Dr. med. Harald Herholz

Viele Fragen, kaum Antworten

Warum Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen endlich mehr Ergebnisse aus der Versorgungsforschung brauchen

Abstract

Versorgungsforschung fristet bislang in Deutschland ein Schattendasein. Dabei ist der Bedarf enorm. Betrachtet man die zahlreichen gesetzlichen Maßnahmen und die Einführung neuer Versorgungsmodelle, so ist nicht die Evaluation ihrer Effekte das größte Problem, sondern häufig die unklare Ausgangslage. Nutzer der Ergebnisse der Versorgungsforschung sind in erster Linie Kostenträger und – im ambulanten Bereich – Kassenärztliche Vereinigungen. Anhand des Beispiels der Versichertenstichprobe und speziell der Analyse der Kosten des Diabetes mellitus wird eindrücklich gezeigt, was Versorgungsforschung zu leisten im Stande ist.

Schlüsselbegriffe

Versorgungsforschung
Versichertenstichprobe Hessen
Personenbezogene Datenbasis
Gesetzliche Krankenversicherung
Kosten des Diabetes mellitus
Hausarztzentrierte Versorgung

>> Angesichts der Fülle klinischer Studien zu Arzneimitteln – von denen allerdings die wenigsten harte Evidenz und somit wertvolle Erkenntnis liefern – überrascht die geringe Anzahl an Studien zur Versorgungsforschung in Deutschland. Die Diskrepanz ist kaum zu rechtfertigen, geht es doch in der Versorgungsforschung um ebenso große Ausgabenbeträge und um vergleichbare Fragen der Versorgungsqualität wie in klinischen Studien.

Es muss sich etwas ändern: Die Versichertenstichprobe

Aus der Erkenntnis, mit mangelhaften Daten die Versorgung nur unzureichend konkret gestalten zu können, wurden die AOK Hessen und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen 1998 selbst aktiv und warteten nicht länger auf Ergebnisse externer Versorgungsforschung: Mit finanzieller Unterstützung des hessischen Sozialministeriums wurde das Projekt „Versichertenstichprobe" gegründet. Dabei handelt es sich um eine Zusammenführung von personenbezogenen Daten der AOK Hessen sowie der KV Hessen. Sie ist eine Stichprobe der Versicherten der AOK Hessen, die als Zufallsstichprobe mit einem Auswahlsatz von 18,75 % angelegt ist. Der ursprünglich geplante Beobachtungszeitraum von 1998 bis 2004 wurde bereits verlängert. Pro Jahr können rund 310.000 durchgängig Versicherte beobachtet werden.

Für die Stichprobenpopulation wurden sämtliche in der AOK Hessen und in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gespeicherten Daten personenbezogen erhoben, in einer Vertrauensstelle nach datenschutzrechtlichen Erfordernissen pseudonymisiert und an die Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (PMV) in Köln zur Auswertung weitergeleitet. Bei dieser Forschungsgruppe handelt es sich um ein interdisziplinäres Team unter Leitung von Frau Dr. Schubert mit den Arbeitsschwerpunkten Sekundärdatenanalyse, Versorgungsepidemiologie und Qualitätssicherung, gleichzeitig ist sie eine Mitgliedseinrichtung des Zentrums für Versorgungsforschung (Sprecher: Prof. Dr. Holger Pfaff).

Es standen neben den Stammdaten (Alter, Geschlecht, Versichertenzeiten und Versichertenart) die Behandlungs- und Kostendaten aus allen Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung (SGB V) sowie auch der Pflege (SGB XI) zur Verfügung. Eine Verknüpfung und Analyse der Daten erlaubt daher, retrospektiv komplette patientenbezogene Behandlungsverläufe zu erstellen und damit indirekte Aussagen über die Versorgungsqualität, zumindest aber zur Prozessqualität der ambulanten Versorgung, zu gewinnen.

Was leistet Versorgungsforschung? Ein Beispiel …

Für die Kostenträger wird die Versorgung von Diabetikern zunehmend ein Problem, da die Erkrankungshäufigkeit deutlich zunimmt. Negative Änderungen im Lebensstil – dazu gehören Bewegungsmangel, Adipositas und falsche Ernährung – fördern die Prävalenz des Diabetes, Tendenz weiter steigend. Die Lebenserwartung der Patienten steigt aufgrund der besseren Therapie – und damit steigt auch der Kostenanteil, der von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgung dieser Patienten verwendet wird. Diese Entwicklung ist für alle Länder mit einem hohen Lebensstandard zu beobachten.

In den Vertragsverhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kostenträgern gewinnen daher Studien zu den Kosten der Diabetikerversorgung eine immer größere Bedeutung. Wichtig ist dabei zu beachten, dass neben den Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung Aufwendungen – oft in noch größerem Umfang – auch in anderen Bereichen der Sozialversicherung anfallen, wie z. B. in der Rentenversicherung für Rehabilitationsmaßnahmen und in der Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit. Bei Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung fallen durch Verlust an Erwerbszeiten zusätzliche volkswirtschaftliche Kosten an.

Eine Untersuchung, die sich im Rahmen der Versichertenstichprobe mit den Kosten, die der Diabetes mellitus verursacht, und ihrer Verteilung befasst hat, ist die KoDiM-Studie. Hier erfolgte – dank des bisher in Deutschland einmaligen Ansatzes – eine vielfältige Aufteilung der ermittelten Kosten. So konnten die direkten den indirekten Kosten gegenüber gestellt werden. Zu den direkten Kosten zählen ambulante ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, stationäre Behandlung und Pflege; zu den indirekten Kosten gehören Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung.

Aber auch diabetesunabhängige Kosten konnten von diabetesabhängigen Kosten mit Hilfe eines Fall-Kontroll-Designs unterschieden werden. Hierbei wurde jedem Diabetespatienten ein alters- und geschlechtsgleicher Paarling aus der Versichertenstichprobe ohne Diabetes gegenüber gestellt. Dabei wurden in der Analyse die mittleren Kosten der Kontrollgruppe von denen der Diabetiker abgezogen. Die dritte Differenzierung erfolgte in der Stichprobe der Diabetiker: Kosten der Grundkrankheit und Kosten der Komplikationen wurden voneinander getrennt.

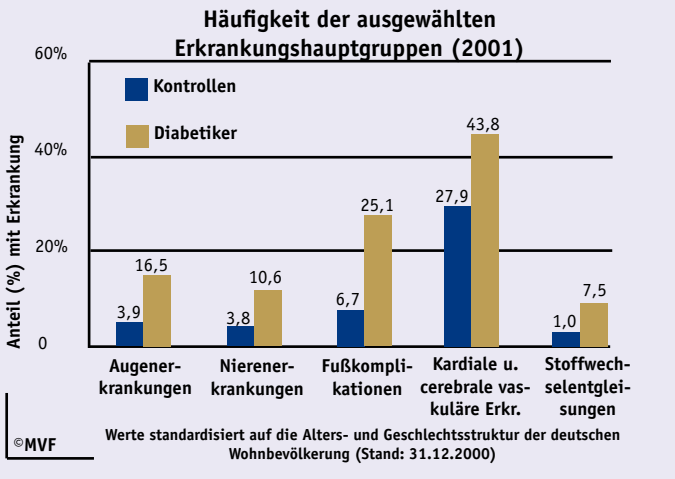
Mehr Komplikationen bei Diabetikern

Bei der Analyse der diabetesbedingten Komplikationen zeigte sich, dass Diabetiker mehr Komplikationen aufweisen im Vergleich zur Kontrollgruppe, in der diabetesunabhängig ebenfalls entsprechende Erkrankungen auftraten.

Das betrifft sowohl mikro- wie makrovaskuläre Komplikationen. Das mag zunächst nicht überraschen. Doch sind die konkreten Zahlen aufschlussreich: Zwei Drittel der Diabetiker hatten mindestens eine Komplikation, 20 % hatten sogar zwei, 7 % drei und 2 % vier oder fünf Komplikationen.

Herausragende Bedeutung der Herzinsuffizienz

Die Bedeutung kardialer und cerebraler Folgeerkrankungen ist seit längerem bekannt. Bei genauer Betrachtung ausgewählter Erkrankungsgruppen zeigt sich aber etwas für Kostenträger wie KV Überraschendes: Die Herzinsuffizienz hat im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen eine herausragende Bedeutung (Abb. 1). Auffällig, gleichwohl nachvollziehbar ist, dass im Erwerbstätigenalter der Diabetes als Ursache von makroangiopathischen Komplikationen größer ist als in höherem Lebensalter. So waren bei den bis 49-Jährigen 66 % der Herzinfarkte und Schlaganfälle auf den Diabetes zurückzuführen, in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen lag dieser Anteil bei 56 %. Mit zunehmenden Alter tragen auch zunehmend andere Faktoren zum Entstehen gefäßbedingter Erkrankungen bei.



Terminale Niereninsuffizienz am teuersten

Auch die Relevanz der Retinopathie und der Niereninsuffizienz als Komplikation wird in Abbildung 2 deutlich. Die höchsten Kosten entstehen dabei durch Nierenerkrankungen. Nur gut die Hälfte der direkten Komplikationskosten entsteht durch kardiovaskuläre Erkrankungen, gefolgt von nur wenig geringeren Kosten für Fußkomplikationen – ein Ergebnis, welches die Notwendigkeit der Etablierung von Fußambulanzen bzw. gezielter Behandlung dieser Komplikation unterstreicht.

Noch deutlicher wird der Handlungsdruck, wenn man die direkten Komplikationskosten je betroffenem Diabetiker in den Erkrankungsgruppen (Abb. 3) betrachtet: Die Kosten für Dialyse und Nierentransplantation liegen hier um ein Mehrfaches über allen anderen Kosten wie z.B. den für Amputation und Glaskörperblutung. Niere und Fuß – diese beiden Folgeorgane diabetischer Komplikationen mit ihren Kosten dürften bislang unterschätzt worden sein.

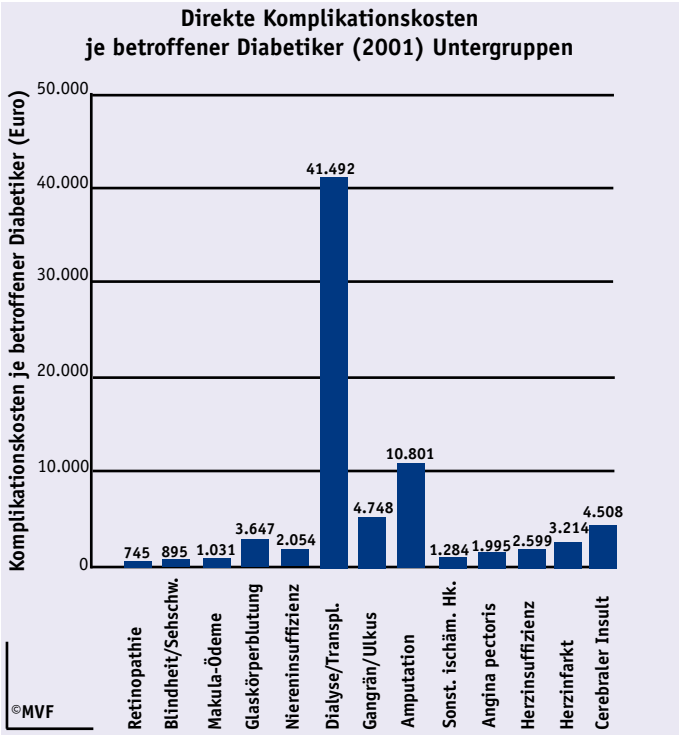
Komplikationen kosten das Dreifache

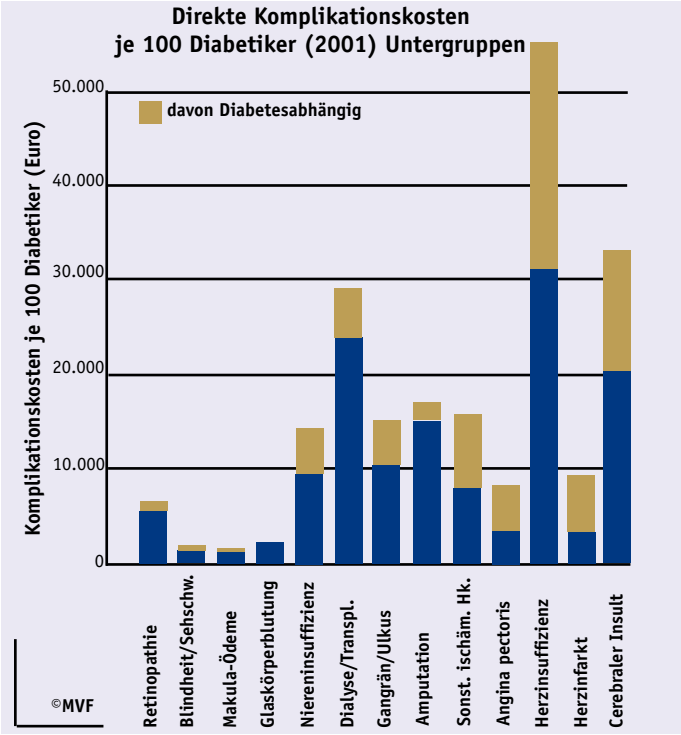
Rechnet man die ermittelten Kosten auf alle in Deutschland bekannten Diabetiker um, ergeben sich enorme Kosten von 25,9 Mrd. Euro im Jahr, diabetesabhängig sind davon 12,8 Mrd. Euro. Von diesen 49 % diabetesabhängigen Kosten entfallen nur 12 %, d.h. 3,2 Mrd. Euro, auf die Behandlung der Grundkrankheit – ein Aspekt, der insbesondere die Kostenträger

Abb. 1 (oben links): Häufigkeit der ausgewählten Erkrankungshauptgruppen

Abb. 2 (unten links): Direkte Komplikationskosten je betroffener Diabetiker

Abb. 3 (unten rechts): Direkte und diabetesabhängige Komlikationskosten je 100 Diabetiker





überraschte. Die Komplikationen hingegen schlugen mit der dreifachen Summe – 9,6 Mrd. Euro – zu Buche. Für den einzelnen Diabetiker ergeben sich daraus die in Abbildung 3 dargestellten Summen. Doch die direkten Kosten sind nur eine Seite der Medaille. Die indirekten Kosten eines Diabetikers, die durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung entstehen, reichen fast an die direkten Kosten für ambulante und stationäre Versorgung und Pflege heran – dieser Problemdruck ist daher noch viel größer als gemeinhin wahrgenommen.

Was bedeuten die Ergebnisse für Ärzte und Kassen?

Abbildung 4 relativiert mit eindringlicher Deutlichkeit den Kostenanteil der ambulanten ärztlichen Leistungen, aber auch der Kosten für Insuline und orale Antidiabetika, an den Gesamtkosten für Diabetiker. Die hingegen unerwartet hohen indirekten Kosten sowie die Kosten für Begleiterkrankungen machen deutlich, dass Prävention und frühzeitige Behandlung der Grunderkrankung essenziell sind. Derartige Analysen sind unbedingt erforderlich auch für zahlreiche andere Krankheitsbilder. Ebenso wie beim Diabetes mellitus dürften sich auch hier neue, unerwartete Blickwinkel auf die jeweiligen Erkrankungen und die mit ihnen verbundenen Kosten ergeben.

Die Ergebnisse der Versorgungsforschung aus der Versichertenstichprobe liefern der AOK Hessen und der KV Hessen jedoch nicht nur wichtige Erkenntnis für den zweifellos hochrelevanten Bereich Diabetes mellitus. Im Laufe der Jahre wurden zahlreiche andere Themen behandelt, wenn auch nicht immer in der gleichen Tiefe wie beim Diabetes mellitus. Weiter wurden Themenfelder bzw. Erkrankungen wie beispielsweise Demenz, Apoplex oder maligne Lymphome analysiert. Aber auch krankheitsunspezifische Betrachtungen wie die Folgenabschätzung der DRG-Einführung für den Leistungsbedarf im ambulanten Bereich konnten vorgenommen werden.

Hausarztzentrierte Versorgung

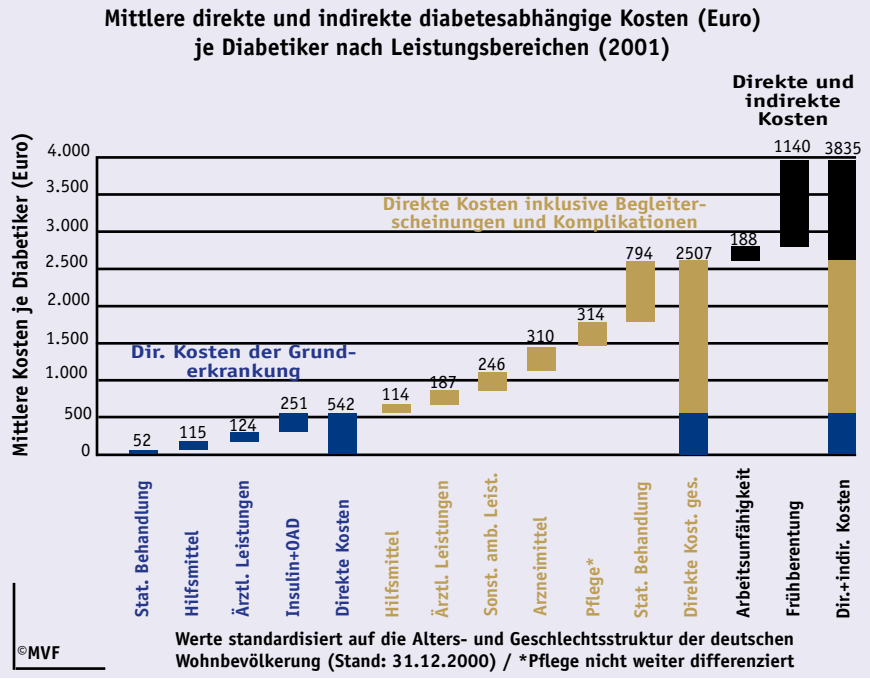
Versorgungsforschung hat also einen fassbaren Nutzen. Allerdings muss es dabei nicht immer um Kosten oder einzelne Krankheitsbilder gehen. Themen wie beispielsweise die neuen Versorgungsformen – und hier sei vor allem die Hausarztzentrierte Versorgung genannt – stellen ebenso wichtige Gebiete der Versorgungsforschung dar. Was derartige Versorgungsmodelle tatsächlich leisten, werden hoffentlich entsprechende Evaluationen zeigen. Doch häufig ist die Ausgangsbasis bei Einführung neuer Versorgungsmodelle unklar. Wie hoch ist der Anteil an Facharztkonsultationen mit Überweisung im Durchschnitt in Deutschland? Gibt es regionale Unterschiede? Worauf sind diese zurückzuführen? Und wie hoch ist die durchschnittliche Anzahl an konsultierten Hausärzten bzw. Fachärzten pro Versichertem? Wie wirkt sich diese Zahl auf Arzneiverordnungskosten aus? Besteht ein Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeitszeiten? Gibt es zudem einen Einfluss auf die Rate von Krankenhauseinweisungen? Alleine das Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung zeigt eindringlich den Bedarf an weiterer Versorgungsforschung in Deutschland.

Alleine das Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung zeigt eindringlich den Bedarf an weiterer Versorgungsforschung in Deutschland.

WSG

Betrachtet man zudem die kürzlich in Kraft getretenen wesentlichen Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG), so zeigt sich auch hier ein enormer Bedarf an Versorgungsforschung. Zahlreiche

Abb. 4: Mittlere direkte und indirekte diabetesabhängige Kosten



Literatur

Ihle, P./Köster, I./Herholz, H./Rambow-Bertram, P./Schubert, I.: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen – Konzeption und Umsetzung einer personenbezogenen Datenbasis aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen 2005; 67: 638-645.

Köster, I./ von Ferber, L./ Ihle, P./ Schubert, I./Hauner, H.:

Rathmann, W./ Haastert, B./ Icks, A./Löwel, H./Meisinger, C./Holle, R./ Giani, G.: High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: Target population for efficient screening. The KORA survey 2000. Diabetologica 2003; 46: 182-189.

Hauner, H./Köster, I./Schubert, I.: Trends in der Prävalenz und ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Deutsches Ärzteblatt 2007; 41: 2799-2805.

Themenfelder werden hier angeschnitten

- die Integrierte Versorgung und deren Anschubmittel (§§140 a-d SGB V), aber auch
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§73 c SGB V) sowie
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§37 b, 132 d SGB V),
- Themen wie Wahltarife in Kombination mit Versorgungsangeboten (§53 SGB V) oder
- die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser (§116 b SGB V),
- die Arzneimittelverordnung (§129 SGB V),
- die Ärztliche Vergütung (§§ 85 ff. SGB V) und
- der Gesundheitsfonds (§§ 220 ff. SGB V).

Es geht dabei keinesfalls nur um eine Evaluation der zahlreichen Maßnahmen (Gesetze) mit unklarem Effekt. Wichtiger ist: Die Ausgangslage ist oft unklar.

Fazit

Angesichts der zahlreichen, an Frequenz zunehmenden gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Umstellung unseres Gesundheitswesens überrascht der Mangel an klaren Daten zum gegenwärtigen Stand der Versorgung ebenso wie zu den Effekten der verschiedenen Interventionen.

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sind dabei klassische Anwender der Ergebnisse von Versorgungsforschung. Zur sinnvollen Gestaltung und vernünftigen Steuerung benötigen sie – ebenso wie ihre Vertragspartner, die Krankenkassen – ein besseres Bild über die Realität der Versorgung.

Ergebnisse der Versichertenstichprobe in Hessen zeigen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung und rationale Ausgabensteuerung ein besseres, d.h. transparenteres Bild über die Realität der Versorgungssituation als bisher voraussetzen. <<

Many questions, just a few answers

Why physicians as well as sickness funds and associations of panel doctors need more results from health services research

Despite a big need, there is little research on public health services research so far in Germany. Right now, the biggest problem is not the evaluation of the frequent changes and laws of the social security legislation and the German statutory healthcare system, but the lack of sufficient data to describe the status quo. Sickness funds as well as the regional Associations of Statutory Health Insurance Panel Doctors, both organs of self-government, benefit from the results of such research. Taking the example of the "patient-sample Survey of Hesse" and especially the study of the costs of diabetes mellitus, it becomes evident what benefit such research could supply to reach a more sustainable as well as appropriate care.

Keywords

public support and health services research
patient-sample survey of Hesse / Germany
German statutory healthcare system
costs of diabetes mellitus
CoDiM Study
primary physician model
gatekeeper model

Dr. med. Harald Herholz, MPH

ist seit 2004 persönlicher Referent des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen / Jahrgang 1963



Schwerpunkt seiner Arbeit sind die Gebiete Arzneimitteltherapie, Qualitätssicherung und neue Versorgungsformen. Nach dem Medizinstudium und klinischer Tätigkeit in der Rheumatologie Public-Health-Studium in Hannover bei Prof. F. W. Schwartz, anschließend Forschungsaufenthalt in der Abteilung für Epidemiologie der School of Public Health, University of Texas, Health Science Center at Houston / USA (Stipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes).

Lehrauftrag für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Fachhochschule Frankfurt am Main / University of Applied Sciences. Dozent am Studiengang „Health Care Management" an der Phillips-Universität Marburg. Dozent am Studiengang „Public Health" an der Medizinischen Hochschule Hannover. Wissenschaftlicher Leiter des Curriculums „Ärztliches Qualitätsmanagement" an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim. Freier Mitarbeiter der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) für Qualitätsmanagement-Projekte und Seminare im Gesundheitswesen bei der Entwicklungsarbeit in Afrika und Lateinamerika. Mitglied des Kuratoriums Richard-Merten-Preis. Mitherausgeber der Zeitschrift „Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis". Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Patientenrechte. Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen.