



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Versorgungsforschung

Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF
und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen



FORSCHUNG

Deutschland. Das von morgen.

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
Referat Publikationen; Internetredaktion
11055 Berlin

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen
BKK Bundesverband
Abteilung Versorgungskonzepte
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Bestellungen

schriftlich an den Herausgeber BMBF
Postfach 30 02 35
53182 Bonn
oder per
Tel.: 01805 - 262 302
Fax: 01805 - 262 303
(0,12 Euro/Min.)
E-Mail: books@bmbf.bund.de
Internet: <http://www.bmbf.de>

Redaktion

Brigitte Stahl-Busse, Hamburg
Rolf Geserick, DLR PT Gesundheitsforschung, Bonn

Gestaltung

Michaela Richter, Reichshof-Nosbach

Druckerei

Siebel Druck & Grafik, Lindlar

Bonn, Berlin 2005

Gedruckt auf Recyclingpapier

Bildnachweis

siehe Seite 31



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Versorgungsforschung

**Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF
und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**



Inhalt

Einführung

- 6** Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Abgeschlossene Projekte der ersten Förderphase

- 8** Schizophrenen Patienten gezielt helfen
- 9** Konstante Medikation nach dem Aufenthalt im Krankenhaus
- 11** Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht
- 12** Seele und Körper – unklare körperliche Beschwerden
- 13** Krankenhaus – oder nicht?
- 14** Depressionen schwer zu fassen
- 16** Angst steckt an
- 16** Im Pflegeheim vor Stürzen schützen
- 18** Eingeschränkte Lebensqualität nach Schenkelhalsfraktur
- 19** Niedriges Einkommen – hohe Krankenkosten?
- 20** Zuwanderung und Notfallambulanz – ein wachsendes Problemfeld
- 22** Zahl der Arztbesuche hängt nicht nur von der Gesundheit ab
- 23** Häufige Arztbesuche im ersten Lebensjahr
- 25** Tabelle 1: Projekte der ersten Förderphase



Inhalt

Laufende Projekte der zweiten Förderphase

- 26** Wer liest schon den Beipackzettel?
- 26** Chronisch kranke ältere Menschen besser versorgen
- 27** Qualitätssicherung am Beispiel Rheuma
- 27** Diabetes-Patienten optimal einstellen
- 28** Mehr Lebensqualität und bessere Überlebenschancen für Herzpatienten
- 29** Häusliche Pflege für Demenzkranke erleichtern
- 30** Medizinische Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis
- 30** Verbesserte Schmerztherapie
- 31** Tabelle 2: Projekte der zweiten Förderphase

Einführung

Ergebnisse der gemeinsamen Förderung der Versorgungsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Bei der Versorgung wichtiger Volkskrankheiten wurde für das deutsche Gesundheitswesen erhebliche Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben, so zuletzt im 3. Teil des Gutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit aus dem Jahr 2000/2001¹. Für die großen Volkskrankheiten wurden hier erhebliche Versorgungsdefizite benannt, so z.B. in der Diabetesversorgung, bei der Behandlung von Herz-Kreislaufkrankheiten sowie bei Asthma- und chronischen Lungenerkrankungen.

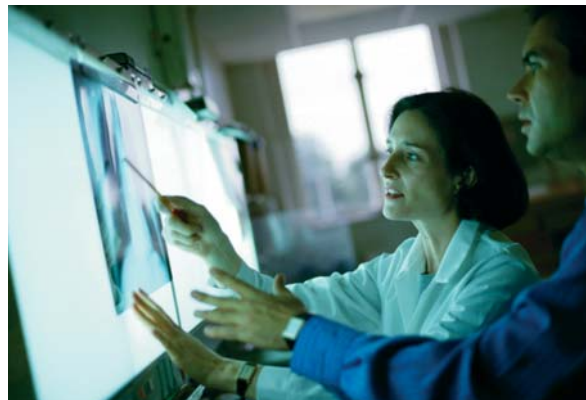
Die Versorgungsforschung kann bei der Weiterentwicklung des Versorgungssystems einen wichtigen Beitrag leisten. Es können sowohl auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelte Instrumente in die Versorgung eingeführt als auch allgemeine Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen für die gesundheitspolitische Meinungsbildung genutzt werden. Auch die angestrebte evidenzbasierte Steuerung des Gesundheitswesens benötigt in weiten Bereichen eine wissenschaftliche Grundlage.

Bis vor wenigen Jahren fand eine solche systematische und wissenschaftliche Analyse des Versorgungsgeschehens und der sich daraus ergebenden Fragestellungen in Deutschland – im Gegensatz zu anderen Ländern – nicht statt. Ein eigener Forschungszweig deutscher Versorgungsforschung musste erst ins Leben gerufen werden.

Eine allseits anerkannte Definition der Versorgungsforschung² beschreibt diese als multidisziplinäres, problemorientiertes Forschungsfeld, welches untersucht, wie

- soziale Faktoren
- Finanzierungssysteme
- Organisationsstrukturen und -prozesse
- gesundheitsbezogene Technologien und
- persönliches Verhalten

den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung sowie Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen.



Unter einem aufgabenorientierten Blickwinkel wird die Versorgungsforschung vom gleichen Autor als problemorientierte, fachübergreifende Forschung beschrieben, welche die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen

- beschreibt,
- kausal erklärt und aufbauend darauf Versorgungskonzepte entwickelt,
- deren Umsetzung begleitend erforscht und/oder
- unter Alltagsbedingungen evaluiert

Um die Versorgungsforschung in Deutschland voranzubringen und zu stärken, haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 1999 mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vereinbart, gemeinsam Versorgungsforschungsprojekte für sechs Jahre zu fördern. Damit sollte ein Anstoß für ein verstärktes Engagement von Wissenschaftlern in der Versorgungsforschung gesetzt werden.

Weitere Ziele waren: mehr Transparenz über das Versorgungsgeschehen herzustellen, Steuerungsmöglichkeiten für Krankenkassen zu eröffnen, für Krankenkassen einsetzbare Steuerungsinstrumente und -maßnahmen zu erproben und den Austausch zwischen Krankenkassen und Wissenschaft zu verbessern.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde ein gemeinsamer Förderschwerpunkt gegründet und die Zusammenarbeit zwischen den Förderern in verschiedenen Gremien organisiert.

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001.

² Pfaff: Vortrag auf dem 4. Symposium Evidenzbasierte Medizin, 14./15.03.2003.

Als beratende Wissenschaftler konnten die Förderer Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz (Universität Düsseldorf), Prof. Dr. Ralph Brennecke (Charité – Universitätsmedizin Berlin), Prof. Dr. Hans-Werner Hense (Universität Münster), Prof. Dr. Heiner Raspe (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein), Prof. Dr. Peter T. Sawicki (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln), Prof. Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld), Prof. Thomas Schäfer (Fachhochschule Gelsenkirchen), Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Charité – Universitätsmedizin Berlin), Prof. Dr. Jürgen Windeler (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Essen) und Prof. Dr. Angela Zink (Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Berlin) gewinnen.

Die Beratung durch die Wissenschaftler wurde in Form eines Gremiums institutionalisiert, das in die Auswahl der Anträge, die Begleitung der Projektdurchführung und die Bewertung der Ergebnisse eingebunden war.

Die Durchführung der Projekte aller drei Förderphasen wird von Seiten der beratenden Wissenschaftler und der Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel der Umsetzbarkeit der Ergebnisse engmaschig begleitet.

Die für sechs Jahre vereinbarte gemeinsame Förderung wurde in drei jeweils zweijährige Förderphasen unterteilt. Für jede Förderphase stellten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und das BMBF jeweils 1 Mio. EURO zur Verfügung.

Für die erste Förderphase wurden im Jahre 2000 13 Projekte (siehe Tabelle 1) zu folgenden drei Themenkomplexen ausgewählt und gefördert:

Behandlungsvariationen in Deutschland

Versorgungsverläufe bei multimorbiden, älteren Menschen

Patienten mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems

Diese Projekte sind inzwischen abgeschlossen.

Im Jahre 2002 erfolgte die Bekanntmachung für die zweite Förderphase mit dem Thema:

Steuerungsmöglichkeiten der Versorgungsqualität und Leistungsdichte im Verlauf chronischer Erkrankungen

Zu diesem Thema wurden acht Projekte gefördert (siehe Tabelle 2).

Anfang 2004 erfolgte die dritte Bekanntmachung zum Thema:

Input-Output-Relation von Leistungen und Prozessabläufen in der Versorgung insbesondere chronisch Kranker

Projekte aus dieser Förderphase werden zwischen 2005 und 2007 durchgeführt.

In der vorliegenden Broschüre sollen die abgeschlossenen Projekte aus der ersten Förderphase vorgestellt werden. Später wird auch die zweite Förderphase aufgeführt und die dritte Förderphase angesprochen. Dabei ist eine kurze und prägnante Darstellung beabsichtigt, bei der jeweils Ausführungen zu Fragestellung, Methodik, Ergebnissen und zur Umsetzung der Resultate gemacht werden. Die Broschüre kann die vorliegenden Abschlussberichte der Vorhaben der ersten Förderphase nicht ersetzen. Sie soll aber der breiten Fachöffentlichkeit einen Eindruck vom Förderschwerpunkt und den dort durchgeführten Projekten vermitteln. Und sie soll Fachleute auf den Gebieten, die das jeweils eigene berufliche Aufgabefeld berühren, anregen, über Konsequenzen und Möglichkeiten der Umsetzung nachzudenken.

Abgeschlossene Projekte der ersten Förderphase

Schizophrenen Patienten gezielt helfen

Fachtitel: »Analyse individueller und systembedingter Determinanten überdurchschnittlicher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen. Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von High Utilizern unter schizophrenen Patienten«

Psychisch kranke Menschen bedürfen einer besonderen Fürsorge. Sie nehmen vielfache Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch, die jedoch nicht immer zu einer dauerhaften Heilung führen. Ein Fortschritt für viele Betroffene ist es schon, weniger oft in eine Klinik eingewiesen zu werden.

Fragen

Daher untersuchten Wissenschaftler der Universität Leipzig zunächst, welche Gruppe der psychisch kranken Patienten die meiste klinische Hilfe in Anspruch nimmt.

Um zukünftig Risikogruppen für eine hohe Inanspruchnahme der klinischen Versorgung besser erkennen zu können, untersuchten die Forscher am Beispiel schizophrener Patienten mögliche Risikofaktoren. Dazu schlossen sie Fragen nach dem sozialen Umfeld, begleitende Erkrankungen, stationäre Kosten sowie regionale Faktoren mit in ihre Untersuchungen ein.

Unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse entwickelten die Wissenschaftler eine Interventionsstrategie, um zukünftig hohe Inanspruchnahmen besser vermeiden zu können.

Methodik

Die Basis der Untersuchung bildete eine krankheitsübergreifende retrospektive Analyse von Daten der AOK Sachsen und zweier psychiatrischer Landeskrankenhäuser sowie eine prospektive Längsschnittstudie mit 508 schizophrener Patienten. Zusätzlich wurde für die Entwicklung der Interventionsstrategie eine qualitative Befragung der Patienten und des Personals durchgeführt.

Ergebnisse

Das erste Ergebnis der Studie zeigt: Schizophrene Patienten und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind diejenigen Gruppen, die am häufigsten psychiatrisch stationär im Krankenhaus aufgenommen und behandelt werden.

Die Studie belegt weiterhin, dass bei Patienten mit schizophrener Psychose, insbesondere junge Patienten, die bereits mehrere stationäre Voraufenthalte hatten und bei denen die Krankheitssymptomatik auch zwischen akuten Phasen fortbestand, sehr häufig erneut stationär aufgenommen werden mussten.

Die Forscher entwickelten aus ihren Ergebnissen ein neuartiges Screening-Instrument in Form eines speziellen Fragebogens. Dieses Instrument soll niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte dabei unterstützen, die entsprechenden Risikogruppen besser zu identifizieren. Innerhalb des Projekts erarbeitete das Leipziger Team mehrere Interventionsstrategien, die dem Patienten dabei helfen, klinische Aufenthalte zu vermeiden. Die Strategien umfassen sowohl medizinische, pflegerische, sozialarbeiterische als auch soziale Komponenten, unter besonderer Berücksichtigung der Wohnform des Patienten.

Handlungsoptionen

Damit schizophrene Patienten in Zukunft seltener die Klinik aufsuchen müssen, sollten nach Ansicht der Wissenschaftler mehrere Institutionen und Faktoren zusammenwirken: Die Umsetzung der Interventionsstrategien durch die Krankenkassen kann in regionalen Projekten in den Bereichen erfolgen, in denen die Krankenkasse Kostenträger ist. Dies betrifft die ärztliche Versorgung, den Einsatz der ambulanten Psychotherapie sowie die häusliche Krankenpflege. Die Bereiche der Unterbringung, der Tagesgestaltung, der geschützten Arbeitsmöglichkeiten und der beruflichen Rehabilitation fallen nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und sind daher in Kostenträger übergreifenden regionalen Projekten einzubeziehen.

Durch eine entsprechende Vertragsgestaltung – beispielsweise in Verträgen der integrierten Versorgung – wäre die von den Wissenschaftlern empfohlene verbesserte Erreichbarkeit des niedergelassenen fachärztlichen Bereiches für die Patienten oder die Einbindung in ein Versorgungsmodell mit psychiatrischen Institutsambulanzen umsetzbar. Ferner kann in Verträgen mit den Leistungserbringern auch die Verwendung des im Projekt entwickelten Screening-Instruments vereinbart werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Patienten mit Schizophrenie und mit Persönlichkeitsstörungen hatten die höchste Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung unter den psychisch Kranken.
- Für die Identifikation der Risikogruppe für hohe Inanspruchnahme unter den schizophren Erkrankten wurde ein Screening-Instrument entwickelt. Die Anwendung kann durch niedergelassene Ärzte oder Krankenhausärzte erfolgen.
- Es wurden verschiedene Interventionsstrategien zur Vermeidung weiterer Krankenhausaufenthalte entwickelt. Diese umfassen sowohl medizinische, pflegerische, sozialarbeiterische als auch soziale Komponenten und sind abhängig von der Wohnform.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Matthias Angermeyer
 Dr. Christiane Roick
 Universität Leipzig
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
 Johannisallee 20
 04317 Leipzig
 Telefon: 03 41 / 97 24 - 530, 03 41 / 97 24 - 512
 E-Mail: krausem@medizin.uni-leipzig.de
 roick@medizin.uni-leipzig.de



Konstante Medikation nach dem Aufenthalt im Krankenhaus

Fachtitel: »Pharmakotherapie im Alter: Konsistenz der Medikation bei Wechsel der Versorgungseinrichtungen«

Nach Entlassung aus der Klinik werden gerade bei älteren Patienten eine Vielzahl von z.T. wichtigen Medikamenten verordnet. Diese Medikation wird oft entweder durch den weiterbehandelnden Hausarzt oder den Patienten selber verändert. Dieses Verhalten kann zu einer Fehlversorgung führen. Eine Forschergruppe der Universität Frankfurt am Main untersuchte daher, wie die Medikation der älteren Patienten nach ihrem Krankenhausaufenthalt optimiert werden kann.

Fragen

Ziel des Forschungsvorhabens war es zunächst zu untersuchen, wie sich der Übergang aus der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung auf die Arzneimitteltherapie bei älteren und chronisch kranken Menschen auswirkt.

Weiterhin sollte festgestellt werden, inwieweit pharmakologische Unter-, Über- oder Fehlversorgung nachgewiesen werden kann, und ob diese auf mangelnde Kooperation zwischen Krankenhaus und ambulantem Bereich zurückzuführen war. Wichtig war auch das Wissen des Patienten über seine Medikamente und ihre Risiken.

Methodik

Innerhalb der Studie wurden die Medikationsverläufe von Patienten, die älter als 65 Jahre waren und die an mindestens zwei chronischen Leiden aus dem Herz-Kreislauf-Bereich erkrankt waren, über zwölf Monate nach stationärem Aufenthalt in einem kommunalen Krankenhaus nachvollzogen. Es wurde dabei die Entlassungsmedikation aus dem Krankenhaus herangezogen und mit der Medikation nach drei bzw. zwölf Monaten verglichen. Zur Erfassung der Medikation im ambulanten Bereich und für Interviews mit den Patienten wurden Hausbesuche durch Ärzte des Projektteams durchgeführt.

Ergebnisse

Das Ergebnis zeigt, dass die Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik durchschnittlich sechs bis sieben Medikamente erhielten. Zehn Prozent der Patienten nahmen mehr als neun Medikamente ein. Die Zahl der Medikamente stieg

dann später im ambulanten Bereich an. Nach zwölf Monaten erhielten 15% der Patienten mehr als neun verschiedene Medikamente, 30% aller Patienten mussten mehr als 10 Tabletten täglich einnehmen. Als weiteres Ergebnis stellte das Forscherteam fest, dass die Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu ca. 50 % geändert worden war. Meist geschah dies durch Absetzen des Präparates und Neuschreibung anderer Präparate, seltener durch Umsetzen auf ein Generikum. Der Anteil von Patienten mit Selbstmedikation stieg von 30 % zum Zeitpunkt der Entlassung auf 50 % nach zwölf Monaten an. Die Patienten hatten über die ihnen verordneten Medikamenten in ca. 80% nur oberflächliche Kenntnisse. Besonders gering waren Kenntnisse über Risiken der Medikation z.B. im Zusammenhang mit blutverdünnenden Arzneistoffen. Verordnete Medikamente wurden aber zu über 90% auch eingenommen.

Die Angemessenheit der Therapie bei erhöhtem Blutdruck, koronarer Herzerkrankung und Herzinsuffizienz wurde an zwei nationalen und einer internationalen Leitlinie sowie anhand der klinischen Parameter beurteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass die verordnete bzw. abgeänderte Medikation weitestgehend durch vorliegende Erkrankungen begründet war und verglichen mit den herangezogenen internationalen Leitlinien überwiegend als angemessen bewertet werden konnte. Im Bereich der Statintherapie ließ sich allerdings eine Unterversorgung nachweisen. Die Blutdruckeinstellung sowie die Gerinnungseinstellung bei antikoagulierten Patienten verschlechterten sich im ambulanten Bereich, ohne dass die Medikation in ausreichendem Maße angepasst wurde. Die Diabeteseinstellung war darüber hinaus unbefriedigend. Viele Patienten wurden aber schon mit unbefriedigenden Werten aus dem Krankenhaus entlassen. Klinisch relevante Arzneimittelinteraktionen ließen sich bei der Erfassung der aktuellen hausärztlichen Medikation nur selten nachweisen. Von den im Beobachtungszeitraum notwendig gewordenen stationären Wiederaufnahmen waren jedoch immerhin 15 % auf Probleme mit der Arzneimitteltherapie zurückzuführen.

Handlungsoptionen

Die Projektergebnisse können durch die Krankenkassen genutzt werden, indem standardisierte Kommunikationsstrukturen zwischen den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten aufgebaut werden. Hierbei sollten gemeinsame Behandlungsziele (z.B. Blutdruckeinstellung, Blutfett-Kontrolle durch Statine oder Dosisanpassungen bestimmter Medikamente) betont werden. Dies könnte z.B. als Teil von vertraglichen Vereinbarungen erfolgen. Die Information des Hausarztes über die Medikation zum Zeitpunkt der Entlassung im Kurzarztbrief sollte entsprechend den gesetzlichen Vor-

gaben bereits die Wirkstoffangabe enthalten – und nicht die im Krankenhaus oftmals eingesetzten Markenpräparate.

Als vertragliche Umsetzungsmöglichkeit bietet sich die ärztliche Qualitätssicherung an, die sektorübergreifend angelegt sein und ein Leitlinien-basiertes, abgestimmtes Ordnungsverhalten zum Ziel haben sollte. Kooperationspartner innerhalb der Krankenhäuser könnten z.B. deren Arzneimittelkommissionen sein.

Die Krankenkasse kann gezielte Interventionen für die im Projekt als Risikogruppen für Fehlversorgung identifizierten Patienten anbieten oder vertraglich veranlassen. Dies können Beratungsangebote für Patienten, Case Management oder Patientenschulungen sein.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Chronisch kranke alte Patienten erhielten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus durchschnittlich sechs bis sieben Medikamente. 10 % der Patienten erhielten mehr als neun Medikamente.**
- **Die Zahl der verordneten Medikamente stieg in der Zeit nach der Krankenhaus-Behandlung an. Nach zwölf Monaten erhielten 15 % der Patienten mehr als neun Medikamente.**
- **Die Medikation war überwiegend angemessen.**
- **Pharmakologisch unzureichend war die Statintherapie, die Blutdruckeinstellung, die Gerinnungseinstellung und die Diabeteseinstellung.**
- **Die Medikation wurde nach der Krankenhausentlassung zwar zu ca. 50 % verändert, dadurch wurde aber die Leitlinien-konforme Behandlung nicht negativ beeinflusst.**
- **Die verordneten Medikamente wurden zu über 90 % auch eingenommen.**

Ansprechpartner

Prof. Dr. Sebastian Harder
 Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität
 pharmazentrum frankfurt
 Institut für Klinische Pharmakologie
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
 Telefon: 069 / 63 01 - 64 23
 E-Mail: harder@em.uni-frankfurt.de

Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht

Fachtitel: »Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Eine patientenorientierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung soziodemografischer und systembedingter Einflussfaktoren auf das Nutzverhalten«

Dank moderner Medizin und gesünderer Lebensweise nimmt die Lebenserwartung in den westlichen Industrienationen stetig zu. Allerdings, so zeigt eine Studie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, nehmen fast alle über 60-jährigen in Deutschland verschreibungspflichtige Medikamente ein.

Fragen

Das Forscherteam stellte sich die Frage, wie das Gesundheitssystem von älteren Menschen genutzt wird. Zudem sollte das Phänomen der so genannten Vielnutzung charakterisiert sowie eine Gruppe von »Vielnutzern« beschrieben werden.

Methodik

Als Basis zogen die Wissenschaftler Routinedaten der VW BKK (heute: Deutsche BKK) des Jahres 2000 heran. Hierbei werteten sie die Leistungsarten Arzneimittel, Krankenhaus, Fahrten, Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitation und Pflege aus. Eine hohe Inanspruchnahme wurde jeweils unter den Aspekten Kosten sowie Nutzung betrachtet. Die Vielnutzung wurde mit zehn Prozent der jeweils höchsten Kosten bzw. höchsten Inanspruchnahme je Leistungsart definiert.

Ergebnisse

Ein zunächst überraschendes Ergebnis der Studie zeigt: Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht. Eine Vielnutzung zeigte sich als mehrdimensionales Phänomen. Gruppen von Versicherten nutzten oftmals nur eine bestimmte Leistungsart – gemessen an Kostenhöhe oder Häufigkeit der Inanspruchnahme – viel. Das Nutzungsverhalten der über 60-jährigen unterschied sich nach Altersgruppen und Geschlecht.

Die Ausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen verursachten insgesamt den höchsten Kostenanteil. An zweiter Stelle standen die Ausgaben für Arzneimittel. Mit zunehmendem Alter der Versicherten nahm der Anteil der Krankenhauskosten an den Gesamtkosten, die ein Versicherter verursachte, ab. Hochaltrige Versicherte (95 bis 99 Jahre) hatten den höchsten Anteil an ambulanten Pflege- und Hilfsmittelkosten.



Fast allen Versicherten wurden Arzneimittel verordnet, 20 % der Versicherten erhielten sogar mehr als 30 Medikamente gleichzeitig. Die Nutzung von Arzneimitteln stieg mit zunehmendem Alter an. Die 75- bis 79-jährigen verursachten dabei die höchsten Kosten bei den Arzneimitteln. Frauen erhielten eine höhere Zahl von Arzneimitteln verordnet als Männer.

Jüngere Versicherte (60 bis 69 Jahre) und Versicherte ab 85 Jahre wurden seltener im Krankenhaus stationär behandelt als die Altersgruppen zwischen 70 und 84 Jahren. Die Versicherten zwischen 70 und 74 Jahren wiesen die längsten Aufenthalte im Krankenhaus sowie die höchsten Kosten in diesem Bereich auf. Fast die Hälfte der stationären Behandlungen ging auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und auf bösartige Erkrankungen zurück.

Die Inanspruchnahme von Heilmitteln nahm mit zunehmendem Lebensalter ab. Heilmittel wurden überwiegend von Frauen zwischen 60 und 64 Jahren im Bereich der physikalischen Therapie in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nahm mit steigendem Lebensalter zu. Männer verursachten durch die Inanspruchnahme von Rettungswagen und Notarzt höhere Fahrtkosten als Frauen.

Handlungsoptionen

Die Krankenkasse wird durch die Forschungsergebnisse in die Lage versetzt, Problemgruppen in ihrem Versichertenbestand zu erkennen. Für diese Problemgruppen sollte sie eventuell spezifische Angebote bereitstellen. Es kann sich hier um zielgruppen- oder einzelfallorientierte Maßnahmen, wie etwa Case Management oder Angebote der Patientenberatung handeln. Maßnahmen zur Arzneimittelsteuerung sollten eher breit angelegt sein, da fast alle Versicherten Arzneimittel bekommen. Für Arzneimittel-Vielnutzer bietet sich eine zentrale personenbezogene Medikamenten-Dokumentation als sinnvolle Maßnahme an.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Den klassischen Vielnutzer gibt es nicht.**
- **Vielnutzung war ein mehrdimensionales Phänomen: Gruppen von Versicherten nutzten oftmals nur eine bestimmte Leistungsart – gemessen an Kostenhöhe oder Häufigkeit der Inanspruchnahme – viel.**
- **Krankenhausaufenthalte nahmen bei den über 74-jährigen ab.**
- **Fast alle Versicherten über 64 Jahren erhielten eine Arzneimitteltherapie.**

Ansprechpartner

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
 Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
 Institut für Medizinische Soziologie
 Thielallee 47
 14195 Berlin
 Telefon: 030 / 84 45 - 13 91
 E-Mail: medsoz@charite.de

Seele und Körper – unklare körperliche Beschwerden

Fachtitel: »Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden«

Unklare körperliche Beschwerden können unter bestimmten Rahmenbedingungen chronisch werden. Als Gegenmaßnahmen entwickelte ein Marburger Ärzte- und Psychologenteam ein neues Screening-Verfahren sowie Schulungsmaterial für Patienten und Ärzte.

Fragen

Das Projekt ging unter anderem der Frage nach, welche Faktoren dazu führen, dass unklare körperliche Beschwerden zu einer chronischen Krankheit werden. Hierbei berücksichtigten die Forscher sowohl das Verhalten des Arztes als auch das Verhalten von Patienten und deren Angehörigen.

Ferner überprüften die Wissenschaftler, ob eine Schulung von Allgemeinmedizinern dazu führt, dass die Behandlungskosten der Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden sinken und sich die Lebensqualität dieser Patienten verbessert.

Methodik

Zur Erhebung der Daten nahmen 25 Hausärzte und 295 Patienten am Projekt teil. Die Hausärzte erhielten eine eintägige Schulung, in der ihnen der Umgang mit Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden (basierend auf einem aus der kognitiven Verhaltenstherapie abgeleiteten Konzept) vermittelt wurde. Ferner erhielten sie Schulungsmaterial, eine Patienteninformationsbroschüre und so genannte »Infozettel« – schriftliche Verhaltensregeln für die Patienten. Die Patienten wurden vier Wochen und sechs Monate nach dem für das Projekt relevanten Besuch beim Hausarzt nachuntersucht.

Ergebnisse

Die Untersuchung ergab für Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden folgende Faktoren, die den Prozess der Chronifizierung einer akuten Krankheit fördern: das Vorliegen eines organischen Krankheitsmodells, das Vorliegen multipler körperlicher Beschwerden, das zusätzliche Vorliegen einer Depression und die Erkrankungsdauer. Eine negative Arzt-Patient-Beziehung sowie das Fortbestehen eines organischen Krankheitsmodells gingen mit einer fortgesetzten hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher.

Das Ergebnis zur Schulung der Ärzte war eindeutig: War das Arztverhalten darauf ausgerichtet, das organische Krankheitsverständnis der Patienten in ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu verwandeln, verminderte sich im Erfolgsfall in der Folgezeit die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung durch die Patienten. Das Verhalten der Angehörigen konnte den Krankheitsverlauf durch verständnisvolles Eingehen auf den Patienten stabilisierend beeinflussen.

Im Projekt wurden daraufhin ein Screening zur Früherkennung psychosomatisch Erkrankter sowie Schulungsmaterial für Ärzte und Informationsmaterial für Patienten entwickelt.

Handlungsoptionen

Die Umsetzungsmöglichkeiten für Krankenkassen bestehen im Einsatz des im Projekt entwickelten Screenings sowie des Ärzteschulungs- und Patienteninformations-Materials in regionalen Modellprojekten.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Ein positives Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowie ein verständnisvolles häusliches Umfeld spielen eine wesentliche Rolle zur Verhinderung der Chronifizierung unklarer körperlicher Beschwerden.**
- **War das Arztverhalten darauf ausgerichtet, das**

organische Krankheitsverständnis der Patienten in ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu verwandeln, verminderte sich im Erfolgsfall in der Folgezeit die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung durch die Patienten.

- **Das Projekt entwickelte ein Screening zur Früherkennung psychosomatisch Erkrankter sowie eine Ärzteschulung mit Infomaterial für Patienten.**

Ansprechpartner

Prof. Dr. Winfried Rief
 Philipps-Universität Marburg
 Fachbereich Psychologie
 Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Gutenbergstraße 18
 35032 Marburg
 Telefon: 0 64 21/282 - 36 57
 E-Mail: rief@staff.uni-marburg.de

Krankenhaus – oder nicht?

Fachtitel: »Untersuchung der Gründe für unterschiedliche Leistungsdichten auf Kreisebene«

Ob man mit Bauchschmerzen im Krankenhaus landet, ist offensichtlich auch vom Wochentag abhängig. Dieses überraschende Ergebnis liefert eine Studie der Universität Magdeburg.

Fragen

Ziel der Untersuchung war es, Faktoren für ein unterschiedliches Einweisungs- bzw. Aufnahmeverhalten ins Krankenhaus mit regional unterschiedlichen Ausprägungen zu erkennen.

Methodik

Dazu wurden niedergelassene und Krankenhausärzte zur Einweisungsentscheidung bei vorgelegten Fallkonstellationen befragt. Als Erhebungsinstrument dienten Vignetten – kurze, typisierte Fallbeschreibungen –, die für zwei Tracerdiagnosen (Oberbauch- und Unterbauchbeschwerden) je nach Dringlichkeit der Einweisung abgestuft wurden. Per Zufallsprinzip wurden den Vignetten soziale Merkmale der Patienten zugeschrieben (Geschlecht, Alter, Tag der Vorstellung: Dienstag oder Freitag, allein lebend / nicht allein lebend, Präferenz für

oder gegen Krankenhausbehandlung). Für die Auswertung konnten 7.376 Oberbauchvignetten und 7.335 Unterbauchvignetten herangezogen werden. Ergänzend wurden Krankenhausdaten der Jahre 1997 bis 2001 der AOK Sachsen-Anhalt ausgewertet.

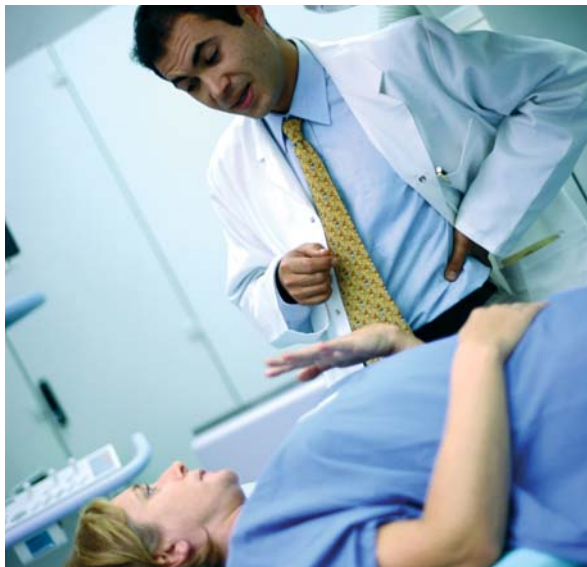
Ergebnisse

Zunächst stellte das Forscherteam fest, dass die Einweisungshäufigkeit bei Unterbauchbeschwerden insgesamt deutlich höher war als bei Oberbauchbeschwerden. Krankenhausärzte wollten die ihnen vorgestellten Patienten gleichen Schweregrades häufiger aufnehmen als die niedergelassenen Ärzte diese einweisen wollten. Dies sprach für unterschiedliche institutionelle Referenzrahmen der beiden Arztgruppen. Die Wahrscheinlichkeit der jeweiligen Grundkrankheit nach Vignettenstufe wurde hingegen von beiden Arztgruppen sehr ähnlich eingeschätzt. Internisten wiesen Patienten mit Oberbauchbeschwerden seltener ins Krankenhaus ein als Allgemeinmediziner. Vignettenpatienten, die keine Ablehnung gegenüber einer Krankenhausbehandlung signalisierten, sollten häufiger stationär behandelt werden als Patienten, die Ablehnung äußerten.

Die Wahrscheinlichkeit, mit Unterbauchbeschwerden stationär aufgenommen zu werden, stieg mit dem Alter und der Vorstellung an einem Freitag. Weiterhin konnten die Wissenschaftler feststellen, dass ärztliche Entscheidungen sowohl von institutionellen Referenzrahmen als auch von regionalen Faktoren und patientenseitigen Faktoren beeinflusst werden.

Die vorgegebene Reihung der Einweisungsdringlichkeit aus den Vignetten konnte bestätigt werden. Die Methodik der Vignettenvergabe wird daher von den Forschern als positiv bewertet.





Zwischen den einzelnen Regionen variierte die Einweisungswahrscheinlichkeit erheblich. Eindeutige Einflussfaktoren aus dem strukturellen Bereich konnten für die Oberbauchvignetten nicht nachgewiesen werden. Nur für die Unterbauchvignetten zeigte sich die regionale Krankenhausdichte als positiver Einflussfaktor, die regionale Arztdichte im niedergelassenen Bereich als negativer Einflussfaktor für eine Einweisung ins Krankenhaus. Die regionalen Variationen in der Leistungsdichte fanden sich für die beiden untersuchten Erkrankungen auch in den Datenauswertungen der Krankenhausdaten der AOK Sachsen-Anhalt.

Handlungsoptionen

Die Methode der Vignette eignet sich zu Ausbildungszwecken, zur Fortbildung und für die ärztliche Qualitätssicherung. Eine Umsetzung der Studienergebnisse durch die Krankenkassen kann daher z.B. in vertraglichen Vereinbarungen zum Einsatz der Vignette in der ärztlichen Qualitätssicherung erfolgen. Eine Standardisierung von Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in Leitlinien oder Verträgen sollte zur Vereinheitlichung regionaler Variationen genutzt werden.

Im Rahmen der integrierten Versorgung können Versorgungsalternativen vorgesehen werden, die für Notfälle und für Patienten, die das Krankenhaus direkt aufsuchen wollen, eine intensivere ambulante Überwachung vorsehen und so ggf. eine stationäre Aufnahme vermeiden helfen. Hier bietet sich beispielsweise die Einrichtung einer Notfallambulanz der Kassenärztlichen Vereinigung am Krankenhaus an.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Die Methodik der Vignette erwies sich als geeignet, um Gründe für das Einweisungsverhalten von Ärzten zu untersuchen.
- Ärztliche Entscheidungen wurden sowohl von institutionellen Referenzrahmen als auch von regionalen Faktoren und patientenseitigen Faktoren beeinflusst.
- Krankenhausärzte wollten die ihnen vorgestellten Vignetten-Patienten gleichen Schweregrades häufiger aufnehmen als die niedergelassenen Ärzte diese einweisen wollten.
- Vignetten-Patienten, die keine Ablehnung gegenüber einer Krankenhausbehandlung signalisierten, sollten häufiger stationär behandelt werden als Patienten, die Ablehnung äußerten.
- Die Wahrscheinlichkeit mit Unterbauchbeschwerden stationär aufgenommen zu werden, stieg mit dem Alter und einer Vorstellung an einem Freitag.
- Die regionale Krankenhausdichte erwies sich als positiver Einflussfaktor, die regionale Arztdichte im niedergelassenen Bereich als negativer Einflussfaktor für eine Krankenhauseinweisung bei Unterbauchbeschwerden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Bernt-Peter Robra
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
 Medizinische Fakultät – Klinikum
 Institut für Sozialmedizin
 Leipziger Straße 44
 39120 Magdeburg
 Telefon: 03 91 / 532 - 80 44
 E-Mail: bernt-peter.robra@medizin.uni-magdeburg.de

Depressionen schwer zu fassen

Fachtitel: »Muster der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen«

Psychosomatisch erkrankten Patienten effektiv zu helfen, erscheint laut einer Studie des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung nach wie vor sehr schwierig. Die Forscher werteten Krankheitsverläufe über einen Zeitraum von sieben Jahren aus. Das Ergebnis ist niederschmetternd: Auch nach Diagnose einer psychosoma-

tischen Erkrankung sinken weder die Krankenhausaufenthalte oder die Zahl der eingenommenen Medikamente noch die Ausfallzeiten am Arbeitsplatz.

Fragen

Im Rahmen des Projektes wurde die erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Vorfeld und nach der Diagnose von Depressionen, Neurosen und funktionellen Störungen näher analysiert und ökonomisch bewertet. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse sollte ein Prognosemodell für eine frühzeitige Diagnose entwickelt werden, um Fehlansprüchen zu vermeiden und damit Einsparungen zu realisieren.

Methodik

Dabei stützte sich die Studie auf anonymisierte Daten der GEK (Gmünder Ersatzkasse) und der KKH (Kaufmännische Krankenkasse) von 1990 bis 2000, wobei je nach Krankenkasse nicht alle Leistungsarten über den gesamten Zeitraum vorlagen. Hierbei wurden der Zeitraum von vier Jahren vor erstmaliger Diagnose sowie der Zeitraum von drei Jahren nach Diagnosestellung einer der drei zu untersuchenden Erkrankungen analysiert. Grundlage der Analyse bildete eine Gegenüberstellung der Inanspruchnahmedaten von Patientengruppen mit psychosomatischen Erkrankungen und einer Kontrollgruppe, deren Mitglieder in ihrem Versicherungsverlauf keine solche Erkrankung aufwiesen. Für Erwerbstätige wurden die Meldungen der Arbeitsunfähigkeit, die Zahlungen von Krankengeld, die Verordnung von Arzneimitteln und die Aufenthalte im Krankenhaus herangezogen; für nichterwerbstätige Versicherte die Arzneimittel-Verordnungen und die Krankenhaus-Aufenthalte.

Ergebnisse

Psychosomatisch Erkrankte wiesen sowohl im Vorfeld ihrer Diagnose als auch in den Jahren danach in den Leistungsbereichen Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhaus sowie Arzneimittel eine gegenüber der Kontrollgruppe deutlich erhöhte Inanspruchnahme auf. Besonders hoch waren die Arbeitsunfähigkeitszeiten – 25 bis 30 Tage mehr als in der Kontrollgruppe im Verlauf von drei Jahren – und die damit verbundene Auszahlung von Krankengeld – sechs bis sieben Tage mehr als in der Kontrollgruppe in drei Jahren. Die Hypothese, dass die erhöhte Inanspruchnahme nach Erstdiagnose einer psychischen Störung innerhalb des analysierten Behandlungszeitraums auf ein niedrigeres Niveau zurückgeht, konnte nicht bestätigt werden.

Bei der Entwicklung von Vorhersagemodellen zur Früherkennung psychosomatischer Erkrankungen auf der Basis von Routedaten zeigte sich, dass sich insbesondere auf der Basis von Arzneverordnungsdaten Risikopopulationen eingrenzen lassen. Die erstellten Prognosemodelle könnten dabei im Prinzip als erster Schritt im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses zur Eingrenzung von Hochrisikopopulationen genutzt werden.

Handlungsoptionen

Angesichts der Studienergebnisse, dass die erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch nach der Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung nicht zurückgeht, erscheinen Überlegungen zur Nutzung von Prognosemodellen zur frühzeitigeren Identifikation von Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko zumindest unter der Maßgabe der Erreichung von Einspareffekten wenig zielführend.

Die Ergebnisse der Studie machen vielmehr deutlich, dass in weiteren Forschungsvorhaben abgeklärt werden müsste, durch welche Faktoren in der Versorgung die anhaltend erhöhte Inanspruchnahme verursacht wird und durch welche Maßnahmen die Versorgung substanziell verbessert werden kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Psychosomatisch Erkrankte wiesen vor der Diagnosestellung und in den Jahren danach in den Leistungsbereichen Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhaus sowie Arzneimittel eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme auf.**
- **Die Hypothese, dass nach der Diagnosestellung einer psychosomatischen Erkrankung die erhöhte Inanspruchnahme innerhalb des analysierten Zeitraums auf ein niedrigeres Niveau zurückgeht, konnte nicht bestätigt werden.**

Ansprechpartner

Hans Dörning, Thomas G. Grobe
 Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
 ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
 und Gesundheitssystemforschung e.V.
 Lavesstraße 80
 30159 Hannover
 Telefon: 05 11 / 530 91 - 10, 05 11 / 530 91 - 12, 05 11 / 532 - 44 22
 E-Mail: doerning@iseg.org, grobe@iseg.org
 schwartz.fw@mh-hannover.de

Angst steckt an

Fachtitel: »Exakte Erfassung der Behandlungsvariabilität durch den Einsatz standardisierter Patienten (Kopfschmerz)«

Wer dem Arzt ängstlich und drängend gegenüber tritt, erhält offensichtlich mehr Untersuchungsleistungen. Dies bestätigt eine Studie der Universität Düsseldorf.

Fragen

Im Zentrum dieser Studie stand die Frage, ob Hausärzte in ihrem Handeln in wirtschaftlicher und/oder qualitativer Hinsicht von der Art und Weise beeinflusst werden, wie ein Patient seine Symptome präsentiert.

Methodik

Das Projekt arbeitete mit der Methode des »standardisierten« Patienten. Um die Auswirkungen der Symptompräsentation zu analysieren, wurden für das Krankheitsbild des Kopfschmerzes zwei Patiententypen ausgebildet: der »ängstlich-drängende« und der »neutral-akzeptierende« Patient. Für das Projekt konsultierten acht dieser standardisierten Patienten insgesamt 52 Ärzte.

Ergebnisse

Das Ergebnis der Studie belegt: Ärzte gehen sehr individuell auf ihre Patienten ein. Das ärztliche Verhalten variierte je nach Patiententyp stark. Das ärztliche Handeln wurde durch die Art der Symptompräsentation des Patienten beeinflusst. Bei ängstlich-drängenden Patienten wurden mehr Untersuchungen veranlasst als bei neutral-akzeptierenden Patienten.

Bei der Konsultationszeit sowie dem Umfang ärztlichen Handelns ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen dem »ängstlich« und dem »neutral« agierenden Patienten erkennen. Dem gegenüber bewirkten »ängstlich-drängende« Patienten deutlich mehr kostenintensive Untersuchungen sowie Empfehlungen zum Besuch eines Facharztes. Die Ärzte benannten hierfür als Gründe: Eingehen auf den Wunsch des Patienten, eigenen Aktivismus bei gleichzeitiger Ratlosigkeit sowie die eigene Angst etwas falsch zu machen.

Handlungsoptionen

Im Rahmen von Beiträgen in ihren Mitglieder-Zeitschriften haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Ratschläge zum Arzt-Patientengespräch zu geben. Die Kernbotschaft hierbei

muss dann lauten: Sorgen/Befürchtungen offen und realistisch – aber nicht überzogen – ansprechen. Mit dieser klaren Orientierung sollten auch Medizin-Hotlines der Krankenkassen die Anrufer im Vorfeld von Arztbesuchen informieren. Die Ergebnisse sollten zudem in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte genutzt werden. Dies können die Krankenkassen durch vertragliche Vereinbarungen zur Qualitätssicherung forcieren. Darüber hinaus ist es zielführend, die Ärzte unmittelbar über die Ergebnisse zu informieren.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Das ärztliche Verhalten variierte zwischen den Ärzten stark.**
- **Das ärztliche Handeln wurde durch die Art der Symptompräsentation des Patienten beeinflusst. Bei ängstlich-drängenden Patienten wurden mehr Untersuchungen veranlasst als bei neutral-akzeptierenden Patienten.**



Ansprechpartner

Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz
Heinrich Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsklinikum
Abt. für Allgemeinmedizin
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 81 - 177 71
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Im Pflegeheim vor Stürzen schützen

Fachtitel: »Untersuchungen zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner«

Eine effektive Sturzprophylaxe, Impfungen und eine verbesserte Überwachung der Therapie könnten dazu beitragen, dass Pflegeheimbewohner weniger häufig ins Krankenhaus

eingeliefert werden müssen. Dies belegt eine Studie des Geriatrischen Zentrums des Bethanien-Krankenhauses am Klinikum der Universität Heidelberg.

Fragen

Durch die Untersuchung sollte festgestellt werden, in welchem Ausmaß und auf Grund welcher Umstände Pflegeheimbewohner stationär aufgenommen werden. Anschließend stellten die Forscher die Frage, in welchem Umfang solche Krankenhaus-Aufenthalte potenziell vermeidbar sind.

Methodik

Als Basis der Studie nutzte das Forscherteam aus Geriatern und Epidemiologen zunächst in einem rückblickenden Studienteil die Daten von acht Kranken- und Pflegekassen sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK, Daten zur Pflegebedürftigkeit) im Rhein-Neckarkreis und den Städten Heidelberg und Mannheim. Für 1.926 Versicherte, die im Jahr 2000 erstmalig in einem Altenpflegeheim stationär aufgenommen wurden, konnten Anzahl, Umstände sowie die Aufnahmediagnosen aller Krankenhaus-Aufenthalte bis zum 31.12.2001 ermittelt werden. Für Versicherte der AOK und der Barmer Ersatzkasse konnten Daten von 1.361 Patienten für den Zeitraum ab dem 1.1.1999, also auch vor der Übersiedlung ins Pflegeheim, zur Verfügung gestellt werden.

Ein Studienteil, dessen Auswertung derzeit abgeschlossen wird, umfasste alle Heidelberger Pflegeheime bis auf eines sowie 20 von 23 Heimen im Odenwald-Kreis. Hier sollten direkt die Umstände aller Krankenhaus-Einweisungen dokumentiert werden, um noch besser die potenzielle medizinische Vermeidbarkeit beurteilen zu können.

Ergebnisse

Die Hospitalisationsrate bei Pflegeheimbewohnern liegt bei 1,1 pro Personenjahr, wobei der hier betrachtete Durchschnittszeitraum im Pflegeheim 388 Tage betrug. Im Mittel war jeder Bewohner bei Kosten von durchschnittlich 3.727 € pro Jahr 15 Tage im Krankenhaus, wobei Alter, Geschlecht und Pflegestufe klare Einflussgrößen waren. So nahmen mit dem Alter die Rate und Dauer von Krankenhaus-Aufenthalten rapide ab: Unter 70-jährige Heimbewohner verbringen fast doppelt so viel Zeit im Krankenhaus wie über 90-jährige. Männer haben gegenüber Frauen eine 1,4-fach erhöhte Anzahl an Aufenthalten im Krankenhaus. Die mittlere Aufenthaltsdauer fällt von der geringeren Pflegestufe 1 mit 17,6 Tagen auf 12,1 Tage bei der höchsten Pflegestufe 3 ab.

Die häufigsten Gründe für die stationäre Aufnahme waren Sturzfolgen (v.a. hüftgelenksnahe Frakturen), kardiovaskuläre Erkrankungen, Infektionen, psychiatrische Erkrankungen sowie Probleme im Bereich der Ernährungspflege.

Viele der genannten Ursachen für Krankenhaus-Einweisungen von Pflegeheimbewohnern sind ganz klar durch präventive Maßnahmen wie Sturzprophylaxe, Impfungen oder verbesserte Therapieüberwachung beeinflussbar. Manche der aufgetretenen Erkrankungen lassen sich auch durch optimierte ärztliche und pflegerische Behandlung im Pflegeheim versorgen.

Handlungsoptionen

Diese erstmalig gewonnenen repräsentativen Daten bieten eine Grundlage zur Planung einer Interventionsstudie zur Vermeidung von Krankenhaus-Einweisungen bei Pflegeheimbewohnern. Die in diesen zwei Teilstudien erworbenen Erkenntnisse wurden darüber hinaus auch für die Durchführung einer gut besuchten Fortbildungsreihe in Heimen und die Entwicklung eines Curriculums »Medizin im Pflegeheim« genutzt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Jeder Pflegeheimbewohner war durchschnittlich 1,1-mal pro Jahr im Krankenhaus.**
- **Im Mittel war jeder Bewohner bei mittleren Kosten von 3.727 € pro Jahr 15 Tage im Krankenhaus.**
- **Alter, Geschlecht und Pflegestufe waren Einflussgrößen. Mit zunehmendem Alter und zunehmender Pflegestufe nahm die Inanspruchnahme von Krankenhaus-Behandlungen ab.**
- **Gründe für die stationäre Aufnahme waren Sturzfolgen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Infektionen, psychiatrische Erkrankungen sowie Probleme im Bereich der Ernährungspflege.**

Ansprechpartner

Dr. Norbert Specht-Leible
Bethanien-Krankenhaus – Geriatrisches Zentrum –
gemeinnützige GmbH am Klinikum der Universität
Heidelberg
Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg
Telefon: 0 62 21 / 319 - 405
E-Mail: nspechtleible@bethanien-heidelberg.de

Eingeschränkte Lebensqualität nach Schenkelhalsfraktur

Fachtitel: »Sektorübergreifende Evaluation der Versorgungsqualität bei Behandlung der Schenkelhalsfraktur«

Ältere Frauen und insbesondere Bewohnerinnen in Pflegeheimen sind am häufigsten von einem Schenkelhalsbruch betroffen. Die Lebensqualität nimmt nach einer solchen Fraktur oft rapide ab, so eine Studie der Universität Düsseldorf.

Fragen

Im Fokus der Untersuchung stand die Frage, wie sich die Versorgungsverläufe von älteren Patienten mit Schenkelhalsfraktur kurz- und mittelfristig darstellen.

Methodik

In der retrospektiven Teilstudie wurden für 1.353 Versicherte der AOK Westfalen-Lippe mit Schenkelhalsfraktur im Jahr 1999 mit einem eigens entwickelten Modell der Datenzusammenführung die Daten der AOK, des Medizinischen Dienstes und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe zusammen analysiert. So konnten fallbezogen in Anspruch genommene Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, wo vorhanden die Ergebnisse der Pflegebedürftigkeitsbegutachtung und medizinische Daten der Krankenhausbehandlung gemeinsam betrachtet werden.

Im prospektiven Studienteil unter Beteiligung von 15 Krankenhäusern in Westfalen-Lippe wurden 107 Patienten mit Schenkelhalsfraktur nach Aufnahme u.a. zum Sturzereignis persönlich interviewt sowie sechs und zwölf Monate nach Aufnahme mit Hilfe standardisierter Fragebögen befragt. Die wichtigsten Zielvariablen der Studie waren Komplikationen, Re-Interventionen, Pflegebedürftigkeit, erzielte Mobilisierung vor Entlassung sowie der medizinisch-funktionelle Verlauf und die Lebensqualität.

Aufgrund des hohen Alters, vieler Begleiterkrankungen und Nichttransportierbarkeit bzw. Verwirrtheit der Patienten konnten die Daten bei einem größeren Anteil der Patienten nur teilweise oder überhaupt nicht erfasst werden. Der prospektive Studienteil konnte daher keine repräsentativen Ergebnisse erzielen. Er erbrachte aber Hinweise darauf, dass das Ausgangsniveau des funktionalen Status und der Lebensqualität vor der Schenkelhalsfraktur auch ein Jahr danach nur selten wieder erreicht wird.

Ergebnisse

Der erste Studienteil bestätigte teilweise bekannte Merkmale des Problems »Schenkelhalsfraktur«: Über 80 % der Betroffenen sind Frauen, fast 90 % sind älter als 70 Jahre und vielfach anderweitig erkrankt. Mit 21,3 % sind überdurchschnittlich viele Heimbewohner in dieser Patientengruppe anzutreffen. Etwa 16 % der Patienten kamen nach der Akutversorgung in eine rehabilitative oder geriatrische Maßnahme. Im Verlauf wurden 15,4 % der Patienten neu in ein Pflegeheim eingewiesen.

43,3 % der Patienten mussten innerhalb des ersten Jahres nach der Schenkelhalsfraktur erneut stationär behandelt werden. Das Risiko, innerhalb des ersten Jahres zu versterben, wird durch die Faktoren männliches Geschlecht, Alter über 80 und vorbestehende Pflegebedürftigkeit jeweils verdoppelt. Bei postoperativen Komplikationen verdreifacht sich dieses Risiko. Auch bei Berücksichtigung des Risikoprofils der Patienten erwies sich eine rehabilitative oder geriatrische Behandlung als unabhängiger prognostischer Vorteil für das Überleben.

Das Projekt erbrachte abschließend Hinweise darauf, dass die Funktionsfähigkeit der Hüfte und auch die Lebensqualität nach der Fraktur deutlich vermindert sind.

Handlungsoptionen

In inhaltlicher Hinsicht ergaben sich aus der Untersuchung z.B. Hinweise darauf, dass Maßnahmen der Sturzprävention bei der besonders betroffenen Gruppe der Heimbewohner künftig stärker initiiert werden sollten. Nachdem die Wirksamkeit solcher Programme zur Sturzprävention in Heimen in kontrollierten Studien belegt werden konnte, beginnen Kranken- und Pflegekassen wie z.B. die AOK Baden-Württemberg damit, solche Maßnahmen flächendeckend zu finanzieren.

In methodologischer Hinsicht ist das hier realisierte neue Datenmodell (Verknüpfung von Routinedaten aus verschiedenen Quellen) mit der Möglichkeit zur sektorübergreifenden Längsschnittbetrachtung ein auf andere Krankheitsbilder und Regionen übertragbarer und datenschutzkonformer Ansatz. Er eignet sich nicht nur zur Validitätsbestimmung von im Gesundheitswesen erhobenen Daten, sondern auch, um im Zeitvergleich die Effekte gesundheitspolitischer Maßnahmen – etwa der Einführung des pauschalierten DRG-Vergütungssystems für Krankenhäuser – auf die Versorgung der Patienten zu analysieren.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Über 80 % der Patienten mit Schenkelhalsfrakturen waren Frauen, fast 90 % waren älter als 70 Jahre und multimorbide, 21 % waren Heimbewohner.**
- **16 % der Patienten kamen nach der Akutversorgung in eine rehabilitative oder geriatrische Maßnahme.**
- **43 % der Patienten mussten innerhalb des ersten Jahres nach der Schenkelhalsfraktur erneut stationär behandelt werden.**

Ansprechpartner

Prof. Dr. Christian Ohmann
 Koordinierungszentrum für Klinische Studien
 Heinrich-Heine-Universität
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf
 Telefon: 02 11 / 81 - 1 97 01
 E-Mail: ohmannch@uni-duesseldorf.de

Niedriges Einkommen – hohe Krankenkosten?

Fachtitel: »Bestimmung und Quantifizierung nicht-morbiditätsinduzierter Ursachen für Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems«

Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen verursachen deutlich höhere Kosten als Patienten dieser Erkrankungen mit hohem Einkommen. Dies ist das Ergebnis einer umfangreichen Studie der Technischen Universität Berlin, die verschiedene soziale Aspekte in Bezug auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems analysiert hat.

Fragen

In Deutschland wird das Versorgungssystem aufgrund verschiedener Faktoren unterschiedlich stark genutzt. Eine der entscheidenden Komponenten stellt die jeweilige Erkrankung des Patienten dar. Diese allein reicht aber nicht aus, um alle Unterschiede der Inanspruchnahme zu erklären. Das vorliegende Forschungsvorhaben hatte zum Ziel, weitere Faktoren, wie z.B. einen Kassenwechsel, zu bestimmen, die diese Varianzen erklären können.

Zudem untersuchte das Team den Einfluss krankheitsunabhängiger Indikatoren, wie Schichtzugehörigkeit, Einkom-

men, Bildungsniveau. Auch das Ausmaß der Kassenbindung, Unterschiede im Leistungsangebot und regionale Besonderheiten wurden analysiert.

Inwieweit räumliche Bezüge des Leistungsangebots das Niveau der Inanspruchnahme verändern, sollte die Differenzierung nach siedlungsstrukturellen Merkmalen und Indikatoren des Leistungsangebots zeigen.

Methodik

Anhand des Beispiels der Kassenwechsler wurde gezeigt, wie der zunehmende Kassen- und Versorgungswettbewerb das Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst. Zuerst wurde der Einfluss krankheitsabhängiger Indikatoren analysiert, danach sozio-strukturelle und sozio-biographische Merkmale anhand der Eckdaten Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Einkommen und Schulabschluss untersucht.

Ergebnisse

Betrachtet man das Risikoprofil der Kassenwechsler, so zeigt sich, dass der Wettbewerb die Loyalität mit der jeweiligen Kasse und das kostenbewusste Verhalten mindert und die Inanspruchnahme steigert. Dabei stellt der Beitragssatz die entscheidende Rahmenbedingung dar: Bei einer Erhöhung um einen Prozentpunkt erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels um vier Prozent.

Im Zeitverlauf ist eine kontinuierliche Steigerung der Wechselneigung zu verzeichnen. Der Anteil der freiwillig Versicherten bleibt dabei unverändert, es zeigten sich aber deutliche schichtspezifische Unterschiede. Überdurchschnittlich viele Wechsler verfügen über einen gehobenen Schulabschluss und ein höheres Einkommen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Absenkung der moralischen Hemmschwelle zum Kassenwechsel eher ein westdeutsches Problem darstellt: Die Lockerung der Kassenbindung führt zu einer Verstärkung des Einflusses der nicht gesundheitsbezogenen Motive eines Wechsels und das kostenbewusste Verhalten verschlechtert sich. Als Hypothese wird der Wechsler als ein Typus beschrieben, der seine Rechte kennt und vermutlich alle Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen nutzen wird.

Die Studie zeigte weiterhin, dass die Zugehörigkeit zu einer sozial schlechter gestellten Gruppe sowie ein niedriges Einkommen und ein schlechter Schulabschluss höhere Ausgaben verursachen. Auffällig war, dass z. B. Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen deutlich höhere Ausgaben verursachen als Patienten dieser Erkrankungen mit hohem Einkommen. Bei Krebserkrankungen, chronischen Hauterkrankungen oder Hörschäden zeigten sich kaum Dif-

ferenzen zwischen der Schichtzugehörigkeit und der Ausgabenhöhe. Davon unterschieden sich Patienten mit Herzinsuffizienz – hier korrelierten mit steigendem Einkommen auch höhere Kosten.

Abschließend stellte sich heraus, dass räumliche Distanzen keinen entscheidenden Einfluss auf die Inanspruchnahme gesundheitsrelevanter Leistungen haben. Lediglich bei Entfernungen von über 30 Minuten Fahrzeit werden Spezialzentren seltener kontaktiert.

Handlungsoptionen

Sollten sich die Analysen bestätigen, wonach Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen deutlich höhere Ausgaben verursachen, können im Rahmen von »Disease Management Programmen« gezielte Maßnahmen für diese Gruppen entwickelt werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Steigt der Beitragssatz einer Krankenkasse um einen Prozentpunkt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels um vier Prozent.**
- **Die Zugehörigkeit zu einer sozial schlechter gestellten Gruppe mit niedrigem Einkommen und schlechtem Schulabschluss verursacht höhere Ausgaben.**
- **Asthmatiker und Diabetiker mit niedrigem Einkommen verursachen deutlich höhere Ausgaben als Patienten dieser Erkrankungen mit hohem Einkommen.**
- **Bei Patienten mit Herzinsuffizienz korrelieren mit steigendem Einkommen auch höhere Kosten.**

Ansprechpartner

Dr. Hanfried Andersen
Technische Universität Berlin
Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht
Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin
Telefon: 030 / 314 - 2 32 38
E-Mail: h.andersen@finance.wv.tu-berlin.de



Zuwanderung und Notfallambulanz – ein wachsendes Problemfeld

Fachtitel: »Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Migranten. Problem-beschreibung, Ursachenanalyse, Lösung«

Abends und am Wochenende verzeichnen Berliner Notfallambulanzen einen besonderen Anstieg nichtdeutscher Patienten. Die daraus resultierenden Probleme – nicht nur auf sprachlicher Ebene – beleuchtet eine Studie der Humboldt-Universität Berlin.

Fragen

Die Untersuchung beschäftigte sich unter anderem mit der Frage, inwieweit Migranten im Vergleich zu deutschen Patienten häufiger und zu anderen Zeiten Notfallambulanzen als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufsuchen.

Anhand der Beobachtungen sollte weiterhin geklärt werden, inwieweit die dafür notwendige Infrastruktur vorhanden ist und welche Probleme auftreten, besonders hinsichtlich Unter-, Über- bzw. Fehlversorgung bestimmter Patientengruppen.

Methodik

Während des Projekts wurden Patienten in drei ausgewählten Berliner Krankenhäusern verschiedener Träger über einen Zeitraum von einem Jahr in den internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen befragt. Mit einem Fragebogen wurden die Daten zu soziodemographischen Angaben, Migration, Gesundheitswissen, »self management« und Nutzungsgewohnheiten ambulanter Behandlungseinrichtungen gesammelt. Außerdem wurden die sogenannten »Erste-Hilfe-Scheine« hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und Therapie ausgewertet. Ferner wurden Interviews mit Ärzten und Pflegekräften zum Themenkomplex »Versorgung von Migranten« durchgeführt.

Ergebnisse

Die Studie zeigt zunächst, dass die Unterscheidung »deutsch« gegen »nicht deutsch« zu unspezifisch ist. Somit ist eine gesonderte Betrachtung der türkischsprachigen Patienten als größte Gruppe innerhalb der Migranten und eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht notwendig.

Patienten nichtdeutscher Herkunft zeichnen sich zumeist durch einen schlechteren Sozialstatus aus als die deutschen



Patienten. Häufiger und oft auch unangemessener werden die Notfallambulanzen durch Migranten, Frauen und jüngere Menschen in Anspruch genommen. Zudem suchen Migranten vermehrt in den Abendstunden und an Wochenenden die Notfallambulanzen auf und weisen eine erhöhte Schmerzwahrnehmung auf. Die bestehenden Verständigungsprobleme werden bei den nichtdeutschen Patienten häufig durch mitgebrachte Angehörige gemindert oder gelöst. Trotzdem bewerten die befragten Ärzte die Arzt-Patienten-Beziehung zu den nichtdeutschen Patienten deutlich schlechter als zu den deutschen Patienten.

Einige Untersuchungsergebnisse weisen auf eine unterschiedliche Versorgung von Migranten und deutschen Patienten in den Notfallambulanzen hin. Insbesondere diesem Hinweis muss in Längsschnittstudien nachgegangen werden. Damit soll geklärt werden, inwieweit dies zu höheren Kosten oder Qualitätseinbußen in der nachfolgenden Behandlung führt.

Handlungsoptionen

Die Anzahl der Migranten – derzeit neun Prozent der Bevölkerung in Deutschland – wird weiter zunehmen. Daher müssen sich die gesetzlichen Krankenversicherungen stärker auf die Besonderheiten der Versorgung von Migranten/innen einstellen.

Da Migranten/innen die Notfallambulanzen häufiger mit nicht dringlichen Problemen aufsuchen, besteht hier leicht das Problem der kostenintensiven Fehl- oder Überversorgung, die nicht an den Bedürfnissen der Patienten orientiert ist. Da Migranten/innen eher psychosozialen Problemen ausgesetzt sind, sollten ihnen mehr Informationen über Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen in den entsprechenden Sprachen bereitgestellt werden.

Die Zugangsbarrieren für psychosoziale Einrichtungen sollten abgebaut und zielgruppen- und bedarfsorientierte Angebote erstellt werden. Eine festgestellte erhöhte Schmerzwahrnehmung kann neben soziokulturellen Faktoren auch

auf mangelndes Wissen und fehlende Informationen zurückgeführt werden. Auch hier können Verbesserungen bei Informationen und Gesundheitsbildung zu Beschwerden und Symptomen und Eigenhilfemaßnahmen sinnvoll sein. Kooperationen beispielsweise mit ethnischen Gemeinden und Gemeinschaften sowie Bildungseinrichtungen können diese Maßnahmen durch Multiplikatoren unterstützen.

Umsetzungsmöglichkeiten für die Krankenkassen werden in Form verschiedener Verbesserungen der Versorgungsbedingungen in den Notfallambulanzen vorgestellt. Die Einführung international angewandter Maßnahmen des »ethnic monitoring« sind u.a.:

- **Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung des Einschlusses ethnischer Minderheiten**
- **angemessene Repräsentation von Migranten/innen im Klinikpersonal**
- **»interkulturelle Öffnung« als Aufgabe der Leitungsebene und Weiterbildung der Mitarbeiter**
- **Veränderung struktureller Maßnahmen (Informationsmaterialien, Beschilderung in den relevanten Sprachen, Dolmetscher).**
- **Des Weiteren werden zwei Modelle der »Patientenorientierten Rettungsstelle« vorgestellt:**

Im Modell A werden die Patienten einem Pflege- und Behandlungsteam (medizinisches Fachpersonal) vorgestellt, das eine Weiterleitung veranlasst. Dabei kann der Patient an eine notfallmedizinische Rettungsstelle verwiesen werden, deren Aufgabe die Versorgung medizinischer Notfälle ist. Handelt es sich nicht um einen notfallmedizinischen Behandlungsfall, wird der Patient an die Rettungsstellenpraxis verwiesen, die durch einen Facharzt der Allgemeinmedizin besetzt ist. Bei kurz- oder längerfristigen psychosozialen Problemen wird der Patient durch die Beratung der Rettungsstellen betreut; hier ist der Ansprechpartner ein klinischer Sozialarbeiter.

Der Erstkontakt des Patienten erfolgt bei Modell B durch die Rettungsstellenpraxis. Hier wird die Entscheidung für die direkte Behandlung in der Praxis getroffen oder die Weiterleitung an die notfallmedizinische Rettungsstelle und der Rettungsstellenberatung initiiert.

Die Aufgaben, Kompetenzen und Zielgruppen der jeweiligen Stellen sind in beiden Modellen gleich, die Lotsenfunktion hingegen wird an verschiedenen Orten durchgeführt. In beiden Szenarien wird beim Erstkontakt über den Einsatz eines Dolmetschers entschieden. Um das System effizient zu gestalten, ist die Zusammenarbeit zwischen den drei Instanzen (Rettungsstellenpraxis, -beratung und notfallmedizinische Rettungsstelle) fließend.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Abends und am Wochenende verzeichnen Berliner Notfallambulanzen einen besonderen Anstieg nicht-deutscher Patienten.**
- **Verständigungsprobleme werden bei den nicht-deutschen Patienten häufig durch mitgebrachte Angehörige gemindert oder gelöst.**
- **Trotzdem bewerten die befragten Ärzte die Arzt-Patienten-Beziehung zu den nichtdeutschen Patienten deutlich schlechter als zu den deutschen Patienten.**
- **Einige Daten weisen auf eine unterschiedliche Versorgung von Migranten und deutschen Patienten in den Notfallambulanzen hin.**

Ansprechpartner

PD Dr. Matthias David, Prof. Dr. Theda Borde*
 Humboldt-Universität zu Berlin
 Campus Virchow-Klinikum
 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
 Telefon: 030 / 450 - 56 40 32
 E-Mail: matthias.david@charite.de,
 theda.borde@asfh-berlin.de
 * Fachhochschule Alice Salomon Berlin

Zahl der Arztbesuche hängt nicht nur von der Gesundheit ab

Fachtitel: »Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Leistungen des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsansätze«

Zehn Euro pro Quartal sind seit Beginn 2004 zu zahlen, wenn man als Erwachsener in Deutschland ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Eine Selbstbeteiligung bei jedem Arztkontakt könnte eher die teilweise extrem hohen Kontaktzahlen reduzieren, aber nur um den hohen Preis der Aufhebung des Solidaritätsprinzips zwischen Patienten und gesunden Versicherten. Die Selbstbeteiligung der Patienten beim ersten Facharztbesuch hätte eine weitere Reduzierung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zur Folge. Dieses Ergebnis liefert eine aktuelle Studie des Robert Koch-Instituts in Berlin.

Fragen

Die Wissenschaftler analysierten mögliche Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch die Bevölkerung. Dabei wurden sowohl Gesundheitszustand und -verhalten der Bevölkerung als auch das Angebot an Gesundheitsleistungen berücksichtigt. Zudem zeigen die Wissenschaftler Steuerungsansätze und Verbesserungspotenziale im Versorgungssystem auf.

Methodik

Die theoretische Grundlage bildete ein Verhaltensmodell (nach R. M. Andersen: Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? In: Journal of health and social behavior, 36 Jg. 1995, S.1-10), das die Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme in die Komponenten »Predisposing«, »Enabling« und »Need« unterteilt. Die Datengrundlage war hauptsächlich eine repräsentative Untersuchung der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland (Bundes-Gesundheitssurvey 1998), erweitert um regionale Strukturdaten. Indikatoren für die ambulante Inanspruchnahme waren die erfragten Anzahlen der Kontakte bei niedergelassenen Ärzten insgesamt, der kontaktierten Fachgruppen, der Kontakte bei Internisten und der Kontakte bei Allgemeinmedizinern in einem Jahr.

Ergebnisse

Wenig überraschend: Wesentlicher Faktor für die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen war, dass ein Patient krank ist oder sich subjektiv um seine Gesundheit sorgt. Eine wichtige Rolle spielten aber auch Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erwerbstätigkeit. Ältere Menschen, Frauen und Erwerbslose nahmen vermehrt ambulante Leistungen in Anspruch.

Die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen weist grundsätzlich das größte Steuerungspotenzial auf. Hierzu zählen die Arztdichte und der Anteil von Allgemeinmedizinern und Internisten. Es konnte gezeigt werden, dass lediglich bei einem höheren Anteil von Allgemeinmedizinern bzw. Internisten im Wohngebiet die jeweilige Arztgruppe etwas vermehrt aufgesucht wurde.

Bei den Allgemeinmedizinern bestimmten allerdings primär die Faktoren rund um Krankheit und Wohlbefinden sowohl den Erstkontakt als auch die spätere Kontakthäufigkeit. Bei den Internisten spielten neben dem Gesundheitszustand und sozialen Faktoren auch die Erreichbarkeit einer Arztpraxis beim Erstkontakt und die Erwerbstätigkeit des Patienten bei der Anzahl der Kontakte eine zusätzliche Rolle.

Handlungsoptionen

Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass die Einführung von Selbstbeteiligungen als preisliches Steuerungsinstrument im Facharztbereich eine etwas größere Wirkung haben würde als im hausärztlichen Bereich. Zusätzlich betonen sie, dass eine Reduzierung von Informationsdefiziten von Versicherten und Leistungserbringern zu einer gezielteren und angemesseneren Inanspruchnahme führen kann. Gleichzeitig konnten in der Studie einige Hypothesen zur Beeinflussbarkeit der Inanspruchnahme widerlegt werden, so beispielsweise, dass eine höhere Angebotsdichte auch höhere Inanspruchnahme bewirke, dass das Vorhandensein eines Hausarztes die Zahl zusätzlicher Inanspruchnahme ebenso verringere wie höheres Gesundheitsbewusstsein oder eine Privatversicherung. Bedeutender für die Reduzierung der ambulanten Inanspruchnahme sind Präventionsmaßnahmen wie Impfung und Unfallverhütung. Mit diesen Ergebnissen können mögliche »Sackgassen« bei Steuerungsansätzen vermieden werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Ein Patient sucht in erster Linie einen Arzt auf, wenn er krank ist oder sich subjektiv um seine Gesundheit sorgt.**
- **Ältere Menschen, Frauen und Erwerbslose nehmen vermehrt ambulante Leistungen in Anspruch.**
- **Mit erhöhter Verfügbarkeit von Ärzten werden diese kaum häufiger kontaktiert.**

Ansprechpartner

Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Dr. Eckardt Bergmann
Robert Koch-Institut (RKI)
Abt. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
Seestraße 10
13353 Berlin
Telefon: 0 18 88 / 754 - 31 03, 0 18 88 / 754 - 33 43
E-Mail: kurthb@rki.de
www.rki.de

Häufige Arztbesuche im ersten Lebensjahr

Fachtitel: »Identifizierung und Charakterisierung von Kindern und Jugendlichen mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (high utilizer) im Land Berlin«

Eltern kennen die so genannten U-Termine beim Kinderarzt. Im ersten Lebensjahr sind sechs Termine empfohlen, die dafür sorgen, dass chronische Krankheiten oder verzögerte Entwicklungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Gibt es darüber hinaus Gruppen von Kindern, die überdurchschnittlich oft zum Arzt müssen? Dieser Frage geht eine Forschergruppe der Humboldt-Universität Berlin nach.

Fragen

Ziel der Studie war es, bei Kindern und Jugendlichen die Patientengruppen mit einer starken Inanspruchnahme des Versorgungssystems zu identifizieren und in ihrem Inanspruchnahmeverhalten zu charakterisieren. Nach einer ersten Analyse wurden drei Nutzergruppen – nach niedriger, mittlerer und hoher Inanspruchnahme – bezüglich Geschlecht und Krankheiten näher charakterisiert.

Methodik

Untersucht wurde die Anzahl der Arztkontakte von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2001 anhand des Abrechnungsdatensatzes der Kinderärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Berlins. In einem zweiten Schritt sollten aus einer Stichprobe von allen Nutzergruppen (low-, medium- und high utilizer) nach deren Einwilligung die Kassendaten hinsichtlich stationärer Versorgung und Verordnungen von Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln erfragt werden. Da sich die zu prüfenden Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme pädiatrisch medizinischer Versorgungsangebote vor allem auf der Nachfrageseite finden, wurden die Familien gleichzeitig nach soziodemographischen Parametern, Krankheitskontrollüberzeugungen, Salutogenese, Selbsteinschätzung des Schweregrades der Erkrankung, Handlungskompetenz im Krankheitsfall, Familieninteraktion und sozialer Unterstützung befragt.

Die Konvertierung und Aufbereitung des im Dezember 2001 bereit gestellten KV-Datensatzes gestaltete sich erheblich aufwändiger als zu Beginn des Projektes abzusehen gewesen war. Da es sich bei dem Datensatz um Abrechnungsdaten handelte, die im Zuge der Aufbereitung nachträglich um einen Patientenbezug erweitert werden mussten, um für die Fragestellung geeignet zu sein, waren zunächst zahlreiche sachlogische Plausibilitätsprüfungen erforderlich, ehe mit der eigentlichen Auswertung begonnen werden konnte. Daher konnte mit der Befragung der Patienten aus den kooperierenden Arztpraxen sowie der Anforderung deren Kassendaten erst Ende 2002 begonnen werden. Zusätzlich hat sich durch die Auflagen des Datenschutzes die Einholung des Einverständnisses der Patientenfamilien sowie deren

Befragung so erschwert, dass nur rund 300 Patienten in diese zweite Studienphase eingeschlossen werden konnten. Bisher sind nur die Ergebnisse der ersten Phase ausgewertet.

Ergebnisse

Es stellte sich zunächst erwartungsgemäß heraus, dass die jährliche Nutzungsfrequenz pro Patient im ersten Lebensjahr am höchsten ist. Sie nimmt bis zum achten Lebensjahr kontinuierlich ab, um danach bis zum Jugendalter weitgehend konstant zu bleiben. Dabei lassen sich Unterschiede bezüglich der Geschlechtsverteilung lediglich bei hoher Nutzung nachweisen. Hier sind im Kleinkind- und Schulalter die Jungen stärker vertreten, wohingegen im Jugendlichenalter der Anteil der Mädchen z. T. deutlich überwiegt. Aus den gewonnenen Daten wurden altersbezogene Durchschnitts- und Vergleichswerte anhand der Anzahl der ambulanten Kontakte erstellt, die eine signifikante Altersabhängigkeit und hohe Variabilität der Inanspruchnahme im pädiatrischen Bereich zeigten (s. Abb.1).

Die zugrunde liegende Datenbasis erlaubt nur eine begrenzte Auswertung der Charakterisierung der Nutzergruppen nach Morbidität. Wie erwartet, nimmt zwar der Anteil der Patienten mit chronischen Erkrankungen bei einem höheren Inanspruchnahmeniveau zu. Über die Schwere der Erkrankungen lässt sich aber keine Aussage treffen. So sind diese Ergebnisse nur bedingt verwertbar, eine Aussage zur Angemessenheit der Inanspruchnahme ist daher nicht

Abb. 1: Altersbezogene Perzentilen der Inanspruchnahme im Kindes- und Jugendalter. Dargestellt sind die Perzentilen in Zehnerschritten. Die 10., 50. und 90. Perzentile sind zur besseren Orientierung orange dargestellt.

zu treffen. Eine Auswertung der zweiten Studienphase war innerhalb der Projektlaufzeit leider nicht möglich.

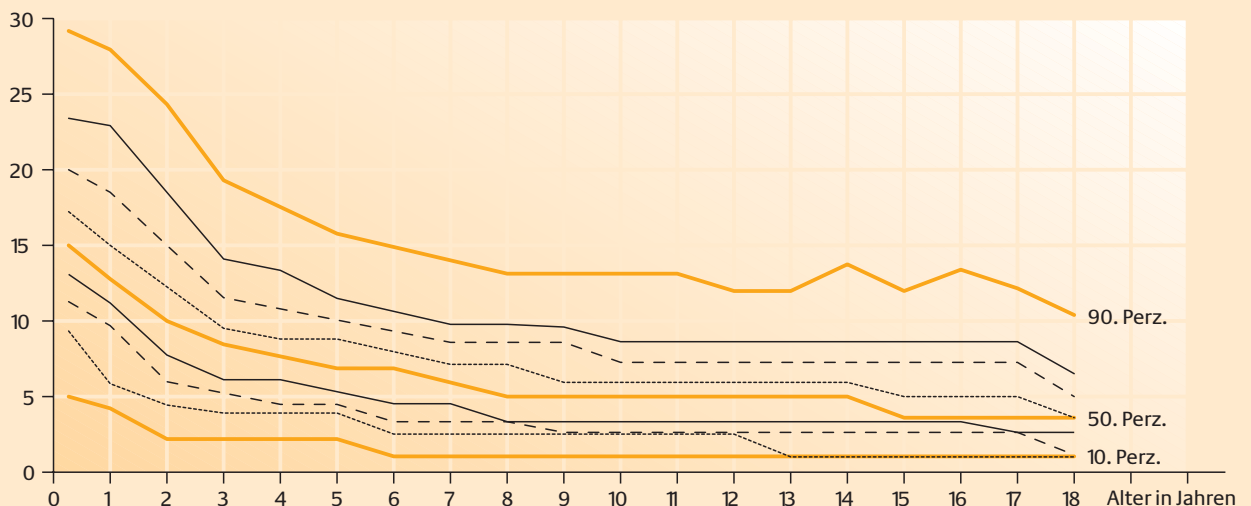
Zusammenfassung der Ergebnisse

- Die jährliche Nutzungsfrequenz pro Patienten ist im ersten Lebensjahr am höchsten.
- Bis zum achten Lebensjahr nimmt die Nutzungsfrequenz kontinuierlich ab und bleibt danach bis ins Jugendalter stabil.
- Im Kleinkind- und Schulalter sind die Jungen stärker vertreten. Im Jugendlichenalter überwiegt der Anteil der Mädchen zum Teil deutlich.
- Die hier vorgestellten Ergebnisse repräsentieren einen Zwischenbericht, Umsetzungsaspekte mit Lösungsmöglichkeiten werden im Abschlussbericht erwartet.

Ansprechpartner

Dr. Doris Staab
Humboldt-Universität zu Berlin
Charité – Campus-Virchow-Klinikum
Klinik für Pädiatrie
m. S. Pneumologie/Immunologie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 / 80 02 - 22 05 / - 23 46
E-Mail: doris.staab@charite.de

Anzahl der Arztkontakte pro Patient und Jahr



Patienten mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems

Fachtitel	Kontakt
Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Leistungen des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsansätze	Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth Robert Koch-Institut (RKI) Abt. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Seestraße 10 13353 Berlin Telefon: 0 18 88 / 754 - 31 03 E-Mail: kurthb@rki.de
Muster der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen	Hans Dörning, Thomas G. Grobe, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung e.V. Lavesstraße 80 30159 Hannover Telefon: 05 11 / 532 - 44 22, 05 11 / 5 30 91 - 12 E-Mail: doering@iseg.org, schwartz.fw@mh-hannover.de, grobe@iseg.org
Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden	Prof. Dr. Winfried Rief Philipps-Universität Marburg Fachbereich Psychologie, Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie Gutenbergstraße 18 35032 Marburg Telefon: 0 64 21 / 28 - 2 36 41 E-Mail: rief@staff.uni-marburg.de
Bestimmung und Quantifizierung nichtmorbiditäts-induzierter Ursachen für Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems	Dr. Hanfried Andersen Technische Universität Berlin Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht Straße des 17. Juni 135 10623 Berlin Telefon: 030 / 314 - 2 32 38 E-Mail: h.andersen@finance.wv.tu-berlin.de
Analyse individueller und systembedingter Determinanten überdurchschnittlicher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen. Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von High Utilizern unter schizophrenen Patienten	Dr. Christiane Roick Prof. Dr. Matthias Angermeyer Universität Leipzig Klinik und Poliklinik für Psychiatrie Johannisallee 20 04317 Leipzig Telefon: 03 41 / 97 24 - 530, 03 41 / 97 24 - 512 E-Mail: krausem@medizin.uni-leipzig.de, roick@medizin.uni-leipzig.de
Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Eine patientenorientierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung soziodemographischer und systembedingter Einflussfaktoren auf das Nutzverhalten	Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy Charité-Universitätsmedizin Berlin Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Institut für Medizinische Soziologie Thielallee 47 14195 Berlin Telefon: 030 / 84 45 - 13 91 E-Mail: medsoz@charite.de
Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanz durch deutsche Patienten und Migranten. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösung	PD Dr. Matthias David Humboldt-Universität zu Berlin Campus Virchow-Klinikum Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Augustenburger Platz 1 13353 Berlin Telefon: 030 / 450 - 56 40 32 E-Mail: matthias.david@charite.de
Identifizierung und Charakterisierung von Kindern und Jugendlichen mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (high utilizer) im Land Berlin	Dr. Doris Staab Humboldt-Universität zu Berlin Charité – Campus-Virchow-Klinikum Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie/Immunologie Augustenburger Platz 1 13353 Berlin Telefon: 030 / 800 - 2 22 05 E-Mail: doris.staab@charite.de

Versorgungsverläufe bei multimorbiden älteren Menschen

Fachtitel	Kontakt
Pharmakotherapie im Alter: Konsistenz der Medikation bei Wechsel der Versorgungseinrichtungen	Prof. Dr. Sebastian Harder Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main Fachbereich Humanmedizin Institut für Klinische Pharmakologie Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt am Main Telefon: 069 / 63 01- 64 23 E-Mail: harder@em.uni-frankfurt.de
Untersuchungen zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Krankenhausleistungen durch Alten- und Pflegeheimbewohner	Dr. Norbert Specht-Leible Bethanien-Krankenhaus – Geriatriisches Zentrum – gemeinnützige GmbH am Klinikum der Universität Heidelberg Rohrbacher Straße 149 69126 Heidelberg Telefon: 0 62 21 / 319 - 405 E-Mail: nspechtleible@bethanien-heidelberg.de
Sektorenübergreifende Evaluation der Versorgungsqualität bei der Behandlung der Schenkelhalsfraktur	Prof. Dr. Christian Ohmann Heinrich-Heine-Universität Koordinierungszentrum für Klinische Studien Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf Telefon: 02 11 / 81 - 197 01 E-Mail: ohmannch@uni-duesseldorf.de

Behandlungsvariationen in Deutschland

Fachtitel	Kontakt
Exakte Erfassung der Behandlungsvariabilität durch den Einsatz standardisierter Patienten (Kopfschmerz)	Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz Heinrich Heine-Universität Düsseldorf Universitätsklinikum Abt. für Allgemeine Medizin Postfach 10 10 07 40001 Düsseldorf Telefon: 02 11 / 81 - 177 71 E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de
Untersuchung der Gründe für unterschiedliche Leistungsdichten auf Kreisebene	Prof. Dr. Bernt-Peter Robra Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Medizinische Fakultät – Klinikum Institut für Sozialmedizin Leipziger Straße 44 39120 Magdeburg Telefon: 03 91 / 532 - 80 44 E-Mail: bernt-peter.robra@medizin.uni-magdeburg.de

Tabelle 1: Projekte der ersten Förderphase

Laufende Projekte der zweiten Förderphase

Wer liest schon den Beipackzettel?

Fachtitel: »Der Beipackzettel: Ist er als Bestandteil des hausärztlichen therapeutischen Umfelds wirksam?«

Start: 01.04.2003
geplanter Abschluss: 31.12.2005

Ziel

Der Beipackzettel ist die nach dem Arzneimittelgesetz vorgeschriebene Packungsbeilage. Sie wird vor allem im ambulanten Bereich dafür verantwortlich gemacht, dass Patienten in erheblichem Umfang vom verordneten medikamentösen Therapieschema abweichen. Es kann sich hierbei sogar um den größten Einzelfaktor handeln, der ein Abweichen von der verordneten Therapie verursacht.

Im Projekt wird untersucht, wie groß der Anteil der Patienten mit einer neu verordneten medikamentösen Therapie ist, der den Beipackzettel tatsächlich liest und sich an die Inhalte erinnert. Des Weiteren soll ermittelt werden, ob ein Zusammenhang zwischen Lesen und Erinnern des Beipackzettels und der Rate der ordnungsgemäß eingenommenen Medikamentendosen besteht.

Dazu werden ambulante Patienten in einem standardisierten Interview 7 bis 14 Tage nach der Verordnung befragt. Diese Interviews werden für Medikamente der folgenden Gruppen durchgeführt: Antihypertensiva, Lipidsenker und orale Antibiotika. Im Verlauf der bisher durchgeführten Befragungen hat sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt gezeigt, dass die Motivationen und Zusammenhänge des Lesens bzw. Nichtlesens komplexer Natur sind. Daher werden für die Auswertung mehrere Merkmale untersucht, die sich mit der Motivation und den Erfahrungen der Patienten, den Rahmenbedingungen und realen oder befürchteten Konsequenzen des Lesens von Beipackzetteln durch Patienten befassen.

Aus den Ergebnissen sollen Basisinformationen gewonnen werden, wie der gesetzlich vorgeschriebene Beipackzettel den Patienten bei der Einhaltung der verordneten Therapie beeinflusst. Die Studie wird die Einstellung und Konsequenz

der Patienten während des Lesens von Beipackzetteln erfassen. So können Möglichkeiten zur Optimierung der Beipackzettel erarbeitet werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Hans-Peter Zeitler, Dr. Markus Gulich
Universität Ulm
Universitätsklinikum
Abteilung Allgemeinmedizin
Helmholtzstraße 20
89069 Ulm
Telefon: 07 31 / 50 - 3 11 03, 07 31 / 50 - 3 11 00
E-Mail: hans-peter.zeitler@medizin.uni-ulm.de
markus.gulich@medizin.uni-ulm.de

Chronisch kranke ältere Menschen besser versorgen

Fachtitel: »Versorgungsverläufe bei chronisch kranken älteren Menschen: Eine patientenorientierte Analyse zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens«

Start: 01.05.2003
geplanter Abschluss: 30.06.2005

Ziel

Das Projekt geht der Frage nach, wie über 60-jährige Patienten versorgt werden, die seit längerem an einer chronischen Krankheit leiden oder sich in der Anfangsphase eines chronischen Leidens befinden. Ziel ist es, Steuerungsmöglichkeiten des Versorgungsgeschehens aufzuzeigen und Steuerungsprozesse zu optimieren, die die Versorgung verbessern.

Im ersten Studienabschnitt werden die Versorgungsverläufe chronisch kranker Älterer im Längsschnitt rekonstruiert. So identifiziert das Forscherteam Probleme in der Versorgung und ermittelt Steuerungsmöglichkeiten sowie Effekte vorhandener Steuerung. Empirische Basis sind Daten zum Leistungsgeschehen bei ca. 73.000 Versicherten der Deutschen BKK von 2000 bis 2002.

Der zweite Studienabschnitt erfasst mit einer Versichertenbefragung die Versorgung Älterer in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Entstehen chronischen Leidens. Hiermit werden Faktoren analysiert, die das Handeln der Betroffenen

beeinflussen. Die Ergebnisse aus der Perspektive der Versicherten werden mit den in den Kassendaten dokumentierten Versorgungsverläufen verknüpft. Abschließend vertiefen 20 Fallstudien die gewonnenen Ergebnisse, um die Versorgung chronisch kranker älterer Menschen zu optimieren.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften *
Institut für Medizinische Soziologie
Thielallee 47
14195 Berlin
Telefon: 030 / 84 45 - 13 91
E-Mail: medsoz@charite.de
* gemeinsam mit der Freien Universität Berlin

Die Projektergebnisse werden für das Qualitätsmanagement und für die weitere Instrumentenentwicklung genutzt. Das regionale Rheumazentrum will auf den Einsatz des Befragungsinstruments in der Routineversorgung hinarbeiten.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Bernhard Badura
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften –
AG 1 Sozialepidemiologie und Gesundheits-
systemgestaltung
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld
Telefon: 05 21 / 106 - 42 63
E-Mail: bernhard.badura@uni-bielefeld.de

Qualitätssicherung am Beispiel Rheuma

Fachtitel: »Patientenorientierte Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Versorgung chronisch Kranker: Entwicklung und Erprobung eines Befragungsinstruments«

Start: 01.06.2003
geplanter Abschluss: 31.05.2005

Ziel

Schwerpunkte aktueller Gesundheitspolitik sind zum einen das Fördern der Patientenorientierung und zum anderen das Verbessern der Versorgungsqualität. Daher scheint es geboten, das empirische Wissen über Qualitätsperspektiven spezifischer Patientengruppen zu vergrößern und das Methodenarsenal des Qualitätsmanagements entsprechend zu erweitern. Entwicklungsbedarf besteht speziell in der ambulanten Versorgung.

Vor diesem Hintergrund soll das Forschungsvorhaben die Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen ambulant versorgter Rheumapatienten mit qualitativen Methoden differenziert erfassen. Dabei steht der von krankheitsspezifischen Instrumenten selten adressierte Behandlungsprozess im Vordergrund. Darauf aufbauend wird in einem zweiten Schritt ein Befragungsinstrument entwickelt und psychometrisch geprüft. Das Instrument wird dazu dienen, qualitätsbezogene Erfahrungen und Erfahrungsurteile der Patienten zu erheben und an die Leistungserbringer zurückzuspiegeln.

Diabetes-Patienten optimal einstellen

Fachtitel: »Untersuchung zur Frequenz notwendiger Blutzucker-Selbstmessungen bei Typ 2 Diabetes. Eine prospektive, kontrollierte, randomisierte, multizentrische Studie«

Start: 01.07.2003
geplanter Abschluss: 30.06.2005

Ziel

Erstes Ziel des Forschungsprojektes ist das Erheben belastbarer Daten zur optimalen Frequenz von Blutzucker-Selbstmessungen in Abhängigkeit von der Behandlungsstrategie bei Menschen mit Typ 2-Diabetes.

Das zweite Projektziel ist eine multizentrische Studie. Darin sollen insgesamt 400 Patienten/innen mit Typ 2-Diabetes aus verschiedenen Behandlungsrahmen – einerseits fachdiabetologische stationäre Behandlung, andererseits primär hausärztliche Behandlung – vergleichend untersucht werden. Die Untersuchung umfasst Patienten, die Insulin bekommen und solche, die mit oralen Antidiabetika eingestellt sind. Insgesamt werden 200 Patienten nach den Maximal-Empfehlungen der Blutzuckerkontrollen und 200 nach den von uns vorgeschlagenen Minimal-Empfehlungen kontrolliert. Primäres Zielkriterium ist der HbA1c-Wert.

Als drittes werden die Ergebnisse der Studie in Empfehlungen und Leitlinien zur optimalen Frequenz von Blutzucker-Selbstmessungen einfließen.

Ansprechpartner

Prof. Werner Alfons Scherbaum
Deutsche Diabetes-Klinik
des Deutschen Diabetes Forschungsinstitutes (DDFi)
Auf'm Hennekamp 65
40225 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 33 82 - 201
E-Mail: scherbaum@ddz.uni-duesseldorf.de

Mehr Lebensqualität und bessere Überlebenschancen für Herzpatienten

Fachtitel: »Krankheitsmanifestation und Krankheitsmanagement bei chronischer Herzinsuffizienz«

Start: 01.09.2003
geplanter Abschluss: 31.08.2005

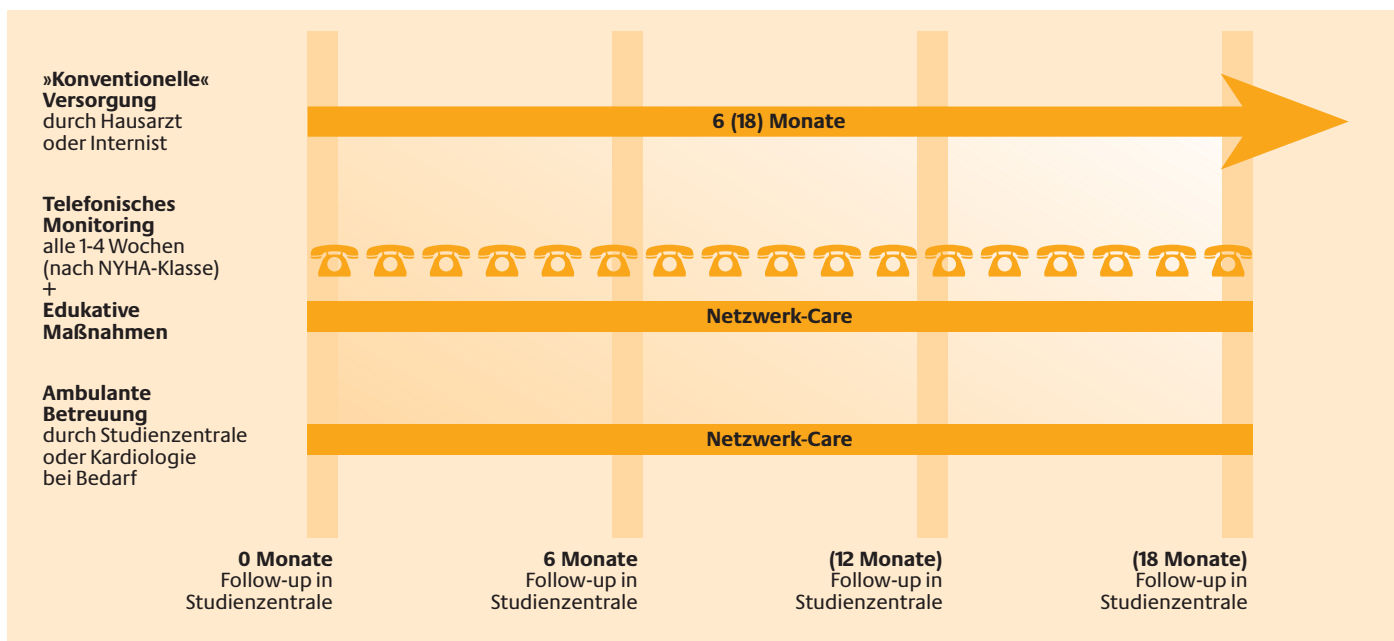
Ziel

Im Rahmen des Interdisziplinären Netzwerkes Herzinsuffizienz soll ein Beitrag zur Versorgungsforschung bei chronischer Herzinsuffizienz geleistet werden.

Eine Querschnittsstudie charakterisiert eine nach festgelegten Kriterien ausgewählte Gruppe von Patienten (n = 700), bei denen eine Herzinsuffizienz aufgrund einer Störung der Pumpfunktion besteht und die multizentrisch im Rahmen des »Interdisziplinären Netzwerkes Herzinsuffizienz« rekrutiert werden. In die Untersuchung fließen die Faktoren Schweregrad, Alters- und Geschlechterverteilung, bisheriger Krankheitsverlauf, Risikofaktoren, psychische Zusatzkrankungen, bisherige medizinische Versorgung und Ressourcenverbrauch mit ein. In einer randomisierten, stratifizierten und kontrollierten Interventionsstudie an der gleichen Patientengruppe werden longitudinal Effektivität und Effizienz eines umfassenden Krankheitsmanagements (medizinische und edukative Intervention, strukturiertes Telefon-Monitoring durch spezialisiertes Pflegepersonal) im Vergleich zur bisherigen medizinischen Versorgung untersucht. Primäre Endpunkte sind Gesamtmortalität, Hospitalisierung und Lebensqualität sechs Monate nach Studieneintritt.

Die Querschnittsstudie soll modellhaft ein prägnantes Profil der Krankheitsmanifestation von Herzinsuffizienz unter den aktuellen Versorgungsbedingungen unter Berücksichti-

Abb. 2: Integrierte Versorgung bei chronischer Herzinsuffizienz
INH-Studie



gung geschlechts- und altersbezogener Aspekte liefern, das Bedarfsplanungen ermöglicht. Die prospektive Interventionsstudie quantifiziert den Effekt und die gesundheitsökonomischen Implikationen der Intervention und liefert zudem Subgruppenanalysen nach den Faktoren Schweregrad, Alter und Geschlecht.

Für die Interventionsstudie wurde unter dem Dach des Herz- und Kreislaufzentrums der Universität Würzburg eine vertikale und horizontale Vernetzung verschiedener Leistungsanbieter des Gesundheitssystems (Universitätskliniken, nicht-akademische Krankenhäuser der Region, kardiologische Fachärzte und Allgemeinärzte) geschaffen, durch die eine bedarfsgerechte Versorgung gesichert und Schnittstellenprobleme minimiert werden können. Ferner wurden als Instrumente des Monitorings ein Patientenpass zur Dokumentation des Ressourcenverbrauchs, eine allgemeinverständliche Patientenfibel zur Information über Herzinsuffizienz und ein von den Patienten zu führender Symptomkalender, sowie ein umfangreicher Fragen- und Informationskatalog als Grundlage des strukturierten und standardisierten Telefon-Monitorings entwickelt. Ein Schwesternteam wurde erfolgreich in der Durchführung des Telefon-Monitorings geschult und übt dieses nun aus. Der in anderen Ländern der EU bereits übliche, in Deutschland erstmalige Einsatz von spezialisierten Herzinsuffizienz-Pflegekräften, die im Team mit ärztlichem Personal wesentliche Aspekte der Patientenversorgung übernehmen, stellt neben dem integrierten Versorgungskonzept einen weiteren innovativen Aspekt der Studie dar. Es wurden bisher 330 Patienten in die Studie eingeschlossen.

Bei nachgewiesener Effektivität und Effizienz sollen die hier erprobten Versorgungsmodelle zukünftig auch überregional in Disease-Management-Programme und in die Integrierte Versorgung chronisch Herzinsuffizienter Eingang finden. Aufgrund ihrer hohen Qualität wurde die Studie dem ebenfalls vom BMBF geförderten Kompetenznetz Herzinsuffizienz als assoziiertes Projekt angegliedert.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Christiane Angermann
 Universitätsklinikum Würzburg
 Medizinische Poliklinik
 Kardiologie
 Klinikstraße 6-8 · 97070 Würzburg
 Telefon: 09 31 / 201 - 7 04 50
 E-Mail: Angermann_C@klinik.uni-wuerzburg.de

Häusliche Pflege für Demenzkranke erleichtern

Fachtitel: »Multizentrische randomisierte und kontrollierte Prüfung eines modularen Schulungsprogramms für die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken«

Start: 01.09.2003
geplanter Abschluss: 31.08.2005

Ziel

Es soll nachgewiesen werden, dass eine intensive Schulungsreihe für pflegende Angehörige von Demenzkranken die Häufigkeit von Heimunterbringungen der Patienten verringert und daher eine große gesundheitsökonomische Bedeutung hat.

Eine als CD vorliegende und praktisch erprobte Schulungsreihe wird gleichzeitig in 15 Behandlungszentren für Demenzkranke durchgeführt und mit der Standardversorgung in Form eines einzelnen Beratungsgesprächs verglichen. Die Schulungsreihe besteht aus sieben 90-minütigen Gruppensitzungen mit rund zehn Teilnehmern im Abstand von 14 Tagen sowie aus sechs Wiederholungssitzungen im Abstand von rund zwei Monaten. Die Zuordnung der Angehörigen zur Schulungsreihe oder zur Standardversorgung erfolgt nach einem Zufallsverfahren. Die Wirksamkeit der Schulungsreihe wird anhand der Heimunterbringungen der Patienten und der Lebensqualität der Angehörigen ein Jahr nach dem Abschluss der Schulungsreihe beurteilt.

Im Falle eines positiven Studienergebnisses können Schulungsreihen für Angehörige als unentbehrlicher Bestandteil der Versorgung Demenzkranker gelten, der zur Einsparung von Gesundheitskosten führt und durch Kranken- oder Pflegekassen finanziert werden sollte.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Alexander Kurz
 Technische Universität München
 Klinikum rechts der Isar – Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Möhlstraße 26
 81675 München
 Telefon: 089 / 41 40 - 42 85
 E-Mail: alexander.kurz@lrz.tum.de

Medizinische Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis

Fachtitel: »Medizinische Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis (RA): Akzeptanz und Outcomes unter Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen und Rentenversicherung«

**Start: 01.10.2003
geplanter Abschluss: 30.09.2005**

Ziel

Das Forschungsvorhaben prüft die Hypothese, ob sich die Beratung in Hinblick auf eine multidisziplinäre und multimodale Intervention bei rheumatoider Arthritis als nützlich erweist.

An rheumatoider Arthritis erkrankte erwerbstätige Pflichtversicherte der Kranken- und Rentenversicherung (20 bis 62 Jahre) werden in Routinedatenbeständen der gesetzlichen Krankenversicherungen identifiziert. Im Falle der Bereitschaft zur Studienteilnahme werden sie nach Diagnosesicherung (Fragebogen / klinisches Expertenurteil) nach dem Zufallsprinzip zu gleichen Teilen der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Die Mitglieder der Interventionsgruppe werden zu einem Beratungsgespräch durch und in die Krankenkasse eingeladen. Ihnen wird die Beantragung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nahe gelegt. In der Kontrollgruppe unterbleibt eine gezielte Intervention. Die Entwicklung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitssituation aller Studienteilnehmer wird über zwölf Monate hinweg verfolgt.

Bestätigt sich die Hypothese einer positiven Beeinflussung des sozialmedizinischen Verlaufs der rheumatoiden Arthritis durch die rasche Einleitung einer intensiven Rehabilitation über die Rentenversicherung, sollte die Übernahme des Verfahrens in die Routine der Krankenkassen und ihrer Geschäftsstellen erwogen werden.

Ansprechpartner

Susanne Schlademann, Dr. Angelika Hüppe,
Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck – Institut für Sozialmedizin
Beckergrube 43-47
23552 Lübeck
Telefon: 04 51 / 799 - 25 19, 04 51 / 799 - 25 20
E-Mail: susanne.schlademann@sozmed.uni-luebeck.de

Verbesserte Schmerztherapie

Fachtitel: »Analyse und Verbesserung der Versorgungswege von Menschen mit subakuten und chronischen Schmerzen«

**Start: 01.06.2003
geplanter Abschluss: 31.01.2006**

Ziel

Die medizinischen Versorgungswege von Patienten mit primär therapieresistenten subakuten chronischen Schmerzen sind in Deutschland unzureichend strukturiert und organisiert. Häufig werden diese Patienten nach längerer Krankheitsgeschichte, die sich häufig durch unzureichende Therapie und unnötige Diagnostik auszeichnet, in eine spezielle schmerztherapeutische Ambulanz überwiesen.

Ziel des Projektes ist es zunächst, die Versorgungswege von Patienten mit subakuten und chronischen Schmerzen qualitativ und quantitativ zu beschreiben. Im zweiten Schritt werden die Ursachen für die mangelnde Versorgung benannt. Daraus sollen sich Lösungsansätze ergeben, wie einzelne Faktoren des Versorgungsweges verbessert werden können.

Dazu befragt das Forscherteam Patienten mit den drei häufigsten Schmerzsyndromen (Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, neuropathische Schmerzen) in einem standardisierten Interview rückblickend zum bisherigen Versorgungsweg. Diese Angaben werden mit Krankenkassendaten zum Ressourcenverbrauch ergänzt und objektiviert. Nach einem Jahr charakterisieren die Wissenschaftler die weitere Versorgung zeitlich und strukturell und beobachten die Reintegration in die Primärversorgung.

Aus den Ergebnissen werden Vorschläge zur strukturellen Verbesserung der Versorgungswege und Möglichkeiten der Steuerung der Patienten erarbeitet.

Ansprechpartner

Dr. Erika Schulte
Humboldt-Universität zu Berlin
Charité – Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 / 450 - 55 10 22
E-Mail: erika.schulte@charite.de

Fachtitel	Kontakt
Der Beipackzettel: Ist er als Bestandteil des hausärztlichen therapeutischen Umfelds wirksam?	Prof. Dr. Hans-Peter Zeitler Dr. Markus Gulich Universität Ulm Universitätsklinikum Abteilung Allgemeinmedizin Helmholtzstraße 20 89069 Ulm Telefon: 07 31 / 50 - 3 11 00 oder - 3 11 03 E-Mail: hans-peter.zeitler@medizin.uni-ulm.de markus.gulich@medizin.uni-ulm.de
Versorgungsverläufe bei chronisch kranken älteren Menschen: Eine patientenorientierte Analyse zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens	Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei Charité- Universitätsmedizin Berlin Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Institut für Medizinische Soziologie Thielallee 47 14195 Berlin Telefon: 030 / 84 45 - 13 91 E-Mail: medsoz@charite.de
Patientenorientierte Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Versorgung chronisch Kranker: Entwicklung und Erprobung eines Befragungsinstruments	Prof. Dr. Bernhard Badura Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften – AG 1 Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung Universitätsstraße 25 33615 Bielefeld Telefon: 05 21 / 106 - 42 63 E-Mail: bernhard.badura@uni-bielefeld.de
Untersuchung zur Frequenz notwendiger Blutzucker-Selbstmessungen bei Typ 2 Diabetes. Eine prospektive, kontrollierte, randomisierte, multizentrische Studie	Prof. Dr. Werner Alfons Scherbaum Deutsche Diabetes-Klinik des Deutschen Diabetes Forschungsinstitutes (DDFI) Auf'm Hennekamp 65 40225 Düsseldorf Telefon: 02 11 / 33 82 - 201 E-Mail: scherbaum@ddz.uni-duesseldorf.de
Krankheitsmanifestation und Krankheitsmanagement bei chronischer Herzinsuffizienz	Prof. Dr. Christiane Angermann Universitätsklinikum Würzburg Medizinische Poliklinik Kardiologie Klinikstraße 6-8 97070 Würzburg Telefon: 09 31 / 20 17 04 50 E-Mail: Angermann_C@klinik.uni-wuerzburg.de
Multizentrische randomisierte und kontrollierte Prüfung eines modularen Schulungsprogramms für die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken	Prof. Dr. Alexander Kurz Technische Universität München Klinikum rechts der Isar – Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Möhlstraße 26 81675 München Telefon: 089 / 41 40 - 42 85 E-Mail: alexander.kurz@lrz.tum.de
Medizinische Rehabilitation bei früher rheumatoider Arthritis (RA): Akzeptanz und Outcomes unter Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen und einer regionalen Rentenversicherung	Susanne Schladermann, Dr. Angelika Hüppe, Prof. Dr. Heiner Raspe Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck – Institut für Sozialmedizin Beckergrube 43-47 23552 Lübeck Telefon: 04 51 / 799 - 25 20, 04 51 / 799 - 25 18 E-Mail: angelika.hueppe@sozmed.uni-luebeck.de heiner.raspe@sozmed.uni-luebeck.de susanne.schladermann@sozmed.uni-luebeck.de
Analyse und Verbesserung der Versorgungswege von Menschen mit subakuten und chronischen Schmerzen	Dr. Erika Schulte Humboldt-Universität zu Berlin Charité – Campus Virchow-Klinikum Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin Telefon: 030 / 450 - 55 10 22 E-Mail: erika.schulte@charite.de

Tabelle 2:
Projekte der zweiten Förderphase

Bildnachweis

Titel:
gettyimages (CD Medical Relationships)

Innenseiten:
gettyimages (CD Medical Relationships) –
Seite 6, Seite 9, Seite 11, Seite 14, Seite 20, Seite 21
Dr. Doris Staab – Grafik Seite 24
Prof. Dr. Christiane Angermann – Grafik Seite 28



Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unentgeltlich abgegeben. Sie ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen/Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen/Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin/dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.