



**Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
im Auftrag
von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung**

Medizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland

Stellungnahme
zur Anfrage
des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

vorgelegt
durch die Vorsitzenden der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

Prof. Dr. med. J.-D. Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

und

Dr. med. M. Richter-Reichhelm,
Erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Köln, 8. September 2000

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
A. Vorbemerkungen.....	3
B. Bisher verfügbare Informationsquellen zur Einschätzung der Versorgungsqualität	7
C. Versorgungsbereiche mit Handlungsbedarf.....	8
D. Schlussfolgerung	10
Anlage 1: Defizitanalyse „Qualitätssicherung in der Allergologie“ der ÄZQ – Auszug.....	13
Anlage 2: Asthma bronchiale	14
Anlage 3: Depression	16
Anlage 4: Diabetes mellitus	18
Anlage 5: Hypertonie	20
Anlage 6: Rückenschmerzen.....	21
Anlage 7: Schlaganfall	23
Anlage 8: Tumorschmerzen	25

A. Vorbemerkungen

Die deutsche Ärzteschaft hat wiederholt darauf hingewiesen, daß sich in Deutschland eine zunehmende Disparität entwickelt hat zwischen

- den aus medizinischer Sicht notwendigen Leistungen und
- den von der Politik hierfür zur Verfügung gestellten Finanzmitteln.

In diesem Zusammenhang hat der 103. Deutsche Ärztetag 2000 erneut den Erhalt eines sozialen und solidarisch finanzierten Gesundheitswesens gefordert. Die Ärzteschaft betont, dass

- die Verantwortung für die Finanzierung des medizinisch Notwendigen bei der Politik liegt. Die Bereitstellung der finanziellen Ressourcen muss dem gesundheitlichen Bedarf der Menschen gerecht werden. Ständige Kostendämpfung und rein ökonomisch bestimmte Budgets führen zu unangemessener Ressourcenzuteilung.
- eine medizinische Orientierung der Finanzierungsströme im Gesundheitswesen unverzichtbar ist. Das notwendige Finanzvolumen muss epidemiologisch begründet, demografisch bestimmt, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dynamisch sein. Über die Definition des medizinisch Notwendigen muss dazu ein kontinuierlicher gesellschaftlicher Diskurs geführt werden.
- die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV nicht durch Ausgaben für allgemeine Sozialleistungen belastet werden darf, die mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nichts zu tun haben. Versicherungsfremde Leistungen müssen aus der GKV herausgenommen werden.
- Ausgabenbegrenzung und Förderung des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen nicht zu Ausgrenzung und Risiko-Selektion führen dürfen. Patienten brauchen Schutz! Das Gesundheitssystem muss ihnen die Sicherheit geben, bei einer schweren Erkrankung nicht wegen mangelnder Ressourcenverfügbarkeit oder Wettbewerbsinteressen von einer wirksamen Behandlung ausgegrenzt zu werden.

Vor diesem Hintergrund unterstützen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung grundsätzlich die Bemühungen des Sachverständigenrates, Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung halten allerdings die vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen Definitionen der Begriffe Unter-, Fehl- und Überversorgung für problematisch. Bei seiner Definition lehnt sich der Sachverständigenrat an Kriterien für Leistungseinschränkungen an, wie sie bei privaten Krankenversicherungen auf Grund der vertraglichen Festlegungen gerechtfertigt sind. Diese werden auf das Leistungsspektrum der Sozialversicherung (mit dem heute immer noch zu Grunde liegenden Solidaritätsprinzip) übertragen, ohne dass der dahinterstehende gesellschaftliche Diskussionsprozess erkennbar würde, der abschließend klärt, welche Leistungen in einem solidarischen Gesundheitswesen dem Bürger zustehen oder nicht.

Die empirische Ermittlung von Über-, Unter- und Fehlversorgung weist erhebliche Schwierigkeiten auf. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung weisen eindrücklich darauf hin, dass von den Ergebnissen der Befragung nur eingeschränkt verallgemeinerbare und eher qualitative Einschätzungen als wissenschaftlich abgesicherte Hinweise zur Unter-, Fehl- oder Überversorgungen zu erwarten sind, u.z. aus folgenden Gründen:

- Existenz von Wirksamkeits- und Nutznachweisen sind auf einem methodisch ausreichenden Niveau bisher nur für einen kleineren Teil der medizinischen Maßnahmen vorhanden [1]. Daher sind im Sinne der engen Definition von Über- und Unterversorgung des SVR diese in vielen medizinischen Leistungsbereichen grundsätzlich nicht feststellbar.
- Aus der Häufigkeit von erbrachten Leistungen allein lassen sich deren medizinische Notwendigkeit und Angemessenheit – und damit ihre bedarfsgerechte Erbringung nicht

¹ Eisenberg J, Slutsky J (18.8. 2000) „Less than 20 % of English-language guidelines are evidence-based“. AHRQ, persönliche Mitteilung

erkennen [2]. Die zur Beantwortung solcher Fragestellungen notwendigen prospektiv durchgeführten Studien hoher Qualität existieren in Deutschland nur vereinzelt. Die Übertragbarkeit ausländischer Studien – z.B. aus der Schweiz [3] – auf deutsche Verhältnisse – ist wegen der direkten strukturellen Einflüsse von Gesundheitssystemen auf Angebot und Nachfrage bekanntlich nur sehr eingeschränkt oder überhaupt nicht möglich.

- Für viele Indikationsbereiche und Versorgungsfeldern existieren in Deutschland keine genauen epidemiologischen Daten (siehe z.B. [2]). Weder gibt es flächendeckend exakte Schätzungen von Inzidenz und Prävalenz von Erkrankungen [4], noch bevölkerungs- oder gruppenbezogene Angaben zu Versorgungsmaßnahmen und entsprechenden Kosten. Erste Ansätze in dieser Richtung sind die versichertenbezogenen Zusammenführungen von Daten aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen im Rahmen von Projekten der Qualitätssicherung [5] oder der Arztnetz-Versorgung [6].
- Grundsätzlich muss in diesem Zusammenhang auf das weitgehende Fehlen prospektiv gewonnener Primärdaten verwiesen werden, die wesentlich genauer als die Kombination von Abrechnungs- und Leistungsdaten das tatsächliche Versorgungsgeschehen abbilden können. Das vorhandene Zahlenmaterial aus Abrechnungs- und Leistungsdaten ist zumindest teilweise irreführend, da aufgrund von Gebührenausschlüssen, sowohl im EBM als auch der GOÄ, das tatsächliche Leistungsgeschehen nicht abgebildet werden darf. Die Ärzteschaft hat wiederholt darauf hingewiesen, dass diese Problematik nur – wie in vielen anderen Staaten praktiziert (s. z.B. [7]) – durch den systematischen Aufbau einer staatlich finanzierten Versorgungsforschung einschließlich der hierzu nötigen Strukturen in der Versorgung zu lösen ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung betont in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzgeber es bisher versäumt hat, die Grundlagen zur Beantwortung der in § 71 Abs. 1 SGB V enthaltenen zentralen Frage einer Bilanzierung von Wirtschaftlichkeitsreserven gegenüber ausstehendem Finanzierungsbedarf zu schaffen.

² Bundesministerium für Gesundheit (2000) Operationshäufigkeiten in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung. BMG-Schriftenreihe Band 129. Baden-Baden, Nomos

³ Fröhlich F et al (1997) Underutilization of upper gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterology* 112: 690-697

⁴ Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart, Metzler-Poeschel,

⁵ Von Ferber L, Bausch J, Schubert I, Köster I, Ihle P (1997) Pharmakotherapie zirkel für Hausärzte – Fortbildung in Pharmakotherapie. *ZaeFQ* 91: 767-772

⁶ Roth A, Rüschemann HH (2000) Ökonomisches Plädoyer für integrative Versorgung. In: Arnold, Litsch, Schwartz (Hrsg) Krankenhausreport '99. Stuttgart, Schattauer. 93-118

⁷ Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP), 1988-97: A Federal-State-Industry Partnership in Health Data. August 2000. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/data/hcup/hcup-pkt.htm>

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat deshalb bereits Initiative ergriffen, indem sie das Projekt „Morbidity Index“ ins Leben gerufen hat. Dieses Projekt soll Transparenz über die Verteilung des Leistungsgeschehens auf die Patienten geben, die diese Leistungen in Anspruch nehmen und damit eine empirische Grundlage für eine vergleichende Analyse des gegenwärtigen Leistungsspektrums mit den Leistungsprofilen, die im Rahmen leitliniengestützter Versorgungsabläufe zu erwarten wären. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist ein solcher Soll/Ist-Vergleich zwingende Voraussetzung für die Beantwortung der Frage, ob die gegenwärtige Ressourcenverfügbarkeit im Lichte möglicher Über-, Unter- oder Fehlversorgung ausreicht, um eine bedarfsdeckende Versorgung sicherstellen zu können und welche Verteilungseffekte unterhalb der bestehenden Budgets von einer Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen ausgehen.

- Die systematische, bereichsübergreifende Erfassung und Kommunikation von unerwünschten Ereignissen in der Patientenversorgung ist derzeit in Deutschland ebenso unterentwickelt wie in vielen anderen Staaten - siehe hierzu die aktuellen Bemühungen in den USA [8,9]. Der Aufbau benutzerfreundlicher Informations- und Frühwarnsysteme wäre eine wichtige Voraussetzung für die Gewinnung valider Daten zur Fehlversorgung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung empfehlen, anstelle des Aufbaus neuer Organisationen die bei den Ärztekammern bestehenden Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in diesem Sinne auszubauen.
- Zur Gesamtbetrachtung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung müssen künftig Fragen der Wirksamkeit, Angemessenheit und Qualität von Gesundheitstechnologien und -Maßnahmen besser koordiniert werden [10] Um Aspekte der Über-, Fehl- und Unterversorgung wissenschaftlich fundiert beurteilen zu können, sind Projekte der Evidenz-basierten Medizin und Qualitätssicherung in Zukunft verstärkt zu fördern. Hier ist insbesondere die im Vergleich zu anderen Ländern in Deutschland völlig unzureichende finanzielle Absicherung solcher Projekte zu bemängeln [11].

⁸ Quality Interagency Coordination Task Force (2000) Doing what counts for patient safety. Federal actions to reduce medical errors and their impact. Washington, February 2000

⁹ National Committee on Vital and Health Statistics (2000) Report in Uniform Data Standards for Patient Medical Record Information. "PMRI-Report", Washington, July 6, 2000

¹⁰ Milbank Memorial Fund (2000) Better Information, Better Outcomes. The Use of HTA and Clinical Effectiveness Data in Health Care Purchasing Decisions in the UK and the US. <http://www.milbank.org/000726purchasing.html> (Zugriff: 17.8.2000)

¹¹ Das von US-Kongress der AHRQ für EBM-/QS-Projekte zur Verfügung gestellte steuerfinanzierte Budget steigt im Haushaltsjahr 2000/2001 um 10 % auf ca. 275 Mill \$ (J.Eisenberg, pers. Mitteilung, 18.8.2000)

B. Bisher verfügbare Informationsquellen zur Einschätzung der Versorgungsqualität

Bislang gibt es in Deutschland im Hinblick auf eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung wenig empirisch belegte Versorgungsforschungsergebnisse. Stattdessen findet man eine Fülle von mehr oder weniger gesicherten Hinweisen, aus denen nicht selten vorschnell falsche Schlüsse - insbesondere hinsichtlich der Kausalität angeblicher Über- bzw. Fehlversorgung gezogen werden [12,13].

Direkte und indirekte Hinweise zum Versorgungsstand im Gesundheitswesen, ergeben sich unter anderem aus internationalen Vergleichen von Gesundheitssystemen (z.B. [14]), sowie aus der Analyse von

- Leistungsentwicklungen (z.B. [15]),
- Diagnose- und Therapie-Indices bzw. -Statistiken,
- Gesundheitssurveys / Patientenbefragungen,
- Qualitätssicherungsdaten aus lokalen und überregionalen Projekten (z.B. [16, 17, 18], Übersicht bei [19]),
- wiss. Publikationen,
- Expertenmeinungen.

Zum Problem der mangelnden Verfügbarkeit und -Qualität dieses Materials in Deutschland ist kürzlich schlüssig im Bericht des BMG "Operationshäufigkeiten in Deutschland" [2] Stellung genommen worden.

Im folgenden sollen solche Hinweise an ausgewählten Beispielen konkretisiert werden.

¹² Bausch J (2000) Die Rationierung wird sichtbar. Frankfurt, KV Hessen.

<http://www.kvhessen.de/arzt/Rationierung.pdf> (Zugriff: 23.8.2000)

¹³ Herholz HH (2000). Diagnostischer Overkill in der invasiven Kardiologie ? Stand der Qualitätssicherung in der Kardiologie im Bereich der KV Hessen- http://www.kvhessen.de/arzt/Kardiologie_herholz.doc (Zugriff 23.8.2000)

¹⁴ WHO (2000) The World Health Report 2000. Genf, WHO. <http://www.who.int>

¹⁵ KBV (1999, 2000) Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der BRD. Köln, KBV.

<http://www.kbv.de/Homepage/ZahlDaFa/index.html> (Zugriff 23.8.2000)

¹⁶ Qualitätsmanagement der medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln (2000) Klinische Projekte.

<http://www.medizin.uni-koeln.de/zde/qualm/klinik.html#fg> (Zugriff 23.8.2000)

¹⁷ Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen. Medizinische Qualitätssicherung in Hessen. <http://www.med-qs-hessen.de/> (Zugriff 23.8.2000)

¹⁸ Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen- Projekte. <http://www.zq-aekn.de/projekte.htm> (Zugriff 23.8.2000)

C. Versorgungsbereiche mit Handlungsbedarf

Versorgungsbereiche mit Potential zur Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit lassen sich – unter Berücksichtigung der o.a. methodischen Bedenken – insbesondere aus der Prioritätensetzung für Qualitätsförderungsmaßnahmen von Kliniken, Arztnetzen, Organen der Selbstverwaltung, Wiss. Fachgesellschaften und Instituten ableiten.

Eine Zusammenstellung solcher Projekte, die derzeit bearbeitet werden, findet sich in der nachfolgenden Tabelle.

Die genannten Beispiele zeichnen sich dadurch aus, daß Begründungen der Themenauswahl für die Öffentlichkeit zugänglich und nachvollziehbar sind: die Versorgungsbereiche mit Regelungsbedarf entsprechen sowohl den häufigsten Versorgungsproblemen in Deutschland [20] als auch den in der internationalen Literatur publizierten Priorisierungen (siehe z.B. [21, 22, 23, 24, 25, 26, 27]).

Aus Kapazitätsgründen konnte bisher nicht allen, aus den Reihen der Ärzteschaft hierzu übermittelten Anhaltspunkten in der gleichen Qualität nachgegangen werden. Die nachfolgende Darstellung erhebt folglich keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

¹⁹ AQS (1999) Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Eine Kooperationsaufgabe. München, Zuckschwerdt

²⁰ Kerek-Boden H et al (2000) Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenlientels. ZaeFQ 94: 21-30

²¹ Schein OD et al (2000) New Engl J Med. 342: 168-175 (Präoperative Diagnostik)

²² Goldberger AL et al (1986) Ann Int Med 552-557 (Präop. EKG)

²³ Narr BJ (1991) Mayo Clin Proc 66: 155-159 (Präop. Labortests)

²⁴ Akin BV (1987) Amer J Med 82: 719-722 (Routine-Harnanalyse)

²⁵ Kauffman G (1999) Fortschr Röntgenstr. 170: M74-M81 (Röntgendiagnostik)

²⁶ Bucher HC (1999) BMJ 307: 13-17 (Ultraschall in der Schwangerschaft)

²⁷ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2000) Guideline topics. <http://www.sign.ac.uk>

Tab. : Versorgungsbereiche mit Potential zur Versorgungsoptimierung (Qualität und Wirtschaftlichkeit)

Lokalisation / Quelle	Versorgungsbereiche
<p>Lokal / regional: Beispiel: Med. Einrichtungen, Univ. Köln [28]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus-Diagnostik • Infektionsprävention und Therapie im Krankenhaus • Pneumonie-Diagnostik • Präoperative Diagnostik • Prostatahypertrophie-Diagnostik • Proteinurie-Diagnostik • Schädel-Hirn-Trauma-Diagnostik • Schilddrüsendiagnostik • Thrombose-Diagnostik • Transfusions-Diagnostik
<p>Überregional / National: LÄKn Neue Bundesländer [36] Proj.GSSt. QS Hessen [13,17] BÄK/KBV [29] Leitl.-Clearing [30] HTA-Berichte [31] NUB-Entscheidg. [32] RKI [33] AkdÄ [34] NRZ [35]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur [32] • Allergische Erkrankungen [29,31] – siehe Anlage 1 - • Ambulantes Operieren [29] • Angst- und Zwangsstörungen (Arzneimitteltherapie [34]) • Antibiotika-Therapie (z.B. akute Atemwegsinfektionen [34]), • Asthma bronchiale [30] – siehe Anlage 2 • Depression [30] – siehe Anlage 3 • Diabetes mellitus – Prävention, Diagnostik, Therapie [30, 36] – Anl.4 • Fettstoffwechselstörungen [30, 34] • Gastritis / Duodenitis [30] • Gastrointestinale Diagnostik [29] • Herzerkrankung, chronisch ischämische [30] • Herzinsuffizienz,chronische [30, 34] • Hypertonie – Prävention, Diagnostik, Therapie [30] – siehe Anlage 5 • Impfungen (Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie) [33] • Interventionelle Kardiologie [17, 37] • Kopf- und Gesichtsschmerzen (Arzneimitteltherapie [30, 34]) • Nosokomiale Infektionen • Osteoporoseprävention und -diagnostik [30, 32,38] • Rauchenentwöhnung [30,39] • Rückenschmerz – Prävention, Diagnostik, Therapie [30] – Anlage 6 • Schilddrüsendiagnostik [30] • Schlaganfall – Prävention, Diagnostik, Therapie [17,31, 34] – Anl. 7 • Tumorschmerz - Prävention, Diagnostik, Therapie [30, 34] – Anl. 8

²⁸ Qualitätsmanagement der medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln. Projekte "Leitlinien" und "Klinische Projekte". <http://www.medizin.uni-koeln.de/zde/qualm/index2.html> (Abgerufen: 23.8.2000).

²⁹ ÄZQ (1996-2000) Tätigkeitsberichte. <http://www.azq.de> (Projekte Amb. Operieren, GI-Diagnostik, Ultraschall-Diagnostik, Allergologie)

³⁰ ÄZQ – Leitlinien-Clearing (1999) Prioritätenliste Leitlinien und Clearingberichte Hypertonie, Rückenschmerz, Diabetes mellitus, Asthma, Tumorschmerz . <http://www.leitlinien.de>

³¹ DIMDI. HTA-Berichte. <http://www.dimdi.de>

³² Bundesausschuss Ärzte / Krankenkassen (2000). Beratungen zu Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. <http://www.kbv.de>

D. Schlussfolgerung

Die derzeitige Datenlage zum Versorgungsgeschehen im deutschen Gesundheitswesen ist nicht ausreichend, um „Über-/ Unter-/ Fehlversorgung“ wissenschaftlich exakt zu definieren.

Allerdings zeigen die aufgeführten Beispiele, dass in vielen Bereiche die Versorgungsqualität und –wirtschaftlichkeit verbessert werden kann.

Wesentliche Ursachen für Versorgungsmängel im deutschen Gesundheitssystem sind – ebenso wie in der internationalen Literatur - beschrieben:

- Fehlanreize für Leistungserbringer und Konsumenten
- die mangelnde Transparenz des Leistungsgeschehens
- die fehlende Rückmeldung von Leistungsdaten an die Leistungserbringer
- Wettbewerbswirkungen unter Kostenträgern
- der Finanzierungsrahmen, der nicht primär dem medizinischen Bedarf entspricht
- unzureichende Anpassung der Leistungsangebote an die Möglichkeiten und Bedürfnisse spezifischer Bevölkerungsgruppen. [40].

"Unter-, Über- und Fehlversorgung" ist derzeit ein Thema vieler nationaler und internationaler Arbeitsgruppen im Gesundheitswesen [8, 9, 10, 41, 42]. Die Frage nach weiterem Rationalisierungsspielraum ist müßig zu stellen, so lange nicht eindeutig beantwortet werden kann, wie groß der Bedarf an individueller Patientenversorgung ist. Um nicht auf medizinisch notwendige Behandlungen verzichten zu müssen, wird der Spielraum ohne einen systematischen Abgleich von explizit definierten und mit Kosten bewerteten

³³ Nassauer RK, Robert-Koch-Institut (1998) Impfungen und Epidemiologie. ZaeFQ 92: 669-672

³⁴ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (1998-2000). Therapieempfehlungen. www.akdae.de

³⁵ Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (2000) Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) <http://www.medizin.fu-berlin.de/hygiene/nrz-berlin-freiburg/main.html> (Zugriff: 27.8.2000)

³⁶ Fachkommission Diabetes in Sachsen. Leitlinien Diabetes mellitus. s. auch Schulze, Jan (1999) ZaeFQ

³⁷ Zeymer U, Vogt A, Neuhaus KL (1999) Qualitätssicherung in der Klinik - Beispiel kardiologische Techniken. ZaeFQ 93: 281-286

³⁸ Pientka L, Friedrich C (2000) Osteoporose: Die epidemiologische und gesundheitsökonomische Perspektive. ZaeFQ 94: 439-444

³⁹ Hausteil KO (1999) Rauchen: Gesundheitswesen und Politik im Wechselspiel. ZaeFQ 93: 366-361

⁴⁰ z.B. die Medizinische Versorgung von Obdachlosen, Migranten

⁴¹ Europarat: Committee of experts in developing a methodology for drawing up guidelines on the best medical practices (2000) Draft recommendation of the committee of ministers. Zürich, 26.8.2000, unveröffentlicht

⁴² O.A. (2000) Gegen Rationierung teurer Medizin. KVG-Kommission sieht noch genügend Rationalisierungsspielraum. Neue Züricher Zeitung Nr. 197, 25.8.2000, S. 13

Versorgungsstandards mit den derzeitigen Bedarfs-, Leistungs- und Ausgabenstrukturen für die betreffenden Patientengruppen weiterhin unklar bleiben.

Damit Leistungen in der Praxis bedarfsgerechter und effizienter erbracht werden können, ist die Transparenz über das tatsächliche Leistungsgeschehen zwingende Voraussetzung. Um diese Transparenz herstellen zu können, müssen angemessene Instrumente und Maßnahmen entwickelt und etabliert werden: Leistungsdaten müssen kurzfristig an die Leistungserbringer und Patienten übermittelt werden, um die Angemessenheit der Leistungen im Einzelfall überprüfen zu können. Das Datenmaterial muss für Qualitätssicherungsprogramme nutzbar gemacht werden können. Entsprechende Maßnahmen haben sich als erfolgreich erwiesen [5]. Bislang fehlen vielfach jedoch die technischen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen, um entsprechende Ansätze dauerhaft und flächendeckend zu etablieren. An den Gesetzgeber ist die Forderung zu richten, insbesondere auch im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung Formen der patientenbezogenen Datenverarbeitung zuzulassen.

Projekte der Evidenzbasierten Medizin, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung müssen miteinander verknüpft und in die Versorgungsroutine implementiert werden. Voraussetzung ist, dass die Dauerfinanzierung solche Projekte geregelt wird.

Verbesserte Transparenz über das Leistungsgeschehen und seine Bewertung im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind notwendige aber nicht hinreichende Maßnahmen zur Durchsetzung einer bedarfsgerechten Versorgung. Diese empirischen Erkenntnisse müssen einer politischen Bewertung zugeführt werden, welches Leistungsspektrum in Anbetracht der verfügbaren Finanzmittel zwingend erbracht werden soll. Letztlich ist von Seiten der Politik Sorge dafür zu tragen, dass die Angemessenheit von Soll-Leistungsprozessen als Qualitätsstandard in der GKV-Versorgung in einem breiten Konsens etabliert wird, in den mindestens die beteiligten ärztlichen Fachgruppen, Patientenorganisationen und Kostenträger eingebunden sein müssen. Einem solchermaßen begründeten Versorgungsbedarf müssen die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Es ist zudem Aufgabe der Politik, darüber zu entscheiden, in welchem Maße die Definition von Versorgungsstandards bzw. die Mittelzuteilung im Rahmen wettbewerblicher Prozesse zur einer systematischen Ausdifferenzierung der Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung in der GKV führen darf. Bemühungen um Verbesserung der Versorgungsqualität und –wirtschaftlichkeit in Deutschland können deshalb in der Summe nur dann als erfolgreich gelten, wenn zugleich die Verteilungswirkung veränderter Ressourcenzuteilung und –verwendung in der GKV

kontrolliert werden. Ein wegweisender Schritt könnte die Entwicklung eines „Morbidityindex“ sein, aus dem nicht nur die Veränderungen der Risikostruktur und des damit grundsätzlich verbundenen Versorgungsbedarfes abzuleiten sind, sondern auch Veränderungen der tatsächlichen Versorgungsintensität und Abweichungen von gewünschten Versorgungsstandards im Zeitablauf abzulesen sind.

Anlage 1: Defizitanalyse „Qualitätssicherung in der Allergologie“ der ÄZQ –

Auszug

[43]

1.1.1. Problemstellung

Größenordnung des Versorgungsproblems: Atopische Erkrankungen: 10-12 %; subjektive Allergiebetreffendheit in der Bevölkerung : 10 % (Infas 1991)

Verordnungszahlen: Prick-Testung (prozentuale Steigerung 1991 im Vergleich zu 1982, nach Wenning 1994):211,6 % (Dermatologen / Pädiater: 160 / 162 %; Pulmonologen: 213 %; Internisten: 272 %; HNO-Ärzte: 282 %; Allgemeinmediziner: 900 %.

Anstieg der Verordnungen Prick-Testung / Ig-Labor (2. Quartal 93 versus 3. Qu. 92, KV Südbaden) ca.160 %.

Umfang der Verordnungen an Antiallergika 1994: 11,4 Milliarden

Fazit: Mengenausweitung, die durch Ausmaß der Gesundheitsstörung nicht zu erklären ist

1.1.2. Problem der Indikationsstellung

Zu selten gezielte Suchtests, Indikationsstellung zur Allergiediagnostik oft ohne differenzierte Anamnese, statt dessen zu viele ungezielte Hauttestbatterien (krasses Mißverhältnis zwischen durchgeführten und tatsächlich positiven Hauttesten).

Zu selten spezifische Provokationstestungen, statt dessen zu viele ungezielte Labortestbatterien

Zu häufig Hyposensibilisierung ohne spezifischen Allergennachweis

Zu häufig unterbliebene Hyposensibilisierung bzw. symptomatische Therapie bei fehlendem Allergennachweis

Fazit: Unzureichender Gebrauch rationaler Stufendiagnostik, verordnete Therapien zum Teil wissenschaftlich nicht begründet

1.1.3. Unzureichender Qualitätsnachweis in der Diagnostik

Mit Allergenextrakten verschiedener Hersteller werden gleiche Allergene getestet.

Lungenfunktionsuntersuchung werden zum Teil unsachgerecht durchgeführt und interpretiert. Ein Zulassungsverfahren für Allergie-Diagnostika ist überfällig.

Fazit: Unzureichende Qualitätssicherung der Diagnosemethoden

1.1.4. Unsicherheit der Therapie und Problem der Überprüfung des Therapieerfolges

Unsicherheit der Ärzte über die Wirksamkeit spezieller Immuntherapeutika bei besonders aggressiven Marketingmethoden der Industrie.

Fehlende Dokumentationsroutine: Die regelrechte Durchführung der Hyposensibilisierungstherapie ist zu dokumentieren. Behandlungsabbrüche sind individuell zu begründen, Verlaufs- und Erfolgskontrollen müssen qualifiziert durchgeführt werden.

Fazit: Qualitätssicherung der Therapie kann in einzelnen Aspekten optimiert werden

1.1.5. Behandlungsrisiken

Risiko der Sensibilisierung durch unnütze Testungen bzw. Immuntherapeutika

Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit Hyposensibilisierung (1977-1994: n = 40, Paul-Ehrlich-Institut). Es sollte nachgewiesen sein, daß die Hyposensibilisierung durch den Arzt selbständig durchgeführt wurde.

Fazit: Sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung für Diagnostik und Therapie notwendig. Der allergologisch tätige Arzt muß über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in Allergologie und Notfallbehandlung verfügen, er muß die entsprechenden Apparaturen und Medikamente nachweisen können.

⁴³ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (1996) Defizitanalyse Allergologie. <http://www.dgn-internet.de/doc/public/Anbieter/AEZQ/Homepage/Themen.html>

Anlage 2: Asthma bronchiale

	Kommentar	Beleg
Versorgungsproblem	Prävalenz in D.: ca. 5 % bei Erwachsenen und ca. 8-10 % bei Kindern - häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter [1-3]. Mortalität bei fünf- bis 44jährigen Asthmatikern: in D bei 0,83 pro 100 TSD Einwohner, europaweit nur bei 0,59 pro 100 TSD [4].	(1) Kenn K. Volkskrankheit Asthma. In: Krankenhausreport 99. Schattauer (2) ISAAC Steering Committee. Lancet 1998; 351: 1225 - 1232 (3) Weiland SK (1999) <i>Eur Respir J</i> 14:862-70 (4) Magnussen H. Asthma Bronchiale (Weißbuch Lunge). Pneumologie 1996; Sonderheft II, 50:578-581.
Gute Versorgung	75 % der Asthmatiker (Schweregrad I: leichte Verlaufsform), werden unter bedarfsgerechter Therapie beschwerdefrei. Ca. 20 % (II: mittleren Schweregrad) bedürfen regelmäßiger Behandlung. 5-10 % (III: schwergradig bzw. schwer behandelbar) werden trotz intensiver Medikation nicht symptomfrei [1]. Lebensqualität durch Asthma bronchiale: Schweregrad 1 fast normale Werte (Index 88,9), II: Index 72,6. III: Index 41,9 - Vergleich: Dialyse - Index 55 [5]. In der Mehrzahl der Fälle kann Asthma bronchiale bei Berücksichtigung der internation. LL [6,7] als gut therapierbare Erkrankung angesehen werden. Dies gilt jedoch nur, wenn Therapieleitlinien durch Arzt (Qualifikation) und Patient (Compliance) konsequent beachtet werden	(5) Greiner W et al. Pneumologie 1999; 53: 283-288. (6) GINA (Global Initiative for Asthma). NIH, Publ. Nr. 95 - 3659, 1995. (7) Wettengel R et al. Pneumologie 1998; 52: 591-601
Unter-versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Trotz des internationalen Konsenses, inhalative Corticoide den atemwegserweiternden Substanzen (z.B. Theophyllinen) vorzuziehen [6,7], entfällt in D - bezogen auf Gesamtmarkt "bronchiale Therapie" auf inhalative Cortisonpräparate (Basistherapie) Anteil von 33 % (vgl. GB: c. 52 %) [1]. • Asthmaschulung [6,7] nicht bedarfsdeckend etabliert [1]. • Nur ca. 30 Prozent der päd. Praxen bieten dokumentierbare Lungenfunktionsmessung an [8]. • Pneumolog. Fachabteilungen an Uni-Kliniken in D: ca. 25 Prozent (im europ. Vergleich mit Spanien letzter Platz [1]) 	(8) Friedrichs F. Zeitschrift der Gesell. F. Pädiatrische Pneumologie 1999; Nr. 2: 36-38.
Über-versorgung	siehe Fehlversorgung	
Fehl-versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Theophylline in D 98 mit 43,2 % der Verordnungen an der Spitze des "Atemwegsmarkts" (GB: 3,5 %, USA: 4,2 %). Nicht näher aufgeschlüsselte unspezifische Atemwegsmedikamente (keine Corticoide): ca. 32 %. [1] 	(9) Schulenburg Graf v. d. JM et al <i>Gesundh.ökon.Qual.manag.</i> 1998; 3: 133-137.

	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung erwachsener Asthmatiker liegt zu mehr als 50 Prozent in den Händen des Hausarztes. Dabei erhöht der Asthmaschweregrad bisher nicht - wie die internat. Leitlinien vorgeben - die Überweisungsquote zum Spezialisten 	
<p>Konsequenzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1992 betrug die Aufwendungen für das Krankheitsbild Asthma bronchiale bundesweit 5,130 Mrd. DM [10]. • Unzureichende Asthmatherapie für bis zu 75 % der langfristigen Gesamtaufwendungen für das Asthma verantwortlich [11] 	<p>(10) Nowak D et al. Pneumologie 1996; 50: 364-371. (11) Barnes PJ et al . The costs of asthma. Eur Respir J., 1996; 9: 636-642.</p>
<p>Potential der Versorgungs-optimierung (Beispiele)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konsequente Umsetzung der Therapieleitlinien durch frühzeitige, effektive medikamentöse Therapie. • Transparenz bzgl. Kosten/Nutzen/Effektivität therapeutischer Maßnahmen für alle Verordner. • Stärkung der pädiatrischen und internistischen Pneumologie an Hochschulen, Rehabilitations-Fachkliniken, Versorgungskliniken und im ambulanten Bereich. • Verbesserung der Asthmakompetenz in diesen Bereichen s. • Erstellung neuer Konzepte für schwergradige bzw. schwer behandelbare Asthmatiker (ca. 5-10 Prozent). Betreuung durch Spezialisten • Frühzeitige Einbeziehung von Spezialisten beim Schweregrad 2 und 3 sowie bei Kleinkindern. • Reduktion der hohen Asthmaprävalenz durch Information, Gesundheitserziehung und Nichtraucherkampagnen. • Primäre Prävention (Schwangeren-/Familienberatung, Beratung bei beruflicher Orientierung). • Sekundäre Prävention (Kompetente Behandlung der Asthmatiker mit frühzeitiger, adäquater Medikation, Nutzung nicht medikamentöser Therapieansätze, Complianceverbesserung). • Tertiäre Prävention durch verbesserte, flächendeckende Asthmaschulung für Kinder und Erwachsene, Asthmasportgruppen. [1] • Einführung der <i>Gesundheitserziehung</i> als Pflichtfach in Grund- und Weiterführenden Schulen 	

Anlage 3: Depression

	Kommentar	Beleg
Versorgungsproblem	<p>Depressive Störungen gehören zu den häufigsten, teuersten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen [1,2]. Derzeit erfüllen mehr als 10 % der Bevölkerung die Kriterien einer depressiven Störung [3] - im Alter über 70 liegt der Anteil wesentlich höher [4].</p> <p>Gemessen an "years lived with disability" kommt den unipolaren Depressionen die größte Bedeutung zu - mit weitem Abstand vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten. Bis zu 56% der Patienten mit depressiven Störungen begehen in ihrem Leben einen Suizidversuch [1].</p>	<p>(1) Hegerl U (2000) Kompetenznetz Depression. http://www.kompetenznetz-depression.de</p> <p>(2) Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (1997) Empfehlungen zur Therapie der Depression.</p> <p>(3) Lepine JP et al. <i>Int Clin psychopharmacol</i> 1997, 12:19-29</p> <p>(4) Helmchen H et al. <i>Nervenarzt</i> 1996; 67:739</p>
Gute Versorgung	Über 80 % der Depressionen könnten durch angemessene Therapie [2] erfolgreich behandelt werden [1].	
Unterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Wirksame Behandlungen werden sehr häufig nicht eingesetzt, da Depressionen übersehen und in ihrer Schwere unterschätzt werden [1,2]: Von den Behandlungsbedürftigen werden etwa ein Drittel diagnostiziert und weniger als 10 % suffizient behandelt [1]. Nur 11% eines stationären Kollektivs Depressiver wurde mit Antidepressiva behandelt. Nur 20% der depressiven Patienten waren jemals psychiatrisch untersucht worden [5]. 44% eines Kollektivs Depressiver über 70 Jahren waren unterversorgt. Nur 6% des Kollektivs wurde mit Antidepressiva behandelt [6]. Das Suizidrisiko stationärer Patienten ist unterschätzt worden [7]. 	<p>(5) Monking HS et al <i>Psychiatr Prax</i> 1998;25:183</p> <p>(6) Linden M et al. <i>Nervenarzt</i> 1998 Jan;69(1):27-37</p> <p>(7) Krupinski M et al <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci</i> 1998;248:141</p>
Überversorgung	Nicht gegeben	
Fehlversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Inadäquate Pharmakotherapie [1,5-6]: anstelle nebenwirkungsärmerer moderner Antidepressiva werden – wahrscheinlich u.a. aus Budgetierungsgründen – traditionelle Präparate mit höherer Nebenwirkungsrate (und entsprechend schlechterer Compliance seitens des Patienten) verordnet [8]. 	<p>(8) Ruhrmann S (2000) persön. Mitteilung. Univ.-Klinik für Psychiatrie. ME Köln.</p>
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> Depressionen führen zunehmend zu Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsausfällen: 1993 wurden in D 11 Mill. Ausfalltage durch Depressionen registriert. 1995 wurden 18.629 Frühberentungen aufgrund depressiver Erkrankungen bewilligt [1]. 	
Potential der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> Da 60 bis 70 % der depressiven Patienten sich primär in hausärztliche Behandlung begeben [1], ist eine Verbesserung der hausärztlichen Ausbildung als auch eine 	<p>(9) Fritzsche V et al <i>Fortschr Med</i> 1993; 111:469</p> <p>(10) Hirschfeld RM et al. <i>JAMA</i> 1997 ; 277:333</p>

	<p>enge Kooperat mit Fachärzten und stationären Einrichtungen anzustreben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführen von Qualitätsstandards, angemessener Finanzierung, Case management Programme, bevölkerungsbezogener Präventionsprogramme [9, 10]. 	
--	--	--

Anlage 4: Diabetes mellitus

	Kommentar	Beleg
Versorgungsproblem	Ausführlich dargestellt in den Leitlinien der DDG [1].	(1) Scherbaum WA et al. (2000) Epidemiologie und Verlauf des DM in Deutschland. Deutsche Diabetes Ges.
Gute Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Im internat. Vergleich hervorragende Qualität - mit Einschränkung eines signifik. Sozialgradienten – T1–DM - Therapie i.S. von Sekundär-Prävention [2]. • Gute Stoffwechseleinstellung ist abhängig vom Ausmaß der Kooperation zwischen Hausarzt und Spezialisten [3-6] . 	(2) Berger M et al. Dtsch Ärztebl 95: A2770-A2774, 1998 (3) Rothe U et al. 1998. Diabetes und Stoffwechsel7 (Suppl. 1):17. (4) Schlichthaar et al. 1999. Diabetes und Stoffwechsel8 (Suppl. 1): 82. (5) Müller et al. 2000. Exp Clin Endocrinol Diabetes 108 (Suppl1):162. (6) Schulze J (2000) persönl. Mittl.
Unter-versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • T 1- DM und Spätkomplikationen (Nephropathie, Hypertonie, diabetisches Fußsyndrom): Fehlen von Spezialisten für Pat. mit fortgeschrittenem Spätsyndrom dadurch massive Verschlechterung der Prognose bezügl. Mortalität, terminales Nierenversagen, Amputationen. • Pat. werden zu selten geschult. • Fehlende Insulintherapie bei T 2 – DM mit KHK. • Fehlendes Screening bei Risikopatienten. • Fehlen von Fußambulanzen bzw. unzureichende Überweisung bei Pat. mit diabetischem Fußsyndrom. • Unzureichende Spezialversorgung bei Prae-Gestations-Diabetes. [6-12] 	(7) Hauner H et al. 1996. Diabetes und Stoffwechsel 5:27-31. (8) Mühlhauser I et al. Diabetologia 41:1139-1150, 1998 (9) Standl E, Willms B. 1995. Diabetes und Stoffwechsel 4:189-290. (10) Trautner C et al. Diabetes & Stoffwechsel 6:199-202, 1997 (11) Trocha AK et al., Hypertension 17:1497-1503, 1999 (12) Von Kries et al. 1997. Eur J Paed 156:963-967.
Über-versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Verschreibung von BZ-Selbstkontroll-Materialien an T 2 – Diabetiker ? • Intens. Insulin- Therapie bei Typ 2- DM [13]. 	(13) Berger M (2000) persönl. Mitteilung
Fehl-versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Verschreibung von Medikamenten ohne / bzw. mit nicht ausreichendem Wirkungsnachweis bei hohen Kosten [14 – 18]. • Unnötige Amputationen statt konservativer Versorgung [19]. • Häufig Fehlversorgung in Akutkrankenhäusern [20] . 	(14) Heise T et al., Dt. Ärztebl 92:A3549-3554, 1995 (15) Bausch J (2000) Akt. Entwicklg. d. Apothekenmarkts unter Budgetdruck – 1-10/99 http://www.kvhessen.de/arzt/arzt_arzneimittel_zahlen.htm#Innovationen (17) Mengel K (1999) In Arzneiverordnungsreport '98, S:

		<p>93 ff. (18) Mühlhauser I: UKPDS – Darstellung nach Evidence-based Medicine Kriterien. Diabetes & Stoffwechsel 7:267-271, 1998 (19) Reike H. 1996. In Berger M et al. Die Forderungen von St. Vincent -Stand 1996 in Deutschland. Mainz: Kirchheim-Verlag: 80- 93. (20) Schulze J (2000) pers. Mitteilungsgesellschaft</p>
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> • s. Leitlinien der DDD [21]. 	<p>(21) Deutsche Diabetes-Gesellschaft (2000) Evidenzbasierte Leitlinien</p>
Potential der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> • Disease-Management wie in verschiedenen leitliniengestützten Strukturverträgen praktiziert [22] • Einheitliche Qualifikation für Leistungserbringer [23] 	<p>(22) Leitlinien-gestützte Strukturverträge zur Diabetes-Betreuung in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein (23) Fortbildungszertifikat Diabetes der ÄK Westfalen-Lippe</p>

Anlage 5: Hypertonie

	Kommentar	Beleg
Versorgungsproblem	Hypertonie ist einer der bedeutesten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen, den führenden Todesursachen in den industrialisierten Ländern [1,2]. Prävalenz der Hypertonie (RR \geq 140/90 mmHG) in D.: ca. 39 / 25 % bei Männer /Frauen [3] (bei RR > 160/90: ca. 15 % [5])	(1) WHO MONICA Project. World Health Stat Q 1987; 40: 171-184 (2) MacMahon et al <i>Lancet</i> 1990; 335: 765 – 774 (3) Gasse C et al (1999) <i>J Clin Epidem</i> 52: 695-703
Gute Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung aller behandlungsbedürftigen Hypertoniker • RR-Normalisierung durch Verhaltensmodifikation und / oder Pharmakotherapie • Problemorientierte Pharmakotherapie [4] 	(4) ÄZQ (2000) Leitlinien-Clearingverfahrens Hypertonie. Zusammenfassung der Ergebnisse und Gremienbeschlüsse. Dtsch. Ärztebl. 97 (Heft 34-35): C1720-C1721
Unterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Dunkelziffer nicht erkannter Hypertoniker (möglicherweise bis zu ¼ der Betroffenen) [5] • Angebot an RR-Schulungsmaßnahmen unzureichend [4] • Anteil mit Pharmakotherapie behandelter Hypertoniker ist deutlich geringer als im Ausland: Frauen: 37 % (USA: 65 %, NL 77 %); Männer: 26 % (USA: 46 %, NL 64 %) [3,5] • Anteil Behandelter mit unzureichender RR-Einstellung: evtl. über 28 / 38 % (Frauen/Männer) [5] • Insgesamt unterversorgte Hypertoniker nach Daten aus NL: ca. 30 / 47 % (Frauen / Männer aller Hypertoniker [5]) 	(5) Klungel OA (1998) <i>J Hypert</i> 16: 1371-1378
Überversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Obsolete Therapieformen (z.B. Reserpin und verschiedene Kombinationstherapeutika) [3] 	
Fehlversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Im Vergleich zu Leitlinienempfehlungen [4] und Ausland zu geringer Verordnung von Monotherapie (D: 50% vs. SF: 59%, ISR: 64%) [3] 	
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Risiko für zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen und ihre Folgen [6,7] 	(6) Du X (1997) <i>BMJ</i> 314: 272-276 (7) Ramsay LE (1997) <i>JAMA</i> 227: 167-170
Potential der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> • Leitliniengestützte Therapieansätze, • Leitliniengestützte Honorierung • Geeignete Maßnahmen zur Auffindung bisher unbekannter, behandlungsbedürftiger Hypertoniker [3] 	

Anlage 6: Rückenschmerzen

	Kommentar	Beleg
Versorgungsproblem	<p>Prävalenz in D.: Häufigkeit von Rückenschmerzen unter Erwachsenen zu jedem Zeitpunkt (Punktprävalenz) etwa 40%, die 1-Jahres-Prävalenz überschreitet 70% und die Lebenszeitprävalenz 80%. [1] Schätzung der krankheitsbezogenen direkten Kosten: 1994 20,2 Mrd. DM = 5,9% aller direkten Kosten [2]. Schätzung der krankheitsbezogenen Gesamtkosten: 1998 40 Mrd. DM [3]</p>	<p>(1) Berger-Schmitt, R. et al (1996): <i>Gesundheitswesen</i> 58: 519-524. (2) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kap. 5.11 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 (3) Kössler, F. (1998): <i>ErgoMed</i> 5: 220-236</p>
Gute Versorgung		
Unterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Kampagnen / Beratung zur Verhaltens- / Verhältnisprävention [4] 	<p>(4) RCGP (2000) Guidelines: Acute Low Back Pain. http://www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/backpain/index.asp</p>
Überversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Propagierung von präventiv orientierten Rückenschulen kann sich bisher nicht ausreichend auf empirische Belege berufen. Im Röntgenbild faßbare Veränderungen der Wirbelsäule spielen für Rückenschmerzen nur eine geringe Rolle (Insbesondere altersabhängige Abnutzungserscheinungen: Häufigkeit von Röntgenuntersuchungen ungerechtfertigt (1988 wurden ca. 8 % aller Versicherten einer AOK wegen Rückenbeschwerden geröntgt [1]), 15% der Rückenschmerzpatienten wurden im Verlauf des letzten Jahres geröntgt [9]. Rückenschulen als therapeutische Maßnahme [4,5] 	<p>(5) Lührmann: HTA-Bericht Rückenschulen. www.dimdi.de</p>
Fehlversorgung	<ul style="list-style-type: none"> 80-90% aller Rückenschmerzpatienten sind bei erstmaligen Auftreten der Beschwerden innerhalb von 6-8 Wochen beschwerdefrei, dabei spielt es keine Rolle ob überhaupt und gegebenenfalls welche Therapie durchgeführt wurde [5-8] 	<p>(6) Schochat, Th., Jäckel, H.W. (1998): <i>Manuelle Medizin</i> 36: 48-54 (7) Nachemson, A.L. (1992): <i>Clin Orthop Rel Res</i> 279: 7-20 (8) Waddel, G. (1992): <i>Clin Rheumatol</i> 6: 523-527</p>
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> Vorzeitige Berentungen : ca. 18% aller Fälle Erhöhung der Frühberentung bei Männern wg. RS um 70% (Anstieg 1982-1990) Arbeitsunfähigkeit: ca. 15% aller AU-Tage mit Rückenproblemen begründet, mittlere AU-Dauer je Fall liegt dabei um 6 Tage über dem Gesamtdurchschnitt von 15 Tagen. Anstieg bei Frauen: 1982-1994 von 10% auf 15 %. 37% der Maßnahmen der stationären Rehabilitation in besonderen Kliniken (HV) entfielen 1991 auf RS (Anstieg 1983-1991 von 29% auf 37%) [9]. 	<p>(9) Interventionen und Prävention bei arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, Schlußbericht (1996) (10) Raspe, H., Kohlmann, T.: (1994): <i>Therapeutische Umschau</i> 51: 367-374 (11) Raspe, H., Kohlmann, T.: (1993): <i>Deutsches Ärzteblatt</i> 90: B2165-2169</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr als ein Drittel der Aufwendungen der Gesetzlichen Rentenversicherungen für die med. Rehabilitation, d.h. >1.1 Mrd. DM entfielen 1991 für den RS [9-11] 	
<p>Potential der Versorgungs-optimierung (Beispiele)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genauere Differenzierung von Problem- und Risikolagen, • Stratifizierung von Diagnostik und Therapie durch Entwicklung und Implementierung entsprechender Leitlinien • Entmedikalisierung unkomplizierter Rückenschmerzen, • Stärkung der Verhaltens- und Verhältnisprävention • Einführung multimodaler Behandlungskonzepte • Intensive Qualitätssicherung medizinischer Bemühungen. 	

Anlage 7: Schlaganfall

	Kommentar	Beleg
Versorgungsproblem	<ul style="list-style-type: none"> Schlaganfall in Folge akuter zerebr. Ischämien bzw. intrakranieller Blutungen dritthäufigste Todesursache und häufigste Ursache für lebenslange Behinderung im Erwachsenenalter in Deutschland [1]. Jährl. Neuerkrankungsquote: ca. 180 Fällen / 100 TSD Einwohner. 37 % der Neuerkrankten nach einem Jahr verstorben [2]. Zunahme zerebrovaskulär bedingter Erkrankungen. in Hessen von 1995 bis 1997 um 10 Prozent auf 489 Fälle pro 100 TSD Einwohnern [3]. 	<p>(1) Gesundheitsbericht für Deutschland 1998. Kapitel 5.3 (Teil 1). http://www.gbe-bund.de.</p> <p>(2) Kolominsky-Rabas PL et al Stroke. 1998; 29:2501-2506.</p> <p>(3) Kugler C, Geraedts M Behandlung von Schlaganfallpatienten. In: Krankenhausreport 99. Schattauer</p>
Gute Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Rasche Klinikaufnahme (kritisches Zeitfenster: bis 6 Std. nach Beginn akuter Symptomatik). Alarmierung des Rettungsdienstes sofort nach Wahrnehmung der Symptomatik, da Rettungsdienstes, da dann Zeitspanne bis zum Eintreffen in Klinik am kürzesten [4] 	<p>(4) Grond M et al Dt Ärztebl 1999; 96:A-1117-1122.</p>
Unterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Unzureichende Versorgung in der Prähospitalphase: Nur 44 Prozent der Pat. in Hessen erreichen ein Krankenhaus innerhalb des kritischen Zeitfensters. (Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen 1999) [5]. 	<p>(5) Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen. Akt.Neurologie 1999; 26:8-16.</p>
Überversorgung	<ul style="list-style-type: none"> nicht bekannt 	
Fehlversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Längere Prähospitalzeiten gerade bei Patienten, die von frühzeitigen Behandlung besonders profitieren würden (TIA) [5] Auswahl der erstbehandelnden Einrichtung in Hessen i.d.R.nicht leitlinienorientiert. Eher nach informellen, regional vereinbarten Einweisungsplänen [5] Mangelhafte Prävention des Schlaganfalls durch Primär- und Sekundärprävention der entsprechend Risikofaktoren [6] Nutzen der im Aufbau befindlichen „Stroke Units“ nach deutschem Muster (additive, stationäre Intensiveinheit) ist noch nicht bewiesen [7]. 	<p>(6) Diener HC. Dt Ärztebl 1997; 94:A-2195-2201</p> <p>(7) Fritze J (1999) Evaluation von Stroke Units. Köln, DIMDI. www.dimdi.de</p>
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> s. unter Versorgungsproblem 	
Potential der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> Fortbildung / Öffentlichkeitsarbeit zur Problematik „Prähospitalzeit“. Verankerung eindeutiger rettungsdienstlicher Zuweisungsstrategien [8]. Überwindung der Schnittstellenprobleme, Strukturierte Kommunikation im Sinne einer patientenorientierten, erkrankungsepisodenbezogenen Berichterstattung und weiterführenden 	<p>(8) Ringelstein EB et al. Dt Ärztebl 1999; 96:A-1131-1133.</p>

	<p>Behandlungsplanung mit Rückmeldung von Spätergebnissen. Bessere Einbindung des vertragsärztlichen Sektors zur Sicherstellung der Langzeitbetreuung .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssicherung der ärztlichen, krankengymnastischen, logopädischen und ergotherapeutischen Maßnahmen mit einheitlichen Indikatoren. • Entwicklung wohnortnaher ambulanter Rehabilitationsmöglichkeiten. • Einsatz speziell geschultes und eng miteinander kooperierendes. multidisziplinäres Team für die Akut- und Reha-Versorgung [5]. • Flächendeckende Einführung der Qualitätssicherung der sogenannten "Stroke Units". 	
--	---	--

Anlage 8: Tumorschmerzen

Versorgungs-grad	Kommentar	Beleg
Gute Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Bei über 80 % der Pat. mit chronischen Tumorschmerzen Inzidenz in D an einem Stichtag: 220.000 Pat.[1]) kann bei Berücksichtigung des international akzeptierten Therapieschemas - "WHO-Stufenschems" [2] eine zufriedenstellende Schmerzlinderung erreicht werden [3]. • Der Verbrauch an Morphin stieg in Deutschland von 607 kg in 1994 auf 1218 kg in 1998 an [4]. 	<p>(1) Heidemann E (1999) Schmerz 13: 249-252</p> <p>(2) Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2000) Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen. Arzneiverordnung in der Praxis Sonderheft 2.</p> <p>(3) Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D,Lehmann KA (1995) Pain 63: 65-76</p> <p>(4) International Narcotic Control Board (www.icnb.org/e/index.htm?)</p>
Unter-versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Nur 3 von 12 Ärzten einer onkologischen Ambulanz führten eine angemessene Dokumentation zur Schmerztherapie durch [5] • Nur jeder 10. Hausarzt kennt das WHO-Stufenschema [6]. • die überwiegende Mehrheit der TU-Patienten erhält selten oder nie Opioide [7] • Bei 37% der in einer Schmerzambulanz auf Opioide eingestellten Schmerzpatienten wurde die Opioidtherapie vom Hausarzt wieder beendet [8] • In Einzelfällen wird eine adäquate medikamentöse Schmerztherapie bei einem Tumorpatienten sogar von mitbehandelnden Ärzten ausdrücklich verboten [9] • 42% der Apotheker befürchten eine Gefährdung des Patienten durch eine Langzeittherapie mit Opioiden [10] • Im Verbrauch von Morphin liegt Deutschland mit 574 definierten Tagesdosen (DDD) pro Million Einwohner (Zeitraum 1994-1998) deutlich hinter anderen europäischen Ländern wie Dänemark (6993), Schweden (3472), Norwegen (2357), Großbritannien (2569) und Frankreich (2201), einen ähnlich niedrigen Verbrauch haben Belgien (849), Spanien (701) und Slowakien (583) [4] 	<p>(5) Weber M, Huber C (1999) J Pain Sympt Manage 17:49-54</p> <p>(6) Potthoff P,Urbahn D Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie nach WHO-Schema. Schriftenreihe des BMGBand 92. 1998, Nomos , Baden-Baden.</p> <p>(7) Lindena G,Müller S (1996) Schmerz 10: 319-325.</p> <p>(8) Donner B, Raber M, Zenz M, Strumpf M, Dertwinkel R (1998) J Pain Sympt Manage 15: 231-234</p> <p>(9) Staudigel K, Hankemeier U (2000) Schmerz 14: 111-113</p> <p>(10) Donner B, Zenz M, Friese HG, Strumpf M (1999) Schmerz 13: 43-47</p>
Über-versorgung	Nicht vorhanden	
Fehlversorgung	<p>unangemessene Therapie mit Nicht-Opioiden</p> <ul style="list-style-type: none"> • In einer bundesweiten Anwendungsbeobachtung erhielt jeder 6. Tumorschmerzpatient nur Nichtopioidanalgetika oder Opioide nur bei Bedarf vor Umstellung auf eine adäquate Schmerztherapie mit transdermal 	<p>(11) Radbruch L, Sabatowski R, Loick G, Brunsch-Radbruch A, Lehmann KA (1999) Schmerz 13: 259-265</p>

	appliziertem Fentanyl [11]	
Konsequenzen	s. Unter- / Fehlversorgung	
Potential der Versorgungs-optimierung (Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Einbringung der Sachinhalte in die medizinische Aus- und Weiterbildung • Konsequente Schulung und von medizin. Fachpersonal, Patienten und Angehörigen • Verstärkte Information der Öffentlichkeit zum Abbau von Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber der Schmerztherapie • Förderung eines multidisziplinären Ansatzes unter Koordination eines Verantwortlichen • Budgetvereinbarungen-/Anpassungen schmerztherapeutisch tätiger Ärzte • Förderung und Evaluation von Qualitätssicherungsmaßnahmen • Enge Kooperation aller Beteiligten (Ärzten, Pflege, Patient und Angehörigen) einschließlich des Apothekers. 	