

**Der Sachverständigenrat  
für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

stellt vor:

**Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“  
des Gutachtens 2000/2001 <sup>1</sup>**

**Pressemitteilung zur Bundespressekonferenz am 30. August 2001**

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“.
2. In den Bänden I und II legte der Rat im März dieses Jahres allgemeine Überlegungen und Empfehlungen zur Verbesserung von Struktur und Qualität im Gesundheitswesen vor und stellte die Forderung nach mehr Ziel-, Patienten-, Qualitäts- und Präventionsorientierung in den Mittelpunkt.
3. Der jetzige Band III präsentiert unter der Überschrift „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ zunächst grundlegende methodische Überlegungen und Definitionen zur Bedarfsgerechtigkeit von Versorgung und daraus ableitend zu Über-, Unter- und Fehlversorgung; sie sind weniger für die Öffentlichkeit von Interesse, aber sie bilden die methodische Grundlage für die Bewertungen des Rates.

Er präsentiert ferner Konzept und Ergebnisse seiner Befragung von ca. 300 wissenschaftlichen Organisationen, Körperschaften, Verbänden und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens. Der Rat stützt seine Wertungen auch auf eigene Untersuchungen. Sie umfassen Literaturrecherchen (publizierte Studien und ‚graue Literatur‘) sowie unmittelbare Recherchen und Analysen. Den Stellungnahmen von 201 schriftlich antwortenden Organisationen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung aus ihrer jeweiligen Sicht misst der Rat große Bedeutung zu. Auf seiner Homepage sind 192 Stellungnahmen für jeden Interessenten komplett als PDF-Datei abrufbar

---

<sup>1</sup> Die Ausführliche Zusammenfassung und die Langfassung von Band III des Gutachtens 2000/2001 sowie die Stellungnahmen der vom Rat befragten Organisationen sind über die Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) zugänglich.

([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)). Diese Befragung hält der Rat angesichts des bisherigen Mangels gesamthafter Übersichten zur Versorgungslage in Deutschland für bedeutsam.

**4.** Bei der Befragung u.a. der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der mit öffentlich-rechtlichen ‚Versorgungsaufträgen‘ versehenen Körperschaften (Länder, Städte- und Gemeindegremien, Körperschaften der Heilberufe und gesetzliche Krankenkassen) ist allerdings ein eklatanter Mangel an belastbaren insbesondere regionalen Daten zu einer qualitätsvollen und wirtschaftlich angemessenen Versorgung zutage getreten. Der Rat hat daher konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsforschung in Deutschland entwickelt.

**5.** Der Rat legt mit Band III konkrete und detaillierte Analysen zur Last und zur Versorgung großer Krankheiten in Deutschland vor:

- ischämische Herzerkrankungen,
- zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall,
- chronische, obstruktive Lungenerkrankungen einschließlich Asthma bei Kindern und Erwachsenen,
- Rückenleiden,
- Krebserkrankungen (Lungenkrebs, Brustkrebs und übergreifende Aspekte der Versorgung Krebskranker) und
- depressive Störungen.

Bei allen diesen Krankheitsgruppen sieht der Rat erheblichen Bedarf zur Verbesserung der Versorgung und insbesondere der Versorgungsintegration, darüber hinaus konstatiert er in der Regel ein bedeutsames und nicht ausgeschöpftes Potenzial an Primär- und teilweise auch Sekundär- bzw. Tertiärprävention (Rehabilitation).

**6.** In der Diabetikerversorgung hat es in Deutschland z.B. seit über einem Jahrzehnt rund 70 lokale oder regionale Modellversuche gegeben, ohne dass es zu einer flächendeckend durchgreifenden Verbesserung der Versorgung gekommen wäre. Nach den vorliegenden Daten hat Deutschland die international anerkannten Ziele einer zeitgemäßen Diabetikerversorgung (St. Vincent-Deklaration von 1989) nicht erreicht. Dies spricht aus Sicht des Rates zumindest für eine partielle Fehlsteuerung durch die zuständigen Verbände der ‚Selbstverwaltung‘ im Gesundheitswesen.

**7.** Für ein vergleichbares Steuerungsversagen spricht die Duldung der sog. ‚grauen‘, nicht-qualitätsgesicherten Mammographie-Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland - auch mehr als ein halbes Jahrzehnt nach der ‚Deutschen Mammographie-Studie‘ (1994), die schwere Qualitätsmängel diagnostizierte und gangbare Lösungswege offen legte. Dass im Jahre 2001 endlich verbesserte Modellversuche in ausgewählten Kleinräumen anlaufen, ist verdienstvoll; der um mehrere Jahre verzögerte Beginn spricht aber eher für als gegen ein Steuerungsversagen.

**8.** Bei Koronarerkrankungen sieht der Rat eine erhebliche Unter- und Fehlversorgung bei der Primär- und Sekundärprävention, sowohl durch verhaltens- wie settingbezogene als auch durch pharmako-präventive Intervention. Der Rat fordert deshalb ein integratives Gesamtkonzept im Sinne eines ‚Nationalen Herz-Kreislauf-Präventionsprogramms‘. Die im internationalen Vergleich hohe Frühsterblichkeit in Deutschland an Koronarerkrankungen könnte durch verbesserte Aufklärung, durch Optimierung der ärztlichen Notdienste und des Rettungswesens sowie durch die Einrichtung kompetenter stationärer Einheiten zur Versorgung von Patienten mit ‚Thoraxschmerz‘ erheblich gesenkt werden. Indikationsstellung und Qualität technisch-invasiver koronarer Interventionen (u. a. ‚Herzkatheter‘) sind zu verbessern, hier besteht ein Missverhältnis zwischen Ressourceneinsatz und Ergebnissen.

**9.** Bei zerebrovaskulären Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall, besteht bevölkerungsweiter Aufklärungsbedarf zur rechtzeitigen Symptomerkenkung durch Laien, erheblicher Bedarf an gezielten Präventionsangeboten für Hochdruckpatienten, an kompetenterer und frühzeitigerer Schlaganfallrehabilitation, sowohl im Frühstadium (Frührehabilitation) wie auch bei eingetretener Pflegebedürftigkeit (Rehabilitation in der Pflege). Seit langem bekannt und – bislang weder von den Selbstverwaltungen noch vom Gesetzgeber erfolgreich behoben – sind Friktionen im kurativen System und bei der Verzahnung mit stationärer und ambulanter Rehabilitation. Die Einführung von neuen fallbezogenen Vergütungsformen im Krankenhaus (DRGs) wird hier zusätzlich neue Versorgungsprobleme mit sich bringen, v. a. in der rehabilitativen Pflege.

**10.** Bei Patienten mit Asthma und anderen chronischen Lungenerkrankungen fehlen aufgrund von Defiziten der Systemsteuerung z.B. flächendeckende Vereinbarungen zu notwendigen Schulungsmaßnahmen für Erwachsene und Kinder. In der Pharmakotherapie herrscht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung als Ausdruck von Mängeln der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. Wie beim Lungenkarzinom verweist der Rat nachdrücklich auf die negativen Folgen der bis heute andauernden Vernachlässigung der Primärprävention. Der Rat fordert eine ‚Nationale Anti-Tabak-Kampagne‘ gegen das Aktiv- und Passivrauchen nach dem Vorbild erfolgreicherer Nachbarländer.

**11.** Für die Krebstherapie in Deutschland regt der Rat eine regionale Kompetenzbündelung in Diagnostik und Therapie, ferner eine verbesserte Qualität und Transparenz solcher Zentren sowie die Etablierung einer leitliniengerechten Schmerztherapie in der Breitenversorgung an.

**12.** Bei der ‚Volksseuche‘ Rückenleiden (Kreuzschmerzen) sieht der Rat eine deutliche Überversorgung mit (nicht evidenzbasierten) bildgebenden diagnostischen und passivierenden bzw. invasiv-therapeutischen Verfahren sowie eine Unterversorgung im aktivierenden Management chronisch an Rückenschmerz leidender Patienten. Er empfiehlt den Ausbau primärpräventiv wirksamer Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sowie zielgruppengerechte sekundär-/tertiärpräventive Rückenschulen.

**13.** Der Rat möchte ferner bei der Versorgung depressiv Erkrankter zur verbesserten Akzeptanz und Behandlung psychisch Kranker anregen. 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 der öffentlichen Aufklärung zur verbesserten gesellschaftlichen Akzeptanz der Kranken und des Krankheitsbildes. Markante Defizite sieht er in der Versorgung depressiv erkrankter alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen, für die er neue Versorgungsformen durch qualifizierte Heimärzte oder Konsiliarärzte fordert.

**14.** Bei Zahnerkrankungen begrüßt der Rat die erreichten Verbesserungen in der Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Er hält aber Verbesserungen der Paradontologie und Zahnerhaltung für geboten. Er kritisiert auch professionell gesteuerte Tendenzen zur ‚Überversorgung‘ (‚Marketing‘ am Patienten in der Praxis), teils auch gesellschaftlich induzierte Formen von ‚Überversorgung‘ zu Lasten der GKV dort, wo ästhetische Ideale weit über medizinische Funktionserfordernisse hinausgehen. Zum Beispiel überschreitet in der Kieferorthopädie der Anteil der in Deutschland behandelten Jugendlichen alle internationalen Normwerte.

**15.** Die vom Rat dargestellten Krankheitsgruppen verursachen etwa zwei Drittel aller Krankheitsausgaben des ‚Systems‘. Der Rat weist daraufhin, dass in der Befragung und in den eigenen Analysen neben Bereichen mit ‚Überversorgung‘ außerordentlich viele mit ‚Unterversorgung‘ und – bezogen auf beide – viele mit fehlerhafter, also (potenziell) schädigender Versorgung benannt werden<sup>2</sup>.

---

<sup>2</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).

Zahlreiche dieser Defizite beruhen nicht auf kurzfristigen Budget-, also Finanzierungseffekten, sondern sprechen bereits längerfristig bestehende ältere Qualifikations-, Organisations- und Systemprobleme an.

Insbesondere in den Befragungsergebnissen der 41 antwortenden Betroffenen-Organisationen wird durchgängig Klage darüber geführt, dass durch strikt abgegrenzte Zuständigkeitsbereiche der Leistungsträger subjektiv wie objektiv nachteilige Versorgungsbrüche entstehen. Es fehlen sinnvolle und unbürokratische Verzahnungen von Behandlungsphasen und -formen der Kuration, Prävention, Rehabilitation, ggf. der sozialen Reintegration, der Hilfsmittelanpassung und der Schulung. Zudem werden Mängel an Aufklärung und Entscheidungsteilnahme beklagt. Insgesamt lassen sich über unterschiedliche Krankheiten und Patientengruppen hinweg konvergente Muster überholter Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten erkennen:

- Das gegenwärtige System ist im Wesentlichen geprägt durch die Dominanz einer auf akute, episodenhafte und ‚eindimensionale‘ Krankheitsformen ausgerichteten kurativen Versorgung.
- ‚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 stehen dementsprechend ‚Reparatur, Kur und Schonung‘. Damit korrespondieren 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.

**16.** Zu den bestätigten Strukturdefiziten gehört auch die vom Rat in Band I seines Gutachtens beklagte mangelnde Präventionsorientierung des deutschen Systems.

Der Rat 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 dieses Jahres – im vorliegenden Band v. a. schwerpunktmäßig zu Präventionspolitiken geäußert, die deutlich über die Handlungsmöglichkeiten von gesetzlichen (und privaten) Krankenkassen hinausgehen:

- Er fordert und skizziert in wichtigen Umrissen ein aus seiner Sicht dringend gebotenes ‚Nationales Anti-Tabak-Programm‘. 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‘ nach dem Vorbild staatlich erfolgreich angeleiteter Programme in anderen Ländern, z.B. in Finnland.
- Er setzt sich ferner nachdrücklich für den Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung ein.

**17.** 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 ‚Übersorgungen‘ gebundenen Aktivitäten und Mittel (‚Wirtschaftlichkeitsreserven‘) mit den vielfältigen Anforderungen, die zur Beseitigung der 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 Übersorgung lässt sich von neuen leitliniengestützten Versorgungsansätzen einschließlich sog. ‚Disease-Management‘-Programmen erwarten, vorausgesetzt alle Beteiligten handeln vorrangig unter Qualitätsgesichtspunkten.<sup>3</sup>

**18.** Ein nachhaltiger Abbau von Über-, aber auch Unter- und mit beiden verbundener Fehlversorgung erfordert eine längerfristige Umsteuerung des Systems durch eine mehrschrittige, aber in ihren Zielen beständig angelegte Gesundheitspolitik. Sie verlangt veränderte Verantwortlichkeiten und Arbeitsstile der politischen und professionellen Akteure. Strukturen, Zuständigkeiten, Anreize und Abläufe innerhalb des Systems müssen sich an den Patienten, ihren Bedarfen und Bedürfnissen orientieren und nicht umgekehrt (Tabelle 1).

---

3 Das heißt nicht unter rein monetären Verteilungsgesichtspunkten wegen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Verknüpfung dieser Programme mit dem Finanzausgleich der Kassen (‚Risikostrukturausgleich‘).

**Tabelle 1: 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 Beziehungen (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“)

**Der Sachverständigenrat  
für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

stellt vor:

**Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“  
des Gutachtens 2000/2001 <sup>4</sup>**

**Pressetexte zu Einzelthemen**

**Bundespressekonferenz am 30. August 2001**

**Inhalt**

<b>1. Gesundheitslage und Versorgungssituation im Ost-West-Vergleich.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Ischämische Herzerkrankungen .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Schlaganfall.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Rückenschmerzen.....</b>	<b>17</b>
<b>6. Lungenkrebs und Nationale Anti-Tabak-Kampagne .....</b>	<b>19</b>
<b>7. Brustkrebs .....</b>	<b>21</b>
<b>8. Übergreifende Aspekte der Versorgung von Krebskranken.....</b>	<b>23</b>
<b>9. Depression .....</b>	<b>25</b>
<b>10. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten .....</b>	<b>27</b>

---

<sup>4</sup> Die Ausführliche Zusammenfassung und die Langfassung von Band III des Gutachtens 2000/2001 sowie die Stellungnahmen der vom Rat befragten Organisationen sind über die Internet-Seiten des Rates ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) zugänglich.

## **1. Gesundheitslage und Versorgungssituation im Ost- West- Vergleich**

(vgl. Kapitel 6 des Gutachtens)

Die fundamentalen Transformationen in Ostdeutschland haben bis heute spürbare Folgen auch für die Gesundheit der Menschen. Zudem weist auch die Versorgungssituation Unterschiede auf.

Die Gesundheitslage der ostdeutschen Bevölkerung ist einerseits durch Anpassungsprozesse an die Gesundheitsverhältnisse in Westdeutschland gekennzeichnet. Am auffälligsten ist die Abschmelzung der Ost- West- Differenz in der Lebenserwartung, die 1991 noch bei durchschnittlich zwei bis drei Jahren lag.

Andererseits weisen Gesundheitsbelastungen, Gesundheitsverhalten und Morbiditätsstruktur nach wie vor signifikante Unterschiede auf.

Besondere Gesundheitsbelastungen der ostdeutschen Bevölkerung ergeben sich aus der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit. Darüber hinaus führt die Migration vorwiegend junger Ostdeutscher in die alten Bundesländer (bislang 1,7 Mio.) tendenziell zu einer regionalen Entmischung gesundheitsbezogener Risiken. In den neuen Bundesländern wird zum Beispiel eine besonders hohe Konzentration von alten Menschen auf dem Land erwartet. Hochbetagte Frauen und Männer zählen zu den Vielnutzern des Gesundheitssystems.

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei den Risikofaktoren, zum Beispiel in einer höheren Prävalenz der Hypertonie, einem größeren Anteil Übergewichtiger oder einem vergleichsweise höheren Alkoholkonsum in Ostdeutschland. Diese und andere Unterschiede bei den Gesundheitsbelastungen und im Gesundheitsverhalten erklären wesentliche Anteile der weiterhin bestehenden Besonderheiten der Struktur und Verteilung von Morbidität in den neuen Bundesländern. Infolgedessen setzt sich der Rat für regionale, auf die Besonderheiten in den neuen Bundesländern bezogene Gesundheitskampagnen ein.

In den östlichen Bundesländern wurden seit der Wende Strukturen und Niveaus sowohl in der stationären wie in der ambulanten Versorgung den Verhältnissen in Westdeutschland angeglichen. Zum Abbau auch weiterhin bestehender Disparitäten in der Versorgung setzt sich der Rat insbesondere dafür ein, die Versorgungssituation bei psychiatrischen Erkrankungen in Ostdeutschland durch den Abbau markanter regionaler Unterschiede zu verbessern. Dazu gehört auch der Abbau von Ost-West-Unterschieden bei der psychotherapeutischen Versorgung.

Der Rat empfiehlt, zur Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern bestehende Defizite bei physiotherapeutischen, logopädischen und ergotherapeutischen An-

geboten sowie in der Gesundheitsberatung abzubauen. Die Unterversorgung in diesen Versorgungssegmenten erhöht die Inanspruchnahme ambulant tätiger Allgemein- und Spezialärzte.

Der Rat hält es auch weiterhin für erforderlich, die Besonderheiten der Lebenssituation ,der Gesundheitslage und der Versorgung der ostdeutschen Bevölkerung bei der bedarfsgerechten Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu berücksichtigen.

## 2. Ischämische Herzerkrankungen

(vgl. Kapitel 8)

Die koronare Herzerkrankung (KHK) ist eine der bedeutendsten Erkrankungen in Deutschland. Sie ist mit ihren akuten und chronischen Folgen für rund 21% der Todesfälle verantwortlich. Sie ist die wichtigste Ursache der Herzinsuffizienz. Die Eingriffe zur Behandlung der KHK verursachen hohe Kosten. So wurden 1999 etwa 5,2 Mrd. DM für Linksherzkatheter-Untersuchungen, PTCA's („Ballonerweiterung“ verschlossener Herzkranzgefäße) inklusive Stents („Drahtgeflechte“ zur Stabilisierung der geöffneten Gefäßengen) und entsprechende Maßnahmen der Anschlußheilbehandlung ausgegeben. In den letzten 10 Jahren ist zudem eine deutliche Ausweitung der Diagnostik und Interventionen zu beobachten: Linksherzkathetermessplätze nahmen um 120%, PTCA's sogar um fast 400%, Herzoperationen um 150% zu.

Trotz dieser Anstrengungen liegt die KHK-bedingte Mortalität in Deutschland im internationalen Vergleich nur im mittleren Bereich; die Versorgungsqualität in Deutschland kann deshalb im internationalen Vergleich nicht als gut bewertet werden. Eine der Ursachen hierfür liegt in der starken Betonung der pharmakologisch-technischen Maßnahmen gegenüber präventiven Maßnahmen, die eine zu geringe Beachtung erfahren. Gerade bei der Entwicklung einer KHK spielt neben biomedizinischen Risikofaktoren wie Diabetes mellitus der individuelle Lebensstil eine herausragende Rolle. Es ist erwiesen, dass die Vermeidung von Übergewicht, eine ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung sowie Stress-Reduktion wesentlich zur Verringerung des KHK-Risikos beitragen können. Jedoch wissen z.B. überhaupt nur rund 45% der Betroffenen, dass sie einen zu hohen Blutdruck und damit einen wesentlichen Risikofaktor haben. Die Anstrengungen zur Aufklärung der Bevölkerung sowie die Unterstützung bei der Verhaltensmodifikation sollten daher verstärkt werden.

Ein weiterer Grund für die in Deutschland unbefriedigende Situation liegt in der noch mangelhaften Ausschöpfung von Erfahrungswissen in der Therapie. Obwohl erwiesen ist, dass eine Konzentration von komplizierten Eingriffen auf ausgewiesene Zentren die Ergebnisqualität steigern lässt, fehlt für wichtige Eingriffe in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit eine entsprechende Zentrenbildung. Auch die Behandlung von Bluthochdruck ist unbefriedigend. Nur 5% der Behandelten können als adäquat versorgt eingestuft werden. Eine Orientierung an besten wissenschaftlichen Leitlinien erfolgt nicht in ausreichendem Maß.

Insgesamt ist in Deutschland somit zum einen eine Überversorgung im Bereich der invasiven Diagnostik und Intervention festzustellen, gleichzeitig jedoch eine Unterversorgung bei der Primär- und Sekundärprävention und der Qualität der Betreuung durch den Arzt. Mit anderen Wor-

ten: Versicherte werden häufig zu wenig über die Gefahren aufgeklärt und zu wenig bei der Verhaltensmodifikation unterstützt, sie werden oft nicht optimal medikamentös behandelt und ärztlich nicht so betreut, wie es neueste wissenschaftliche Erkenntnisse empfehlen.

Die wirtschaftlichen Folgen dieses Missverhältnisses sind bedeutsam. Die finanziellen Auswirkungen der KHK könnten – bezogen auf das Jahr 1994 – um 20-30% beziehungsweise 3 bis 4 Mrd. DM reduziert werden. Der Rat empfiehlt, die Bemühungen in der Prävention der koronaren Herzkrankheit wesentlich zu stärken und im Rahmen eines umfassenden „Nationalen Herz-Kreislauf-Programms“ zu bündeln. Zudem sollte die Behandlung des Bluthochdrucks und der KHK sich verstärkt an evidenzbasierten Leitlinien orientieren.

### 3. Schlaganfall

(vgl. Kapitel 9)

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. 5 Jahre nach dem ersten Hirninfarkt leben noch rund 40 bis 50 % der Betroffenen. Jährlich treten in Deutschland zwischen 120.000 und 350.000 neue Schlaganfälle auf. Es wird geschätzt, dass in Deutschland ca. 1 bis 1,5 Millionen Menschen an den Folgen eines Schlaganfalls leiden. Damit liegt Deutschland international auf dem Niveau vergleichbarer Länder. Auffallend ist, dass Menschen in unteren sozialen Schichten überproportional häufig einen Schlaganfall erleiden. Der Schlaganfall stellt in Deutschland die häufigste Ursache für eine lebenslange Behinderung im Erwachsenenalter dar.

Die Risikofaktoren für den Schlaganfall sind weitgehend übereinstimmend mit den Risikofaktoren für andere kardiovaskuläre Erkrankungen. Für die Prävention ist deshalb die Förderung eines gesunden Lebensstiles von entscheidender Bedeutung. Eine herausragende Bedeutung für die Prävention des Schlaganfalls nimmt der Blutdruck ein. Eine auf den individuellen Patienten abgestimmte Erreichung eines Blutdruckzieles ist daher für eine wirksame Primärprävention notwendig. Die große Nachfrage in der Bevölkerung nach fundierter Information und Unterstützung sollte auch durch die Krankenkassen befriedigt werden. Insbesondere gezielt für Risikogruppen sollte darüber hinaus der Handlungsbedarf in der akuten Erkrankungssituation vermittelt werden. Obgleich ein möglichst schneller Therapiebeginn nach Schlaganfall herausragend wichtig ist, werden nur 50 % aller Patienten mit der Verdachtsdiagnose eines akuten Schlaganfalles innerhalb von sechs Stunden nach Symptombeginn in ein Krankenhaus aufgenommen.

Im Bereich der Therapie werden intensiv Konzepte sogenannter Stroke-Units erprobt und diskutiert. Stroke Units sind zum einen intensivmedizinisch-neurologische Fachabteilungen in Krankenhäusern, zum anderen auch rehabilitativ ausgerichtete Einrichtungen, in denen der Schwerpunkt auf der Mobilisierung funktioneller Leistungsreserven durch Training liegt. Während bei ersteren eine signifikante Verbesserung der Ergebnisqualität noch nicht festgestellt werden konnte, ist für rehabilitative Stroke-Units eine bessere Wirksamkeit nachgewiesen. Die Verbesserung der Frührehabilitation von Schlaganfallpatienten hat den größten Anteil an dem in der Vergangenheit beobachtbaren Fortschritten der Therapie. Eine flächendeckend ausreichende Versorgungsdichte sollte deshalb gewährleistet werden.

Es bestehen ernsthafte Hinweise, dass an den Schnittstellen der Versorgungsketten Fehlversorgung besteht. Die Abläufe bei der Einweisung von Patienten (Hausärzte, Rettungsdienst, Krankenhäuser) sind nach wie vor schwerfällig und nicht systematisch organisiert. Die Auswahl der erstbehandelnden Einrichtung für Schlaganfallpatienten erfolgt in der Regel nicht leitlinienorientiert, sondern nach informellen, regional vereinbarten Einweisungsplänen. Grosse Anstrengungen sollten deshalb auf eine an den Erfordernissen und Bedürfnissen des Patienten orientierte Vernetzung der Versorgungsketten gelegt werden. Insbesondere die wohnortnahe Rehabilitation sollte gestärkt werden.

#### **4. Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung**

(vgl. Kapitel 10)

Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Bronchitis haben ein großes, zukünftig noch zunehmendes Gewicht in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die Häufigkeit des (meist allergischen) Asthma bronchiale bei Kindern in unserem Land wird auf ca. 10 % geschätzt; bei Erwachsenen liegt sie bei etwa 5 %. Von einer weiteren Zunahme vor allem der allergischen Formen dieses Krankheitsbildes wird ausgegangen. Etwa 2 bis 3 Mio. Deutsche leiden an einer chronisch obstruktiven Bronchitis, die in ca. 90 % auf das Tabakrauchen zurückzuführen ist. In der deutschen Todesursachenstatistik rangiert diese Diagnose auf Rang 9. Die direkten und indirekten Kosten von Asthma und chronischer Bronchitis in Deutschland werden auf etwa 17 bis 20 Mrd. DM pro Jahr geschätzt.

Aus Sicht des Rates sind wesentliche Verbesserungen in der Primärprävention allergischer Erkrankungen wie des Asthma bronchiale durch verbesserte Beratung der Eltern z.B. in Bezug auf Stillen, Vermeiden der Exposition gegenüber Tabakrauch, Hausstaub und Tierhaaren dringend geboten. Der Rat sieht zudem ernstzunehmende Hinweise auf Qualitätsmängel bei der Indikationsstellung und Durchführung der Allergiediagnostik und der Hyposensibilisierungsbehandlungen.

Nach Auffassung des Rates ist zudem die historisch gewachsene Struktur der pneumologischen Versorgung in Deutschland nachhaltig verbesserungsbedürftig. Er empfiehlt daher u.a. eine verbesserte berufsbegleitende pneumologische Weiter- und Fortbildung, sowohl für Hausärzte als auch für spezialärztliche Internisten und Pädiater und eine Optimierung der Strukturen für ambulante Patientenschulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Einrichtung von mehr selbständigen, bettenführenden pneumologischen Abteilungen an Akutkrankenhäusern. Intensivierte und verbesserte Patientenschulungen bei Asthmapatienten müssen flächendeckend als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden. Bei der Pharmakotherapie des Asthma liegen nach Auffassung des Rates hinreichend sichere Hinweise darauf vor, dass z.B. eine Basistherapie mit inhalativen Kortikoidpräparaten zu selten durchgeführt wird. Insgesamt erfolgt die Umsetzung von evidenzbasierten Therapieleitlinien unzureichend, obwohl diese seit längerem auch in Deutschland vorliegen.

Die Diagnose und Behandlung der chronisch obstruktiven Bronchitis erfolgen sehr häufig zu spät und nicht leitliniengerecht. So finden sich z.B. zahlreiche Hinweise auf eine Unterversorgung mit Gripeschutzimpfungen und Schulungen zum richtigen Umgang mit Medikamenten. Über- bzw. Fehlversorgung besteht dagegen nach Auffassung des Rates beispielsweise bei der Verordnung

von Kortikoidpräparaten ohne Nachweis der individuellen Wirksamkeit, schleimlösenden Medikamenten oder kurzwirksamen Bronchodilatoren. Gerade auch Patienten mit obstruktiver Bronchitis werden unzureichend mit für sie wichtigen Interventionen wie Raucherentwöhnung, Trainingstherapie und Rehabilitation versorgt, weshalb der Rat deren verstärkten Einsatz fordert.

Zur Prävention der chronischen Bronchitis und ihrer Folgen ebenso wie zur Vorbeugung vor Lungenkrebs und Herz-Kreislaufkrankungen fehlen in Deutschland angemessene Angebote zur Reduktion des aktiven und passiven Tabakrauchens. 37,3 % der erwachsenen Männer und 27,9 % der erwachsenen Frauen rauchen. Insbesondere die Anteile rauchender Kinder, Jugendlicher und Frauen steigen. Der Rat empfiehlt daher nachdrücklich die Entwicklung und Umsetzung einer Nationalen Anti-Tabak-Kampagne für Deutschland.

## 5. Rückenschmerzen

(vgl. Kapitel 11)

Rückenleiden zählen in Deutschland zu den häufigsten Beschwerdebildern und Behandlungsanlässen. Die Punktprävalenz in der Bevölkerung beträgt ca. 27 - 40%, die Lebenszeitprävalenz ca. 70%, und der Anteil chronisch Leidender zwischen 8 und 10%. Personen in unteren sozialen Schichten und/oder mit anhaltend hohen physischen und psychischen Belastungen innerhalb wie außerhalb der Arbeitswelt tragen ein erheblich erhöhtes Erkrankungs- und Chronifizierungsrisiko. Die direkten und indirekten Kosten der Rückenbeschwerden werden für Deutschland auf jährlich ca. 50 Mrd. DM geschätzt.

Der Rat konzentriert sich im vorliegenden Gutachten auf die unkomplizierten Rückenschmerzen, die ca. 85% des rückenbezogenen Krankheitsgeschehens ausmachen und für die bei Abwesenheit konkreter Gefahrenindikatoren („red flags“) unaufwendige Diagnostik und – ggf. durch einfache Analgetika gestützte – aktivierende Therapien indiziert sind.

Im Gegensatz dazu weisen die Befragungsergebnisse auf erhebliche Überversorgung mit bildgebender und klinisch-chemischer Diagnostik, auf erhebliche Fehlversorgung durch ambulant wie stationär passivierende Therapien sowie durch Injektionen, chirurgische Eingriffe etc., dagegen auf Unterversorgung mit Physiotherapie, Manualtherapie und wohnortnaher, insbesondere ambulanten Rehabilitation hin. Der Rat empfiehlt deshalb, unkomplizierte Rückenschmerzen als prioritäre Erkrankung für Qualitätssicherung zu wählen, um auf diese Weise zunehmend eine leitliniengerechte Diagnose, Therapie und Rehabilitation zu gewährleisten. Auch empfiehlt der Rat, Disease-Management-Programme für Rückenschmerzen zu etablieren.

Da der Primär- und Sekundärprävention eine erhebliche und derzeit noch unterschätzte Bedeutung beim Umgang mit Rückenschmerzen zukommt, hat sich der Rat schwerpunktmäßig der Prävention einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung („erweiterter Arbeitsschutz“) zugewandt.

Für die meisten der heute angebotenen Produkte und Maßnahmen zur Prävention von Rückenschmerzen (Kreuzgürtel, Korsette, Informationen) gibt es keine belastbaren Nachweise der Wirksamkeit. Das gilt auch für die sehr häufig angebotenen primärpräventiv gemeinten Rückenschulen mit und ohne konkreten Bezug zur Belastungs- bzw. Arbeitssituation. Der Rat empfiehlt daher, dass Krankenkassen keine primärpräventiven Rückenschul-Programme anbieten.

In Lebensqualität messbare und kosteneffektive Wirkungen können dagegen mit hochgradig zielgruppenspezifischen Rückenschulen bei rezidivierenden und chronischen Rückenleiden erzielt werden. Obwohl auch deren Effekte nach einigen Jahren ‚ausgewaschen‘ scheinen, rechtfertigt bereits der in diesem Zeitraum erzielbare Gesundheitsgewinn den Aufwand. Der Rat empfiehlt den Kassen verstärkt solche Programme anzubieten und zu evaluieren.

Als derzeit erfolgversprechendsten Ansatz der Primärprävention sieht der Rat - neben regelmäßiger und rückengerechter sportlicher Betätigung - die in den letzten Jahren in Deutschland entwickelten Modelle der betrieblichen Gesundheitsförderung an.

Diese Modelle zielen darauf ab, auf Basis sorgfältiger Problemanalysen unter Einschluss der Erfahrungen und der Wahrnehmung der Beschäftigten in einem transparenten und partizipativen Prozess (z.B. in Gesundheitszirkeln) gesundheitlich veränderungsbedürftige Schwachpunkte der betrieblichen Umwelt im Hinblick auf technisch-ergonomische, organisatorische und betriebsklimatische Aspekte zu identifizieren und abzubauen. Mithilfe solcher, v.a. von einigen großen GKV-Verbänden seit 1989 entwickelter Modelle kann nach vorläufigen Evaluationen die Rate krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeitsfälle für mindestens drei bis fünf Jahre um 22 - 36% und die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage um 43 - 78% reduziert werden.

Die Veränderungen im Arbeitsschutzrecht (Arbeitsschutzgesetz und Reform des SGB VII im Jahre 1996, § 20 SGB V seit 1989, novelliert 2000) haben die Legitimation und die Realisierungschancen für solche Projekte verbessert. Erhebliche Schwierigkeiten gibt es jedoch noch in der Rollenverteilung und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren, v.a. Arbeitgeber (unterstützt vom betrieblichen Arbeitsschutz unter Berücksichtigung der Mitbestimmungsrechte der Belegschaft), staatliche Normgebung und Kontrolle, Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie eines eigenständigen Präventionsauftrages, Krankenkassen als eingeführte Initiatoren und Moderatoren solcher Projekte.

Aber auch diese Faktoren können die mit einigen hundert Modellen immer noch sehr geringe Verbreitung des Wissens und der Praxis dieser wichtigen Möglichkeit der Gesunderhaltung nicht vollständig erklären.

Der Rat empfiehlt deshalb, Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einem partizipativen und mehrdimensionalen Ansatz zur Verhältnis- und Verhaltensprävention im Rahmen evaluierbarer Modelle vermehrt durchzuführen und diese Praxis ggf. schrittweise in die ‚normalen‘ betrieblichen Strukturen und Abläufe zu integrieren.

## **6. Lungenkrebs und Nationale Anti-Tabak-Kampagne**

(vgl. Abschnitt 12.1)

An Lungenkrebs erkranken in Deutschland pro Jahr gut 37.000 Menschen. Damit ist er die häufigste Krebserkrankung bei Männern und gehört zu den fünf häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen. In mindestens 90 % der Fälle ist der Lungenkrebs bei Männern auf das Tabakrauchen zurückzuführen. Nur 9 % der Männer leben nach Diagnosestellung noch länger als 5 Jahre; bei den Frauen sind es 17 %. Unter Einbeziehung anderer Krankheiten, an deren Entstehung das Tabakrauchen ebenfalls wesentlich beteiligt ist (Malignome des Mund-Nasen-Rachenraumes des Kehlkopfes, der Speiseröhre etc.; koronare Herzerkrankung; chronische, obstruktive Lungenerkrankungen; Pneumonie; Schlaganfall usw.), summierte sich die tabakbezogene Mortalität schon 1993 auf über 100.000 vorzeitige Todesfälle mit ca. 1,5 Mio. verlorenen Lebensjahren.

Der Rat sieht im gesundheitspolitischen Umgang mit Tabak- und insbesondere Zigarettenrauchen ein eklatantes und besonders wichtiges Beispiel für die nahezu durchgängige Unterversorgung mit primärer Prävention in Deutschland und unterbreitet im vorliegenden Gutachten auch konkrete Vorschläge für eine nationale Anti-Tabak-Politik.

Eine rasche und deutliche Absenkung des Tabak- und v.a. des Zigarettenrauchens ist nicht durch einfache Gefahren-Warnung bzw. -Aufklärung oder isolierte Einzelmaßnahmen zu erreichen, sondern nur durch konzertierte, langfristige und multimodale Kampagnen auf der Basis verbindlicher politischer Entscheidungen und der Beteiligung zahlreicher Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Anti-Tabak-Kampagnen verfolgen im Wesentlichen drei Ziele:

- Nichtraucherliche Personen vom Einstieg in das Rauchen abzuhalten (primäre Prävention des Tabakrauchens). Im Fokus stehen dabei Jugendliche, da diese besonders gefährdet sind, sich zum Rauchen verleiten zu lassen und durch die Gewohnheit zum Raucher und dann abhängig zu werden;
- bereits rauchende Personen vom Rauchen abzubringen bzw. ihren Konsum einzuschränken (Raucherentwöhnung, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention);
- die Allgemeinbevölkerung vor unfreiwilliger Passivrauchexposition zu schützen (primäre Prävention der Passivrauchexposition).

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. Als weitere Elemente einer umfassenden Anti-Tabak-Kampagne werden vom Rat u.a.

folgende Maßnahmen angesehen: Massenmedienkampagnen, dezentrale, d.h. zielgruppen-, regional oder setting-bezogene Programme, Preiserhöhungen, Werbeverbote, Verkaufsbeschränkungen, Abschaffung von Zigarettensautomaten, örtliche Rauchverbote und Schaffung rauchfreier Zonen, Eindämmung des Schmuggels etc.

Die Kosten einer umfassenden Anti-Tabak-Kampagne werden auf jährlich 30 bis 40 Mio. DM geschätzt. Dieser Aufwand sollte primär unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, dass er schon mittelfristig dazu beitragen kann, Kosten im Gesundheitswesen und in der Krankenversorgung zu senken.

Der Rat spricht sich nachdrücklich für einen Neuanfang in der Anti-Tabak-Politik in Deutschland aus. Es ist Zeit für die Entwicklung und Umsetzung einer wirksamen Nationalen Anti-Tabak-Strategie. Diese soll vorrangig drei Ziele verfolgen:

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

Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Kampagne um so erfolgreicher ist, je mehr sie den Kriterien der Konsistenz und der Integration genügt. Konsistenz impliziert, Botschaften wie „rauchfrei ist besser“ oder „rauchfrei – wir schaffen das“ nicht nur in der gesamten Bevölkerung bekannt zu machen, sondern möglichst alle politisch zu beeinflussenden Verhaltens-Anreize so zu gestalten, dass die Befolgung dieser Maxime erleichtert, ihre Nichtbefolgung erschwert wird. Positive Anreize genießen dabei Vorrang gegenüber Sanktionen. Eine Anti-Tabak-Politik kann als integriert bezeichnet werden, wenn die Aufgaben so verteilt sind, dass alle Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens die von ihnen zu leistenden Beiträge auch tatsächlich erbringen können. Der Rat verweist auf vorbildhafte Kampagnen des Auslands und auf die erfolgreichen Erfahrungen mit der öffentlich gesteuerten, aber weitgehend dezentral organisierten Aids-Prävention in Deutschland.

Die geforderte Anti-Tabakpolitik muss auch mit dem ebenfalls vom Rat empfohlenen „Nationalen Herz-Kreislauf-Präventionsprogramm“ vernetzt werden. Dies sollte auch Thema der breit und öffentlich zu führenden Debatte über Gesundheitsziele in Deutschland sein.

## 7. Brustkrebs

(vgl. Kapitel 12.2)

Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen und für etwa 26 % aller Krebsneuerkrankungen und ca. 18 % aller Krebstodesfälle verantwortlich. Jährlich erkranken in Deutschland ca. 46.000 Frauen an Brustkrebs, ca. 18.000 sterben daran.

In der Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom bestehen Defizite, welche die gesamte Versorgungskette (Früherkennung, Diagnose, Behandlung, Nachsorge) betreffen. Aus diesem Grunde greifen Bemühungen, nur einen Teil der Versorgungskette (insbesondere das Mammographie-Screening) qualitativ zu verbessern, zu kurz.

Obwohl die mammographische Früherkennung 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. IGEL-Leistung angeboten. Diese Versorgungspraxis ist medizinisch fragwürdig, da dieses nicht hinreichend qualitätsgesicherte Mammographie-„Screening“ aufgrund einer zu hohen Rate falsch-positiver und falsch-negativer Befunde sowie Qualitätsmängeln in der nachgeschalteten Versorgungskette den Frauen nachweislich mehr schadet als nützt. Der Rat appelliert an Ärzteschaft und Kassen, das ‚graue‘ Screening zu unterbinden und die Screening-Mammographie aus dem Katalog der IGEL-Leistungen herauszunehmen.

Nachdem die Ergebnisse der Deutschen Mammographiestudie schon seit 1994 vorliegen, befürwortet der Rat stattdessen mit Nachdruck die nunmehr zügige Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings in Deutschland, bei dem die Vorgaben der Europäischen Leitlinien strikt umgesetzt werden, u.a. im Hinblick auf die geforderte jährliche Mindestfrequenz von 5.000 Mammographien jährlich und die Doppelbefundung. Der Rat fordert ferner die organisatorische und strukturelle Anbindung des Mammographie-Screenings an bestehende Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte unter Einbindung ausgewählter vertragsärztlicher Kompetenz. Notwendig ist auch eine Anbindung der Programme an Krebsregister.

Hinsichtlich der ‚kurativen‘ Mammographie sollten durch den Koordinierungsausschuss (§ 137e SGB V) einheitliche sektoren-, professionen- und institutionenübergreifende Qualitätsrichtlinien geschaffen werden, die alle Bereiche der mammographischen Diagnostik abdecken. Die Regelungen sollten den Vorgaben der Europäischen Leitlinien sowie international anerkannter Proto-

kolle genügen und in ein einheitliches Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept für die gesamte mammographierende Einrichtung münden.

Im Hinblick auf die Therapie existieren ernst zu nehmende Hinweise auf erhebliche, medizinisch nicht erklärbare Variationen und Abweichungen von anerkannten Behandlungsleitlinien. In den Feldstudien fiel u.a. auf, dass nur ein Teil der Patientinnen mit Tumorstadium T1M0 brusterhaltend behandelt und ein nicht unerheblicher Teil der brusterhaltend therapierten Patientinnen nicht bestrahlt wurde. Aus Sicht des Rates besteht ein dringlicher Handlungsbedarf, durch gezielte Qualitätsmaßnahmen eine leitliniengerechte und qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung von Frauen mit Brustkrebs zu gewährleisten.

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 § 137e SGB V grundsätzlich die Möglichkeit, die Diffusion medizinischer Innovationen sektorenübergreifend anhand verbindlicher, evidenzbasierter Richtlinien zu steuern.

Aus internationalen qualitativ hochwertigen (randomisierten) Studien liegen seit Mitte der 90er Jahre hinreichend gesicherte Erkenntnisse über die medizinische Gleichwertigkeit einer symptomorientierten klinischen Nachsorge gegenüber einer aufwendigen konventionellen apparativ-technischen Nachsorge vor. Aus diesem Grunde mahnt der Rat die zügige und flächendeckende Umsetzung einer symptomorientierten Brustkrebsnachsorge ohne ‚apparative Überversorgung‘, aber mit begleitender psychosozialer Betreuung an.

## **8. Übergreifende Aspekte der Versorgung von Krebskranken**

(vgl. Kapitel 12.3)

Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland wird für 1997 auf 164.900 bei Männern und auf 173.400 bei Frauen geschätzt. 1.740 der Neuerkrankungen entfallen auf Kinder unter 15 Jahren.

Die Überlebenschancen von Krebskranken sind in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Krebserkrankungen, die zwischen 1985 und 1988 diagnostiziert wurden, betrug für Männer durchschnittlich 40 % und für Frauen 53 %.

Krebserkrankungen stellen die zweithäufigste Todesursache im Kindes- und im Erwachsenenalter dar. Das mittlere Sterbealter krebskranker Männern lag 1999 bei 69,5 Jahren und damit 0,9 Jahre unter dem durchschnittlichen Sterbealter der männlichen Gesamtbevölkerung (70,6 Jahre). Bei krebskranken 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 für Menschen in unteren sozialen Schichten.

Der Rat hält die Potentiale der primären Prävention von Krebserkrankungen für noch bei weitem nicht ausgeschöpft. Er bekräftigt seine Empfehlungen des Bandes I, Prävention im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und einer verstärkt zu etablierenden intersektoralen Gesundheitspolitik stärker zu gewichten.

Es gibt ferner hinreichend sichere Hinweise, dass die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zur Krebsfrüherkennung derzeit Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko nicht genügend erreichen. Der Rat betrachtet die Wirksamkeit der Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs als hinreichend gesichert. Er empfiehlt daher, für Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko haben, an Gebärmutterhalskrebs oder Darmkrebs zu erkranken, gezielte Verfahren zur Einladung zu den entsprechenden gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen zu etablieren.

Die Zahl der Krebspatienten mit chronischem Schmerz in Deutschland wird auf ca. 220.000 geschätzt, während die Zahl der mit problematischen chronischen Schmerzen lebenden Personen insgesamt auf ca. 800.000 geschätzt wird. Es gibt hinreichend sichere Hinweise, dass Schmerzen bei vielen Krebskranken nicht ausreichend behandelt werden.

Das Ziel der Schmerzfreiheit bzw. der wirksamen Schmerzlinderung kann bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten mit krebsbedingten Schmerzen erreicht werden. Dennoch wird nur ein

Teil der Tumorschmerzpatienten ausreichend behandelt. So zeigten beispielsweise Auswertungen einer repräsentativen Stichprobe in Bremen, dass lediglich 20 % der Krebspatienten im letzten Lebensjahr jemals eine Schmerztherapie mit starken Opioiden erhielten.

Der Rat begrüßt in diesem Zusammenhang die vielfältigen 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

Der Rat empfiehlt, der Schmerztherapie im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen einen größeren Stellenwert zu geben. Es gilt insbesondere, das Verständnis zu vermitteln, dass akuter Schmerz und chronische Schmerzkrankheit eigenständige Behandlungsaufträge darstellen, und auf die Wirksamkeit und Notwendigkeit einer leitliniengerechten Opiattherapie hinzuweisen.

## 9. Depression

(vgl. Kapitel 13)

Depression ist eine sehr schwerwiegende und zugleich eine der häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung. Die Lebensqualität der Patienten ist oft so stark beeinträchtigt, dass ein hohes Selbstmordrisiko besteht. Depressionen verursachen neben dem Leiden der Patienten hohe indirekte Kosten durch eingeschränkte Arbeitsproduktivität, Arbeitsunfähigkeit und durch Frühberentung. Die aktuelle Versorgung ist diesen Herausforderungen jedoch bislang nicht ausreichend gewachsen.

Die Befragungen und Analysen des Rates, die sich vorrangig auf die hausärztliche Versorgung und Depressionen bei alten Menschen beziehen, ergeben folgendes Bild:

- Psychisch Kranke und speziell Depressive leiden subjektiv und objektiv unter Stigmatisierung und mangelnder Akzeptanz ihrer Krankheit durch die Gesellschaft. Ihre Leiden bleiben infolgedessen häufig hinter einer Mauer aus Scham und Schweigen verborgen.
- Als inakzeptabler Missstand ist es zu werten, dass bei ca. einem Drittel der Patienten die Depression nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte nicht konsequent und entsprechend wissenschaftlichen Empfehlungen behandelt wird. Besonders häufig bleiben Depressionen z. B. bei jungen Männern unerkannt. Hinzu kommt, dass Hausärzte depressive Patienten häufig nicht oder nicht zeitgerecht in eine spezialärztliche Weiterbehandlung überweisen.
- Alarmierend ist die Situation bei Hochaltrigen in Alten- und Pflegeheimen, von denen mehr als ein Drittel an einer Depression leiden und die in großem Umfang nicht sachgerecht behandelt werden.
- Hinzu kommen strukturelle Defizite, da insbesondere teilstationäre Einrichtungen und gerontopsychiatrische Zentren fehlen sowie vorhandene Institutionen, z. B. sozialgerontologische Dienste unzureichend in die Versorgung eingebunden sind.

Der Rat empfiehlt eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte. Zur Unterstützung für eine bessere primärmedizinische Versorgung depressiv Erkrankter schlägt der Rat Vergütungsanreize beim Nachweis entsprechender Qualitätsindikatoren der Behandlung vor.

Um der bedrückenden Situation in Alten- und Pflegeheimen entgegen zu wirken, empfiehlt der Rat eine routinemäßige Mitbetreuung durch gerontopsychiatrische Konsiliarärzte. Ergänzend zu

einer verbesserten medizinischen Behandlung muss sich der Betreuungsstil in Alten- und Pflegeheimen zu Gunsten einer aktivierenden Pflege und einer durchgreifenden Rehabilitation ändern.

Aus der Krankheit Depression ergeben sich nicht nur Anforderungen an die Medizin, sondern auch Aufgaben für die Gesellschaft: Die Bevölkerung muss eingehend über das Krankheitsbild informiert und Patienten müssen ermutigt werden Hilfe zu suchen. Der Rat sieht insbesondere in Fragen der Lebensgestaltung im hohen Alter eine gesellschaftliche Aufgabe, die nur zum Teil durch das medizinische Versorgungssystem gelöst werden kann. Hand in Hand mit einer verbesserten medizinischen Versorgung sollten deshalb Modelle für neue, vor allem aktivierende und die zwischenmenschliche Kommunikation fördernde Lebensformen im (hohen) Alter gesucht, erprobt und verallgemeinert werden.

## 10. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

(vgl. Kapitel 14)

Die Fluoridierung von Zahnpasta und Speisesalz, die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sowie die Individualprophylaxe im Rahmen der GKV haben in den letzten Jahren zu einer spürbaren Verbesserung der Mundgesundheit von jungen Menschen geführt. Der sogenannte DMF-T Wert (Decayed/Karies, Missing/Zahnverlust, Filled/Füllung, Tooth/Index bezogen auf die Zahnzahl) lag in Deutschland bei 12-jährigen im Jahr 1997 bei 1,7 und erreichte damit eindeutig das von der WHO gesteckte Ziel von unter 2. Die hier weiterhin bestehenden Defizite konzentrieren sich auf Gruppen von Kindern und Jugendlichen in unteren sozialen Schichten, was eine Ausrichtung der Prophylaxe- und Früherkennungsmaßnahmen auf Hochrisikogruppen nahelegt.

Wie auch die Aussagen der vom Rat befragten Organisationen bestätigen, weist der zahnärztliche Versorgungsgrad der Bevölkerung in Deutschland im internationalen Vergleich ein hohes Niveau auf. Obgleich sich die epidemiologische Datenbasis in den letzten Jahren verbessert hat, erlaubt sie nur in begrenztem Umfang valide Aussagen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Was die Angebotskapazitäten betrifft, fehlt es trotz einer in Deutschland hohen Zahl an Zahnärzten an solchen mit bestimmten Spezialausbildungen, wie z.B. Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie, präventive Zahnheilkunde. Zur Umsetzung zahnerhaltender, präventiver Strategien mangelt es im Vergleich zu anderen Ländern an weiterqualifizierten Zahnärzten und v.a. an entsprechendem Prophylaxepersonal.

Bei der Primär- und Sekundärprävention oraler Erkrankungen werden vor allem Möglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsförderung und einer breitenwirksamen Kollektivprophylaxe noch zu wenig genutzt, so dass hier insgesamt eine Unterversorgung vorliegen dürfte. Dies gilt vor allem für zielgruppenspezifische Primärprävention im Kindes- und Jugendalter sowie für Maßnahmen, die bei Karies auf Erfolge in höheren Lebensalterstufen abzielen und für Risikoabschätzungen und Monitoring parodontaler Erkrankungen bei Erwachsenen. Im Bereich der Tertiärprävention existieren noch zu wenig Anreize, invasive chirurgische und/oder prothetische Eingriffe durch geeignete Methoden der Zahnerhaltung und Parodontosebehandlung zu vermeiden. Eine Unterversorgung besteht insbesondere bei Personen mit hohem Risiko oraler Erkrankungen.

Im Bereich der restaurativen Zahnmedizin existiert eine umfangreiche Liste möglicher Überversorgungen, und auch im Bereich der Parodontologie können trotz Lücken in den GKV-Richtlinien relevante Überversorgungen angenommen werden. Erhebungen weisen darauf hin, dass die Möglichkeiten der Zahnerhaltung in der Kuration noch nicht in wünschenswertem Maße

genutzt und auch zu viele Überkronungen anstelle weniger invasiver Restaurationen vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang fehlt im Hinblick auf den Verbraucherschutz noch ein Konsens über eine bundesweit koordinierte Einrichtung neutraler und unabhängiger Patientenberatungsstellen unter Einbeziehung von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Verbraucherberatungsstellen bzw. –schutzverbänden und anderen Institutionen (u.a. nach § 65b SGB V). Ein Teil der Versorgungsprobleme wurzelt in den Vergütungs- bzw. ökonomischen Anreizstrukturen, aber auch in noch bestehenden Mängeln der Aus-, Fort- und Weiterbildung, die sich zu stark auf mechanisch-technische Fertigkeiten konzentriert und demgegenüber die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Erhaltung oraler Strukturen vernachlässigt.

Verschiedene Institutionen der deutschen Zahnärzteschaft bemühen sich derzeit um eine Beseitigung der Qualitätsdefizite und arbeiten zu diesem Zweck auch an einer Neubeschreibung des Leistungsspektrums der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dabei sollen auch sukzessive Leitlinien zur Patientenversorgung nach aktuellem Stand herausgegeben werden; die entsprechenden Aktivitäten stehen aber noch weitgehend am Anfang. Trotz noch vorhandener deutlicher Defizite in ihrer praktischen Umsetzung findet die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Kollektivprophylaxe für die Verbesserung der Mundgesundheit in nahezu allen relevanten Institutionen inzwischen Akzeptanz. Zudem besteht inzwischen weithin Konsens über Versorgungsdefizite in einigen Bereichen, wie z.B. der Parodontologie. 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.

Im Bereich Kieferorthopädie, deren Ausgaben im letzten Jahrzehnt überproportional hohe Wachstumsraten aufwies, existiert ein besonders weiter Ermessensspielraum für eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit. Die Behandlung mit kieferorthopädischen Maßnahmen überschreitet in der GKV mit über 60 % der Jugendlichen alle internationalen Normwerte, die zwischen 12,5 % und 45 % liegen. Diese auffälligen Relationen deuten auf Überversorgung hin. Der Rat empfiehlt eine Objektivierung der Befunderhebung mit Hilfe valider Indizes. Zudem dominieren in der Kieferorthopädie in Deutschland immer noch Behandlungen mit herausnehmbaren Apparaturen, obwohl festsitzende kostengünstiger sind und zu besseren Ergebnissen führen. Eine Neufassung der zahnärztlichen Vergütungsstrukturen sollte hier eine veränderte Honorierung vorsehen und zudem über Leistungskomplexe unnötigen Mengenausweitungen vorbeugen. Ergänzend sollte eine verbindlichere Gestaltung des Gutachterwesens hinzutreten.