Frühlingsforum Osteoporose

„Aus Schnitt- sollen Nahtstellen werden“

Anläßlich der zum diesjährigen Frühlingsforum Osteoporose von Amgen und GSK in München veranstalteten Podiumsdiskussion „Gemeinsam für den Patienten - Wege aus der Versorgungsmisere“ stellte sich zwischen den Vertretern von Betroffenen, Ärzten, Wissenschaftlern und Kassen schnell ein Konsens ein: Ein Durchbruch in der Osteoporose-Versorgung ist dringend nötig. Die Frage lautet indes wie so oft: Wer macht den ersten Schritt?

>> „Ich bin überzeugt, dass wir unbedingt einen Durchbruch brauchen“, zeigte sich die Vertreterin der Betroffenen, T. Schnell, die Leiterin einer Münchener Selbsthilfegruppe des BFO, recht kämpferisch. Zum einen müsste die derzeitige Versorgung verbessert werden, zum anderen seien „unglaubliche Veränderungen gerade in der Vorsorge“ nötig. Laut Schnells persönlicher (und von der Wissenschaft gedeckter) Beobachtung erkranken immer mehr Menschen an Osteoporose, wobei man diesen Zuwachs nur durch rechtzeitige Vorsorge verhindern könne. „Man muss die Kommunikation intensivieren und schon in den Schulen beginnen, die Kinder zu informieren und zeigen, was man an Bewegung, an Sport, an Ernährung schon im Kindesalter tun kann, um später nicht krank zu werden“, meint die Leiterin einer Selbsthilfegruppe, die nach eigenem Bekunden täglich unendlich viele Anrufe von Patienten erhält, die die Diagnose Osteoporose gestellt bekommen haben, dann telefonisch bei ihr landen und fragen: „Und jetzt, was nun?“, „Was soll ich machen?“ oder „Was ist der nächste Schritt?“. Die meisten Patientinnen bekämen nach ihrer Erfahrung als Erstes ein Biphosphonat verordnet, was wohl die Normalverordnung eines Arztes sei, der offensichtlich im Budget bleiben möchte, nach drei Wochen würden dann die ersten Darm- und Magenprobleme auftreten und die Betroffenen wüssten nicht mehr, was sie machen sollen. Die Betroffenen, meist Frauen um die 50 oder 60 Jahre, hätten oft eine große Familie und „können auf einmal nicht mehr so, wie von ihnen erwartet wird“, weiß Schnell aus vielen Gesprächen. Erschwerend hinzu käme, dass die Familie meist relativ wenig Verständnis für diese Krankheit habe. Schnell: „Diese Menschen landen bei uns und wir versuchen, ihnen erst mal wieder Mut zu machen und zu erklären, dass das Leben völlig normal weitergehen kann, wenn man sich darauf einstellt und aktiv bleibt.“ Diese Zuwendung, die laut Schnell „auch vom Zeitproblem her ein Arzt gar nicht geben kann“, würde sehr oft vermisst.

„Vor welcher Art Herausforderung stehen wir eigentlich?“, fragte Moderator Thomas Hegemann aus Heidelberg daher sicher nicht zu unrecht. Müsse man nicht nur im System etwas verändern, sondern sowohl in unserem Denk- als auch in unserem Gesundheitssystem, der Vorgehensweise und den Mustern der Versorgung? Seine Gretchenfrage an Holger Gothe, Professor an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH in Hall in Tirol: „Brauchen wir eine realistische Zielsetzung einer Extrapolation oder zeigen die Daten, dass wir den alten Denkrahmen, die alten Denkmuster sprengen müssen?“



Das seit Jahren bei Fachärzten etablierte „Frühlingssymposium Osteoporose“ mit einer aktuellen Podiumsdiskussion. V.l.n.r.: H. Gothe, J. Singhammer, H. Zempke, T. Schnell. K. Dreinhöfer und H. Potuschek.

Oft fehlt der Impact

Versorgungsforscher Gothe, früher bei IGES-Institut beschäftuígt, zeigte sich indes wenig optimistisch. Zwar freuten sich Versorgungsforscher und sicherlich auch Behandelnder, wenn sich in den letzten sechs bis sieben Jahren, die die aktuellen Studien abdecken würden, Effekte zeigen ließen, doch sei er ein bisschen enttäuscht. Es sei nicht nur eine Menge Zeit vergangen, sondern seine Kollegen und er hätten auch viele Veranstaltungen wie heute durchgeführt, seitdem die Ergebnisse der BEST-Studie vorlägen. Gothe, der auf dem Frühlingssymposium über „8 Jahre Leitliniengerechte Therapie: BESTe Aussichten für Osteoporosepatienten?“ referierte: „Die Enttäuschung, die man als Versorgungsforscher hat, ist die, dass sich nicht genug verändert oder getan hat in der Verbesserung der Therapie.“

Man müsse das ganze schon ein wenig beschleunigen, wenn man in fünf oder auch acht Jahren wieder eine Studie zu Osteoporose machen wolle, in der die Ergebnisse dann noch besser seien. Damit spricht er ein Problem der Versorgungsforschung generell an: Welchen tatsächlichen Impact hat sie - abgesehen vom sicher wertvollen Erkenntnisgewinn - wirklich auf die Versorgungsrealität? (Das ist übrigens eine Frage, der „Monitor Versorgungsforschung“ in den kommenden Ausgaben nachgehen wird.)

Wofür braucht es Versorgungsforschung, wenn sie nicht in eine Versorgungsstrategie mündet? Zur Zeit spüre man nach Hegemann „eine Überbetonung des Wirksamkeits-, des Efficiency-Gedankens“, anstatt aus den Ergebnissen von Versorgungsforschung wirklichen Nutzen unter Alltagsbedingungen und das möglichst gemeinsam mit Patienten zu entwickeln. Potuschek zumindest fühlt sich „inspiriert durch Versorgungsforschung“. Man müsste sich nun zusammensetzen und ein sehr dicht an Arzt und Patient befindliches Osteoporosenetzwerk politisch und monetär unterstützen, was doch ein Anfang sei.

Von dramatischen Zahlen für jeden Einzelnen, der eine Fraktur erleidet, spricht Prof. Dr. Karsten. E. Dreinhöfer, Vizepräsident des Berufsverbands der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und Mitgründer des „Fragility Fracture Networks“. Wenn man einen Einzelnen vor einer Fraktur bewahren könne, sei das ein valides Ziel, doch wenn man Zehn- oder gar Hunderttausenden helfen

könne, sei das ein fantastisches Ziel. Er denkt hier zu aller Erst an ein riesiges Hilfepotenzial, erst dann an ein ebensolches Einsparpotenzial.

„Wir haben eindeutige Studien, wir haben Medikamente und wir haben Patienten, die dank der Hilfe der modernen Medizin immer älter werden und die ihre legitimen Ansprüche an ein Altwerden in Würde haben“, sagt der niedergelassenene Arzt Dr. Andreas Zemke. Auch er möchte daher nicht in erster Linie von den Kosten sprechen, die zwar sicherlich ganz wesentlich seien, doch hier handele es sich um eine individuelle Betroffenheit. Sein Credo: „Wenn Menschen aufgrund der Fortschritte der modernen Medizin schon älter werden können, dann sollte das auch in Würde und mit möglichst wenig Beeinträchtigung geschehen."

Wie aus dem Konjunktiv „würde“ Realität werden könnte, erklärt Gerhard Potuschek, Landesgeschäftsführer Bayern der Barmer GEK. Er beschäftigt sich seit einiger Zeit nach eigenem Bekunden ganz intensiv mit dem Thema Osteoporose und der Versorgung in der Region Bayern. Mit den aktuellen Auswertungen stünde eine sehr valide Datenlage zur Verfügung, aus denen nun die richtigen Schlüsse gezogen und die richtigen Maßnahmen abgeleitet werden müssten.

Bei integrierten Verträgen sei die Kassenseite in der Vergangenheit sicher manches Mal zu zurückhaltend gewesen, sagt Potuschek selbstkritisch. Deshalb gelte für alle: Klare Spielregeln für beide Seiten, klare Verpflichtungen und klare Qualitätskriterien. Beachte man dies, bekomme man auch einen integrierten Versorgungsvertrag hervorragend zum Laufen.

Momentan führt Potuschtek jedoch mit einer Institution die Diskussion, dass es nicht zielführend sei, um „nach Möglichkeit viele zu beteiligen“, die Qualifikation abzusenken. Das sind nach Meinung des Landesgeschäftsführers Bayern der Barmer GEK „Schritte, die man in einer wohl verstandenen, zukunftsorientierten Versorgung von Osteoporosepatienten und -patientinnen“ nicht gehen kann. Hier habe er eine ganz klare Meinung und eine ebensolch klare Auffassung, die er der Körperschaft des öffentlichen Rechts als Institution auch so mitgeteilt habe.

Damit steht auf der anderen Seite sein bilateraler Vertragspartner für ein Modell der Osteoporose-Versorgung in Bayern auch schon fest. Mit diesem gemeinsam, habe er dem Landesgesundheitsrat Bayerns zugesagt, werde bis Mitte des Jahres eine Grundstruktur für einen integrierten Versorgungsvertrag mit den Beteiligten in Bayern stehen.

Aufgrund des Versorgungsstrukturgesetzes müsse aber noch das Bundesversicherungsamt und die Landesaufsicht prüfen, ob dieser Vertrag auch wirklich absolut wirtschaftlich ist, wovon er allerdings überzeugt ist. Potuschek: „Wir werden den Vertrag spätestens bis zum Jahresende realisiert haben.“ Wenn es nach ihm ginge, könne dieser aber auch schon zum 1. Oktober in Kraft treten.

Das alles verlangt vor allem zwei Dinge: Gemeinsames Wollen und Koordination. Das scheint nun vorhanden zu sein. Daher werde die Politik gerade in diesem Indikationsspektrum nicht einschreiten müssen, sagt er als Erwiderung auf Singhammers nur allzu deutliche Worte. Denn aus der Selbstverwaltung heraus käme derzeit Bewegung. Er sieht diese auf Kassenseite, aber auch auf jener der Ärzte. Der BAMRER-Landeschef prognostiziert, dass aus heutigen Schnittstellen schon in Jahresfrist Nahtstellen würden. Man werde „bis zum Ende des kommenden Jahres in Deutschland bereits relativ weit sein“. Was Singhammer freuen würde, der gleich zusagte: „Wir sind froh über Vorschläge aus dem Bereich der Selbstverwaltung, die die Unionsfraktion, für die ich sprechen kann, sehr gerne aufnehmen und versuchen wird, sie auch sehr schnell umzusetzen.“

Durchbruch oder Durchmogeln?

Frage ist nur, wie Moderator Hegemann einwirft, ob man eine kontinuierliche Weiterentwicklung im Sinne einer lediglichen Systemverbesserung haben möchte oder einen Durchbruch, der aus den Zahlen ablesbarer Dynamik vielleicht angemessener wäre. Potuschek hingegen ist nach eigenem Bekunden der Meinung, dass es ausreiche am System zu arbeiten, um so zu einem entscheidenden Durchbruch im System zu kommen. „Einen Durchbruchscharakter herzustellen, wird ungemein schwierig sein“, meinte der Vertreter der Krankenkassen-Seite, der nur zu gut weiß, wie schwierig es ist, ein Zusammenspiel, eine Kooperation, ja Gemeinsamkeiten aller an der Versorgung Beteiligten herzustellen. Angesagt sei jetzt, angesichts der hohen Aufmerksamkeit, die das Thema Osteoporose derzeit erfreulicherweise genieße, innerhalb des bestehenden Systems - auf Basis der Erkenntnisse der Versorgungsforschung - die nächsten Schritte zu gehen.

Johannes Singhammer, der stellvertretende CDU/CSU-Fraktionsvorsitzende, sieht es als nächste große gesellschaftliche Ausgabe an, „Weltmeister in der Prävention“ zu werden. Falls dieses Ziel verfehlt würde, sei das derzeit hohe Niveau des deutschen Gesundheitswesens, das bei aller Kritik besser sei als in vielen Nachbarländern, nicht zu halten.

Hier seien nach Worten des CSU-Politikers Gesellschaft wie Politik heute in einer günstigeren Situation als noch vor zwei Jahren: Für Prävention müsse man Geld in die Hand nehmen, was angesichts der aktuellen Kassenlage der GKV, die erstmals Überschüsse ausweise, vorhanden sei. Singhammers Aufruf: „Lasst uns versuchen, jetzt mal eine nachhaltige Politik zu machen. Lasst uns auch etwas Geld in die Hand nehmen, damit wir den Bereich Präventionen voranbringen.“

Zu einer solchen Präventions-Politik gehöre auch, nicht nur auf die Wahltermine zu blicken - „was wir gerne in der Politik tun“ -, eine „nachhaltige Präventionspolitik“ zu machen. Doch auch bei der aktuellen Versorgung von schon von Osteoporose betroffenen Menschen sieht der CSU-Politiker Nachholbedarf. Und droht ganz offensichtlich: „Sollten die Selbstverwaltungsgremien die Änderungen nicht herbeiführen, dann werden wir uns politisch einschalten.“

Frage ist nur: Wo? Und auf welcher Evidenzgrundlage? Für Versorgungsforscher Gothe stellt sich nicht das Problem mangelnder „Outcome“-Parameter - ob nun Endpunkte oder Surrogatparameter. Doch bei Prävention macht er ein Fragezeichen. Man müsste schon in der Versorgungsforschung etwas mutiger werden, um Zusammenhänge zwischen einem präventiven Vorgehen und Outcomes wie Verminderung von Leid oder Verminderung von Frakturen herstellen zu können. Gothe, der an die zaghaften Ansätze in der anfänglichen Entwicklung der Disease-Management-Programme zurückdenkt: „Wir müssten eine größere Bereitschaft an den Tag legen, ganzheitliche Konzepte, die vielleicht mit Prävention oder Ernährung, vielleicht schon im Kindergarten beginnen, zu evaluieren – und das über lange Zeiträume, nicht nur über ein paar Monate oder ein Jahr hinweg, um tatsächlich Ergebnisse eines Gesamtkonzeptes zeigen zu können.“

Suche nach Nahtstellen

Eine solche Nahtstelle ist beispielsweise die Diagnose der Erkrankung Osteoporose. Eine zweite sei der Übergang vom Hausarzt in die fachärztliche Behandlung, die derzeit letztendlich ungeregelt abläuft. Doch auch bei der Nachsorge müssen die Prozesse neu strukturiert werden.

Dieses sicher wünschenswerte Vorgehen wertet BVOU-Vizepräsident Dreinhöfer eher skep-

tisch. Ein solches von Potuschek angerissenes Konzept könnte frühestens in rund eineinhalb Jahren umgesetzt werden, wobei die Möglichkeiten, solches zu tun, die Verantwortlichen schon in den letzten 20 Jahren gehabt hätten. „Ich freue mich, wenn Sie das so optimistisch sehen“, meint Dreinhöfer, der aber - sollte die Kassenseite einen solchen Aufschlag machen, alle Beteiligten sofort aktiv dabei sieht. Und falls die Politik das Ganze möglicherweise auch noch mit finanziellen Anreizen versehen würde, würde das die Sache sicher auch stimulieren. Er denkt hier vor allem an im Ausland entstehende „Fractur-Liaisons-Services“, welche die Übergänge von einem Akut-Krankenhaus zum niederlassenen Arzt oder alternativ in ein Pflegeheim besser koordiniert. Dreinhöfer: „Das funktioniert nicht von alleine.“ So etwas funktioniere innerhalb des Systems nur, wenn man das System selbst optimiert oder eine Reform des Systems zum Beispiel durch Pay-for-Performance versuche. Es gäbe für ihn nur zwei Optionen: „Durchbruch oder Weiterdurchmogeln.“

Die Zeit dafür scheint reif zu sein. Während Potuschek in der Osteoporose-Versorgung bisher von einem eher „unkoordinierten Zusammenwirken“ spricht, diagnostiziert Dr. Zemke, rückblickend auf rund 17 Jahre Erfahrung in der Osteoporosebehandlung, von einer „schlechten Versorgungslage“. Er sieht derzeit einfach nicht die Schnittstellen oder Kommunikationsmöglichkeiten aller an der Zusammenarbeit Beteiligten - ob nun Patient, Arzt oder Krankenkasse. Auch hätten sich Ansätze der integrierten Versorgung beispielsweise zur Versorgung mit Hüftprothesen mit Ausnahme eines sehr rühmlichen Falles in einer einzigen Region bundesweit nicht durchgesetzt.

Seiner Meinung nach weisen den schlechten Versorgungsgrad gerade die schon diagnostizierten und die schon frakturierten Patienten auf. „Was fehlt denn?“, fragt er sich selbst und antwortet gleich: „Es fehlen nicht die Medikamente, die mittlerweile in einer Form vorliegen, mit der man Compliance und Persistence verbessern kann.“ Es fehlten auch keinesfalls die Spezialisten. Denn aus den verschiedensten Fachgruppen - ob Internisten, Endokrinologen oder Orthopäden - gäbe es inzwischen zusätzlich und auf eigene Kosten geschulte Fachleute - die Osteologen - mit besten Kenntnissen der Medikamentation. Es würde ihn, der seit vielen Jahren auch im Prüfungsgeschehen bei der KV tätig sei, aber doch befremden, wenn sich diese Spezialisten, die zusätzlich zum Facharzt für Orthopädie oder Unfallchirurg auch noch Osteologe seien, regelmäßig mit irgendwelchen Richtgrößen, Prüfungen oder auch Anträgen auf sonstige Schadensfälle auseinandersetzen müssten. „Wir müssten keine riesigen neuen Programme aufsetzen, wenn man die Spezialisten, die nun wirklich mehrfach bewiesen haben, dass sie Medikamente nicht wie Zuckerdragees aufschreiben, entsprechend behandeln lassen würde,“ ärgert sich Zemke.

Seiner Meinung nach müsste eine Osteoporosetherapie nach Leitlinie von vorne herein eine anerkannte Praxisbesonderheit nach Anlage 2 sein. Das sei etwas, das die Politik im Rahmen des entsprechenden Sozialgesetzbuches V - ähnlich schon anerkannter Besonderheiten wie Diabetes mellitus oder HIV - einpflegen könne. „Die Demografie zeigt uns, dass sich die Osteoporose sehr gut als Volkskrankheitsgruppe einordnen lässt“, sagt Zemke, der dafür plädiert, dass Behandler nicht länger bestraft werden dürften, wenn sie erkrankte Patienten behandeln - „da hätten wir schon sehr viel gewonnen und brauchen gar keine ganz neuen Gesetze.“ <<

Wer zu lesen versteht, besitzt den Schlüssel zu großen Taten.
Aldous Huxley

„Market Access & Health Policy“ eröffnet Einsichten, erschließt Perspektiven. 6 Ausgaben für 57 €.

market access & health policy

www.marketaccess-online.de
www.healthpolicy-online.de