#### **14.2.2 Derzeitige Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität**

**367.** Wenn auch bislang ein Mangel an unabhängigen Institutionen zur Sammlung und Analyse von Daten über Inzidenzen und Prävalenzen oraler Erkrankungen besteht, so gebührt doch dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) das Verdienst, verbesserte Ansätze zur Beschreibung von nationalen und regionalen Gesundheitszielen zu präsentieren. Zur Beseitigung allfälliger Qualitätsdefizite helfen die in der Vergangenheit nicht seltenen wechselseitigen Schuldzuweisungen zwischen Zahnärzteschaft und Kostenträ-

gern nicht weiter. Es geht vielmehr im Sinne der Patienten um eine Verbesserung von Qualitätsdimensionen, wie z. B. Zugang der Bevölkerung zur Versorgung, Angemessenheit der Behandlung, technische Qualität und ‚*art of care*‘ (als Mitwirkung des Patienten und Hilfestellung des zahnärztlichen Teams bei diesem Prozess). Die Messung der subjektiven Zufriedenheit der Patienten reicht in diesem Kontext nicht aus.

**368.** Verschiedene Institutionen der deutschen Zahnärzteschaft arbeiten derzeit an einer Neubeschreibung des Leistungsspektrums der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und haben zu diesem Zwecke auch gemeinsame Arbeitsgruppen gegründet. Priorität besitzt dabei zunächst die Diagnostik, Planung und Patientenberatung mit einer Differenzierung in klinische Basis-Befunde und, sofern medizinisch angemessen, weiterführende Interventionen. Unter fachlicher Verantwortung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sollen auch sukzessive Leitlinien zur Patientenversorgung nach aktuellen Standards herausgegeben werden, die entsprechenden Aktivitäten stehen aber noch weitgehend am Anfang. Es existieren auch bereits konkrete Vorschläge zur Umgestaltung vorhandener Leistungskataloge mit dem Ziel, diagnostische und präventive Leistungen zu stärken.

**369.** Trotz noch vorhandener deutlicher Defizite in ihrer praktischen Umsetzung findet inzwischen die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe für die Verbesserung der Mundgesundheit in nahezu allen relevanten Institutionen Akzeptanz. Eine aufeinander abgestimmte Gesamtstrategie von Gesundheitsförderung, Bevölkerungs-, Gruppen- und Individualprophylaxe unter Einbeziehung alters- und sozialspezifischer Parameter wird zunehmend für notwendig erachtet und auch in standespolitischen Gremien thematisiert. Zudem besteht inzwischen weithin Konsens über Versorgungsdefizite in einigen Bereichen, wie z. B. der Parodontologie.

**370.** Zahnärzteschaft, Kostenträger und weitere Institutionen erproben zur Zeit verschiedene Modelle zur Verbesserung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes. Diese unterschiedlichen Ansätze und Aktivitäten lassen allerdings noch keine hinreichende Koordinierung erkennen.

**371.** Es existieren zahlreiche Vorschläge verschiedener Institutionen zur Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung, aber kaum Aktivitäten zum Aufbau universitärer Postgraduate-Programme nach internationalen Vorbildern. Die Bundeszahnärztekammer hat in Kooperation mit der DGZMK sowie der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) Rahmenrichtlinien herausgegeben, um strukturierte Fortbildungsaktivitäten bundesweit zu koordinieren. Die Zahn-

ärztekammern unternehmen auch vermehrt Anstrengungen, um die Zahl an weiterqualifizierten Zahnarzhelferinnen zu erhöhen.

### **14.2.3 Künftige Ansätze zur Verbesserung der Qualität**

**372.** Im Hinblick auf eine Verbesserung der epidemiologischen Entscheidungsgrundlage geht es nicht nur darum, neue Daten über Art und Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu akquirieren, sondern auch die vorhandenen Daten zu publizieren und auszuwerten. Die Datenbasis sollte es ermöglichen, Vergleiche mit Ländern unterschiedlicher Krankenversicherungssysteme, wie z. B. Schweden und die Schweiz, in Bezug auf Kostenaufwand und Qualität anzustellen. Die mit diesen Aufgaben betrauten Institutionen sollten über eine hohe fachliche Kompetenz und weitgehende politische Unabhängigkeit verfügen.

**373.** Im Rahmen der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde müssen Leistungen der Diagnostik, Planung und Beratung einen höheren Stellenwert erhalten. In diesem Zusammenhang bedarf es auch einer Kooperation und Koordination mit anderen medizinischen Fachdisziplinen. Die aktuellen von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Kooperation mit der DGZMK und der VHZMK unterbreiteten Vorschläge zur Neugestaltung der Bereiche Diagnostik, Planung und Beratung sollten baldmöglichst mit weiteren Institutionen erörtert werden, um frühzeitig einen weitreichenden fachlichen Konsens zu erzielen.

Der weitere Ausbau von Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe zielt u. a. auf eine Sensibilisierung für erhöhte Risiken oraler Erkrankungen durch bestimmte Nahrungs- und Genussmittel ab. So könnte z. B. der Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz in den nächsten 5 Jahren von derzeit 50 % auf über 80 % erhöht werden. Zur Durchsetzung einer breitenwirksamen und effektiven Gruppenprophylaxe sollten die betroffenen Institutionen vom Gesetzgeber konkrete Zielvorgaben erhalten, deren Erfüllung sie in Rechenschaftsberichten dokumentieren bzw. nachweisen. Eine stärkere Gewichtung von Primär- und Sekundärprävention könnte spürbare Verbesserungen der Mundgesundheit auch bei Erwachsenen in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen bewirken.

Im Rahmen der Tertiärprävention müssen strukturerhaltende Maßnahmen vermehrt in den Leistungskatalog aufgenommen werden und dabei auch eine Bewertung erfahren,

die eine aufwandsgerechte Kalkulation erlaubt. Besonders kritisch bzw. defizitär ist derzeit der Zahnbestand bei Senioren. Die vermehrte Nutzung zahnerhaltender Interventionen verspricht zumindest langfristig auch eine Verbesserung der Mundgesundheit bzw. der Erhaltung oraler Strukturen bei älteren Menschen.

**374.** Die Schaffung fachkompetenter und unabhängiger zahnärztlicher Patientenberatungsstellen könnte dem hohen Informationsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung tragen und Nachfragemanipulationen entgegenwirken. Hierzu könnten die vorhandenen Institutionen konsensfähige Beratungsstandards entwickeln und umsetzen. Wissenschaftliche Fachgesellschaften und Universitäten sollten stärker als bisher in solche Prozesse eingebunden werden.

**375.** Eine langfristige Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland setzt auch die Schaffung günstigerer Arbeitsbedingungen an den Universitäten voraus. So bestehen derzeit z. B. schlechte berufliche Perspektiven für den zahnmedizinischen Hochschullehrernachwuchs. Bei der Reform des Zahnmedizinstudiums sollte die stärkere Gewichtung von präventionsorientierten, medizinisch-biologischen Ausbildungsinhalten schon zu Beginn des Studiums erfolgen. Die bisherige Ausrichtung der Ausbildung auf individuelle patientenbezogene Fragestellungen bedarf einer Erweiterung auf bevölkerungsbezogene Probleme. Nach Absolvierung des Studiums bieten sich für die Weiterqualifikation von Zahnärzten zwei parallele Richtungen an: Eine große Zahl durchläuft eine strukturierte Fortbildung, während für eine Spezialisierung eine relativ kleine Zahl von Zahnärzten – auch im Sinne des Bedarfs – ausreicht.

#### **14.2.4 Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen**

**376.** Die in der zahnärztlichen Versorgung auftretenden Qualitätsmängel gehen nicht nur auf Versäumnisse der Zahnärzteschaft zurück, sie wurzeln auch in Rahmenbedingungen, die Zahnärzte und ihre Standesvertretungen nicht oder kaum zu beeinflussen vermögen. Tabelle 24 fasst die bisher diskutierten Problemkreise synoptisch zusammen und verknüpft sie mit konkreten Zielsetzungen bzw. Maßnahmen und dem für ihre Realisierung jeweils geschätzten Zeitbedarf. Dabei gilt es auch zu prüfen, ob und inwieweit die Verwirklichung gewisser Zielsetzungen eine Anpassung gesetzlicher Vorschriften erfordert. Einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung fällt dann die Aufgabe zu, über den Realisierungsgrad dieser Zielsetzungen zu informieren.

**377.** Eine Verbesserung von Rahmenbedingungen schließt sowohl die zahnmedizinische Seite im Sinne einer fachlichen Qualifikation und adäquater Leistungskataloge als auch die Patientenseite, d. h. Gesundheitsbewusstsein, Beratung und Aufklärung sowie Verbraucherschutz, ein. Die verschiedenen Ebenen zahnmedizinischer Versorgungsqualität lassen sich u. a. am Beispiel der Endodontologie analysieren, die eine Schlüsseldisziplin innerhalb der Tertiärprävention darstellt. Epidemiologische Daten deuten darauf hin, dass der endodontologische Versorgungsgrad und die entsprechende Qualität der Versorgung in Deutschland bisher hinter dem Niveau anderer, z. B. skandinavischer, Länder zurückbleibt. Dabei zeigen Erhebungen von Kostenträgern, dass ein relativ kleiner Teil von Zahnärzten für eine vergleichsweise große Zahl von endodontologischen Misserfolgen, d. h. Wiederholungen von Wurzelkanalfüllungen und Extraktion von Zähnen, verantwortlich zeichnet. Um dieses Versorgungsdefizit abzubauen, reichen punktuelle Aktivitäten nicht aus, es bedarf dazu vielmehr eines abgestimmten Maßnahmenbündels, zu dem z. B. auch das Vergütungssystem gehört. So ergaben Aufwands-/Honorarvergleiche, dass die Honorierung endodontischer Eingriffe im Rahmen der GKV nicht kostendeckend erfolgt.

**Tabelle 24: Beispiele für konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung**

<b>Problemkreise</b>	<b>Beispiele für konkrete Maßnahmen</b>	<b>Geschätzter Zeitbedarf</b>
Ausbau zahnärztlicher Diagnostik/Planung/Beratung	Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Weniger als 2 J. Innerhalb der nächsten 5 J.
Ausbau risikogerechter Primär- und Sekundärprävention und Ausbau zahnstruktur-erhaltender Maßnahmen innerhalb der Tertiärprävention	Formulierung konkreter Gesundheitsziele, die durch primär-, sekundär- und tertiärprophylaktische Maßnahmen anvisiert werden (z. B. anhand differenzierter DMF- und CPI-Indices o. ä.). Einforderung von jährlichen Rechenschaftsberichten der an der Umsetzung beteiligten Institutionen über zielorientierte Aktivitäten und Ergebnisse durch den Gesetzgeber. Durchsetzung einer breitenwirksamen und flächendeckenden Gruppenprophylaxe; dazu Erhöhung der Ausgaben für Gruppenprophylaxe um jährlich 15-20 % (bei gleichzeitiger Knüpfung an qualitätssichernde Maßnahmen) bis zum Erreichen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Gesamtaufwendungen. Erhöhung des Marktanteils von fluoridiertem Speisesalz von derzeit 50 % auf über 80 %. Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention; gleichzeitig Nennung günstigerer Relationen zwischen Primärprävention (derzeit unter 5 %), Sekundärprävention (derzeit ca. 5 %) und Tertiärprävention (derzeit ca. 90 %) Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Innerhalb der nächsten 2 J.  Beginn sofort möglich  Innerhalb der nächsten 5 J.  Weniger als 2 J.; Verdoppelung des Leistungsanteils von Primär- und Sekundärprävention innerhalb der nächsten 5 J.  Innerhalb der nächsten 5 J.
Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes	Etablierung von Arbeitsgemeinschaften für zahnmedizinische Patientenberatung in Trägerschaft von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, öffentlichem Gesundheitsdienst und ggf. weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 J.
Einschränkung von Nachfragemanipulationen	Konzertierte Aktionen von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Gesundheitsbehörden und weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 J.
Neuorientierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung/ Spezialisierung	Verabschiedung einer neuen zahnärztlichen Approbationsordnung  Umsetzung strukturierter Fortbildungsprogramme für Zahnärzte und zahnärztliche Assistenzberufe Umsetzung von Spezialisierungsprogrammen	Prinzipiell kurzfristig möglich; wird von verschiedenen Seiten, u. a. von den Bundesländern seit Jahren blockiert  Innerhalb der nächsten 3 J. Innerhalb der nächsten 5 J.

Quelle: Eigene Darstellung

### **14.2.5 Ökonomische Effekte**

**378.** Es existieren derzeit kontroverse Einschätzungen darüber, ob eine intensive Förderung der Prävention in der Zahnversorgung den künftigen Behandlungsbedarf reduziert und damit zu Kostensenkungen führt. Analysen aus Ländern, die bereits über länger zurückliegende Erfahrungen in der Prävention oraler Erkrankungen verfügen, deuten nicht auf relevante Kostensenkungen hin; teilweise prognostizieren sie sogar einen erhöhten zahnärztlichen Behandlungsbedarf. Faktoren, die eine Kostenreduktion verursachen können, wie z. B. die Verringerung der Verbreitung von Karies und parodontalen Erkrankungen, stehen Einflussgrößen gegenüber, die in die entgegengesetzte Richtung wirken, wie z. B. ein erhöhtes Auftreten nicht-kariesbedingter Zahnhartsubstanzläsionen und die Verschiebung von Parodontalerkrankungen in mittlere und höhere Lebensabschnitte. Unter der Annahme, dass ein hohes Versorgungsniveau in Deutschland erhalten bleibt, erscheinen kurzfristige Ausgabensenkungen eher unwahrscheinlich.

**379.** Sofern man den bisherigen Leistungskatalog der GKV in der zahnärztlichen Versorgung im Sinne einer fragwürdigen ‚Bestandssicherung‘ lediglich konserviert, läuft dies letztlich darauf hinaus, alle neuen Methoden grundsätzlich dem Bereich der Privatleistungen zuzuordnen. In der GKV verblieben dann im Laufe der Zeit nur noch die veralteten Leistungen bzw. Methoden, während die Finanzierung der zukunftsweisenden Behandlungskonzepte in den Bereich der Selbstmedikation oder privater Zusatzversicherungen fällt. Unter dieser Aufspaltung würden die Attraktivität und wohl auch die Akzeptanz der GKV leiden. Letztlich geht es unter ökonomischen Aspekten nicht darum, ob eine stärker präventionsorientierte, moderne zahnärztliche Versorgung künftig mehr oder weniger Ausgaben als heute erfordert, sondern welche gesundheitlichen Outcomes diese Leistungen erzeugen, welches Nutzen-Kosten-Verhältnis sie aufweisen und welche Priorität sie bei der Bestimmung des objektiven Bedarfs einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung besitzen.

### **14.3 Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kieferorthopädie**

**380.** Die Aufwendungen für Kieferorthopädie nahmen 1997 mit 2,1 Mrd. DM einen Anteil von ca. 7,5 % an den Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung ein. Die Aufwendungen für Kieferorthopädie wiesen im letzten Jahrzehnt höhere Wachstumsraten auf als die Ausgaben für konservierend-chirurgische Maßnahmen. Trotz dieser Ausgabendynamik behandelten Epidemiologie und Gesundheitsökonomie die Kieferorthopä-

die verglichen mit anderen Teilbereichen des Gesundheitswesens bisher eher stiefmütterlich.

Die Ausgaben der GKV für kieferorthopädische Leistungen fallen fast ausschließlich für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 16 Jahren an und erreichen ihren Gipfel bei Kindern im Alter von 12 - 13 Jahren. Die jährlichen durchschnittlichen zahnmedizinischen pro Kopf-Ausgaben lagen 1997 bei 12-Jährigen bei rd. 250 DM, wobei die Aufwendungen für Kieferorthopädie alleine ca. 180 DM betragen. In Deutschland werden derzeit etwa zwei Drittel der 12- bis 13-Jährigen kieferorthopädisch behandelt, wobei dieser Anteil in den letzten Jahren wieder zunahm. Da der Rückgang des Kariesbefalls an Milchzähnen zu einer Senkung der Neuerkrankungsrate an Gebissanomalien führt, bieten sich als Erklärungshypothesen für diese Entwicklung die angebotsinduzierte Nachfrage und/oder ein Anstieg der sozialen Norm an.

**381.** In Deutschland erfolgen über 70 % der kieferorthopädischen Behandlungen mit herausnehmbaren Apparaturen, obwohl festsitzende schnellere und therapeutisch bessere Ergebnisse erzielen. Die Tatsache, dass nach einer Studie 1989 in den alten Bundesländern nur 3 % der 13- bis 14-Jährigen ein ideales Gebiss aufwiesen, deutet auf den weiten Ermessensspielraum für eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit in der Kieferorthopädie. Es gab lange Zeit keinen allseits akzeptierten Index, der valide, reproduzierbar und leicht erhebbar eine kieferorthopädische Behandlungsbedürftigkeit anzeigt. Nach dem *Index of Orthodontic Treatment Need* (IOTN) liegt die Behandlungsbedürftigkeit von Jugendlichen je nach Berücksichtigung eines mäßigen Behandlungsbedarfs zwischen 25 % und 45 %. Der von der WHO empfohlene *Dental Aesthetic Index* (DAI) weist mit 12,5 % bis 35 % ein noch niedrigeres Behandlungsspektrum auf. Selbst der höchste dieser Werte (45 %) unterschreitet die Behandlungsrate in der GKV (63 %) noch um über ein Drittel.

**382.** Auch der subjektive Behandlungswunsch der Jugendlichen liegt mit ca. 15 % bis 25 % um über die Hälfte niedriger als die vom Untersucher eingeschätzte Behandlungsnotwendigkeit. Diese Aspekte sprechen für eine Objektivierung der Befunderhebung an Hand des IOTN oder des DAI und eine verbindlichere Gestaltung des Gutachterwesens. Eine Neufassung der zahnärztlichen Anreiz- und Vergütungsstrukturen könnte über eine veränderte Honorierung von herausnehmbaren und festsitzenden Apparaturen die Effizienz kieferorthopädischer Behandlungen erhöhen und über Leistungskomplexe unnötigen Mengenausweitungen entgegenwirken.

#### **14.4 Fazit und Empfehlungen des Rates**

**383.** Unter- und Fehlversorgung in der Zahnmedizin bestehen bei der klinischen Basisdiagnostik, der Vorbeugung und Frühbehandlung oraler Erkrankungen sowie der zahnsubstanzerhaltenden Therapie bereits eingetretener Schäden. Die heutigen Optionen zur Erhaltung von Zähnen werden noch nicht in der wünschenswerten Form genutzt, was teilweise zu Über- und Fehlversorgung mit stark invasiven, substanzopfernden Interventionen führt.

**384.** Unter Berücksichtigung von Erfahrungen aus Ländern mit langanhaltenden Erfolgen in der Vorsorge oraler Erkrankungen kann unter anderem der Ausbau von Gesundheitsförderung und -aufklärung, die Erhöhung der Aufwendungen für risikoorientierte Gruppen- und Individualprophylaxe und die Erhöhung des Marktanteils fluoridierten Speisesalzes zur Lösung der in Deutschland anzutreffenden Probleme beitragen. Der Rat empfiehlt, diese Lösungsansätze zeitnah zu realisieren (A)<sup>74</sup>.

Innerhalb der Tertiärprävention sollte der Anteil strukturerhaltender Interventionen erheblich gesteigert werden. Dies erfordert u. a. eine Neubeschreibung und -bewertung des verfügbaren zahnärztlichen Leistungsspektrums (A).

**385.** Zur Verbesserung der Ausbildung von Zahnärzten empfiehlt der Rat, im Fall einer maßvollen Reduzierung von Ausbildungskapazitäten, die freiwerdenden Personal- und Sachmittel für eine Qualitätssteigerung der Forschung und Lehre zu nutzen. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen an Universitätskliniken sollte mit einer baldigen Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung einhergehen (A).

Nach dem Studium sollten vermehrt strukturierte Fortbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten angeboten und von den Zahnärztekammern unter Einbeziehung wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Universitäten bundesweit koordiniert werden. Analog zur zahnärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sollte auch die Weiterqualifikation der zahnärztlichen Assistenzberufe verbessert werden (A).

Die Zahl des Prophylaxepersonals, das unter zahnärztlicher Supervision einen Teil der präventiven Leistungen erbringen könnte, sollte nach Auffassung des Rates erhöht werden (A).

---

74 Zur Definition der Bewertungskategorien vgl. Abschnitt 4.3.

**386.** Aus Sicht des Rates sollten zur Verbesserung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes verstärkt entsprechende Modellprojekte etabliert und deren Effektivität und Effizienz wissenschaftlich evaluiert und kontinuierlich optimiert werden (B).

**387.** Der Rat empfiehlt ferner, die zahnmedizinische Versorgungsforschung auszubauen. Systematische Auswertungen der Ergebnisse von Qualitätserfassungen können unter anderem als Grundlage für die Optimierung von zahnärztlichem Qualitätsmanagement, Fortbildung und Aufklärung der Bevölkerung herangezogen werden (C). Zur Objektivierung zahnärztlicher Indikationsstellung ist es notwendig, ‚*Indices of treatment needs*‘ weiterzuentwickeln, in der Praxis anzuwenden und damit befundorientierte Indikationssysteme zu etablieren, welche die Behandlungsnotwendigkeit sachgerechter als bisher definieren (D).

**388.** Im Rahmen der Kieferorthopädie dominieren in Deutschland immer noch Behandlungen mit herausnehmbaren Apparaturen, obwohl festsitzende zu schnelleren und besseren Ergebnissen führen. Eine Neufassung der zahnärztlichen Vergütungsstrukturen sollte eine veränderte Honorierung von herausnehmbaren und festsitzenden Apparaturen vorsehen und zudem über Leistungskomplexe unnötigen Mengenausweitungen vorbeugen (B).

Die Behandlung von Jugendlichen mit kieferorthopädischen Maßnahmen überschreitet in der GKV mit über 60 % alle internationalen Normwerte, die zwischen 12,5 % und 45 % liegen. Diese Rate übertrifft sogar den subjektiven Behandlungswunsch der Jugendlichen. Diese auffälligen Relationen sprechen für eine Objektivierung der Befunderhebung mit Hilfe valider Indizes. Als Orientierung für eine solche Objektivierung der Befunderhebung können der IOTN und der DAI dienen (C). Ergänzend sollte eine verbindlichere Gestaltung des Gutachterwesens hinzutreten.

## **15. Anhang**

### **15.1 Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)**

#### Fünftes Sozialgesetzbuch

#### Fünftes Kapitel

#### Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

#### § 142

#### Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

(1) Der Bundesminister für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.

## 15.2 Teilnehmer der Befragungsaktion

### *Angeschriebene Fachgesellschaften*

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie	Postfach 22 12 80 41435 Neuss		
Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände <sup>a)</sup>	Gosslerstr. 14 37073 Göttingen	X	X
Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenverbände in der Gesetzlichen Krankenversicherung -Richtlinienverbände-	Salzstr. 52 48143 Münster		
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e. V. <sup>a)</sup>	Dr. Haas-Str. 4 96047 Bamberg	X	X
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. <sup>a)</sup>	Von-Rath-Str. 24 47051 Duisburg	X	X
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Schwimmbadstr. 22 79100 Freiburg	X	X
Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover	X	X
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie	Pacelliallee 4 36043 Fulda		
Deutsche ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Nymphenburger Str. 185 80634 München		
Deutsche Dermatologische Gesellschaft	Hauptstr. 7 79104 Freiburg	X	X
Deutsche Diabetes Gesellschaft	Bürkle-de-la-Camp Platz 1 44789 Bochum	X	X
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. <sup>a)</sup>	Humboldtstr. 50a 22083 Hamburg	X	X

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie	Bledersteinerstr. 29 80802 München		
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Moorenstr. 5/ Geb. 14.97 40225 Düsseldorf	X	X
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie <sup>b)</sup>	Holgenburg 2 73728 Esslingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie	Agnes-Grosche-Str. 41 06120 Halle		
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Roritzerstr. 27 90419 Nürnberg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Andrologie	Gaffkystr. 14 35385 Giessen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Angiologie	Fetscherstr. 74 01307 Dresden	X	X
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin	Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck		
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	Moorenstr. .5 40225 Düsseldorf	X	X
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie	Deutschhausstr. 1-2 35037 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin	Sauerbruchstr. 7 38440 Wolfsburg		
Deutsche Gesellschaft für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie	Fahrstr. 17 91054 Erlangen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Röntgenstr. 1 88048 Friedrichshafen		
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie	Am Falder 6 40589 Düsseldorf		
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie/ Gesellschaft für Geriatrische Medizin	Germaniastr. 3 45356 Essen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Von-Siebold-Str. 5 37075 Göttingen	X	X

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	Pettenkoferstr. 35 80336 München	X	X
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	Hittorfstr. 7 53129 Bonn	X	X
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie	Ernst-Grube-Str. 40 06120 Halle	X	X
Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie	Hohe Weide 17 20259 Hamburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V.	Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	X	X
Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie	J.-Schneider-Str. 2/Bau 17 97080 Würzburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Immunogenetik	Delitzscherstr. 135 04129 Leipzig		
Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie <sup>b)</sup>	Ruhrstr. 39 58452 Witten	X	X
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V.	Delitzscherstr. 141 4129 Leipzig	X	X
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	Klinikstr. 36 35392 Giessen	(X)	
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin	Marchionistr. 15 81377 München		
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung	Albert-Schweitzer-Str. 33 48129 Münster	X	X
Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e. V.	Uniklinikum (Haus 29) 60590 Frankfurt am Main	Absage	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Hans-Sachs-Str. 6 35033 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	Widumerstr. 8 44627 Herne	X	X
Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Holwedestr. 16 38118 Braunschweig	X	X
Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie e.V.	Moltkestr. 90 76133 Karlsruhe	X	X

Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (EEG-Gesellschaft)	Heidelberger Landstr. 379 64297 Darmstadt		
Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e.V.	Schaal 26 35435 Wettenberg		
Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene	Henkelstr. 67 40589 Düsseldorf		
Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin	Albert-Schweitzer-Str. 33 48149 Münster	X	
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V.	Obere Rheingasse 56154 Boppard	X	X
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie	Joseph-Stelzmann-Str. 9 50931 Köln	X	X
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie	Liebeigstr. 21 4103 Leipzig		
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie	Hebelstr. 29 79104 Freiburg		
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Richmodstr. 10 50667 Köln	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Lohmühlenstr. 5 20099 Hamburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie	Langenbeckstr. 1 55131 Mainz	X	X
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie	Breisacher Str. 64 79106 Freiburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin	Hugstetter Str. 55 79106 Freiburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie	Pauwelsstr. 30 52074 Aachen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Osteologie	Postfach 11 29 85764 Neuherberg		
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V.	Oststr. 21-25 04317 Leipzig	X	X

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie	Hufelandstr. 44 45122 Essen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie	Lutherplatz 40 47806 Krefeld		
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	Mühlenstr. 1 24937 Flensburg		
Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V.	Krankenhausstr. 8-10 91054 Erlangen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e. V.	Schubertstr. 38 63069 Offenbach	X	X
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie	Lippestr. 9-11 26548 Norderney	X	X
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie	Robert-Koch-Str. 40 37075 Göttingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Balneologie und medizinische Klimatologie	Engschalkingerstr. 77 81925 München		
Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie	Elise-Averdieck-Str. 17 27356 Rothenburg		
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie	Universitätsklinikum 66421 Homburg/Saar	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	Pauwelsstr. 30 52074 Aachen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. <sup>b)</sup>	Goetheallee 8 37073 Göttingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Schleckheimer Str. 96 52076 Aachen		
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung <sup>a)</sup>	Bunsenstr. 3 35037 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie e.V.	Luisenstr.57 10117 Berlin	X	X
Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin	Marsbruchstr. 179 44287 Dortmund	X	X

Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.	Universitätsstr. 25 33615 Bielefeld	X	X
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V.	Fetscherstr. 74 01307 Dresden	X	X
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin	Von-Esmarch Str. 62 48149 Münster	X	X
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften	Martinistr. 52- Pav.69 20246 Hamburg		
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie	Röntgentaler Weg 66 13125 Berlin		
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin	Schimmelpfengstr. 2 34613 Schwalmstadt-Treysa	X	X
Deutsche Gesellschaft für Senologie	Pilgrimstein 3 35037 Marburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. <sup>a)</sup>	Martinistr.52 20246 Hamburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	Leipziger Str. 44 39120 Magdeburg		
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.	Hölderlinstr. 11 72074 Tübingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Wilhelmstr. 125 59067 Hamm		
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	Parkstr. 1 61231 Bad Nauheim		
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Zum Heckeshorn 33 14109 Berlin	X	X
Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie	Krankenhausstr. 12 91054 Erlangen		
Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit	Keplerstr. 15 72074 Tübingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Stenglinstr. 1 86156 Augsburg	X	X
Deutsche Gesellschaft für Urologie	Ürdingerstr. 64 40474 Düsseldorf		

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik 67071 Ludwigshafen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten	Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover		
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. <sup>a)</sup>	Neckarhalde 55 72070 Tübingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Wimphelingstr. 7 67346 Speyer	X	X
Deutsche Gesellschaft für Zytologie	Albertstr. 19 79104 Freiburg		
Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.	Joseph-Stelzmann Str. 9 50924 Köln	X	X
Deutsche Hypertonie Gesellschaft / Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e.V.	Berliner Str. 46 69120 Heidelberg	X	X
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	Langenbeckstr. 1 55131 Mainz	X	X
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie	Schwanenweg 21 24105 Kiel		
Deutsche Krebsgesellschaft	Hanauer Landstr. 194 60314 Frankfurt/Main		
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft	Berliner Str. 14 69120 Heidelberg		
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. <sup>b)</sup>	Körnerstr. 11 10785 Berlin	X	X
Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie <sup>a)</sup>	Von-Melle Park 5 20146 Hamburg	X	X
Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V.	Postfach 13 36 61283 Bad Homburg		
Deutsche Transplantationsgesellschaft	Hugstetter Str. 55 79106 Freiburg i.Br.	X	X
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie	Salzstr. 52 48143 Münster		

Deutscher Psychotherapeuten- verband e.V. <sup>a)</sup>	Am Karlsbad 15 10785 Berlin	X	X
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	Stoyst. 3 07740 Jena		
Fachgruppe Klinische Psycho- logie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie <sup>a)</sup>	Gosslerstr. 14 37073 Göttingen	X	X
Gesellschaft für Arzneimittel- anwendungsforschung und Arzneimittlepidemiologie	Fiedlerstr. 27 01307 Dresden		
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensiv- medizin	Wiener Str. o.Nr. 39112 Magdeburg	X	X
Gesellschaft für Nephrologie	Augustenburger Platz 1 13353 Berlin		
Gesellschaft für Neuropädiatrie	Dr. Friedrich-Steiner-Str.5 45711 Datteln		
Gesellschaft für Neuropsy- chologie e.V. <sup>a)</sup>	Dr. Born-Str. 9 34537 Bad Wildungen	X	X
Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V.	Ziemssenstr. 1 80336 München	X	X
Gesellschaft für Virologie	Robert-Koch-Str. 17 35037 Marburg	X	X
Max-Planck-Institut für Psychiatrie	Kraepelinstr. 2-10 80804 München	X	X
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose <sup>a)</sup>	Eppendorfer Landstr. 56 20249 Hamburg	X	X
Verband der Vertragspsycho- therapeuten Südwürttemberg	Nikolaiplatz 3 72764 Reutlingen	X	X
Verband für integrative Verhaltenstherapie e. V.	Kastanienallee 80 15907 Lübben		
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten	Birkholzweg 8 60433 Frankfurt am Main	X	X
Vereinigung der Kassen- psychotherapeuten	Riedsaumstr. 4a 67063 Ludwigshafen	X	X
Vereinigung für Operative und Onkologische Dermatologie	Fetscherstr. 74 01307 Dresden		

Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte	Kurbrunnenstr. 21a 67098 Bad Dürkheim		
---	--	--	--

***Angeschriebene Betroffenen-Organisationen***

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS	Kirchstr. 34 61440 Oberursel	X	X
Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind- Hilfen für Asthma, Ekzem oder Heuschnupfen e.V.	Nassastr. 32 35745 Herborn	X	X
Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V.	Münsterstr. 13 44145 Dortmund		
Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V.	Krefelder Str. 52 41539 Dormagen		
Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe e.V.	Rheinhöhenweg 75 53424 Remagen		
Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher e.V.	Hahnbrunnerstr. 46 67659 Kaiserslautern		
Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e. V.	Dr. Friedrich-Steiner-Str.5 45711 Datteln	X	X
Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V.	Nordseher Str.30 31655 Stadthagen	X	X
Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.	Kirchfeldstr. 149 40215 Düsseldorf	X	X
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.	Thomas-Mann-Str. 49a 53111 Bonn		
Bundesverband der Kehlkopflösen e.V.	Obererle 65 45897 Gelsenkirchen-Buer		
Bundesverband der Organtransplantierten e.V.	Paul-Rücker-Str. 22 47059 Duisburg	X	X

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker	Robert-Koch-Str. 34 97080 Würzburg		
Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.	Brehmstr. 5-7 40239 Düsseldorf	X	X
Bundesverband Herzkranke Kinder e.V.	Robensstr. 20-22 52070 Aachen	X	X
Bundesverband Hilfe für das autistische Kind – Verein zur Förderung autistischer Menschen e.V.	Bebelallee 141 22297 Hamburg		
Bundesverband Neurodermitiskranker in Deutschland e.V.	Oberstr. 171 56154 Boppard	X	X
Bundesverband Poliomyelitis e.V.	Alisostr. 67 59192 Bergkamen	X	X
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Thomas-Mann-Str. 49a 53111 Bonn	X	X
Bundesverband Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.	Bayreuther Str. 33 92224 Amberg		
Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.	Postfach 20 71236 Krautheim/Jagst		
Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e.V.	Weisskirchener Str. 4 71067 Sindelfingen	X	X
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung	Raiffeisenstr. 18 35043 Marburg		
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.	Gereonswall 112 50670 Köln	X	X
CF-Selbsthilfe Bundesverband e.V. – Hilfe bei Mukoviszidose	Meyerholz 3a 28832 Achim	X	X
Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.	Thomas-Mann-Str. 49a 53111 Bonn		
Deutsche Aids-Hilfe e.V.	Dieffenbachstr. 33 10967 Berlin	X	X
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Friedrichstr. 236 10969 Berlin	X	X
Deutsche Epilepsievereinigung e.V.	Zillestr. 102 10585 Berlin	X	

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.	Im Moos 4 79112 Freiburg i. Br.	X	X
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen e.V.	Waldklausenweg 20 81377 München	X	X
Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen und Schwerhörigen e.V.	Niemöllerallee 18 81739 München		
Deutsche Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e.V.	Halenseering 3 22149 Hamburg	X	Absage
Deutsche Herzstiftung e.V.	Vogtstr. 50 60322 Frankfurt am Main	X	X
Deutsche Ileostomie Colostomie Urostomie Vereinigung	Landshuter Str. 30 85356 Freising	X	X
Deutsche Interessengemeinschaft für Verkehrsunfallopfer	Friedlandstr. 6 41747 Viersen	X	X
Deutsche Gesellschaft mit PKU und verwandten angeborenen Stoffwechselstörungen e.V.	Adlerstr.6 91077 Kleinsendelbach	X	X
Deutsche Leberhilfe e.V.	Möserstr. 56 49074 Osnabrück	X	X
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe, Aktion für Krebskranke Kinder e.V.	Joachimstr. 20 53113 Bonn		
Deutsche Leukämie-Hilfe, Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen zur Unterstützung von Erwachsenen mit Leukämien und Lymphomen	Johanna-Kirchner-Str. 12 31139 Hildesheim	X	X
Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.	Paracelsusstr. 15 51375 Leverkusen		
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft	Vahrenwalder Str.205-207 30165 Hannover	X	X
Deutsche Myasthenie Gesellschaft e.V.	Langemarckstr. 106 28299 Bremen		
Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.	Poststr. 7 64354 Reinheim	X	X

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.	Maximilianstr.14 53111 Bonn	X	X
Deutsche Tinnitus-Liga e.V.	Postfach 21 03 51 42353 Wuppertal	X	X
Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.	Metzgerstr. 16 97421 Schweinfurt	Absage	
Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V.	Filderhauptstr.61 70599 Stuttgart	X	X
Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.	Hindenburgstr.110 41061 Mönchengladbach		
Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.	Bismarckallee 30 53173 Bonn	Absage	
Deutscher Diabetiker-Bund e.V.	Danziger Weg 1 58511 Lüdenscheid	X	X
Deutscher Gehörlosen Bund e.V.	Paradeplatz 3 24768 Rendsburg		
Deutscher Neurodermitiker-Bund e.V.	Spaldingstr. 210 20097 Hamburg	Absage	
Deutscher Psoriasis Bund e.V.	Oberaltenallee 20a 22081 Hamburg	X	X
Deutscher Schwerhörigen-bund e.V.	Breite Str. 3 13187 Berlin	X	X
Deutsches Hepatitisforum e. V.	Postfach 20 01 08 41201 Mönchengladbach	X	X
Dialysepatienten Deutschlands e.V.	Weberstr. 2 55130 Mainz	X	X
Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.	B6, 10/11 68159 Mannheim	Absage	
Interessengemeinschaft Fragiles-X e. V.	Marlenestr. 39 13505 Berlin	X	
Kuratorium für Dialyse- und Nierentransplantation e.V.	Martin-Behaim-Str. 20 63263 Neu-Isenburg	Absage	
Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems e.V.	Rochusstr. 24 53123 Bonn	X	X

Mukoviszidose e.V.	Bendenweg 101 53121 Bonn	X	X
Pro Retina Deutschland e.V.	Lutherstr. 4-6 61231 Bad Nauheim	X	X
Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V.	Matthias-Grünewald-Str.11 53175 Bonn	X	X
Selbsthilfevereinigung für Lippen-Gaumen Fehlbildungen	Hauptstr. 184 35625 Hüttenberg		
Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter	Industriestr. 17 63647 Altenstadt		

***Angeschriebene Organisationen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen und sonstige angeschriebene Organisationen***

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Aktion Psychisch Kranker - Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker	Brungsgasse 4-6 53117 Bonn	X	X
AOK-Bundesverband <sup>e)</sup>	Kortrijker Str. 1 53177 Bonn	X	X
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	Oppelner Str. 130 53119 Bonn	X	X
Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege e.V.	Roscher Str. 13a 30161 Hannover	Absage	
Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände	Heilsbachstr. 20 53123 Bonn		
Arbeitsgemeinschaft deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V.	Reinhäuser Landstr. 19-21 37083 Göttingen		
Arbeitskreis Depressionsstationen	Nordring 2 95445 Bayreuth	X	X

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung <sup>d)</sup>	Aachener Str. 233-237 50931 Köln	X	X
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesund- heit	Winzererstr. 9 80797 München	X	X
Behörde für Arbeit, Gesund- heit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg	Hamburger Str. 47 22083 Hamburg	X	X
Berufsverband der Kinder- krankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V.	Janusz-Korczak-Allee 12 30173 Hannover	X	X
Bund Deutscher Hebammen e.V.	Steinhäuserstr. 22 76135 Karlsruhe	X	X
Bund freiberuflicher Hebammen	Am alten Nordkanal 9 41748 Viersen		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.	Oranienburger Str.13-14 10178 Berlin	Absage	
Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V.	Deutzer Freiheit 72-74 50679 Köln		
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Walter-Kolb-Str. 9-11 60594 Frankfurt	X	X
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.	Humboldtstr. 49b 14193 Berlin		
Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.	Kirchfeldstr. 149 40215 Düsseldorf	(X)	
Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflege- personen e.V.	Ludwig-Erhard-Str. 100 65199 Wiesbaden	X	X
Bundesärztekammer <sup>d)</sup>	Herbert-Lewin-Str.1 50931 Köln	X	X
Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Fachkran- kenhäuser	Nordring 2 95445 Bayreuth	X	X
Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.	Ubierstr. 71-73 53173 Bonn	X	X
Bundesfachverband Medizin- produkte Industrie e.V.	Hasengartenstr. 14c 65189 Wiesbaden	X	X

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte in der Psychiatrie e.V.	Meckerstr. 15 52353 Düren	X	X
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	Friedrich-Ebert-Allee 38-40 53113 Bonn	X	X
Bundesknappschaft <sup>c)</sup>	Pieperstr. 14-28 44789 Bochum	X	X
Bundesverband ambulanter Dienste	Krablerstr. 136 45326 Essen		
Bundesverband Chiro-Gymnastik e.V.	Gartenstr. 8 56414 Dreikirchen		
Bundesverband der Betriebskrankenkassen <sup>c)</sup>	Ebertstr. 24 10117 Berlin	X	X
Bundesverband der Innungskrankenkassen <sup>c)</sup>	Friedrich-Ebert-Str. (Technologie-Park) 5149 Bergisch Gladbach	X	X
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen <sup>c)</sup>	Weissensteinstr. 70-72 34131 Kassel	X	X
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.	Karlstr.21 60329 Frankfurt/Main	X	X
Bundesverband des Sanitätsfachhandels e.V.	Salierring 44 50677 Köln	X	X
Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.	Bundeskanzlerplatz 2-10 53113 Bonn	X	X
Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e.V.	Humboldtstr. 32 53115 Bonn		
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.V.	Wendestr. 377 20537 Hamburg	X	X
Bundesverband privater Altenheime	Adolfsallee 59 65185 Wiesbaden		
Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen	Königsallee 178a 44799 Bochum	X	X
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	Breite Str. 29 10178 Berlin	X	X
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	Carl-Mannich-Str.26 65760 Eschborn/Ts.	X	X

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	Ruhrstr. 2 10704 Berlin	X	X
Bundeszahnärztekammer <sup>e)</sup>	Universitätsstr.71-73 50931 Köln	X	X
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln	X	X
Deutsche Angestellten-Gewerkschaft	Johannes-Brahms-Platz 1 20355 Hamburg		
Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e.V.	Hermann-Simon-Str.7 33334 Gütersloh		
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.	Buschstr. 22 53113 Bonn		
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.	Stuppstr.14 50823 Köln		
Deutsche Krankenhausgesellschaft	Tersteegenstr. 9 40474 Düsseldorf	X	X
Deutscher Beamtenbund	Peter-Hensen-Str. 5-7 53175 Bonn	Absage	
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.	Sonnenwall 15 47051 Duisburg	X	X
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	Hauptstr. 392 65760 Eschborn	X	X
Deutscher Bundesverband für Logopädie	Augustinusstr. 9d 50220 Frechen	X	X
Deutscher Caritasverband e.V.	Karlsstr.40 79104 Freiburg i.Br.	X	X
Deutscher Generika-Verband e.V.	Hardtstr. 11 82436 Tauting	X	X
Deutscher Gewerkschaftsbund	Burgstr. 29-30 10178 Berlin		
Deutscher Heilbäderverband e.V.	Schumannstr. 11 53113 Bonn	X	X
Deutscher Landkreistag	Lennestr. 17 10785 Berlin	X	X
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband	Heinrich-Hoffman-Str. 3 60528 Frankfurt am Main	X	X

Deutscher Pflegerat	Postfach 31 03 80 10633 Berlin	X	X
Deutscher Pflegeverband e.V.	Mittelstr. 1 56564 Neuwied		
Deutscher Städte- und Gemeindebund	Marienstr. 6 12207 Berlin	Absage	
Deutscher Städtetag	Lindenallee 13-17 50968 Köln	X	X
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	Postfach 22 08 76303 Karlsbad	X	X
Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen	Heineckeweg 15 13627 Berlin	Absage	
Deutscher Verband für Physio- therapie-Zentralverband der Physiotherapeuten / Kranken- gymnasten e.V.	Postfach 21 02 80 50528 Köln	X	X
Deutsches Rotes Kreuz	Friedrich-Ebert-Allee 71 53113 Bonn		
Diakonisches Werk der Evang. Kirche in Deutschland e.V.	Stafflenbergerstr. 76 70184 Stuttgart	X	X
Gesellschaft für Epilepsie- forschung e.V., Bethel	Maraweg 21 33617 Bielefeld	X	X
Hessisches Sozialministerium	Postfach 31 40 65021 Wiesbaden	X	X
Kassenärztliche Bundesver- einigung <sup>d)</sup>	Herbert-Lewin-Str. 3 50931 Köln	X	X
Kassenzahnärztliche Bundes- vereinigung <sup>e)</sup>	Universitätsstr. 71-73 50931 Köln- Lindenthal	X	X
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Kranken- kassen e.V. <sup>c)</sup>	Lützwowstr. 53 45141 Essen	X	X
Ministerium für Arbeit, Frau- en, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	Seepark 5-7 39116 Magdeburg	Absage	
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein	Adolf-Westphal-Str. 4 24143 Kiel	X	X

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz	Bauhofstr. 9 55116 Mainz	Absage	
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg	Heinrich-Mann-Allee 103 14473 Potsdam	Absage	
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes	Franz-Josef-Röder-Str. 23 66119 Saarbrücken	X	X
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen	Fürstenwall 25 40219 Düsseldorf	X	X
Netzwerk der Geburtshäuser-Verein zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e. V.	Tizianstr. 23B 53844 Troisdorf	X	X
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales	Postfach 141 30001 Hannover	X	Absage
Paul-Ehrlich-Institut	Paul-Ehrlich-Str. 51-59 63225 Langen	Absage	
Robert Koch-Institut	Nordufer 20 13353 Berlin	X	X
Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie	Albertstr. 10 01097 Dresden	X	X
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien und Hansestadt Bremen	Postfach 10 78 67 28078 Bremen	X	X
Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Gesundheit Berlin	Oranienstr. 106 10969 Berlin	X	X
Sozialministerium des Landes Baden Württemberg	Postfach 10 34 43 70029 Stuttgart	X	X
Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern	Werderstr. 124 19048 Schwerin	X	X
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit	Postfach 612 99012 Erfurt	X	X
Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband <sup>c)</sup>	Frankfurter Str. 84 53721 Siegburg	X	X

Verband der privaten Krankenversicherung	Postfach 51 10 40 50946 Köln	X	X
Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe	Im Teelbruch 126 45219 Essen		
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e. V.	Eysseneckstr.55 60322 Frankfurt	X	X
Verband Forschender Arzneimittelhersteller	Hausvogteiplatz 13 10117 Berlin	X	X
Verband physikalische Therapie	Hofweg 15 22085 Hamburg	X	X
Zentralverband des Deutschen Handwerks	Mohrenstr. 20/21 10117 Berlin	X	X
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland	Hebelstr. 6 60318 Frankfurt/Main		

***Organisationen, die sich zur Befragung geäußert haben ohne angeschrieben worden zu sein***

<b>Name der Organisation</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Stellungnahme zur Befragung liegt vor</b>	<b>Stellungnahme auf Homepage des Sachverständigenrates einzusehen: <a href="http://www.svr-gesundheit.de">http://www.svr-gesundheit.de</a></b>
Berufsverband der deutschen Chirurgen e.V.	Luisenstr. 58/59 10117 Berlin	(X)	
Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Friedenstr. 7 97318 Kitzingen	X	X
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie	Klarastr. 7 60433 Frankfurt am Main	X	X
Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.	Bernhard-Göringstr. 152 4277 Leipzig	(X)	
Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung	Wiesener Str. 17 12101 Berlin	X	X
Kreis für Eltern von Kindern mit Speiseröhrenmissbildungen e.V.	Sommerrainstr. 61 70374 Stuttgart	X	X

Verbund Deutscher Selbsthilfen in der Schlafmedizin	Postfach 11 07 42751 Haan	(X)	
Verein für Eltern chromosomal geschädigter Kinder e.V.	Auf dem Klei 2 44263 Dortmund	X	X

- a) Gemeinsame Stellungnahme der Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände, Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung, Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, Fachgruppe klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Deutsche psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie, Deutscher Psychotherapeutenverband- Berufsverband Psychologischer Psychotherapeuten, Gesellschaft für Neuropsychologie, Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose
- b) Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie e.V., Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e.V., Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung e.V., Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- c) Gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen mit AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen, AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- d) Gemeinsame Stellungnahme der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- e) Gemeinsame Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

## 15.3 Befragungstexte<sup>75</sup>

### 1. Allgemeine Vorüberlegungen

Aufgrund der Bestimmungen des Reformgesetzes vom 22.12.1999 hat der Rat die Aufgabe, „Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten“ (§ 142 Abs. 2 SGB V).

Um diese Aufgabe zu erfüllen, führt der Rat Befragungen von Mitgliedsorganisationen der Konzertierte Aktion, Fachgesellschaften, Betroffenen-Vereinigungen und sonstigen Organisationen des Gesundheitswesens durch.

Ziel der Befragung ist die Feststellung von Bereichen mit möglicher Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen. Die Befragung erfolgt sowohl „indikationsbezogen“ als auch „nicht-indikationsbezogen“ (Versorgungsgrad, techn. Dichteziffern, Strukturqualität). Kurzfassungen der jeweiligen Begriffsdefinitionen sind als Anhang diesem Schreiben beigefügt. Eine ausführlichere Herleitung und Definition der Begriffe „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung“ können Sie bei Bedarf gesondert bei der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates anfordern.

### 2. Gegenstand der Befragung

#### 2.1 Indikationsbezogene Befragung

#### **Befragung der Mitgliedsorganisationen der KAIG und weiterer Organisationen des Gesundheitswesens:**

*Hinweis: Bei einigen der befragten Organisationen mit sehr allgemeiner Zuständigkeit (z.B. Sozialpartner) kann es zweckmäßig sein, unmittelbar oder insbesondere zu Abschnitt 2.2 (nicht-indikationsbezogene Befragung) überzugehen.*

---

<sup>75</sup> Die Befragung der unterschiedlichen Organisationsgruppen (Fachgesellschaften, Betroffenen-Organisationen, Mitgliedsorganisationen der KAIG und sonstige Organisationen) erfolgte nach einem einheitlichen Schema. An manchen Stellen erfolgten jedoch zielgruppenspezifische Hinweise und Modifikationen. Diese sind hier durch einen Rahmen kenntlich gemacht.

Im Rahmen einer indikationsbezogenen Befragung möchten wir Sie bitten, Aussagen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in den aus Ihrer Sicht relevanten<sup>76</sup> Indikationsbereichen abzugeben.

Der Rat erbittet von Ihnen - unabhängig von Ihrer eigenen Problemauswahl - Aussagen zu folgenden sechs Indikationsbereichen bzw. speziellen Versorgungsbereichen:

4. Rückenleiden (ICD 9: 720-724)
5. ischämische Herzkrankheiten incl. Herzinfarkt (ICD 9: 410-414)
6. zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbes. Schlaganfall (ICD 9: 430-438)
7. Lungenkarzinom, Mammakarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom (ICD 9: 162, 174, 153-154)
8. Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten, auch bei Kindern (ICD 9: 490-496)
9. Depression (ICD 9: 296, 311)

Wir bitten Sie, wenn möglich zu diesen und den weiteren von Ihnen als relevant erachteten Indikationsbereichen bzw. speziellen Versorgungsbereichen jeweils folgende Angaben zu machen:

### **Befragung der Fachgesellschaften und der Betroffenen-Organisationen**

Im Rahmen einer indikationsbezogenen Befragung möchten wir Sie bitten, Aussagen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in folgenden drei Bereichen zu treffen:

10. Bezogen auf die Hauptindikationsbereiche Ihres Fachgebietes / des Vertretungsgebietes Ihrer Betroffenen-Organisation
11. bezogen auf sonstige, aus Ihrer Sicht wichtige Indikationsbereiche Ihres Fachgebietes / des Vertretungsgebietes Ihrer Betroffenen-Organisation
12. bezogen auf Indikationsbereiche, die in fachlicher Nähe zu Ihrem Fachgebiet stehen, in denen aber auch andere Leistungserbringer tätig sind /die in fachlicher Nähe zu Ihrem Vertretungsgebiet stehen.

---

<sup>76</sup> Als Relevanzkriterien eignen sich z.B. die Priorisierungskriterien verschiedener Institutionen (z.B. IOM (Field 1995), Battista u. Hodge 1995, SIGN 1999). Der Rat empfiehlt als Kriterien die Prävalenz, die Krankheitsschwere, die direkten und indirekten Kosten sowie eventuell unausgeschöpfte präventive Potentiale, umstrittene Gesundheits- oder Versorgungsprobleme, sofern sie einer Klärung zugänglich sind, und die gesundheitlichen Probleme vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

Die Auswahl der jeweiligen Indikationsbereiche steht Ihnen frei<sup>77</sup>. Der Rat behält sich jedoch vor, in Fällen, in denen sehr viele Indikationsbereiche genannt werden, eine eigene Priorisierung vorzunehmen.

Wir bitten Sie, zu jedem Bereich (1. bis 3.) folgende Angaben zu machen:

- a) Problembeschreibung: Mit Blick auf die Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung (siehe Anhang) benennen Sie bitte jeweils zutreffende Indikationsbereiche und begründen Sie diese Nennung (kausal und empirisch) hinreichend detailliert (vgl. b)).

Wir bitten sie zugleich, Ihre Feststellungen mit Blick auf folgende Kriterien näher einzugrenzen:

- Regionaler Bezug (gesamtes Bundesgebiet oder spezielle Regionen)
- Zielgruppen (Gesamtbevölkerung oder spezifische Teilpopulationen)
- Leistungserbringer/Einrichtungen/Technologien<sup>78</sup>

- b) Quellenangaben: Als Quellenangaben sollten bevorzugt publizierte Studien oder aussagekräftige Datenreihen aus Deutschland angegeben werden. Bei ausländischen Studien bitten wir Sie, eine Begründung für die Übertragbarkeit der Studien auf Deutschland zu geben. Auch bei deutschen Studien sollte eine solche Begründung hinsichtlich der Möglichkeit der Verallgemeinerung regionaler Ergebnisse bzw. der Ergebnisse spezieller Einrichtungen auf das gesamte Bundesgebiet angegeben werden, soweit nicht ausdrücklich nur auf regionale oder einrichtungsspezifische Aussagen verwiesen wird.

Bei Stellungnahmen von Betroffenen-Vereinigungen sind auch empirisch nachvollziehbare Erfahrungsberichte geeignete Unterlagen.

*Wir möchten darauf hinweisen, dass Aussagen, die nicht hinreichend belegt werden, vom Rat ggfs. nicht berücksichtigt werden können.*

- c) Empfehlungen: Neben der Nennung und Begründung von Problembereichen möchten wir Sie bitten, Empfehlungen abzugeben bezüglich der Maßnahmen, die zur

---

77 Text analog zu Fußnote 76

78 vgl. Fußnote 79.

Verbesserung der geschilderten Problemlagen herangezogen werden könnten. Diese Maßnahmen können sich zum Beispiel auf folgende Bereiche beziehen:

- Zahl und Qualifizierung von Professionen
- verfügbare Technologien<sup>79</sup> (auch Auswahl und Implementation von Innovationen, ebenso „Ausscheiden“ veralteter Verfahren)
- Struktur der Versorgung (z.B. Schnittstellenproblematik, Kommunikationsfragen)
- Substitutionsmöglichkeiten (Maßnahmen, Verfahren oder Einrichtungen, auf die am ehesten verzichtet werden könnte, um Unterversorgung zu kompensieren)
- Vergütung/Finanzierung/Kosten.

Auch hier erbitten wir kausal und empirisch nachvollziehbare Begründungen Ihrer Empfehlungen.

## **2.2 Nicht-indikationsbezogene Befragung**

*Hinweis: Bei Fachgesellschaften / Betroffenen-Organisationen, die ein sehr enges Fachgebiet /sehr schmales Indikationsgebiet vertreten, kann es sein, dass nachfolgende „nicht-indikationsspezifische Befragung“ keine zusätzlichen Informationen ergibt.*

Gegenstand der nicht-indikationsbezogenen Befragung ist der Versorgungsgrad. Sie bezieht sich also hauptsächlich auf „instrumentelle Dichteziffern“ (z.B. Ärzte, andere Heil- und Pflegeberufe, Krankenhäuser/Krankenhausabteilungen/Krankenhausbetten, Dialyseplätze, Ausstattung mit Großgeräten oder wichtigen technischen Behandlungsverfahren, jeweils bezogen auf Einwohner pro räumlicher Einheit) , deren Zugänglichkeit und Strukturqualität<sup>80</sup>.

Wir möchten Sie bitten, hinsichtlich wichtiger Versorgungsbereiche, die in Ihren Verantwortungsbereich fallen, Feststellungen oder Überlegungen zum generellen Versor-

---

79 Als „Technologien“ werden hier - entsprechend einer Konvention der WHO - alle diagnostischen, auch frühdiagnostischen, therapeutischen und auch rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen und Verfahren bezeichnet. Diese Definition umfasst damit neben ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ausdrücklich auch Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (im Sinne des SGB V) sowie spezialisierte Transportdienste (Rettungsdienste).

80 Strukturqualität: Art, Umfang, Qualifikation/Qualität des Personals/der sächlichen Ausstattung/der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen.

gungsgrad im Sinne der nicht-indikationsbezogenen Definitionen von Über-, Unter- und Fehlversorgung (siehe Anhang) abzugeben; analog zur indikationsbezogenen Befragung erbitten wir eine Begründung der Auswahl und Quellenangaben. Ihre Stellungnahmen können sich dabei u.a. auf das Vorhandensein, die Zugänglichkeit und die Strukturqualität von

- Zahl und Qualifizierung von Professionen,
- verfügbaren Technologien (auch Auswahl und Implementation von Innovationen, ebenso „Ausscheiden“ veralteter Verfahren),
- Struktur der Versorgung (z.B. Schnittstellenproblematik, Kommunikationsfragen),
- Substitutionsmöglichkeiten (Maßnahmen, Verfahren oder Einrichtungen, auf die am ehesten verzichtet werden könnte, um Unterversorgung zu kompensieren),

sowie auf Fragen der Vergütung/Finanzierung/Kosten beziehen.

### ***3. Anhang: Kurzfassungen der Definitionen von „bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung“***

#### **– Indikationsbezogene Definitionen**

- bedarfsgerechte Versorgung: Leistungen sind indiziert, haben einen positiven medizinischen Netto-Nutzen<sup>81</sup> und werden fachgerecht erbracht.
- wirtschaftliche Versorgung: Bedarfsgerechte Leistungen werden in effizienter Form, d.h. mit akzeptabler Nutzen-Kosten-Relation erbracht (vgl. auch § 106 Abs. 2a SGB V).
- Unterversorgung: An sich bedarfsgerechte Leistungen, die in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen, werden nicht erbracht bzw. nicht in erreichbarer Form zur Verfügung gestellt.<sup>82</sup>

---

81 Medizinischer Nutzen (z.B. Lebenserwartung, Lebensqualität) übersteigt den möglichen Schaden (die möglichen Gesundheitsrisiken/unerwünschte Wirkungen).

82 Die teilweise oder gänzliche Verweigerung oder Nichtzugänglichkeit einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesicherten Netto-Nutzen und in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen, ist eine „Unterversorgung“.

- Übersversorgung: Leistungen, die über die bedarfsgerechte Versorgung hinaus erbracht werden (medizinische Übersversorgung) sowie Leistungen, die unwirtschaftlich erbracht werden (ökonomische Übersversorgung).<sup>83</sup>
- Fehlversorgung: Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden<sup>84</sup> entsteht. Folgende Unterfälle lassen sich unterscheiden:
  - Versorgung mit an sich bedarfsgerechten Leistungen, die aber durch eine nicht fachgerechte Erbringung einen vermeidbaren Schaden verursachen;
  - Versorgung mit nicht-bedarfsgerechten Leistungen, die zu einem vermeidbaren Schaden führen;<sup>85</sup>
  - Unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung an sich bedarfsgerechter, indizierter Leistungen im Rahmen einer Behandlung.<sup>86</sup>
- **Nicht-indikationsbezogene Definitionen**
  - bedarfsgerechter Versorgungsgrad: Angebot an gesundheitlichen Dienstleistungen und Einrichtungen, wenn durch Art und Umfang seiner Bereitstellung vermeidbare relevante gesundheitliche Nachteile bei Nachfragern vermieden werden.
  - Unterversorgung: „nicht bedarfsgerechte“ Angebote mit „Unterversorgungsgrad“, d.h. durch Art und Umfang ihrer Bereitstellung bzw. Nicht-Bereitstellung werden vermeidbare relevante gesundheitliche Nachteile bei den Nachfragern in Kauf genommen.

---

83 Eine Versorgung über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus, d.h. mit nicht indizierten Leistungen, oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen (medizinische Übersversorgung) oder mit Leistungen mit nur geringem Netto-Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt, oder - bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen - in ineffizienter, also ‚unwirtschaftlicher‘ Form (ökonomische Übersversorgung).

84 Einem vermeidbaren Schaden wird dabei auch ein entgangener, aber an sich möglicher medizinischer Nutzen, z.B. durch nicht fachgerechte oder rechtzeitige Erbringung einer Leistung, gleichgesetzt.

85 Insofern besteht eine Überschneidung mit Übersversorgung, allerdings nur insoweit, als durch die Übersversorgung ein vermeidbarer medizinischer Schaden entsteht.

86 Insofern besteht eine Überschneidung mit Unterversorgung; jene Formen der Unterversorgung, bei denen überhaupt keine Versorgung/Behandlung stattgefunden hat, werden allerdings nicht als ‚Fehlversorgung‘ bezeichnet.

- Übersversorgung: „nicht bedarfsgerechte“ Angebote mit „Übersorgungsgrad“, d.h. Angebote, die durch Art und Umfang ihrer Bereitstellung keinen medizinischen Zusatz-Nutzen bewirken oder sogar unnötige Risiken durch nicht-indizierte Behandlung bewirken können.
- Fehlversorgung: Ein Angebot mit „Fehlversorgungsgrad“ liegt dann vor, wenn das Angebot der vorgehaltenen Leistungen bzw. Einrichtungen zwar an sich bedarfsgerecht ist, aber die Qualität des vorgehaltenen Angebots insbesondere die Strukturqualität<sup>87</sup> nicht dem gebotenen Stand des Wissens und des gebotenen fachlichen Könnens entspricht.

---

87 Strukturqualität: Art, Umfang, Qualifikation/Qualität des Personals/der sächlichen Ausstattung/der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen.

**15.4 Zusammenstellung der dringlichsten Handlungsempfehlungen (A) des Rates zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen**

**Tabelle A1: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronisch Kranken (Kapitel 7)**

<b>Kassenwettbewerb</b>	Der Rat fordert trotz Wettbewerbs zwischen den Kassen eine zügige flächendeckende Umsetzung wissenschaftlich gesicherter Versorgungsstandards und -konzepte. Hierzu muss es eine Selbstverpflichtung der Selbstverwaltung geben und/oder ein Antragsrecht von Betroffenen-Organisationen in den Gremien der Selbstverwaltung.
<b>Neuorientierung der Versorgung</b>	Ein kurzfristiger, bestenfalls partieller Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronisch Kranken ist in leitliniengestützten Versorgungsansätzen, u. U. über geeignete Disease-Management-Programme denkbar, sofern sie sachgerecht durchgeführt werden und die Beteiligten gut kooperieren.  Ein nachhaltiger Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie eine angemessene neue Ausbalancierung von Prävention, Kuration und Rehabilitation in der Versorgung chronisch Kranker erfordert jedoch eine längerfristige Umsteuerung des Gesundheitssystems durch eine mehrschrittige, aber in ihren Zielen beständig angelegte Gesundheitspolitik. Sie verlangt eine grundlegende Änderung von Strukturen, Anreizen, Wissen und Werten.
<b>Rehabilitation</b>	Die notwendigen Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes ambulantes Rehabilitationsangebot müssen geschaffen werden.
<b>Rehabilitation</b>	Die Rehabilitation bei chronischen Krankheiten sollte als ein kontinuierlicher, den gesamten Krankheitsverlauf phasenhaft begleitender Prozess betrachtet werden, in dem nicht nur die somatische und psychische, sondern auch die berufliche und biographische Entwicklung des Patienten sowie sein soziales Umfeld berücksichtigt werden.
<b>Rehabilitation</b>	Die Rehabilitation sollte nicht als Ermessensleistung, sondern als selbstverständlicher Bestandteil einer ganzheitlichen Regelversorgung chronisch Kranker betrachtet werden.
<b>Terminal Kranke</b>	Insgesamt kann die Versorgung versterbender Schwerstkranker in Deutschland nicht als angemessen gelöst betrachtet werden. Der Rat hält den Ausbau von Hospizen und anderen spezialisierten ambulanten und stationären Angeboten für erforderlich.

**Tabelle A2: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei ischämischen Herzkrankheiten (Kapitel 8)**

<b>Akutversorgung</b>	Eine verbesserte Akutversorgung des Myokardinfarkts erfordert eine Optimierung der Notfallversorgung durch Professionelle und Laien, der Primärversorgung im Krankenhaus (Stichwort: „door-to-needle-time“) sowie eine konsequente Umsetzung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen.
<b>Diagnose und Therapie</b>	Die Verbesserung von Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie erfordert eine Umsetzung vorhandener evidenzbasierter Leitlinien und die Berücksichtigung des Krankheitsrisikos für kardiale Folgeerkrankungen.
<b>Medizinische Innovationen</b>	Die Ergebnisse eines ‚Health Technology Assessments‘ (HTA) sollten bei Zulassungs- und Kostenübernahmeentscheidungen für kosten- und risikoträchtige Innovationen verstärkt berücksichtigt werden.
<b>Prävention</b>	Die Entwicklung eines Mehrebenenkonzeptes zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen („Nationales Herz-Kreislauf-Präventionsprogramm“ für Deutschland) ist dringend geboten.
<b>Prävention</b>	Bevölkerungs- und gruppenbezogene, verhaltens- und verhältnisorientierte primärpräventive Maßnahmen sollten – unter weitestmöglichem Verzicht auf kostentreibende Screeningmaßnahmen – flächendeckend umgesetzt werden.
<b>Prävention</b>	Die Individualprävention sollte sich stärker als bisher am absoluten kardiovaskulären Gesamtrisiko (individuelle Risikostratifikation) orientieren.
<b>Prävention</b>	Es sind verstärkte Anstrengungen erforderlich, um den evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen zur Sekundärprävention bzw. Behandlung der koronaren Herzerkrankung flächendeckend zur Umsetzung im medizinischen Alltag zu verhelfen
<b>Prävention</b>	Evaluierte Präventionsprogramme sollten verstärkt angeboten und in Case/Disease-Management-Programme integriert werden.

**Tabelle A3: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei zerebrovaskulären Krankheiten (Kapitel 9)**

<b>Aufklärung</b>	Die Bevölkerung sollte besser über das angemessene Verhalten von Laienhelfern in der akuten Erkrankungssituation eines Schlaganfalls aufgeklärt werden.
<b>Prävention</b>	Die Krankenkassen sollten gezielte präventive Angebote für durch Schlaganfall gefährdete Bluthochdruckpatienten implementieren.
<b>Rehabilitation</b>	Die Kontinuität der Rehabilitationsbehandlung und die Stabilisierung der erreichten Rehabilitationsergebnisse, insbesondere bei Patienten mit drohender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit, sind zu gewährleisten.
<b>Versorgungskette</b>	Die unmittelbar nach erlittenem Insult einsetzende frührehabilitative Versorgung und Prävention von Komplikationen, eine koordinierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und eine kontinuierliche Betreuung von Schlaganfallpatienten über die verschiedenen Versorgungsstufen hinweg sollten gewährleistet werden.

**Tabelle A4: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei chronischen, obstruktiven Lungenkrankheiten (Kapitel 10)**

<b>Asthma: Diagnostik und Therapie</b>	Zur Verbesserung der Prävention allergischer Erkrankungen sollte eine leitliniengemäße und qualitätsgesicherte subkutane Hyposensibilisierung früher und häufiger eingesetzt werden.
<b>Asthma: Pharmakotherapie</b>	Die Pharmakotherapie sollte durch die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien und durch eine qualifizierte pneumologische Weiter- und Fortbildung optimiert werden.
<b>Asthma: Prävention</b>	Die Primärprävention allergischer Erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern sollte durch Maßnahmen wie Stillen, Vermeiden der passiven Tabakrauchexposition und Beratung der Eltern optimiert werden.
<b>Asthma: Prävention</b>	Die vorhandenen effektiven Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung der Allergenkonzentrationen in Aufenthalts- und Arbeitsräumen bzw. zum Schutz vor Kontakt mit allergisierenden Arbeitsstoffen sollten konsequent umgesetzt werden.
<b>Asthma: Schulung</b>	Es sollten flächendeckende Vereinbarungen zur qualitätsgesicherten und zielgruppengerechten ambulanten Schulung von Asthmapatienten getroffen werden. Hierbei sind die vorhandenen regionalen Angebote und Ressourcen zu nutzen.
<b>Asthma: Schulung</b>	Qualität und Compliance der medikamentösen Behandlung sind durch eine verbesserte Information, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement zu optimieren.
<b>COPD: Behandlung</b>	Patientenschulung, Raucherentwöhnung, Trainingstherapie und Rehabilitation sollten ein stärkeres Gewicht in der Behandlung erhalten.

<b>COPD: Diagnostik und Therapie</b>	Die Diagnose und Therapie sollte durch die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien und durch eine qualifizierte pneumologische Weiter- und Fortbildung optimiert werden.
<b>COPD: Prävention</b>	Die Entwicklung einer „Nationalen Anti-Tabak-Kampagne“ für Deutschland ist dringend geboten (s.a. Tabelle A6).
<b>Versorgungsstruktur</b>	Die pneumologische Weiter- und Fortbildung für hausärztlich tätige Mediziner und für spezialärztliche Internisten und Pädiater sollte verbessert werden.
<b>Versorgungsstruktur</b>	Die Strukturen für ambulante Patientenschulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, inklusive Regelung der Finanzierung und Sicherstellung von Qualitätsstandards, sollten verbessert werden.
<b>Versorgungsstruktur</b>	An allgemeinen Krankenhäusern sollten mehr selbständige, bettenführende pneumologische Abteilungen eingerichtet werden.
<b>Versorgungsstruktur</b>	Die pneumologische Rehabilitation sollte besser in alle Bereiche der pneumologischen Versorgung (z. B. durch Direkteinweisung in qualitativ auf EbM-Niveau ausgewiesene Reha-Kliniken bei Exazerbationen chronischer, obstruktiver Lungenerkrankungen) sowie in Lehre und Forschung integriert werden.

**Tabelle A5: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Rückenleiden (Kapitel 11)**

<b>Leitlinien</b>	Es sollten evidenzbasierte, speziell auf den deutschen Versorgungskontext zugeschnittene Leitlinien zur Bewertung und Behandlung von Rückenschmerzen auf Haus- und Spezialarztebene entwickelt, bei allen Zielgruppen (Ärzte, Patienten, Öffentlichkeit) disseminiert und im Rahmen von Qualitätsmanagementprogrammen umgesetzt werden.
<b>Qualitätssicherung</b>	Kreuzschmerzen sollten als eine der prioritären Erkrankungen für die gesetzlich vorgesehenen, aber noch nicht implementierten Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgewählt werden.

**Tabelle A6: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei onkologischen Erkrankungen (Kapitel 12)**

<b>Lungenkarzinom (Abschnitt 12.1), Anti-Tabak-Kampagne</b>	Eine „Nationale Anti-Tabak-Kampagne“ sollte umgehend initiiert und implementiert werden.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Versorgungskette</b>	Maßnahmen zur Verbesserung der Brustkrebsversorgung dürfen sich nicht nur auf einen Aspekt (z. B. Mammographie-Screening) beziehen, sondern sollten sich unbedingt auf die gesamte Versorgungskette (Früherkennung, Diagnose, Behandlung, Nachsorge) beziehen.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Mammographie-Screening</b>	Die zügige Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings in Deutschland gemäß den Qualitätsvorgaben der Europäischen Leitlinien (u. a. jährliche Mindestfrequenz von 5.000 Mammographien und Doppelbefundung) ist erforderlich.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Mammographie-Screening</b>	Qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Programme sollten an Krebsregister angebunden sein.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Mammographie-Screening</b>	Qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Programme sollten zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Diagnostik-Therapie-Kette organisatorisch und strukturell an bestehende Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte unter Einbeziehung ausgewählter vertragsärztlicher Kompetenz angebunden sein.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), ‚graues‘ Screening</b>	Ärzeschaft und Kassen sollten darauf hinwirken, das ‚graue‘ Screening wirksam zu unterbinden.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), IGEL-Leistung</b>	Die Früherkennungsmammographie ist aus dem Katalog der IGEL-Leistungen herauszunehmen.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Qualitätssicherung kurative Mammographie</b>	Der Koordinierungsausschuss sollte einheitliche sektoren-, professionen- und institutionenübergreifende Qualitätsrichtlinien entwickeln, die alle Bereiche der kurativen Mammographie abdecken.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Qualitätssicherung kurative Mammographie</b>	Die Regelungen zur kurativen Mammographie sollten den Vorgaben der Europäischen Leitlinien sowie des EUREF-Protokolls genügen (z. B. hinsichtlich der geforderten jährlichen Mindestfrequenz von Mammographien und der Doppelbefundung) und in ein einheitliches Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept für die gesamte mammographierende Einrichtung münden.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Therapie</b>	Es besteht ein dringlicher Interventionsbedarf, durch gezielte Qualitätsmaßnahmen eine leitliniengerechte und qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung von Frauen mit Brustkrebs zu gewährleisten.
<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), medizinische Innovationen</b>	Der ‚Koordinierungsausschuss‘ nach SGB V sollte die Diffusion medizinischer Innovationen sektorenübergreifend anhand verbindlicher, evidenzbasierter Richtlinien steuern.

<b>Mammakarzinom (Abschnitt 12.2), Nachsorge</b>	Die symptomorientierte Brustkrebsnachsorge ohne ‚apparative Überversorgung‘, sondern mit begleitender psychosozialer Betreuung, sollte zügig und flächendeckend umgesetzt werden.
<b>Onkologische Erkrankungen (12.3), Früherkennung</b>	Es sollten Einladungsverfahren zu gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen für Personengruppen etabliert werden, die ein erhöhtes Risiko haben, an Gebärmutterhalskrebs oder Darmkrebs zu erkranken.
<b>Onkologische Erkrankungen (12.3), Leitlinien zur Schmerztherapie</b>	Alle ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Organisationen sind dazu aufgerufen, bei der Verbreitung und Umsetzung der von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), der Deutschen Krebsgesellschaft u. a. Fachgesellschaften entwickelten evidenzbasierten Leitlinien zur Schmerztherapie bei Tumorpatienten mitzuwirken.
<b>Onkologische Erkrankungen (12.3), Leitlinien zur Schmerztherapie</b>	Die Schmerztherapie bei Tumorpatienten sollte im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen einen größeren Stellenwert erhalten.

**Tabelle A7: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei depressiven Störungen (Kapitel 13)**

<b>Alte depressive Menschen</b>	Die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Weiter- und Fortbildung ist dringend notwendig.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die flächendeckende Schaffung teilstationärer Versorgungsangebote ist dringend geboten.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Qualifizierte gerontopsychiatrische Netzwerke sollten flächendeckend aufgebaut und die Zusammenarbeit der vorhandenen Einrichtungen verbessert werden.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die Gerontopsychiatrie sollte ein fester Baustein in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sein.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die gerontopsychiatrische Forschung und Lehre bedarf einer verstärkten Förderung.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Gerontopsychiatrische Aspekte sollten in der Fortbildung zum Krankenpfleger für Psychiatrie stärker berücksichtigt werden.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Die Versorgungssituation in Alten- und Pflegeeinrichtungen ist verbesserungsbedürftig. Es bedarf nicht nur einer verbesserten kontinuierlichen ärztlichen Betreuung, sondern auch der Umsetzung der existierenden Konzepte zur aktivierenden Pflege und zur Rehabilitation für Menschen in Alten- und Pflegeheimen.
<b>Alte depressive Menschen</b>	Bei der konzeptionellen, baulichen und personellen Planung von Altenheimen, bei der Implementierung von Versorgungsinstitutionen sowie in den Konzepten der Altenpolitik sollte die psychische Gesundheit bzw. Morbidität alter Menschen stärker berücksichtigt werden.

<b>Aufklärung</b>	Bei der mangelhaften Erkennung und Behandlung depressiver Störungen spielen auch gesellschaftlich vermittelte Vorurteile eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund ist es wichtig, die öffentliche Aufklärung über Häufigkeit und Natur depressiver Erkrankungen zu verbessern, die Akzeptanz psychisch Kranker zu fördern und Schambarrieren abzubauen.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Aufgrund des hohen Versorgungsanteils und aufgrund der nachgewiesenen Versorgungsdefizite sollten Ansätze zur Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten vorrangig im hausärztlichen Bereich ansetzen.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Psychiatrische Inhalte sollten in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und Fortbildung stärker berücksichtigt werden.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Die volle kassenärztliche Zulassung für die eigenständige hausärztliche Behandlung psychisch Kranker sollte u. a. von der Wahrnehmung verbindlicher, qualitätsgesicherter und hinsichtlich des Lernerfolgs evaluierter Fortbildungsveranstaltungen abhängig gemacht werden.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Bei schwer depressiv Erkrankten in hausärztlicher Versorgung sollte ein regelmäßiges obligatorisches psychiatrisches Konsil erfolgen.
<b>Hausärztliche Versorgung</b>	Für den hausärztlichen Bereich sollten symptomorientierte evidenzbasierte Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen entwickelt und implementiert werden. In den Leitlinien sollten auch konkrete Schnittstellenindikatoren enthalten sein, welche die Überweisung (und Rücküberweisung) in eine qualifizierte (d. h. nicht-hausärztliche) psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung regeln. Die Einhaltung dieser Schnittstellenindikatoren sollte durch entsprechende Vergütungsanreize unterstützt werden.

**Tabelle A8: Handlungsempfehlungen (A) zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Kapitel 14)**

<b>Primär- und Sekundärprävention</b>	Der Ausbau von Gesundheitsförderung und -aufklärung, die Erhöhung der Aufwändungen für risikoorientierte Gruppen- und Individualprophylaxe und die Erhöhung des Marktanteils fluoridierten Speisesalzes sollten möglichst rasch realisiert werden.
<b>Prophylaxepersonal</b>	Die Zahl des Prophylaxepersonals, das einen bedeutenden Teil von präventiven Leistungen unter entsprechender zahnärztlicher Supervision erbringen könnte, sollte um ein Vielfaches angehoben werden.
<b>Tertiärprävention (Spätbehandlung oraler Erkrankungen)</b>	Ohne eine deutliche Erhöhung schadens- und risikogerecht durchgeführter restaurativer, endodontischer und parodontologischer Behandlungen wird mittelfristig eine Verringerung des Behandlungsbedarfs im Bereich von Zahnersatz kaum realisiert werden können. Aus diesem Grund wird empfohlen, innerhalb der Tertiärprävention den Anteil strukturerhaltender Interventionen erheblich zu steigern.
<b>Qualifikation</b>	Zur Verbesserung der Ausbildung von Zahnärzten sollten die Ausbildungskapazitäten maßvoll reduziert werden, um die freiwerdenden Personal- und Sachmittel für eine Qualitätssteigerung der Forschung und Lehre zu nutzen. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen an Universitätskliniken sollte mit einer baldigen Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung einhergehen.
<b>Qualifikation</b>	Nach dem Studium sollten vermehrt strukturierte Fortbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten angeboten und von den Zahnärztekammern unter Einbeziehung wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Universitäten bundesweit koordiniert werden. Analog zur zahnärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sollte auch die Weiterqualifikation der zahnärztlichen Assistenzberufe verbessert werden.

## **15.5 Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen**

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz  
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover  
(Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille  
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre  
Universität Mannheim  
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer  
Abt. Allgemeinmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei  
Fachbereich Gesundheitswesen  
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. med. Karl W. Lauterbach  
Institut für Gesundheitsökonomie  
und Klinische Epidemiologie  
Universität zu Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock  
Arbeitsgruppe Public Health  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba  
Medizinische Klinik Innenstadt  
Ludwig-Maximilians-Universität München