

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung: Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem	27
1.1 Koordinationsdefizite im Zentrum des Gutachtens	27
1.2 Demografische Herausforderungen der künftigen Gesundheitsversorgung	27
1.3 Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen	28
1.4 Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter ...	29
1.5 Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen	30
1.6 Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung	31
1.7 Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung	32
1.8 Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug	33
2 Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels	35
2.1 Die demografische Entwicklung und ihre Einflussfaktoren	35
2.1.1 Demografische Prognosen als Informationsgrundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen	35

	Seite	
2.1.2	Die Geburtenrate	36
2.1.3	Die Lebenserwartung	36
2.1.4	Wanderungssalden	37
2.2	Maßzahlen zur Abbildung relevanter Bevölkerungsentwicklungen . . .	37
2.3	Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes	38
2.3.1	Annahmen über die Einflussfaktoren und prognostische Varianten . . .	38
2.3.2	Die Entwicklung von Alten- und Jugendquotienten nach ausgewählten demografischen Varianten	39
2.4	Regionale Aspekte der demografischen Entwicklung	44
2.4.1	Die Alten- und Jugendquotienten in den einzelnen Bundesländern . . .	44
2.4.2	Brandenburg und Hamburg im Vergleich zur bundesdeutschen Entwicklung	49
2.4.3	Demografischer Wandel und Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen	52
2.5	Die demografische Entwicklung im internationalen Vergleich . . .	59
2.5.1	Annahmen der Bevölkerungsprognose	59
2.5.2	Ergebnisse der Schätzung	62
2.6	Zum Gesundheitszustand bei steigender Lebenserwartung	67
2.6.1	Die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile in der gesetzlichen Krankenversicherung als Ansatzpunkt	67
2.6.2	Die Thesen von der Kompression und der Expansion der Morbidität	70
2.6.3	Auswirkungen auf die Finanzierung und ökonomische Konsequenzen	72
2.7	Die Entwicklung der Gesundheitsberufe	73
2.8	Fazit und Empfehlungen	77
2.9	Literatur	79
3	Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen	83
3.1	Einleitung und Übersicht	83
3.1.1	Fördernde und hemmende Bedingungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	83
3.1.2	Überblick	90
3.2	Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheits- gefährdungen sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	93
3.2.1	Gesundheitliche Lage	93
3.2.1.1	Pränatale und perinatale Einflussfaktoren	93

	Seite
3.2.1.2 Körperliche Entwicklung und Akzeleration	94
3.2.1.3 Morbidität	95
3.2.1.4 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität	104
3.2.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen	105
3.2.2.1 Ernährung	106
3.2.2.2 Rauchen	108
3.2.2.3 Alkohol- und Drogenkonsum	109
3.2.2.4 Körperlich-sportliche Aktivität	111
3.2.2.5 Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien	112
3.2.2.6 Mundhygiene und Kariesprophylaxe	113
3.2.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	114
3.2.3.1 Früherkennungsuntersuchungen	114
3.2.3.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	115
3.2.3.3 Impfungen	116
3.2.3.4 Arzneimittelanwendungen	118
3.3 Programme zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung	119
3.3.1 Problemwahrnehmung in Wissenschaft und Politik	119
3.3.2 Kindergesundheit als Gegenstand neuerer staatlicher Programme	120
3.3.3 Gesamte Präventionspraxis	125
3.3.3.1 Prozess- und Ergebnisqualität	125
3.3.3.2 Strukturqualität	130
3.3.4 Zwischenfazit und Empfehlungen	132
3.4 Aufwachsen ohne Gewalt	134
3.4.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	135
3.4.2 Formen und Ausmaß der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche . . .	136
3.4.3 Risikolagen und Bedingungen von Gewalt	139
3.4.4 Folgen von familiärer Gewalt und Vernachlässigung	140
3.4.5 Umfang der Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe	140
3.4.6 Lernen aus problematischen und fehlerhaften Kinderschutz- verläufen	141
3.4.7 Übergreifende politische Strategien	142
3.4.8 Spezifische Strategien für ein Aufwachsen ohne Gewalt	143
3.4.8.1 Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme . . .	143
3.4.8.2 Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz . . .	144
3.4.9 Handlungs- und Forschungsfelder zur Verbesserung des Kinderschutzes	146
3.4.10 Zwischenfazit und Empfehlungen	147
3.5 Schwangerenvorsorge, Früherkennung und Impfungen im Kindesalter	150

	Seite
3.5.1 Früherkennung und Screening – allgemeine Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten	150
3.5.1.1 Grundlage: natürlicher Verlauf	150
3.5.1.2 Anforderungen an die Einführung eines Früherkennungsprogramms	150
3.5.1.3 Grundlagen von Früherkennung	151
3.5.1.4 Organisationsformen von Früherkennung	153
3.5.1.5 Individualmedizinische oder bevölkerungsbezogene Maßnahme ...	154
3.5.1.6 Zusammenfassende Bewertung	154
3.5.2 Prävention in der Schwangerschaft	154
3.5.2.1 Anamnese, Untersuchung und Beratung	154
3.5.2.2 Laboruntersuchungen	155
3.5.2.3 Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft	156
3.5.2.4 Zusammenfassende Bewertung	157
3.5.3 Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter	157
3.5.3.1 Körpermaße	157
3.5.3.2 Untersuchung von Organsystemen	158
3.5.3.3 Erweitertes Neugeborenen-Screening auf Hormon- und Stoffwechselstörungen	158
3.5.3.4 Altersgemäße Entwicklung	159
3.5.3.5 Hüftgelenksanomalien	160
3.5.3.6 Hören und Ohren	160
3.5.3.7 Sehen und Augen	160
3.5.3.8 Präventive Beratung	160
3.5.3.9 Zusammenfassende Bewertung	161
3.5.4 Impfungen	162
3.5.4.1 Prinzipien der Impfwirkung	162
3.5.4.2 Ziele von Impfungen und Impfpflicht	162
3.5.4.3 Impfeempfehlungen in Deutschland	163
3.5.4.4 Zusammenfassende Bewertung	166
3.5.5 Soziale Ungleichheit und Ansätze sozial-kompensatorischer Maßnahmen zur Verbesserung der Nutzung präventiver Angebote im Kindesalter	166
3.5.5.1 Soziale Unterschiede im Kindesalter	166
3.5.5.2 Soziale Unterschiede in der Nutzung des präventiven Versorgungsangebots	166
3.5.5.3 Bedeutung des Früherkennungsprogramms für die zentralen Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen	167
3.5.5.4 Maßnahmen zur verbesserten Nutzung des präventiven Angebots ...	167
3.5.5.5 Zusammenfassende Bewertung	168
3.6 Arzneimitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen	168
3.6.1 Die EU-Verpflichtung zur Durchführung von Kinderstudien	169
3.6.2 Verordnungen für Kinder und Jugendliche	169
3.6.3 Off-Label Use und Orphan Drugs in der Therapie von Kindern	173
3.6.4 Zwischenfazit und Empfehlungen	174

	Seite
3.7	Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher . . . 174
3.7.1	Verbreitung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen 174
3.7.2	Versorgungskapazitäten 176
3.7.3	Versorgungsgeschehen 178
3.7.4	Zwischenfazit 180
3.8	Aufwachsen in psychischer Gesundheit – Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS 180
3.8.1	Einleitung 180
3.8.2	Das Störungsbild ADHS im Kindes- und Jugendalter 181
3.8.3	ADHS im Kontext Familie, Kindertagesstätte und Schule 184
3.8.4	Universelle und indizierte Programme zur Prävention kindlicher Verhaltensstörungen 185
3.8.5	Multimodale Therapieansätze und Aspekte der Versorgung 186
3.8.5.1	Medikamentöse Therapie 188
3.8.5.2	Versicherte mit Stimulanzienverordnungen 190
3.8.5.3	Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen 194
3.8.6	Übergang in das Erwachsenenalter 194
3.8.7	Zwischenfazit und Empfehlungen 194
3.9	Literatur 186
4	Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care) 219
4.1	Einleitung 219
4.2	Der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter bei ausgewählten Krankheiten 220
4.2.1	Endokrinologie 220
4.2.2	Mukoviszidose 223
4.2.3	Patienten mit angeborenen Herzfehlern 225
4.2.4	Terminale Niereninsuffizienz 227
4.2.5	Rheumatoide Arthritis 228
4.3	Probleme der Übergangsversorgung auf Systemebene 230
4.3.1	Internationale Erfahrungen 230
4.3.2	Deutschland: Ergebnisse einer Umfrage 231
4.4	Maßnahmen zur Verbesserung der Übergangsversorgung 236
4.4.1	Transitionsmodelle 239
4.4.2	Rolle der Primärversorgung in der Transition 240
4.4.3	Jugendstationen 240
4.4.4	Länderbeispiele mit Transitionsprogrammen 241

	Seite
4.4.4.1 International	241
4.4.4.2 Deutschland	241
4.4.5 Evidenzlage zu Transitionsprogrammen	242
4.5 Fazit und Empfehlungen	242
4.5.1 Fazit	242
4.5.2 Empfehlungen	244
4.6 Literatur	244
5 Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen	251
5.1 Multimorbidität und Anforderungen an Leitlinien	251
5.1.1 Multimorbidität als besondere Herausforderung	251
5.1.1.1 Messung der Multimorbidität	251
5.1.1.2 Prävalenz von Mehrfacherkrankungen	252
5.1.1.3 Wichtige an der Multimorbidität beteiligte Erkrankungen	255
5.1.1.4 Risikofaktoren und Folgen der Mehrfacherkrankungen	256
5.1.2 Anforderungen an Leitlinien und bestehende Defizite	256
5.1.2.1 Ziele und Anforderungen an Leitlinien und Barrieren einer Implementierung	257
5.1.2.2 Strategien zur Implementierung von Leitlinien	257
5.1.2.3 Probleme der Leitlinienempfehlungen zur Multimorbidität	259
5.1.2.4 Anforderungen an Leitlinien für Patienten mit Multimorbidität	261
5.1.2.5 Empfehlungen zur Entwicklung von Leitlinien für Multimorbidität ..	261
5.1.2.6 Implementierung von Leitlinien für Multimorbidität	263
5.1.2.7 Grenzen der Leitlinien für Multimorbidität	263
5.2 Multimorbidität und Anforderungen an die Arzneimittel- versorgung im Alter	263
5.2.1 Alter und Inanspruchnahme	263
5.2.2 Polypharmazie im Alter	264
5.2.3 Altersspezifische Veränderungen und der Einfluss auf die Pharmakotherapie	265
5.2.4 Beers-Liste als Indikator in der Arzneimitteltherapie im Alter ...	267
5.2.5 Gesellschaftliche Herausforderungen	271
5.3 Pflegebedürftigkeit im Alter	271
5.3.1 Pflegebedürftigkeit – Begriffsbestimmung und Charakteristika	271
5.3.1.1 Begriffsbestimmung und Leistungen	271
5.3.1.2 Ursachen, Charakteristika und Bewertung	275
5.3.2 Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit	279
5.3.2.1 Pflegebedürftige nach Pflegestufe	281
5.3.2.2 Pflegehäufigkeiten nach Pflegeform	281
5.3.2.3 Pflegeverläufe im Längsschnitt	286

	Seite
5.3.3 Die künftige Entwicklung des Pflegebedarfs	290
5.3.3.1 Vorgehensweise bei der Prognose	291
5.3.3.2 Ergebnisse der Vorausberechnung: Status-quo-Prognose des künftigen Pflegebedarfs	291
5.3.3.3 Prognose des Pflegebedarfs bei Annahme der Morbiditäts- kompressionsthese	293
5.3.3.4 Implikationen und Folgerungen der Prognosen des Pflegebedarfs ...	297
5.4 Fazit und Empfehlungen	299
5.5 Literatur	303
6 Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung	311
6.1 Hausärztliche Versorgung	311
6.1.1 Begriffsbestimmungen	312
6.1.2 Stellung und Leistungskriterien innerhalb des Systems der gesundheitlichen Primärversorgung	314
6.1.3 Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung (Meta-Review/ Evidenzreport)	315
6.1.4 Hausärztliche Versorgung in Deutschland	318
6.1.4.1 Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung	318
6.1.4.2 Haus- und fachärztliche Inanspruchnahme am Beispiel der Diagnose Herzinsuffizienz	318
6.1.4.3 Hausärztliche Inanspruchnahme von Kinderärzten und Allgemeinmedizinerinnen durch Kinder und Jugendliche	319
6.1.4.4 Krankheitslast chronischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis ...	319
6.1.4.5 Akzeptanz und Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung in der Bevölkerung	321
6.1.5 Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung in Deutschland	322
6.1.5.1 Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses	322
6.1.5.2 Veränderte Erwartungen und Einstellungen	323
6.1.5.3 Arbeitsbedingungen am Beispiel Kontaktzahlen und Dokumentation	324
6.1.5.4 Ausbildung	326
6.1.5.5 Weiterbildung	328
6.1.5.6 Fortbildung	330
6.1.5.7 Systematische Qualitätsförderung	331
6.1.5.8 Honorierung	332
6.1.6 Zwischenfazit und Empfehlungen	333
6.2 Fachärztliche Versorgung	335
6.2.1 Die Entwicklung der vertrags- und fachärztlichen Versorgung ...	335
6.2.2 Die Fachärzte nach Arztgruppen	340
6.2.3 Medizinische Versorgungszentren	342
6.2.4 Zwischenfazit	347
6.3 Arzneimittelversorgung	348

	Seite
6.4	Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter 351
6.4.1	Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter 351
6.4.2	Infrastruktur der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter 355
6.4.3	Ist-Stand der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter 359
6.4.4	Zwischenfazit und Empfehlungen 373
6.5	Integrierte Versorgung 378
6.5.1	Die besonderen Versorgungsformen als Grundlage selektiver Vertragsgestaltung 378
6.5.2	Der bisherige Stand von sektorübergreifender Versorgung und selektiven Verträgen 380
6.5.3	Ergebnisse einer Umfrage unter den Krankenkassen der GKV 383
6.5.4	Hindernisse und Erfolgsbedingungen integrierter Versorgung 399
6.6	Fazit und Empfehlungen 402
6.7	Literatur 408
7	Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populations- bezogene Versorgung 421
7.1	EU-Konzept zur Primärversorgung 421
7.2	Patient-Centered Medical Home 423
7.3	Das Bellagio-Modell 424
7.4	Roadmap des Royal College of General Practitioners (RCGP) 425
7.5	Das Chronic Care-Modell (CCM) zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker 428
7.6	Kooperation mit anderen Berufsgruppen 430
7.6.1	Modellprojekt Arztentlastende Gemeindenahe E-healthgestützte Systemische Intervention (AGnES) in Mecklenburg-Vorpommern 430
7.6.2	Modellprojekt Arztentlastende Gemeindenahe E-healthgestützte Systemische Intervention (AGnES) in Brandenburg 431
7.6.3	Modellprojekt Arztentlastende Gemeindenahe E-healthgestützte Systemische Intervention (AgnES) in Sachsen 431
7.6.4	Modellprojekt Mobile Praxisassistentinnen (MoPras) in Sachsen-Anhalt 432
7.6.5	Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) 432
7.7	Managed Care 433
7.7.1	Einführende Begriffsbestimmung 433
7.7.1.1	Zum Integrationsgrad gesundheitlicher Leistungserstellung 433
7.7.1.2	Managed Care: Konzept und Definitionen 435
7.7.2	Instrumente und Auswirkungen von Managed Care 438
7.7.2.1	Capitation 438

	Seite
7.7.2.2 Systematischer Review: Managed Care und Qualität	441
7.7.2.3 Systematischer Review: Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte	457
7.7.3 Optionen für eine generationenspezifische Versorgung	466
7.7.3.1 Leitlinien, integrierte Versorgung und berufsgruppenübergreifende Kooperation	467
7.7.3.2 Regionale und generationenbezogene Koordination	469
7.7.3.3 Regional und sektorübergreifend organisierte Verantwortung . . .	470
7.7.3.4 Managed Care: Umsetzung angesichts von Chancen und Risiken	470
7.8 Fazit und Empfehlungen	474
7.9 Literatur	478
8 Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug	491
8.1 Zentrale Ansatzpunkte einer verbesserten Versorgung	191
8.2 Entwickelte Organisationen: zukünftige Konzepte am Beispiel der Primärversorgung	492
8.2.1 Aufgaben der allgemeinmedizinischen Gesundheitsversorgung und Entwicklungsempfehlungen in internationalen Modellen . . .	493
8.2.2 Primärversorgungspraxen (PVP) als mögliche Elemente einer patientenzentrierten und populationsbezogenen Versorgung	496
8.2.3 Spezielle Ausgestaltung und Erprobung von Modellen in ländlichen Versorgungsbereichen	502
8.3 Veränderte Arbeitsteilung	504
8.4 Finanzierung: versicherten- statt indikationsbezogene Konzepte unter Einschluss von Managed Care-Elementen	505
8.5 Medizinisches und ökonomisches Entwicklungspotenzial	507
8.5.1 Wege zu einer effizienteren und effektiveren integrierten Versorgung	507
8.5.2 Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten	509
8.6 Empfehlungen zur Umsetzung	510
8.7 Literatur	515

	Seite
Verzeichnis der Tabellen	
Tabelle 1	Annahmen und Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 39
Tabelle 2	Altenquotient „65“ 41
Tabelle 3	Altenquotient „80“ 41
Tabelle 4	Altenquotient „85“ 41
Tabelle 5	Jugendquotient „20“ 42
Tabelle 6	Jugendquotient „5“ 42
Tabelle 7	Altenquotient „65“ in den Bundesländern 44
Tabelle 8	Altenquotient „80“ in den Bundesländern 45
Tabelle 9	Altenquotient „85“ in den Bundesländern 46
Tabelle 10	Intergenerativer Unterstützungskoeffizient „80“ in den Bundesländern 47
Tabelle 11	Intergenerativer Unterstützungskoeffizient „85“ in den Bundesländern 47
Tabelle 12	Jugendquotient „20“ in den Bundesländern 48
Tabelle 13	Jugendquotient „5“ in den Bundesländern 49
Tabelle 14	Der demografische Wandel im Vergleich zwischen ländlichen Regionen in Ost und West 53
Tabelle 15	Prognose der Belegungstage und des daraus resultierenden Bettenbedarfs bis zum Jahr 2020 in Mecklenburg-Vorpommern 55
Tabelle 16	Entwicklung der stationären Versorgung von 1991 bis 2006 56
Tabelle 17	Kreise mit besonders ungünstiger Ausprägung ausgewählter Einflussfaktoren auf die ambulante Versorgungssituation 58
Tabelle 18	Internationaler Vergleich der demografischen Entwicklung: Annahmen zur Geburtenrate 60
Tabelle 19	Internationaler Vergleich der demografischen Entwicklung: Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt 60
Tabelle 20	Der Altenquotient „65“ im internationalen Vergleich 62
Tabelle 21	Der Altenquotient „65“ im europäischen Vergleich 63
Tabelle 22	Der Altenquotient „80“ im internationalen Vergleich 63
Tabelle 23	Der Altenquotient „85“ im internationalen Vergleich 64
Tabelle 24	Der intergenerative Unterstützungskoeffizient „80“ im internationalen Vergleich 65
Tabelle 25	Der Jugendquotient „20“ im internationalen Vergleich 66
Tabelle 26	Der Jugendquotient „5“ in internationalen Vergleich 67
Tabelle 27	Beschäftigte im Gesundheitswesen 1997 bis 2007 74
Tabelle 28	Anteil der Frauen an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen 1997 bis 2007 74
Tabelle 29	Beschäftigte im Gesundheitswesen unter 35 Jahren, 1997 bis 2007 75

	Seite	
Tabelle 30	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, 1997 bis 2007	76
Tabelle 31	Zahl der unter 40-jährigen Ärzte nach Sektoren	78
Tabelle 32	Entwicklungsaufgaben in einzelnen Lebensphasen	88
Tabelle 33	Übersicht der erfassten somatischen Erkrankungen	96
Tabelle 34	Anteil der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre) mit Schutzmaßnahmen durch Helm und Protektoren nach Geschlecht, Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion . . .	100
Tabelle 35	Anteil der Mädchen und Jungen (11 bis 17 Jahre) mit defizitären personalen Ressourcen nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion	103
Tabelle 36	Anteil der Mädchen und Jungen (11 bis 17 Jahre) mit defizitären sozialen Ressourcen nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion	104
Tabelle 37	Mittlere Skalenwerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozialstatus, Migrationsstatus und Wohnregion	105
Tabelle 38	Anteil der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre), die die entsprechenden Empfehlungen erreichen nach Geschlecht und Sozialstatus	107
Tabelle 39	Anteil der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre), die die entsprechenden Empfehlungen überschreiten, nach Geschlecht und Sozialstatus	107
Tabelle 40	Aktuelle Raucherquote der 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion	109
Tabelle 41	Anteil der Jungen und Mädchen (14 bis 17 Jahre), die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion . . .	110
Tabelle 42	Anteil der Jungen und Mädchen (14 bis 17 Jahre), die in den letzten 12 Monaten Haschisch/Marihuana konsumiert haben nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion	111
Tabelle 43	Anteil der Mädchen und Jungen (11 bis 17 Jahre) mit einer starken Nutzung elektronischer Medien (3 und mehr Stunden pro Tag) nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion	113
Tabelle 44	Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre), die in den letzten 12 Monaten einen niedergelassenen Arzt in Anspruch genommen haben nach Geschlecht, Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion	116
Tabelle 45	Präventionspolitisch relevante Programme des Bundes . . .	120
Tabelle 46	Unterschied zwischen Qualitätssicherung und Evaluation	129
Tabelle 47	Zwei Schwerpunkte der Qualitätssicherung	129
Tabelle 48	Zielerkrankungen des erweiterten Neugeborenen-Screenings	158
Tabelle 49	Am häufigsten verordnete Arzneimittel nach Altersklassen in der GEK	170

	Seite
Tabelle 50	Umsatzstärkste Arzneimittel bei Versicherten (unter 18 Jahren) in der GEK 171
Tabelle 51	Häufigkeit der Erkrankungen nach Alter pro Person und Jahr 172
Tabelle 52	Leitsymptome und Komorbiditäten der ADHS nach Altersgruppen 182
Tabelle 53	Versicherte mit Stimulanzienverordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht in % von der jeweiligen Gesamtpopulation 191
Tabelle 54	Versicherte mit ICD-10 F90.-Diagnose (n = 6 787) im Jahr 2004 192
Tabelle 55	Unterschiede zwischen pädiatrischer und Erwachsenenversorgung 230
Tabelle 56	Potenzielle Barrieren für eine erfolgreiche Transition 231
Tabelle 57	Bestimmende Faktoren für den Zeitpunkt einer Transition und eines Transfers 237
Tabelle 58	Wesentliche Elemente einer erfolgreichen Übergangsversorgung 238
Tabelle 59	Transitionsmodelle zur Förderung der Kontinuität 239
Tabelle 60	Multimorbiditätsindex im GStel03 253
Tabelle 61	Physiologische Veränderungen des Alters mit eventuellem Einfluss auf die Pharmakokinetik von Arzneistoffen 266
Tabelle 62	Weitere Altersveränderungen, die im Rahmen einer Arzneitherapie zu berücksichtigen sind 267
Tabelle 63	Übersetzte Beers-Liste mit den in Deutschland verfügbaren Präparaten 269
Tabelle 64	Stufen der Pflegebedürftigkeit und ihre Kriterien 272
Tabelle 65	Entwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick 273
Tabelle 66	Profession der Gutachter 275
Tabelle 67	Häufigste pflegebegründende Hauptdiagnosen und Einzeldiagnosen nach Pflegestufen 276
Tabelle 68	Anteil pflegebegründender Einzeldiagnosen, die mit Einschränkungen der Kognition einhergehen, nach Pflegestufen 278
Tabelle 69	Entwicklung der Pflegebedürftigen von 2007 bis 2050 Status Quo 291
Tabelle 70	Entwicklung der Anteile der Leistungsarten nach SGB XI ... 291
Tabelle 71	Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Geschlecht 293
Tabelle 72	Entwicklung der Pflegebedürftigen von 2007 bis 2050 Kompressionsthese) 296
Tabelle 73	Entwicklung der Anteile der Leistungsarten nach SGB XI ... 297
Tabelle 74	Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Geschlecht 297
Tabelle 75	Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen (in Millionen) 298

	Seite
Tabelle 76	Vergleich zwischen geltender Begutachtung und neuem Begutachtungsassessment 299
Tabelle 77	Begriffsbestimmungen 313
Tabelle 78	Übersicht der behandelten Themenfelder 317
Tabelle 79	Berufsziele von Medizinstudierenden in Abhängigkeit von der Hochschulzulassung 326
Tabelle 80	Verteilung der Vertragsärzte auf die hausärztliche und fachärztliche Versorgung 338
Tabelle 81	Vertragsärzte in der fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen 340
Tabelle 82	Räumliche Ansiedlung 346
Tabelle 83	Die fünf wichtigsten Lebensbereiche 352
Tabelle 84	Versorgung bei Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) 1999 und 2005 355
Tabelle 85	Entwicklung der Heimkapazitäten 356
Tabelle 86	Personal ^{a)} in der Pflege nach Pflegeform und Geschlecht 357
Tabelle 87	Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen 379
Tabelle 88	Rücklauf der SVR-Umfrage auf Mitgliederbasis 383
Tabelle 89	Allgemeine Angaben 385
Tabelle 90	Integration der Sektoren 387
Tabelle 91	Informationen des Hausarztes 389
Tabelle 92	Vergütung der Leistungserbringer 390
Tabelle 93	Finanzielle Boni für die Versicherten 392
Tabelle 94	Einschränkungen in der Wahl der Leistungserbringer 392
Tabelle 95	Autorisierung durch die Krankenkasse 393
Tabelle 96	Weitere Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme ... 394
Tabelle 97	Fortbildung und Qualitätszirkel 395
Tabelle 98	Fehlermanagement und Qualitätsindikatoren 395
Tabelle 99	Leitlinien 396
Tabelle 100	Prävention 397
Tabelle 101	Betreuung chronisch erkrankter Patienten 398
Tabelle 102	Serviceleistungen und Versichertenbeteiligung 398
Tabelle 103	Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite 434
Tabelle 104	Das Konzept Managed Care im Überblick 436
Tabelle 105	Varianten von Capitation nach betroffenem Personenkreis und einbezogenen Leistungen 439
Tabelle 106	Gesamtergebnis des Reviews: Anzahl der Studien und Effekt auf Qualität 446
Tabelle 107	Effekt auf Qualität nach Publikationsjahren 447

	Seite
Tabelle 108	Effekt auf Qualität nach verwendeten Studiendesigns 448
Tabelle 109	Effekt auf Qualität und Endpunktcharakteristik (einfach versus komplex) 448
Tabelle 110	Endpunkt Patientenzufriedenheit: Effekt je nach Endpunktcharakteristik (einfach vs. komplex) 449
Tabelle 111	Ergebnis der Studien mit dem Endpunkt Prävention 449
Tabelle 112	Unterform der Managed Care-Versorgung: Effekt auf Qualität 450
Tabelle 113	Art der Vergleichsgruppe: Effekt auf Qualität 450
Tabelle 114	Medicare/Medicaid-Versicherungsstatus: Effekt auf Qualität 451
Tabelle 115	Kriterium „ältere Versicherte“: Effekt auf Qualität 451
Tabelle 116	Kriterium „Kinder und Jugendliche“: Effekt auf Qualität 452
Tabelle 117	Kriterium „chronisch Kranke“: Effekt auf Qualität 453
Tabelle 118	Perspektive des Managed Care-Programms: Effekt auf Qualität 453
Tabelle 119	Vorschläge der AOLG zur hausärztlichen Versorgung 458
Tabelle 120	Vorschläge des KBV-Vorsitzenden Andreas Köhler 459
Tabelle 121	Zusammenfassende Qualitätsbewertung der Studien 461
Tabelle 122	Ergebnisübersicht 463
Tabelle 123	Internationale (Weiterentwicklungs-)Vorschläge zur Primärversorgung der Zukunft 494

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1	Vergleich der Alterspyramiden in Deutschland in den Jahren 2005 und 2050 40
Abbildung 2	Entwicklung des Anteils der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung (2006=100) 43
Abbildung 3	Die prozentuale Entwicklung des Anteils der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung 43
Abbildung 4	Vergleich der Alterspyramiden zwischen Brandenburg und Deutschland insgesamt 50
Abbildung 5	Die Alterspyramide in Hamburg in den Jahren 2005 und 2050 52
Abbildung 6	Kreise mit besonders ungünstiger Ausprägung ausgewählter Einflussfaktoren auf die ambulante Versorgungssituation 59
Abbildung 7	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV 68
Abbildung 8	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Krankenhaus 68
Abbildung 9	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Rahmen der ambulanten Behandlung 69
Abbildung 10	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile von Arzneimitteln 70

	Seite
Abbildung 11	Kompression versus Expansion der Morbidität 72
Abbildung 12	Altersgruppen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen, 1997 und 2007 75
Abbildung 13	Altersgruppen nach Arztgruppen in der ambulanten Versorgung, 1995 und 2007 77
Abbildung 14	Gestorbene Säuglinge im ersten Lebensjahr in Deutschland . . . 83
Abbildung 15	Dimensionen der Verwirklichungschancen 86
Abbildung 16	Anteil der Verkehrsunfälle nach Geschlecht und Sozialstatus . . 99
Abbildung 17	Schwerpunktverlagerung zu Multi-Issue-Interventionen 126
Abbildung 18	Elementare und systemische Qualitätssicherung und die Mittlerfunktion der Evaluation 130
Abbildung 19	Anzahl der Tötungsdelikte an Kindern unter 14 Jahren . . . 139
Abbildung 20	Positiver Vorhersagewert von Mammographie bei Diagnostik- und Screening-Einsatz 151
Abbildung 21	Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene 163
Abbildung 22	Einwohner unter 18 Jahren je Leistungserbringer in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am 31. Dezember 2005 177
Abbildung 23	Einwohner unter 18 Jahren je stationärem oder teil- stationärem Bett/Platz in Fachkrankenhäusern oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie im Jahr 2005 177
Abbildung 24	Entwicklung der Verordnungsmenge von Methylphenidat in Deutschland seit 1997 191
Abbildung 25	Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzientherapie/Jahr 193
Abbildung 26	Durchschnittliche Kosten pro Versichertem mit Stimulanzien- und Ergotherapie/Jahr 193
Abbildung 27	Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherten in der GKV 2007 264
Abbildung 28	Anteil der männlichen Versicherten mit Arzneimittelverord- nungen (Arzneimittelpatienten) im Alter ab 65 Jahren und Verteilung auf die Anzahl der Wirkstoffe in der GEK 2005 . . . 265
Abbildung 29	Anteil der weiblichen Versicherten mit Arzneimittelverord- nungen (Arzneimittelpatienten) im Alter ab 65 Jahren und Verteilung auf die Anzahl der Wirkstoffe in der GEK 2005 . . . 266
Abbildung 30	Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005 . . . 279
Abbildung 31	Pflegehäufigkeit nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005 . . . 280
Abbildung 32	Anteile der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Geschlecht 281
Abbildung 33	Aufteilung der Leistungsarten in der Pflegestufe I im Jahr 2005 283
Abbildung 34	Aufteilung der Leistungsarten in der Pflegestufe II im Jahr 2005 284

	Seite
Abbildung 35 Aufteilung der Leistungsarten in der Pflegestufe III im Jahr 2005	285
Abbildung 36 Pflegeverläufe nach Eintritt in die Pflegestufe I	287
Abbildung 37 Pflegeverläufe nach Eintritt in die Pflegestufe II	288
Abbildung 38 Pflegeverläufe nach Eintritt in die Pflegestufe III	289
Abbildung 39 Durchschnittliche Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung 2007	290
Abbildung 40 Durchschnittliche Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung 2007 bis zur Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen	290
Abbildung 41 Entwicklung der Prävalenz der Männer – Kompressionsthese	294
Abbildung 42 Entwicklung der Prävalenz der Frauen – Kompressionsthese	294
Abbildung 43 Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich	295
Abbildung 44 Primärversorgung als zentraler Teil eines wohnortnahen Netzwerks	315
Abbildung 45 Motivation von Medizinstudierenden nach Absolvierung eines zweiwöchigen Praktikums in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen	328
Abbildung 46 Entwicklung der Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin, 1993 bis 2007	329
Abbildung 47 Struktur der Ärzteschaft zum 31. Dezember 2007 (in Tausend)	337
Abbildung 48 Entwicklung der Vertrags- und Krankenhausarztzahlen seit 1993	338
Abbildung 49 Verteilung der Vertragsärzte auf die haus- und fachärztliche Versorgung	339
Abbildung 50 Mittlere jährliche Wachstumsraten der Zahl der Vertragsärzte in der fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen 1996 bis 2007	341
Abbildung 51 Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren	342
Abbildung 52 Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Ärzte pro MVZ	344
Abbildung 53 Verteilung der in MVZ tätigen Arztgruppen	344
Abbildung 54 Art der ärztlichen Berufsausübung, Gesamtzahl MVZ	345
Abbildung 55 Art der ärztlichen Berufsausübung, MVZ unter Krankenhausbeteiligung	345
Abbildung 56 Regionale Verteilung der MVZ	346
Abbildung 57 Präferierte Leistungserbringer der Krankenkassen bei selektiven Verträgen	347
Abbildung 58 Lebensalter pflegender Angehöriger	361
Abbildung 59 Verwandtschaftsverhältnis pflegender Angehöriger	362
Abbildung 60 Entwicklung von mittelschweren und schweren Paradontalerkrankungen sowie Zahnverlusten bei 65- bis 74-jährigen Senioren von 1997 bis 2005	366

	Seite
Abbildung 61 Anteile der Kombinationen von Vertragspartnern der Krankenkassen an den gemeldeten Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen, Stand 31. Dezember 2008	381
Abbildung 62 Verteilung der Startjahre und Befristungen der Versorgungsmodelle, getrennt nach Kombi- und HZV-Verträgen	386
Abbildung 63 Verteilung der Integrationstiefe der Versorgungsmodelle, getrennt nach Kombi- und HZV-Verträgen	388
Abbildung 64 Hausarztpraxisgeleitetes Versorgungsmodell der Zukunft	427
Abbildung 65 Das Chronic Care-Modell	429
Abbildung 66 Systematischer Review: Identifikation der Studien, Vorgehen	443
Abbildung 67 Verteilung der eingeschlossenen Studien nach Publikationsjahr	445
Abbildung 68 Verteilung der Ergebnisse nach Ergebnisparameter	464
Abbildung 69 Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung	505

Abkürzungsverzeichnis

AAP	American Academy of Pediatrics
AAFP	American Academy of Family Physicians
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ACP	American College of Physicians
AGS	Adrenogenitales Syndrom
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADHD	Attention-deficit hyperactivity disorder
ADT	Abrechnungsdatenträger
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGPD	Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie e.V.
AGnES	Arztentlastende Gemeindenähe E-healthgestützte Systemische Intervention
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AOA	American Osteopathic Association
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
AQ	Altenquotient
aP	acellular Pertussis
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
ASIM	American Society of Internal Medicine
ASS	Acetylsalicylsäure
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BÄK	Bundesärztekammer
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BJK	Bundesjugendkuratorium
BJP	Bundesjugendplan
BKK	Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMV-Ä/EKV	Bundemantelverträge (Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung)
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BQS	Geschäftsstelle für Qualitätssicherung
BUKO-QS	Bundeskonzferenz Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CACH	Canadian Audit Congenital Heart
CAPI	Computer-Assistiertes Persönliches Interview

CAVE-Check	Prüfung auf bestimmte arzneimittelbezogene Probleme im Zusammenhang mit dem Alter, dem Geschlecht oder bestimmten Erkrankungen wie Allergien
CCM	Chronic Care-Modell
CF	Cystic fibrosis
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
CMN	Community Medicine Nurse
CMS	Children's Medical Services
CME	continuing medical education
CONTENT	Continuous Morbidity Registration Epidemiologic Network
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
DALYs	disability adjusted life years
DART	Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie
DDD	defined daily doses
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DELBI	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung
DETECT	Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGAZ	Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
DHP	Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie
DHS	Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DJI	Deutsches Jugendinstitut e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKV	Deutsche Krankenversicherung
dl	Deziliter
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DMP	Disease Management-Programm
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
DPV	Diabetessoftware für prospektive Verlaufsdokumentation
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSB	Deutscher Sportbund
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EBHC	Evidence Based Health Care
EMAH	Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern
EMA	European Medicines Agency
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EPO	Exclusive Provider Organisations
EsKiMo	Ernährungsstudie als KiGGS-Modul
EU	European Union (Europäische Union)
EU/BU	Erwerbsunfähigkeit/Berufsunfähigkeit
EUROPEP	European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften
FFS	Fee-for-service

G	Grundimmunisierung
GA	Gutachten (des SVR)
GAA	Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMCT	Greater Metropolitan Clinical Taskforce
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GP	General Practitioner
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GStel03	telefonischer Gesundheitssurvey
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GUCH	Grown up with congenital heart disease
Hb	Hämoglobin
HB	Hepatitis B
HbA1c	Glykohämoglobin
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HCFA	Health Care Financing Administration
HeimG	Heimgesetz
Hib	Haemophilus influenzae Typ b
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HKS	Hyperkinetische Störung
HMG	hierarchische Morbiditätsgruppe
HMO	Health Maintenance Organization
HMR	home medication review
HPV	Humanes Papilloma Virus
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
IACFA	International Association of Cystic Fibrosis Adults
IARC	International Agency for research on cancer
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICED	Index of Coexisting Disease
ICPC	International Classification of Primary Care
IDF	International Diabetes Federation
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES	Institut für Forschung und Beratung
IGUK	intergenerativer Unterstützungskoeffizient
IhF	Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband
IPA	Independent Physician Association
IPV	Inactivated Polio Vaccine
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISEG	Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover
iV	integrierte Versorgung

IZBB	Investitionsprogramm „Zukunft Bildung und Betreuung“
JIA	juvenile idiopathische Arthritis
JQ	Jugendquotient
KAMT	Kölner Adaptive Multimodale Therapiestudie
KBV	Kassenärztlich Bundesvereinigung
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KfH	Kuratorium für Heimdialyse und Nierentransplantation
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KiGGS	Nationaler Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
Kita	Kindertagesstätte
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
KMK	Kultusministerkonferenz
KORA	Kooperative Gesundheitsforschung im Raum Augsburg
KOSTA	Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LEILA75+ Studie	Leipzig Longitudinal Study of the Aged
LHV	Landelijke Huisartsen Verenigin
LKindSchuG	Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit
LVG	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz
MCAD	Medium-Chain Acyl-Coenzym A Dehydrogenase
MCBS	Medicare Current Beneficiary Surveys
MCO	Managed Care-Organisation
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MERIT-HF	Metoprolol CR/LX Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure
MFA	Medizinischer Fachangestellter
mg	Milligramm
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule
MMR	Masern, Mumps, Röteln
MoPras	Modellprojekt Mobile Praxisassistentinnen
MPH	Methylphenidat
MRSA	Methicillin-resistente Staphylokokken
MTA	Medizinisch-technischer Assistent
MTA	Multimodal Treatment Study of Children with ADHD
MuM	Ärztetz Medizin und Mehr
MUR	Medicines Use Review
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NAP	Nationaler Aktionsplan
NAPRTCS	North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NFP	Nurse-Family Partnership Program
NGOs	Nichtregierungsorganisationen
NHG	Niederlands Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Service

NIH	National Institutes of Health
NSAR	nicht-steroidale Antirheumatika
NSW	New South Wales
NZFH	Nationale Zentrum Frühe Hilfen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ON TRAC	Taking Responsibility for Adolescent/Adult Care
OR	Odds Ratio
OTC	Over The Counter
P4P	pay for performance
PBM	Pharmaceutical Benefit Management
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PEP	Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten
PflegeVG	Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz)
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PHC	Primary health care
PHO	Physicians Hospital Organisation
PIM	Potentially Inappropriate Medication
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PKV	Private Krankenversicherung
POS	Point of Service Programme
PP	Psychologische Psychotherapeuten
PPO	Preferred Provider Organization
PPV	Private Pflegeversicherung
ppV	positive predictive value
ppW	positiver prädiktiver Wert
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
PR	Public Relations
PSA	Pseudomonas aeruginosa
PSAP	Physician Shortage Area Program
PSI	Patientensicherheitsindikator
PUK	potenzieller Unterstützungskoeffizient
PUMA	Paediatric Marketing Authorisation
PVP	Primärversorgungs-Praxis
QIP	Qualität in der Prävention
QM	Qualitätsmanagement
QOF	Quality and Outcomes Framework
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
RALES	Randomized Aldactone Evaluation Study
RCGT	Royal College of General Practitioners
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
REVIS	Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in allgemein bildenden Schulen
RKI	Robert Koch Institut
RLV	Regelleistungsvolumen
ROG	Raumordnungsgesetz
RSA	Risikostrukturausgleich
S	Standardimpfungen
SÄVIP	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SCHAAZ	Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SG	Sondergutachten (des SVR)
SGB	Sozialgesetzbuch
SM	Standardimpfungen für Mädchen
SMR	standardisierte Mortalitätsratio
SOLVD	Studies Of Left Ventricular Dysfunction
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
StaBu	Statistisches Bundesamt
STIKO	Ständige Impfkommission
STOPP	screening tool of older person's potentially inappropriate prescriptions
SVR	Sachverständigenrat
T	Tetanus
TEAM	Transfer of Expertise on rAre Metabolic diseases
TART	Testikulärer adrenaler Resttumor
THOP	Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
UGOM	Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNICEF	The United Nations Children's Fund
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VdAK/AEV	Verband der Angestellten-Ersatzkassen/Arbeiterersatzkassen (bis 2008)
VdEK	Verband der Ersatzkassen (neuer Name des ehem. VdAK/AEV seit 2009)
VERAH	Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis
VmF	Verband medizinischer Fachberufe
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
WS	Wintersemester
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ZI	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung

Vorwort

Mit diesem Gutachten kommt der Sachverständigenrat dem Auftrag der Bundesministerin für Gesundheit vom November 2007 nach, ein Sondergutachten zum Thema „Generationspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ zu erstellen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat eine Vielzahl von Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit einholen. Zahlreiche Bundes- und Landesministerien, Verbände und Institutionen haben sich auch an schriftlichen Befragungen durch den Rat beteiligt. Ihnen allen sei an dieser Stelle sehr herzlich gedankt.

Für die Erstellung von Expertisen, die der Rat in Auftrag gegeben hat und die in das Gutachten eingeflossen sind, dankt der Rat Herrn Prof. Harald Abholz und Herrn Dr. Christian Lerch vom Universitätsklinikum Düsseldorf; Herrn Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, Herrn Sebastian Haller, Herrn Marcial Velasco-Garrido und Frau Dr. Annette Zentner, MPH, vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin; Frau Dr. Bärbel-Maria Kurth, Frau Dr. Kerstin Horch und der gesamten Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie des Robert Koch-Instituts; Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer, Herrn Dr. Andreas Büscher und Herrn Dr. Klaus Wingefeld vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld; Herrn Prof. Jürgen Windeler, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der GKV.

Für wichtige Anregungen und Hinweise bedankt sich der Rat auch bei Herrn Prof. Dr. oec. Volker Amelung, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover; Herrn Prof. Dr. Ullrich Bauer, School of Public Health der Universität Bielefeld; Frau Prof. Dr. Erika Baum, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg; Herrn Prof. Dr. Wolf-Dieter Brettschneider; Herrn Prof. Dr. Hans Josef Böhles, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsklinik Frankfurt; Herrn Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg; Herrn Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal; Herrn Prof. Dr. Jochen Gensichen, MPH, Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena; Frau Dr. Katja Götz, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg; Herrn Dr. med. Wolfram Hartmann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte; Herrn Dr. Christopher Hermann, AOK Baden-Württemberg; Herrn Prof. Dr. Heiner Keupp, Ludwig-Maximilians-Universität München; Herrn Prof. Dr. Thomas Klingebiel, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsklinik Frankfurt; Frau Dr. Antje Köster-Schmidt, Landes Zahnärztekammer Hessen, Frankfurt; Frau Melanie Lisac, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Frau Melanie Mark, Westsächsische Hochschule Zwickau (FH); Frau Prof. Dr. med. Gisela Offner, Abteilung Pädiatrische Nierenerkrankungen der Medizinischen Hochschule Hannover; Frau Martina Oldhafer, MBA, Programmleitung, KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, Hannover; Frau Dr. Dorothea Osenberg, Abteilung für Allgemeinmedizin der Ruhruniversität Bochum; Frau Eva Reinert, Diplomandin an der Universität Köln; Herrn Christoph J. Rupprecht, AOK Rheinland/Hamburg; Frau Sophia Schlette, MPH, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Herrn Dipl.-Geogr. Claus Schlömer, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR); Herrn Prof. Dr. Martin Schrappe, Klinik für Allgemeine Pädiatrie der Universitätsklinik Kiel; Herrn Dipl.-Geogr. Martin Spangenberg, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR); Herrn Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg; Herrn Prof. Dr. Maik Winter, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege der Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere: Herrn Dipl.-Soz. Martin Beyer, Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt; Frau Dr. Susanne Dettmer, Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin; Frau Dr. med. Anja Dieterich, MPH, Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozial-

forschung (WZB); Frau Dr. Dagmar Dräger, Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin; Frau Dr. med. Antje Erler, MPH, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; Herrn Dr. P.H. Falk Hoffmann, MPH, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen; Frau Gisela Kassner, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; Herrn Dr. rer. pol. Michael Noweski, Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Frau Katrin Pieper, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen; Herrn Diplom-Volkswirt Michael Popp, Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre; Herrn Dr. med. Hans-Michael Schäfer, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; Frau Dr. Liane Schenk, Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin; Frau Diplom-Volkswirtin Gloria Schmidt, Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre; Herrn Roland Windt, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen; Frau Edda Würdemann, MPH, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Herr Kai-Uwe Beger, M.A.; Frau Sarah Dauven, M.Sc.; Frau Dr. med. Nejla Gültekin, MPH; Frau Karin Höppner MSc; Herr Dr. rer. pol. Ronny Wölbing und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth (bis Dezember 2008) und Frau Dr. Birgit Cobbers (seit Februar 2009). Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre tatkräftige und sehr sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank.

Der Rat dankt außerdem Frau Anette Bender, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine VanDenBerghe und Frau Annette Wessel für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle.

Wenn im Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Alle verwendeten Markenzeichen und -namen sind Eigentum der jeweiligen Inhaber. Auf eine weitere Kennzeichnung der Markenzeichen und -namen wurde bei deren Verwendung zum Zweck der besseren Übersicht und Lesbarkeit verzichtet.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Mai 2009

Ferdinand M. Gerlach	Gerd Glaeske	Marion Haubitz
Adelheid Kuhlmei	Rolf Rosenbrock	Matthias Schrappe
	Eberhard Wille	

1 Einleitung: Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem

1.1 Koordinationsdefizite im Zentrum des Gutachtens

1. Obgleich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich insgesamt keineswegs schlecht abschneidet, leidet die Versorgung an vielfältigen Koordinationsdefiziten. Im inhaltlichen und methodischen Anschluss an die beiden vorangegangenen Gutachten thematisiert dieses Sondergutachten wiederum spezielle Koordinationsprobleme im deutschen Gesundheitswesen, d. h. entsprechende Anforderungen an eine effiziente und effektive Versorgung, noch bestehende Defizite und Lösungsmöglichkeiten. Dabei ging es in den bisherigen Gutachten um die Integration der bis dahin weitgehend segmentierten Leistungssektoren des ambulanten und stationären Bereichs sowie der Rehabilitation und Pflege. Im Rahmen dieser Integrationsprozesse spielten sowohl zielgerichtete Präventionsmaßnahmen als auch die Generierung und Implementierung von Leitlinien eine wichtige Rolle. Inzwischen erlangten in der Gesundheitsversorgung die Leitlinien einen beachtlichen Stellenwert und auch die sektorale Koordination vermochte unbeschadet noch bestehender Schwächen bzw. Verbesserungspotenziale gewisse Fortschritte zu verzeichnen. Diesen sektoralen Integrationsaspekt ergänzte das Gutachten 2007 um Reformvorschläge für eine effizientere Koordination der Berufsgruppen und setzte damit eine vielfach kontrovers geführte Diskussion in Gang, die inzwischen an Breite und Intensität noch zunahm.

Die Beschäftigung mit einer integrierten, transsektoralen Versorgung und den Leitlinien sowie mit einer Kooperation der Berufsgruppen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten machte bereits deutlich, dass die mit dem absehbaren demografischen Wandel einhergehenden Verschiebungen des Morbiditätsspektrums zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen erfordern. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wohl wichtigste Aufgabe künftig in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung. Eine Leitlinien-gestützte Versorgung bedarf einer entsprechenden Anpassung an die Multimorbidität der Patienten. Dies wirft die Frage nach einer generationenspezifischen Versorgung auf, die den Kriterien der Effizienz und Effektivität bzw. Qualität sowie Nachhaltigkeit genügt. Eine solche Versorgung, die bereits u. a. mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter ansetzt, die Patienten bei den altersspezifischen Übergängen optimal begleitet und im hohen Alter problembezogen versorgt und betreut, steht im Mittelpunkt dieses Sondergutachtens. Der Gesundheitsversorgung stellt sich damit die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen ei-

ner interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.

Die demografische Entwicklung führt in Zukunft nicht nur zu Verschiebungen zwischen den Alterskohorten, sondern auch zu gesundheitspolitisch relevanten Veränderungen zwischen den Bundesländern sowie innerhalb von diesen zwischen städtisch und ländlich geprägten Siedlungsräumen. Die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in ländlichen Räumen, insbesondere in den strukturschwachen Regionen der ostdeutschen Bundesländer bildet künftig eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik. Es erscheint daher erforderlich, die wünschenswerte populationsorientierte Versorgung sowohl unter generationenspezifischen als auch unter regionalen Aspekten zu beleuchten, was die Koordinationsaufgabe um eine Dimension erweitert und inhaltlich anspruchsvoller gestaltet. Das in diesem Sondergutachten vorgeschlagene Zukunftskonzept besteht in einer koordinierten, generationenspezifischen und nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen differenzierten Gesundheitsversorgung. Ein fortlaufendes Monitoring, das sich u. a. auf regionale Qualitätsindikatoren in Verbindung mit einem entsprechenden Benchmarking stützt, kann hier der Früherkennung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten dienen.

Das vorliegende Gutachten fügt somit bei der Suche nach der jeweils effizienten und effektiven sowie nachhaltigen Gesundheitsversorgung der generationenspezifischen Perspektive noch einen regionalen Bezug hinzu. Zugleich gilt es, die in früheren Gutachten geforderte sektorale Koordination sowie jene zwischen den Berufsgruppen hinreichend zu berücksichtigen, d. h. zu den beiden zuvor schon behandelten Koordinationsaufgaben treten mit diesem Gutachten noch zwei weitere hinzu. Mehrdimensionale Koordination stellt damit aus Sicht des Rates das leitende Prinzip einer zielorientierten künftigen Gesundheitsversorgung dar. Die Mehrdimensionalität der anvisierten Koordination erfordert vielfach komplexe und teilweise auch komplizierte Anpassungsprozesse bestehender Strukturen. Im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung sollten sich alle Beteiligten diesen Herausforderungen jedoch stellen.

1.2 Demografische Herausforderungen der künftigen Gesundheitsversorgung

2. Die absehbare demografische Entwicklung führt zu einer spürbaren Alterung der Gesellschaft und in diesem Kontext insbesondere zu einem stark anwachsenden Anteil hochbetagter Menschen. Infolge einer Verschiebung

der Alterskohorten steht künftig einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber, das die erforderlichen Leistungen zu erbringen vermag. Da die Patienten die Gesundheitsversorgung überwiegend ortsnahe benötigen und die Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen entsprechend mit regionalem Bezug stattfindet, erfordert eine realitätsnahe Analyse, auch die Entwicklung der demografischen Strukturen in den einzelnen Bundesländern zu betrachten und hieraus spezifische Konsequenzen zu ziehen. Die demografische Entwicklung löst aber nicht nur gesundheitspolitisch relevante Veränderungen zwischen Bundesländern aus, sondern auch innerhalb von Bundesländern zwischen verschiedenen Siedlungsstrukturen und hier insbesondere zwischen städtisch und ländlich geprägten Räumen. Die Aufgabe einer flächendeckenden Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung stellt sich künftig grundsätzlich in ländlichen Räumen, aber in besonderem Maße in den strukturschwachen Regionen der ostdeutschen Bundesländer. Dabei verschärft die Entwicklung der Altersstruktur der im Gesundheitswesen Beschäftigten die Herausforderung der Gesundheitspolitik, eine generationenspezifische Versorgung sicherzustellen, die den Kriterien der Nachhaltigkeit, Effizienz und Effektivität genügt.

Die bei einer steigenden Lebenserwartung hinzugewonnenen Lebensjahre erhöhen grundsätzlich die gesundheitlichen Outcomes und damit die Wohlfahrt der Menschen. Dies geschieht allerdings in stärkerem Maße bei gesund verbrachten zusätzlichen Lebensjahren. Verglichen mit der These von der Morbiditätsexpansion erleichtert jene der Morbiditätskompression zwar ceteris paribus die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und Sterbekosten lassen sich aber keine fundierten Aussagen über die Ausgabeneffekte machen, die von einer steigenden Lebenserwartung ausgehen. Bei im Zeitablauf stark zunehmenden Sterbekosten kann auch eine Morbiditätskompression mit einem Wachstum der Gesundheitsausgaben einhergehen und bei einer Kostensenkung als Folge wirksamer tertiärer Präventionsmaßnahmen muss eine Morbiditätsexpansion keinen Ausgabenanstieg verursachen.

1.3 Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

3. Der gute Gesundheitszustand der großen Mehrzahl der in Deutschland aufwachsenden Kinder darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein Fünftel eines jeden Geburtsjahrgangs – das sind 140 000 Kinder pro Jahr – mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen aufwächst. Der soziale Gradient bei der Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen zeigt sich in Kindheit und Jugend zwar noch nicht so ausgeprägt wie im Erwachsenenalter, er beginnt sich aber bereits in diesen frühen Lebensphasen zu manifestieren. In der Verbesserung der gesundheitlichen Chancen für den weiteren Lebenslauf dieser Kinder liegt eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik. Sie geht weit über die Krankenversorgung und die gesetzliche Krankenversi-

cherung (GKV) hinaus und verweist auf die gesundheitspolitische Verantwortung auch anderer Politikbereiche, insbesondere der Bildungs-, Familien-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Die wichtigsten Faktoren, die dieses Risiko erklären – das zeigt die Auswertung des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), die das Robert Koch-Institut für den Rat vorgenommen hat – finden sich in einer ungünstigen Lebenslage der Eltern und machen deren Kinder besonders vulnerabel. In Anlehnung an das auch in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung verwendete Leitbild der „Verwirklichungschancen“ hat der Rat dazu vier gesundheitspolitische Zielsetzungen formuliert: (1) Sicherung einer die Existenz sichernden sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichenden Güterausstattung. (2) Förderung der Motivation zu einem dem Stand der Möglichkeiten entsprechenden Umgang mit Gesundheit/Krankheit, Behinderung sowie mit Bildungsangeboten etc. (3) Herstellung bzw. Sicherung des Zugangs zum Gesundheits- und Bildungssystem, zum Arbeitsmarkt und zu beruflicher Entwicklung, Zugang zu armutsfesten Sozialleistungen, zur Sicherheit vor Gewalt und Kriminalität, zu einer ökologisch nachhaltig funktionsfähigen Umwelt sowie zur politischen Teilhabe. (4) Herstellung und Sicherung der Transparenz über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme zu Förderungen und Leistungen.

Bundes- und Landesregierungen sowie die GKV und Nichtregierungsorganisationen versuchen in den letzten Jahren verstärkt, dem Problem wachsender Ungleichheit durch (kompensatorische) Primärprävention und Gesundheitsförderung zu begegnen. Trotz der beeindruckenden Vielzahl und Dynamik der Programme weisen sie aber nach wie vor gravierende Defizite in der Zielgruppenorientierung, bei der Gewichtung und Ausstattung von lebensweltbezogenen Projekten sowie in der Qualitätssicherung auf. Da sowohl die Optimierung der Interventionen als auch die Entwicklung angemessener Methoden der Qualitätssicherung offene und aufeinander bezogene Lernprozesse bilden, bedarf es der organisatorischen Unterstützung dieser Lernprozesse durch ein Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der Prävention. Zudem könnte eine bessere Koordinierung zwischen Bundesressorts sowie zwischen Bund und Ländern Synergien freilegen.

Für eine Zunahme von Vernachlässigung sowie physischer und psychischer Gewalt gegen Kinder gibt es keine verlässlichen Anhaltspunkte. Trotzdem stellt dies nach wie vor ein sehr gravierendes Gesundheitsproblem dar. Eine Analyse der institutionellen und rechtlichen Instrumente des Kinderschutzes zeigt, dass sich die Effektivität dieses grundsätzlich gut strukturierten Systems durch Verbesserungen in der materiellen Ausstattung und der Qualifikationsstruktur sowie in den Kooperationen noch erhöhen ließe. Die ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind in ihrer momentanen Ausgestaltung kein zielgerichtetes Instrument im Hinblick auf die Erkennung oder Verhinderung von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung.

Die medizinische Prävention für Schwangere und Kinder (Früherkennung und Impfungen) ist in Deutschland im

Wesentlichen gut ausgebaut. Es existieren allerdings Defizite hinsichtlich der Evidenz der Wirksamkeit und des Nutzens sowie der Qualitätssicherung. Diesbezüglich bestehen hohe Erwartungen an die derzeit laufende Überarbeitung entsprechender Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Den Diskussionen über den Leistungskatalog für Früherkennungen nach § 25 SGB V fehlt ein eindeutiger rechtlicher Rahmen und bei der Neuzulassung von Impfungen ein hinreichend transparentes Verfahren. Der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen durch sozial benachteiligte Kinder kann die Erprobung international bewährter Interventionen entgegenwirken.

Bei der insgesamt gut ausgebauten Arzneimittelversorgung der Kinder in Deutschland bestehen Defizite der Struktur- und Prozessqualität auf den Stufen Entwicklung, Zulassung und Anwendung. Seltene (Kinder-)Krankheiten (*orphan diseases*) sind therapeutisch und pharmazeutisch zu wenig erforscht, hier scheinen nur unzureichende materielle Anreize für die pharmazeutische Industrie zu bestehen. Da viele bei Kindern und Jugendlichen angewendeten Arzneimittel nicht für diese Altersgruppe erprobt und zugelassen sind, bedarf es der raschen Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinie von 2007. Auf der Ebene der Anwendung findet sich (immer noch) ein unbegründeter Einsatz von Psychostimulanzien sowie von Antibiotika bei Virusinfekten.

Für eine generelle Zunahme psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland gibt es keine verlässlichen Anhaltspunkte. Parallel zum Rückgang der Geburten nehmen die Kapazitäten der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für diese Altersgruppen zu. Trotzdem wird vielfach Unterversorgung beklagt, doch auch für regionale Überversorgung finden sich Anzeichen. Forschungsbedarf besteht weiterhin zu Ätiologie und Determinanten psychischer Störungen, zur primären und sekundären Prävention, zur Diagnostik und Indikationsstellung sowie zur Qualität der unterschiedlichen Therapien und Konzepte. Als Leitbild der Versorgungsplanung gilt ein differenziertes Angebot für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, das die Potenziale von Selbsthilfe und Partizipation nutzt, in seiner Vielfalt der Heterogenität der Zielgruppen und ihrer unterschiedlichen Bedarfslagen entspricht und mit den anderen Instanzen des Kinderschutzes und des Bildungswesens zielbezogen koordiniert und kooperiert.

Unter den psychischen Störungen des Kinder- und Jugendalters nimmt das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) wegen seiner relativ großen Verbreitung, seiner (gemessenen) Zunahme und der Fragwürdigkeit einseitig medikamentöser Therapie einen prominenten Platz ein. Erforderlich wäre – neben der Unterstützung der Eltern und der Weckung von Verständnis für die Betroffenen – ein leichterer Zugang zu multimodalen, inklusive verhaltenstherapeutischen Hilfen. Medikamente spielen, ggf. durch ein Zweitmeinungsverfahren nach § 73d SGB V abgesichert, in diesem Rahmen eine unverzichtbare Rolle. Hilfreiche und notwendige Erkenntnisse versprechen weitere Forschungen zur Ätiolo-

gie, zu Möglichkeiten der primären und sekundären Prävention sowie zum Nutzen und zur Qualität der heute eingesetzten Therapien.

1.4 Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter

4. Transition in der Gesundheitsversorgung beinhaltet die geplante und gezielte Überführung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Krankheiten von Pädiatern zu Erwachsenenmedizinerinnen. Die Lebenserwartung der jungen Menschen mit einem speziellen Versorgungsbedarf stieg in den letzten Jahrzehnten infolge medizinischer Fortschritte an, sodass für eine zunehmende Anzahl von ihnen die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch Erwachsenenmediziner besteht.

In der Erwachsenenmedizin gibt es zum Teil unzureichende Kenntnisse zur Behandlung dieser Patienten, und nach Vollendung des 18. Lebensjahres stellt sich für sie das Problem, eine spezialisierte Betreuung zu finden. Sie werden daher häufig lange von Kinderärzten betreut und suchen erst spät einen Erwachsenenmediziner auf. Es mehren sich Hinweise, dass sich die Versorgungsqualität aufgrund inadäquater Übergangsprozesse verschlechtert. Eine verzögerte oder keine Behandlung kann zu vermeidbaren Komplikationen führen. Einer niedrigen Prävalenz der seltenen Erkrankungen in der Jugendzeit können zum Teil hohe Behandlungskosten gegenüberstehen.

Das Gutachten problematisiert die Übergangsvorsorge vom Jugend- ins Erwachsenenalter exemplarisch an fünf Krankheiten (Endokrinologie, Mukoviszidose, Kinder mit angeborenen Herzfehlern, terminale Niereninsuffizienz/Nierentransplantation und Rheumatoide Arthritis). Diese Krankheitsbilder weisen neben ihren krankheitsspezifischen Problemen auch übergreifende Aspekte auf und können zugleich für die Beurteilung der Übergangsvorsorge anderer chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter dienen. Eine erfolgreiche Transition gelingt durch einen koordinierten, multidisziplinären Prozess, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse der Jugendlichen beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin umfasst, sondern auch psychosoziale, schulische und berufliche Aspekte einschließt.

Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Übergangsvorsorge in Deutschland zu erhalten, ziehen die Ausführungen auch Stellungnahmen von Patientenvertretern, ausgewählten medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Körperschaften des öffentlichen Rechtes heran und leiten auf dieser Basis Empfehlungen zur Versorgung chronisch kranker Jugendlicher beim Übergang ins Erwachsenenalter ab. Transitionsprogramme bezwecken, eine gute Behandlung sowie eine nachhaltige Adhärenz der Patienten beim Übergang in das Erwachsenenalter zu gewährleisten. Forschungsergebnisse zeigen die Notwendigkeit einer individualisierten Herangehensweise im Rahmen der Transition, wobei der Patient über den Zeitpunkt des Übergangs zur Erwachsenenmedizin selbst bzw. mitentscheiden kann. Die Versorgungsforschung sollte zunächst den Bedarf an Transitionssprechstunden und Übergangsstationen (eigene Station für

Adoleszente) für bestimmte Krankheiten anhand von Modellversuchen ermitteln. Ferner bedarf der Transitionsprozess Leitlinien zur Durchführung von Programmen sowie einer Evaluation nach dem Übergangsprozess. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität erscheint nicht nur eine bessere Koordination der beteiligten Institutionen notwendig, sondern auch die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors. Die Veröffentlichung von Angaben zu Transitionsprogrammen in Qualitätsberichten vermag nicht nur der Qualitätssicherung zu dienen, sondern auch den Wettbewerb zu steigern. Es bleibt zu prüfen, ob eine Ergänzung des Katalogs in § 116b SGB V die multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter gewährleisten bzw. verbessern kann.

1.5 Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen

5. Im höheren und hohen Lebensalter treten Krankheitszustände auf, die zu altersspezifischen Versorgungsanforderungen führen. Hierzu gehören das Phänomen der Multimorbidität und die Polypharmazie alter mehrfach erkrankter Menschen sowie die Pflegebedürftigkeit. Die Zahl älterer und alter Patienten mit Mehrfacherkrankungen nimmt in allen Versorgungsbereichen zu. Multimorbidität ist mehr als die Summe einzelner Erkrankungen und geht im höheren Lebensalter häufig mit Inkontinenz, kognitiven Defiziten, Immobilität, Sturzgefährdung und Schmerzen einher. Die Versorgung der mehrfach Erkrankten muss die Funktionseinschränkungen in den Mittelpunkt stellen.

Trotz der steigenden Bedeutung der Mehrfacherkrankungen – ca. zwei Drittel der über 65-Jährigen weisen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf – gibt es nur sehr wenige Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. Die Hauptursache für das bestehende Defizit bildet die fehlende Evidenz. Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen sollten dabei helfen, Behandlungsprioritäten zu setzen, an den Gesamtzustand des Patienten sowie seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung und individuelle Situation berücksichtigen. Zudem bedarf es einer Fokussierung auf die Betreuungsstruktur und den Versorgungsprozess und konkreter Vereinbarungen an Schnittstellen.

Trotz einer weitgehenden Akzeptanz der Leitlinien bei den einzelnen Erkrankungen bleibt ihre Implementierung bis heute eine große Herausforderung. Sie setzt Studien voraus, die eine Evidenz für häufige Krankheitskombinationen sowie für die Priorisierung von Hauptrisiken und Gesundheitsproblemen liefern und sektorübergreifende Versorgungsverläufe, Schnittstellen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe beschreiben. Die Implementierung der Leitlinien erfordert eine Einbindung in Aus-, Weiter- und Fortbildung und in die Qualitätssicherung sowie finanzielle Anreize. Eine Evaluation der Umsetzungen von Leitlinien erscheint ebenfalls geboten.

Multimorbidität führt zu vermehrten Arztkontakten, häufigeren und längeren Krankenhausaufenthalten sowie einer steigenden Zahl von Arzneimittelverordnungen (Polypharmazie). So erhalten etwa 35 % der Männer und 40 % der Frauen über 65 Jahre neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie. In diesem Kontext bilden unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein Kernproblem der Versorgung alter Menschen. Nach einer Studie der nationalen Pharmakovigilanzzentren entfielen 10,2 % der stationären Aufnahmen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen auf Digitalisglykosid-assoziierte Störwirkungen. Betroffen waren insbesondere ältere Frauen. Bei älteren Menschen mit Demenz erlangen unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen eine besondere Bedeutung. Dabei ist insbesondere die Verordnung von Neuroleptika bei Patienten mit Demenz äußerst kritisch zu beurteilen, da die Anwendung mit einer höheren Sterblichkeit einhergeht.

Um die Arzneimittelsicherheit bei älteren Menschen zu erhöhen, bietet sich eine Adaption der Liste zu unangebrachtem Arzneimittelgebrauch an, die eine Gruppe amerikanischer Wissenschaftler um Mark Beers erstellte. Zur Verbesserung der Therapiesicherheit bei älteren Menschen sind aber auch randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zum Nachweis eines patientenrelevanten Nutzen unerlässlich. Arzneimittel sollten an den Patientenpopulationen geprüft werden, die auch nach der Zulassung diese Arzneimittel im Rahmen ihrer Behandlung benötigen.

Pflegebedürftigkeit ist in den Gesellschaften des langen Lebens zu einem weiteren bestimmenden Gesundheitsrisiko geworden. Den Zustand eines Menschen mit Pflegebedarf kennzeichnet ein Höchstmaß körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität, die dazu führt, dass sich der Lebensalltag nur mit fremder Hilfe aufrechterhalten lässt. Die überwiegende Mehrheit – 82 % – aller Pflegebedürftigen in Deutschland ist 65 Jahre alt oder älter, jeder dritte bereits über 85. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung pflegebedürftig. Frauen gelangen in diese Situation häufiger als Männer.

Die anvisierte Erweiterung des bislang im SGB XI verengten Pflegeverständnisses entspricht einer langjährigen Forderung. Ein vom BMG eingesetzter Beirat hat nunmehr – basierend auf einer Analyse unterschiedlicher Pflegebedürftigkeitsbegriffe – Vorschläge für einen neuen Begriff und für ein neues Begutachtungsinstrument vorgelegt. Im Unterschied zum heutigen Begutachtungsverfahren fungiert als Maßstab für Pflegebedürftigkeit nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern die Selbständigkeit einer Person.

Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland verdeutlichen, dass der Pflegesektor auch in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Für das Jahr 2050 weist die Status quo-Prognose des Rates mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen. Selbst unter der Annahme einer Morbiditätskompression steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,5 Millionen.

1.6 Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung

6. Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Funktionen der gesundheitlichen Primärversorgung. Zur Sicherung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung kommt es daher entscheidend auf ihre nachhaltige Funktionsfähigkeit an. Eine intensive Auseinandersetzung mit der hausärztlichen Versorgung erscheint besonders notwendig, weil auf der einen Seite ihre Nachhaltigkeit nicht gesichert erscheint (u. a. infolge drohenden Nachwuchsmangels) und auf der anderen Seite mit dem demografischen Wandel sowie der Veränderung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung auf die primärmedizinische Versorgung der häufigsten Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zukommen. Dabei bildet die hausärztliche Primärversorgung ein wichtiges Element einer umfassenden versicherten- bzw. populationsorientierten Versorgung und zielt mit ihr darauf ab, den individuellen Bedürfnissen einer wachsenden Zahl chronisch Erkrankter zu entsprechen und die präventiven Möglichkeiten auszuschöpfen.

Ausgangspunkt der Analyse bildet eine Beschreibung der Krankheitslast insbesondere durch chronische Erkrankungen in der Hausarztpraxis sowie der Stellung und der Leistungskriterien hausärztlicher Versorgung. Ein vom Rat in Auftrag gegebener Evidenzreport in Form eines Meta-Reviews untersucht, inwieweit eine hausarztorientierte Versorgung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung beitragen kann, d. h. welche Evidenz hier im Hinblick auf Gesundheitsindikatoren oder Kosten besteht. Die weiteren Ausführungen konzentrieren sich auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Praxen in Deutschland, die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung in der Bevölkerung, die derzeitigen Arbeitsbedingungen von Hausärzten am Beispiel von Kontaktzahlen und hausärztlicher Dokumentation sowie die Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses. In Anknüpfung an grundlegende Überlegungen zur Notwendigkeit einer koordinierten Organisation der gesundheitlichen Versorgung werden verschiedene Maßnahmen insbesondere zur Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen und damit auch zur Weiterentwicklung und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Primärversorgung empfohlen.

Die niedergelassenen Fachärzte stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung dar. Die absehbare demografische Entwicklung und die zunehmenden Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts rücken die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor in quantitativer und qualitativer Hinsicht in den Mittelpunkt von Reformbestrebungen. Um hier einen funktionsgerechten und fairen Wettbewerb zwischen den (Fach-)Ärzten und den Krankenhäusern zu realisieren, bedarf es einer Änderung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, d. h. insbesondere einer Vereinheitlichung der Qualitätsstandards,

der Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und der Genehmigung neuer Behandlungsmethoden.

Arzneimittel gehören bei adäquater Anwendung zu den wirksamsten und effizientesten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Die zu erwartende Ausweitung der Primär- und der fachärztlichen Versorgung wird den Anteil und die medizinische Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie in Zukunft noch erhöhen. Dies verstärkt die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie unter Beteiligung der Apotheken in eine fachübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche zu integrieren. Ausländische Beispiele zeigen vielfältige Möglichkeiten für funktionsgerechte Kooperationen, wobei die Besitzverhältnisse der Apotheke keine erkennbare Rolle spielen. Bei Einbindung in ein sektorübergreifendes Versorgungsnetz können Apotheker stärker als heute die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie übernehmen. Als Teil eines Versorgungsnetzes kann die Honorierung der Apotheken wie die der beteiligten Ärzte sowie anderer Leistungserbringer auch im Rahmen einer prospektiven Pauschalvergütung bzw. Capitation erfolgen. Eine zielorientierte Kooperation in einem Versorgungsnetz setzt bei den Apothekern allerdings besondere Qualifikationen voraus.

Die deutliche Zunahme des Anteils älterer und hochbetagter Menschen erfordert Anpassungen im Gesundheitswesen und auch in anderen Lebensbereichen, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung zu erreichen und sicherzustellen. Die Versorgung Pflegebedürftiger bildet eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhaltes einer angemessenen Lebensqualität und Selbstständigkeit. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen kommt zunächst der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch den Ausbau einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Priorität zu. Der derzeit geringe Stellenwert altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung bedarf vor allem angesichts der hier nicht ausgeschöpften Potenziale dringend einer Korrektur.

Trotz einer deutlichen Ausweitung des Angebots an Pflege in den letzten Jahren bestehen begründete Zweifel, ob diese Kapazitäten den erwarteten Bedarf decken können. Es zeichnen sich auch Verschiebungen des Bedarfs in Richtung professioneller Pflege ab. Zudem bevorzugen die meisten Menschen im Falle von Pflegebedürftigkeit den Verbleib in der häuslichen Umgebung. Das relativ enge Leistungs- und Angebotsprofil ambulanter Pflegedienste vermag vielen Problemlagen der Betroffenen nicht gerecht zu werden. Dies erfordert eine qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Pflege, die das gesamte Spektrum an Pflegestrategien von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Betreuung umfasst. Die Einbindung der Pflege in die integrierte Versorgung gemäß § 92b SGB XI ermöglicht eine Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich, valide Informationen über die Effekte entsprechender Programme liegen aber noch nicht vor. Um hier Lerneffekte zu erzielen, empfehlen sich auch bei der Einführung der

Pflegestützpunkte und dem Case Management systematische Evaluationen. Da pflegende Angehörige immer noch den größten Teil der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger übernehmen, verdienen ihr Ressourcenerhalt sowie ihre Kompetenzförderung besondere Aufmerksamkeit. Um die stationäre Versorgung nachhaltig zu verbessern, benötigen die Heime, die vornehmlich Pflegebedürftige in den Endstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende versorgen, sowohl eine hinreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal als auch eine stärkere Professionalisierung. Die Versorgungsrealitäten in manchen Pflegeheimen offenbaren in dieser Hinsicht ein Innovationsdefizit.

Um eine integrierte Versorgung mit sektorübergreifendem Bezug und eine Intensivierung des Wettbewerbs zu realisieren, schuf der Gesetzgeber in den letzten Jahren mehrere Regelungen, die den Krankenkassen und den Leistungserbringern als Alternative zur kollektivvertraglichen Organisation den Abschluss von selektiven Verträgen ermöglichen. Von diesen besonderen Versorgungsformen weisen allerdings nur die Modellvorhaben nach §§ 63 bis 65 SGB V, die integrierten Versorgungsformen nach § 140a bis d und die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f bis g einen sektorübergreifenden Bezug auf und erfüllen damit von ihrem Ansatz her die konzeptionellen Bedingungen einer integrierten Versorgung. Im Rahmen der integrierten Versorgungsformen fand allerdings bei über 50 % der Programme keine sektorübergreifende Koordination statt. Nach einer vom Rat durchgeführten repräsentativen Umfrage wiesen nur 55 der insgesamt 6 183 Ende 2008 gemeldeten Verträge einen Populationsbezug auf und die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zeigten einen ähnlich bescheidenen Anteil.

Um insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren einen zielorientierten Wettbewerb auszulösen, existiert derzeit neben einer Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen bezüglich der ambulanten Behandlung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor weiterer Handlungsbedarf:

- Die Versicherten benötigen mehr Transparenz über Behandlungsalternativen und Leistungsqualitäten, z. B. durch valide Indikatoren zur Patientensicherheit und zur Qualität.
- Im Rahmen einer teamorientierten Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe bedarf eine stärkere Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern einer rechtlichen Absicherung.
- Die strukturierten Behandlungsprogramme sollten unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.
- Es besteht keine Notwendigkeit zu einem obligatorischen Angebot einer bestimmten Versorgungsform, wie z. B. der isolierten hausarztzentrierten Versorgung.

- Ein ergebnisoffener Wettbewerb sollte über das zukünftige Verhältnis von kollektiven und selektiven Verträgen entscheiden.
- Die Rabattverträge nach § 130a Absatz 3 befinden sich in einem überregulierten, intransparenten GKV-Arzneimittelmarkt.

1.7 Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung

7. Bei der Darstellung ausgewählter Konzepte, die vornehmlich die Entwicklung der Primärversorgung beinhalten (EU-Konzept zur Primärversorgung, Patient Centered Medical Home, Bellagio-Modell, Roadmap des Royal College of General Practitioners, Chronic Care-Modell) interessiert vor allem, ob und inwieweit sich diese Ansätze für den Aufbau eines populationsbezogenen Versorgungsmodells und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen generationenspezifischen Versorgung eignen. Dem gleichen Ziel diene ein vom Rat in Auftrag gegebener systematischer Review zu den Effekten des Gatekeepings durch Hausärzte. Die Ergebnisse, die allerdings unter dem Vorbehalt einer schwachen Evidenzgrundlage stehen, deuten darauf hin, dass ein vorgeschaltetes Gatekeeping die Gesundheitsausgaben senken kann, sie erlauben aber keine Aussagen über die Veränderung der gesundheitlichen Outcomes. In dieser umstrittenen Frage befürwortet der Rat kein striktes Gatekeeping in einer für die Versicherten obligatorischen Form, wohl aber eine versorgungsstufenübergreifende, koordinierte Versorgung.

Das aus den USA stammende Managed Care-Konzept weist ebenfalls zahlreiche Elemente auf, die eine Überprüfung hinsichtlich ihrer Eignung für ein leistungsfähiges integriertes Versorgungskonzept nahe legen. Dabei geht es, um Missverständnissen vorzubeugen, nicht um die Adaption des amerikanischen Gesundheitssystems, sondern um die Frage, ob und inwieweit einzelne Instrumente und Strukturen von Managed Care die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern versprechen. Es gibt in der Literatur auch keine abschließende Definition von Managed Care, die sich auf bindende, konstitutive begriffliche Elemente stützt. Die meisten Definitionen enthalten erklärte Ziele, Formen der internen Finanzierung, Strukturen und Instrumente, die allerdings eine Priorisierung sinnvoll erscheinen lassen. Danach gilt als zentrales Element die Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion, gefolgt von einer prospektiven Pauschalvergütung bzw. Capitation; bei der Umsetzung spielen selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen eine wichtige Rolle.

Zur Einschätzung der Effekte von Managed Care auf die Qualität der Versorgung enthält das Gutachten einen entsprechenden systematischen Review. Dabei interessierte vor allem, ob das Konzept die Effizienz und Effektivität zu erhöhen vermochte oder auch bzw. überwiegend mit unerwünschten Wirkungen, wie z. B. Risikoselektion und Leistungsverweigerungen, einherging. Dabei ließ sich

keine eindeutige Tendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgungsqualität nachweisen, wenngleich Studien aus neuerer Zeit eher positive Effekte zeigen. Die Ergebnisse des Reviews sprechen weder dafür, Managed Care als durchgängiges System zu adaptieren, noch dafür, von all seinen Strukturen und Elementen Abstand zu nehmen. Es bietet sich vielmehr an, Elemente von Managed Care in Verbindung mit einer strukturellen Anpassung oder Einschränkung des Konzeptes mit dem Ziel einer Eindämmung negativer Effekte auf die Versorgungsqualität einzusetzen. Parallel kann Managed Care in weiterführende Konzepte, die außerhalb seiner Umsetzung liegen, eingebettet werden.

Die Anforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten einer Versorgung, die in Deutschland auf Managed Care-Elemente zurückgreift, lassen sich in Thesen zusammenfassen. Dabei stehen Managed Care und seine Elemente zunächst in Konkurrenz zu anderen Versorgungskonzepten und hinsichtlich seiner Träger erscheinen keine Einschränkungen sinnvoll. Diverse Formen einer Managed Care-Versorgung besitzen unterschiedliche Effekte auf die Versorgungsqualität und es besteht die Gefahr einer Risikoselektion. Qualitätsindikatoren bedürfen einer populationsbezogenen Orientierung mit einem Schwerpunkt auf ältere Versicherte und chronisch Kranke. Managed Care fördert tendenziell die medizinische Prävention, jedoch in Abhängigkeit vom Planungshorizont der Finanzierung. Die Versorgung in ländlichen Räumen bedarf der besonderen Beachtung ebenso wie das Gatekeeping-Konzept, das Verhältnis zwischen der Primär- und der Sekundärversorgung sowie die ambulante Versorgung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

1.8 Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

8. Die Schöpfung der strukturellen Effizienz- und Effektivitätsreserven an den Übergängen zwischen Primär-, fachärztlicher Sekundär- und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation und Pflege in Verbindung mit den künftigen Effekten der demografischen Entwicklung erfordern eine Koordination der Versorgung, die vor allem den spezifischen Bedürfnissen der Generationen und den regionalen Gegeben- bzw. Besonderheiten Rechnung trägt. Dabei kann sich die Entwicklung in Richtung einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug insbesondere auf folgende Veränderungen stützen:

- Entwickelte Organisationen übernehmen zunehmend die ambulante Versorgung.
- Die einzelnen Leistungssektoren verändern ihre Funktion und koordinieren die Versorgung auf der Grundlage einer veränderten Arbeitsteilung.
- Die interne Finanzierung orientiert sich stärker an prospektiven Pauschalvergütungen bzw. Capitation-Modellen.
- Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet das entscheidende medizinische und

ökonomische Potenzial, das die Veränderung maßgeblich trägt.

Für eine koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug nehmen wohnortnahe Primärversorgungspraxen eine Schlüsselrolle ein. Das anvisierte Zukunftskonzept einer generationenspezifischen und regional differenzierten Versorgung basiert auf den Aufgaben der allgemeinmedizinischen Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Entwicklungsempfehlungen internationaler Modelle. Die Vorschläge hierzu umfassen zudem Vergütungs- bzw. Honorierungssysteme, die stärker als bisher auf die Kontinuität der Versorgung und die Erreichung mittel- bis langfristiger versicherten- bzw. populationsbezogener Versorgungsziele abstellen. Da eine flächendeckende hausärztliche Versorgung in strukturschwachen ländlichen Räumen derzeit vor allem in den ostdeutschen Bundesländern, zunehmend aber auch im Westen Deutschlands, gefährdet erscheint, bedürfen die Versorgungsmodelle in diesen Regionen einer speziellen Ausgestaltung. Hierzu bieten sich Konzepte sowohl einer dezentralen als auch einer zentralen hausärztlichen Versorgung an.

Wie bereits angedeutet, sieht das Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung, das sich an generationenspezifischen Bedürfnissen und Bedarfen orientiert, eine veränderte, zielorientierte Arbeitsteilung der Leistungssektoren vor. Diese reicht von der Primärversorgung unter Einbeziehung präventiver Maßnahmen bis zur Pflege. Dabei verliert die sektorale Abgrenzung an Bedeutung und regionale Gegebenheiten entscheiden über Ort und Struktur der Leistungserbringung. Im Zentrum einer veränderten Arbeitsteilung steht die Sekundärversorgung, deren Aufgabenbereich vornehmlich bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt künftig stark zunimmt und in dem derzeit unter unzureichenden Rahmenbedingungen ambulante (Fach-)Ärzte und Krankenhäuser konkurrieren. In diesem Kontext kann auch Gatekeeping zu einer verbesserten Koordination der Versorgung beitragen.

Zur langfristigen Abdeckung einer umfassenden Versorgung gilt es hinsichtlich der internen Finanzierung, prospektive Pauschalvergütungen mit einigen gezielten Anreizen (pay for performance), z. B. für die Durchführung präventiver Maßnahmen, zu erproben. Eine solche Mischung von Vergütungselementen könnte die potenziellen Nachteile pauschalierter Honorierung, wie mangelnde ökonomische Anreize für eine vollständige und sorgfältige Versorgung der Patienten, teilweise neutralisieren. Ferner sollte die Honorierung u. a. auch die Koordinationsarbeit der nichtärztlichen Mitglieder des Versorgungsteams und die Risikostruktur der Versicherten bzw. die Case mix-Unterschiede zwischen den verschiedenen zu versorgenden Populationen berücksichtigen.

Das medizinische und ökonomische Potenzial zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung liegt somit vornehmlich an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier vor allem im Bereich der Sekundärversorgung. Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente sektorübergreifende Versorgung erscheinen vom Anreizsystem her am ehesten gegeben, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht isoliert auf eigene Rechnung, sondern für ein

gemeinsames Budget arbeiten und hierfür eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Die Integration der Versorgungsprozesse nimmt noch zu, wenn eine Versorgungseinheit ein umfassendes Angebot an präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region anzubieten vermag. Aus heutiger Sicht stellt eine solch umfassende Versorgungseinheit ein zielorientiertes Konzept dar. Es geht hier in ordnungspolitischer Hinsicht aber nicht darum, ein solches Versorgungskonzept mit Hilfe gesetzlicher Regulierung anzustreben, sondern nur darum, der Entwicklung in diese Richtung eine Chance zu eröffnen. Die Entscheidung über die gewünschte Organisationsform sollten im Rahmen von Wettbewerbsprozessen die Versicherten und Patienten treffen und diese Wahl kann regional und im Zeitablauf unterschiedlich ausfallen.

In dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten kann infolge zu geringer Angebotskapazitäten ein Wettbewerb zwischen umfassenden Versorgungseinheiten nicht mehr und zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Leistungsanbietern kaum noch stattfinden. Ein fortlaufendes Monitoring anhand von Qualitätsindikatoren und Benchmarking kann hier zur Aufdeckung von Versorgungsempfängen und qualitativen Defiziten dienen. Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren einige Maßnahmen zur Vermeidung einer Unterversorgung in sol-

chen Gebieten beschlossen und im Gutachten finden sich weitere Empfehlungen. Unabhängig von der Notwendigkeit, hier finanzielle und nicht-monetäre Anreize für die Leistungserbringer zu setzen, bedarf die Gesundheitspolitik zur Lösung dieses Problems der Unterstützung durch die Landes- und Raumplanung. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in strukturschwachen Regionen bildet allerdings im Prinzip ein generelles und kein spezifisches Problem einer selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung.

Das vorliegende Gutachten enthält zahlreiche Vorschläge zu teilweise weitreichenden Veränderungen in unserer Gesundheitsversorgung. Um Lernprozesse zu generieren und auch sich möglicherweise abzeichnende Fehlentwicklungen zu erkennen, bedürfen die entsprechenden Reformprozesse einer Begleitung in Form einer Evaluation durch unabhängige Wissenschaftler. Nur eine solche Informationsgrundlage lässt fundierte Entscheidungen darüber zu, ob und inwieweit neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breiter implementiert oder auch eingestellt werden sollen. Angesichts der Bedeutung solcher Evaluationsergebnisse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sollten die Krankenkassen die Möglichkeit besitzen, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil ihrer Leistungsausgaben zu finanzieren.

2 Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

2.1 Die demografische Entwicklung und ihre Einflussfaktoren

2.1.1 Demografische Prognosen als Informationsgrundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen

9. Die Demografie, d. h. Umfang und Struktur der Bevölkerung, eines Landes umschreibt zunächst eine zentrale Determinante des medizinischen Behandlungsbedarfes und der entsprechenden Gesundheitsausgaben (Wille/Ulrich 1991; JG 1995, Ziffer 26ff.). Umfang und Struktur der Bevölkerung besitzen darüber hinaus Relevanz für die personellen Ressourcen, die für die Befriedigung dieses Bedarfs bzw. der damit einhergehenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu einem gegebenen Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Die Veränderung der Demografie übt damit im Rahmen der Gesundheitsversorgung einen Einfluss sowohl auf die Nachfrage als auch auf das (potenzielle) Angebot an Gesundheitsleistungen aus. Demografische Prognosen vermögen daher über künftige gesundheitspolitisch relevante Entwicklungen quasi in Funktion einer Warnleuchte zu informieren, um sich in diesem Kontext abzeichnenden Problemen frühzeitig entgegenwirken zu können.

10. Die Entwicklung von Umfang und Struktur einer Bevölkerung hängt von den drei demografischen Komponenten

- Geburten,
- Sterbefälle und
- Wanderungen

ab. Da diese demografischen Determinanten Stromgrößen darstellen, die in einem Jahr im Verhältnis zum Bevölkerungsbestand zumeist ein quantitativ geringes Niveau aufweisen, wirken sich ihre Veränderungen in der Regel erst mittel- bis langfristig in relevantem Umfang auf die Bestandsgröße aus (Erbsland/Wille 1995, S. 661). Dies eröffnet den politischen Entscheidungsträgern die Chance, zum einen noch auf diese Determinanten, wie z. B. die Geburtenhäufigkeit und den Wanderungssaldo, einzuwirken (Sinn 2005) und zum anderen für nicht mehr beeinflussbare exogene Entwicklungen gestaltend Vorsorge zu treffen.

11. Demografische Prognosen versuchen aufzuzeigen, wie sich von der heutigen Situation ausgehend Umfang und Struktur der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen über die demografischen Komponenten in einem künftigen Zeitraum entwickeln. Um den Unsicherheitsfaktoren Rechnung zu tragen, arbeiten die meisten Prognosen mit (mehreren) alternativen Annahmen über die demografischen Komponenten. Unbeschadet der immanenten Un-

sicherheit zukünftiger Entwicklungen lassen sich Umfang und Struktur der Bevölkerung im Vergleich zu anderen Determinanten der Gesundheitsversorgung bzw. -ausgaben, wie z. B. dem medizinisch-technischen Fortschritt, relativ gut vorausschätzen. Die folgenden Überlegungen und Schätzungen bauen auf der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2006a; 2006b) auf (zu alternativen Prognosen siehe Schulz 2004 und BBR 2006); die Basis bildet der Bevölkerungsstand zum 31. Dezember 2005. Die Vorausberechnung bzw. Schätzung erfolgt anhand des so genannten Komponenten-Verfahrens, das die drei Einflussgrößen der demografischen Entwicklung Fertilität bzw. Geburtenrate, Mortalität bzw. Lebenserwartung und (Außen-)Wanderungssaldo durch einen funktionalen mathematischen Zusammenhang mit der Ausgangsbevölkerung verknüpft (siehe u. a. Pötzsch/Sommer 2004; Fuchs/Söhnlein 2005; Statistisches Bundesamt 2006a; Babel 2007). Dabei bestimmen die beiden Komponenten Fertilität und Mortalität die so genannte natürliche Bevölkerungsbewegung (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2007), die bei einem negativen Wert ohne kompensierenden positiven (Außen-) Wanderungssaldo zwangsläufig zu einer Abnahme des Bevölkerungsbestandes führt.

12. Im Rahmen der absehbaren künftigen demografischen Entwicklung interessiert unter Finanzierungs- und Versorgungsaspekten weniger das Durchschnitts- oder Medianalter einer Bevölkerung als vielmehr die Veränderung von Bevölkerungsanteilen zwischen bestimmten Altersgruppen. Als Indikatoren zur Analyse sowohl der Nachhaltigkeit einer umlagefinanzierten sozialen Krankenversicherung als auch der Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung dienen deshalb das Kohortenalter und die Kohortengröße. Vor dem Hintergrund bzw. dem Ziel einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung rücken neben allfälligen Übergängen zwischen den Kohorten vor allem die Bevölkerungsanteile von Kindern und Jugendlichen sowie alten und hochbetagten Menschen bzw. Patienten in den Mittelpunkt der Betrachtung.

13. Der Rückgang der Geburtenrate, der als säkularer Trend in den meisten OECD-Ländern bereits Ende des 19. Jahrhunderts einsetzte, löste vornehmlich das bisherige „demografische Altern“ aus (OECD 1988). Die sinkende Sterbeziffer schwächte infolge einer deutlichen Abnahme der Säuglings- und Kindersterblichkeit diesen Aging-Prozess per saldo zunächst noch ab. Da sich die Säuglings- und Kindersterblichkeit aber in den meisten dieser Länder inzwischen auf einem Niveau befindet, das weiteren Reduktionen enge Grenzen setzt, tritt nun zu dem bisherigen *aging at the bottom*, das in der Abnahme der Geburtenrate wurzelt, infolge der steigenden Lebens-

erwartung der älteren Bevölkerung noch ein *aging at the top* hinzu (Sekretariat der Economic Commission for Europe 1992). Angesichts der verlängerten Lebenszeit der alten Menschen und des dadurch zunehmenden Anteils der Hochbetagten innerhalb der Kohorte der alten Menschen könnte man das *double aging* noch zu einem *triple aging* erweitern. Diese kursorischen Überlegungen deuten bereits die Probleme an, mit denen sich eine adäquate, generationenspezifische Gesundheitsversorgung zukünftig vor allem in regionaler Hinsicht konfrontiert sieht.

2.1.2 Die Geburtenrate

14. Die Geburtenrate spiegelt das Geburtenverhalten der weiblichen Bevölkerung eines Landes wider. Sie gibt an, wie viele Lebendgeburten die Frauen in gebärfähigem Alter in ihrem Leben durchschnittlich zur Welt bringen, wenn keine dieser Frauen in diesem Zeitraum sterben würde. Die hier betrachtete Bevölkerungsvorausberechnung geht von einem gebärfähigen Alter von 15 bis 45 Jahren aus, da sich die geringe Anzahl der Geburten jenseits dieser Altergrenzen kaum auf die Ergebnisse auswirkt. Die Bestandserhaltung eines bestimmten Bevölkerungsniveaus erfordert insofern eine Geburtenrate von 2,1, als diese Berechnungsmethode den Einfluss der Sterblichkeit auf die Dauer der Fruchtbarkeitsperiode ausklammert.¹

15. Die Berechnung der Geburtenrate kann auf der Grundlage von zwei Konzepten erfolgen, die verschiedene Zwecke erfüllen und unterschiedliche Interpretationen erlauben. Das erste Konzept begleitet im Sinne einer „Kohorten-Betrachtung“ einen bestimmten Geburtsjahrgang von Müttern über die gesamte Phase der Fruchtbarkeit (Babel 2007). Die in einem solchen Längsschnitt errechnete Geburtenrate misst das tatsächliche Geburtenverhalten eines Jahrgangs, das entsprechende Ergebnis liegt aber erst 45 Jahre nach Geburt dieses Jahrgangs vor. Das zweite Konzept baut auf einer Perioden-Betrachtung auf, die alle Geburten innerhalb eines Jahres auf die in diesem Jahr lebenden Frauen in gebärfähigem Alter bezieht. Die mit Hilfe dieses Querschnittsverfahrens ermittelte Geburtenrate vermag das tatsächliche Geburtenverhalten nicht abzubilden, ausgenommen die Geburtenrate bliebe über 31 Jahre konstant. Die Perioden-Betrachtung liefert somit für die Geburtenrate ein „synthetisches Maß“, das nicht auf eine reale Gruppe von Frauen zutrifft (Lipps/Betz 2003).

Die Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2006a) folgt bei der Veranschlagung der Geburtenrate der Perioden-Betrachtung. Diese Rate lag im Jahr 2006 bei 1,33 und damit bei ca. zwei Dritteln des bestandserhaltenden Niveaus. Sie verharrt in der Bundesrepublik

¹ Im Gegensatz dazu zeigt die so genannte Nettoreproduktionsrate an, inwieweit unter den gegebenen Geburten- und Sterblichkeitsverhältnissen eines Beobachtungszeitraumes eine Frauengeneration durch die von ihr geborenen Mädchen ersetzt wird (Bretz 1986, S. 236). Hier reicht eine Rate von 1 zur Bestandserhaltung der Bevölkerung aus.

seit etwa 30 Jahren mit leichten Schwankungen auf einem ähnlichen Niveau. In den neuen Bundesländern sank die Geburtenrate nach der Wiedervereinigung stark ab, das Geburtenverhalten gleicht sich jedoch seit einigen Jahren dem in den alten Bundesländern an (Statistisches Bundesamt 2006a). Auch bei den Ausländern, die im Jahre 2006 einen Anteil von 8,8 % an der Gesamtbevölkerung einnahmen, findet eine Annäherung des Geburtenverhaltens an das deutsche Niveau statt; so betrug die Geburtenrate bei den Ausländern im Jahre 2006 nur noch 1,6. In den letzten Jahrzehnten unterlag allerdings die Altersstruktur der Mütter einem Wandel, indem sich das Alter bei der Erstgeburt nach hinten verschob. Die Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2006a) versucht diesem Wandel Rechnung zu tragen und nimmt hier eine weitere Verschiebung in ein höheres Alter an.

2.1.3 Die Lebenserwartung

16. Die Lebenserwartung leitet sich aus den Sterblichkeitsverhältnissen eines Landes ab und zeigt an, wie lange ein Mensch bei Geburt, d. h. ein männlicher oder weiblicher Säugling, im Durchschnitt leben wird. Im Unterschied dazu gibt die „fernere Lebenserwartung“ die durchschnittlich zu erwarteten Lebensjahre ab einem bestimmten Alter von z. B. 60 oder 65 Jahren an. Die Berechnung der Lebenserwartung baut auf den alters- und geschlechtsspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten auf, in dem sie die Todesfälle eines Alters und Geschlechts auf die zugehörige Bevölkerungsgruppe bezieht. Auf der Basis dieser Wahrscheinlichkeiten wird mit Hilfe einer so genannten Sterbetafelbevölkerung eine „Absterbeordnung“ errechnet.

17. Wie im Falle der Geburtenrate stehen für die Berechnung der Lebenserwartung zwei Konzepte zur Verfügung, die der Kohorten- oder der Perioden-Betrachtung folgen. Die Kohorten-Betrachtung begleitet im Längsschnitt die Entwicklung eines weiblichen und männlichen Geburtenjahrgangs und ermittelt speziell für diesen die Lebenserwartung. Das Ergebnis spiegelt die tatsächlich realisierte Lebenserwartung wider, was aber bei den heutigen Mortalitätsverhältnissen einen Beobachtungszeitraum von mehr als 100 Jahren in Anspruch nehmen dürfte. Die Perioden-Betrachtung bildet dagegen in einem Querschnitt die alters- und geschlechtsspezifischen Sterbeverhältnisse eines bestimmten Jahres oder Zeitraumes ab. Das Statistische Bundesamt geht auch hier im Sinne der Perioden-Betrachtung vor und verwendet eine abgekürzte Sterbetafel, die über einen Zeitraum von 3 Jahren Mittelwerte bildet, um die Effekte kurzfristiger Einflüsse bzw. Störgrößen wie z. B. starke Grippewellen abzuschwächen (Statistisches Bundesamt 2006c).

Die Perioden-Betrachtung besitzt den Vorzug, dass die benötigten Daten zeitnah zur Verfügung stehen und einen Bezug zum aktuellen Lebensumfeld besitzen. Sie unterstellt allerdings implizit, dass die heutigen Gegebenheiten hinsichtlich der demografischen Komponenten auch in Zukunft bestehen bleiben und schreibt entsprechend die heutigen Sterblichkeitsverhältnisse und die daraus abge-

leitete Lebenserwartung in die Zukunft fort. Diese Vorgehensweise klammert damit alle Effekte aus, die künftig vom medizinisch-technischen Fortschritt, von Lebensstilvariablen der Bürger und von transektoralen Bereichen, wie z. B. der ökologischen Umwelt, dem Bildungs-, Verkehrs- und Wohnungswesen, auf das Gesundheitswesen und die Lebenserwartung der Bürger ausgehen. Daraus folgt, dass die Perioden-Betrachtung die Lebenserwartung bei Geburt erheblich im Vergleich zur Kohorten-Betrachtung um ca. 5 Jahre unterschätzt (Enquête-Kommission „Demografischer Wandel“ 2002; Buslei et al. 2007). Diese Unterschätzung führt dazu, dass die entsprechende Vorausberechnung die Gruppe und damit auch die Anteile der Hochbetagten zu niedrig ausweist. Die demografischen Prognosen, die sich aus Datengründen zwangsläufig auf die Perioden-Betrachtung stützen, zeichnen insofern noch ein zu moderates Bild der demografischen Alterung.

18. In Deutschland steigt die Lebenserwartung für beide Geschlechter bei Geburt und im Alter von 60 Jahren seit über 100 Jahren an und erreichte im Jahre 2006 bei Geburt für Frauen 82,06 und für Männer 76,64 Jahre. Im Alter von 60 Jahren betrug die fernere Lebenserwartung für Frauen 24,49 und für Männer 20,58 Jahre. Die Differenz zwischen der Lebenserwartung von Frauen und Männern in Höhe von 5,44 bzw. 3,91 Jahren geht sowohl auf biologische als auch auf gesellschaftliche Ursachen zurück. Diese Differenz, auch Übersterblichkeit genannt, ging bei Geburt allerdings seit 1993/95 um gut einen Prozentpunkt zurück (Statistisches Bundesamt 2006c und 2007a). Schließlich bestehen bei der Lebenserwartung noch spürbare Unterschiede zwischen den Bundesländern und Regionen, diese Differenzen bauen sich nach den Annahmen des Statistischen Bundesamtes aber künftig im Laufe der Zeit ab.

2.1.4 Wanderungssalden

19. Unter Wanderung versteht man im demografischen Kontext das Verlegen eines Wohnsitzes über eine definierte Gebietsgrenze hinweg. Der Wanderungssaldo errechnet sich aus der Anzahl der Zuzüge abzüglich der Fortzüge. Dabei führen die Außenwanderungen über die Bundesgrenzen hinweg, während die Binnenwanderungen innerhalb Deutschlands nur über die Landesgrenzen hinausgehen (Statistisches Bundesamt 2007b). Während die Binnenwanderung nur aus regionaler Sicht bzw. aus der Perspektive der Bundesländer Bedeutung gewinnt, beeinflusst die Außenwanderung sowohl die nationale als auch die regionale Demografie, denn die (Außen-)Wanderungsströme verteilen sich nicht gleichmäßig auf die Bundesländer bzw. Regionen.

20. Die Höhe der Außenwanderungsströme hängt von einer komplexen Vielzahl von politischen und ökonomischen Faktoren ab, die jeweils in Deutschland und vor allem in den Auswanderungsländern vorherrschen. Die Bundesrepublik vermag den Außenwanderungssaldo durch Ausgestaltung des Zuwanderungsgesetzes auch bis zu einem gewissen Grad zu steuern. Neben der Höhe und

dem Saldo der Wanderungsbewegungen spielt auch die Alters- und Geschlechtsstruktur der Zu- und Abwanderer eine demografische Rolle. Dabei zeigt die bisherige Entwicklung, dass mehr Männer als Frauen migrieren, der (positive) Wanderungssaldo aber bei den Frauen größer ausfällt. Da sich das Wanderungsgeschehen auf die Altersgruppe der 20- bis 40-jährigen konzentriert und der positive Wanderungssaldo in der Gruppe der 20- bis 25-jährigen kulminiert, geht die Außenwanderung für Deutschland mit einem Verjüngungseffekt einher (Statistisches Bundesamt 2006a und 2007b). Das Durchschnittsalter der Zuwanderer liegt mit 31,7 Jahren auch deutlich unter jenem der Auswanderer mit 33,9 Jahren. Insofern geht auch bei einem (Außen-)Wanderungssaldo von Null, d. h. wenn nur die so genannte Sockelwanderung² stattfindet, ein Effekt auf die Bevölkerungsstruktur aus. Während der Wanderungssaldo in der Vergangenheit starken Schwankungen unterlag, blieb die Sockelwanderung über viele Jahre hinweg relativ konstant.

21. Die Bundesländer und Regionen weisen für die Bürger teilweise relevante Unterschiede hinsichtlich der allgemeinen Lebensqualität sowie spezieller gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Gegebenheiten auf, die jeweils Binnenwanderungen auslösen können. Dabei war das Wanderungsgeschehen innerhalb der Bundesrepublik seit der Wiedervereinigung durch eine Ost-West-Bewegung geprägt. Vor allem junge Frauen verließen die neuen Bundesländer, was die Alterung in den betreffenden Ländern insofern doppelt beschleunigte, als neben diesen jungen Frauen auch potenzielle Kinder fehlen. Das Wanderungsvolumen unterliegt zwar deutlichen Schwankungen, lässt aber noch keine Trendumkehr erkennen.

2.2 Maßzahlen zur Abbildung relevanter Bevölkerungsentwicklungen

22. Demografische Maßzahlen informieren zunächst darüber, wie sich neben der Einwohnerzahl in einem Land die Bevölkerung, z. B. nach Alter, Geschlecht oder sonstigen Kriterien, zusammensetzt. Je nach Erkenntnisinteresse wird die Bevölkerung dabei in verschiedene Gruppen eingeteilt und dann deren Anteile an der Gesamtbevölkerung ermittelt. Demografische Prognosen besitzen in diesem Kontext die Funktion, die wahrscheinlichen Veränderungen dieser Anteile abzuschätzen und damit auch eine Informationsgrundlage für die Beurteilung der absehbaren künftigen demografischen Entwicklung zu liefern. Unter dem Aspekt einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung interessieren hier vor allem die Alterskohorten der alten und hochbetagten Menschen sowie die der Kinder und Jugendlichen.

23. Da sich die Erwerbsbevölkerung im wesentlichen in einem Alter zwischen 20 und 64 Jahren befindet, bietet es sich sowohl hinsichtlich der Nachfrage als auch des Angebotes von Gesundheitsleistungen an, zunächst einen

² Bei der Sockelwanderung entspricht die Anzahl der Zuwanderer jener der Auswanderer.

Altenquotienten „65“ (AQ₆₅) zu berechnen.³ Diese auch international weit verbreitete Maßzahl bezieht die ab 65jährigen auf je 100 Personen der Bevölkerung zwischen 20 bis 64 Jahren.

$$(1) \text{ AQ}_{65} = \frac{\text{Bevölkerung ab 65 Jahren}}{\text{Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

Mit zunehmender Lebenserwartung steigt auch der Anteil der Bürger, die ein Alter von über 80 oder 85 Jahren erreichen. Die analog gebildeten Relationen AQ₈₀ und AQ₈₅ besitzen als Hochbetagtenquotienten besondere Relevanz hinsichtlich des Pflegebedarfs, da ab einem Alter von 80 Jahren die Pflegeprävalenz fast sprunghaft ansteigt:

$$(2) \text{ AQ}_{80} = \frac{\text{Bevölkerung ab 80 Jahren}}{\text{Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

$$(3) \text{ AQ}_{85} = \frac{\text{Bevölkerung ab 85 Jahren}}{\text{Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

Der reziproke Wert dieser drei Quotienten lässt sich auch jeweils als potenzieller Unterstützungskoeffizient – (4) PUK₆₅, (5) PUK₈₀ und (6) PUK₈₅ – interpretieren, da er über das pflegerische Angebotspotenzial informiert, das außerhalb der familiären häuslichen Pflege⁴ zur Verfügung steht. Für die Befriedigung des Pflegebedarfs besitzt auch ein intergenerativer Unterstützungskoeffizient (IGUK) Relevanz, der die Hochbetagten auf die Gruppe der 50- bis 64-Jährigen bezieht. Diese Bevölkerungsgruppe trägt im Rahmen der ambulanten Pflege die Hauptlast (vgl. Schneekloth 2003), sodass diese Kennzahlen die entsprechenden potenziellen Ressourcen angeben, die zur Übernahme ambulanter Pflegeleistungen zur Verfügung stehen:

$$(7) \text{ IGUK}_{80} = \frac{\text{Bevölkerung ab 80 Jahren}}{\text{Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

$$(8) \text{ IGUK}_{85} = \frac{\text{Bevölkerung ab 85 Jahren}}{\text{Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

Die Jugendquotienten JQ₅ und JQ₂₀ setzen die Gruppe der noch nicht schulpflichtigen Kinder bzw. der Jugendlichen

in Relation zur Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren:

$$(8) \text{ JQ}_{20} = \frac{\text{Bevölkerung unter 20 Jahren}}{\text{Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

$$(8) \text{ JQ}_5 = \frac{\text{Bevölkerung unter 5 Jahren}}{\text{Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

Dabei bilden die Jugendlichen in dynamischer Sicht wesentliche Teile des künftigen Arbeitspotenzials und damit auch des pflegerischen Angebots.

2.3 Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes

2.3.1 Annahmen über die Einflussfaktoren und prognostische Varianten

24. Ein Problem der Vorausberechnung bildet zunächst die eingeschränkte Qualität ihrer Ausgangsdaten. Zum 31. Dezember 2005, dem Basiszeitpunkt der demografischen Prognose, weist die amtliche Statistik für Deutschland 82,4 Millionen Menschen aus. Die letzte Volkszählung fand jedoch in den alten Bundesländern im Jahre 1987 statt und die entsprechenden Daten in den neuen Bundesländern stammen sogar aus dem Jahr 1981. Die Bevölkerungszahlen für die nachfolgenden Jahre stützen sich mit Hilfe von Geburten-, Sterbe- und Wanderungstatistiken auf Fortschreibungen. Diese führen mit zunehmendem Abstand zur letzten Volkszählung zu Abweichungen vom tatsächlichen Bevölkerungsbestand. Diese Differenzen belaufen sich nach Schätzungen auf ca. 1,6 Millionen Menschen, sodass der Bevölkerungsbestand zum Basiszeitpunkt der Schätzung statt 82,4 vermutlich nur 80,8 Millionen Einwohner umfasste (Babel 2006). Die Annahme eines zu hohen Bevölkerungsbestandes führt im Rahmen der Perioden-Betrachtung zwangsläufig zu einer Unterschätzung der Geburtenrate und einer Überschätzung der Lebenserwartung.⁵

25. Um den Unsicherheiten hinsichtlich der Einflussfaktoren der Bevölkerungsentwicklung Rechnung zu tragen, geht die Vorausberechnung von verschiedenen Annahmen über diese demografischen Komponenten aus. Wie Tabelle 1 ausweist, baut die Prognose auf drei Alternativen zur Geburtenrate und je zwei Alternativen zur Lebenserwartung sowie zum Wanderungssaldo auf. Aus der Kombination dieser Annahmen resultieren insgesamt zwölf demografische Szenarien. Dabei bildet die Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) üblicherweise und auch im Folgenden in der Regel die Grundlage der Ausführungen. Diese Variante unterstellt eine annähernd konstante

³ Mit einer Verlängerung der Arbeitszeit könnte sich diese Grenze zumindest unter Angebotsaspekten künftig verschieben.

⁴ Im Rahmen der familiären häuslichen Pflege erbringen auch z. T. wesentlich ältere Personen entsprechende Dienste.

⁵ Die Perioden-Betrachtung unterschätzt allerdings die Lebenserwartung erheblich, was diesen Effekt weit überkompensiert (siehe oben unter 2.1.3).

Tabelle 1

Annahmen und Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Jährlicher Wanderungssaldo bis zum Jahr 2050 100 000 Personen (W1) 200 000 Personen (W2)	Geburtenhäufigkeit (durchschnittliche Kinderzahl je Frau)		
	annähernd konstant: 1,4	leicht ansteigend von 1,4 auf 1,6 (2006–2025), danach konstant	leicht fallend bis 2050 auf 1,2
Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt (im Alter von 60) im Jahr 2050			
Basisannahme männlich: 83,5 (25,3) Jahre weiblich: 88,0 (29,1) Jahre	Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze)	Variante 3 - W1	Variante 5 - W1
	Variante 1 - W2 („mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze)	Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung)	Variante 5 - W2
hoher Anstieg männlich: 85,4 (27,2) Jahre weiblich 89,9 (30,9) Jahre	Variante 2 - W1	Variante 4 - W1	Variante 6 - W1 („relativ alte“ Bevölkerung)
	Variante 2 - W2	Variante 4 - W2	Variante 6 - W2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung.

Geburtenrate von 1,4 in Verbindung mit der Basisannahme zur Lebenserwartung und einem positiven jährlichen Wanderungssaldo von 100 000 Menschen. Hiervon unterscheidet sich Variante 1 – W 2 („mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze) nur durch die Annahme eines doppelt so hohen Wanderungssaldos, der hier 200 000 Menschen beträgt.

26. Die beiden extremen Szenarien nach Tabelle 1, d. h. Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung) und Variante 6 - W1 („relativ alte“ Bevölkerung) dienen im Folgenden dazu, an einigen Stellen, insbesondere bei den Maßzahlen, das gesundheitsökonomisch sowie medizinisch relevante Spektrum der möglichen demografischen Entwicklung aufzuzeigen und zu kommentieren. Die Variante der „relativ jungen“ Bevölkerung kombiniert eine ansteigende Geburtenrate mit einem vergleichsweise hohen Wanderungssaldo und einer relativ niedrigen Zunahme der Lebenserwartung. Umgekehrt unterstellt die Variante der „relativ alten“ Bevölkerung eine leicht fallende Geburtenrate sowie einen niedrigeren Wanderungssaldo und einen stärkeren Anstieg der Lebenserwartung. Dabei dürfte, wie oben unter 2.1.3 dargelegt, die Lebenserwartung, von der die Perioden-Betrachtung hier selbst bei der Annahme eines hohen Anstieg ausgeht, bis zum Jahre 2050 tatsächlich noch spürbar stärker anwachsen.

2.3.2 Die Entwicklung von Alten- und Jugendquotienten nach ausgewählten demografischen Varianten

27. Einen kursorischen Einblick in die künftige Veränderung der demografischen Struktur zeigt bereits die in Abbildung 1 enthaltene Gegenüberstellung der Alterspy-

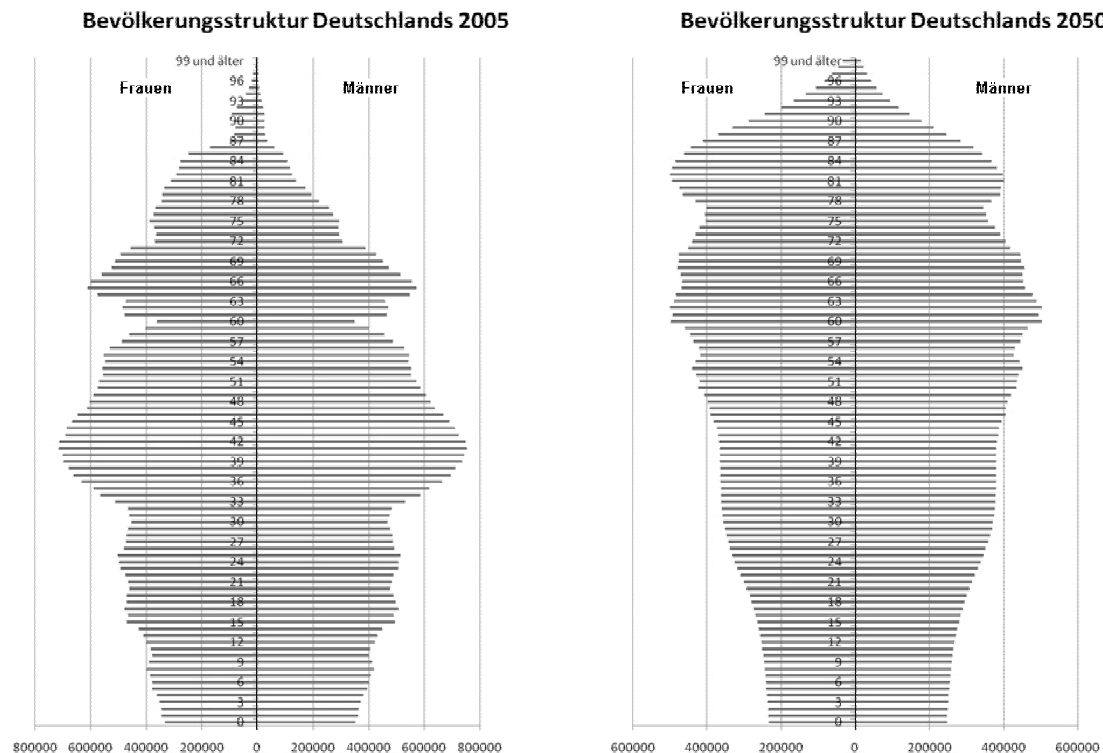
ramiden nach Geschlecht in den Jahren 2005 und 2050. Im Ausgangsjahr 2005 leben ab einem Alter von 70 Jahren deutlich mehr Frauen als Männer und mit zunehmendem Alter wächst diese Differenz noch an. Die Abbildung lässt auch den Rückgang der Geburtenrate nach dem Baby-Boom der 1970er-Jahre erkennen, denn die nachfolgenden Geburtenjahrgänge fallen alle wesentlich kleiner aus. Bis zum Jahre 2050 erreichen die in der Baby-Boom-Phase Geborenen alle ein Alter von über 70 Jahren, wodurch die Alterspyramide in der Spitze die Form eines Pilzes annimmt. Zudem verringert sich der Unterschied zwischen den Jahrgangsstärken von Männer und Frauen in den hohen Alterskohorten. Der Trend einer geringen Geburtenrate bleibt erhalten, sodass sich der Unterbau der Alterspyramide immer mehr verjüngt.

28. Die oben skizzierte Bevölkerungsentwicklung schlägt sich entsprechend in den Veränderungen der Altenquotienten nieder. Der Altenquotient „65“ lag, wie Tabelle 2 zusammenfasst, im Jahre 2006 bei 32,63 und steigt bis 2050 nach der Variante „mittlere“ Bevölkerung auf 64,35 bzw. bei höherem Wanderungssaldo auf 60,10 an. Tabelle 2 macht zudem deutlich, wie stark die Werte der Altenquotienten von den jeweiligen Annahmen über die demografischen Einflussfaktoren abhängen. Das Spektrum reicht hier von 57,97 bei „relativ junger“ bis 70,92 bei „relativ alter“ Bevölkerung. Diese extremen Werte weichen um 9,9 % bzw. 10,2 % von der mittleren Prognose mit der Annahme eines geringeren Wanderungssaldos ab.⁶

⁶ Jeweils bezogen auf den Wert von 64,35. Andernfalls betragen die Abweichungen 11,0 % bzw. 9,3 %.

Abbildung 1

Vergleich der Alterspyramiden in Deutschland in den Jahren 2005 und 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007c, eigene Darstellung

29. Während sich der Altenquotient „65“ im Prognosezeitraum von 2006 bis 2050 im wesentlichen verdoppelt, lassen, wie die Tabellen 3 und 4 belegen, die Altenquotienten „80“ und „85“ erheblich höhere Wachstumsraten erwarten. Der Altenquotient „80“ steigt in der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) von 7,57 im Basisjahr bis 2050 auf 28,27, d. h. auf das 3,7-fache. Auf Basis der Variante „relativ alte“ Bevölkerung nimmt er sogar auf das 4,4-fache zu. Noch stärker fallen die Steigerungsraten bei dem Altenquotienten „85“ aus. Dieser wächst von 3,22 im Jahre 2006 nach der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) auf 15,92 und im Falle einer „relativ alten“ Bevölkerung auf 19,71 an, d. h. er nimmt auf das 4,9- bzw. auf das 6,1-fache zu. Selbst unter der Annahme einer „relativ jungen“ Bevölkerung steigt der Altenquotient „85“ noch auf das 4,4-fache. Bis zum Jahre 2020 findet schon ein Wachstum des Altenquotienten „85“ auf das gut 1,6- bis 1,8-fache statt.⁷ Diese Relationen verdeutlichen bereits, dass die demografische Entwicklung das Gesundheitswesen und hier vor allem die Pflege künftig vor erhebliche Herausforderungen stellt. Einer infolge der enorm anwachsenden Kohorte der Hochbetagten steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen steht ein relativ geringeres Arbeitskräftepotenzial gegenüber,⁸ das die erforderlichen Ge-

sundheitsleistungen zu erbringen vermag. Dies wirft schon an dieser Stelle bei den alten und hochbetagten Menschen die Frage nach einer generationenspezifischen Versorgung auf, die den Kriterien der Nachhaltigkeit, Effizienz und Effektivität genügt.

30. Da nur sehr wenige Jugendliche versterben und der Außenwanderungssaldo derzeit bestenfalls bei den weiblichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 20 Jahren ein nennenswertes Niveau erreicht, hängt die künftige Entwicklung der beiden Jugendquotienten „20“ und „5“ schon prima vista weitgehend von den Annahmen über die Geburtenrate ab. Wie Tabelle 5 belegt, spielt es beim Jugendquotienten „20“ keine Rolle, ob der jährliche Außenwanderungssaldo 100 000 (Variante 1 - W1) oder 200 000 (Variante 1 - W2) Menschen bzw. Migranten beträgt. Nach der Basisvariante der demografischen Vorausberechnung nimmt der Jugendquotient „20“ von 32,53 im Jahre 2006 über 30,02 im Jahre 2010 bis 28,14 im Jahre 2020 spürbar ab, steigt dann aber bis 2040 wieder auf 29,92 an. Der Wert im Jahre 2050 von 29,18 liegt um 11,5 % unter dem Ausgangswert von 2006. Während der

⁷ Der Altenquotient „80“ verzeichnet bis zum Jahre 2020 Steigerungsraten in nahezu gleicher Höhe.

⁸ Der reziproke Wert der drei Altenquotienten lässt sich, wie oben unter 2.2 dargelegt, als potenzieller Unterstützungskoeffizient interpretieren, denn er gibt Auskunft darüber, wie viele Personen im erwerbsfähigen Alter bzw. zwischen 20 und 64 Jahren für die Versorgung der alten und hochbetagten Menschen maximal zur Verfügung stehen.

Tabelle 2

Altenquotient „65“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	32,63	32,63	32,63	32,63
2010	33,55	33,62	33,55	33,70
2020	37,98	38,68	37,98	39,48
2030	50,21	52,21	50,27	54,20
2040	57,19	61,35	57,98	65,25
2050	57,97	64,35	60,10	70,92

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

Tabelle 3

Altenquotient „80“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	7,57	7,57	7,57	7,57
2010	8,55	8,57	8,55	8,61
2020	12,11	12,34	12,11	12,90
2030	14,24	14,83	14,25	16,24
2040	19,20	20,73	19,47	23,46
2050	25,05	28,27	25,98	33,30

80-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

Tabelle 4

Altenquotient „85“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	3,22	3,22	3,22	3,22
2010	3,86	3,87	3,86	3,89
2020	5,25	5,35	5,25	5,69
2030	7,55	7,86	7,56	8,90
2040	9,61	10,38	9,74	12,32
2050	14,07	15,92	14,58	19,71

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

Jugendquotient „20“ auf Grundlage der Variante „relativ junge“ Bevölkerung von 2006 bis 2050 noch leicht zunimmt, geht er bei der Variante „relativ alte“ Bevölkerung in diesem Zeitraum um 22,2 % zurück. Der Abstand zur Basisvariante fällt im Jahre 2050 bei der „relativ jungen“ Bevölkerung mit 4,20 Prozentpunkten deutlich höher aus als bei der „relativ alten“ Bevölkerung mit 2,55 Prozentpunkten. Der höhere Jugendquotient „20“ resultiert bei der „relativ jungen“ Bevölkerung nahezu ausschließlich aus der Annahme, dass die Geburtenrate bis 2025 von 1,4 auf 1,6 leicht ansteigt und danach konstant bleibt.

Der Jugendquotient „5“ unterliegt, wie Tabelle 6 zeigt, bei den beiden Varianten „mittlere“ Bevölkerung im Prognosezeitraum leichten Schwankungen und erreicht im Jahre 2050 nicht ganz das Ausgangsniveau von 2006. Der etwas höhere Wert in der Variante 1 - W2, die im Vergleich zur Basisprognose eine um jährlich 100 000 Mi-

granten höhere (Netto-)Einwanderung unterstellt, lässt sich mit dem relativ hohen Außenwanderungssaldo bei den Frauen zwischen 20 und 25 Jahren erklären. Verglichen mit dem Jugendquotienten „20“ fallen die Unterschiede beim Jugendquotienten „5“ im Jahr 2050 sowohl zwischen der „relativ jungen“ und der „mittleren“ Bevölkerung (20,6 % zu 14,4 %) als auch zwischen der „relativ jungen“ und der „relativ alten“ Bevölkerung (36,7 % zu 25,3 %) spürbar stärker aus. Die unterschiedlichen Annahmen über die Entwicklung der Geburtenrate schlagen sich somit beim Jugendquotient „5“ d. h. bei den nicht schulpflichtigen Kindern, noch deutlicher als bei den Jugendlichen in den jeweiligen Werten nieder.

31. Das unterschiedliche Wachstum der einzelnen Alterskohorten verdeutlicht zusammenfassend Abbildung 2, die auf der Grundlage der Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) den zeitlichen Verlauf des Anteils

Tabelle 5

Jugendquotient „20“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	32,53	32,53	32,53	32,53
2010	30,12	30,02	30,01	29,98
2020	29,24	28,14	28,09	27,60
2030	33,07	29,88	29,99	28,32
2040	33,94	29,92	30,04	27,72
2050	33,38	29,18	29,19	26,63

Unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

Tabelle 6

Jugendquotient „5“

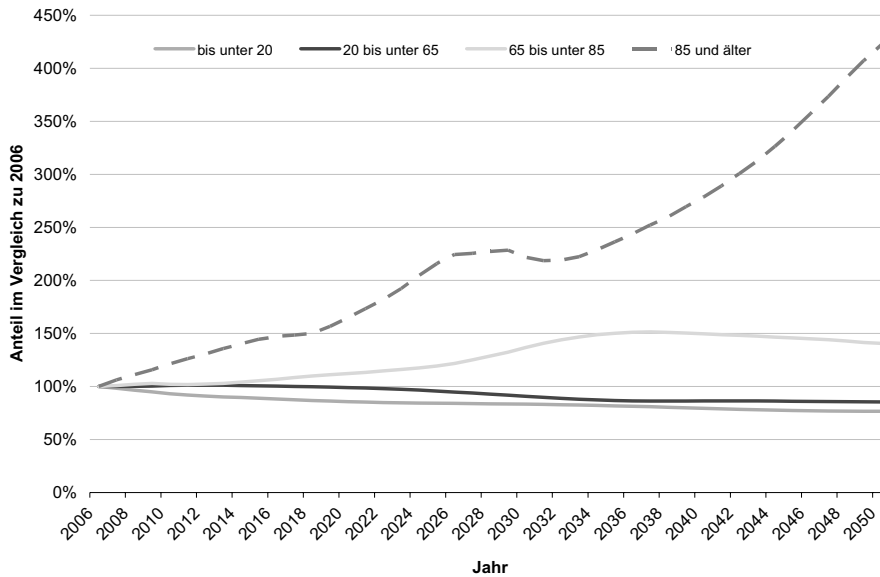
Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	7,02	7,02	7,02	7,02
2010	6,70	6,59	6,59	6,55
2020	7,46	6,74	6,82	6,42
2030	8,02	6,88	7,02	6,35
2040	7,86	6,71	6,80	6,11
2050	8,24	6,83	6,92	6,03

Unter 5-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

Abbildung 2

Entwicklung des Anteils der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung (2006 = 100)



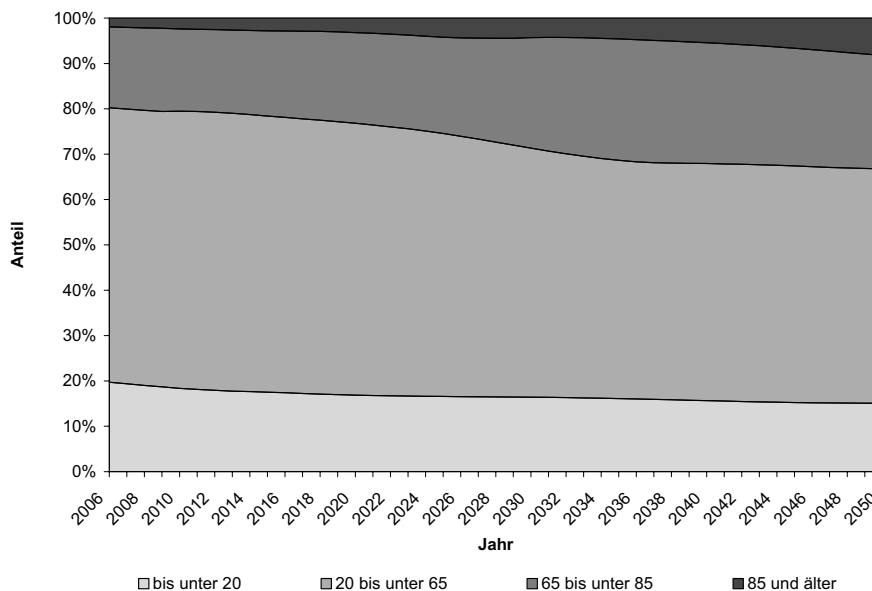
Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

dieser Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung darstellt. Während die Kohorte der unter 20-Jährigen mit ihrem Anteil bis zum Jahre 2025 leicht abnimmt und danach nahezu konstant bleibt, setzt der Rückgang des Anteils der 20- bis unter 65-Jährigen erst zwischen 2016 und 2018 ein. Die Kohorte der 65- bis 85-Jährigen wächst anteilmäßig vor allem in den Jahren 2025 bis 2035 und sinkt danach sogar leicht ab. Der Anteil der Gruppe der 85-Jährigen und

Älteren verzeichnet mit Ausnahme der Jahre 2026 bis 2034 ein erhebliches Wachstum, das von 100 % im Basisjahr über 200 % im Jahre 2024 bis 400 % im Jahre 2050 reicht. Dieser unterschiedliche zeitliche Verlauf der Anteile dieser vier Altersgruppen schlägt sich dann auch in der prozentualen Entwicklung dieser Anteile an der Gesamtbevölkerung nieder. Wie Abbildung 3 illustriert, nehmen die Anteile der bis unter 20-Jährigen und der 20- bis

Abbildung 3

Die prozentuale Entwicklung des Anteils der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

unter 65-Jährigen im Prognosezeitraum ab, und die der 65- bis 85-Jährigen sowie der 85-Jährigen und Älteren spürbar zu. Dabei fällt insbesondere der Anstieg der Anteile der Hochbetagten ab den Jahren 2035 ins Auge.

2.4 Regionale Aspekte der demografischen Entwicklung

2.4.1 Die Alten- und Jugendquotienten in den einzelnen Bundesländern

32. Die bisherigen Ausführungen bezogen sich auf die künftige demografische Entwicklung im bundesdeutschen Durchschnitt. Die Patienten benötigen die Gesundheitsversorgung jedoch zu einem weit überwiegenden Teil ortsnah, zumindest mit regionalem Bezug und die Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen findet zumeist entsprechend räumlich dezentral statt. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, auch die demografischen Strukturen und ihre Veränderungen in den einzelnen Bundesländern zu betrachten. Dabei baut der folgende Vergleich auf der demografischen „Standardprognose“ des Statistischen Bundesamtes, d. h. der Variante „mittlere“

Bevölkerung (Untergrenze) auf. Als Benchmark dient der zusätzlich aufgelistete nationale Wert für Deutschland.

33. Wie Tabelle 7 belegt, weisen die einzelnen Bundesländer schon 2005, d. h. zum Basiszeitpunkt der Prognose, spürbar divergierende Altenquotienten „65“ auf. Die Bandbreite reicht von 26,30 in Berlin bis 36,41 in Sachsen. Das Saarland und Sachsen-Anhalt besitzen mit 35,19 bzw. 35,08 ebenfalls auffällig überdurchschnittliche Werte, während Hamburg mit 28,52 deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt, um den sich die anderen Bundesländer mit relativ geringen Abweichungen bewegen. Der Altenquotient „65“ steigt nach 2020, wenn die Baby-Boom-Generation das Rentenalter erreicht, stark an, was vor allem für die neuen Bundesländer gilt. Im Jahre 2050 verzeichnen Brandenburg mit 90,60 und Thüringen mit 80,73 die höchsten Altenquotienten „65“, Bremen mit 50,92 und Hamburg mit 57,50 rangieren dagegen am Ende dieser Skala. Der Altenquotient „65“ in Brandenburg übersteigt damit den bundesdurchschnittlichen um 40,8 % und jenen in Bremen um 77,9 %. Die weit überdurchschnittliche Alterung in den neuen Bundesländern geht u. a. auf eine Altersselektivität der

Tabelle 7

Altenquotient „65“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	30,09	33,41	41,33	60,15	63,38
Bayern	30,37	33,66	41,06	58,99	62,00
Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27	63,87
Brandenburg	31,57	38,60	55,90	82,43	90,60
Bremen	33,27	35,27	39,15	48,25	50,92
Hamburg	28,52	29,93	33,14	49,12	57,50
Hessen	30,76	34,85	42,75	62,08	65,46
Mecklenburg-Vorpommern	31,44	38,23	55,63	70,36	74,51
Niedersachsen	32,85	36,61	44,67	63,40	63,73
Nordrhein-Westfalen	32,22	34,40	41,58	58,39	59,94
Rheinland-Pfalz	33,04	34,82	44,26	62,34	62,95
Saarland	35,19	37,07	47,38	61,90	59,89
Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95	77,25
Sachsen-Anhalt	35,08	42,76	58,10	73,73	78,53
Schleswig-Holstein	33,26	38,33	44,97	65,06	66,65
Thüringen	33,19	40,70	56,94	73,83	80,73
Deutschland	31,69	35,47	43,91	61,35	64,35

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006b), eigene Darstellung

Tabelle 8

Altenquotient „80“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	7,15	9,29	12,64	20,16	28,16
Bayern	7,29	9,11	12,25	19,33	26,94
Berlin	5,96	7,76	12,71	17,79	25,53
Brandenburg	5,92	10,27	16,98	29,59	41,85
Bremen	8,60	9,93	12,86	16,81	21,40
Hamburg	7,43	8,10	10,84	14,99	22,94
Hessen	7,52	9,42	12,81	20,67	28,83
Mecklenburg-Vorpommern	5,64	10,53	16,29	27,30	33,87
Niedersachsen	7,87	10,03	13,65	21,16	28,95
Nordrhein-Westfalen	7,39	9,59	12,32	19,14	26,13
Rheinland-Pfalz	7,93	9,86	12,55	21,09	28,10
Saarland	8,02	10,38	13,25	21,74	26,90
Sachsen	8,32	12,70	19,20	26,59	33,72
Sachsen-Anhalt	7,32	11,74	18,28	27,97	35,57
Schleswig-Holstein	7,99	9,89	14,62	21,09	30,13
Thüringen	6,97	10,98	17,20	27,97	35,75
Deutschland	7,35	9,73	13,37	20,73	28,27

80-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

Binnenwanderung zurück, die hier allerdings annahmegermäÙ nur noch bis zum Jahre 2020 mit abnehmender Intensität andauert.

34. Bei den Altenquotienten „80“ und „85“, über die Tabellen 8 und 9 einen Überblick geben, zeigt sich, dass im Basisjahr 2005 die geringere Lebenserwartung in den neuen Bundesländern tendenziell zu niedrigeren Werten führt. So weisen Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin die niedrigsten Altenquotienten „80“ auf und Thüringen liegt ebenfalls noch unter dem Bundesdurchschnitt.⁹ Da die Prognose aber davon ausgeht, dass die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern schnell das bundesdeutsche Niveau erreicht, nehmen diese Länder auch beim Altenquotient „80“ bald die Spitzenpositionen ein. Im Jahre 2050 rangiert Brandenburg mit 41,85 vor Thüringen mit 35,75 und Sachsen-Anhalt mit 35,57 an der Spitze. Der Altenquotient „80“ in Brandenburg übertrifft damit die bundesdeutsche Benchmark um 48,0 %. Die letzten Plätze in dieser Skala nehmen Bremen und Hamburg mit den vergleichsweise günstigen Werten 21,40 bzw. 22,94 ein.

⁹ Dies gilt lediglich für Sachsen nicht.

Die Übersicht über den jeweiligen Altenquotienten „85“ in Tabelle 9 vermittelt ein ähnliches Bild. Im Jahr 2005 bilden Mecklenburg-Vorpommern mit 2,23, Brandenburg mit 2,45 und Thüringen mit 2,65 die Schlusslichter gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 2,87 und Berlin mit 2,91, die hier ebenfalls noch den bundesdeutschen Durchschnitt unterschreiten. Diese vergleichsweise günstige Ausgangsposition büßen die neuen Bundesländer aber spätestens bis zum Jahre 2025 ein und nehmen im Jahre 2050 auch beim Altenquotient „85“ Spitzenpositionen ein. Die Reihenfolge reicht von Brandenburg mit 24,86 über Thüringen mit 21,35 und Sachsen-Anhalt mit 21,20 bis Mecklenburg-Vorpommern mit 20,88 und Sachsen mit 20,39. Den höchsten Altenquotienten „85“ in den alten Bundesländern verzeichnet Schleswig-Holstein mit 16,34. Während der Altenquotient „85“ von 2005 bis 2050 im Bundesdurchschnitt auf das 5,2-fache ansteigt, wächst er in Brandenburg auf das 10,1-fache und in Mecklenburg-Vorpommern auf das 9,4-fache an. Schon bis zum Jahre 2025 nimmt der Altenquotient „85“ in Mecklenburg-Vorpommern auf das 4,1-fache, in Brandenburg auf das 3,7-fache und Thüringen auf das 3,5-fache zu.

Die Betrachtung der Altenquotienten nach Bundesländern verschärft die bereits oben unter 2.3.2. als Zwischenfazit

Tabelle 9

Altenquotient „85“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	3,02	4,49	6,94	10,13	15,92
Bayern	2,95	4,41	6,60	9,58	14,94
Berlin	2,91	3,52	6,34	9,24	14,53
Brandenburg	2,45	4,37	9,13	14,53	24,86
Bremen	3,82	5,05	7,09	8,89	12,19
Hamburg	3,35	4,09	5,76	7,62	12,42
Hessen	3,12	4,61	6,90	10,46	16,11
Mecklenburg-Vorpommern	2,23	4,39	9,15	13,48	20,88
Niedersachsen	3,29	4,81	7,43	10,55	16,05
Nordrhein-Westfalen	2,99	4,54	6,72	9,37	14,38
Rheinland-Pfalz	3,22	4,72	6,95	10,30	15,75
Saarland	3,01	4,80	7,35	10,43	15,28
Sachsen	3,43	6,10	10,48	14,40	20,39
Sachsen-Anhalt	2,87	5,33	9,87	14,38	21,20
Schleswig-Holstein	3,49	4,67	7,73	10,74	16,34
Thüringen	2,65	5,05	9,35	14,29	21,35
Deutschland	3,04	4,62	7,25	10,38	15,92

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren, gerundete Daten als Ausgangsbasis

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006d, eigene Darstellung.

festgestellte Problematik, künftig in Deutschland flächendeckend eine nachhaltige sowie effiziente und effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Diese Feststellung gilt unbeschadet der Unsicherheiten, die längerfristigen Prognosen über Umfang und Struktur der Bevölkerung anhaften. Die für die einzelnen Bundesländer abgeleiteten Altenquotienten bauen auf der Basisannahme einer „mittleren“ Bevölkerung mit der Untergrenze des Wanderungssaldos auf, d. h. die prognostische Variante einer „relativ alten“ Bevölkerung würde zu spürbar höheren Werten führen.¹⁰ Da die hier angewandte Periodenbetrachtung die Lebenserwartung noch unterschätzt, erscheint z. B. für Brandenburg ein Szenario nicht unrealistisch, nach dem im Jahre 2050 auf 100 Menschen im Alter von 20 bis 64 Jahren 25 Hochbetagte bzw. 85-Jährige und Ältere kommen. Erschwerend tritt hinzu, dass die Bundesländer, die künftig den höchsten Versorgungs- bzw. Pflegebedarf aufweisen, derzeit nicht über die im Bundesländervergleich attraktivsten Standortbedingungen für die (potenziellen) Anbieter stationärer und ambulater Gesundheitsleistungen verfügen (vgl. Ziffer 54).

¹⁰ Der Altenquotient „65“ beispielsweise ist im Jahr 2050 deutschlandweit 10,2 % höher (Tabelle 2).

35. Besondere Bedeutung für die Pflege besitzt der intergenerative Unterstützungskoeffizient, der die Kohorten der Hochbetagten auf die Bevölkerung im Alter von 50 bis 64 Jahren und damit auf die zentrale Gruppe der Pflegeleistenden bezieht. Wie sich den Tabelle 10 und Tabelle 11 entnehmen lässt, weisen die neuen Bundesländer hier ähnlich wie bei den Altenquotienten „80“ und „85“ im Basisjahr 2005 aufgrund ihrer Rückstände in der Lebenserwartung noch relativ niedrige Werte im Vergleich zu den übrigen Ländern auf. Bei beiden intergenerativen Unterstützungskoeffizienten liegen mit Ausnahme von Sachsen alle neuen Bundesländer unter dem Bundesdurchschnitt und Mecklenburg-Vorpommern gefolgt von Brandenburg jeweils mit den günstigsten Ausgangswerten am Ende der Skala. Die unterstellte Angleichung der Lebenserwartung und der Alterseffekt der Wanderungen führen jedoch bei den neuen Bundesländern schon ab 2025 zu überdurchschnittlichen intergenerativen Unterstützungskoeffizienten und dieser Trend setzt sich in verschärfter Form bis 2050 fort.

Das unterschiedlich starke Wachstum des intergenerativen Unterstützungskoeffizienten „80“ zwischen den alten und den neuen Bundesländern dokumentiert sich u. a. darin, dass dieser Quotient in Mecklenburg-Vorpommern denjenigen in Bremen im Jahre 2005 um 35,6 % unter-

Tabelle 10

Intergenerativer Unterstützungskoeffizient „80“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	24,69	25,79	32,74	54,34	72,34
Bayern	24,77	25,32	31,63	52,05	69,89
Berlin	20,48	22,66	34,70	42,35	63,29
Brandenburg	18,70	23,13	36,72	67,10	123,24
Bremen	28,05	29,78	38,11	46,03	52,77
Hamburg	27,48	26,58	31,23	37,58	54,27
Hessen	24,90	25,64	32,42	54,58	73,94
Mecklenburg-Vorpommern	18,06	23,90	39,48	63,48	93,55
Niedersachsen	25,81	26,61	33,78	58,62	75,95
Nordrhein-Westfalen	24,66	26,14	31,85	52,27	67,16
Rheinland-Pfalz	26,10	25,65	31,53	57,38	72,22
Saarland	25,24	25,92	33,50	59,25	67,49
Sachsen	25,18	31,32	47,38	61,16	94,06
Sachsen-Anhalt	21,95	27,37	42,95	63,62	96,00
Schleswig-Holstein	25,31	26,71	35,37	57,39	80,19
Thüringen	21,49	25,87	40,64	63,19	96,74
Deutschland	24,31	26,06	33,98	54,43	73,36

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren

Tabelle 11

Intergenerativer Unterstützungskoeffizient „85“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	10,44	12,45	17,98	27,29	40,90
Bayern	10,03	12,25	17,05	25,78	38,76
Berlin	9,98	10,28	17,32	22,00	36,02
Brandenburg	7,74	9,84	19,74	32,95	73,21
Bremen	12,47	15,15	21,01	24,34	30,06
Hamburg	12,38	13,42	16,61	19,11	29,37
Hessen	10,35	12,55	17,48	27,62	41,32
Mecklenburg-Vorpommern	7,14	9,97	22,17	31,35	57,69
Niedersachsen	10,78	12,78	18,40	29,23	42,11
Nordrhein-Westfalen	9,97	12,37	17,35	25,59	36,96
Rheinland-Pfalz	10,60	12,30	17,45	28,01	40,47
Saarland	9,48	11,98	18,59	28,43	38,34
Sachsen	10,37	15,04	25,85	33,13	56,88
Sachsen-Anhalt	8,60	12,42	23,19	32,72	57,23
Schleswig-Holstein	11,05	12,60	18,69	29,21	43,48
Thüringen	8,18	11,90	22,10	32,28	57,78
Deutschland	10,06	12,38	18,42	27,25	41,30

80-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren

Quelle für Tabelle 10 und 11 Statistisches Bundesamt 2006d, eigene Darstellung

im Jahre 2050 hingegen um 77,3 % überschreitet. Der entsprechende Wert in Brandenburg übertrifft in 2050 jenen in Bremen sogar um 133,5 %. In Brandenburg, in dem die demografischen Probleme künftig kulminieren, steigt der intergenerative Unterstützungskoeffizient „85“ im Prognosezeitraum auf das 9,5-fache und in Mecklenburg-Vorpommern auf das 8,1-fache. In den alten Bundesländern nimmt dieser Koeffizient auf ca. das 4-fache zu. Eine Ausnahme bilden hier die beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg, bei denen das jeweilige Wachstum unterhalb des 2,5-fachen bleibt. Der intergenerative Unterstützungskoeffizient „85“ liegt im Jahre 2050 z. B. in Baden-Württemberg und Bayern um 39,3 % bzw. 32,0 % über dem Niveau von Hamburg. Insgesamt zeigen sich bei den beiden intergenerativen Unterstützungskoeffizienten die größten Unterschiede in der Entwicklung zwischen den Bundesländern.

36. Beim Jugendquotienten „20“ in Tabelle 12 weisen im Basisjahr 2005 die neuen Bundesländer und die Stadtstaaten die geringsten Werte auf. Die Spanne reicht hier von 26,23 in Berlin bis 35,97 in Niedersachsen. Diese Differenzen wurzeln vornehmlich in unterschiedlichen Geburtenraten. In den neuen Bundesländern liegt eine Ursache für die niedrigere Geburtenrate auch in der Abwanderung junger Menschen und damit im Fehlen potenzieller Mütter. Was die Stadtstaaten betrifft, so dürfte ein Teil der jungen Familien, die dort ihren Lebensunterhalt ver-

dienen, in den umliegenden Gebieten und damit auch in anderen Bundesländern, z. B. in Niedersachsen, wohnen. Die Annahme einer Angleichung der Geburtenrate im gesamten Bundesgebiet führt dann auch zu einer Verminderung der Differenzen zwischen den Jugendquotienten der Bundesländer. So nimmt die maximale Differenz beim Jugendquotienten „20“ von 9,74 im Jahre 2005 auf 6,66 im Jahre 2050 ab. Bis zum Jahre 2050 rücken dann Bundesländer mit ehemals unterdurchschnittlichen Werten, wie Brandenburg, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern, an die Spitze vor, während die Stadtstaaten weiterhin die Schlusslichter bilden. Die vergleichsweise hohen Jugendquotienten „20“ in den neuen Bundesländern dürften auch auf dem Rückgang der Erwerbsbevölkerung infolge der Altersselektivität der Binnenwanderung zurückgehen. Innerhalb der alten Bundesländer nimmt im Jahre 2050 Schleswig-Holstein knapp vor Niedersachsen die Spitzenposition ein, während das Saarland mit 25,96 einen für einen Flächenstaat auffällig niedrigen Jugendquotienten „20“ verzeichnet.

Der Jugendquotient „5“ in Tabelle 13 lässt hinsichtlich der neuen Bundesländer und der Stadtstaaten eine ähnliche Entwicklungstendenz erkennen. Es treten überwiegend lediglich geringfügige Verschiebungen innerhalb der Positionen auf, die hier einzelne Bundesländer einnehmen. Während beim Jugendquotienten „20“ im Basisjahr 2005 Berlin gefolgt von Thüringen, Sachsen und

Tabelle 12

Jugendquotient „20“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	35,23	30,28	29,51	31,05	29,42
Bayern	34,35	29,69	29,07	30,55	29,23
Berlin	26,23	24,63	26,30	26,31	25,35
Brandenburg	28,05	24,66	25,42	26,00	31,90
Bremen	29,70	27,25	28,08	28,71	25,72
Hamburg	27,56	26,68	28,25	28,64	25,24
Hessen	32,70	29,21	28,61	30,30	28,92
Mecklenburg-Vorpommern	28,28	24,66	27,30	27,25	30,60
Niedersachsen	35,97	30,91	29,22	31,41	30,23
Nordrhein-Westfalen	34,93	29,96	29,26	30,74	29,06
Rheinland-Pfalz	34,89	29,23	28,42	29,90	28,65
Saarland	31,79	26,22	26,34	27,61	25,96
Sachsen	26,82	25,79	28,00	27,30	31,22
Sachsen-Anhalt	27,03	23,59	25,44	25,33	28,29
Schleswig-Holstein	34,92	30,18	28,23	30,90	30,24
Thüringen	26,80	24,21	26,23	26,30	29,82
Deutschland	32,92	28,78	28,58	29,92	29,18

Unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006d, eigene Darstellung

Tabelle 13

Jugendquotient „5“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	7,62	6,89	7,23	6,83	6,92
Bayern	7,48	6,80	7,09	6,77	6,89
Berlin	6,30	6,29	6,59	5,49	6,05
Brandenburg	5,81	5,64	4,84	6,94	7,33
Bremen	6,63	6,65	7,34	5,93	6,08
Hamburg	6,83	6,84	7,49	5,64	5,98
Hessen	7,34	6,65	6,96	6,66	6,74
Mecklenburg-Vorpommern	5,95	5,92	5,79	6,80	7,16
Niedersachsen	7,63	6,72	6,89	7,13	6,95
Nordrhein-Westfalen	7,45	6,76	7,12	6,79	6,79
Rheinland-Pfalz	7,20	6,46	6,72	6,67	6,61
Saarland	6,21	5,77	6,23	6,00	5,94
Sachsen	6,16	6,48	5,89	6,84	7,37
Sachsen-Anhalt	5,67	5,61	5,33	6,19	6,55
Schleswig-Holstein	7,43	6,54	6,63	7,07	6,96
Thüringen	5,82	5,85	5,54	6,48	6,98
Deutschland	7,13	6,60	6,82	6,71	6,83

Unter 5-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren, gerundete Daten als Ausgangsbasis

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006d, eigene Darstellung

Sachsen-Anhalt mit einem gewissen Abstand die niedrigsten Werte verzeichnen, liegt beim Jugendquotienten „5“ Sachsen-Anhalt an letzter Stelle, gefolgt von Brandenburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern. Im Jahre 2050 übertreffen mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt die Jugendquotienten aller neuen Bundesländer den nationalen Durchschnittswert und das Saarland bildet noch hinter den Stadtstaaten das Schlusslicht. Der Abstand zwischen dem dann führenden Sachsen (7,37) und dem Saarland (5,94) beträgt 1,43 Prozentpunkte, was 24,1 % entspricht.

2.4.2 Brandenburg und Hamburg im Vergleich zur bundesdeutschen Entwicklung

37. Für eine etwas detailliertere regionale Analyse bietet es sich an, Bundesländer auszuwählen, die sich in ihrer zukünftigen Entwicklung stark unterscheiden und zudem noch eine andere Entwicklung aufweisen als Deutschland insgesamt. In dieser Hinsicht bieten sich hier Brandenburg als ein Land mit einer besonders starken Alterung und Hamburg an, da das demografische Altern dort in einem deutlich geringeren Ausmaß stattfindet als in den meisten anderen Bundesländern. Die Flächenländer im westlichen Bundesgebiet entwickeln sich relativ ähnlich dem Bundesdurchschnitt, sodass sie sich als Vergleichs-

maßstab für die Gewinnung weiterer Erkenntnisse kaum eignen.

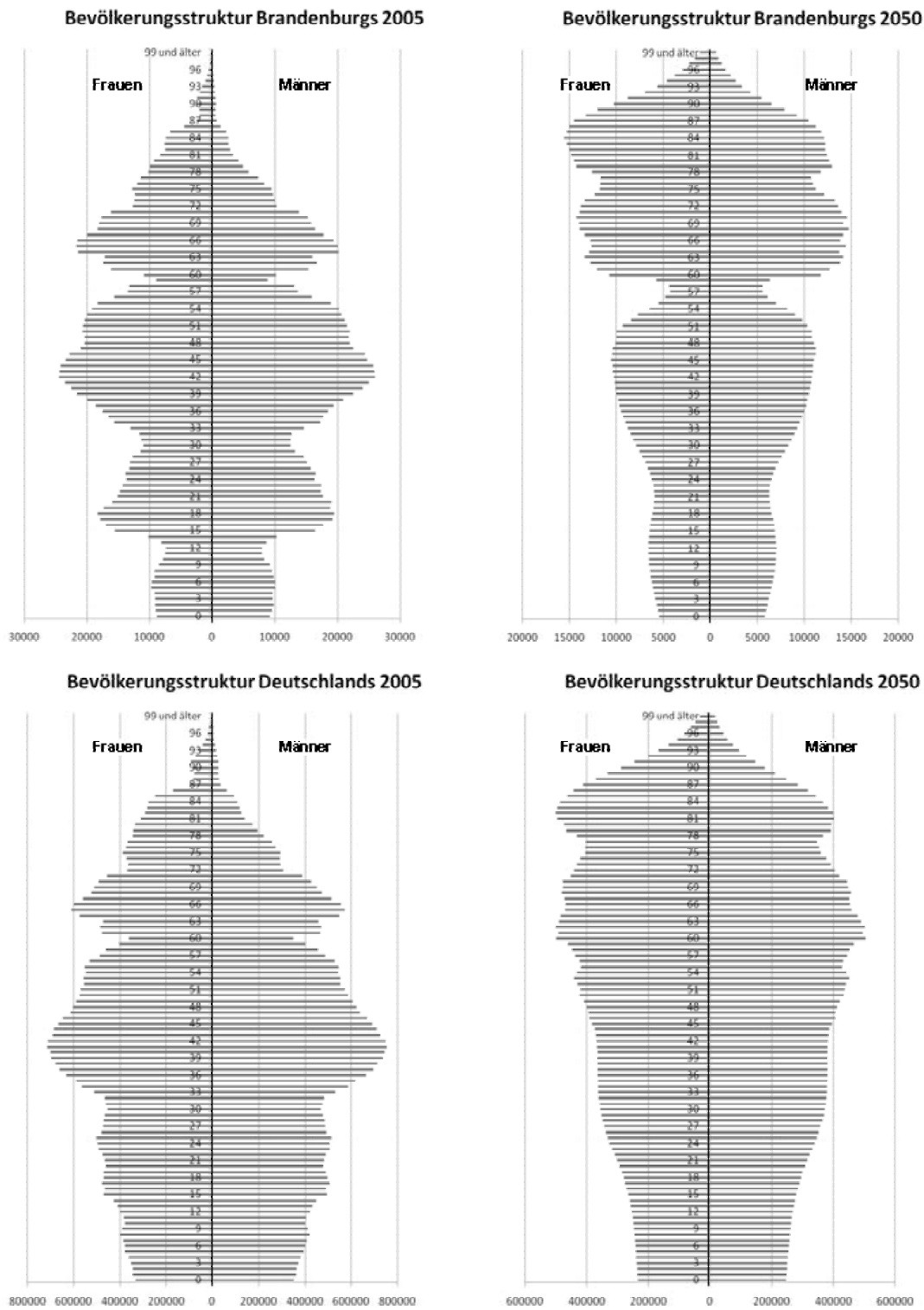
Brandenburg und Deutschland

38. Die Bevölkerung in Brandenburg wird von 2005 ausgehend bis 2050 um 30 % und damit doppelt so stark schrumpfen wie im gesamten Deutschland. Besonders stark fällt der Rückgang bei der Erwerbsbevölkerung aus, die um fast die Hälfte auf 800 000 Menschen absinkt. Ein ähnlicher Trend zeigt sich bei den Jugendlichen, deren Zahl um 43 % schrumpft. Die Abnahme der Erwerbsbevölkerung übertrifft jene in Deutschland um fast 20 Prozentpunkte, bei den Jugendlichen fällt diese Differenz mit 6 Prozentpunkten nicht ganz so groß aus. Die Gruppe der Rentner wächst in Brandenburg um 44 % im Vergleich zum Jahr 2005 und liegt damit genau auf dem bundesdeutschen Niveau. Die Gruppe der über 80-Jährigen wächst mit 258 % um 86 Prozentpunkte stärker, was auf die starke Zunahme der Lebenserwartung zurückgeht. Nochmals größer ist die Wachstumsdifferenz bei den über 85-Jährigen, welche mit 425% um 154 Prozentpunkte stärker zunehmen als im bundesdeutschen Durchschnitt.

Diese extremen Verschiebungen in der Altersstruktur zeigen sich auch in der Alterspyramide in Abbildung 4. Im Vergleich zur Bundesrepublik waren bereits im Jahr 2005

Abbildung 4

Vergleich der Alterspyramiden zwischen Brandenburg und Deutschland insgesamt



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007, eigene Darstellung

alle Altersklassen unter 15 Jahren deutlich schwächer besetzt als in der Referenzpyramide. Die brandenburgische Pyramide lässt auch den „Wendeschock“ erkennen, als die Geburtenraten in allen neuen Bundesländern auf Werte von unter eins absanken und sich erst langsam wieder erholen. Ansonsten gleichen sich die Strukturen größtenteils, lediglich die geringere Lebenserwartung zeigt sich in einer etwas „gestauchteren“ Pyramide. Bis zum Jahre 2050 verändert sich das Bild etwas stärker, denn die niedrige Geburtenrate macht sich in Brandenburg insofern stärker bemerkbar, als der Unterbau der Pyramide hier wesentlich schlanker ausfällt. Die steigende Lebenserwartung bewirkt auch in Brandenburg, dass nun mehr Menschen ein hohes Alter erreichen, was zu ähnlich starken Besetzungszahlen in diesen Altersklassen führt wie in der Referenzpyramide. Der Wendeschock hat sich nun um 46 Jahre nach oben verschoben und macht sich in den Altersgruppen der 50- bis 60-Jährigen bemerkbar.

39. Aufgrund der im Basisjahr noch geringen Geburtenrate in Brandenburg steigen beide Jugendquotienten leicht an, da die Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2050 von einer Angleichung an den Bundesdurchschnitt ausgeht. Auf Bundesebene sinken die Jugendquotienten beide leicht ab, entwickeln sich also in die entgegengesetzte Richtung. Beim Altenquotient „65“ verlaufen die Entwicklungen allerdings wieder parallel, jedoch nicht mit der gleichen Geschwindigkeit. Beide Werte starten auf einem fast gleichen Niveau von 32, aber in Brandenburg erreicht der Quotient einen Wert von 90,3, während er in Deutschland auf nur 64,09 steigt. Die Ausgangswerte des Altenquotienten „80“ unterscheiden sich deutlich, da die Lebenserwartung in Brandenburg noch spürbar hinter jener in Deutschland zurückbleibt. Der niedrigere Anfangswert schlägt bereits 2015 ins Gegenteil um, wächst auch danach in Brandenburg wesentlich schneller und erreicht mit 40,16 einen um 12,87-Punkte höheren Wert als in Deutschland. Für den Altenquotient „85“ lässt sich eine ähnliche Entwicklung feststellen, allerdings liegt erst nach 2015 der brandenburgische Wert über dem für Deutschland. Zu Beginn unterschreitet der intergenerative Unterstützungskoeffizient „80“ in Brandenburg den bundesdeutschen noch um 5 Punkte, aber bereits nach 2015 dreht sich auch hier das Bild und die Differenz wächst bis 2050 auf fast 50 Punkte an.

Die Gründe hierfür liegen zum einen in der Zunahme der Lebenserwartung, zum anderen in der Altersselektivität der Binnenwanderung und zuletzt im Wendeschock. Mit der Altersgrenze von 85 Jahren ergibt sich ein ähnliches Bild, nur dass hier die Entwicklungen erst um 2020 beginnen auseinanderzudriften. Insgesamt gesehen altert die Gesellschaft in Brandenburg schneller als im bundesdeutschen Durchschnitt, sodass hier deutlich weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter leben als Jugendliche und Rentner zusammen.

Hamburg und Deutschland

40. Hamburgs Bevölkerung nimmt im Verlauf der Vorausberechnung nur um circa 4 % und damit im Vergleich zum Bundesgebiet nur relativ geringfügig ab. Aber auch

hier finden innerhalb der Bevölkerung erhebliche Verschiebungen statt. Die Gruppe der Jugendlichen sinkt um 25 %, was aber im Vergleich zu Deutschland einen um 12 Prozentpunkte moderateren Rückgang darstellt. Die Erwerbsbevölkerung nimmt ebenfalls nur um 18 % ab, ein um 11 Prozentpunkte geringerer Rückgang. Die Bevölkerungsgruppe der Rentner entwickelt sich allerdings mit einem Anstieg von 66 % deutlich schneller, die Differenz beträgt hier 22 Prozentpunkte. Die Entwicklung unterscheidet sich bei den über 80-Jährigen wieder, denn in Hamburg wächst diese Gruppe nur um 150 % im Unterschied zu bundesweit 170 %. Bei den über 85-Jährigen bleibt dieser Wachstumsunterschied in seiner Tendenz erhalten und beträgt hier sogar 50 Prozentpunkte.

Die Alterspyramiden in Abbildung 5 zeigen die unterschiedlichen Entwicklungen der Altersstruktur deutlich auf. Im Vergleich zu Deutschland sieht in Hamburg die Struktur in der oberen Hälfte ziemlich ähnlich aus, aber in der unteren Hälfte zeigt sich deutlich die geringere Geburtenrate des Stadtstaates. Auch in der Zukunft setzt sich dies fort und der Unterbau der Pyramide fällt auch hier bis zu einem Alter von circa 50 Jahren dünner aus als in Deutschland. Darüber hinaus gleichen sich die Pyramiden kurzfristig an, aber ab einem Alter von etwa 75 Jahren leben in Hamburg deutlich weniger Menschen als in der Referenzbevölkerung, wie der Vergleich der Veränderungsraten auch nahelegt.

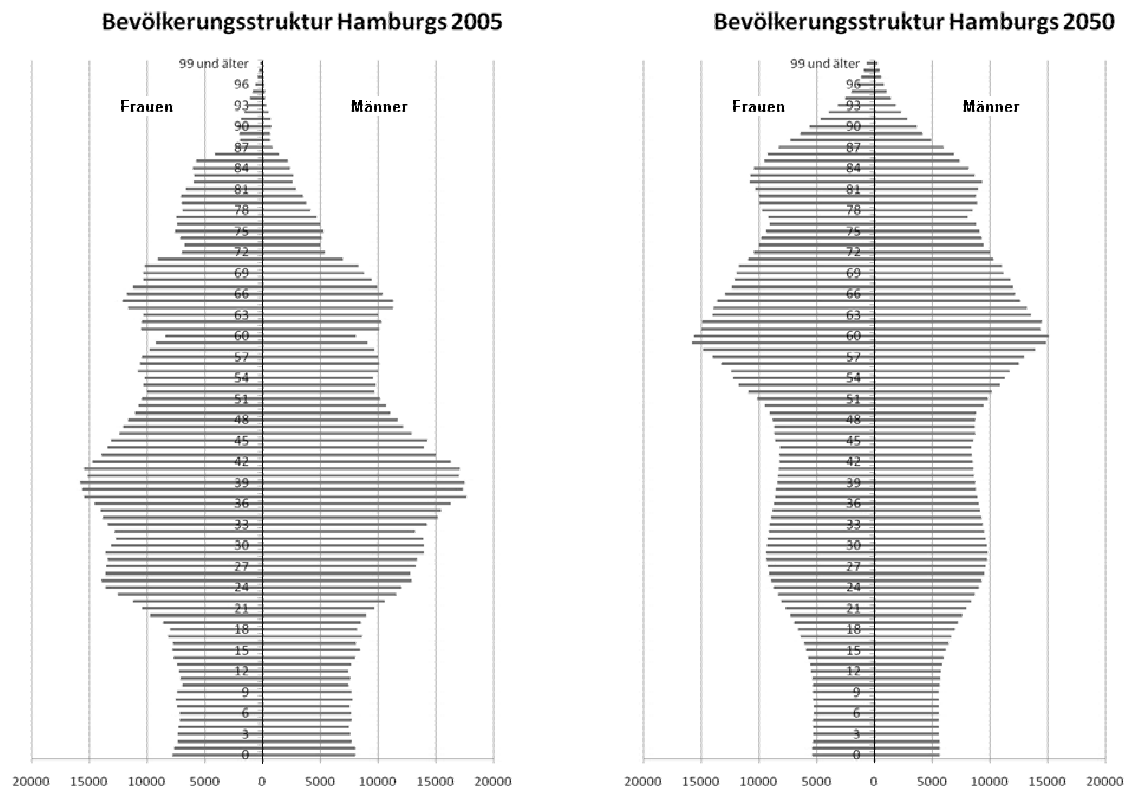
41. Die Jugendquotienten entwickeln sich in Hamburg parallel zu denen in Deutschland, nur auf einem niedrigeren Niveau. Gleiches gilt für den Altenquotienten „65“, bei dem sich die Tendenz der Angleichung der demografischen Entwicklungskomponenten deutlich niederschlägt. Der Altenquotient „80“ entwickelt sich jedoch in den beiden Gebietseinheiten unterschiedlich. In Hamburg verläuft die Entwicklung deutlich langsamer, was zu einem um 5 Punkte niedrigerem Wert im Endjahr führt. Hier zeigen sich der geringere Zuwachs unter den Hochbetagten und außerdem die Außenwanderungsgewinne, die Hamburg relativ stärker zugute kommen als anderen Bundesländern. Beim Altenquotienten „85“ startet Hamburg sogar auf einem ungünstigeren Wert, aber bis 2050 hat sich auch hier das Bild gewendet, sodass der Wert dann um 3,5 Punkte unterhalb des gesamtdeutschen liegt.

Beim intergenerativen Unterstützungskoeffizienten entwickelt sich die Lage in Hamburg deutlich vorteilhafter als im Bundesgebiet, trotz der ungünstigeren Ausgangslage bis zum Jahr 2015. Danach wächst die Differenz schnell auf fast 20 Punkte an.

Insgesamt betrachtet verläuft die Entwicklung der Altersstruktur in Hamburg zwar auch in Richtung einer alternierenden Gesellschaft, aber in spürbar moderaterer Form. Hier dämpfen vor allem die Wanderungsgewinne die Alterung und halten auch den Bevölkerungsrückgang in Grenzen. Zudem trägt der Anstieg der Geburtenrate gemäß den Annahmen der Schätzung einen Teil dazu bei, dass sich die Situation in Hamburg etwas positiver entwickelt als im bundesdeutschen Durchschnitt.

Abbildung 5

Die Alterspyramide in Hamburg in den Jahren 2005 und 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007c, eigene Darstellung

2.4.3 Demografischer Wandel und Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

Die Planung der regionalen Strukturen

42. Erhebliche und für die künftige Gesundheitsversorgung relevante Unterschiede im Ausmaß des demografischen Wandels auf die Alterung der Bevölkerung bestehen nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch hinsichtlich der regionalen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur innerhalb der Bundesländer. Hier spielen vor allem verschiedenartige Siedlungsstrukturen (städtisch bzw. ländlich geprägt) und die Nähe zu größeren Zentren (zentral bzw. peripher) eine Rolle.¹¹ Wie aus Tabelle 14 ersichtlich wird, sind die ländlichen Regionen in den ostdeutschen Bundesländern besonders stark von der Änderung der Altersstruktur betroffen.

43. Während in den westdeutschen Bundesländern die Bevölkerung bis zum Jahr 2025 nahezu konstant bleibt, sind insbesondere in den ostdeutschen ländlichen Regionen seit den 1990er Jahren starke Bevölkerungsverluste

zu verzeichnen, die sich auch in Zukunft fortsetzen werden. Bis zum Jahr 2025 geht die Bevölkerung in den ostdeutschen ländlichen Regionen im Vergleich zum Jahr 2006 um fast ein Fünftel zurück. Die Ursachen für diesen Schrumpfungsprozess sind zum einen im Rückgang der Geburten in den 1990er Jahren und zum anderen im anhaltenden Fortzug der Bevölkerung in die westlichen Bundesländer und in die ostdeutschen Ballungszentren zu suchen. In erster Linie verlassen junge, meist gut ausgebildete Menschen ihre Heimat aus beruflichen Gründen – darunter überdurchschnittlich viele Frauen (Kreyenfeld/Konietzka 2008; Mai 2006; Schlömer 2007). Dies beeinflusst neben dem Geschlechterverhältnis und der Sozialstruktur auch die Altersstruktur der verbleibenden Bevölkerung, die sich stärker verändert als durch den Rückgang der Geburten allein (Mai et al. 2007). Der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung war im Jahr 2006 in Ost und West noch nahezu gleich groß. Bis zum Jahr 2025 wächst dieser Anteil jedoch auf 32,9 % in den ostdeutschen im Vergleich zu 24,7 % in den westdeutschen ländlichen Regionen – ein Unterschied von 8,2 Prozentpunkten. Auch absolut steigt die Zahl der Personen, die 65 Jahre und älter sind: Zwischen den Jahren 1990 und 2006 ist diese Bevölkerungsgruppe um 48,9 % in den ostdeutschen ländlichen Regionen gewachsen – im Vergleich zu 35,6 % in den westdeutschen ländlichen Gebieten. Bis zum Jahr 2025 wird dieser Teil der Bevölkerung

¹¹ Das Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) unterteilt die Analyseregionen in drei siedlungsstrukturelle Regionstypen: Agglomerationsräume, verstärkerte Räume und ländliche Räume in Abhängigkeit von der zentralörtlichen Bedeutung des Zentrums und der Bevölkerungsdichte der Region (BBR 2008).

Tabelle 14

Der demografische Wandel im Vergleich zwischen ländlichen Regionen in Ost und West

	West	Ost	Ländliche Räume West	Ländliche Räume Ost
Bevölkerungsentwicklung (in Prozent)				
1990/2006	6,7	-8,7	8,3	-13,7
2006/2025	0,5	-10,7	0,2	-18,3
Anteil der Einwohner 65 (85) und älter an der Gesamtbevölkerung (in Prozent)				
2006	19,4 (2,0)	21,1 (1,9)	19,9 (2,1)	21,5 (1,7)
2025	23,3 (3,8)	29,3 (5,0)	24,7 (4,0)	32,9 (5,6)
Entwicklung der Bevölkerung 65 (85) Jahre und älter (in Prozent)				
1990/2006	35,7 (34,2)	39,1 (20,6)	35,6 (43,9)	48,9 (32,5)
2006/2025	21,3 (96,0)	23,9 (132,2)	24,6 (95,3)	25,2 (167,6)
Einwohnerdichte (Einwohner je km²)				
2006	264	153	114	73
2025	261	137	114	60

Zur Verdeutlichung ist das jeweilige Maximum bzw. Minimum der Werte fettgedruckt.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten und Prognosen des BBR

sowohl in den ostdeutschen als auch in den westdeutschen ländlichen Regionen zusätzlich um circa 25 % wachsen. Vor allem die Zahl der Hochbetagten (85 Jahre und älter) wird in den nächsten Jahren besonders stark steigen, in den ländlichen Gebieten im Osten um 167,6 % von heute circa 54 000 Personen auf über 145 000 Personen. Und in einem weiteren Punkt unterscheiden sich die ostdeutschen ländlichen Regionen von denen im Westen: Die Einwohnerdichte ist dort deutlich geringer und wird sich in Zukunft noch weiter reduzieren. In den ostdeutschen ländlichen Regionen werden im Jahr 2025 im Durchschnitt nur etwa 60 Einwohner je Quadratkilometer leben. Im Jahr 2006 lag dieser Wert noch bei 74. In den westdeutschen ländlichen Regionen liegt dagegen die Einwohnerdichte im Jahr 2006 bei 114 und sie wird bis zum Jahr 2025 auch nicht weiter sinken. Auf die Probleme in der Gesundheitsversorgung, die sich aus einer geringen Einwohnerdichte ergeben, wird weiter unten ab Ziffer 54 eingegangen.

44. Auf den Wandel der Altersstruktur und insbesondere auf die stark steigende Zahl der Hochbetagten müssen sich die Strukturen in der Gesundheitsversorgung einstellen. In der ambulanten Versorgung werden die Niederlassungen durch die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, im stationären und pflegerischen Sektor durch die Krankenhausplanung bzw. Pflegeplanung der Länder bzw. Kommunen mitbestimmt.

Die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung

45. Nach § 99 SGB V erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien zur Sicherstellung der vertragsärzt-

lichen Versorgung. Auf der Basis dieser Richtlinien erstellen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene einen „Bedarfsplan“, der im Einvernehmen mit den Krankenkassen steht sowie die Raumordnung und Landesplanung berücksichtigen muss. Die KVen stellen für die Bedarfsplanung eine Liste auf, in der nach derzeit 395 Planungsregionen und nach 14 Arztgruppen gegliedert die Zahl der aktuell im ambulanten Bereich praktizierenden Vertragsärzte und die jeweilige Einwohnerzahl erfasst sind. Aus diesen Werten ergibt sich eine arztgruppenspezifische Verhältniszahl (Einwohner je Arzt), die mit der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten historischen Verhältniszahl verglichen wird (G-BA 2008). Um regionale Unterschiede zu berücksichtigen, werden ähnlich strukturierte Planungsregionen zu insgesamt zehn siedlungsstrukturellen Regionstypen¹² zusammengefasst und die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für jeden Regionstyp ausgewiesen. Liegt das aktuell ermittelte Verhältnis von Einwohnern je Arzt um 10 % unter dem historischen Verhältnis, geht man davon aus, dass Überversorgung besteht, wodurch nach § 103 SGB V für diese Arztgruppe im entsprechenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen anzuordnen sind. Unterversorgung wird dagegen vermutet, wenn die aktuelle Einwohner-Arzt-Relation um 25 % in der hausärztlichen bzw. um 50 % in der fachärztlichen Ver-

¹² Im Einzelnen: Agglomerationsräume (1. Kernstädte, 2. Hochverdichtete Kreise, 3. Normalverdichtete Kreise, 4. Ländliche Kreise), Verstädterte Räume (5. Kernstädte, 6. Normalverdichtete Kreise, 7. Ländliche Kreise), Ländliche Räume (8. Verdichtete Kreise, 9. Ländliche Kreise), 10. Sonderregion Ruhrgebiet (G-BA 2008).

sorgung über der historischen Verhältniszahl liegt. In diesem Fall sind die zuständige Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverband der Krankenkassen verpflichtet, zu prüfen, ob tatsächlich eine Unterversorgung vorliegt, wobei das Tätigkeitsgebiet, die Leistungsfähigkeit, Altersstruktur und Praxisstruktur der Ärzte und die Zahl der Versicherten, deren Altersstruktur sowie deren Umfang und Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu berücksichtigen sind. Seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) ist es zudem möglich, dass die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen innerhalb nicht unterversorgter Planungsbereichen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen (§ 100 Absatz 3 SGB V). Zur Abwehr einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung können Sicherstellungszuschläge gewährt werden, deren Kosten bis Ende des Jahres 2009 allein die Krankenkassen tragen. Anschließend sollen die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen die Hälfte der Kosten übernehmen (§ 106 Absatz 4 SGB V).

46. Die derzeitige Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung ist eine Planung aus Sicht der vorgehaltenen Angebote (vgl. GA 2000/2001, III, Ziffer 44ff.). Es werden historische Verhältniszahlen zu Grunde gelegt, die bis auf das Jahr 1990 zurückreichen.¹³ Dabei wird implizit unterstellt, dass zu diesem Zeitpunkt eine bedarfsgerechte Versorgung herrschte. Die Verhältniszahlen dienen zur Feststellung einer Über- bzw. Unterversorgung, der sich Maßnahmen zur Abwehr anschließen. Diese starre Orientierung an einer nur beschränkt aussagekräftigen Einwohner-Ärzte-Relation kann dazu führen, dass die tatsächliche Versorgungssituation verzerrt wahrgenommen wird. So wird etwa weder die Verlagerung von vormals stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor noch die durch den demografischen Wandel induzierte Änderung der Morbidität der Versicherten berücksichtigt. Auch wird kritisiert, dass die 395 Planungsbereiche zu groß bemessen seien und so eine lokale Unterversorgung nicht erkennbar wäre (Rieser 2008). Beispielsweise wurden in Berlin zum 1. Juni 2003 die zuvor zwölf Planungsbereiche, die den jeweiligen Stadtbezirken entsprachen, ähnlich wie in Hamburg zu einem einzigen Planungsbereich zusammengefasst. Bis Ende des Jahres 2007 wechselten daraufhin 560 Vertragsärzte und -psychotherapeuten innerhalb von Berlin den Stadtbezirk, wobei alleine Neukölln 68 Praxissitze im Saldo verlor (KBV 2008). Während für Gesamtberlin die Versorgungsgrade für alle Arztgruppen deutlich über 100 % liegen, gelten z. B. in Neukölln Versorgungsgrade von 72 % für Gynäkologen, 50 % für Radiologen, 78 % für Urologen sowie 86 % für Augenärzte (KV Berlin 2009a; 2009b).

¹³ Berechnungsgrundlage für die historischen Verhältniszahlen: BBR-Typisierung der Regionen 1997, Bevölkerungsstand und Arzttzahlen: Bundesländer West zum 31. Dezember 1990; Anästhesisten (31. Dezember 1997), Psychotherapeuten (Einwohner: 31. Dezember 1997, Psychotherapeuten: 1. Januar 1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (gültig ab 1. Januar 2001, Einwohner- und Arzttzahlen zum 31. Dezember 1995 in der Regionalstruktur vom 31. Dezember 1998): Bundesgebiet insgesamt (Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 10. April 2008).

In der Vergangenheit wurde daher schon einmal der Versuch unternommen, die Bedarfsplanung unter anderem an soziodemografischen Kriterien auszurichten. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenes Gutachten (Potthoff/ Schneider 2002) kam zu dem Schluss, dass in Deutschland über alle Arztgruppen hinweg insgesamt 3 228 zusätzliche Ärzte benötigt würden, wenn man u. a. die Alters- und Morbiditätsstruktur der Versicherten berücksichtigt und in jedem Planungsbe- reich ein Versorgungsgrad von mindestens 90 % erreichen will. Auf der anderen Seite bestand den Autoren zufolge deutschlandweit ein Überschuss von 14 366 Vertragsärzten über den Schwellenwert eines Versorgungsgrades von 110 % hinaus. Allerdings wurde in diesem Gutachten nicht der Versuch unternommen, den zukünftige Ärztebedarf im Zuge der Alterung der Gesellschaft abzuschätzen. Es handelte sich demnach lediglich um eine Status-Quo-Analyse. Wie in Tabelle 14 gezeigt, ist zu vermuten, dass die derzeitigen Bedarfsplanungs-Richtlinie insbesondere in den ostdeutschen ländlichen Regionen die Versorgungsrealität verzerrt darstellt, da dort der Versichertenkreis zum einen deutlich schrumpft und zum anderen die Zahl der Älteren und vor allem der Hochbetagten steigt.

47. Die mit dem VÄndG ermöglichte Feststellung einer lokalen Unterversorgung erlaubt es mittlerweile, auf regionale Unterschiede innerhalb der Planungsbereiche zu reagieren. Zur Analyse der Versorgungssituation soll dabei laut den Bedarfsplanungs-Richtlinien auch die Altersstruktur der Versicherten einbezogen werden. In den ostdeutschen Bundesländern wird davon bereits Gebrauch gemacht und vor allem in ländlichen Regionen werden Praxisübernahmen und -neugründungen finanziell gefördert. Trotzdem forderte die 81. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juli 2008 von der Bundesregierung, dass die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung kleinerer und bedarfsorientiert überarbeitet werden soll, wobei insbesondere soziodemografische und sozioökonomische Daten in die Planung einzubeziehen seien. Der Gesetzgeber sieht das Hauptproblem in der ungleichmäßigen regionalen Verteilung und keinen generellen Mangel an Ärzten. Um eine gleichmäßigere regionale Verteilung zu erreichen, sollen daher ab dem Jahr 2010 Sicherstellungszuschläge und -abschläge in Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation fester Bestandteil der Gebührenordnung für Ärzte werden (§ 87c Abs. 1 SGB V). In überversorgten Gebieten würde danach die Vergütung der Ärzte geringer ausfallen als in unterversorgten Gebieten, wobei die Höhe der Zu- und Abschläge auch mit dem Grad der Über- bzw. Unterversorgung variieren kann (Bundestagsdrucksache 16/3100: 128).

Krankenhausplanung der Länder

48. Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung und deren regionale Variation muss sich auch in der Kapazitätsplanung der Krankenhäuser widerspiegeln. Tabelle 15 stellt am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern dar, wie sich die Bedarfsprognosen einer Planung mit konstant gehaltener Morbidität- und Altersstruktur

Tabelle 15

**Prognose der Belegungstage und des daraus resultierenden Bettenbedarfs bis zum Jahr 2020
in Mecklenburg-Vorpommern**

	Ausgangslage 2005	Hochrechnung 2020	Veränderung
ohne Differenzierung (Hill-Burton-Formel)			
Belegungstage	2 650 685	2 454 198	-7,4 %
Bettenbedarf	8 544	7 860	-684
mit Differenzierung			
Belegungstage	2 650 685	3 127 444	+18,0 %
Bettenbedarf	8 544	10 082	+1 538

Berechnung erfolgt auf Basis der DRG-Daten für § 21 KHEntG aus dem Jahr 2005 unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Fachabteilung und regionaler Bevölkerungsprognose – einschließlich der Patienten, die außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern wohnen.

Quelle: Schuff-Werner 2008

und einer dynamischen Planung, die auch demografische Faktoren berücksichtigt,¹⁴ unterscheiden kann:

Der erwartete Rückgang der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern drückt sich in der statischen Prognose in einem geringeren Bedarf an stationären Kapazitäten aus. Demgegenüber steht ein deutlicher Anstieg der zur Bedarfsdeckung notwendigen Kapazitäten, berücksichtigt man die Altersentwicklung der Bevölkerung und die daraus resultierende höhere Inanspruchnahme. Die stationären Fachbereiche werden dabei unterschiedlich betroffen, mit dem größten Mehrbedarf in der Inneren Medizin, der Urologie und der Kardiochirurgie sowie einer reduzierten Inanspruchnahme der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Pädiatrie, der Kinderchirurgie und der HNO-Heilkunde (Schuff-Werner 2008).

49. Problematisch erweist sich bei derartigen Prognosen, dass durch den organisatorischen und medizinisch-technischen Fortschritt die stationäre Versorgung einem stetigen Wandel unterliegt. So sind in den letzten Jahren die Verweildauern teilweise drastisch gesunken aufgrund der zunehmenden Möglichkeiten, stationäre Behandlungen in den teilstationären bzw. ambulanten Bereich zu verlagern, und der veränderten Anreize, die sich durch die Einführung des DRG (Diagnostic Related Groups)-Systems ergeben haben (Tabelle 16). Trotz der bereits stattfindenden Verschiebung der Altersstruktur und steigender Fallzahlen wurden daher seit dem Jahr 1991 mehr als 150 000 Krankenhausbetten abgebaut, wobei ungeachtet dessen die Bettenauslastung weiter zurückgegangen ist. Prognosen, die die derzeitigen Krankenhaushäufigkeiten und Verweildauern konstant halten, sollten daher mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

50. In § 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wird der Grundsatz einer bedarfsgerechten Kran-

kenhausversorgung der Bevölkerung formuliert, wobei für die Ausgestaltung einer entsprechenden Krankenhausplanung nach § 6 Absatz 1 KHG die Bundesländer zuständig sind. Eine Umfrage des Rates unter den zuständigen Landesministerien ergab, dass die Länder die demografische Entwicklung in ihrer regionalen Differenzierung in der Krankenhausplanung weitestgehend berücksichtigen. Die Unterschiede liegen unter anderem in der Häufigkeit der Planerstellung. Je länger der Planungshorizont, desto mehr muss sich auf Prognosen der zukünftigen Entwicklung der Krankenhaushäufigkeiten und des Diagnose-spektrums gestützt werden. Zum Beispiel passt der Freistaat Bayern den Krankenhausplan jährlich an und kann sich auf die tatsächlich geänderten Auslastungsgrade der einzelnen Fachbereiche stützen. Steigt in einem Fachbereich die Auslastung wird von einem erhöhten Bedarf ausgegangen und umgekehrt. Zusätzlich wurden dem erwarteten Mehrbedarf entsprechend landesweit geriatrische Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut. Dagegen erließ etwa Schleswig-Holstein den derzeit gültigen Krankenhausplan bereits im Jahr 2001. Eine Prognose der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung bis zum Jahr 2005 bildete zunächst die Grundlage für die Schätzung der Fallzahlentwicklung in den einzelnen Fachbereichen. Den Plankrankenhäusern wurde daraufhin verbindlich die Gesamtfallzahl, Gesamtbettenzahl und die Zahl der vorzuhaltenden Intensivbetten vorgegeben. Während der Laufzeit des Krankenhausplanes erfolgen bei Anlass fach- und krankheitsbezogene Fortschreibungen, die auch regionale Entwicklungen berücksichtigen. Eine Zwischenfortschreibung des gesamten Krankenhausplans fand zu Beginn des Jahres 2006 statt, die sich an der tatsächlichen Belegungsentwicklung orientierte. Die nächste Fortschreibung ist für das Jahr 2010 geplant.

51. Der Rat empfahl im letzten Gutachten (GA 2007, I, 4.3.1) den Übergang zu einer Krankenhaus-Rahmenplanung durch die Länder. An die Stelle einer detaillierten Kapazitätsplanung soll eine Planung treten, die nur den Rahmen für die eigenverantwortliche Gestaltung der Krankenhausstruktur durch die Krankenhausträger setzt.

¹⁴ Wobei auch in der dynamischen Prognose von konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Diagnosewahrscheinlichkeiten ausgegangen wird.

Tabelle 16

Entwicklung der stationären Versorgung von 1991 bis 2006

Jahr	Krankenhäuser	Aufgestellte Betten	Bettendichte	Fälle	Berechnungs- und Belegungstage (in Tsd.)	Ø Verweildauer (in Tagen)	Bettenauslastung (in %)
1991	2 411	665 565	83,2	14 576 613	204 204	14,0	84,0
1992	2 381	646 995	80,3	14 974 845	198 769	13,2	83,7
1993	2 354	628 658	77,4	15 191 174	190 741	12,5	82,8
1994	2 337	618 176	75,9	15 497 702	186 049	11,9	81,8
1995	2 325	609 123	74,6	15 931 168	182 627	11,4	81,7
1996	2 269	593 743	72,5	16 165 019	175 247	10,8	80,2
1997	2 258	580 425	70,7	16 429 031	171 837	10,4	80,6
1998	2 263	571 629	69,7	16 847 477	171 802	10,1	81,9
1999	2 252	565 268	68,9	17 092 707	169 696	9,9	81,8
2000	2 242	559 651	68,1	17 262 929	167 789	9,7	81,5
2001	2 240	552 680	67,1	17 325 083	163 536	9,4	80,7
2002	2 221	547 284	66,4	17 432 272	159 904	9,2	80,1
2003	2 197	514 901	65,7	17 295 910	153 518	8,9	77,6
2004	2 166	531 333	64,4	16 801 649	146 746	8,7	75,5
2005	2 139	523 824	63,5	16 873 885	143 244	8,7	74,9
2006	2 104	510 767	62,0	16 832 883	142 251	8,5	76,3

Quelle: DKG 2008

Gleichzeitig sollen die Länder verstärkt die regionale Versorgungssituation beobachten (Monitoring), um einer etwaigen Unterversorgung mit stationären Leistungen zuvorzukommen. Im Rahmen des Monitorings sollte unter anderem die demografische Entwicklung in der Region erfasst und die erhobenen Daten den Krankenhausträgern für deren Planung zur Verfügung gestellt werden. Dies erlaubt den Trägern sich frühzeitig auf die sich verändernden Rahmenbedingungen einzustellen und ihre Kapazitäten entsprechend anzupassen.

Planung der Pflegestrukturen

52. Nach § 9 SGB XI liegt die Verantwortung für „die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ bei den Ländern. Die Länder setzen den Auftrag mittels entsprechender Pflegegesetze um, wobei die Pflegestrukturplanung meist auf die Kommunen und Landkreise übertragen wird.

53. Wie in Abschnitt 5.3.3 beschrieben, wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 voraussichtlich stark erhöhen. Im Vergleich zur ambulanten und

stationären medizinischen Versorgung ist der Zusammenhang zwischen demografischem Wandel und verstärkter Inanspruchnahme der pflegerischen Versorgung direkter nachvollziehbar und mit weniger Unsicherheit behaftet. Gleichzeitig sind die technischen Voraussetzungen für die ambulante und stationäre Pflege im Vergleich zur medizinischen Versorgung geringer. Dies sollte es den kommunalen Planern und den Trägern der Pflege erleichtern, die Pflegestrukturen dem steigenden Bedarf anzupassen. Dies schließt nicht aus, dass auf regionaler Ebene die Kapazitäten zum Teil sehr unterschiedlich ausgelastet sind. So lag der Auslastungsgrad in der vollstationären Langzeitpflege im Jahr 2005 in der Stadt Memmingen (Bayern) und im Landkreis Uckermark über 100 %, was nur möglich ist, wenn Pflegebedürftige in einem Altenheimbereich betreut werden, der nicht nach SGB XI zugelassen ist. Vor allem in den östlichen Bundesländern sind die Auslastungsgrade überdurchschnittlich hoch: Sachsen-Anhalt (93,8 %), Thüringen (93,7 %) sowie Brandenburg, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern (jeweils rund 93 %) – gegenüber einem Bundesdurchschnitt von 88,7 % (Stand: 15. Dezember 2005, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008).

Besondere Probleme der Gesundheitsversorgung in ländlich peripheren Regionen

54. Das Angebot von Gesundheitsleistungen wird nicht allein durch die administrative Planung beeinflusst, sondern ist unter anderem auch von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig. Die regionale Analyse des demografischen Wandels ergab, dass sich in den ostdeutschen ländlichen Regionen die Altersstruktur der Bevölkerung besonders stark verschiebt. Zudem sinkt die Siedlungsdichte durch die hohen Wanderungsverluste (Tabelle 14). Dies erschwert das wirtschaftliche Angebot einer Reihe von Infrastruktureinrichtungen (Nahverkehr, Schulen, Kultur etc.) durch die Kommunen und Länder sowie von privaten Gütern (Einzelhandel, Telekommunikation, sonstige Dienstleistungen) (Beetz 2007; BMVBS et al. 2006; Kocks 2007; Schröter 2007). Standorte werden daher geschlossen und auf zentrale Orte konzentriert, wodurch sich die Wege für die Bevölkerung verlängern (Pütz/Spangenberg 2006; 2007). Die Ursache für die Abwanderung der jüngeren Bevölkerung ist unter anderem in der schwachen wirtschaftlichen Lage der ostdeutschen im Vergleich zu den westdeutschen Regionen zu suchen. Gleichzeitig führt die damit einhergehende sinkende private Nachfrage und der absehbare Fachkräftemangel dazu, dass sich eine Ansiedlung von privaten Unternehmen in diesen Regionen kaum lohnt, wodurch auch in Zukunft die Wirtschaftskraft nicht überdurchschnittlich steigen kann und weitere Wanderungsverluste drohen. Demografen sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Verödungsspirale“ (Michel 1997).

55. Auch die Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist in diesen Regionen erschwert (Elkeles 2007; Michel/Schulz 2007). Insbesondere in der ambulanten Versorgung wird die Entscheidung über eine Niederlassung meist durch selbstständig wirtschaftende, freiberufliche Ärzte getroffen. Zwar sollte die Nachfrage nach ambulanten Leistungen aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiter steigen, jedoch ist bei geringer Wirtschaftskraft und hoher Arbeitslosigkeit mit einem niedrigen Anteil an Privatpatienten zu rechnen und das Potenzial zusätzlicher Erwerbsmöglichkeiten etwa durch die Abrechnung von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) gering. Einer hohen Arbeitsbelastung der Ärzte steht somit eine im regionalen Vergleich geringere Ertragskraft der Praxen gegenüber. Hinzu kommt, dass dünn besiedelte, wirtschaftsschwache Regionen auch in den so genannten weichen Standortfaktoren wie den Bildungs- und Kulturangeboten eher schlecht abschneiden. Im Ergebnis könnten so großflächige Regionen entstehen, in denen aufgrund der Alterung ein steigender Bedarf insbesondere an ambulanter Versorgung auf ein schrumpfendes Angebot trifft, wodurch eine Unterversorgung der ansässigen Bevölkerung droht.

56. Die ambulante Versorgung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient bei gesundheitlichen Problemen den Arzt (wiederholt) aufsuchen muss. In dünn besiedelten und abgelegenen Regionen bedeutet dies, dass eine alternde Bevölkerung, deren Mobilität ohnehin eingeschränkt ist, weite Wege zurücklegen muss, um sich in

ärztliche Behandlung zu begeben (Michel/Schulz 2007). Zudem wird in diesen Gebieten der örtliche Nahverkehr aufgrund des sinkenden Schul- und Berufsverkehrs ausgedünnt (Blümel et al. 2007). Vor allem für chronisch kranke und multimorbide Patienten könnte der Zugang eine zu hohe Hürde darstellen und ein latenter Versorgungsbedarf bliebe unversorgt. Hausbesuche der Ärzte könnten dieses Problem mindern. Dies würde aber voraussetzen, dass zum einen die langen Fahrtzeiten entsprechend vergütet werden und zum anderen genügend Ärzte in der Region praktizieren, da sich aufgrund der Fahrwege die Zahl der Patienten deutlich reduzieren dürfte, die ein Arzt pro Tag behandeln kann.

Die ambulante Pflege ist in erster Linie eine aufsuchende Hilfe, bei der die Pflegebedürftigen in ihren Wohnungen versorgt werden. Hier gilt jedoch ebenfalls, dass die Fahrtzeiten ausreichend vergütet werden und genügend Pflegekräfte vorhanden sein müssen. In der stationären medizinischen sowie pflegerischen Versorgung, stellt sich dieses Problem nicht in dem Maße, da der Patient am Ort der Behandlung verbleibt.

57. Aus diesem Grunde wird im Folgenden vor allem auf die ambulante Versorgungslage eingegangen. In Tabelle 17 sind, basierend auf den Statistiken des BBR und der KBV, Kreise aufgeführt, die bei ausgewählten Einflussfaktoren auf die ambulante Versorgungssituation eine überdurchschnittlich ungünstige Entwicklung aufweisen. Dazu wurden jeweils zwei Merkmale aus den vier Bereichen demografische Entwicklung, Siedlungsstruktur, Wirtschaftskraft und Versorgung mit Hausärzten ausgewählt. Diese sind ein erwarteter hoher Anstieg der Zahl der Hochbetagten, ein zukünftig hoher Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung, eine periphere Lage der Region, eine geringe Bevölkerungsdichte, hohe Arbeitslosigkeit, ein geringes Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, eine schon heute relativ geringe Hausarzttdichte und ein hoher Anteil an Hausärzten, die voraussichtlich in den nächsten Jahren aus der Versorgung ausscheiden. Anschließend wurden die Kreise identifiziert, die bei allen Merkmalen unter den 25 % (1. Quartil) der Regionen mit den ungünstigsten Merkmalsausprägungen liegen.

58. Die Kreise Torgau-Oschatz in Sachsen und der Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt sind die zwei Regionen, die in allen acht Einflussfaktoren eine besonders ungünstige Ausprägung aufweisen. Problematisch ist vor allem die Häufung der Risiken: Durch die Alterung der Bevölkerung steigt der Bedarf nach medizinischer und pflegerischer Betreuung. Gleichzeitig erschwert die dünne Besiedlung und abgeschiedene Lage der Region eine wohnortnahe Versorgung, – weite Wege müssen entweder durch die Luft oder durch die Leistungserbringer in Kauf genommen werden. Durch die geringe Wirtschaftskraft ist die Region wenig attraktiv für den medizinischen und pflegerischen Nachwuchs. Zudem sind die finanziellen Spielräume sowohl für private als auch kommunale Initiativen gering, die Versorgung sicherzustellen. Schließlich ist insbesondere die ambulante hausärztliche Versorgungslage bereits angespannt bzw. steht kurz davor, es zu werden.

Tabelle 17

**Kreise mit besonders ungünstiger Ausprägung ausgewählter Einflussfaktoren
auf die ambulante Versorgungssituation**

Kreis (Bundesland) (BB: Brandenburg, MV: Mecklenburg-Vorpommern, SN: Sachsen, ST: Sachsen-Anhalt, TH: Thüringen)	Alterung		Siedlungsstruktur		Wirtschaftskraft		Amb. Versorgung	
	Bev85 2025 2006	AN65 2025	Bev. poten- zial 2025	Einw. dichte 2025	ALQ 2006	BIP je Einw. 2006	Einw. je HA 2007	HAQ56 2007
	%	%	Einw.	E/km ²	%	1 000 €	E/HA	%
In allen Einflussfaktoren^{a)}								
Torgau-Oschatz (SN)	145,0	32,6	141 992	67	20,5	17,8	1 839	43,1
Altmarkkreis Salzwedel (ST)	132,7	29,6	195 800	35	18,5	18,7	1 772	41,5
Etwas dichter besiedelt^{b)}								
Märkisch Oderland (BB)	210,0	28,3	236 278	96	18,9	15,0	1 990	43,3
Muldentalkreis (SN)	132,4	29,5	252 128	133	19,3	17,7	1 729	44,0
Wirtschaftlich etwas stärker^{c)}								
Bad Doberan (MV)	221,9	29,5	125 502	90	15,9	17,2	1 792	49,3
Etwas bessere Versorgung mit Hausärzten^{d)}								
Oberspreewald-Lausitz (BB)	161,6	36,4	109 534	75	24,8	19,3	1 664	48,7
Mecklenburg-Strelitz (MV)	204,3	34,5	59 204	33	24,5	13,6	1 716	35,4
Ostvorpommern (MV)	221,9	33,3	53 203	50	24,0	14,0	1 567	26,1
Parchim (MV)	198,8	33,5	93 114	38	19,1	14,9	1 612	41,9
Nschl. Oberlausitzkreis (SN)	153,1	36,8	77 769	53	22,3	17,3	1 757	34,0

Bev85 2006/2025: Entwicklung der Zahl der Personen, die 85 Jahre und älter sind von 2006 bis 2025, Prognose des BBR; **AN65 2025:** Anteil der Personen, die 65 Jahre und älter sind, an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2025, Prognose des BBR; **Bev.potenzial 2025:** Regionales Bevölkerungspotenzial im Jahr 2025. Entspricht der im Umkreis von 100 km Luftliniendistanz erreichbaren Bevölkerung (distanzgewichtet), von Gemeindeverbänden auf Kreise flächengewichtet aggregiert, Prognose des BBR; **ALQ 2006:** Arbeitslosenquote im Jahresdurchschnitt 2006, BBR; **BIP je Einw. 2006:** Bruttoinlandsprodukt je Einwohner in 1 000 Euro im Jahr 2006, BBR; **Einw. je HA 2007:** Einwohner je Hausarzt im Jahr 2007, BBR, KBV; **HAQ56 2007:** Anteil der Hausärzte, die 56 Jahre und älter sind, an allen Hausärzten im Jahr 2007, KBV

a) Für die Auswahl galt im Einzelnen (von links nach rechts der Einflussfaktoren): 132,2 %, 28,3 %, 203 Tsd. Einw., 110 E/km², 16,1 %, 19,3 Tsd. Euro, 1 686 E./HA, 41,1 %.

b) Bev.potenzial 2025 312 Tsd. Einw. und Einw.dichte 2025 191; der Rest wie unter a).

c) ALQ 2006 10,9 und BIP je Einw. 2006 23,5 Tsd. Euro; der Rest wie unter a).

d) Einw. je HA 2007 1 556 und keine Beschränkung von HAQ56 2007; der Rest wie unter a).

Quelle: Eigene Berechnungen, Datenquelle: BBR, KBV

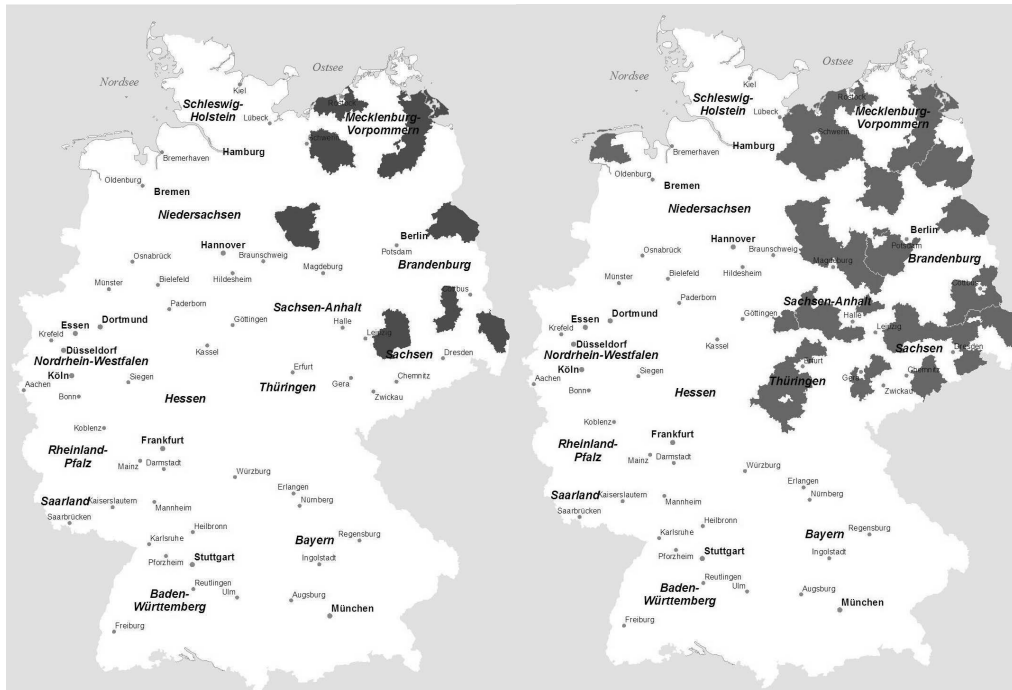
59. Diese Vorgehensweise schließt allerdings Regionen aus, die bei einzelnen Einflussfaktoren etwas besser abschneiden, dafür eventuell in anderen deutlich schlechter. Aus diesem Grunde wurden abwechselnd für die vier Bereiche auch die Regionen gesucht, die zu den 50 % (Median) Gebieten mit den ungünstigsten Merkmalsausprägungen gehören. Reduziert man die Einschlusskriterien im Bereich „Alterung“ finden sich keine weiteren Kreise, die in den anderen Bereichen eine derart ungünstige Entwicklung aufweisen. Lässt man dagegen etwas dichter besiedelte Gebiete zu, kommen das Märkisch Oderland in Brandenburg und der Muldentalkreis in Sachsen hinzu. Weitere Regionen können identifiziert werden, wenn man wirtschaftlich etwas stärkere Regionen bzw. Regionen

mit einer etwas besseren Versorgung mit Hausärzten einbezieht). Diese insgesamt zehn Regionen sind in Abbildung 6 (links) kartografisch dargestellt.

Ändert man bei allen ausgewählten Einflussfaktoren das Einschlusskriterium auf den jeweiligen Median der Verteilung erhält man insgesamt 38 Kreise (Abbildung 6 rechts). Dabei zeigt sich, dass bis auf Aurich in Niedersachsen alle so identifizierten Regionen im Osten liegen und sich zum Teil über Ländergrenzen hinweg große zusammenhängende Gebiete ergeben, in denen insbesondere die zukünftige Entwicklung der ambulanten Versorgungslage beobachtet werden sollte.

Abbildung 6

Kreise mit besonders ungünstiger Ausprägung ausgewählter Einflussfaktoren auf die ambulante Versorgungssituation



Links: Kreise aus Tabelle 17

Rechts: Kreise unter Verwendung des Medians als Einschlusskriterium*

* Kreise, in denen folgende Bedingungen vorliegen: Bev85 2025/2006 109,1 %; AN65 2025 25,0 %; Bev.potenzial 2025 312 Tsd.Einw.; Einw.dichte 2025 191 E/km²; ALQ 2006 10,9 %; BIP je Einw. 2006 23,5 Tsd. Euro; Einw. je HA 2007 1 556, HAQ56 2007 keine Einschränkung.

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung, Datenquelle: BBR, KBV

2.5 Die demografische Entwicklung im internationalen Vergleich

2.5.1 Annahmen der Bevölkerungsprognose

60. Ein internationaler Vergleich der demografischen Entwicklung vermag darüber Aufschluss zu geben, ob es sich bei der festgestellten künftigen Alterung der Bevölkerung in Deutschland um einen internationalen Trend oder ein bundesdeutsches Spezifikum handelt. Auch bei Vorliegen eines internationalen Trends interessiert, ob die jeweiligen Quotienten in relevantem Umfang von den Werten vergleichbarer Länder abweichen. Die folgenden Ausführungen stützen sich im Wesentlichen auf die neueste demografische Prognose der Vereinten Nationen (UN 2006). Diese schließt auch Entwicklungs- und Schwellenländer ein, der Fokus unseres Vergleiches liegt aber auf Ländern, die hinsichtlich ihres Bruttoinlandproduktes pro Kopf in etwa das bundesdeutsche Niveau aufweisen. Eine zusätzliche Vorausberechnung des Altenquotienten „65“ von Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (EUROSTAT) (2008) dient dazu, über einen Vergleich die Güte bzw. Plausibilität dieses internationalen Vergleichs abzuschätzen.

61. Die Werte der folgenden Tabellen basieren auf der „mittleren“ Variante der demografischen Prognose der

Vereinten Nationen, die im Prinzip der (Basis-) Variante 1 - W 1 der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes entspricht. Wie Tabelle 18 zeigt, unterstellt der internationale Vergleich aber eine deutlich höhere Geburtenrate, die jene der Variante „relativ junge“ Bevölkerung des Statistischen Bundesamtes noch übertrifft. Zudem fällt in Tabelle 18 auf, dass die Vereinten Nationen im Prognosezeitraum eine starke Angleichung der Geburtenrate erwarten, d. h. bei Ländern mit derzeit niedrigem Niveau, wie neben Deutschland Italien, Spanien und Österreich, einen deutlichen Anstieg. Da der internationale Vergleich für Deutschland von einem positiven jährlichen Wanderungssaldo von 150 000 Menschen, d. h. dem Mittelwert der beiden Varianten des Statistischen Bundesamtes, ausgeht, sprechen die unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Geburtenrate und des Wanderungssaldos für niedrigere Alten- und höhere Jugendquotienten als in der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. In die gleiche Richtung wirkt der selbst im Vergleich zur Basisvariante des Statistischen Bundesamtes niedrigere unterstellte Anstieg der Lebenserwartung (s. Tabelle 19). Die Vereinten Nationen prognostizieren hier im Jahre 2050 die höchste Lebenserwartung für Frauen in Japan und für Männer in Australien.

Tabelle 18

Internationaler Vergleich der demografischen Entwicklung: Annahmen zur Geburtenrate

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	1,36	1,44	1,54	1,69	1,74
Frankreich	1,89	1,85	1,85	1,85	1,85
Großbritannien	1,82	1,85	1,85	1,85	1,85
Italien	1,38	1,44	1,54	1,69	1,74
Österreich	1,42	1,50	1,60	1,75	1,80
Spanien	1,41	1,55	1,65	1,80	1,84
Schweiz	1,42	1,50	1,60	1,75	1,80
Niederlande	1,72	1,75	1,84	1,85	1,85
Norwegen	1,85	1,85	1,85	1,85	1,85
Schweden	1,80	1,85	1,85	1,85	1,85
Russland	1,34	1,41	1,51	1,66	1,71
Türkei	2,14	1,98	1,86	1,85	1,85
Brasilien	2,25	2,06	1,92	1,85	1,85
Kanada	1,53	1,55	1,65	1,80	1,85
Vereinigte Staaten	2,05	1,94	1,85	1,85	1,85
China	1,73	1,83	1,85	1,85	1,85
Indien	2,81	2,32	1,97	1,85	1,85
Japan	1,27	1,30	1,40	1,55	1,60
Australien	1,79	1,85	1,85	1,85	1,85
Afrika	4,67	3,95	3,30	2,62	2,46
Europa	1,45	1,52	1,61	1,73	1,76
Südamerika	2,32	2,11	1,95	1,86	1,85

Quelle: UN (2006), eigene Darstellung

Tabelle 19

Internationaler Vergleich der demografischen Entwicklung: Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt

Land	Geschlecht	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	männlich	76,5	77,9	79,1	80,8	81,4
	weiblich	82,1	83,4	84,6	86,3	86,8
Frankreich	männlich	77,1	78,4	79,6	81,3	81,8
	weiblich	84,1	85,3	86,4	87,9	88,5
Großbritannien	männlich	77,2	78,5	79,6	81,3	81,9
	weiblich	81,6	82,9	84,1	85,8	86,4
Italien	männlich	77,5	78,8	79,9	81,6	82,1
	weiblich	83,5	84,6	85,8	87,4	87,9

noch Tabelle 19

Land	Geschlecht	2005	2015	2025	2040	2050
Österreich	männlich	76,9	78,2	79,4	81,1	81,7
	weiblich	82,6	83,8	85,0	86,7	87,2
Spanien	männlich	77,7	78,9	80,1	81,7	82,3
	weiblich	84,2	85,4	86,5	88,0	88,6
Schweiz	männlich	79,0	80,2	81,3	82,8	83,3
	weiblich	84,2	85,3	86,4	88,1	88,6
Niederlande	männlich	77,5	78,8	79,9	81,6	82,1
	weiblich	81,9	83,0	84,0	85,5	85,9
Norwegen	männlich	77,8	79,3	80,5	82,2	82,7
	weiblich	82,5	83,8	85,0	86,7	87,2
Schweden	männlich	78,7	80,3	81,4	83,0	83,5
	weiblich	83,0	84,2	85,2	86,5	87,0
Russland	männlich	59,0	60,8	64,0	67,5	68,5
	weiblich	72,6	73,7	75,3	77,2	77,9
Türkei	männlich	69,4	71,3	73,2	75,4	76,1
	weiblich	74,3	76,1	78,0	80,2	80,9
Brasilien	männlich	68,8	71,2	73,1	75,4	76,0
	weiblich	76,1	78,3	80,1	82,4	83,0
Kanada	männlich	78,3	79,9	81,0	82,6	83,2
	weiblich	82,9	84,1	85,3	86,9	87,5
Vereinigte Staaten	männlich	75,6	76,8	77,9	79,8	80,4
	weiblich	80,8	82,1	83,3	85,1	85,7
China	männlich	71,3	73,2	74,8	76,8	77,4
	weiblich	74,8	76,9	78,6	80,7	81,3
Indien	männlich	63,2	66,6	69,3	72,5	73,4
	weiblich	66,4	70,4	73,6	77,0	77,9
Japan	männlich	79,0	80,5	81,5	82,9	83,3
	weiblich	86,1	87,9	88,9	90,4	90,9
Australien	männlich	78,9	80,6	82,0	83,6	84,1
	weiblich	83,6	84,8	85,9	87,5	88,0
Afrika	männlich	51,7	55,2	58,4	63,0	64,4
	weiblich	53,8	57,6	61,2	66,2	67,8
Europa	männlich	70,5	72,5	74,6	77,1	77,8
	weiblich	78,8	80,3	81,7	83,6	84,2
Südamerika	männlich	69,4	71,7	73,5	75,6	76,2
	weiblich	76,4	78,4	80,2	82,2	82,8

Quelle: UN 2006, eigene Darstellung

2.5.2 Ergebnisse der Schätzung

62. Im Basisjahr 2005 besitzt Deutschland, wie Tabelle 20 zeigt, nach Japan und Italien den höchsten Altenquotienten „65“. Wie die unterschiedlichen Annahmen zu den drei Komponenten der demografischen Entwicklung bereits erwarten lassen, weist der internationale Vergleich in Tabelle 20 einen deutlich niedrigeren Anstieg des Altenquotienten „65“ auf als die Basisprognose des Statistischen Bundesamtes (siehe oben unter 2.3.2, Tabelle 2). Der Wert von 58,7 im Jahre 2050 ähnelt ziemlich dem der Variante „relativ junge“ Bevölkerung des Statistischen Bundesamtes mit 58,0. Im internationalen Vergleich verzeichnet Deutschland im Jahre 2050 gleichwohl hinter Japan, Spanien und Italien den höchsten Altenquotienten „65“. Dieser übertrifft die entsprechenden Werte von z. B. Norwegen, Großbritannien oder der Schweiz um 34,3 % bzw. 32,4 % und 26,2 %. Deutschland liegt hier auch mit 12,6 % über dem europäischen Durchschnitt von 52,13. Angesichts des hohen Ausgangswertes im Basis-

jahr steigt der Altenquotient „65“ in Deutschland allerdings etwas geringer an als im europäischen Durchschnitt, d. h. auf das 1,9- gegenüber dem 2,1-fachen, an. Ein Blick auf die Bevölkerungsprognose von EUROSTAT in Tabelle 21 spricht hinsichtlich des Entwicklungsspektrums des Altenquotienten „65“ tendenziell für die Plausibilität der Werte sowohl der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes als auch der Prognose der Vereinten Nationen. Der Altenquotient „65“ von 61,38 im Jahre 2050 liegt zum einen im Bereich der Varianten „mittlere“ Bevölkerung der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes und Deutschland rangiert zum anderen mit diesem Wert wie in der Prognose der Vereinten Nationen im europäischen Vergleich hinter Spanien und Italien an dritter Position.

63. Beim Altenquotienten „80“ in Tabelle 22 liegt Deutschland im Basisjahr 2005 mit 7,23 im Durchschnitt vergleichbarer Länder. Das Spektrum dieser Länder reicht hier von 5,60 in Kanada bzw. 5,86 in den Niederlanden

Tabelle 20

Der Altenquotient „65“ im internationalen Vergleich

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	30,80	34,15	41,89	58,51	58,70
Frankreich	27,71	32,14	38,94	47,68	49,37
Großbritannien	27,08	30,72	34,85	43,70	44,34
Italien	32,15	36,98	42,34	62,34	65,93
Österreich	26,01	30,05	36,64	53,92	55,99
Spanien	26,55	29,69	36,15	56,23	69,31
Schweiz	24,90	30,60	37,64	48,13	46,53
Niederlande	23,10	30,30	38,66	50,86	47,53
Norwegen	24,75	28,92	34,50	43,87	43,71
Schweden	29,29	34,98	39,55	45,12	44,79
Russland	21,98	19,84	27,66	33,30	42,41
Türkei	9,85	10,79	14,63	24,11	31,69
Brasilien	10,81	13,21	18,00	26,71	34,11
Kanada	20,97	25,86	35,79	45,65	48,07
Vereinigte Staaten	20,54	23,70	31,35	36,58	37,70
China	12,38	14,83	21,83	39,44	42,47
Indien	9,57	10,31	13,12	18,32	23,66
Japan	32,25	46,27	53,50	69,67	80,20
Australien	21,67	26,88	34,44	43,28	45,26
Afrika	7,67	7,75	8,59	10,06	12,36
Europa	25,89	27,92	35,02	45,91	52,13
Südamerika	11,57	13,61	17,90	25,84	32,32

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: UN 2006, eigene Darstellung

Tabelle 21

Der Altenquotient „65“ im europäischen Vergleich

Land	2007	2015	2025	2040	2050
Deutschland	33,11	35,47	43,74	59,41	61,38
Frankreich	28,02	33,21	40,54	48,89	49,66
Großbritannien	26,92	30,04	33,90	40,72	42,17
Italien	32,96	36,71	41,86	59,53	64,33
Österreich	27,91	30,13	36,47	50,56	52,92
Spanien	26,06	28,13	33,77	51,89	64,48
Schweiz	26,42	30,42	36,88	47,98	50,10
Niederlande	24,03	30,58	39,18	51,41	50,16
Norwegen	24,58	28,96	35,19	44,96	45,93
Schweden	29,81	34,90	39,44	45,40	46,38

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: EUROSTAT 2008

bis 9,06 in Schweden. Wie beim Altenquotienten „65“ bleibt auch das Wachstum des Altenquotienten „80“ hinter dem Anstieg in der Basisvariante 1 - W 1 der Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zurück, sodass sich im Jahre 2050 der Wert von 25,57 zwischen den Varianten „relativ junge“ Bevölkerung und „mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze, d. h. mit höherem Wanderungssaldo, bewegt. Trotz dieser Annahme eines moderaten Anstiegs nimmt Deutschland beim Altenquotienten „80“ im Jahre 2050 hinter Japan und Italien den dritten Platz ein. In Europa weisen dann vor allem Schweden, Norwegen und Großbritannien um bis zu 58,4 % niedrigere Werte auf. Der Altenquotient „80“ in Deutschland übersteigt auch jenen in Frankreich noch um 31,8 %. Ein Blick auf die Entwicklung des Altenquotienten „85“ in

Tabelle 23 zeigt für Deutschland hinsichtlich des Ausgangsniveaus und der Platzierung im Jahre 2050 ein ähnliches Bild. Der Altenquotient „85“ steigt im Prognosezeitraum in Deutschland auf das 5,3-fache, in Schweden, Norwegen und Großbritannien dagegen nur auf das 2,2- bis 2,8-fache an. Auch der Altenquotient „85“ in Frankreich bleibt mit einem Anstieg auf das 3,5-fach noch deutlich unter dem Wachstum in Deutschland.

64. Beim intergenerativen Unterstützungskoeffizienten „80“ weist Deutschland, wie Tabelle 24 zeigt, im Basisjahr 2005 mit 23,84 innerhalb der europäischen Länder ausgenommen Russland nach den Niederlanden mit 19,06 den niedrigsten Wert auf. Italien mit 27,23 und Schweden mit 27,15 nehmen hier die Spitzenpositionen

Tabelle 22

Der Altenquotient „80“ im internationalen Vergleich

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	7,23	9,28	13,21	19,02	25,57
Frankreich	7,89	9,79	10,42	16,98	19,40
Großbritannien	7,51	8,25	9,65	13,75	16,95
Italien	8,26	11,19	13,30	19,84	26,86
Österreich	6,94	8,00	10,56	16,55	22,93
Spanien	6,84	9,46	10,74	17,26	25,47
Schweiz	7,03	8,50	11,21	17,15	20,57
Niederlande	5,86	7,31	9,53	16,62	19,59
Norwegen	7,85	7,41	8,82	14,09	16,59
Schweden	9,06	9,11	11,72	15,40	16,14
Russland	3,33	4,30	4,57	8,89	10,30

noch Tabelle 22

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Türkei	1,03	1,62	1,96	4,12	6,61
Brasilien	2,09	2,81	3,75	6,91	9,80
Kanada	5,60	6,70	8,63	15,98	18,69
Vereinigte Staaten	5,94	6,11	7,26	12,28	13,63
China	1,90	2,69	3,63	8,18	13,11
Indien	1,33	1,69	2,10	3,62	5,08
Japan	7,89	13,76	19,30	27,67	32,89
Australien	5,80	7,04	9,02	14,91	17,25
Afrika	0,94	1,05	1,16	1,59	1,95
Europa	5,71	7,33	8,85	14,19	18,10
Südamerika	2,26	2,91	3,72	6,60	9,15

80-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: UN (2006), eigene Darstellung

Tabelle 23

Der Altenquotient „85“ im internationalen Vergleich

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	2,73	4,60	6,83	9,77	14,34
Frankreich	3,33	5,15	5,78	9,55	11,51
Großbritannien	3,38	4,20	4,86	7,38	9,38
Italien	3,34	5,64	7,33	11,00	14,98
Österreich	2,67	4,11	5,07	8,42	12,62
Spanien	2,88	4,61	5,78	9,16	14,20
Schweiz	3,31	4,37	5,63	9,36	12,16
Niederlande	2,50	3,53	4,57	8,72	10,88
Norwegen	3,52	3,93	4,04	7,56	9,05
Schweden	4,12	4,77	5,39	8,68	8,91
Russland	1,11	1,86	2,51	3,64	5,34
Türkei	0,28	0,48	0,68	1,46	2,68
Brasilien	0,91	1,36	1,85	3,34	5,17
Kanada	2,50	3,43	4,27	8,34	11,36
Vereinigte Staaten	2,81	3,28	3,55	6,26	7,96
China	0,66	1,03	1,57	3,80	5,75
Indien	0,47	0,64	0,87	1,50	2,26
Japan	3,65	7,02	10,72	18,20	20,16
Australien	2,52	3,67	4,50	8,11	10,23
Afrika	0,29	0,34	0,40	0,56	0,74
Europa	2,21	3,50	4,60	7,20	9,96
Südamerika	0,95	1,35	1,76	3,13	4,70

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: UN 2006, eigene Darstellung

ein. Aufgrund der unterschiedlichen Annahmen über die drei demografischen Komponenten, die in der Bevölkerungsprognose der Vereinten Nationen im Vergleich zur Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes künftig einen etwas moderaten Alterungsprozess bewirken, liegt der intergenerative Unterstützungskoeffizient „80“ im Jahre 2050 mit 68,77 gegenüber 72,68 (Tabelle 10) hier etwas niedriger. Gleichwohl nimmt Deutschland im Jahre 2050 ähnlich wie bei den Altenquotienten auch beim intergenerativen Unterstützungskoeffizient „80“ hinter Japan, Spanien und Italien wiederum eine Spitzenposition ein. Die Ursache für diese hohen Altenquotienten und Unterstützungskoeffizienten im Jahre 2050 bildet ihr im europäischen Vergleich deutlich überdurchschnittliches Wachstum, das im Jahr 2005 mit Ausnahme des Altenquotienten „65“ zunächst auf eher unauffälligen und teilweise sogar unterdurchschnittlichen Basiswerten ansetzt. Hinsichtlich der Altenquotienten und Unterstützungsquotienten lässt sich im internationalen Vergleich feststellen, dass ihr Wachstum in entwickelten Ländern ein supranationales Phänomen darstellt, wobei sich die Zuwachsraten

aber teilweise deutlich unterscheiden. Neben Italien und Spanien sieht sich Deutschland innerhalb vergleichbarer Länder am stärksten mit den Problemen konfrontiert, die künftig generell und damit auch auf der Nachfrage- und Angebotsseite von Gesundheitsleistungen aus dem demografischen Wandel erwachsen.

65. Beim Jugendquotienten „20“ in Tabelle 25 weist Deutschland im Basisjahr 2005 nach Italien, Japan und Spanien den niedrigsten Wert auf. Die Annahme einer deutlich ansteigenden Geburtenrate führt in der Bevölkerungsprognose der Vereinten Nationen im Unterschied zur Basisvariante der demografischen Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zu einem im Prognosezeitraum zunehmenden Jugendquotienten „20“. Er wächst hier um 7,9 % auf 35,80 an, während er in der Basisvariante des Statistischen Bundesamtes um 11,4 % auf 29,18 abnimmt (siehe oben unter 2.3.2, Tabelle 5). Trotz dieser günstigeren Annahme, die sich tendenziell allerdings auch auf mehrere andere Länder bezieht, liegt Deutschland im Jahre 2050 mit dem Wert von 38,80 an drittletzter Position. Lediglich Japan und Russland besitzen dann

Tabelle 24

Der intergenerative Unterstützungskoeffizient „80“ im internationalen Vergleich

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	23,84	25,08	33,23	51,62	68,77
Frankreich	25,78	29,08	30,20	50,80	58,15
Großbritannien	25,07	25,65	27,89	42,08	50,70
Italien	27,23	32,30	32,14	53,56	74,80
Österreich	24,17	23,47	27,32	46,22	63,44
Spanien	26,28	30,06	27,37	43,66	75,49
Schweiz	23,27	24,92	31,86	53,46	60,52
Niederlande	19,06	20,63	25,58	52,56	59,49
Norwegen	25,56	23,02	25,61	44,06	48,59
Schweden	27,15	28,32	34,24	46,95	47,03
Russland	12,75	13,28	14,44	21,83	28,37
Türkei	5,60	7,06	7,17	12,87	19,75
Brasilien	10,72	11,64	14,08	22,15	31,24
Kanada	19,27	19,37	25,39	46,23	53,33
Vereinigte Staaten	21,00	18,83	23,57	40,11	42,67
China	8,30	9,60	10,16	23,21	35,63
Indien	6,96	7,95	9,19	13,06	16,15
Japan	22,41	41,07	49,69	68,68	84,92
Australien	20,18	22,02	27,40	45,80	51,92
Afrika	5,81	6,36	6,89	7,96	8,96
Südamerika	11,34	12,24	14,30	21,73	28,86

80-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren

Quelle: UN 2006, eigene Darstellung

Tabelle 25

Der Jugendquotient „20“ im internationalen Vergleich

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	33,19	29,34	30,15	34,78	35,80
Frankreich	42,03	41,30	40,57	41,03	40,99
Großbritannien	41,37	39,09	40,11	40,54	40,00
Italien	30,66	30,41	29,48	33,39	36,02
Österreich	34,72	31,32	31,57	35,61	37,03
Spanien	31,21	32,22	32,57	33,31	39,35
Schweiz	36,70	33,35	34,30	39,45	39,67
Niederlande	39,81	37,88	36,97	42,57	41,06
Norwegen	43,86	41,05	40,08	41,91	40,21
Schweden	40,65	38,06	41,22	41,21	40,46
Russland	37,48	31,18	33,79	31,41	35,73
Türkei	65,85	54,27	47,24	41,32	40,55
Brasilien	65,47	57,20	50,42	43,43	41,77
Kanada	38,87	34,28	35,46	37,58	39,02
Vereinigte Staaten	47,01	44,50	44,68	42,18	41,58
China	49,37	38,99	38,09	38,10	36,84
Indien	82,80	67,93	56,57	43,55	39,96
Japan	31,06	30,60	28,06	29,95	32,62
Australien	43,66	40,38	41,00	41,25	40,69
Afrika	118,53	107,65	95,74	75,72	65,97
Europa	36,94	32,98	33,83	34,40	36,85
Südamerika	69,46	59,12	51,89	44,36	42,00

Unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: UN 2006, eigene Darstellung

noch niedrigere Jugendquotienten „20“. Mit Ausnahme von Italien und Österreich übersteigen die Quotienten der anderen europäischen Länder den deutschen Wert um 9,9 % bis 14,7 %.

66. Im Basisjahr 2005 nimmt Deutschland beim Jugendquotienten „5“ in Tabelle 26 sogar den letzten Platz ein¹⁵. Im Prognosezeitraum verbessert sich diese Position

¹⁵ Diese Tabelle erlaubt keinen unmittelbaren Vergleich mit dem Jugendquotienten in Tabelle 6 (s. oben unter 2.3.2), da der Zähler bei diesem internationalen Vergleich das 5. Lebensjahr nicht einschließt. Es fällt allerdings auf, dass der Quotient für Deutschland in Tabelle 26 kontinuierlich ansteigt, während der Jugendquotient „5“ nach der Basisvariante des Statistischen Bundesamtes im Prognosezeitraum geringfügig absinkt. Ursache hierfür bilden die unterschiedlichen Annahmen über die Entwicklung der Geburtenrate.

ein wenig, sodass Deutschland im Jahre 2050 noch vor Japan, Russland und Italien nur die viertletzte Position einnimmt. Die künftige Entwicklung des Jugendquotienten „5“ hängt allerdings in besonders starkem Maße von den jeweils unterstellten Geburtenraten ab. Da die Vereinten Nationen in ihrer Prognose von einer weitgehenden Angleichung der Geburtenraten ausgehen, verringern sich von 2005 bis 2050 tendenziell die Differenzen zwischen den aufgelisteten Ländern, sodass die Jugendquotienten „5“ – abgesehen von Afrika – später nur noch relativ gering voneinander abweichen. Innerhalb Europas reicht die Spanne im Jahre 2050 von Schweden und Großbritannien mit 10,09 bis Italien mit 8,78 bzw. Russland mit 8,59. Gegenüber 2005 verkürzte sich die Spanne somit von 3,24 Punkten zwischen Norwegen und Deutschland auf 1,31 bzw. 1,50 Punkte.

Tabelle 26

Der Jugendquotient „5“ in internationalen Vergleich

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	7,15	6,75	7,44	8,21	8,91
Frankreich	10,65	9,89	9,79	10,13	9,89
Großbritannien	9,64	9,96	10,06	9,95	10,09
Italien	7,55	7,03	6,81	8,41	8,78
Österreich	7,68	7,36	7,77	8,57	9,31
Spanien	8,02	8,31	7,07	8,79	9,83
Schweiz	7,99	7,69	8,82	9,43	10,02
Niederlande	9,97	8,57	9,33	10,33	9,76
Norwegen	10,39	9,79	10,15	10,06	9,85
Schweden	9,23	9,86	10,40	9,94	10,09
Russland	7,83	7,95	7,23	7,89	8,59
Türkei	16,00	13,39	11,38	10,09	9,84
Brasilien	17,02	14,15	12,15	10,51	10,14
Kanada	8,49	8,18	8,71	9,11	9,79
Vereinigte Staaten	11,51	11,24	10,77	10,44	10,21
China	10,51	9,72	9,43	8,85	9,13
Indien	21,52	17,09	13,60	10,48	9,72
Japan	7,28	6,70	6,32	7,23	7,65
Australien	10,28	10,07	10,29	10,03	10,14
Afrika	35,48	31,32	26,22	19,86	16,78
Südamerika	17,72	14,72	12,64	10,71	10,21

Unter 5-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: UN (2006), eigene Darstellung

2.6 Zum Gesundheitszustand bei steigender Lebenserwartung

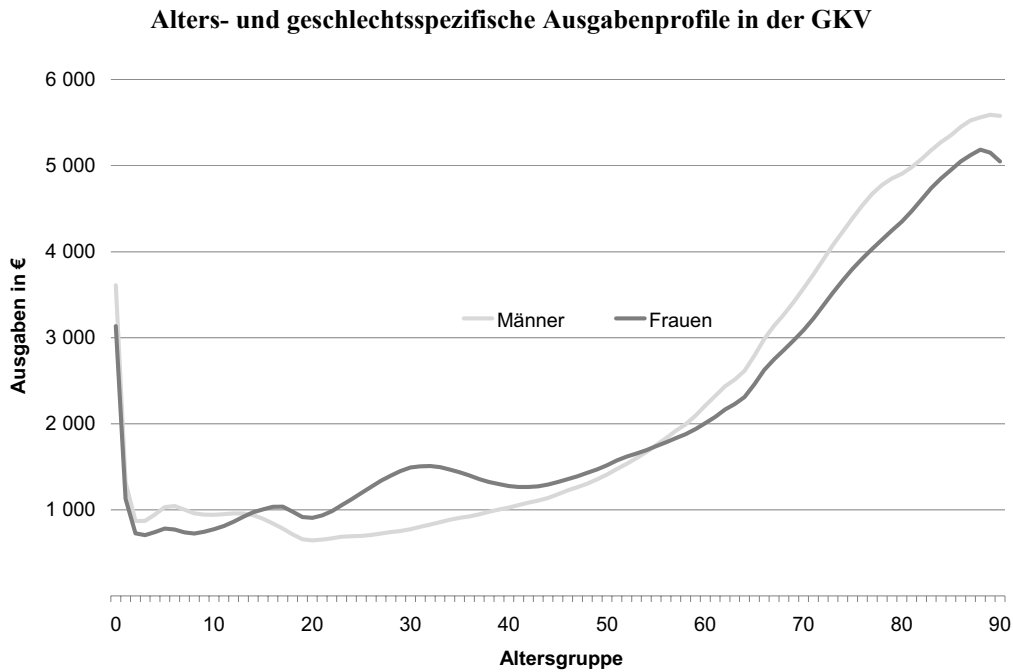
2.6.1 Die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile in der gesetzlichen Krankenversicherung als Ansatzpunkt

67. Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und der damit einhergehenden stärkeren Besetzung der höheren Altersgruppen interessieren hinsichtlich der künftig zu erwartenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der entsprechenden Ausgabenentwicklung vor allem die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile. Wie in Abbildung 7 veranschaulicht, steigen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der GKV pro Jahr für beide Geschlechter ab einem Alter von 50 Jahren deutlich an. Dabei liegt die stärkste Zunahme im Altersbereich zwischen 65 und 80 Jahren und eine Trendumkehr findet auf einem hohen Niveau - erst mit einem Alter von ca. 88 Jahren statt. In einem Alter zwischen 15 und 53 Jahren überschreiten die Ausgabenprofile für

Frauen jene für Männer, während es sich in den anderen Altersabschnitten umgekehrt verhält. Schon ab einem Alter von 67 Jahren (Männer) bzw. 71 (Frauen) überschreiten die jeweiligen Ausgaben die 3 000-Euro-Grenze.

68. Einen ähnlichen Verlauf wie die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile in der GKV weisen die entsprechenden durchschnittlichen Aufwendungen im Krankenhaus auf. Der starke Anstieg der Ausgabenprofile beginnt hier, wie Abbildung 8 illustriert, bereits ab einem Alter von 60 Jahren, schwächt sich dann aber bei den Männern bei einem Alter von 80 Jahren etwas ab. Eine Trendumkehr dieses Anstiegs lässt sich im Krankenhaus ebenfalls erst ab einem Alter von 88 Jahren beobachten. Im Vergleich mit den Ausgabenprofilen der gesamten GKV-Ausgaben verkürzt sich die Altersspanne, in der die Ausgabenprofile der Frauen jene der Männer überschreiten, auf die Zeitspanne zwischen 15 bis 42 Jahre und diese Differenz fällt auch etwas niedriger aus. Die durchschnittlichen Krankenhausaussgaben übersteigen die 1 500-Euro-

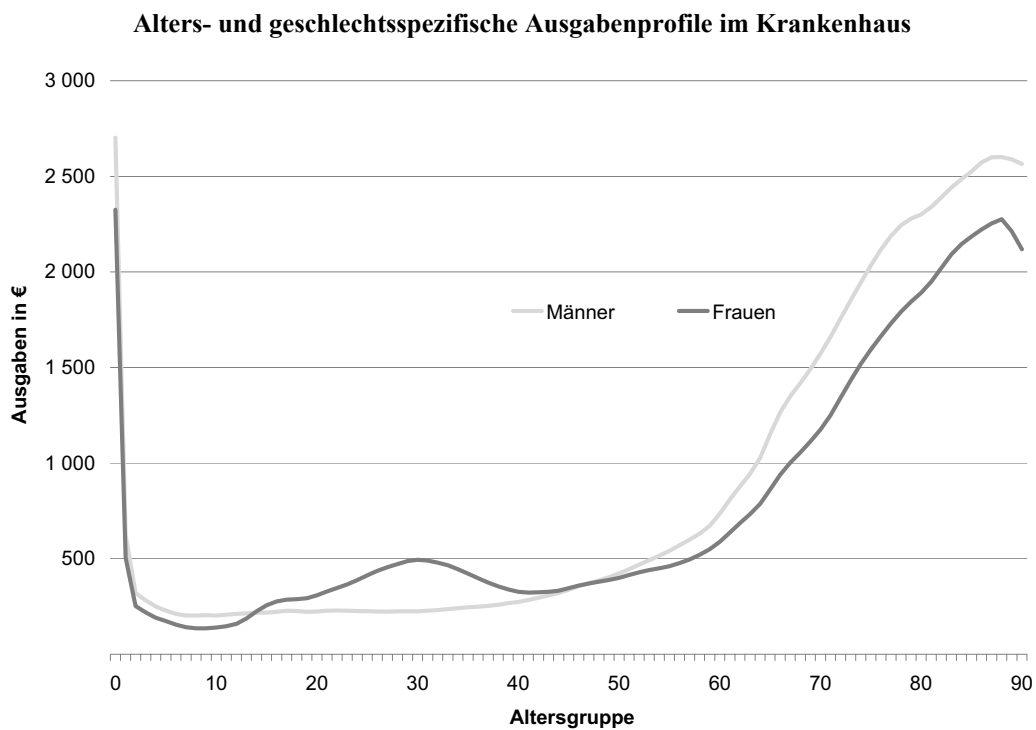
Abbildung 7



Werte ohne EU-/BU-Rentner und ohne Risikopool

Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung

Abbildung 8



Werte ohne EU-/BU-Rentner und ohne Risikopool

Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnungen, eigene Darstellung

Grenze bei den Männern bei ca. 69 und bei den Frauen bei ca. 74 Jahren. In der Spitze erreichen die durchschnittlichen Ausgaben im Krankenhaus bei Männern mit einem Alter von 87 Jahren Werte über 2 500 Euro. Bei den Frauen, bei denen die durchschnittlichen Gesamtausgaben ebenfalls im Alter von 87 Jahren bei 5 000 Euro kulminieren, liegt der entsprechende Anteil der Aufwendungen im Krankenhaus mit ca. 2 250 Euro etwas niedriger.

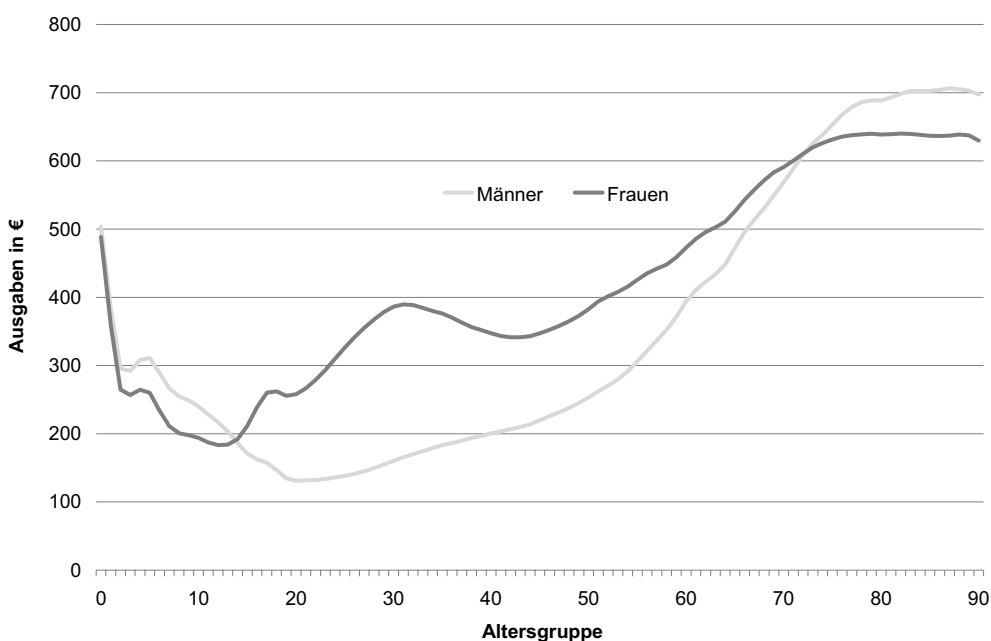
69. Verglichen mit den Gesamt- und den Krankenhausausgaben weisen die durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Aufwendungen im Rahmen der ambulanten Behandlung für Versicherte der GKV in Verlauf und Niveau deutliche Unterschiede auf. Der starke Anstieg der Ausgabenprofile findet hier, wie Abbildung 9 zeigt, bei den Männern zwischen ca. 53 und 73 Jahren und bei den Frauen in spürbar abgeschwächter Form zwischen ca. 44 und ebenfalls 73 Jahren statt. Ab diesem Alter nehmen die durchschnittlichen altersspezifischen Ausgaben bei den Frauen kaum noch zu und bei den Männern nur noch sehr moderat. Eine Trendumkehr, ab ungefähr 87 Jahren, lässt sich allerdings bei den Männern nicht und bei den Frauen nur minimal erkennen. Die Zeitspanne, in der die altersspezifischen Ausgaben der Frauen über jenen der Männer liegen, erstreckt sich im Rahmen der ambulanten Behandlung von ca. 15 bis 73 Jahren und damit etwa 30 Jahre weiter als bei den Ausgabenprofilen im Krankenhaus. Zudem weisen die Ausgabenprofile für Frauen und Männer in dieser Zeitspanne weit größere Differenzen auf. Vom Niveau her erreichen die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile im Rahmen der

ambulanten Behandlung bei Männern und Frauen in der Spitze nur ca. 12 bis 13 % der entsprechenden gesamten Ausgaben in der GKV und etwa 27 % der jeweiligen Ausgaben im Krankenhaus. Ein Vergleich der Ausgabenprofile zwischen der Krankenhaus- und der ambulanten Behandlung betont, insbesondere vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung, die Notwendigkeit, künftig weitmöglichst stationäre durch ambulante Leistungen zu substituieren.

70. Der Verlauf der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Arzneimitteln, den Abbildung 10 veranschaulicht, gleicht in der Tendenz jenem für Krankenhausleistungen, wobei die Arzneimittelausgaben eine noch stärkere Altersabhängigkeit aufweisen. Das Wachstum der Ausgabenprofile von Arzneimitteln schwächt sich allerdings schon ab einem Alter von 75 Jahren bei Männern sowie Frauen ab und die Trendumkehr fällt bei den Männern ab 85 Jahren noch etwas deutlicher aus. Im Unterschied zu den Ausgabenprofilen der anderen Behandlungsarten besteht im Alterszeitraum zwischen 20 und 65 Jahren zwischen den Aufwendungen für Frauen und jenen für Männer nur ein geringer Unterschied. Die durchschnittlichen Arzneimittelausgaben für Männer tangieren im Alter von 85 Jahren die 1 000-Euro-Grenze und liegen damit um ca. 300 Euro bzw. 43 % über den entsprechenden Aufwendungen für ambulante Behandlung. Bei einem Alter von 65 Jahren ergibt sich für Männer eine ähnliche Relation. Dagegen fällt diese Relation der Arzneimittel zu den ambulanten Behandlungsausgaben bei den 65-jährigen Frauen mit ca. 100 Euro bzw. 20 %

Abbildung 9

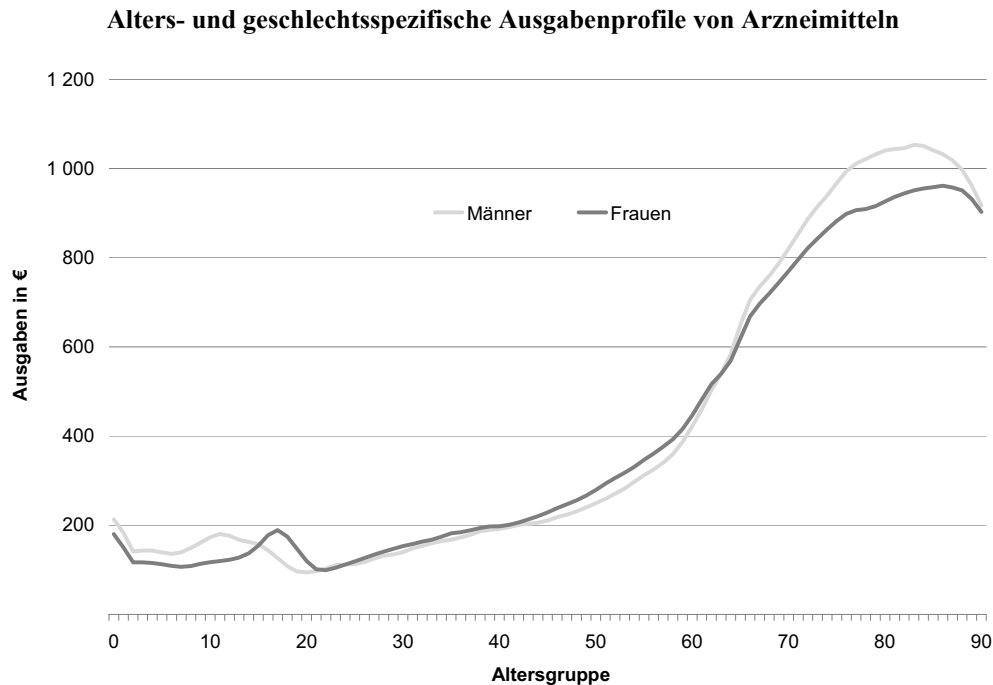
Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Rahmen der ambulanten Behandlung



Werte ohne EU-/BU-Rentner und ohne Risikopool

Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung

Abbildung 10



Werte ohne EU/BU Rentner und ohne Risikopool

Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung

im Vergleich zu den 85-jährigen Frauen mit ca. 300 Euro bzw. 45 % deutlich niedriger aus. Die signifikanten Unterschiede zwischen den alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen von Arzneimitteln und ambulanter Behandlung verdienen insofern ein besonderes Interesse, als es sich hier überwiegend um komplementäre Behandlungsarten handelt.

2.6.2 Die Thesen von der Kompression und der Expansion der Morbidität

71. Angesichts der in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegenen und noch immer zunehmenden Lebenserwartung¹⁶ stellt sich sowohl unter epidemiologischen und wohlfahrtstheoretischen als auch unter kosten- bzw. ausgabenorientierten Aspekten die Frage, in welchem Gesundheitszustand die Menschen künftig die hinzugewonnenen Lebensjahre verbringen. Diese beiden Perspektiven gilt es zunächst in normativer Hinsicht voneinander zu trennen, denn die hinzugewonnenen Lebensjahre erhöhen grundsätzlich die gesundheitlichen Outcomes und damit die Wohlfahrt der Betroffenen. Dieser Aspekt bleibt unberührt von damit einhergehenden Kosten- bzw. Ausgabeneffekten. Für die Lebensqualität der Menschen spielt es allerdings eine relevante Rolle, ob es sich bei den hinzugewonnenen Lebensjahren um in Gesundheit oder in

Krankheit verbrachte Jahre handelt. In einfachster Form setzt sich in einem bestimmten Zeitraum der Zugewinn an Lebensjahren (L^x)

$$(1) L^x = L_{t+1} - L_t$$

aus gesunden (G) und in Krankheit (K) verbrachten Lebensjahren zusammen:

$$(2) L^x = L_G^x + L_K^x$$

Während in den heute entwickelten Industrienationen zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch akute, meist infektiöse Krankheiten wie Tuberkulose oder Diphtherie die häufigste Todesursache bildeten, dominieren heute chronische Krankheiten, wie Diabetes und Asthma oder Krebserkrankungen (Fries 1980). Vor diesem Hintergrund postuliert Fries in seiner These von der Morbiditätskompression, dass sich der Ausbruch chronisch irreversibler Krankheiten, die typischerweise in höheren Lebensjahren auftreten, vornehmlich durch Maßnahmen im Bereich der primären Prävention, wie die Unterlassung von Rauchen und gesunde Ernährung zeitlich hinauszögern lassen (Fries 1980; 1983; 1993) Einen späteren Ausbruch von chronischen Krankheiten können auch nicht-medizinische Faktoren, wie der Bildungsstand oder eine verbesserte ökologische Umwelt bewirken (Fries 1984).

72. Die These von der absoluten Morbiditätskompression geht somit davon aus, dass sich durch eine verbesserte Verhaltens- und Verhältnisprävention der Eintritt

¹⁶ Wie in 2.1.2 ausgeführt, bildet die steigende Lebenserwartung allerdings nur eine Einflussgröße der demografischen Alterung, die in Deutschland wenn auch abgeschwächt ebenfalls bei einer künftig konstanten Lebenserwartung einsetzen würde.

chronischer Erkrankungen hinauschiebt und mit steigender Lebenserwartung die Länge der in Krankheit verbrachten Lebenszeit abnimmt:

$$(3) L_{K_{t+1}} < L_{K_t}$$

Die These von der absoluten Morbiditätskompression unterstellt, dass das durchschnittliche Alter, in dem eine chronische Krankheit ausbricht bzw. diagnostisch erkannt wird, schneller als die durchschnittliche Lebenserwartung ansteigt (Fries 1983). Als Ausbruch der Krankheit gilt der Zeitpunkt, an dem sich die Krankheit durch Überschreiten einer Symptomschwelle klinisch manifestiert. Nach der These von der absoluten Morbiditätskompression verringert sich somit die Zeitspanne zwischen dem Ausbruch einer irreversiblen chronischen Krankheit und dem darauf folgenden Tod mit steigender durchschnittlicher Lebenserwartung (Fries 1983).

73. Nach der These von der relativen Morbiditätskompression nimmt lediglich der Anteil der Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung an der Gesamtzahl der Lebensjahre ab:

$$(4) \frac{L_{K_{t+1}}}{L_{t+1}} < \frac{L_{K_t}}{L_t}$$

Die absolute Morbiditätskompression impliziert immer auch die relative. Umgekehrt stellt die relative Morbiditätskompression nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für die absolute dar (vgl. Cischinsky 2007, S. 14ff.). Für die Existenz der relativen Morbiditätskompression reicht z. B. schon eine konstante Länge der in Krankheit verbrachten Zeit ($L_{K_{t+1}} = L_{K_t}$) aus.

74. Im Gegensatz zur These von der Morbiditätskompression sehen die Vertreter der These von der Morbiditätsexpansion, die auf Ernest M. Gruenberg (1977) zurückgeht, einen umgekehrten Zusammenhang zwischen einer steigenden Lebenserwartung und der in Krankheit verbrachten Zeitspanne. Nach der These der absoluten Morbiditätsexpansion häufig auch als Medikalisationsthese bezeichnet nimmt mit steigender Lebenserwartung die Zahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre vor allem bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt zu, d. h.

$$(5) L_{K_{t+1}} > L_{K_t}$$

Wie der Titel des Beitrags von Gruenberg „The failures of succes“ bereits andeutet, bewirkt der medizinische Fortschritt, wie z. B. die Entdeckung des Wirkstoffes Insulin, zwar eine Verlängerung des Lebens, vermag aber die chronische Krankheit weder zu heilen, noch ihren Ausbruch hinauszuzögern. Neue Behandlungsmethoden führen über eine Verlängerung des Lebens gleichzeitig zu einer höheren Anzahl von in Krankheit verbrachten Lebensjahren. Zudem kann innerhalb der länger andau-

ernden Krankheitsphase die Krankheitsschwere zunehmen (vgl. Verbrugge 1984).

75. Nach der These von der relativen Morbiditätsexpansion steigt entsprechend der Anteil der in Krankheit verbrachten Lebensjahre an der Gesamtzahl der Lebensjahre, d. h.

$$(6) \frac{L_{K_{t+1}}}{L_{t+1}} > \frac{L_{K_t}}{L_t}$$

Hier schließt die relative Morbiditätsexpansion die absolute ein, aber nicht umgekehrt. Die absolute Morbiditätsexpansion bildet nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für die relative. Bei steigender Lebenserwartung können die absolute Morbiditätsexpansion und die relative Morbiditätskompression gleichzeitig auftreten (vgl. Cischinsky 2007). Dieser Fall setzt voraus, dass die relative Zunahme des Alters beim Eintritt der Krankheit das relative Wachstum der Lebensdauer übersteigt. Die absolute Morbiditätskompression schließt hingegen die relative Morbiditätsexpansion aus.

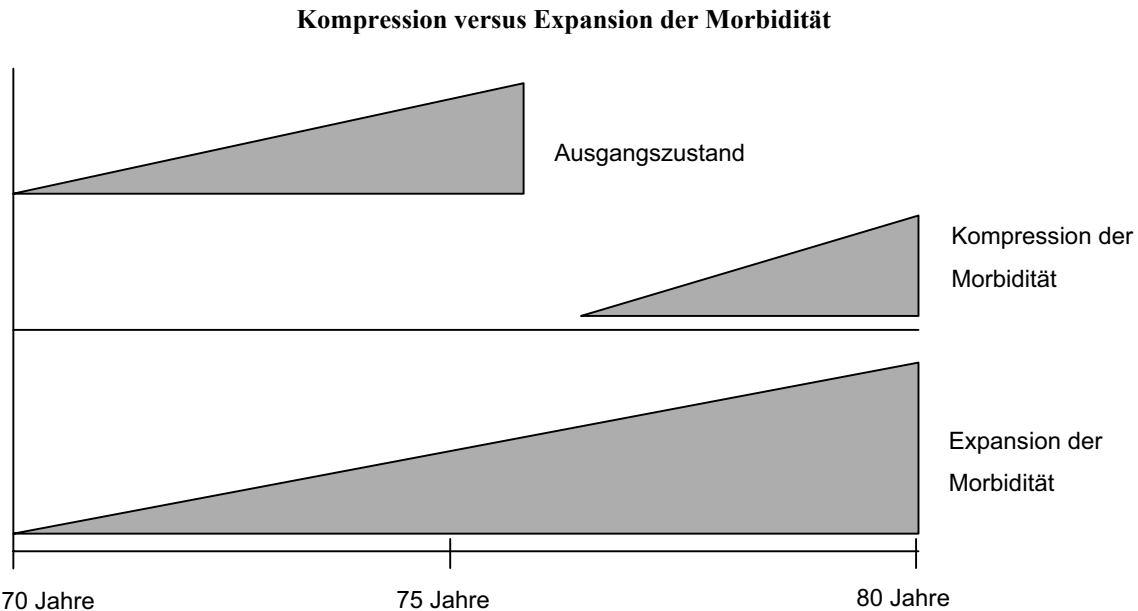
76. Im Sinne eines dynamischen Gleichgewichtes zwischen den in Gesundheit und den in Krankheit verbrachten hinzugewonnenen Lebensjahren kann im Zuge einer steigenden Lebenserwartung der Anteil der in Krankheit verbrachten Zeitspanne an der Gesamtzahl der Lebensjahre auch konstant bleiben (Manton 1982; Kroll et al. 2008), d. h.

$$(7) \frac{L_{K_{t+1}}}{L_{t+1}} = \frac{L_{K_t}}{L_t}$$

Wegen (2) impliziert dies auch einen konstanten Anteil der gesunden Lebensjahre. L^x , L_K^x und L_G^x wachsen mit derselben Rate. Es findet damit zwar eine absolute, aber keine relative Morbiditätsexpansion und auch keine relative Morbiditätskompression statt.

77. Die unterschiedlichen Annahmen und Effekte von Morbiditätskompressions- und Morbiditätsexpansionsthese jeweils in ihrer absoluten Variante veranschaulicht noch einmal Abbildung 11. Dabei zeigt das Dreieck horizontal die Dauer und vertikal die Intensität der irreversiblen chronischen Krankheiten an. Im Ausgangszustand beginnt die chronische Krankheit mit 70 Jahren und 5 Jahre später tritt der Tod ein. Bei einem unterstellten Zugewinn an Lebenserwartung von 5 Jahren lässt sich nach der Morbiditätskompressionsthese die Manifestation der chronischen Erkrankung um 6 Jahre hinauschieben, sodass die in Krankheit verbrachte Lebenszeit von ursprünglich 5 auf 4 Jahre absinkt. Nach der Morbiditätsexpansionsthese verändert sich dagegen der Ausbruch der chronischen Erkrankung nicht, sodass die Zunahme der Lebenserwartung hier zu einer Verlängerung der Krankheitsphase von 5 auf 10 Jahre führt. Zudem erhöht sich in diesem Zeitraum die Intensität der chronischen Erkrankung.

Abbildung 11



Quelle: In Anlehnung an Fries 2000, S. 1586

78. Es gibt inzwischen eine Vielzahl von empirischen Studien, die untersuchen, ob in der Vergangenheit eher eine Kompression oder eine Expansion der Morbidität existierte (zu Überblicken siehe Niehaus 2006; Cischinsky 2007; Kroll et al. 2008). Diese Untersuchungen unterscheiden sich vornehmlich hinsichtlich der verwendeten Morbiditätsindikatoren, des Betrachtungszeitraumes und der jeweiligen Population. Die meisten Studien bauen allerdings auf der Perioden-Betrachtung auf, die sich in methodischer Hinsicht nicht dazu eignet, kohortenbezogene Schlüsse abzuleiten und Einflussgrößen sowie Mechanismen zu identifizieren, die in der Vergangenheit für die Steigerung der Lebenserwartung verantwortlich zeichneten. Die Ergebnisse dieser Studien fallen insgesamt unterschiedlich aus, wenngleich die Hinweise auf eine Existenz der Morbiditätskompression überwiegen (vgl. auch Felder 2008).¹⁷

79. Unabhängig von den methodischen Problemen, mit denen sich die bisher vorliegenden empirischen Studien konfrontiert sehen, vermögen sie ohnehin nur sehr bedingt Ansatzpunkte für prognostische Aussagen zu bieten. Das Verhältnis von Kompression und Expansion der Morbidität hängt künftig vor allem von den Wirkungen bzw. Erfolgen präventiver Maßnahmen und den Effekten des medizinisch-technischen Fortschritts ab. Im Sinne der Morbiditätskompression geht es darum, die vorhandenen

Präventionspotenziale auszuschöpfen (Kruse et al. 2003) und dabei vor allem die vulnerablen Gruppen zu erreichen bzw. miteinzubeziehen (Kroll et al. 2008). Erfolgreiche Maßnahmen in transsektoralen Bereichen, wie Bildung, Umwelt, Verkehr, Wohnen, Arbeitsplatz sowie Einkommens und Vermögenspolitik können die Bemühungen der Gesundheitspolitik wirksam unterstützen. Andererseits sprechen künftige medizinisch-technische Innovationen tendenziell eher für die Expansion der Morbidität. Eine erfolgreiche tertiäre Prävention könnte allerdings bei einer gleichen Zeitspanne der Morbidität die Krankheitsschwere verringern. Einen Einfluss übt in diesem Kontext auch das zukünftige Verhältnis von genetisch determinierten zu verhaltenskorrelierten Erkrankungen aus. Bei ersteren besteht eher die Wahrscheinlichkeit einer Expansion der Morbidität, während zweitens die Chancen eröffnen, eine Kompression der Morbidität zu erreichen.

2.6.3 Auswirkungen auf die Finanzierung und ökonomische Konsequenzen

80. Wie bereits angedeutet, besteht bei der Frage nach der Gültigkeit von Morbiditätskompressions- und/oder Morbiditätsexpansionsthese die Gefahr, sowohl normative und positive als auch epidemiologische bzw. wohlfahrtstheoretische und kosten- bzw. ausgabenorientierte Aspekte zu vermischen. Die in einem bestimmten Zeitraum empirisch ermittelte Existenz einer Kompression oder Expansion der Morbidität lässt ebenso wenig valide Aussagen über die damit einhergehende Ausgabenentwicklung zu wie umgekehrt ein spezielles Ausgabenwachstum eine der beiden Thesen zu bestätigen vermag. Zunächst schließen sich, wie gezeigt, die beiden Thesen in epidemiologischer Hinsicht nicht völlig aus, denn die

¹⁷ Nach einer international vergleichenden Studie der Universität Leicester über die fernere Lebenserwartung und die Erwartung gesunder Lebensjahre im Alter von 50 Jahren liegen die Deutschen mit ihrer ferneren Lebenserwartung im Durchschnitt vergleichbarer Länder, weisen aber eine auffällig niedrige Anzahl an so genannten gesunden Lebensjahren auf. Vgl. Europa-Kontakt Informations- und Verlagsgesellschaft mbH 2008.

absolute Morbiditätsexpansion kann zugleich mit der relativen Morbiditätskompression auftreten. Die mit dem Lebensalter stark steigenden Ausgabenprofile bilden insofern keinen überzeugenden Beleg für die Morbiditätsexpansionsthese, als die hohen durchschnittlichen Kosten, die bei hochbetagten Menschen anfallen, weniger von ihrem Alter als von ihrer Nähe zum Tod und damit von den hohen Sterbekosten abhängen (vgl. Felder 2008).

Im Vergleich zur These von der Morbiditätsexpansion erleichtert jene von der Morbiditätskompression zwar *ceteris paribus* die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und Sterbekosten lassen sich aber keine fundierten Schlüsse über die Effekte ziehen, die in den nächsten Jahrzehnten von einer steigenden Lebenserwartung auf die Ausgabenentwicklung ausgehen. Bei im Zeitablauf stark zunehmenden Sterbekosten kann eine Erhöhung der Lebenserwartung auch bei Vorliegen einer Morbiditätskompression das Wachstum der Gesundheitsausgaben intensivieren. Die im Zeitablauf steigenden Sterbekosten übertreffen dann den ausgabenenkenden Effekt, der aus der Erhöhung der Lebenserwartung resultiert (vgl. Niehaus 2006). Andererseits besteht ebenso die Möglichkeit, dass bei Existenz einer Morbiditätsexpansion wirksame Maßnahmen im Bereich der tertiären Prävention das Ausgabenwachstum abschwächen. Die Patienten leben dann zwar einige Jahre länger mit ihrer chronischen Krankheit, verursachen aber dank einer besseren therapeutischen Einstellung niedrigere durchschnittliche Kosten pro Jahr.

81. Mit Blick auf die künftige Belastung der sozialen Sicherungssysteme insgesamt gilt es zu berücksichtigen, dass die zunehmende Lebenserwartung insbesondere die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), aber auch die soziale Pflegeversicherung (SPV) siehe hierzu auch Unterkapitel 5.3 fiskalisch deutlich stärker beeinflusst als die GKV. Verglichen mit den finanziellen Effekten, die von einer steigenden Lebenserwartung auf die öffentlichen Haushalte und die Sozialversicherung ausgehen, spielt die Frage, ob eine steigende Lebenserwartung eher mit einer Morbiditätskompression oder -expansion einhergeht, fiskalisch keine zentrale Rolle. Der GKV stellt sich in normativer Hinsicht primär die Aufgabe, mit Hilfe einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Versicherten zu erhöhen. Dies kann in erster Linie durch outcomeerhöhende Produktinnovationen und erfolgreiche Präventionsmaßnahmen geschehen. Unter generationenspezifischen Aspekten bedeutet dies, dass die Gesundheitspolitik mit diesen Maßnahmen bereits im Kindesalter ansetzt, die Patienten bei den altersspezifischen Übergängen adäquat begleitet und im hohen Alter problembezogen versorgt und betreut. Dabei können Innovationen sowie erfolgreiche präventive Maßnahmen in allen Lebensphasen die Krankheitsschwere zumindest temporär abmildern und damit möglicherweise auch ausgabenenkend wirken.

82. Ein anschauliches Beispiel für die Bedeutung sowohl präventiver Maßnahmen als auch einer effizienten Versorgung im Zusammenhang mit einer Expansion oder Kompression der Morbidität bildet die Arzneimittelthera-

pie. In Gesellschaften mit einer hohen Lebenserwartung leiden viele Menschen über mehrere Jahre ihres Lebens an Bluthochdruck, Diabetes oder anderen chronischen Erkrankungen und benötigen in dieser Zeit wirksame und teilweise teure Arzneimittel. Eine Verringerung der Prävalenzen dieser Krankheiten führt über eine Kompression der Morbidität sowohl zu einer höheren Lebensqualität der Betroffenen als auch zu einer geringeren Belastung der GKV. Dies erscheint umso wichtiger, als die Prävalenz altersbedingter neurodegenerativer Erkrankungen mit einer steigenden Lebenserwartung zunehmen dürfte. Die Hoffnungen beruhen hier vor allem auf der Entwicklung neuer Medikamente, z. B. gegen Demenz oder bösartige Erkrankungen. Eine damit möglicherweise einhergehende Expansion der Morbidität erscheint nicht weniger wünschenswert als eine Kompression der Morbidität bei verhaltensabhängigen Krankheiten. Sie kann allerdings die GKV vor spezifische Finanzierungsprobleme stellen.

2.7 Die Entwicklung der Gesundheitsberufe

83. Der demografische Wandel übt auch Einfluss auf den Arbeitsmarkt aus: In Abhängigkeit von der Erwerbsbeteiligung (Berufseintrittsalter, Frauenerwerbsquote, Renteneintrittsalter) wird in Deutschland ab dem Jahr 2020, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der zwischen 1955 und 1965 Geborenen in Rente gehen, in der gesamten Volkswirtschaft die Zahl der Erwerbstätigen spürbar sinken (Börsch-Supan/Wilka 2007). Diese Entwicklung trifft auch die Berufe im Gesundheitswesen.

84. In den letzten zehn Jahren erhöhte sich die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um durchschnittlich 6,4 % (Tabelle 27). Überproportional wuchs in dieser Zeit vor allem die Zahl der Physiotherapeuten und der Altenpfleger. Die Zahl der Ärzte stieg seit dem Jahr 1997 leicht überproportional um 11,3 %. Die größte Gruppe unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen stellen die Gesundheits- und Krankenpfleger dar, gefolgt von den Arzthelfern und zahnmedizinischen Fachangestellten.

85. Im Jahr 2007 waren 72,6 % aller Beschäftigten im Gesundheitswesen weiblich (Tabelle 28). Arzthelfer bzw. zahnmedizinische Fachangestellte sind mit 99,0 % fast ausschließlich Frauen. Die geringsten Anteile von Frauen findet sich bei den Zahnärzten (39,4 %) und Ärzten (40,6 %). Die Frauenquote im Gesundheitswesen ist in den letzten zehn Jahren weiter gestiegen. Auffällig ist insbesondere der starke Anstieg in den akademischen Berufen (Ärzte, Zahnärzte und Apotheker), der mit rund 4 Prozentpunkten deutlich über dem Durchschnitt von 1,8 Prozentpunkten liegt. Dieser Trend wird sich auch in Zukunft fortsetzen. So liegt die jeweilige Frauenquote in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen bei 54,0 % (Ärzte), 60,0 % (Zahnärzte) und 71,4 % (Apotheker).

86. Gemessen in Vollzeitäquivalenten, wodurch die steigende Zahl der Beschäftigungsverhältnisse in Teilzeit berücksichtigt wird, lag der Umfang des Personaleinsatzes im Gesundheitswesen insgesamt im Jahr 2007 etwa auf dem Niveau des Jahres 1997. Überproportional stiegen

Tabelle 27

Beschäftigte im Gesundheitswesen 1997 bis 2007

Bezeichnung	1997	2000	2003	2007	1997–2007 in %
	in Tausend				
Gesamt	4 107	4 087	4 230	4 368	106,4
Gesundheits- und Krankenpfleger	694	699	712	731	105,3
Arzthelfer/zahnmedizinische Fachangestellte	490	489	510	522	106,5
Altenpfleger	199	242	288	348	174,9
Ärzte	283	295	304	315	111,3
Helfer in der Krankenpflege	202	208	224	224	110,9
Zahnärzte	62	63	65	66	106,5
Apotheker	54	55	55	58	107,4
Physiotherapeuten	49	61	77	91	185,7
Übrige Gesundheitsberufe	2 075	1 975	1 993	2 015	97,1

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Daten der Gesundheitspersonalrechnung (www.gbe-bund.de)

Tabelle 28

Anteil der Frauen an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen
1997 bis 2007

Bezeichnung	1997	2000	2003	2007	1997–2007 in Prozent- -Punkten
	in %				
Gesamt	70,8	71,2	71,7	72,6	+1,8
Gesundheits- und Krankenpfleger	85,0	85,3	85,5	85,2	+0,2
Arzthelfer/zahnmedizinische Fachangestellte	99,0	99,0	99,0	99,0	0,0
Altenpfleger	87,4	86,8	86,8	86,8	-0,6
Ärzte	36,0	36,9	38,2	40,6	+4,6
Helfer in der Krankenpflege	76,2	76,0	75,0	74,1	-2,1
Zahnärzte	35,5	36,5	36,9	39,4	+3,9
Apotheker	61,1	63,6	61,8	65,5	+4,4
Physiotherapeuten	87,8	85,2	84,4	82,4	-5,4

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Daten der Gesundheitspersonalrechnung (www.gbe-bund.de)

die Vollzeitäquivalente in dieser Zeitspanne bei den Physiotherapeuten (75,0 %) und den Altenpflegern (52,0 %).

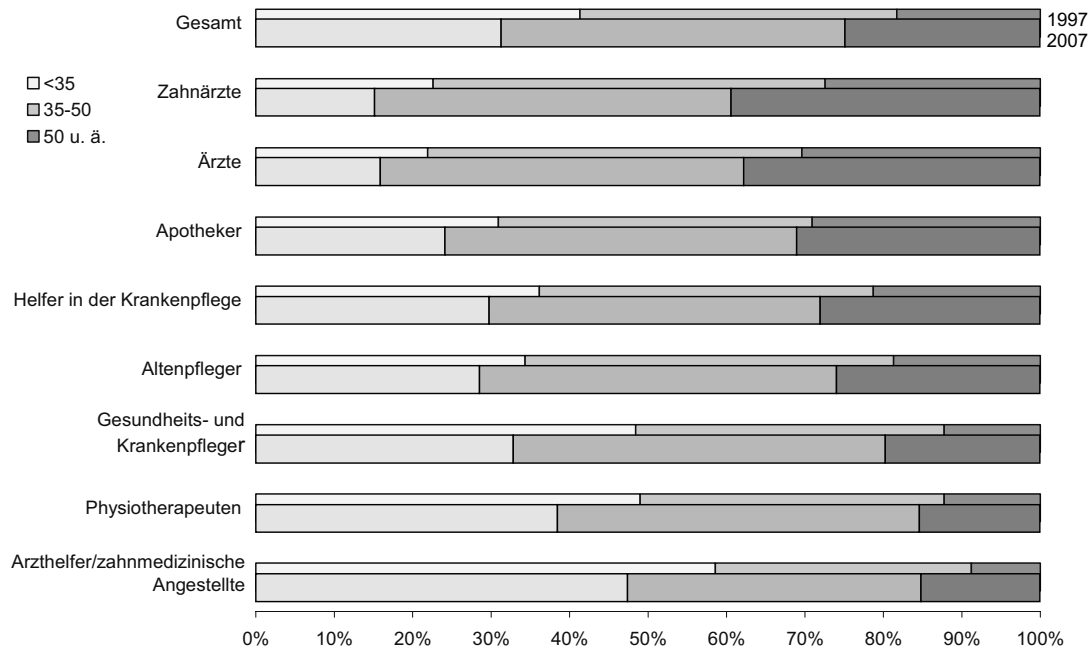
Unter den Ärzten ist die Zahl der Vollzeitäquivalente zwischen dem Jahr 1997 und 2007 um 10,5 % gestiegen und liegt damit nur marginal unter dem Anstieg der Zahl der Ärzte von 11,3 % (Tabelle 27). Insofern führte die höhere Frauenquote unter den Ärzten bislang nicht zu einer nennenswerten Zunahme der Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse.

87. Über alle Gesundheitsberufe hinweg lässt sich für die vergangenen zehn Jahre eine deutliche Alterung fest-

stellen (Abbildung 12). So stieg der Anteil der Personen, die 50 Jahre und älter sind, unter allen Beschäftigten im Gesundheitswesen von 18,3 % im Jahr 1997 auf 24,8 % im Jahr 2007. Darunter weisen die akademischen Berufe aufgrund der längeren Ausbildung einen vergleichsweise hohen Anteil dieser Altersgruppe auf: Zahnärzte 39,4 %, Ärzte 37,8 % und Apotheker 31,0 % (Stand: 2007). Besonders ausgeprägt war die Alterung in der Berufsgruppe der Arzthelfer und zahnmedizinischen Fachangestellten sowie den Gesundheits- und Krankenpflegern, bei denen sich der Anteil der Altersgruppe „50 und älter“ um 72,5 % bzw. um 60,8 % erhöhte – allerdings ausgehend

Abbildung 12

Altersgruppen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen, 1997 und 2007



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Daten der Gesundheitspersonalrechnung (www.gbe-bund.de)

Tabelle 29

Beschäftigte im Gesundheitswesen unter 35 Jahren, 1997 bis 2007

Bezeichnung	1997	2000	2003	2007	1997-2007 in %
	in Tausend				
Gesamt	1 698	1 516	1 437	1 367	80,5
Gesundheits- und Krankenpfleger	336	296	264	240	71,4
Arzthelfer/zahnmedizinische Fachangestellte	287	267	256	247	86,1
Altenpfleger	68	74	82	99	145,6
Ärzte	62	55	50	50	80,6
Helfer in der Krankenpflege	73	70	73	67	91,8
Zahnärzte	14	11	10	10	71,4
Apotheker	17	15	17	14	82,4
Physiotherapeuten	24	27	32	35	145,8

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Daten der Gesundheitspersonalrechnung (www.gbe-bund.de)

von einem niedrigen Niveau. In Prozentpunkten gemessen wuchs der Anteil der Älteren am stärksten bei den Zahnärzten (+12,0 Prozentpunkte), gefolgt von den Gesundheits- und Krankenpflegern (+7,5 Prozentpunkte), den Ärzten (+7,4 Prozentpunkte) und den Altenpflegern (+7,3 Prozentpunkte).

88. Der Teil der älteren Beschäftigten, der im nächsten Jahrzehnt in den Ruhestand geht, müsste durch die nach-

folgenden Generationen ersetzt werden, will man den derzeitigen Personalbestand aufrechterhalten. Wie aus Tabelle 29 ersichtlich wird, ist allerdings in den letzten zehn Jahren die absolute Zahl der Beschäftigten unter 35 Jahre in nahezu allen Berufsgruppen zurückgegangen, im Durchschnitt um fast 20 %. Mit rund 30 % war der Rückgang in der jüngsten Altersgruppe bei den Gesundheits- und Krankenpflegern sowie den Zahnärzten am ausgeprägtesten.

Die Entwicklung in der ambulanten ärztlichen Versorgung

89. In den vergangenen Jahren wurde wiederholt eine Debatte darüber geführt, ob in Deutschland in absehbarer Zeit zu wenig Ärzte praktizieren (Klose et al. 2007; Kopetsch

2007; O.V. 2008; Schmacke et al. 2008). Dabei steht vor allem die ambulante Versorgung im Fokus.

90. Tabelle 30 stellt die Entwicklung der Zahl der Ärzte dar, die in der vertragsärztlichen Versorgung nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung tätig sind.

Tabelle 30

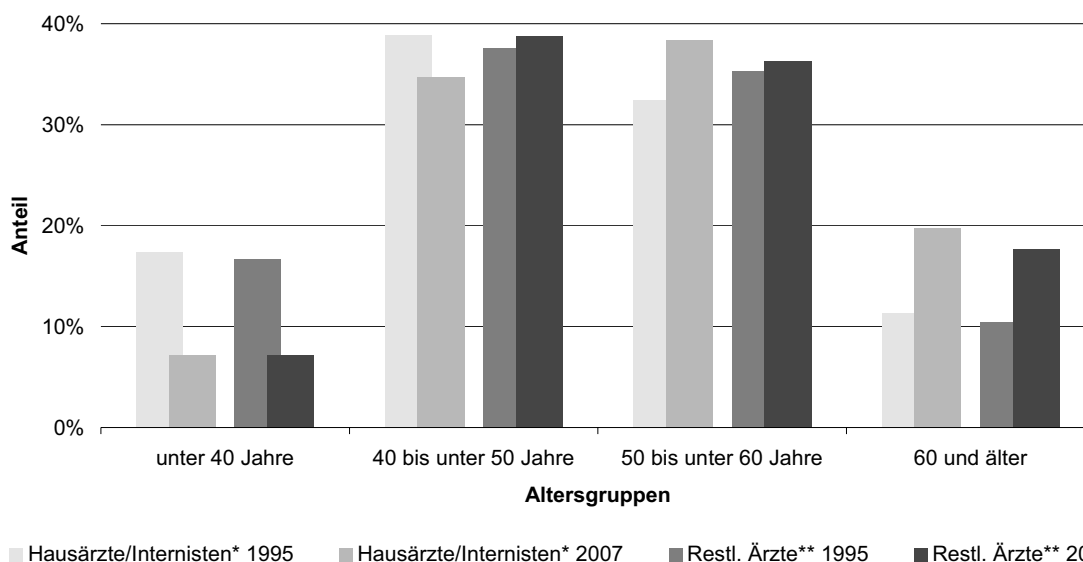
An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, 1997 bis 2007

	1997	2000	2007	1997–2007 in %
Arztgruppen insgesamt	123 266	126 832	134 172	107,1
Allgemein-, Praktische Ärzte	44 603	44 107	42 726	97,1
Allgemeinärzte	28 963	31 026	34 798	114,3
Praktische Ärzte	15 640	13 081	7 928	58,6
Gebietsärzte (ohne Allgemeinärzte)	78 663	82 725	91 446	112,4
Anästhesisten	2 927	3 474	3 775	111,4
Augenärzte	5 311	5 380	5 513	103,8
Chirurgen	5 312	5 434	5 829	109,3
Frauenärzte	10 421	10 682	11 172	106,0
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	4 063	4 109	4 238	104,0
Hautärzte	3 401	3 477	3 614	105,4
Internisten	18 319	18 962	22 143	118,4
Kinderärzte	6 476	6 711	6 942	104,9
Kinder- und Jugendpsychiater	372	491	726	157,8
Laborärzte	755	720	850	120,6
Lungenärzte	349	310	233	74,2
Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgen	675	815	1 043	135,3
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	5 446	5 566	5 579	102,7
Neurochirurgen	207	280	576	221,5
Nuklearmediziner	319	426	649	163,9
Orthopäden	5 027	5 272	5 743	111,2
Pathologen	633	658	754	116,9
Ärztliche Psychotherapeuten	2 757	3 553	4 706	133,2
Radiologen, Diagnostische Radiologen	3 040	3 236	3 731	118,0
Urologen	2 684	2 776	2 963	107,9
Übrige Arztgruppen	169	393	667	186,3
Arztgruppen insgesamt	123 266	126 832	134 172	107,1
darunter: Hausärzte		59 788	58 689	99,0
darunter: Fachärztlich tätige Internisten		5 026	7 520	147,2

Quelle: Eigene Berechnung, Datenbasis: Bundesärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.gbe-bund.de)

Abbildung 13

Altersgruppen nach Arztgruppen in der ambulanten Versorgung, 1995 und 2007



* Hausärzte/Internisten: Die bei den Ärztekammern registrierten und in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte mit der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ sowie die Praktischen Ärzte. Dies umfasst auch die Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten in der ambulanten Versorgung, die in der Ärztestatistik der BÄK nicht separat aufgeführt werden.
 ** Restl. Ärzte: Bei den Ärztekammern registrierte und in der ambulanten Versorgung tätige Ärzte ohne die Praktischen Ärzte, die Ärzte mit der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ und die Ärzte, die noch keine Fachbezeichnung haben.

Quelle: Eigene Berechnung, Datenbasis: Ärztestatistik der Bundesärztekammer, www.gbe-bund.de

Über alle Arztgruppen hinweg, ist die Zahl der Ärzte seit dem Jahr 1997 um 7,1 % gestiegen. Am stärksten wuchs die Zahl der Neurochirurgen (121,5 %), der „Übrigen Arztgruppen“¹⁸ und der Nuklearmediziner (63,9 %). Einen Rückgang verzeichneten die Praktischen Ärzte (-41,4 %) und die Lungenärzte (-25,8 %). Die sinkende Zahl der Praktischen Ärzte erklärt sich daraus, dass sich seit dem Jahr 2003 Ärzte ohne Facharztausbildung nicht mehr neu niederlassen können. Die Zahl der Hausärzte ist in den letzten zehn Jahren ebenfalls leicht gesunken (-1 %), wofür in erster Linie der Rückgang der Praktischen Ärzte verantwortlich ist, der nicht durch den Anstieg der Zahl der Allgemeinärzte und hausärztlich tätigen Internisten voll umfänglich ersetzt werden konnte.

91. Bereits aus Abbildung 12 wurde ersichtlich, dass sich der demografische Wandel auch auf die Altersstruktur der Ärzte auswirkt. Wie in der gesamten Volkswirtschaft ist ab dem Jahr 2020 mit einem verstärkten Fachkräftemangel zu rechnen, wenn die Generation der „Babyboomer“ das Arbeitsleben verlässt. In der hausärztliche Versorgung erscheint die Alterung überdurchschnittlich ausgeprägt. In Abbildung 13 werden die jeweiligen Altersgruppen für die Gruppe der Hausärzte/Internisten und der restlichen Ärzte

in der ambulanten Versorgung verglichen. In beiden Gruppen ist der Anteil der Ärzte, die 60 Jahre und älter sind im Jahr 2007 im Vergleich zum Jahr 1995 deutlich gestiegen, während der Anteil der unter 40-Jährigen sich mehr als halbiert hat.

Der Unterschied liegt in den mittleren Altersgruppen: Bei den Hausärzten/Internisten ist seit dem Jahr 1995 bereits der Anteil der 40- bis unter 50-Jährigen rückläufig, während die Gruppe der 50- bis unter 60-jährigen Hausärzte/Internisten weiter wuchs. Unter den restlichen Ärzten erhöhten sich dagegen beide Altersgruppen leicht. Ein Grund dafür dürfte sein, dass die im Durchschnitt älteren Praktischen Ärzte nicht in dem Umfang durch neu ausgebildete Allgemeinmediziner ersetzt werden (Tabelle 30). Hinzu kommt, dass im Vergleich zur stationären in der gesamten ambulanten Versorgung der Umfang der nachrückenden Ärztegeneration seit 1995 überdurchschnittlich gesunken ist (Tabelle 31).

2.8 Fazit und Empfehlungen

92. Die für den bundesdeutschen Durchschnitt prognostizierte Entwicklung der Altenquotienten verdeutlicht bereits, dass die demografische Entwicklung das Gesundheitswesen und hier vor allem die Pflege künftig vor erhebliche Herausforderungen stellt. Einer steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen infolge einer stark anwachsenden Kohorte der Hochbetagten steht ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber, das die erforderlichen Leistungen zu erbringen

¹⁸ Dabei handelt es sich um: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Hygieniker, Immunologen, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner und Transfusionsmediziner.

Tabelle 31

Zahl der unter 40-jährigen Ärzte nach Sektoren

	1995	2007	1995 – 2007 in %
Ärzte gesamt*	115 193	90 474	78,5
Ambulante Versorgung	23 812	12 117	50,9
Stationäre Versorgung	84 501	74 165	87,8
Behörden/Körperschaften u. a.	2 474	1 610	65,1
Sonstige Bereiche	4 406	2 582	58,6

* Bei den Ärztekammern registrierte Ärzte, die einer ärztlichen Tätigkeit nachgehen.

Quelle: Eigene Berechnung, Datenbasis: Ärztestatistik der Bundesärztekammer, www.gbe-bund.de

vermag. Dies wirft schon hier die Frage nach einer generationenspezifischen Versorgung auf, die den Kriterien der Nachhaltigkeit, Effizienz und Effektivität bzw. Qualität genügt.

93. Da die Patienten die Gesundheitsversorgung überwiegend ortsnah, zumindest mit regionalem Bezug benötigen und die Erbringung von ambulanten und stationären Leistungen zumeist entsprechend räumlich dezentral stattfindet, liegt es nahe, auch die Entwicklung der demografischen Strukturen in den einzelnen Bundesländern zu betrachten und hieraus spezifische Konsequenzen zu ziehen. Dies gilt vor allem für die weit überdurchschnittliche Alterung in den neuen Bundesländern. In diesen Ländern tritt die Problematik, künftig in Deutschland flächendeckend eine qualitativ hochwertige Gesundheitsvorsorge sicherzustellen, in deutlich verschärfter Form auf.

94. Die demografische Entwicklung führt nicht nur zu gesundheitspolitisch relevanten Veränderungen zwischen Bundesländern, sondern auch innerhalb von Bundesländern zwischen verschiedenartigen Siedlungsstrukturen und hier insbesondere zwischen städtisch und ländlich geprägten Räumen. Die Aufgabe der flächendeckenden Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung stellt sich künftig grundsätzlich in ländlichen Räumen, aber in besonderem Maße in den ländlichen Räumen der neuen Bundesländer.

95. Ein internationaler Vergleich der demografischen Entwicklung belegt, dass es sich bei der künftigen Alterung der Bevölkerung nicht um ein bundesdeutsches Spezifikum, sondern um einen internationalen Trend handelt. In diesem Kontext verzeichnet Deutschland hinter Japan, Spanien und Italien den höchsten Altenquotienten „65“, der auch 12 % über dem europäischen Durchschnitt von 52,13 liegt. Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Altenquotienten „85“, bei dem Deutschland hinter Japan und Italien an dritter Stelle rangiert.

96. Vor dem Hintergrund einer steigenden Lebenserwartung und einer sich abzeichnenden stärkeren Besetzung der höheren Altersgruppen interessieren hinsichtlich der

künftig zu erwartenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der Ausgabenentwicklung vor allem die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile. Dabei steigen die Ausgaben der GKV für beide Geschlechter ab einem Alter von 50 Jahren deutlich an. Die stärkste Zunahme liegt im Altersbereich zwischen 50 und 80 Jahren und eine Trendumkehr findet erst mit einem Alter von ca. 88 Jahren statt. Einen ähnlichen Verlauf wie die Profile der Gesamtausgaben der GKV weisen die entsprechenden durchschnittlichen Aufwendungen im Krankenhaus und für Arzneimittel auf, wobei Letztere die stärkste Altersabhängigkeit unter den Leistungsarten besitzen. Verglichen mit diesen Ausgabenprofilen nehmen die durchschnittlichen Aufwendungen im Rahmen der ambulanten Behandlung erheblich schwächer zu.

97. Angesichts der noch immer steigenden Lebenserwartung stellt sich sowohl unter epidemiologischen und wohlfahrtstheoretischen als auch unter kosten- bzw. ausgabenorientierten Aspekten die Frage, in welchem Gesundheitszustand die Menschen künftig die hinzugekommenen Lebensjahre verbringen. Diese erhöhen grundsätzlich die gesundheitlichen Outcomes und damit die Wohlfahrt der Betroffenen, allerdings geschieht dies in stärkerem Maße bei gesund verbrachten zusätzlichen Lebensjahren. Im Vergleich zur These von der Morbiditätsexpansion erleichtert jene der Morbiditätskompression zwar ceteris paribus die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und Sterbekosten lassen sich aber keine fundierten Aussagen über die Effekte machen, die von einer steigenden Lebenserwartung auf die Ausgabenentwicklung ausgehen. Bei im Zeitablauf stark zunehmenden Sterbekosten kann auch die Morbiditätskompression mit einem Wachstum der Gesundheitsausgaben einhergehen. Umgekehrt besteht ebenso die Möglichkeit, dass bei Morbiditätsexpansion die Ausgabenentwicklung dank einer Kostensenkung durch wirksame Maßnahmen im Bereich der tertiären Prävention moderat verläuft.

98. Ein Blick auf die Altersstruktur der im Gesundheitswesen Beschäftigten zeigt, dass in den letzten zehn Jah-

ren der Anteil der über 50-jährigen über alle betrachteten Gesundheitsberufe hinweg von 18,3 % im Jahre 1997 auf 24,8 % im Jahre 2007 anstieg. Dabei sank im Vergleich zur stationären in der ambulanten Versorgung die Zahl der unter 40-jährigen Ärzte von 1995 bis 2007 überdurchschnittlich und hier weisen die Hausärzte die ausgeprägteste Alterung auf. Die bisherige Entwicklung der Gesundheitsberufe und ihre derzeitige Altersstruktur unterstreichen damit die Herausforderung der Gesundheitspolitik, künftig die quantitativen und qualitativen Angebotskapazitäten für eine hochwertige Versorgung sicherzustellen.

2.9 Literatur

- ÄZ (Ärzte Zeitung) (24.07.2008): Junge Hausärzte verzweifelt gesucht.
- Babel, B. (2007): Bevölkerungsvorausrechnungen unter besonderer Berücksichtigung von Unsicherheiten, Lohmar, Köln.
- BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (2006): Raumordnungsprognose 2020/2050, Bonn.
- BBR/BMVS (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung/Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung) (Hrsg.) (2006): Umbau statt Zuwachs: Siedlungsentwicklung und öffentliche Daseinsvorsorge im Zeichen des demographischen Wandels.
- BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (2008): INKAR 2007. Version 8.
- Beetz, S. (Hrsg.) (2007): Die Zukunft der Infrastrukturen in ländlichen Räumen, Materialien der Interdisziplinären Arbeitsgruppe: Zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume: Nr. 14, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Berlin.
- Blümel, H., Canzler, W., Knie, A. und Ruhrort, L. (2007): Zukunftsfähige Mobilitätsangebote für schrumpfende Regionen: Der ÖPNV in der Demografiefalle – Problemdiagnose und Reformbedarf, InnoZ-Bausteine: Nr. 2, Innovationszentrum für Mobilität und gesellschaftlichen Wandel GmbH (InnoZ), Berlin.
- Börsch-Supan, A. und Wilka, C.B. (2007): Szenarien zur mittel- und langfristigen Entwicklung der Anzahl der Erwerbspersonen und der Erwerbstätigen in Deutschland, 153, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (mea) (Hrsg.), Mannheim.
- Bretz, M. (1986): Bevölkerungsvorausrechnungen: Statistische Grundlagen und Probleme, in: *Wirtschaft und Statistik* 4/1986: 233–260.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2007): Regionale Alterung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Binnenwanderung, Wiesbaden.
- Bundesversicherungsamt (2008): Datenzusammenstellung und Rechnungsergebnis – Jahresausgleich 2007, Bonn.
- Buslei, H., Schulz, E. und Steiner, V. (2007): Auswirkungen des demographischen Wandels auf die private Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen in Deutschland bis 2050, DIW: Politikberatung kompakt 26, Berlin.
- Cischinsky, H. (2007): *Lebenserwartung, Morbidität und Gesundheitsausgaben*, Frankfurt.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (Hrsg.) (2007): *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern*, Berlin.
- Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ (2002): *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Schlussbericht*, Bundestagsdrucksache 14/8800, Berlin.
- Erbsland, M. und Wille, E. (1995): *Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 4/1995: 661–686.
- Europa-Kontakt Informations- und Verlagsgesellschaft mbH (2008): *Deutsche leben länger, werden aber früher krank*, in: *Europäischer Informationsbrief Gesundheit* 6/2008, S. 3 und 16.
- EUROSTAT (Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften) (2008): *European Population Projections (EUROPOP)*, Base Year 2008.
- Felder, S. (2008): *Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende*, in: *G+G Wissenschaft*, Jg. 8, Heft 4 (Oktober), S. 23–30.
- Fries, J. F. (1980): *Aging, natural death, and the compression of morbidity*, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 303, no. 3: 130–135.
- Fries, J. F. (1983): *The Compression of morbidity*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 61, no. 3, S. 397–41.
- Fries, J. F. (1984): *The Compression of morbidity*, in: *miscellaneous comments about a theme*, in: *The Gerontologist*, Vol.24, no. 4, S. 354–359.
- Fries, J.F. (1993): *Compression of morbidity: life span, disability, and health care costs*, in *Facts and Research in Gerontology*, Vol.7, S. 183–190.
- Fries, J.F. (2000): *Compression of morbidity in the elderly*, in *Vaccine*, Vol. 18, S. 1584–1589.
- Fuchs, J. und Söhnlein, D. (2005): *Vorausschätzung der Erwerbsbevölkerung bis 2050*, IAB Forschungsbericht Nr. 16, Nürnberg.
- Elkeles, T. (2007): *Infrastrukturpolitik bei gesundheitlicher Versorgung im ländlichen Raum*, in: Beetz, S. (Hrsg.), *Die Zukunft der Infrastrukturen in ländlichen Räumen* Materialien der Interdisziplinären Arbeitsgruppe: *Zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume*: Nr. 14, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Berlin, 49–60.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2008): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärzt-*

lichen Versorgung: Bedarfsplanungs-Richtlinie, Fassung vom 10.04.2008, Bundesanzeiger: 2231.

Gruenberg, E.M. (1977): The failures of success, in: Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Vol.55, no. 1: 3.24.

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2008) (Hrsg.): Die Bedarfsplanung des ambulanten Sektors in Deutschland und die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung, Bericht.

Klose, J., Rehbein, I. und Uhlemann, T. (2007): Ärzteatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO).

Kocks, M. (2007): Konsequenzen des demographischen Wandels für die Infrastruktur im ländlichen Raum, Geographische Rundschau 59 (2): 24–31.

Kopetsch, T. (2007): Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlenentwicklung: Daten, Fakten, Trends, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Online verfügbar unter www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf (Stand 21.04.2009).

Kreyenfeld, M. und Konietzka, D. (2008): Wandel der Geburten- und Familienentwicklung in West- und Ostdeutschland, Zeitschrift für Familienforschung 20.

Kroll, L. E., Lampert, T., Lange, C. und Ziese, T. (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, Juli 2008.

Kruse, A., Knappe, E., Schulz-Nieswandt, F., Schwartz, F.-W. und Wilbers, J. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?, Heiderlberg.

KV Berlin (2009a): Berlins ambulante medizinische Versorgung, Online verfügbar unter www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplanung/versorgung_aktuell/index.html (Stand 14.04.2009).

KV Berlin (2009b): Versorgungsgrade der verschiedenen Arztgruppen, Online verfügbar unter www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplanung/versorgungsgrade/index.html (Stand 14.04.2009).

Lipps, O. und Betz, F. (2003): Stochastische Bevölkerungsprognose für West- und Ostdeutschland, Mannheim.

Mai, R. (2006): Die altersselektive Abwanderung aus Ostdeutschland, Raumforschung und Raumordnung (RuR) 64 (5): 355–369.

Mai, R., Roloff, J. und Micheel, F. (2007): Regionale Alterung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Binnenwanderung, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft: Heft 120, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.), Wiesbaden.

Maretzke, S. (Hrsg.) (2007): Regionalbarometer Neue Länder, Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Berichte: 28.

Michel, H. (1997): Strukturschwäche und Nachhaltigkeit – der Landkreis Ostprignitz-Ruppin, IFAD Edition: 44, Institut für angewandte Demografie (IFAD) (Hrsg.), Berlin.

Michel, H. und Schulz, V. (2007): Demografischer Wandel und Anpassungsstrategien in strukturschwachen ländlichen Räumen Brandenburgs, in: Scholz, R. und Bucher, H. (Hrsg.), Alterung im Raum: Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte, Norderstedt: Books on Demand, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie: 257–282.

Niehaus, F. (2006): Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (1988): Aging Populations. The Social Policy Implications, Paris.

Poetzsch, O. und Sommer, B. (2004): Modelle und Projektionen unter alternativen Annahmen zur demographischen Entwicklung, Wiesbaden.

Potthoff, P. und Schneider, M. (2002): Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung: Endbericht 2002.

Pütz, T. und Spangenberg, M. (2006): Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge: Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich?, Informationen zur Raumentwicklung 6/7: 337–344.

Pütz, T. und Spangenberg, M. (2007): Räumliche Aspekte der Infrastrukturversorgung in den Neuen Ländern vor dem Hintergrund der Leitbilder zur Raumentwicklung, in: Maretzke, S. (Hrsg.), Regionalbarometer Neue Länder, Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Berichte: 28): 52–61.

Rieser, S. (2008): Bedarfsplanung: Vor Ort ist alles anders, Deutsches Ärzteblatt 105 (26): A1423-A1424.

Schlömer, C. (2007): Räumliche Muster der demografischen Alterung und deren Ursachen: Befunde aus der Raumordnungsprognose des BBR, in: Scholz, R. und Bucher, H. (Hrsg.), Alterung im Raum: Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte, Norderstedt: Books on Demand, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie, 85–111.

Scholz, R. und Bucher, H. (Hrsg.) (2007): Alterung im Raum: Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte, Norderstedt: Books on Demand, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie: Bd. 2.

Schröter, F. (2007): Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte, in: Scholz, R. und Bucher, H. (Hrsg.), Alterung im Raum: Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte, Norderstedt: Books on Demand, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie, 209–231.

- Schlömer, C. (2007): Räumliche Muster der demografischen Alterung und deren Ursachen: Befunde aus der Raumordnungsprognose des BBR, in: Scholz, R. und Bucher, H. (Hrsg.), *Alterung im Raum: Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte*, Norderstedt: Books on Demand, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie, 85–111.
- Schmacke, N., Niehus, H., Stamer, M. und Berger, B. (2008): *Wanted: Der Hausarzt, Gesundheit und Gesellschaft 11 (7-8)*: 37–42.
- Schneekloth, U. (2003), *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002*, Schnellbericht, München, Juli 2003.
- Scholz, R. und Bucher, H. (Hrsg.) (2007): *Alterung im Raum: Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte*, Norderstedt: Books on Demand, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie: Bd. 2.
- Schröter, F. (2007): *Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte*, in: Scholz, R. und Bucher, H. (Hrsg.), *Alterung im Raum: Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte*, Norderstedt: Books on Demand, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie, 209–231.
- Schuff-Werner, P. (2008): *Voraussichtliche Auswirkungen des demografischen Wandels auf die zukünftige Bettenplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern*. Veranstaltung vom 16.07.2008, aus der Reihe „Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern“, Greifswald. Veranstalter: Institut für Community Medicine am Universitätsklinikum Greifswald.
- Schulz, E. (2004): *Bevölkerungsentwicklung in West- und Ostdeutschland – Vorausschätzungen bis 2050*, Wochenbericht des DIW 33/04, Berlin.
- Secretariat of the Economic Commission for Europe (1992): *Demographic Aspects of Changes in the Age Structure*, in: Stolnitz, G. J. (Hrsg.), *Demographic Causes and Economic Consequences of Population Aging*, Economic Studies No. 3, New York.: 13–74.
- Sinn, H.-W. (2005): *Das demographische Defizit – Die Fakten, die Folgen, die Ursachen und die Politikimplikationen*, in: Birg, H. (Hrsg.), *Auswirkungen der demografischen Alterung und der Bevölkerungsschrumpfung auf Wirtschaft, Staat und Gesellschaft*, Münster: 53–90.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2008): *Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006a): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Presseexemplar, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006b): *Ergebnisse der 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006c): *Sterbetafeln für Deutschland 1871/1881 bis 2003/2005*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006d): *Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für die Bundesländer, auf Anfrage*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007a): *Periodensterbetafel 2004/2006*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007b): *Wanderungen 2006*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007c): www.destatis.de/laenderpyramiden/data11kbv.js.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerungsfortschreibung, Fachserie 1 Reihe 1.3*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b): *Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden.
- UN (Vereinte Nationen) (2006): *World Population Prospects. The 2006 Revision Population Data Base*.
- Verbrugge, L.M. (1984): *Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Vol. 62, no. 3: 475-519.
- Wille, E. und Ulrich, V. (1991): *Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.), *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 194/II, 9–115, Berlin.

3 Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Einleitung und Übersicht

3.1.1 Fördernde und hemmende Bedingungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

99. Gegenwärtig beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung – nach der aktuellen Sterbetafel 2005/2007 – für neugeborene Mädchen 82,3 Jahre und für neugeborene Jungen 76,9 Jahre (Statistisches Bundesamt 2008a). In den weitgehend von Wirtschaftswachstum, außerdem und sozialem Frieden, Bildungsverbesserungen, einer ausgebauten sozialen Sicherung und Krankenversorgung geprägten Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg haben sich diese Werte um mehr als zwölf Jahre verbessert (Lebenserwartung 1950 bei neugeborenen Mädchen 69 Jahre und bei Jungen 65 Jahre).

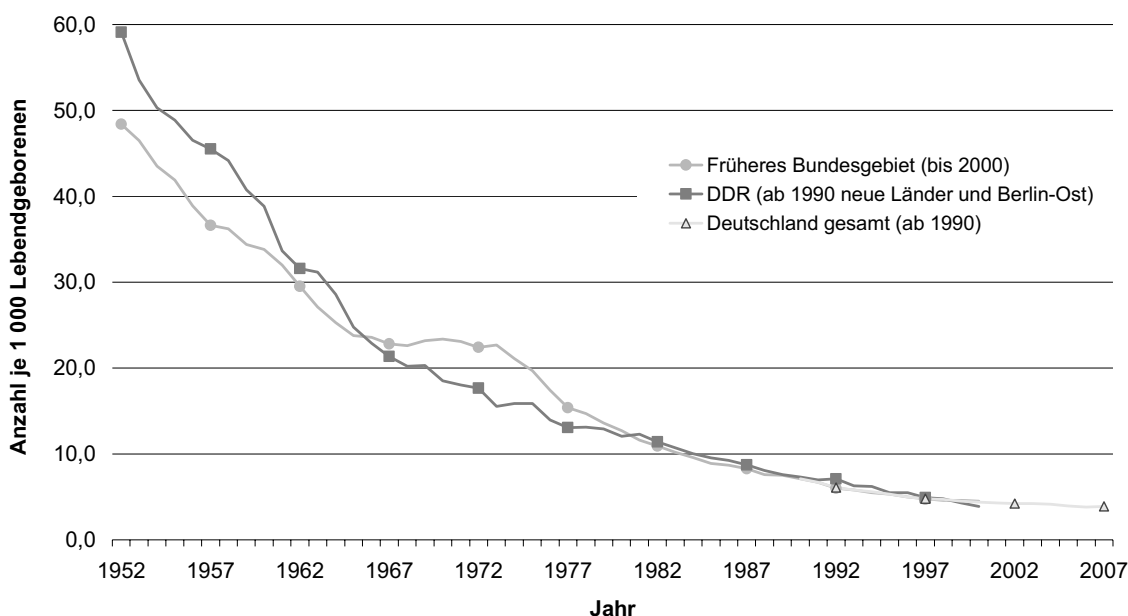
Einen wesentlichen Anteil an dieser positiven Entwicklung hatte die Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit (s. Abbildung 14). Noch nie in der Geschichte waren Kinder und Jugendliche in Deutschland so gesund: Mehr als 90 % der 0- bis 10-jährigen Kinder weisen nach Einschätzung der befragten Eltern einen guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand auf (Lange et al. 2007b). Die Angebote der medizinischen Prävention, also v. a. Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, werden mehr und regelmäßiger in Anspruch genommen, der sozial und

ökonomisch undiskriminierte Zugang zu einer hochwertigen und vollständigen Krankenversorgung ist nahezu selbstverständlich. In Kombination mit verbesserten hygienischen und Ernährungsbedingungen hat dies u. a. zu einem dramatischen Rückgang der Infektionskrankheiten geführt.

Die öffentliche Sorge um das physische, psychische und soziale Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen hat in den vergangenen Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Die Gewalt in der Erziehung ist stark zurückgegangen (Bussmann 2003, 2005). Elterliche Erziehungsstile sind heute mehrheitlich demokratisch, egalitär oder permissiv ausgerichtet – gegenüber einer mehrheitlich autoritären oder autokratischen Ausrichtung noch vor wenigen Jahrzehnten. Kinder und Jugendliche erfahren damit auch andere Lebenswelten. Sie leben und erleben Freiheiten, erfahren aber auch die Verantwortung einer Vorverlagerung biografisch zentraler Weichenstellungen in frühere Lebensphasen, viele der Freiheiten erweisen sich als „riskante Chancen“ (Keupp 1988). Die meisten Jugendlichen fühlen sich in ihren Lebenswelten gut integriert, die 15. Shell Jugendstudie spricht in dieser Hinsicht von der heute nachwachsenden „pragmatischen Generation“ (Hurrelmann/Albert 2006).

Abbildung 14

Gestorbene Säuglinge im ersten Lebensjahr in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

100. Der Blick auf diese großen Erfolge einer weitgehend stabilen Phase der Verbesserung der Lebensbedingungen und damit auch der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf aber nicht die problematischen Seiten vernachlässigen. Pro Jahr werden in Deutschland ca. 700 000 Kinder geboren, ca. jedes fünfte Kind, d. h. ca. 140 000 Kinder pro Geburtsjahrgang, wächst mit erheblichen psychosozialen Belastungen auf (RKI/BZgA 2008). Bei 5 %, d. h. bei ca. 35 000 Kindern je Geburtsjahrgang muss – nach Angaben der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (Niethammer 2007) – von einem sehr hohen Risiko physischer und psychischer Vernachlässigung bzw. von körperlichem und/oder seelischem Missbrauch ausgegangen werden. Während knapp die Hälfte der Eltern mit hohem Sozialstatus die Gesundheit ihrer Kinder als „sehr gut“ einschätzt, sind es bei niedrigem Sozialstatus nur ca. ein Drittel (Lange et al. 2007b). Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus weisen ein höheres „Risiko“ für psychische Probleme und Symptome psychischer Auffälligkeiten auf (12,2 %), ein hoher Sozialstatus geht dagegen mit einem deutlich verringerten Risiko für solche Auffälligkeiten einher (3,5 %) (Hölling et al. 2007) (vgl. Unterkapitel 3.2). Der soziale Gradient bei der Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen zeigt sich in Kindheit und Jugend zwar noch nicht so ausgeprägt wie im Erwachsenenalter. Er beginnt sich aber bereits in diesen frühen Lebensphasen zu manifestieren. Die wichtigsten Faktoren, die dieses Risiko erklären, finden sich in der Lebenslage der Eltern und machen deren Kinder besonders vulnerabel (GA 2007): Arbeitslosigkeit, geringe formale Bildung, alleinerziehende Eltern, Migrationshintergrund, mehrere Kinder, psychische Erkrankung der Eltern – jeweils in Verbindung mit materieller Armut (RKI/BZgA 2008).

Kinder und Jugendliche haben heute ein deutlich höheres Armutsrisiko als alle übrigen Altersgruppen. 15 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen sind von relativer Armut mit allen daraus folgenden Schwierigkeiten und Defiziten an Teilhabe betroffen (Bundesregierung 2008). Rund ein Viertel bis ein Fünftel der 15-jährigen Schüler überschreitet nach Erkenntnissen der PISA-Studien das basale Kompetenzniveau 1 nicht, wenn ihre Lesefähigkeit überprüft wird (Baumert 2001; Prenzel 2008). Diese Gruppe der so genannten Risikoschüler ist besonders belastet und droht als funktionale Analphabeten in das Abseits heutiger und künftiger Wissensgesellschaften gedrängt zu werden. Auf die „Infantilisierung der Armut“ (Hauser 1987) und die zunehmende Polarisierung von Lebensbedingungen, unter denen Kindheit und Jugend heute eine ganz unterschiedliche Ausprägung, unterschiedliche Typen der Privilegierung und Benachteiligung annehmen können (Butterwegge/Klundt 2003; Bertram 2008; Meyer-Timpe 2008; Jungbauer-Gans/Kriwy 2004; Geene/Gold 2009), haben Politik und Gesellschaft trotz großer Anstrengungen noch keine befriedigenden Antworten gefunden. Diese Herausforderungen sind aber nicht nur für die wirtschaftliche und kulturelle Entwicklung, sondern auch für die Gesundheit der nachwachsenden Generation von hoher Relevanz. Die Befunde zu höheren Gesundheitsbelastungen und geringerer Ausstattung mit gesundheitsrele-

vanten Ressourcen in den sozial benachteiligten Gruppen erscheinen darum heute im Spektrum der Gesundheitsprobleme der nachwachsenden Generation als besorgniserregend.

101. Die Lebensphasen Kindheit und Jugend sind mit Blick auf die Bewahrung, Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit in dieser Hinsicht besonders exponiert: Unter gesundheitsbezogenem Blickwinkel zeigt sich die besondere Bedeutung des Kindes- und Jugendalters darin, dass in dieser Phase zentrale Weichen für die weitere Entwicklung der physischen und psychischen Gesundheit gestellt werden. Die Fähigkeit (im Sinne von Wollen und Können), im weiteren Leben gesundheitliche Potenziale zu nutzen (bzw. Risiken zu meiden) und damit auch die Chancen auf gute Gesundheit, hängen wesentlich von Kompetenzen und Orientierungen ab, die in den frühen Lebensphasen vermittelt werden. Untersuchungen zum Zusammenhang von Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit konzentrierten sich zunächst zwar vor allem auf das Erwachsenenalter als derjenigen Lebensspanne, in der ein Großteil der sozial bedingten Unterschiede in Morbidität und Mortalität unmittelbar sichtbar wird.¹⁹ Mit der verstärkten Berücksichtigung der Lebenslaufperspektive sind aber Fragen nach der Bedeutung sozial ungleicher Lebensbedingungen in den Lebensphasen Kindheit und Jugend und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitschancen im gesamten Lebenslauf immer bedeutsamer geworden (Davey Smith 2008; Erhart et al. 2008). So ist inzwischen gut belegt, dass auftretende Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen des Kindes- und Jugendalters in ein langfristiges Krankheitsgeschehen münden und die Lebensqualität dauerhaft einschränken können (Lampert/Schenk 2004). Bereits vor der Phase des pubertären Wachstumsschubs bilden sich gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen heraus, die sich im weiteren Lebensverlauf verfestigen und nur noch schwer veränderbar sind (Lampert/Schenk 2004; Bauer 2005).

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS) stehen in Deutschland erstmals thematisch breit gefächerte und bundesweit repräsentative Daten zur sozialen wie gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung (s. Unterkapitel 3.2). Diese – für sich aussagefähigen – Querschnittsdaten vermögen jedoch noch nicht eine benachteiligte Lebenslage in der Kindheit und Jugend als Entwicklungsrisiko im weiteren Lebenslauf zu beschreiben. Diese Aufgabe können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur Langzeituntersuchungen erfüllen, mit denen international bereits Erfahrungen gemacht werden. In zwei Übersichtsarbeiten (Kuh/Ben-Shlomo 2004; Power/Kuh 2006) wurden verschiedene Studienergebnisse zur Bedeutung von Gesundheitsfaktoren im Kindesalter zusammengefasst, die die zeitliche Dynamik der pathogenetischen Entwicklung und ihrer

¹⁹ Der Rat hat zuletzt im Jahr 2007 auf den unstrittigen sozial-epidemiologischen Befund des Zusammenhangs zwischen sozialem Status und Gesundheit hingewiesen. Auf die daraus resultierenden sozial bedingten Unterschiede in Morbidität und Mortalität ist der Rat im Gutachten 2005 eingegangen.

Beeinflussung durch soziale Faktoren aufzeigen (vgl. Dragano/Siegrist 2006).

In der gesundheitsbezogenen und epidemiologischen Forschung sind bislang zwei Modelle zur Bedeutung ungleicher Lebenslagen und ihrer Wirkungen auf die Gesundheit im Lebensverlauf verfolgt worden: (1) das Modell kritischer Perioden und (2) das Modell kumulativer Exposition (vgl. Dragano/Siegrist 2006).

1. Eine kritische Periode ist eine zeitlich begrenzte Entwicklungsphase des Organismus, in der dieser für Störungen besonders anfällig ist. Führen solche Störungen zu Schädigungen, so sind diese in der Regel im weiteren Verlauf des Lebens nicht mehr rückgängig zu machen (Kuh/Ben-Shlomo 2004; vgl. Dragano 2007). Eine besondere Rolle kommt hierbei der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren zu. Schwerwiegende Folgen hat vor allem eine Unter- oder Fehlernährung des Fötus, der eine Unter- bzw. Fehlernährung der Mutter, Defizite der medizinischen Versorgung sowie Rauchen oder Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft zugrunde liegen können, also Faktoren, die häufig eng mit der sozialen Lage verbunden sind. Insofern ist es wahrscheinlich, dass Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien ein höheres Risiko haben, in „kritischen Perioden“ frühe Schädigungen zu erfahren. In der Folge haben sie im Erwachsenenalter ein höheres Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko (Dragano 2007). Die soziale Stellung der Eltern entscheidet auf diese Weise darüber, ob ein Kind bestimmten Risiken ausgesetzt ist, und die Häufung solcher früher Risikoerfahrungen in unteren sozialen Schichten bildet sich dann im späteren Erkrankungsgeschehen ab (Dragano/Siegrist 2006). Dieser Zusammenhang bietet eine einfache Erklärung des Zustandekommens sozialer Ungleichheit von Gesundheit, berücksichtigt jedoch nicht die meist multikausale Entstehungsgeschichte von Erkrankungen sowie weitere Einflussfaktoren im Lebensverlauf. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen sind in der Regel nicht einmalige Ereignisse die Auslöser.
2. Das Modell kumulativer Exposition greift die multi-kausale Krankheitsentstehung auf und bezieht weitere Risiken im Lebensverlauf mit ein. In diesem Modell summieren sich Belastungen und beeinflussen die Gesundheit im Erwachsenenalter in Abhängigkeit von der Dauer und Intensität, mit der sie auf die Person einwirken. Da Kinder mit niedrigem Sozialstatus nicht nur ein höheres Risiko für frühe Schädigungen haben, sondern auch in späteren Lebensphasen häufiger sozial bedingten gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, kann es im Lebensverlauf zu einer Ansammlung von Risiken kommen (Dragano 2007).²⁰

²⁰ Ein Beispiel ist die typische Belastungsfolge „rauchende Mutter während der Schwangerschaft“ – „Passivrauchen des Säuglings und Kleinkinds“ – „früher Tabakkonsum des Jugendlichen“, was deutlich macht, dass die Prävention von sozial vermittelten Krankheitsrisiken möglichst früh ansetzen muss, und zwar bereits bei der Gesundheit der Mütter und bei den Lebensumständen der Säuglinge und Kleinkinder (vgl. Dragano/Siegrist 2006).

Die Kumulation von Risiken über den Lebenslauf ist somit eine weitere Möglichkeit der sozialen Vermittlung von Krankheit und Sterblichkeit. Krankheit und frühzeitiger Tod sind hiernach das Ergebnis eines langfristigen Prozesses der Exposition gegenüber verschiedenen Risikofaktoren im Lebensverlauf (Davey Smith 2008). Das Kumulationsmodell ist inzwischen zu einem „Pfadmodell“ bzw. einem Modell der „Risikoketten“ weiterentwickelt worden, da nicht nur eine additive Kumulation von Belastungen im Lebensverlauf zu erwarten ist, sondern auch bestimmte Wendepunkte, die die weitere Entwicklung beeinflussen. So kann eine abgebrochene Schulbildung als Folge frühkindlicher Entwicklungsstörungen den beruflichen Werdegang entscheidend in Richtung belastungsreicher, gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen lenken (Power/Kuh 2006). Auch hier scheinen Kindheit und Jugend die Phasen der Weichenstellung für die Vergabe ungleicher Lebens- und Teilhabe- und damit auch Gesundheitschancen zu sein. Wiewohl Diskontinuitäts- und Unsicherheitserfahrungen Kinder und Jugendliche offenbar insgesamt betreffen (vgl. im Einzelnen Deutscher Bundestag 2009: 13. Kinder- und Jugendbericht, Teil A), weisen andere Befunde auf die Restrukturierung und Verfestigung von Ungleichheitslagen hin (insbesondere der Bedingungen relativer Armut) (Butterwegge et al. 2003, 2005; Groh-Samberg/Grundmann 2006).

Es ist offensichtlich, dass diese sozialen Faktoren aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht von hoher Relevanz sind. Im positiven Fall bilden sie Prädiktoren für eine gute Gesundheit. Im negativen Fall erhöhen sie das Risiko für Krankheit, Behinderung und vorzeitigen Tod. Sie fungieren dann als Risikofaktoren (*social determinants of health*, vgl. Wilkinson/Marmot 2003). Dieser Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und den Gesundheitschancen verlangt unter Interventions- und damit Politik-Gesichtspunkten nach Konzepten, die die multifaktorielle Ätiologie sozialer und damit auch gesundheitlicher Benachteiligung sowie auch die verschiedenen Politikfelder, die zur Verminderung dieser Ungleichheit einen Beitrag leisten können, integrieren.

102. Diese Anforderungen erfüllt das Konzept der Verwirklichungschancen (*capability approach*), das von dem Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen (Sen 2000) und der Rechtsphilosophin Martha Nussbaum (Nussbaum 1999) entwickelt wurde. Als Verwirklichungschancen werden nach diesem Ansatz Möglichkeiten oder umfassende Fähigkeiten (*capabilities*) von Menschen verstanden, ein Leben zu führen, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten, und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht infrage stellt (Sen 2000). Das Konzept der Verwirklichungschancen weist damit auch eine große Nähe zum sozialpolitischen Konzept der „Lebenslage“ auf (Leßmann 2006), das der Sozialwissenschaftler Gerhard Weisser ursprünglich dafür entwickelt hatte, die Qualität sozialer Chancen zu bestimmen, über die der Einzelne oder Gruppen verfügen, um zu Wohlbefinden gelangen zu können: „Als Lebenslage gilt der Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfül-

lung der Grundanliegen bieten, die ihn bei der Gestaltung seines Lebens leiten oder bei möglichst freier und tiefer Selbstbesinnung und zu konsequentem Verhalten hinreichender Willensstärke leiten würden“ (Weisser 1978). Ein für Analyse und Strategiefindung erheblicher Vorteil des *capability approach* liegt darin, dass „Individuelle Potenziale“ und „Gesellschaftlich bedingte Chancen“ einerseits unterschieden werden, ohne andererseits ihre Interdependenz zu verleugnen. Verwirklichungschancen erklären sich damit sowohl aus individuellen Potenzialen als auch aus gesellschaftlich bedingten Chancen (s. Abbildung 15).

Die Entfaltung individueller Potenziale ist abhängig von den „gesellschaftlich bedingten Chancen“. Erst die Wahrnehmung dieser Chancen (der „Instrumentellen Freiheiten“) durch das Individuum führt zur Entfaltung der individuellen Potenziale. Die Wahrnehmung hängt nicht nur von der Existenz und der formalen Zugänglichkeit der „Chancen“ ab, sondern auch von ihrer Auffindbarkeit („Transparenzgarantien“). Dem Sachverhalt, dass „Potenziale“ und „Chancen“ und „Freiheiten“ noch nicht das gelingende Leben sind, sondern allenfalls die Möglichkeit dazu bieten, wird dadurch Rechnung getragen, dass die Verwirklichungschancen auch als Umwandlungsfaktoren bezeichnet und nach „*personal conversion factors*“, „*social conversion factors*“ und „*environmental conversion factors*“ unterschieden werden. Damit ergeben sich sowohl für eine Sozial- als auch für eine Gesundheitspoli-

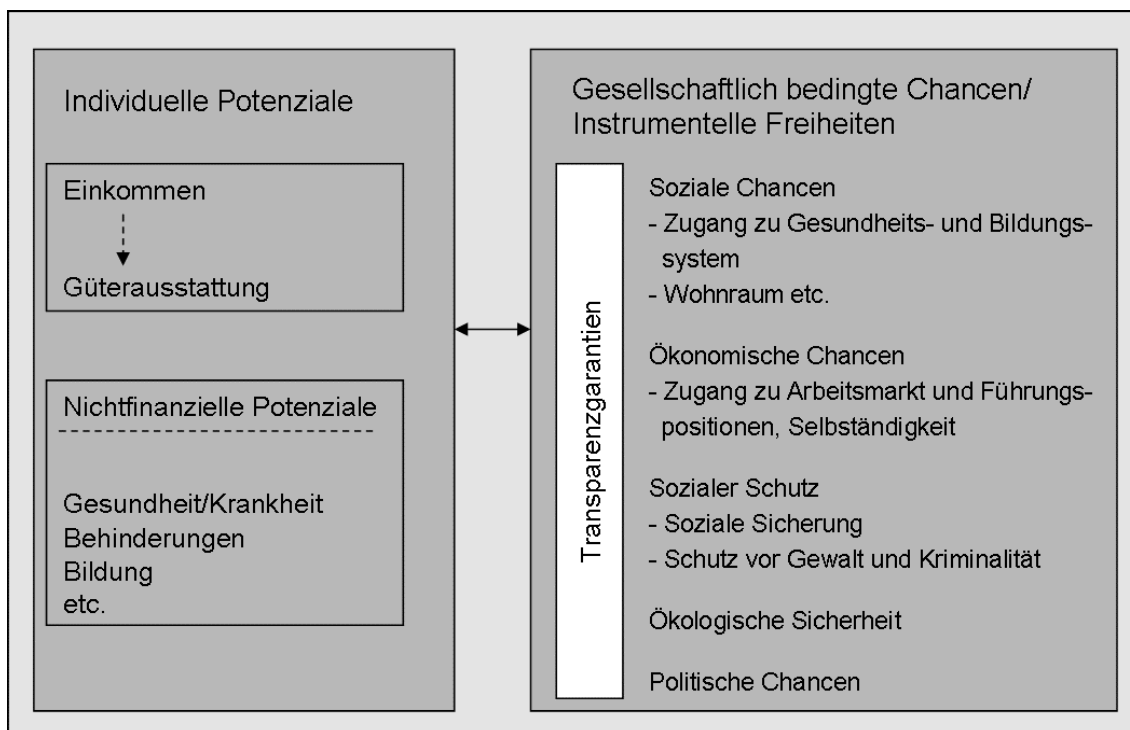
tik, die die Verwirklichungschancen verbessern bzw. erhalten will, vier gemeinsame Handlungsfelder:

- Sicherung eines die Existenz sichernden Einkommens und einer die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichenden Güterausstattung.
- Förderung der Motivation zu einem dem Stand der Möglichkeiten entsprechenden Umgang mit Gesundheit/Krankheit, Behinderung und Bildungsangeboten etc.
- Herstellung bzw. Sicherung des Zugangs zum Gesundheits- und Bildungssystem, zum Arbeitsmarkt und zu beruflicher Entwicklung, Zugang zu armutsfesten Sozialleistungen, zur Sicherheit vor Gewalt und Kriminalität, zu einer ökologisch nachhaltig funktionsfähigen Umwelt sowie zur politischen Teilhabe.
- Herstellung und Sicherung der Transparenz über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der instrumentellen Freiheiten.

In dem Maße, wie Verwirklichungschancen (*capabilities*) gegeben sind, besteht auch die reale praktische Freiheit, sich für oder gegen die Realisierung einer bestimmten Lebensführung zu entscheiden. Die Wahl und die Entscheidungen liegen dann im Verantwortungsbereich der Individuen. Je nachdem, welche Chancen wahrgenommen werden, tendieren Individuen zu bestimmten „Funktionsweisen“ (*functionings*). Mit der Unterscheidung zwischen

Abbildung 15

Dimensionen der Verwirklichungschancen



Quelle: Arndt et al. 2006: 8

Verwirklichungschancen und Funktionsweisen wird der Entscheidungsfreiheit des Menschen ohne Bevormundung Rechnung getragen. „Die objektiven Realfreiheiten – und nicht bestimmte Funktionsweisen als solche – werden als das durch Politik und Gesellschaft zu fördernde Gut verstanden“ (Otto/Ziegler 2008: 11). Damit weist das Konzept auch eine große Nähe zum Ansatz der Gesundheitsförderung auf, wie er in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) niedergelegt worden ist: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ (Ottawa Charta der WHO 1986, zitiert nach Kickbusch 2006)

Zwar liegt auch diesem Ansatz eine „starke vage Konzeption des Guten“ (Nussbaum 1995) zugrunde. Er richtet sich aber „weder darauf, den Akteurinnen von außen zu oktroyieren, was sie als das Gute zu verstehen hätten, noch darauf, ihren Handlungs- und Daseinsfreiraum auf dieses Ziel hin zu verengen, noch befürwortet er (staatlichen) Zwang ‚to force people to excellence‘. Im Gegenteil: Der Capabilities-Ansatz repräsentiert einen jener modernen, liberalen Ansätze der Bestimmung des Guten, die ... aus der hypothetischen Perspektive eines beliebigen Einzelnen fragen, was es für sie oder ihn bedeuten kann, nach Wohlergehen und Glück zu streben und Leid, Not, Unglück (so weit es denn geht) zu vermeiden und denen es mit Blick auf die Ermöglichung eines guten Lebens um den Spielraum von Selbstbestimmung und Autonomie geht.“ (Otto/Ziegler 2008: 11). Damit besteht auch eine enge Verwandtschaft mit liberalen gerechtigkeits-theoretischen Ansätzen, wie z. B. dem von John Rawls (Rawls 1971, 2001).

Die zunehmend stärkere Beachtung und Verwendung dieses Ansatzes ist auch unter gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten sehr zu begrüßen. Sie kommt auch darin zum Ausdruck, dass das Konzept der Verwirklichungschancen nunmehr auch der Armut- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung (Bundesregierung 2008; Volkert 2005; Arndt et al. 2006) zugrunde gelegt worden ist und auch die – häufig noch implizite – Grundlage für zahlreiche sozial- und gesundheitspolitische Programme der Bundesregierung bildet. Damit wird ein wichtiger Beitrag zur wissenschaftlich

und praktisch notwendigen Integration von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik geleistet.

103. Das Konzept der Verwirklichungschancen erhebt in seiner allgemeinen Form – wie auch das Konzept der Gesundheitsförderung – den Anspruch, für alle Länder und Bevölkerungsgruppen sowohl ein Instrument zur Orientierung über den Zustand und die Zukunftsfähigkeit einer Gesellschaft zu sein als auch die Politikfelder und Wege zu identifizieren, auf denen dieser Zustand verbessert werden kann. In diesem Sinne ist der Ansatz von Verwirklichungschancen auch als Rahmenkonzept für eine Politik zur Sicherung und Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern geeignet (vgl. Deutscher Bundestag 2009: 13. Kinder- und Jugendbericht).

Kindheit und Jugend erweisen sich auf dieser Erkenntnisgrundlage als besonders sensible Lebensphasen, in denen ungleiche Ressourcen den Umgang mit der eigenen Gesundheitsbiographie manifest zu beeinflussen beginnen. Weitgehende Bestätigung erhalten diese Befunde aus einer entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch basierten Forschungsperspektive (Singh-Manoux/Marmot 2005). Im Kontext der gesundheitswissenschaftlichen Forschung wird eine solche entwicklungsbezogene Perspektive, die auf Verläufe des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen zielt, mit dem Konzept der Entwicklungsaufgaben verbunden.

Entwicklungsaufgaben bedeuten in dieser Perspektive die ständige Konfrontation mit neuen Situationen und Anforderungen in einzelnen Lebensphasen, die mit angemessenen Handlungskompetenzen bewältigt werden müssen (siehe Tabelle 32). Der Lebenslauf gewinnt dadurch auch in den Entwicklungsphasen Kindheit und Jugend eine prozessorale – und wiederum zahlreiche Weichen stellende – Struktur. Übergänge von einer Lebensphase in die Nächste fordern immer die Neuorganisation von Einstellungen und Handlungen und können mit tief greifenden Krisen und Störungen, mitsamt den möglichen gesundheitsabträglichen Effekten, einhergehen (Bauer et al. 2008). Persönlichkeitsentwicklung lässt sich in dieser Perspektive als die Aufeinanderfolge der Lösung (bzw. Nicht-Lösung) von lebensphasenspezifischen Entwicklungsaufgaben ansehen, indem „Syntheseleistungen“ erbracht werden, um Anforderungen einer inneren und äußeren Realität miteinander in Einklang zu bringen. Entwicklungsverläufe müssen demnach als Prozess verstanden werden, durch den hindurch unterschiedliche privilegierende bzw. benachteiligende Bedingungen eines sozialen Umfeldes angeeignet werden und als ungleich privilegierende bzw. benachteiligende Formen der Auseinandersetzung mit biografischen Anforderungen zum Ausdruck kommen. Für die Auseinandersetzung mit der Schaffung gleicher Gesundheits- und Lebenschancen für Kinder und Jugendliche sind diese Ansätze von hoher Bedeutung. Sie zeigen zum einen, wie differenziert das Verständnis dessen sein muss, was eine „gelingende Entwicklung“ als erfolgreiche Lösung von Entwicklungsaufgaben voraussetzt. Sie weisen zum anderen aber auch darauf hin, wie umfassend das Verständnis unterstützender Umfeld- und Umweltbedingungen sein muss, die eine

Tabelle 32

Entwicklungsaufgaben in einzelnen Lebensphasen

Lebensphase	Entwicklungsaufgaben
Kindheit	
Frühe Kindheit (0 bis 5 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> – emotionales „Urvertrauen“ aufbauen – soziales Bindungsverhalten entwickeln – grundlegende sensorische und motorische Fertigkeiten aufbauen – sprachliche Ausdrucksfähigkeit entwickeln
Späte Kindheit (6 bis 11 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> – Beziehungen mit Altersgleichen aufbauen – angemessenes männliches oder weibliches Rollenverhalten üben – grundlegende Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen entwickeln – Gewissen, Moral und Wertprioritäten aufbauen
Jugendalter	
Frühes Jugendalter (12 bis 17 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> – Veränderungen der körperlichen Erscheinung akzeptieren – Bewältigung der Geschlechtsreife – formale intellektuelle Operationen lernen – schulische Leistungsfähigkeit stärken – innere Ablösung von den Eltern einleiten – Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen – Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle festigen
Spätes Jugendalter (18 bis 25 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> – abstrakte intellektuelle Operationen lernen – emotionale Unabhängigkeit von den Eltern aufbauen – sexuelle Beziehungen aufbauen – Vorbereitung auf eine berufliche Karriere treffen – Wertsystem als Leitfaden für das Verhalten entwickeln – stabiles Selbstbild und Ich-Identität entwickeln – Nutzung des Konsumwarenmarktes beherrschen

Quelle: Hurrelmann 2006

solche „gelingende“ und stabile biografische Entwicklung begünstigen – oder eben verhindern – können.

Als Forschungsperspektive betonen sowohl die Konzepte der Verwirklichungschancen und der Gesundheitsförderung wie auch die auf Kinder und Jugendliche bezogene Konkretisierung der „Entwicklungsaufgaben“ in Übereinstimmung mit den vorhandenen Erkenntnissen epidemiologischer Forschung die Komplexität des Ineinandewirkens materieller und immaterieller sowie subjektiver und objektiver Einflussfaktoren auf das gesundheitliche Wohlbefinden. Der Entwicklungsprozess in den frühen Lebensphasen erhält dabei eine Schlüsselposition (Richter 2005). Erfolgreich gestaltete biografische Verläufe hängen demnach nicht nur von einer mehr oder weniger zufälligen Verteilung von personengebundenen Eigenschaften ab

(wie mit der Betonung der Ausbildung von Bewältigungskompetenzen häufig zu schnell angenommen wird). Die weitergehende Wirkungskette verweist auf Kontextbedingungen der unterschiedlichen Lebensumwelten, unter denen die sozioökonomischen Faktoren den entscheidenden Einfluss auf die Ausprägung eines Sets von gesundheitsrelevanten Persönlichkeitseigenschaften, Fähigkeiten und Kompetenzen nehmen (Singh-Manoux/Marmot 2005; Davey Smith 2008; Abel et al. 2006; Bauer/Vester 2008).

104. Bekenntnisse zu materiellen und sozialen Voraussetzungen, die in diesem Sinne Verwirklichungschancen eröffnen und damit Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit vermitteln, die Entwicklungsaufgaben ihrer jeweiligen Altersstufe zu bewältigen, sind u. a. in der Präambel und den 54 Artikeln des Übereinkommens über die

Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) von 1989 enthalten, die in Deutschland am 5. April 1992 in Kraft getreten ist. Sie sind zugleich Gegenstand zahlreicher Programme einzelner Ressorts und der Bundesregierung, die sich mit dem Wohlergehen und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befassen (s. Unterkapitel 3.3). All diese Dokumente können als Konkretisierung und Operationalisierung dessen verstanden werden, was in § 1 des Sozialgesetzbuches VIII (SGB VIII) als Anspruch der staatlichen Jugendpolitik formuliert ist: „(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft. (3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere 1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, 2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen, 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen, 4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“

Internationale, nationale und regionale Gesundheitspolitik vollzieht damit zumindest programmatisch das aus vielen Disziplinen stammende, im Kern übereinstimmende Verständnis der breiten Überlappungen von Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Menschenrechtspolitik. Damit einher gehen Versuche, Politik für das Wohlergehen und Wohlbefinden von Kindern an einem positiven Konzept des Kindeswohls zu orientieren (Aman 2008). Traditionell ist von „Kindeswohl“ vor allem dann die Rede, wenn es gefährdet ist. Dann geht es um die Notwendigkeit von Hilfen und Eingriffen (s. Unterkapitel 3.4). Staatliches Handeln bewegt sich dabei im Spannungsfeld zwischen der Pflicht, die Familie vor Eingriffen von außen zu schützen (Grundgesetz Artikel 6) und der Pflicht zur Abwehr körperlicher, seelischer und sozialer Schädigung des Kindes (Grundgesetz Artikel 1 und 2). Wenn bei Kindern und Jugendlichen Gesundheit – insbesondere im Hinblick auf den weiteren Lebensverlauf – mehr als die aktuelle Abwesenheit von Krankheit bedeutet, verlangt die Bewahrung des Kindeswohls mehr als die Abwesenheit von Gewalt und Störungen. In der gleichen Art, in der sich Gesundheitspolitik inzwischen nicht mehr auf die Sicherstellung der Krankenversorgung beschränken kann (GA 1994, 1995, 1996, 2000/2001, 2003, 2005, 2007), muss ein kinder- und jugendpolitischer Fokus über die bloße Abwehr von Gefahren und Notlagen durch Eingriffe hinausgehen. Positiv gefasst ist Kindeswohl ein Rechtsgut wie auch ein Politikziel, das das gesamte Wohlergehen in den frühen Stadien des Lebensverlaufs umfasst. Ein derart weit gefasster Begriff des Kindeswohls versucht den Heranwachsenden in seiner Entwicklung ganzheitlich zu beschreiben und – mit Blick auf Bedingungen des Wohlergehens – der Wechselwirkung von genetischen, familiären, sozialen, emotionalen und kultu-

rellen Faktoren Rechnung zu tragen. Kindeswohl scheint daher auch für den Zugang einer primär an der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen orientierten Perspektive das geeignete Bezugs- und Zielkonzept.

105. Der Rat empfiehlt, bei der Entwicklung von Konzepten, Strategien und Maßnahmen zur Sicherung und Förderung der Gesundheit von Kindern von vier Grundsätzen auszugehen:

1. Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen sollten so früh wie möglich im Lebenslauf ansetzen. Die Logik des „Je früher desto besser“ sollte mit der Maxime „Je breiter desto wirksamer“ verbunden werden. Die Verbindung zwischen verschiedenen Politik- und Interventionsbereichen, die inzwischen in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung des Bundes mit dem Ansatz der Verwirklichungschancen vorgenommen wurde, kann hier als Beispiel gebend angesehen werden.
2. Der Rat schließt sich in Übereinstimmung mit der WHO (2008) und zahlreichen der vorliegenden Programmdokumente der Einschätzung an, dass Kinderarmut – und zwar sowohl die monetäre wie die Versorgungsarmut – bevölkerungsbezogen der wichtigste erklärende Faktor für Gesundheits- und Entwicklungsdefizite ist und die Senkung der Kinderarmut deshalb auch gesundheitspolitisch höchste Priorität einnimmt. Internationale Vergleiche machen deutlich, dass Versuche zur Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheiten immer nur dann nachhaltig erfolgreich sind, wenn ein Mindestniveau des Einkommens bzw. der Versorgung gewährleistet ist und zugleich gesamtgesellschaftliche Verteilungsungleichheiten verringert werden (Graham 2008).
3. Eine wirksame, also Verwirklichungschancen verbessernde Sozial- und Bildungspolitik ist unter diesem Gesichtspunkt als unmittelbar wirksame Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche zu betrachten. Insbesondere möglichst früh einsetzende und auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse sozial benachteiligter Kinder eingehende Bildungschancen scheinen einer der Schlüssel für eine gesunde Lebensweise zu sein. Die Verknüpfung von (objektiven) Bedingungen des Wohlergehens mit den (subjektiven) Faktoren einer stabilen, sicheren und gesunden Lebensführung bildet die zukunftsweisende Perspektive einer auf Chancengleichheit zielenden Gesundheitspolitik.
4. Die Monotonie der Befunde zum Zusammenhang zwischen (relativer) Armut und Bildungsdefiziten einerseits und schlechteren Gesundheits- und Entwicklungschancen andererseits darf nicht zu dem Fehlschluss führen, es handele sich bei den davon Betroffenen um eine mehr oder weniger homogene Gruppe. In der Realität finden sich materielle Armut, Versorgungsarmut und Bildungsarmut in sehr vielen und sehr unterschiedlichen Gruppen, Lebenslagen und Lebenswelten mit vielen verschiedenen Mustern, Intensitäten und auch kompensierende Faktoren und

Kräfte. Eine Gesundheits- und Sozialpolitik, die dem gerecht werden will, darf sich nicht in allgemeinen Verbesserungen der materiellen Lage sowie der Versorgung mit Unterstützungs- und Bildungsangeboten erschöpfen, so wichtig und vordringlich diese auch sind. Viel mehr muss sie diese Vielfalt zur Kenntnis nehmen und als Chance erkennen, dezentral und gemeinsam mit den Zielgruppen in den jeweiligen Lebenswelten Möglichkeiten der Aktivierung und der Orientierung auf die Erweiterung und Nutzung von Verwirklichungschancen zu entwickeln. Sowohl das differenzierende Konzept der Primärprävention mit vulnerablen Gruppen (GA 2007) als auch der Ansatz der partizipativen Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings (GA 2005) können dabei als strategische Leitlinien dienen.

3.1.2 Überblick

106. In den folgenden Unterkapiteln werden ausgewählte Aspekte des Umgangs mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erörtert. Aus den oben genannten Gründen der Dringlichkeit und Größe der Probleme stehen dabei die nicht-medizinische und medizinische Prävention (mit den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung, Gewalt sowie Früherkennung und Impfung) sowie die psychische Gesundheit im Vordergrund. Aus der großen Bandbreite pädiatrisch-kurativer Interventionen beschränkt sich das Gutachten auf Fragen der Arzneimitteltherapie bei Kindern. Die Erörterung der ohne Zweifel auch in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bestehenden Probleme von Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie der dahinter stehenden Fragen der Kapazitäten, der Koordination und Qualifikation sowie der Anreize bleibt späteren Gutachten vorbehalten. Der Vorschlag des Rates zur Aufgabenverteilung und Steuerung einer populationsbezogenen Versorgung unter generationenspezifischen und regionalen Aspekten findet sich in den Kapiteln 6 bis 8. Den virulenten Defiziten der Krankenversorgung beim Übergang vom Kinder- und Jugendalter in die Erwachsenenmedizin ist das Kapitel 4 gewidmet.

Den Hintergrund und Rahmen jeder systematischen Erörterung zu generationenspezifischen Versorgungsproblemen bildet die Perspektive der Sozialepidemiologie. Deshalb werden in Unterkapitel 3.2 (Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens) zunächst zusammenfassende Ergebnisse aus dem Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts vorgestellt.²¹ Neben der insgesamt guten gesundheitlichen Lage der Kinder in Deutschland fallen das Ausmaß der Ungleichheit von Belastungen und Morbidität sowie die stabilen und nahezu monotonen

Befunde zur sozialen Verursachung dieser Ungleichheit auf. Es sind v. a. die bereits genannten Gruppen, bei denen die stärksten Treiber gesundheitlicher Ungleichheit besonders stark zur Geltung kommen: Arbeitslose, Menschen mit geringer formaler Bildung, alleinerziehende Eltern, Eltern mit mehreren Kindern, Menschen mit Migrationshintergrund – jeweils in Verbindung mit materieller Armut.

107. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen liegen sowohl etliche spezifische Programme des Bundes und zum Teil auch von Landesregierungen vor. Diese Problembereiche spielen auch in übergreifenden Regierungsprogrammen eine prominente Rolle. Hinzu kommen Programme und Aktivitäten nicht-staatlicher Akteure, v. a. der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und von Nichtregierungsorganisationen (NGOs). Unterkapitel 3.3 (Programme zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung) enthält einen Überblick und vertiefende Analysen zu den beteiligten Akteuren, ihren Programmen und Aktivitäten unter Berücksichtigung der vom Rat v. a. in den GA 2005 und 2007 formulierten Anforderungen an eine zeitgemäße Gestaltung von Interventionen und Qualitätssicherung.

Im Mittelpunkt kognitiv und psychosozial ansetzender Präventionsbemühungen v. a. staatlicher Stellen stehen die Problembereiche Ernährung und Bewegung, zunehmend verbunden mit dem Bereich Stressbewältigung. Der Rat hat versucht, durch eine Abfrage bei den wichtigsten Akteuren ein Bild vom Umfang und der Ausrichtung der nicht-medizinischen Primärprävention für Kinder und Jugendliche einen Beitrag zur dringend erforderlichen Transparenz auf diesem Feld herzustellen. Im Ergebnis konnte zwar die beeindruckende Anzahl von 419 Programmen ermittelt werden.²² Für die weitere Entwicklung wichtiger erscheinen die durch die Abfrage deutlicher gewordenen Defizite in Hinblick auf Zielorientierung, Gestaltung, Dauer und Qualitätssicherung dieser Programme.

Obgleich eine quantitative Zunahme von Fällen der Vernachlässigung und des Missbrauchs von Kindern nicht nachzuweisen ist, hält dieser Problembereich angesichts der Entsetzlichkeit eines jeden einzelnen Falles einen prominenten Platz auf der politischen Agenda. Der Rat hat deshalb die für die staatliche Prävention und Bearbeitung solcher Fälle zuständigen Institutionen, Aufgreifkriterien und Verfahren analysiert (s. Unterkapitel 3.4 Aufwachsen ohne Gewalt).

108. Gegenüber den sozialen Determinanten für Gesundheit und Verwirklichungschancen von Kindern und Jugendlichen erfahren die im System der Krankenversorgung bearbeitbaren Gesundheitsrisiken für Schwangere

²¹ Die vollständige Version des vom Robert Koch-Institut für den Rat erstellten Berichtes (RKI 2008a) enthält zusätzlich vor allem Aussagen zu Gesundheitsbelastungen, Morbiditäten und Versorgungsbedarfen in unterschiedlichen Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen. Die Koordination der Ausarbeitung lag unter der Leitung von Dr. Bärbel-Maria Kurth bei Dr. Kerstin Horch.

²² Bei dieser Zahl ist jedoch zu beachten, dass viele Programme mehrfach gezählt wurden, weil sie Träger aus mehreren Kategorien, z. B. sowohl Landesministerium als auch Landesvereinigung für Gesundheit, aufweisen. In den Zahlen sind auch Teilprogramme von größeren Programmen aufgeführt, weil diese oft organisatorisch und konzeptionell eigenständig sind.

und Kinder (Früherkennung und Impfung) eine wesentlich systematischere und professionellere Bearbeitung. Dies wird – aus ärztlicher und sozialmedizinischer Perspektive – im Unterkapitel 3.5 (Schwangerenvorsorge, Früherkennung und Impfungen im Kindesalter) anhand der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und Risiken bei Schwangeren und Kindern sowie des Impfans dargestellt.²³ Es zeigt sich, dass der heutige Leistungskatalog der GKV neben vielen unzweifelhaft wirksamen und nützlichen – und deshalb notwendigen – Leistungen auch solche enthält, deren Nutzen nicht erwiesen oder zweifelhaft ist bzw. bei denen die erwünschten Wirkungen die unerwünschten nicht übersteigen. Auch bestehen Leistungslücken im Programm, das zudem in manchen Aspekten noch eher veralteten sozialfürsorglichen Konzepten entspricht als den zeitgemäßen Ansätzen der Partizipation und Aktivierung. Die immer wichtigen Beratungsanteile in diesen Programmen bedürfen der Operationalisierung und Evidenzbasierung. Auf der laufenden Überarbeitung der Kinder-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) liegen insofern große Hoffnungen. Die Delegation der Operationalisierung des Leistungskataloges an den G-BA entbindet den Gesetzgeber allerdings nicht von einer rechtlich eindeutigen Definition der Voraussetzungen von bevölkerungsbezogener Früherkennung (Screening). Der Rat schlägt dazu eine entsprechende Ergänzung im § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchung) vor. Auch bedürfen die öffentliche Kommunikation über das Impfen sowie auch das Zulassungsverfahren bei neuen Impfungen einer gründlichen Reflexion. Zu Erhöhung der Teilnahmeraten von sozial benachteiligten Kindern an Früherkennungsuntersuchungen schlägt der Rat die Erprobung international erfolgreicher Interventionen (Einladungen, Erinnerungen, Anreize, zugehende Arbeit) vor.

109. Die Versorgung und Therapie mit Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche (Unterkapitel 3.6 Arzneimitteltherapie bei Kindern) weist bei insgesamt guter Qualität einige charakteristische Probleme in der Struktur- und Prozessqualität auf:

1. Viele Arzneimittel, die im ambulanten Bereich für Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder oder Jugendliche angewendet werden, sind nicht spezifisch für diese Altersgruppen untersucht bzw. zugelassen, der *off-label use* ist noch immer ein Kennzeichen der Therapie mit Arzneimitteln in der pädiatrischen Versorgung. Es ist daher dringend erforderlich, die Evidenz für die Arzneimittelanwendung bei Kindern durch klinische Studien zu verbessern, weil nur auf diese Weise Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimitteltherapie für

Kinder erhöht werden können. Eine konsequente Umsetzung der EU-Verordnung vom Januar 2007 zur Verpflichtung der Durchführung klinischer Studien bei Kindern, wenn Arzneimittelwirkstoffe essentiell für die Behandlung in der Pädiatrie sind, ist daher notwendig.

2. Diagnostik und Therapie von seltenen Erkrankungen (orphan diseases, die nach der europäischen Klassifikation bei weniger als 5 von 10 000 Personen vorkommen) müssen verbessert werden. Dazu gehören auch Forschung und Entwicklung für die Verbesserung der Arzneimitteltherapie, die für Unternehmen der pharmazeutischen Industrie oft kommerziell unattraktiv erscheinen. Entsprechende Forschungsprogramme in der EU setzen auf monetäre Anreize für entsprechende Forschungsaktivitäten der pharmazeutischen Hersteller (z. B. verlängerten Patentlaufzeiten) und bilden neben der Vermehrung öffentlicher Aufmerksamkeit für die seltenen Erkrankungen ein wichtiges Instrument, um auch diesen Patienten eine adäquate Versorgung anbieten zu können.
3. Die zum Teil vorliegenden Leitlinien werden nur unzureichend umgesetzt. Dies betrifft insbesondere den Einsatz von Psychostimulanzien bei ADHS (s. Unterkapitel 3.8) und den Antibiotikaeinsatz bei Infektionen der oberen und unteren Atemwege. Die Einhaltung der Regeln der evidence based medicine ist dabei nicht nur zur Verbesserung der Versorgungsqualität notwendig, sondern auch, um der Gefahr der Ausweitung von Antibiotikaresistenzen vorzubeugen.

110. Psychische Erkrankungen können bereits früh im Leben auftreten und weisen überdies eine hohe Komorbidität auf (s. Unterkapitel 3.7 Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher). Das Risiko der Chronifizierung ist beträchtlich. Maßnahmen zur Entstigmatisierung und zum Vorurteilsabbau sind weiterhin erforderlich. Eine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten ist bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt nicht festzustellen. Grundsätzlich ist auch die Gleichsetzung von Diagnose und (notwendigem) Behandlungsbedarf nicht unproblematisch. Das Angebot an professioneller psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat sich – parallel zu einer deutlichen Abnahme der Anzahl von Kindern und Jugendlichen – seit den 1970er-Jahren deutlich ausgeweitet. Die unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregrade psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen und die Vielfalt an möglichen Behandlungsansätzen und -konzepten erschweren es, generelle Aussagen über die Angemessenheit der stationären und ambulanten Behandlungskapazitäten zu treffen. Das Ausmaß von Über-, Unter- oder Fehlversorgung ist deshalb derzeit nicht seriös abschätzbar.

Mängel sind bei der Koordination notwendiger Behandlungen und mit Blick auf die Kooperationsstrukturen in der Versorgungslandschaft festzustellen. Insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung kann in bestimm-

²³ Der Rat hatte hierzu Prof. Dr. Harald Abholz (Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin im Universitätsklinikum Düsseldorf) sowie Dr. Christian Lerch (Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group, Institut für Allgemeinmedizin im Universitätsklinikum Düsseldorf) um eine Expertise gebeten. Der vollständige Text „Ärztliche Prävention in Mutterschaft und Kindheit“ befindet sich im Anhang zu diesem Kapitel auf der Homepage des Rates unter www.svr-gesundheit.de. Für wertvolle, ergänzende Expertise zu diesem Abschnitt hat der Rat Prof. Dr. Jürgen Windeler vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der GKV zu danken.

ten Regionen auch von angebotsinduzierter Nachfrage ausgegangen werden.

Erforderlich sind daher differenzierte Angebote für psychische erkrankte Kinder und Jugendliche mit Beteiligung und unter Nutzung der Potenziale der Selbsthilfe, die sich hinsichtlich der heterogenen Zielgruppen und deren Versorgungsbedarf unterscheiden können; die regionale Vernetzung zur Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Hilfsangebote muss dabei gewährleistet sein. Erforderlich bleibt auch weiterhin Forschung zur Ätiologie und den Determinanten psychischer Störungen, zur primären und sekundären Prävention sowie zu Indikationen und Qualität der unterschiedlichen Therapien und Konzepte.

111. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)²⁴ (s. Unterkapitel 3.8 Aufwachsen in psychischer Gesundheit – Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS) ist eine häufig diagnostizierte Störung im Kindes- und Jugendalter mit oft gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für den gesamten Lebensverlauf, für Kinder und Eltern. ADHS wird viermal häufiger bei Jungen als bei Mädchen diagnostiziert, sozial benachteiligte Kinder ohne Migrationshintergrund sind überproportional häufiger, Kinder mit Migrationshintergrund sind seltener betroffen. Das Thema ADHS hat in den vergangenen Jahren deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies liegt zum einen an den hohen und weiter steigenden Prävalenzraten sowie einer parallelen Zunahme der Verschreibung ADHS-spezifischer Medikamente. Bei den therapeutischen Maßnahmen niedergelassener Ärzte steht die ausschließliche medikamentöse Behandlung an erster Stelle, obwohl multimodale Therapieformen (z. B. Psychoedukation, Familientherapie, Verhaltenstherapie, Ergotherapie, auch in Kombination mit Arzneimitteltherapie) als Konzept empfohlen werden. Gerade verhaltenstherapeutische Verfahren wurden in kontrollierten Studien erfolgreich eingesetzt, die fachgerechte Umsetzung im Praxisalltag ist jedoch nicht immer gewährleistet. Zum anderen scheint es deutlich schwieriger, eine Verhaltenstherapie für das betroffene Kind zu erhalten, als ein Medikament zu verschreiben.

Insgesamt bleibt die Ätiologie von ADHS aber unklarer als es die vorherrschende und scheinbar zielgerichtete medikamentöse Therapie zur Erhöhung der Dopaminkonzentration im Gehirn widerzuspiegeln scheint. Vielmehr werden multifaktorielle Auslöser und Einflüsse vermutet (z. B. familiäres und soziales Umfeld, Medienkonsum), sodass eine intensiviertere multidisziplinäre Forschung (z. B. medizinisch, psychologisch, soziologisch usw.) notwendig ist, um auch eine adäquate und differenzierte

Therapie anbieten zu können. Die Forschungsergebnisse sollten auch zur Klärung beitragen, inwieweit Möglichkeiten der primären Prävention genutzt werden können.

Die Diagnosestellung und die darauf aufbauende Therapieentscheidung müssen sowohl im Hinblick auf die Qualifikation der Behandelnden als auch im Hinblick auf die organisatorischen und zeitlichen Abläufe verbessert werden. Erste Ansprechpartner sind sehr häufig Kinderärzte, in ländlichen Gebieten auch Allgemeinärzte. Eine Analyse der durchgeführten diagnostischen Verfahren zeigte, dass ausführliche klärende Gespräche weniger durchgeführt werden als z. B. psychometrische oder technikintensive Tests. Insgesamt bleibt wegen der Unsicherheiten und der oft bemängelten großen Unschärfe in der Diagnosestellung unklar, ob die reale Inzidenz und Prävalenz tatsächlich in dem Maße zunehmen, wie die Verordnungsanstiege bei den Arzneimitteln zu signalisieren scheinen.

Die Kinder selbst, aber auch Lehrer werden noch zu selten als Informationsquelle und Kooperationspartner eingebunden. Dabei ist der enge Austausch von Arzt und Lehrenden einer der stärksten Prädiktoren für den Erfolg einer Therapie.

Zur Behandlung von ADHS wird nach wie vor am häufigsten das Psychostimulanz Methylphenidat (MPH) verordnet. Die damit einhergehende Erhöhung des Dopaminspiegels verringert offenbar Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizite, Impulsivität, depressive Verstimmung und Irritabilität, ohne dass sich eine Toleranz entwickelt. Grundsätzlich ist eine genaue Bestimmung der individuell benötigten Dosierung in der Anfangsphase (Titrierung) erforderlich, ebenso eine kontinuierliche Beratung im monatlichen Abstand, ein Monitoring evtl. auftretender Störeffekte (z. B. Schlaf- oder Wachstumsstörungen) sowie regelmäßige kontrollierte Therapiepausen. Ein Zweitmeinungsverfahren (nach § 73d SGB V), in das immer Experten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzubinden wären, könnte auch in Deutschland die Rationalität der medikamentösen Therapie fördern.

Unter den psychosozialen Interventionen haben sich pädagogische Interventionen im Unterricht (auf verhaltenstherapeutischer Basis) sowie verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie (Elterntrainings) als wirkungsvoll erwiesen. Ebenso konnte die Wirksamkeit präventiver Ansätze auf verhaltenstherapeutischer Basis belegt werden. Verstärkt erforscht werden sollten auch die Möglichkeiten der Intervention bei Vorschulkindern, da verschiedene Studien auf die hohen präventiven Potenziale solcher Interventionsprogramme hinweisen. Es besteht zudem ein erheblicher Beratungsbedarf, da die meisten betroffenen Eltern sich zwar über das Störungsbild ADHS allgemein sowie über die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung gut informiert fühlen, sie hingegen den Informationsstand zu geeigneten Schulen/Kindergärten, Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe sowie zu unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter häufig als zu gering beurteilten.

²⁴ Weitere häufige Bezeichnungen für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bzw. ihrer Varianten sind „Hyperkinetische Störung (HKS)“, „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) mit und ohne Hyperaktivität“, „Hyperaktivität“ oder umgangssprachlich auch „Zappelphilipp-Syndrom“. International wird üblicherweise von „attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)“, bzw. „attention deficit disorder (ADD)“ gesprochen. Im vorliegenden Text gilt die Kurzbezeichnung „ADHS“ als Oberbegriff, der die Ausprägung mit und ohne Hyperaktivität umfasst.

3.2 **Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens**

112. Im vorliegenden Kapitel wird die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland anhand von Ergebnissen des nationalen Kinder- und Jugend surveys (KiGGS) beschrieben, der erstmalig repräsentative Daten für Deutschland zu einem breiten Themenspektrum der Kinder- und Jugendgesundheit für den Altersbereich der 0- bis 17-Jährigen erhoben hat.

Kindheit und Jugend sind sehr differenziert zu betrachtende Lebensphasen im Hinblick auf physische, psychische und soziale Entwicklungsprozesse. In diesen Lebensabschnitten vollziehen sich schnelle und tiefgreifende körperliche, geistige und emotionale Veränderungen, die in keinem weiteren so differenziert und vielgestaltig auftreten. Entsprechend der Alters- und Entwicklungsspezifität der 0- bis 17-Jährigen ergeben sich unterschiedliche gesundheitsrelevante Fragestellungen für verschiedene Altersbereiche. Dieser Differenziertheit wird im Bericht „Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“²⁵ vom Robert Koch-Institut (RKI 2008a) mit einer lebensphasenspezifischen Betrachtung und Aufbereitung der KiGGS Ergebnisse Rechnung getragen. Das vorliegende Kapitel ist ein Auszug dieses Berichtes. Für die Beschreibung des Studiendesigns, der Erhebungsmethodik sowie der Studienpopulation wird auf Kapitel 1 des vollständigen Berichtes hingewiesen (RKI 2008a). Dieser charakterisiert zudem in Kapitel 2 die KiGGS-Studienpopulation hinsichtlich der Zugehörigkeit zu Sozialstatusgruppen, des Migrationshintergrundes, der Familiensituation und der Wohnbedingungen.

Das vorliegende Kapitel stellt eine übergreifende Beschreibung der in den Kapiteln 4 bis 6 des Gesamtberichtes (RKI 2008a) erläuterten Ergebnisse dar.

3.2.1 **Gesundheitliche Lage**

113. Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen hat zahlreiche Facetten und wird durch vielfältige Komponenten beeinflusst. Mit KiGGS können zu vielen wichtigen Aspekten der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen Aussagen gemacht werden.

Bei der körperlichen Entwicklung einschließlich der Akzeleration sind langfristige Trends in der Diskussion, z. B. wegen der wachsenden Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Dabei ist auch interessant, dass Körpergröße, Körpergewicht und BMI differenzierte Trends haben. Aufmerksamkeit verdienen auch pränatale und perinatale Einflüsse auf die kindliche Gesundheit, die wichtige Weichen für den späteren Gesundheitszustand

stellen. Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sind aussagekräftige Indikatoren für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden.

114. Ein wesentlicher Bereich der Beschreibung der gesundheitlichen Lage sind Aussagen zur körperlichen und psychischen Gesundheit. In KiGGS wurde nach zahlreichen akuten und chronischen Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen gefragt. In den letzten Jahrzehnten ist ein deutlicher Wandel im Morbiditätsspektrum der Heranwachsenden festzustellen, hin zu einer so genannten „neuen Morbidität“, bei der chronische Erkrankungen, wie z. B. Allergien und psychische Störungen, eine zunehmende Rolle spielen. Gesondert wird auf Übergewicht und Adipositas sowie auf Unfälle und Verletzungen eingegangen, da diese eine spezielle Relevanz in Bezug auf Präventionsmöglichkeiten haben.

Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurden in KiGGS mehrere, teilweise sehr komplexe Erhebungsinstrumente eingesetzt. So können Aussagen zur Verbreitung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten, zur Häufigkeit von Symptomen des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms (ADHS), zur Häufigkeit von Gewalterfahrungen, zur Verbreitung von Essstörungssymptomen, aber auch zum Vorhandensein von psychischen Ressourcen und personalen, sozialen und familiären Schutzfaktoren gemacht werden.

115. Bei vielen Aspekten der gesundheitlichen Lage gibt es Hinweise auf gesundheitsbezogene soziale Ungleichheiten: Vor allem Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status haben in vielerlei Hinsicht größere gesundheitliche Probleme.

Bei etlichen Aspekten der Gesundheit sind auch spezifische Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und solchen ohne Migrationshintergrund (s. auch RKI 2008b) festzustellen.

3.2.1.1 **Pränatale und perinatale Einflussfaktoren**

116. Es wird davon ausgegangen, dass schon vor der Geburt lebenslange Funktionen wie der Appetit, die spätere Wachstumsrate und die endgültigen Körpermaße „programmiert“ werden (Dörner 1975). So kann sich u. a. das Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft nachhaltig auf die Entwicklung und die Gesundheit des Kindes auswirken. Hierbei können Faktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum und die Ernährung eine Rolle spielen.

117. Rauchen in der Schwangerschaft kann zu Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht bei den Neugeborenen führen und erhöht zudem die Risiken für fetale Fehlbildungen, perinatale Sterblichkeit (d. h. Totgeburten oder Sterbefälle bis zum Alter von einer Woche), vorzeitige Plazentalösung und Wachstumsstörungen (Schneider et al. 2008). Als immer deutlicher stellen sich die negativen Folgen eines auch nur geringen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft heraus. In einer Längsschnittstudie wurde z. B. ein Zusammenhang zwi-

²⁵ Der vollständige Bericht (RKI 2008a) steht auf der Internetseite des Sachverständigenrates (www.svr-gesundheit.de) zum Download bereit.

schen dem Alkoholkonsum der Mütter im ersten und zweiten Schwangerschaftsdrittel und Wachstumsstörungen ihrer 14-jährigen Kinder gefunden (Day et al. 2002).

118. Aktuelle Studien zeigen zudem, dass bestimmte Einwirkungen während der Schwangerschaft zur späteren Entstehung von Adipositas beitragen können. Übergewichtige Mütter gebären beispielsweise schwerere Neugeborene, die auch im späteren Leben ein erhöhtes Risiko haben, übergewichtig zu sein. Auch (spätere) Erkrankungen an hohem Blutdruck, Diabetes, Allergien, Asthma und ADHS sowie auch ein späteres Suchtverhalten, die Intelligenz und verschiedene andere Gesundheitsfaktoren und Eigenschaften des Kindes können vor der Geburt mitgeprägt werden. Es gilt als wahrscheinlich, dass einerseits ein hohes Geburtsgewicht, eine rasche Gewichtszunahme in den ersten zwei Lebensjahren und das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft das Adipositasrisiko erhöhen, während andererseits das Stillen das Adipositasrisiko senkt (von Kries/Toschke 2004).

119. Die Auswertungen zu ausgewählten prä- und perinatalen Einflussfaktoren in KiGGS basieren auf schriftlichen Angaben der Eltern (meist der Mütter) über die Schwangerschaft und das Geburtsgewicht. Insgesamt gaben 17,5 % der Mütter an, während der Schwangerschaft geraucht zu haben, und 13,8 % gaben an, während der Schwangerschaft (zumindest) gelegentlich Alkohol konsumiert zu haben. Mütter mit niedrigem Sozialstatus rauchten während der Schwangerschaft häufiger als Mütter mit höherem sozialen Status. Letztere tranken aber häufiger zumindest gelegentlich Alkohol als Mütter mit niedrigem Sozialstatus (Bergmann et al. 2007).

3.2.1.2 Körperliche Entwicklung und Akzeleration

120. Wachstumsparameter wie Körperhöhe und Körpergewicht sind wichtige Indikatoren zur Einschätzung des altersgerechten Wachstums im Kindes- und Jugendalter. Dabei kann der individuelle Wachstumsverlauf eines Kindes, dargestellt z. B. in Form eines so genannten Somatogramms (Grafik von Größe und Gewicht im Zeitverlauf), mit bevölkerungsspezifischen Durchschnittswerten (z. B. Wachstumstabellen) verglichen und bewertet werden. Abweichungen im Wachstum können dadurch in der kinderärztlichen Betreuung erkannt werden. Weitere Indikatoren des Wachstums im Kindesalter sind der Kopfumfang, der Taillen- und Hüftumfang und die Hautfaltdicke.

Mit dem Beginn der geschlechtlichen Entwicklung gewinnt die Einschätzung des Reifestandes bzw. des so genannten Reifegrades als Indikator für eine „normale“ Entwicklung ebenfalls an Bedeutung. Als wichtige Reifekriterien gelten Regelblutung (Menarche), Stimmbruch (Mutation) und Schambehaarung (Pubes). Die Reifeentwicklung ist mit der Veränderung vieler Parameter verbunden (z. B. Wachstumsschub und Veränderung funktioneller Werte, wie z. B. Blutdruck, Laborwerte).

121. Außer durch genetische Faktoren wird das individuelle Wachstum wesentlich durch Umwelteinflüsse mit-

bestimmt. So haben gesellschaftliche Veränderungen in der Ernährung, der gesundheitlichen Betreuung und auch Veränderungen anderer sozialer Bedingungen seit dem vorigen Jahrhundert zu einer Beschleunigung im Wachstum und in der Reifeentwicklung bei Kindern und Jugendlichen geführt, die als säkulare Akzeleration bezeichnet wird. Kinder gleichen Alters sind heute größer und schwerer als vor 100 Jahren und erreichen ca. 2 Jahre früher die geschlechtliche Reife.

122. Seit den 1980er Jahren wird aber beobachtet, dass einerseits die Variationsbreite des altersbezogenen Körpergewichtes in den Industrieländern immer weiter zunimmt, andererseits die durchschnittliche Körperhöhe aber nur geringfügig weiter ansteigt. Diese Entwicklung trifft auch für Deutschland zu; die Annahme wird besonders durch Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen gestützt und ebenfalls durch Studienergebnisse für Jenaer Kinder für den Zeitraum 1975 bis 1995 (Kromeyer-Hauschild/Jaeger 1997). Andere regionale Studien aus dem Saarland (Zabransky et al. 2000), aus Brandenburg (Böhm et al. 2002) und Heidelberg (Georgi et al. 1996) bestätigen die altersbezogene Zunahme des mittleren Körpergewichtes und der Variationsbreite des Körpergewichtes sowie den vergleichsweise geringeren Anstieg der Körpergröße. Die Veränderungen bei Körpergewicht und Körperhöhe haben sich zum Großteil in der ersten Hälfte der 1990er Jahre ereignet. Ab Mitte der 1990er Jahre ist für die durchschnittliche Körperhöhe keine Steigerung mehr zu verzeichnen. Dafür spricht auch, dass die in der Nationalen Verzehrsstudie erhobenen Körpermesswerte für 14- bis 17-jährige Jugendliche im Vergleich mit den vorliegenden Referenzwerten (s. Kromeyer-Hauschild et al. 2001) eine starke Zunahme des Body-Mass-Indexes im oberen Perzentilbereich zeigen (Max-Rubner-Institut 2008; Kurth/Schaffrath Rosario 2007).

123. Die in KiGGS erhobenen Körpermaße (Körperhöhe, Körpergewicht, Kopfumfang, Taillen- und Hüftumfang, Hautfaltdicke an zwei Messpunkten, Ellenbogenbreite) und Reifekriterien (erste Regelblutung, Stimmbruch, Schambehaarung) sollten eine repräsentative Grundlage für bundesweit einheitlich erhobene Referenzwerte liefern.²⁶

Alle untersuchten Körpermaße zeigen eine merkmalspezifische Geschlechts- und Altersabhängigkeit (s. entsprechende Abschnitte in den Kapiteln 4, 5 und 6 des Gesamtberichtes RKI 2008a). Für die in die Untersuchung einbezogenen Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind die Unterschiede im Vergleich zum Wachstum von Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund durch die ethnische Herkunft erklärbar.

Soziale Unterschiede sind beim Körpergewicht bzw. Körperfettanteil nachweisbar, bei der Körperhöhe nicht in allen Altersgruppen. Auch bei den Umfangmaßen von Taille und Hüfte lassen sich in der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre signifikante Unterschiede nach Sozialstatus bei

²⁶ Genauere Erläuterungen zur Mess- und Erfassungsmethodik finden sich in Stolzenberg et al. 2007 bzw. Kahl et al. 2007b.

beiden Geschlechtern nachweisen. Ost-/West-Unterschiede sind im Wachstum weniger relevant. Auf die Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Body-Mass-Index (BMI) wird an anderer Stelle im Bericht noch ausführlicher eingegangen (s. auch Abschnitt „Übergewicht und Adipositas“ in 3.2.1.3).

3.2.1.3 Morbidität

124. Kennzeichnend für die Entwicklung der Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen im zurückliegenden Jahrhundert ist ein historisch beispielloser Rückgang der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. Dementsprechend ist in den westlichen Industrienationen die Vermeidung des Todes heute als gesundheitspolitisches Anliegen eher in den Hintergrund getreten zugunsten einer Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität.

In den letzten Jahrzehnten ist zudem ein deutlicher Wandel des Morbiditätsspektrums bei Kindern und Jugendlichen festzustellen, der geprägt ist von einer Verschiebung von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen (z. B. Asthma, Krankheiten des atopischen Formenkreises und Adipositas) und von den somatischen hin zu den psychischen Störungen (Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, wie z. B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten sowie Alkohol- und Drogenkonsum). Diese „neue Morbidität“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.

125. Diesem Trend Rechnung tragend, wurden im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey Daten über bedeutsame Gesundheitsstörungen nicht nur im Bereich der akuten (einschließlich übertragbaren) Krankheiten, sondern auch im Bereich der chronischen Erkrankungen (z. B. Allergien) und der chronischen Belastungsfaktoren wie Übergewicht und Adipositas erhoben. Unfälle mit Verletzungsfolgen sind ebenfalls häufige und dabei grundsätzlich präventable Ereignisse des Kindes- und Jugendalters, die in KiGGS erhoben wurden. Für den Bereich der psychischen Gesundheit erfasst der KiGGS-Datensatz repräsentativ psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Erfahrungen mit der Erduldung und Ausübung körperlicher Gewalt sowie Symptome von Essstörungen und beschreibt zudem feststellbare Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung.

Somatische Erkrankungen

126. Das Kindes- und Jugendalter gilt insgesamt als gesunder Lebensabschnitt: Verglichen mit anderen Altersgruppen sind die Morbiditäts- und Mortalitätsraten in diesem Alter relativ niedrig (Kolip et al. 1995). Auch im historischen Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland sowie in anderen entwickelten Ländern akute infektiöse Krankheiten und insbesondere die klassischen „Kinderkrankheiten“ durch verbesserte Lebensbedingungen und eine leistungsfähige, moderne Medizin zurückgedrängt werden konnten (RKI 2004a). Ebenso hat die Kindersterblichkeit insgesamt und speziell die Mortalität durch

Infektionskrankheiten deutlich abgenommen. Zahlreiche Einzelstudien sowie Surveys aus anderen Ländern verzeichnen allerdings für chronisch verlaufende Erkrankungen einen gegenläufigen Trend. Deren Häufigkeiten im Kindes- und Jugendalter sind in den letzten Jahrzehnten – ebenso wie im Erwachsenenalter – deutlich angestiegen (Hoepner-Stamos 1995). Das Spektrum der Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter unterlag somit im vergangenen Jahrhundert einem erheblichen qualitativen Wandel hin zu einer so genannten „neuen Morbidität“.

127. Somatische, das heißt körperliche Krankheiten – speziell solche mit chronischem Verlauf – kommen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt seltener vor als im Erwachsenenalter. Sie sind aber bereits in dieser Lebensphase von besonderer Bedeutung, weil sie die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen können und das Auftreten chronischer Erkrankungen im Erwachsenenalter mitbestimmen (Kuh/Ben-Shlomo 1997). Ergebnisse verschiedener Studien weisen darauf hin, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeiten hinsichtlich verschiedener somatischer Erkrankungen in verschiedenen Lebensphasen jeweils unterschiedlich sind.

128. Eine besondere Bedeutung kommt den Allergien zu, insbesondere den so genannten atopischen Krankheiten Heuschnupfen, atopisches Ekzem (Neurodermitis) und Asthma bronchiale; häufig ist auch das allergische Kontaktekzem. Zudem können allergische Sensibilisierungen gegenüber spezifischen Antigenen bestehen, ohne dass es (schon) zu einer allergischen Erkrankung gekommen ist.

129. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey verfolgte das Ziel, repräsentative Daten zu den wichtigsten akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen für die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen zu liefern. Im Einzelnen wurden in KiGGS mittels Elternfragebogen und ärztlichem Interview folgende Indikatoren zu körperlichen Erkrankungen erfasst (siehe Tabelle 33).

130. Während die akuten sowie die so genannten Kinderkrankheiten überwiegend im schriftlichen Fragebogen erfasst wurden und auf Elternangaben beruhen, wurde für die chronischen Krankheiten im standardisierten ärztlichen Interview (CAPI) das Vorhandensein ärztlicher Diagnosen erfragt. Die Feststellung von allergischen Sensibilisierungen wurde mittels Blutproben vorgenommen.²⁷

131. Die 12-Monats-Prävalenzschätzungen der einzelnen akuten Erkrankungen (Anteile der Kinder und Jugendlichen, die die jeweilige Krankheit in den letzten 12 Monaten hatten) zeigen, dass Kinder und Jugendliche am häufigsten von infektiösen Atemwegserkrankungen betroffen sind. So hatten 88,5 % (Mädchen 89,2 %, Jungen 87,8 %) der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mindestens eine Erkältung (grippalen Infekt).

²⁷ Genauere Angaben zur Erhebungs- und Untersuchungsmethodik finden sich in Kamtsiuris et al. 2007a und Schlaud et al. 2007.

Tabelle 33

Übersicht der erfassten somatischen Erkrankungen

Elternfragebogen		Standardisiertes Ärztliches Interview (CAPI)	
Akute Erkrankungen: Erkältung, grippaler Infekt Angina Krupp/Pseudokrupp Herpesinfektion Akute Bronchitis (nicht bei Asthma) Durchfall, Erbrechen Blasen- und Harnwegs- entzündung Bindehautentzündung	Indikatoren: 12-Monats-Prävalenz* Erkrankungshäufigkeit in den vergangenen 12 Monaten	Chron. Krankheiten: Heuschnupfen Neurodermitis Asthma Obstruktive Bronchitis Herzkrankheiten Epileptische Anfälle Schilddrüsenkrankheiten Diabetes Anämie Skoliose Migräne	Indikatoren: Lebenszeitprävalenz* 12-Monats-Prävalenz* 4-Wochen-Prävalenz* Alter bei Erkrankung
„Kinderkrankheiten“: Keuchhusten Masern Mumps Röteln Windpocken Scharlach	Indikatoren: Lebenszeitprävalenz*	Akute Erkrankungen: Lungenentzündung Otitis media	Indikatoren: Lebenszeitprävalenz* 12-Monats-Prävalenz* 4-Wochen-Prävalenz* Alter bei Erkrankung
Chron. Krankheiten: Kontaktekzem Psoriasis (Schuppenflechte)	Indikator: Lebenszeitprävalenz*		

* Lebenszeitprävalenz/12-Monats-Prävalenz/4-Wochen-Prävalenz: Ist die Krankheit jemals/in den letzten 12 Monaten/in den letzten 4 Wochen aufgetreten – ja/nein

Quelle: RKI 2008a

Des Weiteren hatten 19,9 % (Mädchen 18,5 %, Jungen 21,2 %) im vergangenen Jahr eine akute Bronchitis und 18,5 % eine Mandelentzündung (Mädchen 19,9 %, Jungen 17,2 %). An einer Mittelohrentzündung (Otitis media) waren in den vergangenen 12 Monaten 11 % (Mädchen 10,9 %, Jungen 11,1 %) und an Pseudokrupp 6,6 % aller Befragten (Mädchen 4,6 %, Jungen 8,4 %) erkrankt. Die 12-Monats-Prävalenz für Lungenentzündungen liegt bei 1,5 % (Mädchen 1,7 %, Jungen 1,3 %). Magen-Darm-Infekte stellen mit einer Prävalenz von 46,8 % (Mädchen 45,3 %, Jungen 48,2 %) einen häufigen akuten Erkrankungsgrund dar. 12,8 % der Kinder und Jugendlichen (Mädchen 14,5 %, Jungen 11,3 %) litten darüber hinaus in den letzten 12 Monaten an einer Herpesinfektion, 7,8 % an einer Bindehautentzündung (Mädchen 7,5 %, Jungen 8,1 %) und 4,8 % an einer Harnwegsinfektion (Mädchen 7,9 %, Jungen 1,9 %).

Zu beachten ist, dass die 12-Monats-Prävalenzen bei den einzelnen akuten Erkrankungen (teilweise stark) nach dem Alter variieren. Erkältungen, Magen-Darm- und Harnwegsinfekte, Angina, Bronchitis, Lungen- und Mittelohrentzündungen sowie Pseudokrupp waren bei den

3- bis 6-Jährigen am häufigsten, Bindehautentzündungen bei den unter 6-Jährigen und Herpesinfektionen bei den 11- bis 17-Jährigen. Während die 12-Monats-Prävalenzen bei Erkältungen (grippalen Infekten), Mandelentzündungen und Harnwegsinfekten über das gesamte Kindes- und Jugendalter hinweg relativ konstant sind, gehen sie für akute Bronchitis, Pseudokrupp, Lungenentzündungen und Mittelohrentzündungen sowie für Magen-Darm-Infekte und Bindehautentzündungen ab dem Alter von ca. sechs Jahren zurück.

132. Bei einzelnen Krankheiten zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht. So sind akute Bronchitis, Pseudokrupp und Magen-Darm-Infekte (etwas) häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu verzeichnen, während Mädchen (etwas) mehr von Erkältungen (grippalen Infekten), Mandelentzündungen, Harnwegsinfekten und Herpesinfektionen betroffen sind. Darüber hinaus leiden Kinder und Jugendliche im Westen Deutschlands insgesamt häufiger an akuten Erkrankungen als solche im Osten Deutschlands (neue Bundesländer einschließlich Berlin). Auffällig ist zudem, dass Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund von den meisten der

erhobenen akuten somatischen Erkrankungen seltener betroffen sind als diejenigen ohne Migrationshintergrund (RKI 2008b). Erkältungen (grippale Infekte), Magen-Darm-Infekte und Bindehautentzündungen kommen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit höherem Sozialstatus häufiger vor, während Mandelentzündungen und Herpesinfektionen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus vermehrt auftreten.

133. Für die infektiösen Kinderkrankheiten wurden folgende Lebenszeitprävalenzen (Anteile der Kinder und Jugendlichen, die die jeweilige Krankheit bisher in ihrem Leben hatten) für die 0- bis 17-Jährigen ermittelt: Keuchhusten 8,7 %, Masern 7,4 %, Mumps 4,0 %, Röteln 8,5 %, Windpocken 70,6 % und Scharlach 23,5 %. Diese Prävalenzen steigen mit wachsendem Alter, und es gibt Ost-West-Unterschiede. Dabei spielen auch die (sich verändernden) Impfempfehlungen eine Rolle.

134. Als chronische Erkrankungen wurden bei 13,3 % (Mädchen 10,5 %, Jungen 16 %) aller einbezogenen Kinder und Jugendlichen eine obstruktive Bronchitis, bei 13,2 % Neurodermitis (Mädchen 13,4 %, Jungen 13,0 %) und bei 10,7 % Heuschnupfen (Mädchen 8,9 %, Jungen 12,5 %) jemals ärztlich diagnostiziert.

Die Lebenszeitprävalenzen für eine ärztlich diagnostizierte Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) liegen bei 5,2 % (Mädchen 6,0 %, Jungen 4,4 %) und für Asthma bei 4,7 % (Mädchen 3,9 %, Jungen 5,5 %). An Diabetes mellitus leiden 0,1 %, an Krampfanfällen (epileptischen Anfällen) 3,6 % (Mädchen 3,3 %, Jungen 3,7 %) und an Psoriasis (Schuppenflechte) 1,4 % der 0- bis 17-Jährigen (Mädchen 1,5 %, Jungen 1,2 %). Die Lebenszeitprävalenz von mindestens einer der drei atopischen Erkrankungen (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma) liegt bei 22,9 % (Mädchen 21,4 %, Jungen 24,3 %), von allergischem Kontaktekzem sind 9,9 % betroffen (Mädchen 13,8 %, Jungen 6,2 %). Eine Sensibilisierung gegen mindestens eines der getesteten Antigene zeigte sich bei 40,8 % der 3- bis 17-Jährigen (Mädchen 36,4 %, Jungen 45,0 %).

Die Lebenszeitprävalenzen der chronischen Krankheiten steigen mit wachsendem Alter unterschiedlich stark an. Bronchitis, Neurodermitis, Herzkrankheiten, Blutarmut sowie Krampfanfälle (epileptische Anfälle) werden zum überwiegenden Teil bereits in der frühen Kindheit diagnostiziert. Bei Asthma, Heuschnupfen, Migräne, Schilddrüsenkrankheiten und Skoliose ist dagegen erst mit zunehmendem Alter ein Anstieg der Prävalenz zu beobachten.

135. Jungen sind häufiger von Heuschnupfen, Asthma und obstruktiver Bronchitis betroffen als Mädchen, während Schilddrüsenkrankheiten, allergisches Kontaktekzem und Skoliose bei Mädchen öfter vorkommen. Von Neurodermitis, Skoliose und Migräne sind Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund vergleichsweise seltener betroffen (RKI 2008b). Zusammenhänge zwischen dem Sozialstatus der Familie und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung zeigen sich lediglich bei den allergischen Erkrankungen Neurodermi-

tis und Heuschnupfen sowie bei der Skoliose – davon sind die Kinder bzw. Jugendlichen mit höherem sozialen Status häufiger betroffen. Signifikante Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland können für die Lebenszeitprävalenzen der erfassten chronischen Krankheiten mit Ausnahme der obstruktiven Bronchitis (West 14,0 %, Ost 10,2 %) und des allergischen Kontaktekzems (West 10,2 %, Ost 8,4 %) nicht festgestellt werden.

Übergewicht und Adipositas

136. Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht) bei Kindern und Jugendlichen sind weltweit ein wachsendes gesundheitliches Problem, und dies nicht nur in Industrieländern (Reilly 2006), Deutschland bildet dabei keine Ausnahme. Übergewicht, insbesondere Adipositas, kann bereits im Kindes- und Jugendalter unter anderem zu Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder einem erhöhten Blutzuckerspiegel führen und damit das Risiko für die Entstehung von Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöhen (Freedman et al. 1999; Weiss et al. 2004; Reinehr et al. 2005). Auch das Risiko für Asthma ist bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen größer. Krankheiten, die früher erst bei Erwachsenen auftraten, sind heute bereits bei Kindern festzustellen, beispielsweise Typ-2-Diabetes, Leberverfettung, Gelenkschäden, nächtliche Atmungsstörungen und Arterienverkalkung. Insgesamt gesehen ist von einer verringerten Lebenserwartung auszugehen (Daniels 2006; Bjørge et al. 2008).

137. Darüber hinaus wird Übergewicht, insbesondere Adipositas, oft als psychosoziale Belastung empfunden und geht häufig mit sozialer Diskriminierung, verringerter Lebensqualität und verminderter Selbstachtung einher (Ebbeling et al. 2002; Reilly et al. 2003). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die subjektive Einschätzung der Jugendlichen, „viel zu dick“ zu sein (selbst wenn sie normalgewichtig sind), die Lebensqualität stärker beeinträchtigt als eine tatsächlich über den Body-Mass-Index festgestellte Adipositas (Kurth/Ellert 2008). Dies macht die Komplexität des Problems deutlich. Es bedeutet unter anderem, dass gesundheitspolitische Maßnahmen gegen Übergewicht nicht ein falsches Schlankheitsideal propagieren (s. dazu auch Abschnitt „Psychische Gesundheit in 3.2.1.3) und auch nicht zu einer Verringerung der sozialen Akzeptanz von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen führen sollten.

138. Die familiäre Häufung von Übergewicht ist zum Teil auf eine genetisch bedingte Veranlagung zurückzuführen, zum Teil darauf, dass innerhalb von Familien gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden und dass die Familienmitglieder ähnlichen Einflüssen ihres Wohn- und Gesellschaftsumfelds ausgesetzt sind. Neben elterlichem Übergewicht und sozialem Status gibt es weitere Faktoren, die das Auftreten von Übergewicht und Adipositas begünstigen (Ebbeling et al. 2002; Maffei 2000; Reilly et al. 2005; Wareham et al. 2005; Malik et al. 2006; Ong 2006; Moreno/Rodriguez 2007; Arenz et al. 2004). Dazu zählen Faktoren aus dem frühkindlichen Leben, wie ein hohes

Geburtsgewicht, eine hohe Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft und das Rauchen der Mutter während dieser Zeit (s. auch Abschnitt 3.2.1.1). Zu den verhaltensbedingten Ursachen von Übergewicht zählen mangelnde Bewegung, ein hoher Medienkonsum, zu kurze Schlafdauer und ungünstige Ernährungsgewohnheiten (übergroße Portionen, vor allem von kalorienreichen Lebensmitteln, hoher Konsum von gesüßten Getränken, eine schwach ausgeprägte Esskultur, wie etwa das Essen vor dem Fernseher oder außerhalb von geregelten Mahlzeiten, Flaschenmahlzeiten statt Stillen). Kinder aus Familien, in denen die Eltern rauchen, und aus Familien mit geringem familiären Zusammenhalt sind ebenfalls häufiger von Übergewicht betroffen.

139. In KiGGS wurden u. a. die Körpergröße und das Körpergewicht in standardisierter Weise gemessen (Stolzenberg et al. 2007) und daraus der Body-Mass-Index (BMI) berechnet (Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße in m zum Quadrat). Zur Festlegung von Grenzwerten zur Definition von Übergewicht und Adipositas wurden Referenzwerte verwendet, die auf mehreren unterschiedlichen, zwischen 1985 und 1998 erhobenen Stichproben in verschiedenen Regionen Deutschlands beruhen (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Diese Grenzwerte sind eine statistische Festlegung und beschreiben alters- und geschlechtsspezifisch jeweils den BMI, den nur 10 % (Übergewicht) bzw. nur 3 % (Adipositas – starkes Übergewicht) der damaligen Referenzpopulation überschritten haben. Entsprechend wurden Kinder und Jugendliche in KiGGS als übergewichtig bzw. adipös eingestuft.

140. Ausgehend von der oben genannten Definition und den verwendeten Grenzwerten zeigen die KiGGS-Daten, dass in Deutschland 15 % (Mädchen 15,0 %, Jungen 15,1 %) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig oder adipös sind (Kurth/Schaffrath Rosario 2007). Davon sind 8,7 % übergewichtig, aber nicht adipös; bei 6,3 % der 3- bis 17-Jährigen ist das Übergewicht jedoch so stark ausgeprägt, dass man von Adipositas spricht (Mädchen 6,4 %, Jungen 6,3 %). Im Vergleich zu den oben genannten Referenzdaten von 1985 bis 1998 ist der Anteil der Übergewichtigen auf das Eineinhalbfache gestiegen, der Anteil der Adipösen hat sich sogar verdoppelt. Dieser Anstieg der Übergewichtsraten ist für die Altersgruppen unterschiedlich: Im Kindergartenalter ist keine Erhöhung der Übergewichtsraten feststellbar. Für die Altersgruppen ab dem Grundschulalter gab es einen starken Anstieg. In absoluten Zahlen ausgedrückt muss man für Deutschland von ca. 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, davon ca. 800 000 adipösen, ausgehen.

Klare Unterschiede in den Übergewichtsraten zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen den alten und neuen Bundesländern sind nicht zu erkennen. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern, deren Eltern übergewichtig sind, bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten und – unabhängig vom Sozialstatus – bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (Kurth/Schaffrath Rosario 2007; RKI 2008b).

Besonders häufig kommt die Adipositas bei 11- bis 17-jährigen Mädchen aus Familien mit niedrigem sozialen Status (14,7 %) vor.

141. Da der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder besonders stark im Grundschulalter ansteigt, sind wichtige Zielgruppen für die Prävention Grundschulkin- der sowie Kinder im Vorschulalter. Präventionsbemühungen sollten nicht nur die Kinder, sondern auch deren Eltern mit einbeziehen. Übergewicht ist jedoch nicht nur ein individuelles Problem angesichts einer Gesellschaft, in der ein sitzender, bewegungsarmer Lebensstil zur Normalität wird und ungesunde, zucker- und fettreiche Nahrungsmittel gerade auch für Kinder propagiert und beworben werden.

Unfälle und Verletzungen

142. Unfälle sind die häufigste Todesursache bei Kindern (über 1 Jahr) und Jugendlichen in Deutschland und Europa (Holder et al. 2001). Sie sind außerdem die Hauptursache für die Krankheitslast gemessen an DALYs (*years of life lost to disability or premature death*) (Ellsäßer/Berfenstam 2000; WHO 2005). Nach einer Studie von UNICEF liegt der Anteil tödlicher Verletzungen an allen Todesfällen im Kindesalter in Europa bei ca. 40 % (UNICEF 2001). Unfälle können weitreichende individuelle und soziale, aber auch ökonomische Folgen haben und sind ein bedeutendes bevölkerungsmedizinisches Problem (Mulder/van Beeck 1999; Rogmans/Mulder 1998).

143. Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e. V. schätzt die Anzahl der verletzten Kinder unter 15 Jahren, die ärztlich behandelt werden mussten, für das Jahr 2004 in Deutschland auf 1,6 Millionen (BAG 2007). Eine Studie zur Epidemiologie von Unfällen bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland, die die bundesweit verfügbaren Datenquellen für den Zeitraum von 1990 bis 2004 epidemiologisch aufbereitete, kam zu folgenden Ergebnissen: Die Sterblichkeit von Kindern unter 15 Jahren sowohl an Haus- und Freizeitunfällen als auch an Verkehrsunfällen ging im betrachteten Zeitraum stark zurück. Säuglinge und Kleinkinder hatten das höchste Risiko, an einem Unfall zu sterben bzw. sich schwer zu verletzen, Jungen waren in allen Altersgruppen (über 1 Jahr) häufiger betroffen als Mädchen (Ellsäßer 2006).

144. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wie den Niederlanden, Dänemark, Wales/UK, Italien, gibt es für Deutschland keine systematische bevölkerungsbezogene Erfassung (Monitoring) von Verletzten und daher keine repräsentativen Daten zu Kinderunfällen (Ellsäßer 2006; Ellsäßer/Diepgen 2002).

145. Eine wesentliche Verbesserung der Datenlage zu Unfällen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland ergibt sich durch den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (Kurth 2007). Im KiGGS wurde die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Holder et al. 2001) von Verletzungen zugrunde gelegt. Sie unterscheidet zwischen den unbeab-

sichtigten (unintentionalen) und beabsichtigten (intentionalen) Verletzungen. Die unbeabsichtigten Verletzungen sind die „Unfälle“ im engeren Sinne. Beabsichtigte Verletzungen sind dagegen solche, die durch Gewalt, z. B. Schläge oder Suizidversuch, hervorgerufen werden.

146. Ausgangspunkt für die Erfassung der Verletzungen in KiGGS war die Frage „Hat sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt oder vergiftet und musste deshalb ärztlich behandelt werden?“ im Elternfragebogen (Kahl et al. 2007a). Wurde diese Frage bejaht, sollten die Eltern vier weitere Fragenbereiche zum Unfallort, zum Unfallmechanismus, zu den Verletzungsfolgen und zur ambulanten bzw. stationären Behandlung beantworten. Bei mehreren Unfällen des Kindes wurden diese Angaben nur für den zeitlich letzten Unfall aufgenommen. Eine Unterscheidung der Verletzungen insgesamt durch Unfälle und Gewalt war möglich, da die Eltern und die Kinder ab 11 Jahren auch selbst nach Verletzungen durch tätliche Auseinandersetzungen befragt wurden.

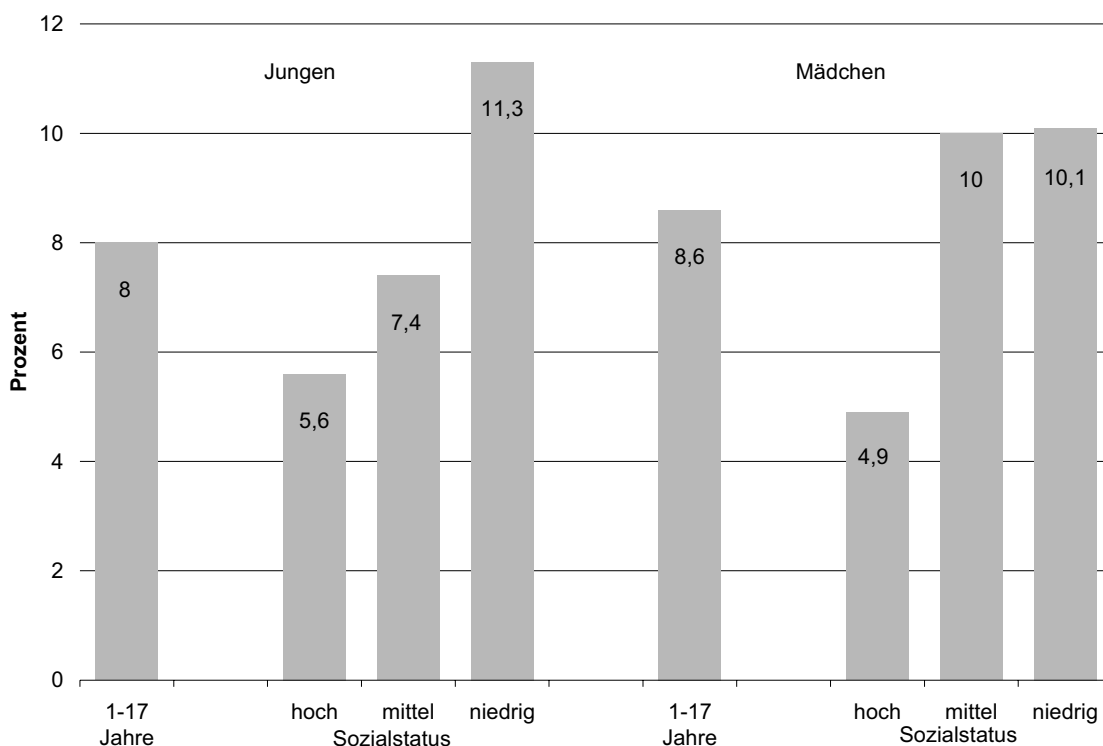
Außerdem wurde in KiGGS nach persönlichen Schutzmaßnahmen der Kinder gefragt, d. h. Helmtragen beim Fahrradfahren und Inlineskaten bzw. der Einsatz von Knie- und Armschonern (Kahl et al. 2007a). Die Datenlage dazu war in Deutschland bis dahin ebenfalls unzurei-

chend, lediglich einzelne Untersuchungsergebnisse der Bundesanstalt für Straßenwesen lagen vor. In KiGGS wurden die Fragen nach Schutzmaßnahmen den Eltern der Kinder ab 3 Jahre und den Kindern/Jugendlichen ab 11 Jahren selbst gestellt. Die Analyse der KiGGS-Daten zum Kinderunfallgeschehen in Deutschland wurde gemäß der international üblichen Einteilung für die Altersgruppen 1 bis 4 Jahre (Kleinkinder), 5 bis 14 Jahre (Schülerinnen, Schüler) und 15 bis 17 Jahre (Jugendliche) vorgenommen (Holder et al. 2001). Da sich die Unfallschwerpunkte mit zunehmendem Alter deutlich ändern, bietet diese Einteilung die Möglichkeit, jeweils relativ homogene Gruppen zu betrachten. Kinder unter einem Jahr (Säuglinge) – eine Gruppe mit speziellen Unfallrisiken – wurden von der Analyse ausgeschlossen, weil ein Teil der unter Einjährigen methodisch bedingt im Survey nicht erfasst werden konnte.

147. Insgesamt hatten von 16 327 Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre) 15,9 % in den letzten 12 Monaten mindestens eine Verletzung erlitten, darunter 15,2 % durch Unfälle und 0,8 % durch Gewalt (Holder et al. 2001). Verletzungen betreffen Jungen im Alter von 1 bis 17 Jahren signifikant häufiger als Mädchen (17,9 % vs. 14,0 %). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich bei den 1- bis 17-Jährigen ebenso bei den Verletzun-

Abbildung 16

Anteil der Verkehrsunfälle nach Geschlecht und Sozialstatus



N_{gewichtet} = 2410 Kinder und Jugendliche im Alter von einem bis unter 18 Jahren, die in den letzten 12 Monaten durch Verkehrsunfälle verletzt wurden und deshalb ärztlich behandelt werden mussten.

Quelle: Kahl et al. 2007a, Elternangaben

gen durch Unfälle (17,0 % vs. 13,4 %) wie bei den Verletzungen durch Gewalt (0,9 % vs. 0,6 %). Die Datenanalyse zu Unfällen nach Sozialstatus konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen höherer Unfallhäufigkeit der Kinder und niedrigem Sozialstatus nur bei den Straßenverkehrsunfällen ermitteln (s. Abbildung 16).

148. Soziale Unterschiede sind auch beim Durchsetzen der Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren und beim Inlineskaten zu erkennen, wobei Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, aus den neuen Bundesländern und auch die Kinder mit Migrationshintergrund weniger vor Verletzungen geschützt sind als ihre sozial besser gestellten Altersgefährten (s. Tabelle 34).

Psychische Gesundheit

149. Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter beeinträchtigen das individuelle Wohlbefinden und können darüber hinaus auch mit zum Teil erheblichen Belastungen für das soziale Umfeld verbunden sein. Bei der Verursachung und Entwicklung der meisten psychischen Störungen wird derzeit ein multifaktorielles Entstehungsmodell angenommen, bei dem genetische und physiologische Faktoren zusammen mit personalen und individuell-erlerngeschichtlichen Aspekten sowie mit psychosozialen und anderen Umgebungsfaktoren zur Entstehung und dem Verlauf psychischer Störungen und Erkrankungen beitragen.

In KiGGS wurden mit vielfältigen Methoden und Erhebungsinstrumenten Informationen zu verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit, wie psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Risiken und Ressourcen, Essstörungen, ADHS und Gewalterfahrungen erhoben. Bei den Ergebnissen ist zu beachten, dass im Rahmen der Surveyerhebung von KiGGS nur Symptome von psychi-

schen Störungen oder Auffälligkeiten bzw. Hinweise darauf erfasst wurden. Individuelle Diagnosen können nicht gestellt werden.

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

150. Psychische Auffälligkeiten können unterteilt werden in internalisierende (d. h. Probleme mit sich selbst) und externalisierende (d. h. Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen) (Döpfner et al. 1997). Während zu Letzteren u. a. Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität sowie aggressives und dissoziales Verhalten gehören, stellen z. B. Ängste und Depressivität internalisierende Probleme dar (Ihle/Esser 2002).

151. In KiGGS wurden Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten mit dem Stärken- und Schwächenfragebogen SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) erfasst (Goodman 1997). Mit diesem Fragebogen wurden für die 3- bis 17-Jährigen deren Eltern (über ihre Kinder) und auch die 11- bis 17-Jährigen selbst befragt (Hölling et al. 2007). Der mehrfach psychometrisch getestete und validierte SDQ erfragt psychische Schwächen in vier Problembereichen (Emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen) und in einem Bereich psychische Stärken (Prosoziales Verhalten). Der Fragebogen erlaubt eine Auswertung für jeden der fünf Bereiche einzeln und auch eine Gesamtauswertung über die vier Problembereiche. Für die Auswertung dieses so genannten Gesamtproblemwertes und der Einzelskalen der fünf Bereiche wurden die *cut-off*-Werte (Grenzwerte) der englischen Normstichprobe zu Grunde gelegt (Goodman et al. 2000), die für alle Befragten hinsichtlich der entsprechenden Problembereiche eine Zuordnung „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ ermöglichen.

Tabelle 34

Anteil der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre) mit Schutzmaßnahmen durch Helm und Protektoren nach Geschlecht, Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion

Studienpopulation Merkmale	Helm/Fahrrad %	Helm/Skaten %	Protektoren/Skaten %
Jungen	55,8	54,3	69,4
Mädchen	56,6	53,2	74,9
Niedriger sozialer Status	46,3	46,3	60,9
Mittlerer sozialer Status	52,3	52,3	72,4
Hoher sozialer Status	62,7	62,7	83,1
Migrant	47,9	44,2	57,9
Nicht-Migrant	57,5	55,0	74,5
Ost	40,9	37,9	66,5
West	59,5	56,0	73,2

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Quelle: Kahl et al. 2007a, Elternangaben

Die vorliegenden Auswertungen beruhen auf Elternangaben. Beschrieben werden Merkmale und Symptome psychischer Auffälligkeiten. Die als „auffällig“ oder „grenzwertig“ klassifizierten Kinder und Jugendlichen stellen Einteilungen im Sinne von Risikogruppen dar.

152. Nach Einschätzung der Eltern werden insgesamt 85,3 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen (3- bis 17-Jährige) als unauffällig, 7,2 % als auffällig bezüglich des Gesamtproblemwertes eingestuft (Mädchen 5,3 %, Jungen 9,0 %), weitere 7,5 % als grenzwertig (Mädchen 6,2 %, Jungen 8,8 %). Jungen werden häufiger als Mädchen von den Eltern als grenzwertig oder auffällig beurteilt. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status werden häufiger als grenzwertig bzw. auffällig eingeschätzt.

Gemäß den Elternangaben liegen bei 9,1 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen Hinweise auf emotionale Probleme vor, weitere 7,2 % sind diesbezüglich „grenzwertig“ (Mädchen 9,7 % bzw. 7,5 %, Jungen 8,6 % bzw. 6,9 %). Symptome für Verhaltensprobleme wurden im Elternurteil für 14,8 % (Mädchen 11,9 %, Jungen 17,6 %) als auffällig eingeschätzt, als grenzwertig für 16,0 % (Mädchen 14,5 %, Jungen 17,5 %). Hinweise auf Hyperaktivitätsprobleme liegen bei 7,9 % der Kinder und Jugendlichen vor, weitere 5,9 % sind diesbezüglich als „grenzwertig“ einzustufen (Mädchen 4,8 % bzw. 4,5 %, Jungen 10,8 % bzw. 7,3 %). Auffällige Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen sahen die Eltern von 11,5 % der Kinder und Jugendlichen (Mädchen 9,9 %, Jungen 13,1 %), als „grenzwertig“ sind diesbezüglich 10,5 % einzustufen (Mädchen 9,6 %, Jungen 11,3 %). Die über große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen wird bezüglich ihres prosozialen Verhaltens als unauffällig eingeschätzt. Bei 3,6 % (Mädchen 2,5 %, Jungen 4,7 %) sehen die Eltern auffällige Defizite und weitere 7,0 % können diesbezüglich als „grenzwertig“ angesehen werden (Mädchen 5,0 %, Jungen 9,0 %).

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

153. Die als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS bezeichnete Verhaltensauffälligkeit wird durch die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität definiert. Sie ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter und bringt sowohl für die Betroffenen als auch meist für deren familiäres und soziales Umfeld erhebliche Probleme mit sich. Häufige Folgen sind z. B. Entwicklungsstörungen, Erziehungsprobleme, erhöhtes Risiko für Unfälle und Verletzungen, Beziehungsstörungen, psychische und soziale Beeinträchtigungen. Bundesweit repräsentative Daten zur Häufigkeit von ADHS für das gesamte Altersspektrum von 3 bis 17 Jahren gab es bislang nicht.

154. Aus KiGGS stehen Informationen zu ADHS aus mehreren Quellen zur Verfügung. Zum einen wurden die Eltern der 3- bis 17-Jährigen gefragt, ob bei ihrem Kind jemals eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ärztlich oder psychologisch festgestellt wurde. Um Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen zu iden-

tifizieren, die noch keine ärztliche oder psychologische Diagnose erhalten hatten, wurde zum anderen der Anteil der „Auffälligen“ in der Subskala „Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität“ des im vorigen Abschnitt genannten Stärken- und Schwächenfragebogen SDQ (abzüglich bereits diagnostizierter Fälle) herangezogen.

155. Für die 3- bis 11-Jährigen wurde zusätzlich eine Verhaltensbeobachtung während der medizinisch-physikalischen Tests durch die hierfür speziell trainierten Untersucherinnen durchgeführt (eine detaillierte methodische Beschreibung der KiGGS-Falldefinition findet sich in Schlack et al. 2007).

Insgesamt haben 4,8 % der 3- bis 17-Jährigen eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Jungen (7,9 %) wesentlich häufiger als Mädchen (1,8 %). Der große Geschlechtsunterschied besteht in allen Altersgruppen. Am häufigsten wurde ADHS mit 11,3 % bei den 11- bis 13-jährigen Jungen festgestellt. Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wurde ADHS häufiger diagnostiziert (6,4 %) als bei Kindern aus Familien mit mittlerem (5,0 %) und höherem sozioökonomischen Status (3,2 %). Kinder mit Migrationshintergrund erhielten seltener eine solche Diagnose (3,1 %) als Kinder ohne Migrationshintergrund (5,1 %). Ost-/West- und Stadt-/Land-Unterschiede wurden nicht gefunden.

Insgesamt wurden 4,9 % der 3- bis 17-Jährigen als zusätzliche ADHS-Verdachtsfälle (laut o. g. Definition) identifiziert. Bei den Jungen sind dies insgesamt 6,4 %, bei den Mädchen 3,6 %. Auch die ADHS-Verdachtsfälle sind in allen Altersgruppen bei den Jungen häufiger als bei den Mädchen. Ebenfalls gilt, dass mit steigendem sozioökonomischen Status seltener ADHS-Verdachtsfälle zu beobachten sind. Im Unterschied zu diagnostizierter ADHS weisen Kinder mit Migrationshintergrund bei den Verdachtsfällen eine etwas höhere Prävalenz auf (5,9 %) als Kinder ohne Migrationshintergrund (4,8 %). Sowohl hinsichtlich diagnostizierter ADHS-Fälle als auch der ADHS-Verdachtsfälle sind die Kinder im Grundschulalter (7 bis 10 Jahre) und die jungen Teenager (11 bis 13 Jahre) am häufigsten betroffen.

Gewalterfahrungen

156. Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sind mit potenziell schwerwiegenden Schädigungen für die physische und psychische Gesundheit verbunden. Mögliche Folgen von Gewaltopfererfahrungen sind neben Verletzungen, Verhaltens- und Beziehungsstörungen, psychosomatische Erkrankungen und Depressionen. Selbstaufgeführte Gewalttätigkeit Jugendlicher wiederum kann als Indikator für deviante (abweichende) und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten gewertet werden.

Bundesweit repräsentative und zudem noch mit anderen Gesundheitsindikatoren verknüpfbare Daten zu Gewalterfahrungen gab es bislang nicht. Geschätzt wurde, dass 25 bis 30 % der Jugendlichen Gewalt ausüben (Hurrelmann 1999).

157. In KiGGS wurden die 11- bis 17-Jährigen schriftlich zum einen gefragt: „Wie oft wurdest Du in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt?“ und zum anderen: „Wie oft warst Du in den letzten 12 Monaten gewalttätig gegenüber anderen?“ Die Antwortkategorien waren jeweils „nie“, „einmal“ und „mehrmals“. Entscheidend war dabei, was die Kinder und Jugendlichen subjektiv als Gewalteinwirkung bzw. Gewaltanwendung verstanden. Für die Auswertungen wurden die Befragten anhand der Antworten folgenden Gruppen zugeordnet: „Weder Täter noch Opfer“, „ausschließlich Opfer“, „ausschließlich Täter“, „sowohl Täter als auch Opfer“. Darüber hinaus wurde auch nach Einstellungen zu Gewalt gefragt (Schlack/Hölling 2007).

Insgesamt drei Viertel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren geben an, in den letzten 12 Monaten weder als Opfer noch als Täter mit Gewalt zu tun gehabt zu haben (Mädchen 82,5 %, Jungen 67,6 %), ausschließlich als Opfer sehen sich 4,6 % (Mädchen 3,9 %, Jungen 5,2 %), ausschließlich als Täter 14,9 % (Mädchen 9,9 %, Jungen 19,6 %). Sowohl Opfer als auch Täter gewesen zu sein, geben 5,7 % an (Mädchen 3,6 %, Jungen 7,6 %).

Essstörungen

158. Unter dem Begriff Essstörungen werden mehrere unterschiedliche Störungen zusammengefasst. Die Bekanntesten sind die Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa), aber auch die so genannte *binge eating disorder* (Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung) und die Adipositas, wenn diese im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen steht (Hölling/Schlack 2007). Oft gehen die Krankheitsbilder fließend ineinander über. Ihnen ist jedoch gemeinsam, dass aus dem existenziell notwendigen Essen ein Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oft auch sozialen Folgen entstanden ist. Essstörungen insgesamt sind im Kindes- und Jugendalter ein oft auftretendes chronisches Gesundheitsproblem. Für ihre Häufigkeit gab es bislang keine bundesweit repräsentativen Daten. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen liegt die Prävalenz der Anorexie zwischen 0,5 und 1 %, die der Bulimie bei 2 bis 4 %. Die Prävalenz für die *binge eating disorder* wird auf 10 bis 15 % geschätzt.

159. Symptome von Essstörungen wurden in KiGGS bei den 11- bis 17-Jährigen in Form einer schriftlichen Selbstauskunft mittels des SCOFF-Fragebogens erhoben (Morgan et al. 1999). Dieser enthält fünf Fragen:

1. Übergibst Du Dich, wenn Du Dich unangenehm voll fühlst?
2. Machst Du Dir Sorgen, weil Du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?
3. Hast Du in letzter Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?
4. Findest Du Dich zu dick, während andere Dich zu dünn finden?
5. Würdest Du sagen, dass Essen Dein Leben sehr beeinflusst?

Werden mindestens zwei dieser Fragen mit „ja“ beantwortet, kann auf den Verdacht einer Essstörung geschlossen werden. Auf dieser Grundlage wurden die Befragten als „SCOFF-auffällig“ bzw. „unauffällig“ eingestuft. Neben den SCOFF-Ergebnissen wurden noch weitere Erhebungsmerkmale herangezogen, die im Zusammenhang mit einer möglichen Essstörung stehen können – Body-Mass-Index, Rauchverhalten, Angaben zum Körper-selbstbild, Erfahrung von sexueller Belästigung und psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten aus dem in Abschnitt „Psychische Gesundheit“ in 3.2.1.3 genannten Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Hölling/Schlack 2007).

160. Die Auswertung des SCOFF-Fragebogens ergibt, dass bei 21,9 % der befragten 11- bis 17-Jährigen in KiGGS der Verdacht einer Essstörung besteht (Mädchen 28,9 %, Jungen 15,2 %). Bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status ist dieser Anteil mit 27,6 % fast doppelt so hoch wie bei Kindern aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status (15,6 %). Auch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ergibt sich häufiger der Verdacht einer Essstörung. Signifikante Ost-/West-Unterschiede wurden nicht festgestellt.

Die Auswertungen ergaben weiterhin, dass in der Gruppe der SCOFF-auffälligen Kinder und Jugendlichen der Anteil derer mit psychischen Auffälligkeiten signifikant erhöht ist, ebenso der Anteil der Übergewichtigen, der der Raucher und der Anteil derer, die Erfahrungen mit sexueller Belästigung angeben (Hölling/Schlack 2007).

Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung

161. Unter dem Einfluss des salutogenetischen Ansatzes spielen in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen neben psychischen Störungen und Risiken für die psychische Gesundheit zunehmend Bedingungen und Faktoren eine Rolle, die die Gesundheit schützen und die Widerstandskraft stärken, so genannte Ressourcen oder Schutzfaktoren. Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit lassen sich grob einteilen in personale, familiäre und soziale Ressourcen (Erhart et al. 2007). Personale Ressourcen sind zum Beispiel der so genannte Kohärenz-sinn, Optimismus und Selbstwirksamkeitserwartung. Bei den familiären Ressourcen spielen unter anderem der familiäre Zusammenhalt und das Erziehungsverhalten der Eltern eine Rolle. Die sozialen Ressourcen umfassen zum Beispiel die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare Unterstützung.

162. Personale Schutzfaktoren wurden in KiGGS über eine aus fünf Items bestehende Skala erfragt (Bettge/Ravens-Sieberer 2003). Die Items stammen aus der Selbstwirksamkeitsskala von Schwarzer und Jerusalem (Schwarzer/Jerusalem 1999) (z. B. „für jedes Problem kann ich eine Lösung finden“), der Optimismusskala des Berner Fragebogens zum Wohlbefinden (Grob et al. 1991) („meine Zukunft sieht gut aus“) und der *sense of coherence scale* (Kern et al. 1995) (z. B. „die Dinge, die ich jeden Tag mache, bereiten mir Freude und sind lus-

tig“). Die Befragten konnten auf vierstufigen Antwortvorgaben von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ auf die Fragen antworten. Soziale Ressourcen wurden über die deutsche Übersetzung der *social support scale* erfasst (Donald/Ware 1984). Die acht Items dieser Skala erfassen im Selbstbericht, wie oft Unterstützung in Form von Zuhören, von Zuneigung, das Vermitteln von Informationen zur Problemlösung sowie die Möglichkeit, gemeinsam Dinge zu unternehmen, erfahren werden. Die fünfstufigen Antwortkategorien reichten von „nie“ bis „immer“ und wurden mit Werten von 1 bis 5 kodiert und aufsummiert. Für die Erfassung des Bereichs Familiäre Schutzfaktoren wurde eine modifizierte Version der Familienklima-Skala von Schneewind eingesetzt (Schneewind et al. 1985). Für den Indikator „familiärer Zusammenhalt“ wurden neun Items dieser Skala herangezogen (z. B. „in unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein“, „wir kommen wirklich alle gut miteinander aus“, „wir gehen oft ins Kino – besuchen Sportveranstaltungen oder machen Ausflüge“), für die es jeweils vierstufige Antwortmöglichkeiten von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ gab. Auf der Basis einer inhaltlichen Beurteilung der Items und unter Berücksichtigung der aus der KiGGS-Stichprobe ermittelten Antwortverteilungen wurden für die jeweiligen Skalen *cut-off*-Werte bestimmt, anhand derer die Ergebnisse in die Kategorien „unauffällig bzw. normal“, „unterdurchschnittlich bzw. grenzwertig“ und „deutliche Defizite“ eingeteilt wurden (Erhart et al. 2007).

163. Von den in KiGGS befragten 11- bis 17-Jährigen verfügen nach deren Angaben 79,8 % (Mädchen 77,8 %, Jungen 81,7 %) über ausreichende personale Ressourcen (d. h. sie wurden diesbezüglich als „unauffällig“ bzw. „normal“ eingestuft), 8,9 % wurden als „unterdurchschnittlich bzw. grenzwertig“ eingestuft und 11,2 % (Mädchen 13,0 %, Jungen 9,5 %) haben deutliche Defizite. Mädchen wurden in ihren personalen Ressourcen häufiger als Jungen als „grenzwertig“ oder „defizitär“ zugeordnet. Kinder mit Migrationshintergrund verfügen über weniger personale Ressourcen. Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weisen mit 13,8 % häufiger deutliche Defizite in ihren personalen Ressourcen auf als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem (10,9 %) oder hohem Sozialstatus (8,2 %) (s. Tabelle 35).

164. usreichende soziale Ressourcen gaben 78,2 % der 11- bis 17-Jährigen an (Mädchen 85,1 %, Jungen 71,7 %), als „grenzwertig“ sind diese Ressourcen bei 12,0 % und als „defizitär“ bei 9,7 % (Mädchen 7,1 %, Jungen 12,3 %) einzustufen. Daraus ist ersichtlich, dass Jungen weniger soziale Unterstützung angeben als Mädchen. Auch Migranten berichten weniger soziale Ressourcen als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Mit sinkendem sozioökonomischen Status nimmt der Anteil der Jugendlichen zu, die ihre soziale Unterstützung als stark beeinträchtigt bezeichnen, von 7,6 % bei hohem sozialen Status der Familie, über 8,5 % bei mittlerem, auf 12,7 % bei niedrigem Sozialstatus.

Tabelle 35

Anteil der Mädchen und Jungen (11 bis 17 Jahre) mit defizitären personalen Ressourcen nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion

Studienpopulation Merkmale	Jungen %	Mädchen %	Gesamt %
Niedriger sozialer Status	11,7	16,0	13,8
Mittlerer sozialer Status	8,7	13,1	10,9
Hoher sozialer Status	7,6	8,9	8,2
Migrant	10,7	15,5	13,0
Nicht-Migrant	9,3	12,5	10,9
Ost	12,2	14,5	13,3
West	8,9	12,7	10,8
Gesamt	9,5	13,0	11,2

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Quelle: RKI, KiGGS, Selbstangaben

Tabelle 36

Anteil der Mädchen und Jungen (11 bis 17 Jahre) mit defizitären sozialen Ressourcen nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion

Studienpopulation Merkmale	Jungen %	Mädchen %	Gesamt %
Niedriger sozialer Status	15,5	9,9	12,7
Mittlerer sozialer Status	11,1	5,8	8,5
Hoher sozialer Status	9,7	5,4	7,6
Migrant	13,5	14,0	13,8
Nicht-Migrant	12,0	5,6	8,9
Ost	14,8	6,6	10,8
West	11,7	7,2	9,5
Gesamt	12,3	7,1	9,7

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Quelle: RKI, KiGGS, Selbstangaben

165. Der familiäre Zusammenhalt als Indikator für familiäre Ressourcen wurde von 79,5 % der befragten 11- bis 17-Jährigen (Mädchen 77,8 %, Jungen 81,1 %) als „normal“ eingeschätzt. Als „grenzwertig“ ist der familiäre Zusammenhalt bei 8,8 % einzustufen, und bei 11,6 % (Mädchen 13,0 %, Jungen 10,3 %) ist von deutlichen diesbezüglichen Defiziten auszugehen. Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund konnten hierbei jedoch kaum gefunden werden. Am häufigsten weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status Defizite in den personalen und sozialen Ressourcen und beim familiären Zusammenhalt auf.

3.2.1.4 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

166. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine bei Bevölkerungsstudien etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und damit der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. Im Gegensatz zu den klassischen medizinischen Kriterien zur Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person beinhaltet das Konzept der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit oder gesundheitsbezogenen Lebensqualität die für viele Aspekte maßgebliche Sichtweise der Betroffenen hinsichtlich ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit und ihres psychischen Wohlbefindens.

167. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen gewinnt auf Gemeinde- und nationaler Ebene zunehmend Relevanz für die Prävention von Krankheiten und die Förderung ihrer Gesundheit und kann dabei helfen, Subgruppen oder Individuen zu identifizieren, die ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme haben (Ravens-Sieberer et al. 2001). Außerdem trägt sie dazu bei, die Belastungen einer Erkrankung oder Behinderung zu bestimmen und kann da-

bei helfen, mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Funktionierens frühzeitig aufzudecken.

Die Identifikation wichtiger Determinanten des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern und der späteren Erwachsenen-Gesundheit, wie z. B. sozioökonomische Faktoren, Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen, akute und chronische Erkrankungen, kann dabei die Basis frühzeitiger Interventionen bilden.

168. Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen wurde in KiGGS von deren Eltern (Fremdeinschätzung) und bei den 11- bis 17-Jährigen auch von den Kindern und Jugendlichen selbst (Selbsteinschätzung) erhoben. Es wurde (entsprechend der von der WHO empfohlenen Formulierung) gefragt: „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ bzw. „Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“. Die Antwortskala war fünfstufig – „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“.

169. Bisherige epidemiologische Untersuchungen zum Gesundheitszustand und -verhalten von Kindern und Jugendlichen im deutschen Sprachraum haben subjektive Gesundheitsparameter wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität kaum berücksichtigt, repräsentative Normdaten zu diesem Themenbereich lagen bislang nicht vor. Die Befragung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ab 3 Jahre) wurde daher durch den Einsatz des KINDL-R-Fragebogens (Ravens-Sieberer/Bullinger 1998) in den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey integriert. Dieser erfasst sechs Dimensionen von Gesundheit (körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie, Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige und schulisches Wohlbefinden – s. Ravens-Sieberer et al. 2007b), aus deren jeweiligen Einzelwerten sich auch

eine Bewertung der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ableiten lässt.

170. Der allgemeine Gesundheitszustand wird in KiGGS für 40,2 % der Mädchen und 38,2 % der Jungen (0 bis 17 Jahre) von den Eltern als „sehr gut“ eingeschätzt, für 53,6 % der Mädchen und 54,6 % der Jungen als „gut“. Nur bei 6,8 % der Kinder und Jugendlichen bewerten die Eltern den Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein (Lange et al. 2007b). Ab dem Alter von 14 Jahren ist der von den Eltern eingeschätzte Gesundheitszustand der Jungen durchschnittlich besser als der der Mädchen, bei den Jüngeren ist es umgekehrt. Dazu passt, dass die 11- bis 17-jährigen Mädchen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität durchschnittlich schlechter bewerten als die gleichaltrigen Jungen.

Der Sozialstatus spielt bei der Einschätzung der Gesundheit eine signifikante Rolle. Die Gesundheit ihrer Kinder wird von Eltern mit niedrigem Sozialstatus deutlich seltener als „sehr gut“ eingeschätzt als bei Eltern mit mittlerem und hohem Sozialstatus – und zwar über alle Altersjahrgänge hinweg. Bezeichnen insgesamt 47,6 % der Eltern mit hohem Sozialstatus die Gesundheit ihrer Kinder als „sehr gut“, sind es bei niedrigem Sozialstatus nur 32,4 % (Lange et al. 2007b). Ost-/West-Unterschiede bezüglich der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes oder der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität können weder in der Eltern- noch in der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen festgestellt werden. Je besser die soziale Lage der Familie ist, desto besser wird auch der Gesundheitszustand bzw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen bewertet. Nicht-Migranten oder deren Eltern geben häufiger einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an und schätzen auch die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität besser ein als Migranten oder deren Eltern (s. auch RKI 2008b). Detaillierte Angaben

zur Einschätzung des Gesundheitszustandes und zu den verschiedenen Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität finden sich in den Kapiteln 4 bis 6 des Gesamtberichtes (RKI 2008a).

171. Neben der Beurteilung der Eltern haben die 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen im Rahmen von KiGGS eigene Angaben zu ihrer Lebensqualität gemacht, die ein etwas anderes Bild zeigen: Hier sind es die Jungen, die in allen Skalen, mit Ausnahme der Schulskala, über eine signifikant höhere Lebensqualität als Mädchen berichten. Außerdem fällt auf, dass die Jugendlichen in fast allen Bereichen über eine Abnahme ihrer Lebensqualität im Laufe der Adoleszenz berichten. Bei der Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind in den KiGGS-Daten eindeutige Unterschiede bei einer Differenzierung nach Sozialstatus zu beobachten (s. Tabelle 37).

3.2.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

172. Neben der Erfassung der gesundheitlichen Lage und des Inanspruchnahmeverhaltens diente KiGGS auch dazu, aktuelle repräsentative Aussagen über das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu ermöglichen. Dem Lebensstil kommt im Zusammenspiel von biologischen, genetischen und sozialen Determinanten eine erhebliche Bedeutung für die Gesundheit zu. Im folgenden Kapitel wird der Einfluss verschiedener Aspekte des Gesundheitsverhaltens im Kindes- und Jugendalter beleuchtet. Dabei wird auch auf die Fragestellungen und Untersuchungsmethoden eingegangen, mit deren Hilfe die Daten zu einzelnen Themenfeldern in KiGGS erhoben wurden. Eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse schließt sich jeweils an.

Tabelle 37

Mittlere Skalenwerte* der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozialstatus, Migrationsstatus und Wohnregion

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger sozialer Status	73,4	70,3	71,9
Mittlerer sozialer Status	74,3	71,1	72,7
Hoher sozialer Status	74,2	72,6	73,4
Migrant	73,7	69,4	71,6
Nicht-Migrant	74,0	71,6	72,8
Ost	73,8	70,6	72,2
West	73,9	71,3	72,7

* Wertebereich: 0 bis 100; höhere Werte entsprechen einer besseren Lebensqualität. Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Zu Beginn finden sich Ausführungen zum Ernährungsverhalten. Es folgen Abschnitte zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, wie dem Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Insbesondere das Zusammentreffen von ungünstigen Ernährungsmustern und Bewegungsmangel wird als problematisch für ein gesundes Aufwachsen angesehen. Der vierte Abschnitt beleuchtet deshalb die körperlich-sportliche Aktivität der Kinder und Jugendlichen. Neben dieser Form der aktiven Freizeitgestaltung wird in Abschnitt 3.2.2.5 der Medienkonsum der Heranwachsenden dargestellt. Auswertungen zum Mundgesundheitsverhalten der 0- bis 17-Jährigen vervollständigen die in Unterkapitel 3.2.2 dargestellten Informationen zum inhaltlichen Schwerpunkt „Gesundheitsverhalten, Gesundheitsgefährdungen“.

3.2.2.1 Ernährung

173. Ernährung liefert dem Körper Energie und Nährstoffe und ist lebenswichtig für Wachstum, gesundheitliche Entwicklung sowie Aufrechterhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das individuelle Ernährungsverhalten ist somit als Teil eines gesundheitsbeeinflussenden Lebensstils zu sehen. Bereits im Kindes- und Jugendalter wird durch ein ungünstiges Ernährungsverhalten der Grundstein für Volkskrankheiten wie Karies, Osteoporose, Adipositas oder Diabetes mellitus Typ 2 gelegt (Vereecken et al. 2004). Ebenso spielt die Ernährung eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Vermeidung von Krebs, koronaren Herzerkrankungen, Leberzirrhose, Rheuma, Divertikulose (Ausstülpungen der Darmwand) und Divertikulitis (Entzündung in Ausstülpungen der Darmwand). Da sich die Präferenzen für Lebensmittel und Ernährungsgewohnheiten im Kindes- und Jugendalter ausbilden und meist auch im Erwachsenenleben bestehen bleiben, kommt dieser Lebensphase in Bezug auf das Gesundheitsverhalten eine besondere Rolle zu (Birch 1998; Tuttle 1999).

174. Im Vergleich zu Erwachsenen unterscheidet sich der Stoffwechsel von Heranwachsenden insbesondere durch das körperliche Wachstum, die entwicklungsbedingten Veränderungen der Organfunktionen und die Körperzusammensetzung (Elmadfa/Leitzmann 2004). Eine ausreichende und angemessene Versorgung mit Energie und Nährstoffen ist für eine optimale physische und geistige Entwicklung in dieser Lebensphase besonders wichtig. Bis etwa zum fünften Lebensjahr weist der Organismus einen relativ hohen Mikro- und Makronährstoffbedarf bei noch kleiner Magenkapazität auf, was eine Ernährungsweise mit hoher Nährstoffdichte zur optimalen Versorgung des Organismus erfordert.

175. Da Kinder zu diesem Zeitpunkt auf die Versorgung mit Nahrungsmitteln durch ihre Eltern angewiesen sind, kommt diesen eine besonders verantwortungsvolle Rolle zu. Darüber hinaus sind Vorschulkinder aufgrund des noch nicht vollständig ausgebildeten Immunsystems anfälliger für Infektionskrankheiten. Erkrankt ein Kind, kann Appetitverlust bei gleichzeitig erhöhtem Nährstoffbedarf zu einer Nährstoffunterversorgung führen. Nährstoffdefizite in dieser Reifephase begünstigen Entwick-

lungsstörungen in Form von Wachstumsretardierung (Hemmung) und verminderten kognitiven Fähigkeiten, deren Folgen bis ins Erwachsenenalter reichen können (Ramos/Stein 2000). Während der Wachstumsschübe, etwa zur Zeit der Einschulung und im Teenageralter, ist der Energie- und Nährstoffbedarf verhältnismäßig am höchsten (Poskitt 1998).

176. Die Nahrungsaufnahme wird rein physiologisch betrachtet durch die innere Empfindung von Hunger oder Sättigung gesteuert, was unter anderem der Aufrechterhaltung der Körpermasse dient. Dieser Mechanismus ist zunächst als ein durch Grundbedürfnisse hervorgerufener Reflex zu sehen. Jedoch kann das Ernährungsverhalten darüber hinaus auf eine Reihe von Lernprozessen zurückgehen (Ramos/Stein 2000). Bei einem Überangebot von Lebensmitteln, wie es in der westlichen Welt üblich ist, spielen somit bei der Nahrungsmittelauswahl auch die Geschmacksvorlieben und Ernährungsgewohnheiten, die sich bereits von der frühen Kindheit an ausbilden, eine bedeutende Rolle. Die gezielte Ausbildung dieser Geschmackspräferenzen leistet somit einen bedeutenden Beitrag zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung (Tuttle 1999).

177. Informationen zum Lebensmittelverzehr wurden in KiGGS mithilfe eines Verzehrshäufigkeitsfragebogens erfasst (Mensink/Burger 2004; Mensink et al. 2007a). In einer Unterstichprobe von 2 506 Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren wurde in der „Ernährungsstudie als KiGGS-Modul“ (EsKiMo) die Lebensmittel- und Nährstoffaufnahme mit detaillierteren und quantitativeren Methoden ermittelt (Mensink et al. 2007b; Mensink et al. 2007c; Richter et al. 2008).

Als Bewertungsgrundlage für die folgenden Auswertungen dienen die Empfehlungen der optimierten Mischkost (OptimiX) des Forschungsinstituts für Kinderernährung (Forschungsinstitut für Kinderernährung 2005). Nach diesen, speziell auf Kinder und Jugendliche zugeschnittenen Empfehlungen werden Lebensmittel in bestimmte Gruppen eingeteilt, die entweder reichlich, mäßig oder sparsam verzehrt werden sollen. Es wird empfohlen, reichlich kalorienfreie oder -arme Getränke sowie pflanzliche Lebensmittel (Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Reis, Nudeln und Kartoffeln) zu verzehren. Des Weiteren sollen folgende Lebensmittel mäßig verzehrt werden: Milch und Milchprodukte, Fleisch und Wurst, Eier und Fisch. Obwohl diese Lebensmittel wichtige Nährstoffe liefern, kann ein überhöhter Verzehr zu einer hohen Aufnahme von ungünstigen Bestandteilen (z. B. gesättigten Fettsäuren in Fleisch- und Wurstprodukten) oder Schadstoffen (z. B. durch Fischverzehr) führen. Sparsam sollten Öle, Margarine, Butter konsumiert werden sowie die so genannten „geduldeten“ Lebensmittel wie Süßigkeiten, Knabbergebäck oder Limonaden. Zusätzlich gibt es konkrete Verzehrsempfehlungen für verschiedene Altersgruppen, die z. B. in Gramm pro Tag angegeben werden. Auf dieser Grundlage ist es möglich, den ermittelten Verzehr von bestimmten Lebensmitteln mit den Empfehlungen zu vergleichen. Anhand der KiGGS-Daten können allerdings nur grobe Schätzungen des Lebensmittelverzehrs gemacht werden.

178. Der Vergleich mit den Empfehlungen ist daher vorsichtig zu bewerten. Insgesamt geht aus den Auswertungen hervor, dass Kinder und Jugendliche in allen Altersgruppen zu viele Süßigkeiten und Fleischprodukte konsumieren. Dagegen wird deutlich zu wenig Obst und Gemüse gegessen. Mit zunehmendem Alter kommt es zu einem tendenziell ungünstigeren Lebensmittelverzehr. So werden beispielsweise die Empfehlungen für Obst, Gemüse, Milch und Fisch zunehmend seltener erreicht und die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten zunehmend häufiger überschritten. Dagegen werden aber mit steigendem Alter die Getränkeempfehlungen häufiger erreicht und die empfohlenen Mengen für Fleisch und Wurst seltener überschritten. Die Aufnahme von Folat und Vitamin D aus der Nahrung ist deutlich zu gering, und auch die Vitamin-D-Spiegel sind unzureichend.

179. Insgesamt sind Unterschiede hinsichtlich des Sozialstatus festzustellen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem sozialen Status weisen tendenziell eine günstigere Ernährung auf. Schichtspezifische Auswertun-

gen ergaben, dass Kinder und Jugendliche aus Familien der oberen sozialen Schicht signifikant häufiger die empfohlenen Werte für den Obst-, Gemüse und Milchverzehr erreichen als Gleichaltrige aus Familien mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus. Die Empfehlungen für Getränke werden dagegen signifikant häufiger von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus erreicht als von Gleichaltrigen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Jedoch konsumieren Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus auch größere Mengen an Erfrischungsgetränken wie Cola oder Limonaden.

180. Bei der Betrachtung des Süßigkeitenverzehrs zeigt sich ein sozialer Gradient, der statistisch signifikant ist: Kinder und Jugendliche in der unteren sozialen Statusgruppe verzehren signifikant häufiger mehr als die maximal empfohlenen Menge an Süßigkeiten als Kinder in der mittleren sozialen Statusgruppe und diese wiederum signifikant häufiger als Kinder in der oberen sozialen Statusgruppe.

Tabelle 38

Anteil der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre), die die entsprechenden Empfehlungen* erreichen nach Geschlecht und Sozialstatus

Studienpopulation Merkmale	Getränke %	Obst %	Gemüse %	Milch %	Fisch %
Jungen	62	25	9	51	42
Mädchen	59	31	12	43	33
Niedriger sozialer Status	65	27	10	47	36
Mittlerer sozialer Status	60	26	10	46	37
Hoher sozialer Status	57	31	13	51	39
Gesamt	60	28	11	47	37

Empfehlungen der optimierten Mischkost (OptimiX) des Forschungsinstituts für Kinderernährung (Forschungsinstitut für Kinderernährung 2005). Signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und Sozialstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Quelle: RKI, KiGGS, Elternangaben, Selbstangaben

Tabelle 39

Anteil der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre), die die entsprechenden Empfehlungen* überschreiten, nach Geschlecht und Sozialstatus

Studienpopulation Merkmale	Fleisch %	Süßigkeiten %
Jungen	78	90
Mädchen	64	83
Niedriger sozialer Status	72	91
Mittlerer sozialer Status	72	88
Hoher sozialer Status	69	81
Gesamt	71	87

Empfehlungen der optimierten Mischkost (OptimiX) des Forschungsinstituts für Kinderernährung (Forschungsinstitut für Kinderernährung 2005). Signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und Sozialstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Quelle: RKI, KiGGS, Elternangaben, Selbstangaben

Stillen

181. Die Nationale Stillkommission sowie WHO und UNICEF setzen sich für ein sechs Monate währendes ausschließliches Stillen von Säuglingen sowie für die Schaffung stillförderlicher Bedingungen ein (Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung 2006; WHO/UNICEF 1990; 55th World Health Assembly 2003). Muttermilch gilt für Säuglinge als natürlichste und beste Ernährungsform. Stillen vermittelt zum einen dem Säugling Geborgenheit und Nähe und stärkt so die Bindung zwischen Mutter und Kind. Zum anderen birgt das Stillen zahlreiche gesundheitliche Vorteile. So führt das Stillen auf Seiten der Kinder zu einer Verringerung von Infektionskrankheiten und einer Senkung der Säuglingssterblichkeit, z. B. einem selteneren Auftreten des plötzlichen Säuglingstods. Gestillte Kinder erkranken zudem später seltener an Diabetes Typ 1 oder Typ 2, an Lymphomen, Leukämien und Morbus Hodgkin, an Übergewicht, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Allergien (American Academy of Pediatrics 2005; Bergmann et al. 2003). Bei den Müttern wird durch das Stillen die Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt beschleunigt und die Gewichtsabnahme erleichtert. Dem Stillen wird ferner ein protektiver Einfluss auf das Risiko, an Brust- und Eierstockkrebs und vermutlich auch an Osteoporose zu erkranken, zugeschrieben (American Academy of Pediatrics 2005).

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey liefert für die Geburtsjahrgänge 1986 bis 2005 repräsentative Daten zur Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland. Die KiGGS-Daten ermöglichen allerdings nur Aussagen zur Häufigkeit und Dauer des „vollen Stillens“, das die zusätzliche Gabe von Wasser oder wasserbasierten Getränken, wie beispielsweise Tee, erlaubt. Empfehlungen von WHO und UNICEF zielen dagegen auf das „ausschließliche Stillen“, das keinerlei zusätzliche Gaben von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung beinhaltet.

Die KiGGS-Daten ermöglichen eine nach verschiedenen Einflussfaktoren stratifizierte Analyse des Stillverhaltens, die Gruppen von Müttern mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf zu identifizieren vermag. Da in KiGGS die Eltern retrospektiv zum Stillverhalten befragt wurden, konnten lediglich Einflussfaktoren in die Analysen einbezogen werden, die über längere Zeiträume relativ konstant bleiben (Sozialstatus) oder sich nicht mehr verändern (Migrationsstatus, Alter der Mutter bei der Geburt, Geschlecht des Kindes, Reifestatus bei der Geburt, Rauchen in der Schwangerschaft etc.).

Genauere Ausführungen zur Erhebung und Auswertung der Daten zum Stillen sind der KiGGS-Basispublikation zu entnehmen (Lange et al. 2007a).

Über alle Geburtsjahrgänge hinweg wurden 76,7 % der in KiGGS einbezogenen Kinder jemals gestillt, im Durchschnitt 6,9 Monate lang. Mindestens sechs Monate lang voll gestillt wurden 22,4 % aller KiGGS-Kinder. Das Geschlecht des Kindes hat keinen Einfluss darauf, ob jemals bzw. wie lange gestillt wurde. Die KiGGS-Daten zeigen auch, dass der Sozialstatus der Mütter, ihre Herkunft aus

den alten oder neuen Bundesländern, das Alter bei der Geburt und das Rauchverhalten Einfluss auf das Stillverhalten haben (s. Kapitel 4.2.1.1 des Gesamtberichtes RKI 2008a). Mütter mit hohem Sozialstatus stillen mit 90,5 % signifikant häufiger als Mütter mit niedrigem Sozialstatus mit 67,3 %. Rauchen in der Schwangerschaft wird als relevanter Prädiktor für gesundheitsbewusstes Verhalten der Mütter angesehen (Slaughter et al. 1988). Daher wurde diese Variable in die Analysen einbezogen. Es zeigten sich signifikante Unterschiede in der Stillhäufigkeit: Mütter, die in der Schwangerschaft rauchten, stillen zu 58,0 % gegenüber 80,9 % derjenigen Mütter, die in der Schwangerschaft nicht rauchten. Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund stillen ihre Kinder mit 79,1 % häufiger als Mütter von Kindern ohne Migrationshintergrund (76,2 %) (Lange et al. 2007a).

3.2.2.2 Rauchen

182. Das Rauchen ist in den Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die häufigste Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Krankheiten, die bei Rauchern vermehrt auftreten, gehören Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Lungenentzündung, chronische Bronchitis sowie bösartige Tumore der Lunge, des Kehlkopfs, der Mundhöhle und der Verdauungsorgane. Insgesamt sterben in Deutschland an den durch Rauchen mit verursachten Krankheiten schätzungsweise bis zu 140 000 Menschen pro Jahr. Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch die medizinische Versorgung tabakbedingter Krankheiten sowie durch Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitige Todesfälle entstehen, werden mit 21 Milliarden Euro jährlich veranschlagt (Welte et al. 2000; Neubauer et al. 2006).

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich in den Industrienationen durch keine andere einzelne Präventionsmaßnahme eine nachhaltigere Wirkung hinsichtlich der Gesundheit der Bevölkerung erreichen lässt als durch eine deutliche Verringerung des Tabakkonsums (DKFZ 2002). Eine Schlüsselrolle dürfte dabei der Verhinderung des frühen Einstiegs in das Rauchen zukommen. Vorliegende Studien sprechen dafür, dass Personen, die früh mit dem Rauchen begonnen haben, später häufiger stark rauchen und seltener das Rauchen wieder aufgeben (Henningfield/Benowitz 2004). Kinder und Jugendliche nehmen zwar die Sofortwirkungen des Rauchens wahr, z. B. gereizte Augen, trockene Mund- und Nasenschleimhaut sowie eine Verschlechterung des Geruchs- und Geschmackssinns, sie unterschätzen aber häufig die langfristigen Folgen für die Gesundheit (BZgA 2004). Bei einem frühen Rauchbeginn ist das Risiko für die Gesundheit auch deshalb besonders groß, weil die Organe noch nicht voll entwickelt und Schädigungen häufig irreversibel sind (IARC 2004; US Department of Health and Human Services 2004). Vor diesem Hintergrund sind Kinder und Jugendliche als wichtigste Zielgruppe der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik zu erachten.

183. In KiGGS wurden Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren nach ihrem Tabakkonsum gefragt (Lampert/Thamm 2007). Es wurde erhoben, ob und wie

Tabelle 40

**Aktuelle Raucherquote der 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozialstatus,
Migrationsstatus sowie nach Wohnregion**

Studienpopulation Merkmale	Jungen %	Mädchen %
Niedriger sozialer Status	36,4	39,1
Mittlerer sozialer Status	30,1	33,0
Hoher sozialer Status	25,8	21,6
Migrant	26,7	24,6
Nicht-Migrant	32,0	33,2
Ost	37,7	36,0
West	29,2	30,7

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Quelle: RKI, KiGGS, Selbstangaben

häufig sie zurzeit rauchen. Die Kinder und Jugendlichen, die angaben, zurzeit mindestens einmal pro Woche zu rauchen, wurden außerdem gefragt, wie viele Zigaretten sie pro Tag bzw. pro Woche konsumieren. Darüber hinaus stehen aus der KiGGS-Studie Informationen zum Einstiegsalter zur Verfügung.

Nach den Daten der KiGGS-Studie rauchen 20,3 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 20,5 % der gleichaltrigen Mädchen. Die Prävalenzen steigen bis auf über 40 % bei den 17-Jährigen an. Der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, die stark rauchen, gemessen an einem Konsum von zehn oder mehr Zigaretten am Tag, liegt bei 8,0 % bzw. 6,2 %.

184. Der soziale Status wirkt sich bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen auf das Rauchverhalten aus: Der Anteil der rauchenden Jungen und Mädchen der niedrigsten Statusgruppe liegt mit 36,4 % und 39,1 % signifikant über dem Anteil der Gleichaltrigen der höchsten Statusgruppe (25,8 % bzw. 21,6 %). Die Differenz ist hier bei den Mädchen zwischen den Sozialstatusgruppen etwas größer als bei den Jungen. Die KiGGS-Daten belegen einen starken Zusammenhang zwischen besuchtem Schultyp und Rauchverhalten: so rauchen Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, 4,6- bzw. 3,4-mal häufiger im Vergleich zu denjenigen auf einem Gymnasium. Auch Jungen und Mädchen auf einer Real- oder Gesamtschule rauchen 1,7- bis 3,1-mal häufiger als ihre Altersgenossen auf einem Gymnasium. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund vergleichsweise selten rauchen. Auffällig ist, dass die Unterschiede zwischen Migrantinnen/Migranten und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund lediglich bei den Mädchen signifikant sind (Lampert/Thamm 2007).

185. Geht man von den 17-jährigen rauchenden Jugendlichen aus, dann lässt sich feststellen, dass das Einstiegsalter in den Tabakkonsum im Durchschnitt bei 14,2 Jahren liegt (Lampert 2008).

186. In KiGGS wurden die Eltern auch nach dem Rauchverhalten in der Wohnung befragt. Demnach wird bei 13,5 % der 0- bis 17-Jährigen täglich in der Wohnung geraucht, hinzu kommen 16,2 %, bei denen nicht täglich (mehrmals pro Woche, einmal pro Woche oder seltener) geraucht wird. 70,4 % der Kinder und Jugendlichen leben in Wohnungen, in denen nie geraucht wird. Diese Ergebnisse zeigen jedoch eine deutliche Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen und vom Sozialstatus. Mit steigendem Alter sind immer mehr Kinder und Jugendliche dem Rauchen in der Wohnung ausgesetzt. Noch deutlicher zeigt sich der Zusammenhang zwischen Rauchen und Sozialstatus. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind ca. 3- bis 10-mal häufiger täglichem Rauchen in der Wohnung ausgesetzt als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus (Haftenberger 2008).

3.2.2.3 Alkohol- und Drogenkonsum

Alkoholkonsum

187. Alkoholische Getränke gelten als gesellschaftlich anerkannte Genussmittel (Hurrelmann/Settertobulte 2008). Ihr Konsum ist Teil der Kultur unseres Landes und nicht nur unter Erwachsenen, sondern auch bereits bei Heranwachsenden weit verbreitet (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008).

Erste Erfahrungen mit alkoholischen Getränken werden meist schon in jungen Jahren gemacht. Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge ist in den letzten 30 Jahren das Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum gesunken (Settertobulte 2003). Diese unerwünschte Tendenz stellt eine besondere Gefahr dar, weil ein jüngeres Einstiegsalter das Risiko eines exzessiven Alkoholmissbrauchs sowie die Entwicklung von unerwünschten Konsummustern erhöht (Dawson et al. 2007). Neben den bekannten Spätfolgen spielt bei den jungen Menschen, die Alkohol konsumieren, durch noch stattfindende Wachstums- und Entwicklungsprozesse die Beeinträchtigung einer gesunden Entwicklung von Gehirn und Nerven eine

Tabelle 41

Anteil der Jungen und Mädchen (14 bis 17 Jahre), die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion

Studienpopulation Merkmale	Jungen %	Mädchen %
Niedriger sozialer Status	37,0	19,5
Mittlerer sozialer Status	44,6	26,1
Hoher sozialer Status	39,9	25,5
Migrant	27,5	9,9
Nicht-Migrant	43,3	25,6
Ost	41,9	20,0
West	40,4	24,0

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen und p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Quelle: RKI, KiGGS, Selbstangaben

Rolle (Bode/Bode 1999). Des Weiteren sind aus gesundheitspolitischer Sicht die gesellschaftlichen Kosten, aber auch die sozialen und immateriellen Konsequenzen, beispielsweise durch alkoholbedingte Unfälle oder Gewaltdelikte, zu berücksichtigten (Babor et al. 2005).

Auch wenn nur wenige Kinder und Jugendliche alkoholabhängig sind, so ist ein Missbrauch bereits im Jugendalter anzutreffen (Setttertobulte 2003). Die aktuellen Debatten beziehen sich vor allem auf das *binge drinking* (d. h. Rauschtrinken mit fünf oder mehr Gläsern pro Trinkereignis) (BZgA 2005a). Insbesondere die Ergebnisse der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) über einen Anstieg des Rauschtrinkens sowie die steigende Zahl der behandelten Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen legen die Vermutung nahe, dass das Problem größer wird (Papst/Kraus 2008).

188. In der KiGGS-Studie wurden die 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen im Fragebogen gefragt: „Hast du schon einmal Alkohol getrunken“, um bei positiver Antwort mit der Anschlussfrage: „Wie viel Alkohol trinkst du zurzeit?“ die Häufigkeiten für den Konsum von Bier, Wein, Obstwein, Sekt und Schnaps zu ermitteln (Lampert/ Thamm 2007). Fast 20 % der Jungen und knapp 12 % der Mädchen im Alter von 11 Jahren haben schon jemals Alkohol getrunken, dieser Anteil steigt stark mit zunehmendem Alter an. Bei den 17-Jährigen sind es über 95 %. Regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche konsumieren gut 25 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und fast 15 % der gleichaltrigen Mädchen Alkohol.

Beim Alkoholkonsum fallen die Unterschiede hinsichtlich der in die Analysen einbezogenen sozialen Merkmale eher schwach aus (s. Tabelle 41). Der Sozialstatus hat bei Jungen keinen Einfluss auf den Alkoholkonsum, bei den Mädchen zeigen sich hingegen signifikante Unterschiede nach Sozialstatus. Differenzen zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sind hinsichtlich des Alkoholkonsums hingegen sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen stärker: Migrantinnen und vor allem Migrantinnen trinken signifikant seltener regelmäßig Alkohol als ihre Altersgenossen ohne Migrationshinter-

grund. Unterschiede nach der Wohnregion bestehen nur bei Mädchen und lassen sich an einem etwas geringeren Zuspruch zum Alkohol in den neuen Bundesländern festmachen (nicht signifikant).

Drogenkonsum

189. Dem Drogengebrauch liegen, wie auch dem Alkoholkonsum, Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen zugrunde, die früh im Leben ausgeprägt werden und sich im weiteren Lebenslauf als überaus stabil erweisen (Lampert/Thamm 2007). Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen zieht gravierende gesundheitliche Folgeschäden nach sich, zu denen neben körperlichen Krankheiten und Beschwerden auch neurologische und psychische Störungen zählen. Durch die psychoaktive Wirkung wird eine Abhängigkeit erzeugt, die insbesondere dann zum Tragen kommt, wenn der Substanzkonsum fest in Alltagsroutinen verankert ist und funktionale Bedeutung, z. B. für die Stressbewältigung, erlangt. Bei Jugendlichen steht der Drogengebrauch auch im Zusammenhang mit der Bewältigung alters- und geschlechtsspezifischer Entwicklungsaufgaben, u. a. mit der Ablösung von den Eltern, der Erprobung eigener Lebensstile, der Auseinandersetzung mit der Geschlechterrolle und ersten Sexualerfahrungen. Für die Prävention des Drogengebrauchs im Kindes- und Jugendalter ist es deshalb wichtig, dass dabei die Lebenssituation sowie die zunehmend komplexeren Anforderungen, die an die Heranwachsenden gestellt werden, Berücksichtigung finden.

Aus internationalen Erhebungen geht hervor, dass Deutschland im europäischen Vergleich beim Tabak- und Alkoholkonsum einen der vorderen und beim Konsum illegaler Drogen einen Platz im Mittelfeld einnimmt (Hibell et al. 2003; WHO 2004). Die regelmäßig durchgeführten Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigen aber, dass die Erfahrungen mit illegalen Drogen in Deutschland in der Gruppe der 12- bis 25-Jährigen seit Anfang der 1970er Jahre sukzessive zugenommen haben (BZgA 2004).

Tabelle 42

Anteil der Jungen und Mädchen (14 bis 17 Jahre), die in den letzten 12 Monaten Haschisch/Marihuana konsumiert haben nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion

Studienpopulation Merkmale	Jungen %	Mädchen %
Niedriger sozialer Status	13,8	8,8
Mittlerer sozialer Status	15,4	10,4
Hoher sozialer Status	13,3	10,5
Migrant	13,9	7,9
Nicht-Migrant	14,9	10,4
Ost	15,4	8,1
West	14,5	10,5

Quelle: RKI, KiGGS, Selbstangaben

190. Aktuelle Daten zum Drogengebrauch stehen aus der KiGGS-Studie zu Verfügung. Die Erhebung fokussierte sowohl auf illegale als auch legal zugängliche Substanzen. Gefragt wurde nach Marihuana/Haschisch, Ecstasy, Aufputschmitteln (Amphetamine, Speed), Medikamenten mit berauschender Wirkung sowie nach Leim oder Lösungsmitteln, die geschnüffelt werden (Lampert/Thamm 2007). Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren wurden zu ihrem Konsum befragt. Angegeben werden sollte, wie häufig diese Substanzen in den letzten 12 Monaten genommen wurden.

Haschisch oder Marihuana haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung 9,3 % der Jungen und 6,2 % der Mädchen genommen. Andere Drogen wie Ecstasy, Amphetamine oder Speed wurden von weniger als 1 % der Jugendlichen konsumiert. Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen nimmt mit dem Alter deutlich zu und ist bei den 17-Jährigen am stärksten verbreitet (s. auch Kapitel 6.2.3 des Gesamtberichtes RKI 2008a). Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich des Drogenkonsums fallen sehr gering aus und sind nicht signifikant (s. Tabelle 42). Weiterführende Analysen sprechen dafür, dass der Schulbildung der Jugendlichen für den Substanzkonsum eine weitaus größere Bedeutung zukommt als dem Sozialstatus der Familie (Lampert/Thamm 2007).

3.2.2.4 Körperlich-sportliche Aktivität

191. Regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität gilt als wichtiger Einflussfaktor für Gesundheit und Lebensqualität. Durch einen aktiven Lebensstil kann der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden in jedem Lebensalter entgegengewirkt werden (US Department of Health and Human Services 1996; Sallis/Owen 1998; Woll/Bös 2004). Für Kinder und Jugendliche gilt körperlich-sportliche Aktivität als eine wichtige Voraussetzung für gesundes Aufwachsen. Es werden positive Einflüsse auf die organische und motorische Entwicklung ebenso wie auf das psychosoziale Wohlbefinden, die Persönlichkeitsentwicklung und das Erlernen sozialer Kompetenzen

beschrieben (US Department of Health and Human Services 1996; RKI 2005).

192. Aktuelle Empfehlungen (Pate et al. 1995) gehen davon aus, dass Kinder und Jugendliche fast jeden Tag mindestens eine Stunde körperliche aktiv sein sollten (Cavill et al. 2001). Durch die sich verändernde Lebens- und Bewegungswelt von Kindern und Jugendlichen (Technisierung der Umwelt, zunehmender Medienkonsum, Verschwinden von Bewegungsmöglichkeiten in Großstädten etc.) werden diese Empfehlungen jedoch nur noch von einer Minderheit verwirklicht. Nach einer Untersuchung des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe an Grundschulern im Alter von 6 bis 10 Jahren (Bös 1999) verbringen Kinder einen zunehmend großen Teil ihrer Freizeit vor Fernseher und Computer; ein Viertel der Befragten gibt an, nur maximal einmal in der Woche im Freien zu spielen (s. auch Abschnitt 3.2.2.5). Die von der WHO geförderte Studie *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) (Richter/Settortobulte 2003) bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren. Auch für diese Altersgruppen bestätigt sich, dass sich viele Heranwachsende zu wenig bewegen, nur ein Drittel der Befragten gibt an, an den meisten Tagen der Woche körperlich aktiv zu sein.

193. In der KiGGS-Studie wurde die Häufigkeit der körperlich-sportlichen Aktivität altersspezifisch erhoben (3 bis 10 Jahre: Elternfragebogen zur Einschätzung der sportlichen Aktivität in oder außerhalb eines Sportvereins, 11 bis 17 Jahre: Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen zur körperlichen Aktivität). Als regelmäßig gilt eine körperlich-sportliche Aktivität von mindestens einmal pro Woche (Lampert et al. 2007a).

194. Die Analyse der KiGGS-Daten zeigt, dass 76,6 % der 3- bis 10-jährigen Jungen und 75,0 % der gleichaltrigen Mädchen regelmäßig Sport treiben (mindestens einmal pro Woche). Die Prävalenz nimmt im Altersgang zu. Bei den 11- bis 17-Jährigen geben 89,9 % der Jungen und 78,5 % der Mädchen an, mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv zu sein. Täglich aktiv sind jedoch nur 28,2 % der Jungen und 17,3 % der Mädchen. Die Präva-

lenz der körperlichen Aktivität nimmt im Lauf der Adoleszenz weiter ab.

Signifikante Unterschiede zeigen sich in der sportlichen Aktivität im Kindesalter nach sozialem Status. In der unteren sozialen Statusgruppe ist der Anteil der sportlich Inaktiven (weniger als einmal pro Woche) am höchsten. Die Statusunterschiede werden insbesondere deutlich bei der Betrachtung der Angaben zur Teilnahme an Vereinssport (Lampert et al. 2007a). Kinder, die nicht regelmäßig Sport treiben, kommen zudem überproportional häufig aus Familien mit Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern. Bei den Jugendlichen weisen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund die deutlichsten Aktivitätsdefizite auf.

3.2.2.5 Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien

195. Die Freizeit eröffnet Kindern und Jugendlichen zahlreiche Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten, die für ihre Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit von großer Bedeutung sind. Mit einer gelungenen Freizeitgestaltung verbindet sich ein hoher Erlebniswert. Zugleich können soziale Kompetenzen und personale Ressourcen ausgebildet werden, die eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und die Persönlichkeitsbildung sind (Lampert et al. 2007b). Im Gegensatz zu anderen Lebensbereichen, wie z. B. Familienleben oder Schulalltag, haben die Kinder und Jugendlichen in der Freizeit eine höhere Entscheidungsautonomie.

196. In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien belegt, dass die Beschäftigung mit elektronischen Medien einen immer größeren Anteil am Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen ausmacht (Feierabend/Klingler 2002; Feierabend/Klingler 2001; Zinnecker et al. 2002). Ein Grund hierfür ist, dass die Medienausstattung privater Haushalte im Laufe der letzten Jahrzehnte zugenommen hat und der Umgang mit Medien wie Computer und Internet in der Schule gezielt gefördert wird. Außerdem sind Kinder und Jugendliche für die Hersteller elektronischer Medien – neben Computer und Internet sind hier insbesondere Spielkonsolen, Tonträger und Handys zu nennen – eine der wichtigsten Zielgruppen.

197. Die gesundheitlichen Folgen intensiver Mediennutzung sind umstritten (Lampert et al. 2007b). Neben psychosomatischen Beschwerden, entwicklungspsychologischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten, z. B. als Folge medialer Gewaltdarstellung, werden insbesondere durch mangelnde Bewegung verursachte Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen diskutiert (Sygusch 2005, 2006). Häufig wird dabei die wachsende Bedeutung der Mediennutzung als einer der Hauptgründe für einen vermeintlich zunehmenden Bewegungsmangel in der heranwachsenden Generation angenommen. Belege für einen solchen Zusammenhang wurden in den vorliegenden Studien jedoch nur für einzelne Aspekte des Medienkonsums und der körperlichen Aktivität gefunden (Sygusch 2006; Brettschneider/Naul 2004; Burmann 2003; WIAD-AOK-DSB 2003; Robinson 1999; Hancox

et al. 2004). In KiGGS zeigte sich beispielsweise für die 11- bis 17-Jährigen, dass die Mediennutzung erst ab einem gewissen Stundenumfang mit körperlich-sportlicher Inaktivität einhergeht (Lampert et al. 2007b). Betroffen ist die Gruppe der starken Nutzer elektronischer Medien (mehr als 5 Stunden/Tag), die zudem häufiger unter Adipositas leiden.

198. In KiGGS wurden die Eltern der Kinder ab 3 Jahren zu den Fernsehgewohnheiten ihrer Kinder, jeweils in der Woche sowie an Sonn- und Feiertagen, befragt. Außerdem wurden Angaben zur täglichen Dauer von Computerspielen erhoben. Jugendliche ab 11 Jahren wurden selbst befragt. Sie sollten angeben, wie lange sie sich durchschnittlich pro Tag mit Fernsehen/Video, Musikhören, Computer/Internet, Spielkonsole und Mobiltelefon (Handy) beschäftigen. Aus diesem Grund ist ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen für die jüngeren Kinder nicht möglich, da diese auf den Angaben der Eltern beruhen.

199. Die KiGGS-Analysen belegen die große Bedeutung elektronischer Medien im Alltag von Kindern und Jugendlichen. Bei 3- bis 10-jährigen Kindern ist Fernsehen ein häufiger Bestandteil der Alltags- und Freizeitgestaltung, Computerspiele werden deutlich seltener gespielt. Knapp 45 % der 3- bis 6-Jährigen und knapp 60 % der 7- bis 10-Jährigen sehen mindestens eine Stunde am Tag fern (in der Woche). Am Wochenende und an Feiertagen steigt der Fernsehkonsum.

Die Unterschiede nach dem Sozialstatus der Familien sind auffällig: Über 13,5 % der Grundschul Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus sehen in der Woche nie fern. Exzessives Fernsehen ist dagegen häufiger bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus – 3,2 % sehen täglich mehr als vier Stunden fern, dagegen 0,7 % der Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus und kein Kind aus Familien mit hohem Status; 10,3 % der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sehen drei bis vier Stunden pro Tag fern gegenüber 4,3 % derjenigen mit mittlerem und 0,8 % mit hohem Sozialstatus. Migranten sehen häufiger und länger fern als Kinder ohne Migrationshintergrund, hier ist insbesondere der tägliche exzessive Fernsehkonsum in der Woche auffällig (5,6 % täglich über vier Stunden, 14 % täglich drei bis vier Stunden).

200. Über 46,3 % aller Grundschul Kinder verbringen in der Woche ihre Freizeit mit Computerspielen. Hierbei ist der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen größer als beim Fernsehen. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Dauer des Computerspielens zeigen sich, ähnlich wie beim Fernsehkonsum, entlang der untersuchten sozialen Einflussfaktoren.

201. Bei den Jugendlichen ab 11 Jahren sind Fernseh- und Videokonsum sowie Musikhören am stärksten verbreitet: 95,9 % der 11- bis 17-Jährigen gaben an, täglich fernzusehen oder Video zu schauen, und 92,5 % hören jeden Tag Musik. Das Geschlecht sowie der soziale und Migrationsstatus der Familie beeinflussen in allen Altersgruppen das Mediennutzungsverhalten (RKI 2008a).

Tabelle 43

**Anteil der Mädchen und Jungen (11 bis 17 Jahre) mit einer starken Nutzung elektronischer Medien
(3 und mehr Stunden pro Tag) nach Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion**

Studienpopulation Merkmale	Fernseh/ Video %	Musikhören %	Computer/ Internet %	Spielkonsole %	Mobiltelefon %
Jungen					
Niedriger sozialer Status	31,5	24,8	16,2	9,5	8,9
Mittlerer sozialer Status	21,0	24,5	18,4	5,9	4,9
Hoher sozialer Status	12,4	21,9	13,7	1,7	1,9
Migranten	31,1	22,2	21,1	9,2	8,4
Nicht-Migranten	20,2	24,6	16,0	5,5	5,0
Ost	29,9	28,0	15,6	8,5	8,9
West	20,3	23,4	17,2	5,6	4,8
Gesamt	22,1	24,2	16,9	6,1	5,6
Mädchen					
Niedriger sozialer Status	34,0	39,0	8,0	2,4	16,7
Mittlerer sozialer Status	22,6	37,7	6,3	0,9	13,5
Hoher sozialer Status	13,3	32,3	4,8	0,2	6,9
Migranten	28,3	37,5	8,5	2,1	13,3
Nicht-Migranten	22,5	36,6	5,9	0,9	12,6
Ost	29,0	41,1	4,6	0,8	17,0
West	22,3	35,8	6,8	1,2	11,8
Gesamt	23,6	36,7	6,4	1,1	12,7

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Quelle: RKI, KiGGS, Selbstangaben

202. Jugendliche ab 11 Jahren aus Familien mit niedrigem Sozialstatus beschäftigen sich insgesamt häufiger und länger mit elektronischen Medien als die Gleichaltrigen der beiden höheren Statusgruppen. Signifikante Unterschiede gibt es insbesondere bezüglich des Fernseh- und Videokonsums und der Handynutzung. Bei Jungen gibt es darüber hinaus signifikante Sozialstatusunterschiede hinsichtlich der Nutzung von Spielkonsolen (Lampert et al. 2007b).

Tabelle 43 zeigt zum Beispiel, dass 31,5 % der Jungen und 34,0 % der Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus drei und mehr Stunden pro Tag Fernsehen oder Videos schauen, die Anteile der Gleichaltrigen aus Familien mit hohem Sozialstatus liegen hingegen bei 12,4 % bzw. 13,3 %. Darüber hinaus fällt auf, dass 11- bis 17-jährige Jungen mit Migrationshintergrund sich signifikant häufiger mit Fernsehen/Video, Computer/Internet, Spielkonsole und Handy beschäftigen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Bei Mädchen zeigen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund.

3.2.2.6 Mundhygiene und Kariesprophylaxe

203. Wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zum Entstehungsprinzip von Karies und daraus abgeleitete prä-

ventive Aktivitäten haben dazu geführt, dass Karies als eine grundsätzlich vermeidbare Krankheit anzusehen ist. In welchem Ausmaß eine Vermeidung von Karies realisierbar ist, demonstrieren oralepidemiologische Studien zur Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen auch in Deutschland (IDZ 2006; DAJ 2001; DAJ 2005). Als Grundpfeiler der Kariesprävention gelten eine zahn gesunde Ernährung, eine ausreichende Fluoridierung, die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Vorsorge und nicht zuletzt eine effiziente Mundhygiene (Pieper/Momeni 2006).

204. Über den Beginn der Kariesprävention mittels Fluoridapplikation bestehen zwischen Kinderärzten und Zahnmedizinern Meinungsverschiedenheiten. Während die Kinderärzte für eine systemische Fluoridierung (Einnahme von Tabletten) in Kombination mit Vitamin D zur Karies- und Rachitisprophylaxe im Säuglingsalter bereits vor Durchbruch der erste Zähne plädieren, präferieren die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die posteruptive lokale Fluoridapplikation (Auftragen von Fluoridpräparaten nach dem Zahndurchbruch) (Gülzow et al. 2005). Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass eine effiziente Mundhygiene und die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge in allen Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen wesentliche Voraussetzungen für die Erhaltung der Mundgesundheit

sind. Dabei zeichnen sich in den verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Schwerpunkte ab. So stellt im Säuglings- und Kleinkindalter die systemische Fluoridapplikation eine wirksame Methode der Kariesprävention dar. Als besonders schwerwiegende Form der Milchzahnkaries gilt aber gerade in diesem Lebensabschnitt die Nuckelflaschenkaries. Sie entsteht durch ständiges Umspülen der Zähne mit gesüßten Getränken aus Saugerflaschen. Nicht zuletzt wird bereits in den ersten Lebensjahren durch Unterstützung und Vorbildfunktion der Eltern die Basis für eine effiziente Zahn- und Mundhygiene gelegt. Ab dem Alter zwischen 4 und 6 Jahren wird die Mundhygiene zunehmend durch die Kinder selbst übernommen. Wichtig bleibt aber auch hier die Vorbild- und Kontrollfunktion der Eltern. Hinzu kommt die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen als Instrument zur Gesunderhaltung des orofacialen Systems (Mund- und Gesichtsbereich).

205. Mit zunehmendem Lebensalter geht die Verantwortung für ein effizientes Mundgesundheitsverhalten immer mehr in die Verantwortung der Kinder und Jugendlichen über. Neben der Kontrollfunktion der Eltern gewinnen in diesen Lebensabschnitten kind- und jugendgerechte Aufklärungsmaßnahmen an Bedeutung.

206. Zur Beurteilung des Mundgesundheitsverhaltens wurden in KiGGS unter anderem die Zahnputzfrequenz, die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen, die Aufnahme gesüßter Getränke aus Saugerflaschen und die Anwendung kariesprotektiver Arzneimittel erfasst. Daten zur Zahnputzfrequenz, zum Konsum gesüßter Getränke aus Saugerflaschen und zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge wurden mittels schriftlicher Befragung der Eltern oder der Kinder selbst ab einem Alter von 11 Jahren erhoben. Die Dokumentation kariesprotektiver Präparate erfolgte im Rahmen des ärztlich durchgeführten Arzneimittelinterviews (Schenk/Knopf 2007).

207. Aus der KiGGS-Studie geht hervor, dass 70,8 % aller Kinder und Jugendlichen regelmäßig (mindestens zweimal täglich) die Zähne putzen. Auch der regelmäßige Besuch bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ist für ca. 90 % der Kinder und Jugendlichen selbstverständlich.

Die Ergebnisse von KiGGS belegen aber auch, dass in allen Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen Präventionspotenziale für ein effizientes Mundgesundheitsverhalten vorhanden sind. Dabei sind in den jeweiligen Lebensphasen z. T. unterschiedliche Risikogruppen zu berücksichtigen. So sind hinsichtlich einer ungenügenden Zahnputzfrequenz (seltener als zweimal täglich) Säuglinge und Kleinkinder mit 55,9 %, Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (39,0 %) und Kinder mit Migrationshintergrund (45,0 %) als Risikogruppen zu nennen. Eine soziale Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich einer effizienten Kariesprävention zeigt sich auch bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen. Für Kinder mit Migrationshintergrund bleibt ein erhöhtes Risiko hinsichtlich ungenügender Mundhygiene und Kariesprävention auch nach Berücksichtigung sozialer Einflüsse nachweisbar (Knopf et al. 2008).

3.2.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

208. Ärztliche Praxen haben eine zentrale Funktion in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Ärzte erbringen oder veranlassen durch Verordnung und Überweisung einen Großteil der Leistungen im Gesundheitswesen. Die Datenlage dazu ist jedoch begrenzt, und Routineberichterstattungen der amtlichen Statistik sowie der Versicherungsträger sind bislang noch nicht ausreichend entwickelt. Im KiGGS wurden einige Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens von Kindern und Jugendlichen erfasst. Somit kann in diesem Bericht ein Überblick über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, über die ambulante Inanspruchnahme ausgewählter niedergelassener Ärzte, über Impfungen und den Arzneimittelkonsum von Kindern und Jugendlichen gegeben werden.

3.2.3.1 Früherkennungsuntersuchungen

209. Allgemein gilt das Kindes- und Jugendalter als Lebensphase eines guten gesundheitlichen Zustands. Vor diesem Hintergrund ist die Prävention und frühzeitige Erkennung von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen in diesem Alter von großer Bedeutung. Diesem Zweck dienen unter anderem die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 für das Kindesalter bis zum sechsten Lebensjahr und die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (11. bis 15. Lebensjahr). Die Untersuchungen gehören nach § 26 Absatz 1 SGB V zum Leistungskatalog der GKV und sind für die Versicherten unentgeltlich. Die ersten beiden Untersuchungen U1 und U2 werden in der Regel routinemäßig in der Geburtsklinik durchgeführt, die folgenden (U3 bis U9 bzw. J1) überwiegend durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche werden außerdem vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) angeboten.

210. Das Früherkennungsprogramm für Kinder findet eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Obwohl sich die Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen in den letzten Jahren ständig verbessert hat – dies geht aus den Analysen der Krankenkassen und den jährlichen Berichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hervor (Altenhofen 2002) – sinkt die Beteiligung an den einzelnen Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder. Am Anfang dieses Jahrzehnts nahmen jährlich bundesweit über 2,5 Millionen Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen teil. Liegen die Teilnahmequoten der Untersuchungen in den ersten beiden Lebensjahren (U3 bis U7) noch über 90 %, fallen diese bei den späteren Untersuchungen (U8 und U9) um fast 10 Prozentpunkte ab und liegen bei ca. 80 % (RKI 2004a).

211. Diese Erkenntnisse aus der Literatur zur Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen können durch die KiGGS-Daten teilweise bestätigt und insbesondere mit Bezug auf die Analyse des Teilnahmeverhaltens von Untergruppen sowie auf die Vollständigkeit der Inanspruchnahme ergänzt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein signifikanter Rückgang unter die 90 %-Grenze erst ab dem vierten Lebensjahr bei der U8 stattfindet, die Teilnahmequote liegt aber auch hier bei weit über 80 % (Kamtsiuris et al. 2007b). Die Beteiligung

an der Früherkennungsuntersuchung für Jugendliche (J1) ist weniger als halb so hoch wie die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U3 bis U9): Nicht einmal 40 % der Jugendlichen nehmen die J1 in Anspruch.

212. Hinsichtlich der Inanspruchnahme der einzelnen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen können nach KiGGS keine Unterschiede im Teilnahmeverhalten nach Geschlecht oder Altersgruppen (bzw. Geburtskohorten) festgestellt werden. Da keine Unterschiede im Teilnahmeverhalten zwischen den Altersgruppen bestehen, kann man davon ausgehen, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Familien hinsichtlich des Vorsorgeprogramms in den letzten zehn Jahren kaum verändert hat. Starke Unterschiede sind unter Berücksichtigung des Sozialstatus bzw. des Migrationshintergrundes zu verzeichnen. Hierbei ist bezeichnend, dass sowohl bei niedrigem Sozialstatus der Eltern als auch bei Kindern mit Migrationshintergrund eine kontinuierliche Abnahme der Beteiligung mit zunehmendem Alter des Kindes zu beobachten ist und dass die Unterschiede mit dem Alter größer werden. Auch die Wohnregion spielt eine Rolle: Eltern in den neuen Bundesländern und in Großstädten beteiligen sich mit ihren Kindern seltener am Früherkennungsprogramm.

Entsprechend den Angaben der KiGGS-Probanden sind unter den Nichtteilnehmern der Jugendfrüherkennungsuntersuchung J1 besonders häufig anzutreffen: Jugendliche mit Migrationshintergrund, Jugendliche mit älteren Geschwistern sowie Kinder von alleinerziehenden Müttern oder Vätern. Auch die Gemeindegröße spielt eine Rolle bei der Inanspruchnahme der J1. Jugendliche in mittelgroßen Gemeinden (50 000 bis 99 000 Einwohner) nehmen dieses Angebot seltener in Anspruch.

213. Bundesweite Daten über die Kontinuität der Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen existieren bisher nicht. Nur vereinzelte, regional begrenzte Studien liefern Zahlen und analysieren die Einflussgrößen einer kontinuierlichen Inanspruchnahme des Angebotes durch die Eltern. Hervorzuheben ist hier der frühe Beitrag von Collatz, Malzahn, Schmidt (Collatz et al. 1979), der – aufbauend auf einem theoretischen Untersuchungsmodell zur Erklärung der Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern – den Einfluss einzelner Merkmale empirisch überprüft. Die Autoren zeigen, dass neben der Sozialschicht und der Nationalität der Eltern das Alter der Mutter sowie die Zahl der Kinder in der Familie einen wesentlichen Einfluss auf die Nutzung haben. Diese Hypothesen lassen sich für die Inanspruchnahme von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auch ca. 25 Jahre später bestätigen. Die Analyse der KiGGS-Daten zeigt, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder von Müttern, die zum Zeitpunkt der Geburt jünger als 25 Jahre bzw. älter als 36 Jahre waren, sowie Kinder mit älteren Geschwistern die Früherkennungsuntersuchungen seltener vollständig in Anspruch nahmen.

214. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist eine wichtige Gesundheitsvorsorge für jedes einzelne Kind. Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, bei der Entdeckung von Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen möglichst rasch eine Therapie bzw.

Fördermaßnahme einzuleiten, um ein betroffenes Kind vor langfristigen Folgen zu bewahren. Im Sinne einer alle Kinder erreichenden Vorsorge wären Familien mit niedrigem Sozialstatus und Familien mit Migrationshintergrund sowie ältere und sehr junge Mütter bzw. Familien mit mehreren Kindern noch stärker zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu ermutigen.

3.2.3.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

215. Die ambulante Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland befindet sich auf einem hohen Niveau. Niedergelassene Ärzte haben die medizinische ambulante Versorgung fast vollständig übernommen. Sie werden in der Regel von Kindern und Jugendlichen in der Praxis kontaktiert, oder der Arzt wird zu einem Hausbesuch gerufen, wobei den Eltern maßgebende Steuerungsfunktionen zukommen. Jeder niedergelassene Kinderarzt hat pro Jahr durchschnittlich ungefähr 2 000 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 14 Jahren ambulant zu betreuen (RKI 2004a). Die aufsuchende Betreuung, zum Beispiel durch das örtliche Gesundheitsamt, wird in Deutschland dagegen nur selten durchgeführt und unterliegt länderspezifischen Regelungen.

216. In der KiGGS-Studie wurden die Daten zur ambulanten Inanspruchnahme mittels Fragebogen schriftlich erhoben. Auskunftspersonen bei bis zu 13 Jahre alten Kindern waren die Eltern, Jugendliche ab 14 Jahre beantworteten den Themenkomplex selbständig. Die Frage für Jugendliche lautete: „Welche der nachfolgenden Ärzte ... hast Du in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen ...?“ (sinngemäße Formulierung für die Eltern). Die Antwortliste enthielt 18 Kategorien und die Möglichkeit der Freitexteingabe. Nach Datenaufbereitung stehen folgende Arztgruppen zur Auswertung zur Verfügung: Allgemeinmediziner/praktischer Arzt, Kinderarzt, Internist, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Augenarzt, Hautarzt, Chirurg, Frauenarzt.

217. Die Daten belegen, dass fast jedes Kind in den ersten beiden Lebensjahren einem Kinderarzt zur Früherkennung, Beratung, Diagnostik oder Behandlung vorgestellt wird (95 %). Mit zunehmendem Alter der Kinder sinken die Inanspruchnahmeraten bis auf 25 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Zugleich steigt die Rate bei Allgemeinmedizinern von 12 % auf 53 %.

218. Kinder und Jugendliche von Eltern mit hohem Sozialstatus nehmen Kinderärzte mit 63,7 % häufiger in Anspruch als Gleichaltrige von Eltern mit mittlerem oder niedrigem Sozialstatus mit einem Anteil von 59,2 % bzw. 60,7 %. Mit zunehmendem Alter gehen die Heranwachsenden der hohen Sozialstatusgruppen etwas seltener zum Kinderarzt und deutlich weniger zum Allgemeinarzt als Kinder aus Familien mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus. In ländlichen Regionen liegt die Inanspruchnahmerate der Kinderärzte deutlich unter der in Großstädten, und in den neuen Bundesländern werden Kinderärzte noch eher im Jugendalter aufgesucht als in den alten Bundesländern. Festgestellt wurde eine hohe Akzeptanz von Kinderärzten bei Personen mit Migrationshintergrund (Kamtsiuris et al. 2007b).

Tabelle 44

Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre), die in den letzten 12 Monaten einen niedergelassenen Arzt in Anspruch genommen haben nach Geschlecht, Sozialstatus, Migrationsstatus sowie nach Wohnregion

Studienpopulation Merkmale	Kinderarzt %	Allgemeinmediziner/ Praktischer Arzt %
Jungen	61,0	35,7
Mädchen	60,0	36,2
Niedriger sozialer Status	60,7	36,2
Mittlerer sozialer Status	59,2	38,6
Hoher sozialer Status	63,7	30,8
Migrant	65,2	27,5
Nicht-Migrant	59,6	37,6
Ost	67,1	28,9
West	59,2	37,4

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten ($p < 0,05$).

Quelle: RKI, KiGGS, Elternangaben, Selbstangaben

Augenärzte werden in einem Jahr durchschnittlich von 23 % der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) aufgesucht, wobei im Alter von 8 bis 9 Jahren die höchste Inanspruchnahmerate besteht – also dann, wenn möglicherweise in der Grundschule Probleme mit der Sehfähigkeit verstärkt auffallen. Bevorzugt gehen Mädchen, Kinder und Jugendliche aus den alten Bundesländern, ohne Migrationshintergrund und aus höherer Sozialschicht zum Augenarzt.

Hals-Nasen-Ohren-Ärzte sehen ihre Patienten vor allem im Kindergarten- und Vorschulalter. In diesen jüngeren Altersgruppen gehen mehr Jungen als Mädchen zum HNO-Arzt. Die Inanspruchnahmerate fällt zunächst mit wachsendem Alter, um im Jugendalter wieder etwas anzusteigen, wobei es dann keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gibt.

Einen Hautarzt haben in den letzten 12 Monaten 11 % aller Kinder und Jugendlichen aufgesucht. Die Rate steigt mit dem Alter stark an, und junge Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren gehen fast doppelt so häufig (23 %) zum Hautarzt wie die gleichaltrigen männlichen Jugendlichen (14 %). Es kann vermutet werden, dass weibliche Jugendliche früher selbstbestimmt Hautärzte aufsuchen (Settertobulte 1995), da Erkrankungen, wie z. B. Neurodermitis, möglicherweise bei Mädchen zu einem höheren Leidensdruck und daher zu einer früheren Inanspruchnahme eines Hautarztes führen.

Chirurgen werden eher von Jungen als von Mädchen wegen einer ambulanten Behandlung in Anspruch genommen. Insgesamt erscheinen 5 % aller Kinder und Jugendlichen im Jahr bei einem Chirurgen. Der starke Anstieg der Inanspruchnahmerate mit dem Alter steht möglicherweise in Verbindung mit häufigeren Verletzungen und Unfällen. Die Rate liegt in den neuen Bundesländern erheblich höher als in den alten Bundesländern.

Internisten werden im Kindes- und Jugendalter nur selten konsultiert. Die Rate der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten beträgt nur 3 %. Ein Anstieg der Rate mit dem Alter, mit steigendem Sozialstatus und vor allem in Zusammenhang mit einem weniger guten subjektiven Gesundheitszustand lässt sich aufzeigen.

Zu einem Frauenarzt gehen jährlich 37 % der 14- bis 17-jährigen weiblichen Jugendlichen. Als Prädiktoren für die Inanspruchnahme sind der Reifezustand und der Wunsch nach Verordnung hormonaler Kontrazeptiva maßgebend.

219. Zusammenfassend zeigt die Analyse der Inanspruchnahmeraten der niedergelassenen Ärzte in den letzten 12 Monaten für die Fachgruppen spezifische Inanspruchnahmemuster nach Alter und Geschlecht. In den ersten beiden Lebensjahren werden gut 95 % der Kinder von einem Kinderarzt betreut. Die gesundheitliche Versorgung durch Allgemeinmediziner nimmt mit dem Alter in dem Maße zu, wie sie für Kinderärzte abnimmt. In ländlichen Regionen mit einer geringeren Kinderarzt-dichte erfüllt der Allgemeinmediziner oft als Hausarzt die Funktion des Pädiaters.

3.2.3.3 Impfungen

220. Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Sie schützen nicht nur individuell, sondern führen auch zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Ist der Anteil geimpfter Personen hoch, so findet der Erreger nicht mehr genug empfängliche Personen, und die Krankheit kann sich nicht ausbreiten. Dieser Nutzen für den Gesundheitsschutz der Allgemeinbevölkerung setzt jedoch erst ein, wenn ausreichende Impfquoten erzielt werden. Der Prozentsatz an Personen, die in einer Bevölkerung geimpft sein müssen, um einen sicheren Kollektivschutz zu gewährleisten, ist dabei für jede Infek-

tionskrankheit unterschiedlich hoch. Für die Diphtherie liegt der erforderliche Anteil Geimpfter bei mindestens 80 %, für Mumps bei ca. 90 % und für Masern bei 92 bis 95 %. Empfehlungen für die Durchführung von Impfungen in Deutschland werden jährlich von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) herausgegeben und kontinuierlich an den aktuellen Wissensstand und den konkreten Bedarf angepasst (RKI 2007a).

221. Der Impfstatus der Bevölkerung als wichtiger Indikator für gesundheitliche Prävention wurde auch bei 93,3 % (16 460) der untersuchten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erfasst (Poethko-Müller et al. 2007). Grundlage waren die vorgelegten Impfausweise. Beurteilt wurden Impfungen gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie (lebensgefährliche, bakterielle Erkrankung der oberen Atemwege), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Keuchhusten (Pertussis), Hepatitis B (Leberentzündung), Haemophilus influenzae Typ B (lebensgefährliche, entzündliche Erkrankung im Hals-Nasen-Ohren-Bereich; Hib) sowie Masern, Mumps und Röteln. Die nachfolgend dargestellten Angaben von Impfquoten für die gesamte Gruppe der Kinder und Jugendlichen beziehen sich auf 2- bis 17-Jährige und sind damit unbeeinflusst von den durch die Empfehlungen der STIKO bedingten niedrigeren Impfquoten bei Kindern bis zum 15. Lebensmonat (erst zu diesem Zeitpunkt muss eine zeitgerechte Grundimmunisierung abgeschlossen sein), aber auch unabhängig von Einflüssen durch den hohen Anteil verspätet gegebener Impfungen in den ersten beiden Lebensjahren. Beeinflusst sind die Impfquoten jedoch zum Teil dadurch, dass für die KiGGS-Teilnehmer aus den Geburtsjahrgängen 1985 bis 2006 für einige Impfungen deutlich unterschiedliche Impfempfehlungen bestanden. So wurden die allgemeinen Impfempfehlungen für die Pertussis-Impfung, die Hib-Impfung und eine zweite Masernosis erst im Jahr 1991 durch die STIKO ausgesprochen, und erst seit 1995 wird die Hepatitis-B-Impfung für alle Kinder und Säuglinge empfohlen.

222. Die Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Hib wird bei Kindern in Deutschland weitgehend durchgeführt. 93 % aller Kinder im Alter von über 2 Jahren in Deutschland haben eine vollständige Grundimmunisierung gegen Tetanus erhalten. Die Quoten der Impfungen gegen Diphtherie liegen mit 92,6 % nur geringfügig unter denen für Tetanus. Dennoch können aktuell nur 77,6 % aller Kinder im Alter von mindestens zwei Jahren als altersgerecht gegen Tetanus geimpft gelten. Nicht oder verspätet gegebene Auffrischungsimpfungen bedingen den niedrigen Anteil ausreichend gegen Tetanus und Diphtherie geimpfter Kinder. 90,8 % aller Kinder haben eine vollständige Grundimmunisierung gegen Poliomyelitis und 65,8 % gegen Hepatitis B erhalten. 77,1 % aller Kinder im Alter von über 24 Monaten sind vollständig gegen Hib grundimmunisiert, und 69,5 % haben eine vollständige Grundimmunisierung gegen Pertussis erhalten.

223. Gegen Masern sind 93,6 % aller Kinder mindestens einmal geimpft, bei drei Vierteln aller Kinder wurde

auch eine zweite Masernimpfung durchgeführt. Die Quoten sowohl für die erste als auch zweite Mumpsimpfdosis liegen nur geringfügig unter denen der Masernimpfungen und weisen ebenso für die zweite Impfdosis besondere Defizite auf. Im Vergleich zu Masern haben noch weniger Kinder und Jugendliche eine erste und zweite Rötelnimpfung erhalten. Auch für Röteln besteht das Ziel, für die erste und zweite Impfung jeweils eine Durchimpfung von 95 % zu erreichen. Während die Impfquoten in Deutschland für die allermeisten Impfungen keine Geschlechtsunterschiede aufweisen, zeigen doch die Daten der Rötelnimpfquoten, dass die 14- bis 17-jährigen Jungen in dieser Altersgruppe noch seltener gegen Röteln geimpft sind als Mädchen. In den jüngeren Altersgruppen sind diese Geschlechtsunterschiede auch bei der Rötelnimmunisierung nicht vorhanden.

224. Defizite bestehen bei der zeitgerechten und vollständigen Inanspruchnahme von Impfungen. Insbesondere die im 6. bis 7. Lebensjahr fälligen Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie werden sehr häufig zu spät oder gar nicht verabreicht, die zweiten Masernimpfungen fehlen bei einem Viertel der Kinder und Jugendlichen.

Insbesondere vor Aufnahme in eine Kinderbetreuungseinrichtung, in die Grundschule sowie in Zusammenarbeit mit den Schulen bietet sich die Möglichkeit der Überprüfung des Impfausweises und des Nachholens von fehlenden Impfungen.

225. Im Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern differieren die Impfquoten der vollständigen Grundimmunisierungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Hepatitis B kaum noch. Sehr deutliche Ost-West-Unterschiede zeigen sich jedoch (bedingt vorrangig durch ältere Kinder und Jugendliche) bei der Durchimpfung gegen Pertussis, Masern und Röteln (vor allem hinsichtlich der zweiten Impfdosis) sowie bei der Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen. So haben fast drei Viertel der 7- bis 10-Jährigen in den neuen Bundesländern bereits die Tetanusauffrischung erhalten, jedoch nur etwas mehr als die Hälfte der gleichaltrigen Kinder in den alten Bundesländern.

226. Die Impfquoten sind bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem sozioökonomischem Status höher als in Familien mit niedrigem und hohem Sozialstatus. Diese Unterschiede sind bei den meisten Impfungen jedoch kaum bedeutsam. Ein deutlicher Unterschied zwischen den Sozialstatusgruppen besteht jedoch bei der Maserndurchimpfung: Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus werden seltener gegen Masern geimpft als Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem oder mittlerem sozialen Status.

227. Die differenzierte Betrachtung der Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die in KiGGS erfassten Impfungen ist, ob die Geburt des Kindes in Deutschland stattgefunden hat oder das Kind erst nach der Geburt zugewandert ist: Während in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshin-

tergrund nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund, haben die Kinder und Jugendlichen, die nach der Geburt mit zugewandert sind, einen deutlich schlechteren Impfstatus.

228. Zusammenfassend betrachtet, bestehen in Deutschland trotz insgesamt hoher Impfquoten deutliche Defizite bei der Immunisierung gegen Keuchhusten und Hepatitis B, den zweiten Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln sowie den Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Darüber hinaus bestehen bei einigen Impfungen (wie z. B. Masern und Keuchhusten) teilweise deutliche Unterschiede in der Durchimpfung zwischen den Alters- und Sozialstatusgruppen, zwischen Kindern aus den neuen bzw. alten Bundesländern und zwischen selbst zugewanderten bzw. in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern ohne Migrationshintergrund. Diese Defizite können nicht nur zu individuellen Gesundheitsgefährdungen führen, sondern sind auch für den umfassenden Gesundheitsschutz der Bevölkerung relevant.

3.2.3.4 Arzneimittelanwendungen

229. Arzneimittelanwendung ist bereits im Kindes- und Jugendalter eine häufig praktizierte Form der Prävention und Therapie von Krankheiten und, wie die Daten von KiGGS belegen, nach wie vor eine Domäne ärztlichen Handelns. Nach Angaben der Kinder und Jugendlichen beziehungsweise deren Eltern in KiGGS hat jedes zweite Kind der 0- bis 17-Jährigen in den letzten sieben Tagen mindestens ein Arzneimittel angewendet (50,8 %). Fast 60 % dieser Präparate waren von Ärzten verordnet (Knopf 2007). Die Anwendungsprävalenz liegt damit etwa auf dem Niveau von Erwachsenen im mittleren Alter. Gänzlich unterschiedlich ist jedoch das Arzneimittelspektrum. Während bei den Erwachsenen Medikationen zur Behandlung chronischer Zustände dominieren, sind es bei den Kindern und Jugendlichen vor allem Präparate zur Behandlung akuter respiratorischer Erkrankungen und Arzneimittel zur Prävention von Krankheiten wie z. B. Karies- und Rachitisprophylaktika (Glaeske/Janhsen 2006). Erfasst wurde die Arzneimittelanwendung in KiGGS im Rahmen eines Computer Assistierte Persönliche Interviews (CAPI) durch die Studienärztin bzw. den Studienarzt. Dabei wurden alle Arzneimittel dokumentiert, die in den letzten sieben Tagen vor der Untersuchung angewendet worden waren. Die Erfassung bezog sich nicht nur auf die vom Arzt oder Heilpraktiker verordneten Präparate, sondern berücksichtigte auch alle Arzneimittel, die auf dem Weg der Selbstmedikation zum Einsatz kamen (Knopf 2007).

230. Kindheit und Jugend stellen auch in Bezug auf die Arzneimittelanwendung keineswegs einen homogenen Bereich dar. In Abhängigkeit von den unterschiedlichen Lebensphasen wie Säuglings- und Kleinkindalter (0 bis 2 Jahre), Vorschul- (3 bis 6 Jahre) und Grundschulalter (7 bis 10 Jahre), prä-, peri- (11 bis 13 Jahre) und postpubertäre (14 bis 17 Jahre) Phase lassen sich unterschiedliche Prävalenzen und Arzneimittelmuster aufzeigen. Insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter ragt die Prävalenz

der Arzneimittelanwendung heraus. So beträgt diese bei den 0- bis 2-Jährigen 74,9 %. Bis zu einem Alter von 11 bis 13 Jahren gehen die Prävalenzraten bei Mädchen und Jungen kontinuierlich zurück, wobei der stärkste Rückgang vom Säuglings-/Kleinkindalter zum Vorschulalter zu verzeichnen ist. Während sich dieser Rückgang bei den Jungen im Alter von 13 bis 17 Jahren noch weiter fortsetzt und mit 40,5 % sein niedrigstes Niveau erreicht, erhöht sich die Anwendungsprävalenz bei den 13- bis 17-jährigen Mädchen wieder auf 61,4 % (siehe Kapitel 4.3, 5.3, 6.3 des Gesamtberichtes RKI 2008a). Die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Prävalenz der Arzneimittelanwendung sind lediglich auf die Unterschiede in dieser Altersgruppe zurückzuführen. Neben den alters- und geschlechtsspezifischen Unterschieden sind vor allem die Differenzen zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund hervorzuheben. So weisen Kinder mit Migrationshintergrund eine signifikant niedrigere Prävalenzrate (41,5 %) auf als Kinder ohne Migrationshintergrund (52,8 %). Diese signifikanten Differenzen in der Prävalenz ziehen sich durch alle Lebensphasen und Altersgruppen und spiegeln sich in fast allen Arzneimittelgruppen wider. Ausnahmen sind Analgetika oder Fiebersenkende Mittel und Antibiotika. Hier liegen die Anwendungsprävalenzen der Kinder mit Migrationshintergrund über denen der Kinder ohne diesen Hintergrund.

231. Obwohl nach den Arzneimittel-Richtlinien (Abschnitt F 16. bis 19.) inklusive Ausnahmeliste/Stand: 6. Oktober 2007 (KV Thüringen 2007) den versicherten Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherten Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verordnungsfähige Medikamente von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, ist Selbstmedikation im Kindes- und Jugendalter kein unbekanntes Phänomen. Werden nur Verordnungsdaten herangezogen, lassen sich Ausmaß und Spektrum der Selbstmedikation nicht zuverlässig beschreiben. Die Erfassung von Daten im Rahmen von Gesundheitssurveys können diese Informationslücken schließen. Bei der Selbstmedikation ist im Wesentlichen zwischen Präparaten zu unterscheiden, die für den Behandlungszweck ohne Rezept gekauft wurden, die so genannten *Over-The-Counter*-Präparate (OTC-Präparate), und Arzneimitteln, die aus sonstigen Quellen wie z. B. der Hausapotheke, stammen. Fasst man diese beiden Gruppen zusammen, so ergibt sich, dass fast ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation eingenommen hat.

Während die Verordnungsmedikation im Wesentlichen dem altersspezifischen Verlauf folgt und im Säuglingsalter am höchsten ist, zeichnet sich die Selbstmedikation durch eine relative Stabilität in allen Lebensphasen von Kindheit und Jugend aus.

232. Betrachtet man das Arzneimittelspektrum, so gehören Husten- und Erkältungsmittel, Stomatologika, Rhinologika, Analgetika und Vitamine zu den am häufigsten genannten Präparaten. Wie bei der Arzneimittelanwendung allgemein ändert sich auch die Rangfolge der Arzneimittelgruppen in Abhängigkeit von Lebensphasen

und Geschlecht. Während z. B. im Säuglings- und Kleinkindalter zwischen Jungen und Mädchen keine signifikanten Differenzen in Prävalenz und Spektrum des Arzneimittelkonsums festzustellen sind, treten mit Einsetzen der Pubertät deutliche Unterschiede in Höhe und Muster der Arzneimittelanwendung auf.

233. Arzneimittelanwendungen sind bei Jungen und Mädchen ein nicht zu vernachlässigender Bereich präventiven und therapeutischen Handelns. Dabei zeigt sich, dass Kindheit und Jugend auch hinsichtlich des Arzneimittelkonsums kein homogener Bereich sind und sowohl Höhe als auch Muster der Arzneimittelanwendung in den verschiedenen Lebensphasen ein unterschiedliches Bild zeichnen.

3.3 Programme zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung

3.3.1 Problemwahrnehmung in Wissenschaft und Politik

234. Zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung haben sich in Deutschland im Kontext der Systeme der Sozialversicherung historisch drei komplexe Systeme mit unterschiedlichen, zum Teil auch überlappenden Zuständigkeitsfeldern und Regulierungsformen herausgebildet: das System der Kuration (SGB V), der Rehabilitation (SGB IX) und der Pflege (SGB XI). Alle drei Systeme und die in ihnen wirkenden Berufsgruppen und Institutionen haben auch Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahrzunehmen und weisen diesbezüglich noch große Entwicklungspotenziale auf. Doch auch bei Ausschöpfung dieser Potenziale verfügen diese Systeme nicht über Institutionen, Instrumente und die geeigneten Qualifikationen, jenen großen und nach internationaler Auffassung (WHO 2008) immer wichtiger werdenden Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu bearbeiten, dessen Interventionen außerhalb der Krankenversorgung, der Pflege und der Rehabilitation im Stadtteil, in speziellen Zielgruppen, in Betrieben und Verwaltungen, in Schulen sowie Wohn- und Freizeiteinrichtungen stattfinden. Seit einigen Jahren ist es deshalb erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland, diese nichtmedizinische Prävention als „vierte Säule“ des Systems der Gesundheitssicherung aufzubauen und zu stärken (Koalitionsvertrag 2005). Dabei besteht Konsens darüber, dass die Gefahren der „Versäulung“ im Sinne der unkoordinierten Entwicklung und Ausdifferenzierung (mit der Folge von Doppelzuständigkeiten und Zuständigkeitslücken) von vornherein durch geeignete Mechanismen der Abstimmung und der Verpflichtung auf allen Systemen gemeinsame Gesundheitsziele zu vermeiden sind. Der Rat hat diese Entwicklung in früheren Gutachten angeregt und immer wieder angemahnt (zusammenfassend GA 2007, Kapitel 7, Ziffer 782ff. sowie Ziffer 1093ff.). Der Rat bedauert, dass es auch in der jetzt zu Ende gehenden Legislaturperiode wiederum nicht gelungen ist, diesem Bereich durch ein Bundesgesetz einen stabilen Rahmen und eine verlässliche Entwicklungsperspektive zu geben. Andererseits anerkennt der Rat, dass

auch ohne ein solches Gesetz die nichtmedizinische Primärprävention sich als eines der zentralen Aufgabengebiete der Gesundheitsressorts auf allen Verwaltungsebenen entwickelt hat.

Dies ist jedoch erst seit einigen Jahren der Fall. Seit Ende der 1970er Jahre, seit der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) (BMFT 1986), wird der nicht-medizinischen Primärprävention neben der Krankenversorgung und Sekundärprävention schrittweise mehr Bedeutung beigemessen, zunächst allerdings lediglich in der Forschungsförderung des Bundesforschungsministeriums und noch ohne den Fokus auf Kinder und Jugendliche (SG 2007, Ziffer 1076). Seit den 1980er Jahren werden Nutzen und Einsatzmöglichkeiten der Primärprävention immer intensiver befohrt und erprobt. Primärprävention im Allgemeinen ist in den 1990er Jahren auf die politische Agenda gelangt. Meilensteine waren die Einführung des § 20 SGB V durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1988 und dessen Novelle durch die „Gesundheitsreform 2000“ von 1999. Die Aufwertung der Primärprävention im Sozialrecht beseitigte zwar nicht die Unterversorgung der Bevölkerung in diesem Bereich, wie der Rat bereits mehrfach kritisierte (GA 2000/2001; SG 1996; SG 1995; SG 1994), jedoch stieß sie ein politisches *window of opportunity*²⁸ auf, von dem auch die Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen profitiert.

Kinder und Jugendliche stellen neben anderen Teilen der Bevölkerung inzwischen eine in Wissenschaft und Praxis sehr häufig behandelte Zielgruppe dar. Diese Aufmerksamkeit verdanken sie auch Impulsen aus anderen Politikfeldern.²⁹ Beim Thema Kindergesundheit kreuzen sich mehrere *policy-streams* bzw. überlagern und verstärken sich komplementäre Themenkonjunkturen. Dies verdeutlichen Programme und Berichte verschiedener Ressorts, die sich explizit oder implizit mit der Gesundheit und Wohlfahrt von Kindern und Jugendlichen befassen (Ziffer 235 ff.). Ältere Beispiele aus der Jugendpolitik sind der Kinder- und Jugendplan des Bundes, der seit 1950 besteht und von Beginn an auch die Ernährungs- und Wohnsituation problematisierte oder der Kinder- und Jugendbericht des Bundesfamilienministeriums, der erstmals 1965 herausgegeben wurde (BMFJ 1965) und seit seiner zehnten Ausgabe von 1998 auch über den Zusammenhang von Armut und schlechterer Gesundheit berichtet. Neuestes Beispiel ist der Familienreport 2009, der für eine bessere Absicherung von Familien gegen Armut und eine Verbesserung der Kinderbetreuung plädiert (BMFSFJ 2009).

²⁸ Dem *garbage can model* von Kingdon folgend ist ein *window of opportunity* dann geöffnet, wenn die politische Öffentlichkeit auf eine Lösung des Problems drängt, wissenschaftlich fundierte Lösungskonzepte zur Verfügung stehen und die Entscheidungsträger im politischen System bereit sind, das Problem zu bearbeiten (Kingdon 1984).

²⁹ Neben Gesundheitspolitik auch Familien- und Demografiepolitik, Jugendpolitik, Umweltpolitik, Landwirtschafts- und Ernährungspolitik, Sportpolitik, Drogenpolitik, Bildungspolitik, Migrationspolitik, Sozial- und Armutspolitik und Behindertenpolitik.

3.3.2 Kindergesundheit als Gegenstand neuerer staatlicher Programme

235. Es lassen sich zunächst zwei verschiedene Kategorien von bundespolitischen Präventionsprogrammen unterscheiden. Erstens Programme, die politische Prioritäten und Ziele definieren, entsprechende Maßnahmen ankündigen, jedoch keine größeren finanziellen Mittel für die Intervention vor Ort bereitstellen. Diese Programme sind mit dem Begriff „Strategiepapier“ am besten gekennzeichnet. Daneben gibt es Programme, deren Zweck darin besteht, zusätzliche Gelder für die Intervention zur Verfügung zu stellen. Hier kann von „Förderprogrammen“ gesprochen werden. Der Unterschied zwischen Strategiepapieren und Förderprogrammen ist erst nach genauerem Hinsehen erkennbar, weil in Strategiepapieren oft Maßnahmen angeführt werden, die bereits durch Förderprogramme eingeleitet und finanziert wurden. Sowohl die Strategiepapiere als auch die Förderprogramme können auf Kinder und Jugendliche als Zielgruppe ausgerichtet sein. Sie können jedoch auch auf die Gesamtbevölkerung zielen. Kinder und Jugendliche werden dann gleichrangig neben anderen Bevölkerungsgruppen adres-

siert oder bilden einen Schwerpunkt neben anderen. Somit ergeben sich vier verschiedene Kategorien präventionspolitischer Programme (Tabelle 45).

Kinder- und Jugendplan des Bundes

236. Der Kinder- und Jugendplan des Bundes (KJP) ist 1950 ins Leben gerufen worden (bis 1992 „Bundesjugendplan/BJP“). Er ist ein Förderprogramm zur Unterstützung der Jugendhilfe, derzeit unter Federführung des Bundesfamilienministeriums. In der Nachkriegszeit lag der inhaltliche Schwerpunkt auf der Milderung der materiellen Not von Kindern und der Integration der Jugendlichen in den Arbeitsmarkt (Deutscher Bundesjugendring 2001). Heute bestehen verschiedene Förderschwerpunkte, die jedoch alle mit sozialer Integration in Zusammenhang stehen und oft auf sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zugeschnitten sind. Ein Beispiel ist das Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ in den Jahren 2000 bis 2006 (Burchardt et al. 2007). In den Ländern und Kommunen existieren weitere KJPs (z. B. Bildungsministerium-RP 2007; Suhl 2008; vgl. § 74 SGB VIII).

Tabelle 45

Präventionspolitisch relevante Programme des Bundes

Strategiepapiere mit Fokus auf Kinder und Jugendliche	Strategiepapiere ohne Fokus auf Kinder und Jugendliche	Förderprogramme mit Fokus auf Kinder und Jugendliche	Förderprogramme ohne Fokus auf Kinder und Jugendliche
2001 BMFSFJ: Jugendpolitisches Regierungsprogramm „Chancen im Wandel“	1999 BMFSFJ: „Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“	1950 BMFSFJ: „Kinder- und Jugendplan des Bundes (KJP)“	2005 BMG: „Bewegung und Gesundheit“
2003 BMFSFJ: „Aktionsplan zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung“	2001 BMAS: „Nationaler Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“	2006 BMFSFJ: „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“	2008 BMG, BMELV: „IN FORM“
2005 Bundesregierung: Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“	2003 BMG: „Aktionsplan Drogen und Sucht“	2008 BMFSFJ: „Aktionsprogramm Kindertagespflege“	2008 Kanzleramt: „Nationaler Integrationsplan“
2008 Bundesregierung: „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“	2007 BMFSFJ: „Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“		
2008 RKI, BZgA: „Erkennen – Bewerten – Handeln“	2007 BMELV: „Aktionsplan gegen Allergien“		

Quelle: Eigene Recherchen

Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen

237. Das Thema Gewalt in der Familie greift das Familienministerium in zwei Aktionsplänen von 1999 und 2007 auf (BMFSFJ 1999; BMFSFJ 2007a). Im ersten Plan sind Kinder als Zielgruppe bereits enthalten gewesen und im zweiten Plan von zentraler Bedeutung. Die Aktionspläne beinhalten einen Problemaufriss und globale, nicht nachprüfbar Absichtserklärungen sowie Hinweise auf andere Programme. In diesem Kontext relevant ist auch der Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung von 2003 (BMFSFJ 2003; BMFSFJ 2008a).

Jugendpolitisches Regierungsprogramm „Chancen im Wandel“

238. Im Jahr 2001 veröffentlichte das Bundesfamilienministerium ein jugendpolitisches Grundsatzprogramm der Bundesregierung mit dem Titel „Chancen im Wandel“. Hierin waren zehn Handlungsfelder definiert, die schwerpunktmäßig die Themen Arbeit und Bildung behandelten. Es handelt sich um ein Strategiepapier, das globale jugendpolitische Ziele formuliert und auf bereits laufende Programme verweist, wie z. B. „JUMP“, ein Programm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit, das 1999 eingeleitet wurde. Durch die Themen Arbeit, Bildung, Gewaltprävention und Umweltschutz werden Probleme impliziter Gesundheitspolitik³⁰ behandelt. Markant ist, dass im Gegensatz zu späteren Papieren des Familienministeriums die Themen Armut und Gesundheitsförderung noch nicht einmal begrifflich enthalten sind (BMFSFJ 2001a; Bundestagsdrucksache 14/7275; BMFSFJ 2001b).

Nationaler Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung

239. Ebenfalls in 2001 verabschiedete das Bundesarbeitsministerium den Nationalen Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, der 2003 eine zweite Auflage erfuhr (BMAS 2001; BMAS 2003; BMAS 2004; BMAS 2005). Das Programm zielte primär auf die Integration benachteiligter Gruppen in den Arbeitsmarkt und auf die Stärkung sozial schwacher Familien. Zwar liegt der Fokus auf der gesamten Bevölkerung, Kinder und Jugendliche genießen jedoch einen zentralen Stellenwert. Ihnen sind spezifische Abschnitte gewidmet, z. B. zum Problemfeld Kinder als Sozialhilfeempfänger. Die enthaltenen Maßnahmen stellen eine Synopse anderweitig beschlossener bzw. finanzierter Vorhaben dar. Beispiele hierfür sind die Erhöhung des Kinderfreibetrages bei der Einkommenssteuer oder das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“, das bereits seit 1999 bestand. Ein Anhang führt Sozialprogramme aus verschiedenen Bundesländern exemplarisch auf. Direkte Bezüge auf das Problem Gesundheit finden

sich in den Forderungen nach adäquatem Wohnraum für jedermann und barrierefreien Zugängen für Arme und Migranten zur Krankenversorgung. In der zweiten Auflage wird überdies das Thema Gesundheitsförderung gestreift, indem das Projekt „Entwicklung und Chancen von Kindern und Jugendlichen in Gebieten mit sozialer Benachteiligung“ des BMFSFJ erwähnt wird.

Bewegung und Gesundheit

240. Das Bundesministerium für Gesundheit führt seit 2005 die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ durch, um die Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren (BMG 2007; BMG 2009). Hierfür sind 2,14 Millionen Euro bereitgestellt worden. Instrumente sind eine Homepage im Internet, öffentliche Auftritte von Prominenten und Informationsbroschüren.

Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“

241. Der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“ der Bundesregierung geht auf eine Verpflichtung auf dem Weltkindergipfel der Vereinten Nationen im Jahr 2002 zurück, einen Nationalen Aktionsplan für mehr Kinderfreundlichkeit vorzulegen (vgl. United Nations 2002; Koalitionsvertrag 2005: 111ff.). Das Papier stellt ein jugendpolitisches Rahmenprogramm mit der Laufzeit von 2005 bis 2010 dar, mit einer synoptischen Darstellung der verschiedenen Programme und Projekte der Bundesregierung in sechs Handlungsfeldern: Bildung, Gewaltprävention, Gesundheit, Beteiligung, Lebensstandard und internationale Verpflichtungen (BMFSFJ 2006a; BMFSFJ 2008b). Übergeordnetes Ziel ist ein „kindergerechtes Deutschland“. Darunter versteht das Dokument eine Politik, die die Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt, ihre Entwicklung fördert und Chancengleichheit unabhängig von der sozialen Herkunft ermöglicht.

Die angeführten Maßnahmen beruhen auf Beschlüssen, die ganz unabhängig von diesem Plan gefasst wurden (z. B. Kinderzuschlag für einkommensschwache Eltern), oder völlig unspezifisch Angaben (z. B.: „Die Bundesregierung wirkt an der Information von Eltern, Kindern und Jugendlichen über gesundheitsförderndes Verhalten und einen gesunden Lebensstil mit und führt entsprechende Aufklärungskampagnen durch.“). Auch die Ankündigungen bleiben vage (z. B.: „Die Bundesregierung wird sich in Zusammenarbeit mit den Ländern und den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe für eine konsequente dezentrale sozialraumbezogene Vernetzung der verschiedenen Vorhaben und Maßnahmen zur individuellen Förderung von Kindern und Jugendlichen einsetzen.“). Neu angestoßene Maßnahmen sind nicht erkennbar. Neue Mechanismen, beispielsweise zur Koordinierung von Bund und Ländern oder verschiedener Ressorts, werden nicht ins Leben gerufen.

Zielgruppe des Aktionsplanes sind alle Kinder in Deutschland. Der Aktionsplan betont an vielen Stellen, dass die Maßnahmen zielgruppengerecht zu gestalten sind. Punktuell werden Gruppen mit besonderen Bedarfs-

³⁰ Begriff und Konzept ‚implizite‘ und ‚explizite‘ Gesundheitspolitik siehe Rosenbrock 1998: 6; GA 2005, Kapitel 4.

lagen hervorgehoben. Beispielsweise heißt es im Handlungsfeld Gewaltprävention: „Besondere Beachtung brauchen Kinder und Jugendliche aus solchen Migrationsfamilien, die in materieller Armut und ohne ausreichende soziale Ressourcen aufwachsen.“ Obgleich soziale Ungleichheit als Begriff kaum vorkommt und als Ursache vieler Probleme nicht eingehend thematisiert wird, nimmt der Aktionsplan eine kritische Perspektive ein. Einmal im Bereich Bildungspolitik, wo bemängelt wird, dass das Bildungssystem bislang keine „Chancengerechtigkeit“ gewährleiste. Zum anderen an zahlreichen Stellen, an denen Armut bzw. Kinderarmut problematisiert werden. Ungleichheit wird auf diese Weise zwar auf die Armutproblematik reduziert, diese wird aber zumindest explizit benannt. An drei Stellen weist der Aktionsplan explizit auf Mängel in der öffentlichen Daseinsvorsorge³¹ hin. Einmal konstatiert er in allen Bereichen der öffentlichen Kinderbetreuung Versorgungslücken und stellt fest: „Ungezählten Kindern werden Fördermöglichkeiten vorenthalten.“ Zum anderen bemängelt er, dass lediglich 13 % der Schüler mit Lernbeeinträchtigungen und anderen Behinderungen integrativ, also in Allgemein- oder Integrationsschulen, beschult werden. Kritikwürdig erscheint ihm weiterhin, dass 40 % der Kinder und Jugendlichen bei Krankenhausaufenthalten auf Erwachsenenstationen versorgt werden und die Mitaufnahme eines Elternteils nicht immer sichergestellt ist.

Das Thema Gesundheitsförderung wird nicht nur relativ ausführlich und differenziert im Gesundheitskapitel behandelt. Im Sinne der Belastungssenkung und Ressourcenstärkung sind auch viele andere Abschnitte relevant. Der Setting-Ansatz spielt begrifflich keine Rolle, die Verhältnisprävention ist jedoch in den umwelt-, bildungs- und armutspolitischen Teilzielen enthalten. Auch die psychische Gesundheit wird berücksichtigt. Leider ist die Qualitätssicherung gesundheitsorientierter Prävention nicht thematisiert worden. Hier wäre eine ähnlich ambitionierte Zielformulierung, wie sie in Bezug auf die Qualität der Bildungseinrichtungen und Beteiligungsprozesse von Kindern und Jugendlichen gemacht wurde, wünschenswert gewesen.

Das Thema Partizipation genießt einen relativ hohen Stellenwert. Eines der sechs im Dokument aufgeführten Handlungsfelder widmet sich der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Entscheidungsprozessen in ihren Lebenswelten. Die Bundesregierung plädiert hierin für eine intensivere Nutzung der bereits vorhandenen Beteiligungsformen, beispielsweise in Schulen und Gemeinden, sowie deren Weiterentwicklung, bis hin zur Formulierung verbindlicher Standards. Die aufgeführten Maßnahmen bleiben gleichwohl unverbindlich. Sie lassen die intendierte Richtung der Entwicklung erkennen, bieten jedoch keinen Aufschluss über Intensität und Geschwindigkeit. Während der Entwicklung des Textes konnten Kinder und Jugendliche in eigenen Arbeitsgruppen jugendpolitische Themen beraten und Empfehlungen formulieren. Die Ergebnisse sind dem Plan als Appendix

angefügt und auszugsweise in die Kapitel eingefügt. Darüber hinaus ist aus diesen Erörterungen ein „Kinder- und Jugendreport“ hervorgegangen (BMFSFJ 2006b). Das zweiteilige Dokument beinhaltet ein jugendpolitisches Manifest der Zielgruppe selbst (NAP-Report A) sowie Projektberichte, die Erfahrungen verbreiten und zur Nachahmung anregen sollen (NAP-Report B).

„Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“

242. Das Programm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" des Bundesfamilienministeriums fördert von 2006 bis 2010 mit rund 10 Millionen Euro zehn Modellprojekte gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Klein- und Vorschulkindern (BZgA 2008a; Sann/Schäfer 2008). Ziel ist es, diese Projekte zu evaluieren und die Erfahrungen zu kommunizieren. Vergleichbares war 2006 schon einmal durch das Deutsche Jugendinstitut mit 19 Projekten zu diesem Themenkreis gemacht worden (Helming et al. 2006). Als Kommunikationsplattform dient das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“, das 2007 gegründet wurde (BZgA 2008b).

„Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“

243. Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit ist im Mai vom Bundeskabinett beschlossen worden (BMG 2008a). Hierin formuliert die Bundesregierung das Ziel, die Gesundheit der Kinder in Deutschland zu fördern. Dabei definiert sie vier Handlungsfelder: Ausbau der Gesundheitsförderung, Förderung der Chancengleichheit, Minderung der gesundheitlichen Risiken und Gesundheitsforschung. Innerhalb dieser Felder werden Maßnahmen aus den verschiedenen Ressorts aufgeführt. Darüber hinaus stehen für den Zeitraum 2009 bis 2012 weitere 4,1 Millionen Euro zur Verfügung. Erkennbar neu sind lediglich die Ankündigung, einen nationalen Präventionsrat einzurichten und Präventionsziele zu beschließen sowie die Ankündigung, ein Informationssystem für die Bevölkerung zum Thema ADHS zu errichten. Die Ressorts sollen sich mithilfe einer interministeriellen Arbeitsgruppe beim BMG besser abstimmen.

Der Problemaufriss des Papiers basiert auf dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts und ist sozialepidemiologisch fundiert. Auffällig ist, wie prominent das Thema psychische Gesundheit ist. Es wird deutlich, dass sozial benachteiligte Familien und jene mit Migrationshintergrund größeren Unterstützungsbedarf aufweisen, jedoch Angebote seltener in Anspruch nehmen. Gesundheitliche Chancengleichheit ist als Ziel ausdrücklich formuliert, die Probleme Armut und soziale Ungleichheit werden gleichwohl nicht vertieft. Der Setting-Ansatz wird nicht erwähnt, ist jedoch implizit enthalten, z. B. unter dem Stichwort familiengerechte Stadtentwicklung. Die spezifischeren Herausforderungen der Primärprävention, Qualitätssicherung und partizipative Methoden, sind nicht enthalten.

³¹ (siehe Kasten Ziffer 254)

„IN FORM“ - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

244. Das Programm „IN FORM“ von BMG und BMELV hat eine Laufzeit von 2008 bis 2020 und verfügt für den Zeitraum bis 2010 über ein Budget von 30 Millionen Euro. Diese eigene Finanzausstattung unterscheidet IN FORM von den Strategiepapieren und kennzeichnet ein echtes Förderprogramm. Ziel ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung zu verbessern (BMG/BMELV 2008a; Bundestagsdrucksache 16/9914; BMG/BMELV 2008b; BMG/BMELV 2008c; BMG/BMELV 2007). Der Problemaufriss stützt sich zwar auf wissenschaftliche Studien, wie den Bundesgesundheits-survey 1998, den Kinder- und Jugendgesundheits-survey 2006 (KiGGS) und die Nationale Verzehrsstudie II von 2007. Nicht mehr zeitgemäß ist jedoch, dass Stressbewältigung im Konzept vernachlässigt wird und die Trias aus Ernährung, Bewegung und Stress lediglich in Projektberichten vorkommt, die zur Illustration eingestreut sind. Psychische Gesundheit kommt nur als Prädiktor von Ernährungs- und Bewegungsverhalten, nicht aber als Interventionsziel vor.

Der Setting-Ansatz wird als Konzept lediglich gestreift („Anreize in den Lebenswelten“). So sei bei infrastrukturellen Vorhaben „eine bewegungsfreundliche Gestaltung und die Schaffung von attraktiven Bewegungsanreizen anzustreben“ („leicht zugängliche, helle Treppenhäuser oder spielförderliche Elemente in den Lebenswelten von Kindern“). Verhältnisprävention wird zweimal erwähnt: einmal sollen die Ziele durch ein „Zusammenspiel“ aus Verhältnis- und Verhaltensprävention erreicht werden, zum anderen seien sowohl bei der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention substantielle Veränderungen notwendig. Organisationsentwicklung kommt als Begriff nur einmal vor. So fordert das Programm, dass betriebliche Gesundheitsförderung Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung im öffentlichen Dienst sein soll. Im gesamten Text überwiegt die Verhaltensprävention.

Das Problem der sozialen Ungleichheit findet wenig Beachtung. Defizite in der Daseinsvorsorge, z. B. im Bildungssystem, werden nicht angesprochen.³² Armut kommt weder als Begriff noch als Thema vor. Das Papier konstatiert, dass Adipositas bei geringerem Einkommen und niedriger Bildung häufiger vorkommt, dass sozial benachteiligte Gruppen Angebote (beispielsweise organisiert über Vereine und kommerzielle Anbieter), teilweise auch aufgrund eingeschränkter finanzieller Möglichkeiten, seltener wahrnehmen und dass das Wohnumfeld sozial Benachteiligter oft schlechter ist und in entsprechenden Wohnquartieren bauliche Veränderungen erfolgen müssen. Sozial Benachteiligte und Migranten werden erwähnt, wenn es darum geht, die Projekte zielgruppengerecht zu gestalten. Sie werden jedoch nicht als eigenständige Zielgruppen betrachtet, schon gar nicht als prioritäre Zielgruppen oder als Schwerpunkt des Programms. Gleichzeitig zeigen jedoch die illustrativ eingefügten Pro-

jektbeispiele („soziale Stadt“, Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“), dass dieser Schwerpunkt in der Praxis existiert. Das Konzept des Programms bleibt insoweit hinter dem erreichten Niveau der Praxis zurück. Ein Hinweis zu den Vorteilen partizipativer Methoden bei den Interventionen fehlt.

Die Aussagen zur Qualität der Primärprävention sind ausweichend und verlagern das Problem in die Zukunft. Der Plan stellt fest, dass sich die Projekte auf sehr unterschiedlichem Niveau bewegen und wissenschaftlich fundierte Qualitätssicherung und Evaluation notwendig seien. Darauf folgt jedoch lediglich die Ankündigung, die Entwicklung von Standards sowie Begleitforschung und Gesundheitsmonitoring zu fördern. Damit bleibt das Thema der Forschung und der Selbstverpflichtung der Träger überantwortet. Weiterführend wäre es gewesen, Evaluationen für alle vom Bund geförderten Projekte obligatorisch zu machen, die Veröffentlichung der Ergebnisse und ihren Transfer in die Präventionsforschung einzufordern und eine Empfehlung auszusprechen, die Evaluationen von Wissenschaftlern durchführen zu lassen, die qualifiziert und ohne Interessenkonflikte sind.

Die von BMG und BMELV angeführten Maßnahmen dienen vor allem der Vernetzung der Akteure, der Weiterentwicklung bereits vorhandener Initiativen, der Entwicklung von Qualitätsstandards und der Förderung von neuen Modellvorhaben. In allen Bereichen stützt sich das Programm wesentlich auf nichtstaatliche Akteure. Beispielsweise sollen die Qualitätsstandards für Gemeinschaftsverpflegung von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entwickelt werden, wie schon die Standards für Schulverpflegung. Augenfällig sind die Feststellung, dass in vielen Fragen noch Forschungsbedarf bestehe und die Ankündigung, dass diese Forschung gefördert werde. Insgesamt treten die Ministerien und ihre Behörden als Geldgeber und Moderatoren in Erscheinung, jedoch nicht in ihrer Funktion als Regulierungsträger. Das gesamte Programm ist von einem „weichen“ Politikstil gekennzeichnet.

IN FORM knüpft überwiegend an bereits vorhandene Entwicklungsprozesse an und stützt sich auf bereits aktive Akteure, fördert diese Strukturen jedoch mit einem eigenen Budget. Bereits laufende Initiativen, wie das Programm „Tut mir gut“ von der BZgA, können mit dem „frischen“ Geld fortgesetzt werden. Daneben gibt es auch das wirklich neue Teilprogramm „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“, mit dem lokale Bündnisse für Prävention gefördert werden. Einige Institutionen werden neu entstehen, innerhalb des Programms eine Steuerungsgruppe und themenspezifische Arbeitsgruppen, außerhalb Vernetzungsstellen für Schulverpflegung und Zentren für Bewegungsförderung. Bei Letzteren ist jedoch nicht klar, welchen Anteil BMG und BMELV an der Finanzierung übernehmen, weil die Länder und weitere Akteure beteiligt sind. Vernetzung und Kooperation genießen insgesamt einen hohen Stellenwert. Möglichst viele „gesellschaftlichen Kräfte“, darunter die Bürger, sollen „sektorübergreifende Allianzen“ bilden.

³² Vgl. Kasten Ziffer 254

„Erkennen – Bewerten – Handeln“

245. Das Gutachten „Erkennen – Bewerten – Handeln“ von RKI und BZgA aus dem Jahr 2008 ist formal gesehen weder ein Strategiepapier noch ein Förderprogramm, sondern eine Stellungnahme zum Thema Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive mit zahlreichen Empfehlungen z. B. zur Bildungs-, Wohnungs- und Jugend-Politik sowie zur expliziten Gesundheitspolitik, Prävention und Gesundheitsförderung sowie medizinische Früherkennung und Impfen (RKI/BZgA 2008). Es ist im Zusammenhang mit der staatlichen Programmentwicklung als relevantes Dokument anzusehen, weil es vom BMG mit der Maßgabe in Auftrag gegeben wurde, die epidemiologischen Daten der KiGGS-Studie zu interpretieren und Empfehlungen für den Gesetzgeber abzuleiten. Daher ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Inhalte Eingang in die Programmentwicklung des Ministeriums finden.

Besonders informativ sind die Ausführungen der Studie bezüglich des Zusammenhanges von sozioökonomischem Status und gesundheitlichem Unterstützungsbedarf. Es wird deutlich, dass Interventionen bzw. Investitionen bei sozial Benachteiligten, Migranten und ihren Lebenswelten vordringlich sind. Hinsichtlich der Prozess- und Strukturqualität umreißt die Studie deutlicher und vollständiger als die Papiere aus den Ministerien Defizite und Handlungsbedarf. Dies betrifft die Anwendung des Setting-Ansatzes (bzw. „Lebensweltansatzes“) und partizipativer Methoden, die Initiierung von Lernprozessen bei den präventionspolitischen Akteuren, sowie die Institutionalisierung von Qualitätssicherung und Koordinierung. Eine konkrete Empfehlung an die Politik geht z. B. dahin, an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung gesetzlich zu verbieten.

246. Die Länder und Kommunen entwickeln inzwischen ganz ähnliche Strategiepapiere und Förderprogramme wie der Bund (z. B. MLR 2008; Sozialreferat Landeshauptstadt München 2007). Besonders interessant ist die Entwicklung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

„Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention“ in Mecklenburg-Vorpommern

247. Der präventionspolitische Aktionsplan des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern ist im Jahr 2008 durch das Sozialministerium verabschiedete worden (Sozialministerium-MV 2008). Er hat die Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung zum Ziel, geht aber auch spezifisch auf Kinder und Jugendliche ein. Das Papier steht in einer präventions- und jugendpolitischen Tradition. Seit 2004 bestehen in Mecklenburg Vorpommern Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche (Sozialministerium-MV/LVG-MV 2004; Sozialministerium-MV 2006a). Im Jahr 2006 ist der vierte Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung veröffentlicht worden (Sozialministerium-MV 2006b). Im selben Jahr beschloss die Landesregierung auch ein Kinder- und Jugendprogramm (Sozialministerium-MV 2006c).

Der Landesaktionsplan legt einen umfassenden und positiven Gesundheitsbegriff zugrunde, der die biomedizinische, psychologische und soziale Dimension umfasst und dem Begriff der „Lebensqualität“ einen prominenten Stellenwert einräumt. Neben der Belastungssenkung wird die Ressourcenstärkung hervorgehoben („salutogener Ansatz“, „Empowerment“). Die Handlungsleitlinien beziehen sich explizit auf den Setting-Ansatz, die zielgruppengerechte Individualisierung der Interventionen, die Beteiligung der Zielgruppen („Partizipation“), und sogar die „Kontinuität und Nachhaltigkeit“ der Maßnahmen. Vulnerable Gruppen, die besonderer Unterstützung und vorzugsweise aufsuchender und niedrigschwelliger Hilfe bedürfen, werden explizit und ausführlich angesprochen („Menschen mit Armutsrisiko, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, suchtblastete Menschen, ältere Alleinlebende, Menschen mit Migrationshintergrund“). In einem spezifischen Abschnitt zum Problem der Steuerung erläutert der Plan die Aufgaben der interministeriellen Arbeitsgruppe für Prävention und betont die Bedeutung des Aktionsbündnisses für Gesundheit, dessen Geschäftsführung dem Sozialministerium und der LVG obliegt. Die Ausführungen vermitteln den Eindruck, dass die Landesverwaltung eine verantwortliche Rolle als Koordinator eingenommen hat. Zu begrüßen ist weiterhin, dass Evaluationen für öffentliche Projekte verpflichtend sein sollen und deren Ergebnisse der Präventionsforschung zur Verfügung gestellt werden sollen. Entsprechend dem *state of the art*³³ werden einerseits verbindliche Qualitätskriterien angestrebt, ohne andererseits einzelne vielversprechende Vorhaben ohne vollständigen Wirksamkeitsnachweis auszuschließen. Hervorzuheben ist die Absicht, eine Präventionsberichterstattung etablieren zu wollen. Der vierte Kinder- und Jugendbericht weist leider weder epidemiologische Daten noch eine Ausgabenstatistik hinsichtlich der präventiven Gesundheitsversorgung auf. Derlei quantitative Daten wären auch im Landesaktionsplan wünschenswert gewesen. In der bisherigen Form vermitteln die präventionspolitischen Dokumente den Eindruck, dass die Infrastruktur (Institutionen und Leitlinien) in Mecklenburg-Vorpommern gut entwickelt ist. In welchem Verhältnis Bedarf und Versorgung stehen, ist jedoch noch unklar. Der Bericht zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in der Version von 2006 beantwortet diese Frage nur rudimentär. Er könnte aber zu einem „Landesgesundheitsbericht/Prävention/Kinder und Jugendliche“ ausgebaut werden.

248. Die kursorische Durchsicht zeigt, dass Probleme impliziter Gesundheitspolitik und unspezifischer Gesundheitsförderung in den Strategiepapieren und Förderprogrammen mehrerer Bundesressorts enthalten sind – bei den jüngeren Initiativen ausführlicher und differenzierter als bei den älteren, was darauf schließen lässt, dass sich Gesundheit als Querschnittsthema durchsetzt. Die unspezifische Gesundheitsförderung, bzw. das Konzept der Ressourcenstärkung und Belastungssenkung, profitiert sehr davon, dass die Themen Bildung, Armutsprävention und Integration in den letzten Jahren stärker beachtet wer-

³³ Vgl. SG 2007, Ziffer 1050.

den. Konsens ist inzwischen, dass die Präventionsangebote in Partizipation mit der Zielgruppe auf die jeweilige Lebenswelt zugeschnitten sein sollen. Die Themen psychische Gesundheit und Stressbewältigung haben gegenüber Ernährung und Bewegung aufgeholt, auch wenn sie noch längst nicht immer gleichrangig in integrierten Interventionskonzepten enthalten sind. Das Problem der Qualitätssicherung steht auf der Tagesordnung.

3.3.3 Gesamte Präventionspraxis

249. Die großen Programme auf der Bundesebene stellen nur einen Teil der Präventionspraxis dar. Daneben existieren zahlreiche weitere Initiativen auf der Landesebene und in den Kommunen (Pigeot et al. 2004; Hackauf/Winzen 2004). Bietet die Literatur schon zu den Bundesprogrammen keinen hinreichenden Ein- und Überblick, so sind die Aktivitäten in den Ländern und Kommunen erst recht intransparent. Vor diesem Hintergrund befragte der Rat selbst zunächst schriftlich das BMG, das BMELV, das BMFSFJ, das BMBF sowie die BZgA im Geschäftsbereich des BMG, welche Programme zur Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen sie aktuell finanzieren bzw. seit dem Jahr 2000 finanziert haben. In einer zweiten Welle wurden in allen Bundesländern jeweils zwei ausgewählte Ministerien, zumeist Sozial-, Kultus- oder Landwirtschaftsministerien, die themenspezifische Referate aufweisen, angeschrieben; außerdem die sechs Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der PKV-Verband, die Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung sowie acht Praxisbüros „Gesunde Schule“. Diese zweite Gruppe umfasste 64 Akteure und wurde zusätzlich befragt, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Begleitforschung bei den jeweiligen Programmen vorgesehen sind. Insgesamt umfasste die Befragung 69 präventionspolitische Akteure. Von diesen antworteten 36, was einer Rücklaufquote von 52 % entspricht. Ein systematisches „Nachfassen“ musste aufgrund des Arbeitsaufwandes entfallen, jedoch wurden die verbliebenen Lücken teilweise durch eigene Recherchen und Hinweise aus dem Feld geschlossen. Bei den Bundesministerien und ihren Behörden wurden 72 Programme festgestellt, bei den Landesministerien 157, bei den gesetzlichen Krankenkassen 114, beim PKV-Verband 1 und bei den LVG'n 75.³⁴ Insgesamt wurden also 419 Programme registriert (s. Anhang zu diesem Kapitel unter www.svr-gesundheit.de). Bei dieser Zahl ist jedoch zu beachten, dass viele Programme mehrfach gezählt wurden, weil sie Träger aus mehreren Kategorien, z. B. sowohl Landesministerium als auch LVG, aufweisen. In den Zahlen sind auch Teilprogramme von größeren Programmen aufgeführt, weil diese oft organisatorisch und konzeptionell eigenständig sind.

³⁴ Die Praxisbüros sind in der Regel an Programmen anderer Träger beteiligt ohne selbst Träger zu sein. Vielfach handelt es sich auch um kleine Projekte, die nicht unter den zugrunde gelegten Programmbezug fallen. Die Aktivitäten der Praxisbüros sind dennoch „außer der Reihe“ im Anhang aufgeführt, um das Wirken dieses wenig bekannten Akteurs zu beleuchten.

250. Die Ausführlichkeit und Verwertbarkeit der eingegangenen Antworten ist sehr unterschiedlich. Die Anfrage des Rates löste in vielen Fällen monatelange interne Recherchen bei den Organisationen aus. Die zugesandten Materialien waren häufig nicht aufbereitet worden und bestanden aus Flyern oder kurzen und weniger informativen Projektberichten. Die Befragungsaktion des Rates führt zunächst zu der Erkenntnis, dass viele der präventionspolitischen Akteure keine informativen und vollständigen Dokumentationen ihrer Aktivitäten zu liefern im Stande sind. Unter diesen Voraussetzungen war es kaum möglich, tiefer in die Programme und Projekte und ihre Konzepte, Umsetzung und Ergebnisse einzudringen. Die Auskünfte der Befragten zu ihren Programmen lassen daher lediglich vorläufige und thesenhafte Schlussfolgerungen zu, die im Folgenden mit der gebotenen Vorsicht formuliert sind.

3.3.3.1 Prozess- und Ergebnisqualität

Vulnerable Gruppen

251. Nicht wenige der Projekte, die in der Abfrage des Rates gemeldet wurden, geben in ihren Dokumentationen an, auf sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ausgerichtet zu sein. Viele betonen, ihre Angebote seien niedrigschwellig angelegt. Augenscheinlich verstärken viele Bundesländer die Förderung junger Familien, insbesondere in sozialen Brennpunkten und bei Anzeichen von Armut in der Familie oder Überforderung der Eltern. Diese begrüßenswerten Initiativen, an denen zumeist Landessozialministerien, Jugendämter, Hebammen und Familienverbände mitwirken, sollten die Erfahrung und die Unterstützung des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (GA 2007, Ziffer 1049-1053; Kilian et al. 2009) nutzen.

Setting-Ansatz

252. In Wissenschaft und Praxis ist inzwischen weitgehend unstrittig, dass Primärprävention desto wirksamer ist, je mehr sie in den Lebenswelten (Settings) der verschiedenen Bevölkerungsgruppen stattfindet und die Nutzer bzw. Zielgruppen an der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenswelt beteiligt (GA 2005). Dieses anspruchsvolle Konzept des Setting-Ansatzes wird aber aufgrund der höheren Kosten, der größeren Komplexität und Störanfälligkeit oft nicht konsequent verwirklicht. Zurzeit kann niemand sicher beurteilen, wie viele der Projekte, die sich selbst dem Setting-Ansatz zuordnen, strukturelle Verbesserungen in den Lebenswelten bewirken. Auf Nachfrage geben fast alle Projekte an, den Setting-Ansatz zu praktizieren und in jedem einzelnen Fall wäre eine Validierung dieser Angabe erforderlich. Die Recherchen des Rates zeigten zumindest im Falle der Kindergärten und Schulen, dass sich eine große Zahl der Projekte nicht darauf beschränkt, professionelle Gesundheitsförderer in die Einrichtungen zu schicken und die Kinder und Jugendlichen zu belehren. Stattdessen werden weitere Akteure der jeweiligen Organisation, wie Betreuer, Lehrer, Träger, Caterer und Eltern, einbezogen. Diese Versuche, das Setting durch Maßnahmen der Orga-

nisationsentwicklung auf Dauer gesundheitsförderlicher zu gestalten, sind wirksamer und nachhaltiger als appellative Gesundheitserziehung. Die Kooperation mehrerer Settings, z. B. Partnerschaften von Schulen und Sportvereinen, sind in diesem Sinne ebenfalls wegweisend.

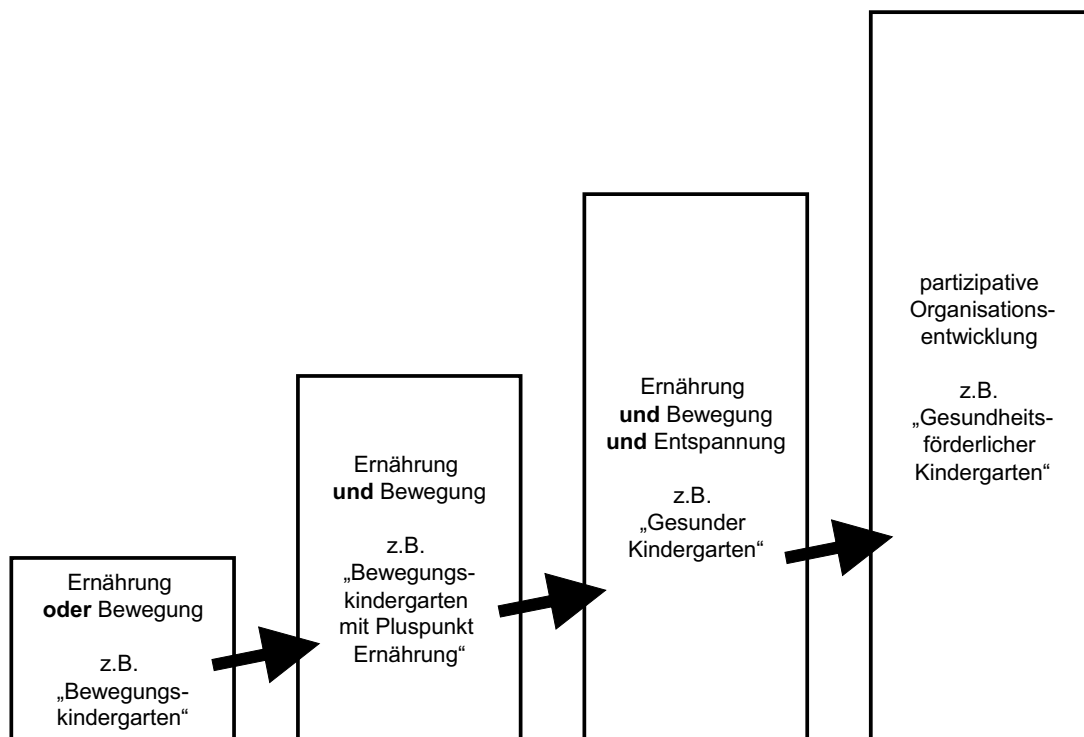
Unspezifische Gesundheitsförderung

253. Viele der Programme sind auf einen Aspekt von Kindergesundheit fokussiert und behandeln beispielsweise ausschließlich das Thema Rauchen. Solche *One-Issue*-Programme gelten in der Regel als weniger wirksam, verglichen mit Interventionen, die auch unspezifisch verhaltenswirksame Faktoren (Anreize und Auslöser) beeinflussen. Die Aufgabenstellung der Primärprävention besteht darin, eine breite und unspezifische Palette von Risiken durch die Senkung von meist krankheitsunspezi-

fischen Belastungen und die Steigerung vor allem psychosozialer Ressourcen zu minimieren (GA 2005, Ziffern 168ff.). Grundsätzlich sind Interventionen effektiver und nachhaltiger, wenn sie in die real vorzufindende Lebensweise und Lebensumwelt eingebettet sind, also die sozialen Bezüge und materiellen Voraussetzungen berücksichtigen bzw. auch hier modifizieren. Darüber hinaus gelingt Risikominimierung am besten durch eine Stärkung der Gesundheitsressourcen, wie Selbstvertrauen bzw. Selbstwertgefühl, Sensibilität für die eigenen physischen, psychischen und emotionalen Belange und soziale Einbindung, Teilhabe und Wirksamkeit, also durch Empowerment. In der Präventionspraxis, beispielsweise in Kindergärten, wird dies zunehmend beachtet (Abbildung 17). *Multi-Issue*-Interventionen und insbesondere psychosoziales Empowerment sind jedoch noch längst nicht die Regel.

Abbildung 17

Schwerpunktverlagerung zu Multi-Issue-Interventionen



Quelle: Eigene Darstellung

Exkurs: Öffentliche Daseinsvorsorge im Kontext Ernährung und Bewegung am Beispiel der Settings Kindertagesstätte und Schule

254. Wenn Bildungsstätten sich zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten entwickeln sollen, müssen u. a. die Rahmenbedingungen einer bedarfsgerechten und ausgewogenen Ernährung und regelmäßiger körperlich-sportlicher Aktivität stärker in der Alltagswelt von Kindern und Jugendlichen verankert werden. Als wesentliche Herausforderung öffentlicher Daseinsvorsorge gilt auch in diesem Kontext der Abbau sozial- und geschlechterbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Insbesondere in den Settings Kindertagesstätte (KiTa) und Schule können Kinder und Jugendliche in einer Altersstufe erreicht werden, in der sich gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen noch herausbilden und beeinflusst werden können (GA 2007, Ziffer 1025). Die Ergebnisse von KiGGS und EsKiMo weisen auf eine Vielzahl von Problemen bei der Ernährung und körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen hin. Neben individuellen Kompetenzen bestimmen auch gesundheitsförderliche Strukturen (im Sinne einer Organisationsentwicklung nach dem Leitbild der gesundheitsfördernden KiTa/Schule) den Umfang an Verwirklichungschancen, der den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zur Verfügung steht. Während im Bereich der Schulen im Rahmen der Bund-Länder-Modellprojekte bereits Erfahrungen zur Weiterentwicklung vorliegen (vgl. GA 2003, Ziffer 528ff.), erweisen sich Kindertagesstätten als ein eher wenig entwickeltes Setting. Hindernisse ergeben sich durch verschiedene rechtlich-institutionelle Rahmenbedingungen (z. B. aufgesplitterte Strukturen und Zuständigkeiten, divergierende Regelungen in den Bundesländern sowie unterschiedliche Vernetzungsbereitschaft und Qualitätskonzepte der Träger) (vgl. Kliche et al. 2008).

Durch den veränderten Alltag von Kindern und Familien nimmt der Einfluss der Bildungseinrichtungen auf die Essgewohnheiten zu und die Ernährungsbildung verlagert sich zunehmend von der Familie in die Bildungseinrichtung. Das Thema Ernährung und Gesundheit stellt Schulen und Kindertagesstätten heute jedoch vor große Herausforderungen. Dies gilt insbesondere durch den Ausbau schulischer Ganztagsangebote mit Schulverpflegung. Mit dem Investitionsprogramm „Zukunft Bildung und Betreuung“ (IZBB) unterstützt die Bundesregierung die Länder beim Auf- und Ausbau von Ganztagschulen. Das Investitionsprogramm IZBB (2003 bis 2007) umfasst erforderliche Neubau-, Ausbau-, Umbau- und Renovierungsmaßnahmen, Ausstattungsinvestitionen sowie die mit den Investitionen verbundenen Dienstleistungen (z. B. Fitnessraum, Kantine, Schülercafé). Da die personelle Ausgestaltung der Ganztagschulen jedoch den Ländern obliegt, konnten viele Schulen zwar dringende Investitionen in die Schulinfrastruktur tätigen, aber eine sachgerechte personelle Ausstattung nicht immer gewährleisten. Personelle Kapazitäten in Schulen für den Bereich Verpflegung sowie der Ernährungs- und Verbraucherbildung sind jedoch dringend erforderlich, da der Markt für die Schulverpflegung stark expandiert und von einer sehr heterogenen Anbieter- und Anwenderstruktur gekennzeichnet ist (Verbraucherzentralen 2009). Als eine Initialmaßnahme des Nationalen Aktionsplans IN FORM (BMG/BMELV 2008a) werden in allen Bundesländern Vernetzungsstellen zur Schulverpflegung mit dem Ziel eingerichtet, die Qualitätsstandards der DGE für die Verpflegung in Kindertagesstätten und Schulen (DGE 2007) bei den Entscheidungsträgern und verantwortlichen Akteuren bekannt zu machen und in die Leistungskataloge der Verpflegungsangebote zu implementieren. Der Erfolg dieser Maßnahmen wird dabei maßgeblich von der Etablierung verbindlicher Strukturen zur Beratung, Unterstützung und regelmäßigen Überprüfung der Umsetzung der „Qualitätsstandards für die Schulverpflegung“ abhängen. Der Aufbau der Vernetzungsstellen ist dabei als wichtiger Schritt zu sehen. Ob die finanziellen und personellen Rahmenbedingungen jedoch dem tatsächlichen Bedarf entsprechen sowie eine flächendeckende Beratung bzw. Hilfestellung für die Schulen sicherstellen, ist fraglich. Durch das weitgehende Fehlen gesetzlicher Regelungen besteht die Gefahr, dass eine pragmatische, aber unter ernährungswissenschaftlichen Gesichtspunkten ungünstige Lösung für das Mittagessen (z. B. Fastfood) angeboten wird (Heseker/Beer 2004). Die Umsetzung der Qualitätsstandards löst zudem nicht die Problematik der Zugänglichkeit für alle Kinder und Jugendlichen. Kinder von Arbeitslosengeld-II-Empfängern haben keinen Anspruch auf finanzielle Leistungen für das tägliche Schulessen. Es wurde vielfach kritisiert, dass die aktuellen Regelleistungen für Kinder nicht armutsfest sind und eine grundlegende Neuorientierung bei der Berechnung der Kinderregelsätze gefordert. Unabhängig von der finanziellen Situation der Eltern muss es jedem Kind möglich sein, an der Schulverpflegung teilzunehmen. In NRW werden beispielsweise im Jahr 2009 für Kinder von Arbeitslosengeld II- und Sozialgeldempfängern 13,5 Millionen Euro bereitgestellt. In Berlin wird das Schulessen vom Senat in den ersten sechs Klassen finanziell gefördert und in Rheinland-Pfalz gibt es ebenfalls einen Landesfonds für sozial benachteiligte Kinder (vgl. Verbraucherzentralen 2009).

Das Forschungsprojekt REVIS („Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in allgemeinbildenden Schulen“, 2003 bis 2005)³⁵ definierte Bildungsziele, Kompetenzen, Kerncurriculum und Standards für eine zukunftsgerechte Ernährungs- und Verbraucherbildung mit dem Ziel auf, unterschiedlichen Ebenen Hilfestellungen zur Innovation und Weiterentwicklung der Ernährungs- und Verbraucherbildung in den Schulen zu erarbeiten. Zur Verbesserung des Verpflegungsangebotes in den Schulen sind im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes weitere Initiativen vorgesehen, die bundesweit umgesetzt werden sollen (u. a. Schulobst- und Schulumilchprogramm) (RKI/BZgA 2008). Die Förderung des Verkaufs von gesunden Nahrungsmitteln in Schulen mit Blick auf eine ausgewogene Ernährung ist als weiteres Mittel zu sehen.

³⁵ Siehe www.ernaehrung-und-verbraucherbildung.de/evb_revis.php

Im Gegenzug zum Ausbau der Vernetzungsstellen Schulverpflegung sollen durch Kompetenzzentren für Bewegungsförderung Strukturen zur besseren Vernetzung von bestehenden Initiativen und Angeboten im Bereich Bewegung geschaffen werden. Der Auf- und Ausbau einer Service- und Beratungsstruktur zur allgemeinen gesundheitsfördernden Schulentwicklung ist nicht vorgesehen, sodass zurzeit keine angemessene Zuständigkeit für die Koordination und Bündelung von Aktivitäten existiert (s. Maßnahmenkatalog „gesundheitsziele.de“, AG „Gesund aufwachsen“). Die angestrebten Maßnahmen zur Bewegungsförderung stehen im Kontrast zu den erheblichen Defiziten in der Ausgestaltung des Schulsports in Deutschland. Diese hat zuletzt die im Sommer 2005 vom Deutschen Sportbund (DSB) vorgestellte SPRINT-Studie aufgezeigt. Die Rahmenbedingungen für den Schwimmunterricht weisen aufgrund langer Wegzeiten zu den Schwimmstätten und mangelnder Ausbildung der Lehrkräfte erhebliche Defizite auf (Gerlach/Brettschneider 2008). Bei mindestens 20 % der befragten Schulen stellen zu wenige geeignete Sportstätten ein großes Problem im Hinblick auf die Erfüllung des Stundensolls dar (DSB 2005).³⁶ Es wurde zudem berichtet, dass Sportunterricht in Grund- und Hauptschulen meist von fachfremden Kräften erteilt wird. Kritisch ist in diesem Zusammenhang der Beschluss „Ländergemeinsame inhaltlichen Anforderungen für die Fachwissenschaften und Fachdidaktiken in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung“ der Kultusministerkonferenz (KMK) vom 16. Oktober 2008 zu sehen. In diesen Richtlinien für die Ausbildung von Lehrern an den Hochschulen und Universitäten in Deutschland werden für alle Unterrichtsfächer und -bereiche so genannte „Fachprofile“ entwickelt, die Ausbildungsinhalte in den Lehramtsstudiengängen vorgeben sollen und damit letztlich auch die Ausgestaltung des Fachunterrichts an den Schulen bestimmen. Das in diesem Zusammenhang für das Fach Sport erstellte Fachprofil für den Bereich der Primarstufe sieht die Verbindung der Fächer Kunst, Musik und Sport zu einem Bereich „Ästhetische Bildung“ vor (DVS 2008).

³⁶ Die bundeseinheitliche Sportstättenstatistik 2002 bezifferte insbesondere bei Bädern einen sehr hohen Sanierungsbedarf von fast 50 % (Sportstättenstatistik der Länder 2002), der aufgrund der schlechten Finanzsituation der Kommunen immer wieder zur Schließung von Hallen- und Freibädern sowie Lehrschwimmbecken führt. In den östlichen Bundesländern zeigte sich mit 70 % ein deutlich höherer Anteil der kurzfristig (bis 2005) sanierungsbedürftigen Anlagen als in den westlichen Bundesländern (34 %). Eine Differenzierung nach Art und Umfang der Maßnahmen kann auf Basis der Daten jedoch nicht erfolgen.

Partizipation

255. Generell gilt: Beim Versuch, vulnerable und ressourcenschwache Zielgruppen nachhaltig zu erreichen, ist man auf den Setting-Ansatz angewiesen, weil bei den Adressaten Eigeninitiative oder Fähigkeit zur Selbstorganisation nicht in hinreichendem Ausmaß vorausgesetzt werden können und Verhaltensänderungen über neu etablierte Anreize im alltäglichen Umfeld besser erreichbar sind. Das Setting zu verändern bedeutet mehrere Maßnahmen zur Belastungssenkung und Ressourcenstärkung vorzunehmen, was einen breiten Themenfokus, also unspezifische Gesundheitsförderung voraussetzt. Die Beteiligung möglichst vieler Akteure aus dem Setting und der Zielgruppen selbst ist essentiell, will man bedürfnisgerechte und spürbare Anreize setzen. Auch die erwünschten Lerneffekte im psychosozialen Bereich (Steigerung von *self efficacy*, Selbstbewusstsein, individuelle und kollektive Handlungsfähigkeit) sind so am sichersten zu erzielen. Die Fähigkeit und die Bereitschaft, sich auf schwer zugängliche Milieus einzustellen und die Maßnahmen geschickt anzupassen, sind bei den Praktikern vor Ort in der Regel gegeben. Sie müssen jedoch auch von den Finanzierungsträgern erwünscht sein und finanziell abgesichert werden.

Qualitätssicherung

256. Es existieren keine Mindeststandards für Präventionsmaßnahmen. Den Finanzierungsträgern ist anheimgestellt, jene Projekte zu unterstützen, die sie für geeignet halten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat Kriterien guter Präventionspraxis entwickelt und zur Diskussion gestellt (BZgA 2005b; BZgA 2007). Viele Träger orientieren sich hieran, von einem konsentierten

und verlässlichen Standard kann jedoch noch keine Rede sein. Damit die Kriterien öfter erfüllt werden, bieten das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und die BZgA den Trägern entsprechende Beratung an (www.uke.de/extern/qip). Durch das „QIP-Verfahren“ wird die Qualität des jeweiligen Programms oder Projekts ermittelt und Hinweise gegeben, wie Defizite beseitigt werden können (Kliche et al. 2004).

257. Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) hat im Jahr 2008 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität in der Präventionspraxis erarbeiten soll. Bislang besteht Konsens darüber, dass Qualitätsentwicklung als kontinuierlicher Weiterentwicklungsprozess der Präventionspraxis modellhaft als Kreislauf verstanden werden kann. Ausgangspunkt ist der politische Wille, die Qualität zu verbessern und die Initiierung von Modellprojekten. Die Evaluation dieser Projekte liefert Aufschluss über die Wirksamkeit verschiedener Interventionsstrategien. Aus diesen Befunden werden Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsinstrumente abgeleitet und formuliert. Sie bilden die konzeptionelle Grundlage der nächsten Generation von Projekten, die den Anfang eines neuen Qualitätsentwicklungszyklus einleiten (BVPG AG 4 2008). Damit innerhalb der Kreisläufe möglichst viele Informationen eingespeist und ausgewertet werden können, beabsichtigt die BVPG noch 2009 eine erste Befragung ihrer Mitglieder durchzuführen und deren Erfahrungen zu wirksamen Methoden, Qualitätsindikatoren und Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammenzutragen.

258. Zunehmend wird erkannt, dass die systemische Qualitätsentwicklung vor allem dann bessere Qualitätssicherungsverfahren hervorbringt, wenn Wissenschaft

und Praxis eng zusammenwirken. Effektiv sind jene Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis antizipieren. Solchermaßen praxistaugliche QS-Strategien sind nur unter Einbeziehung der Erfahrungen aller beteiligten Akteursgruppen zu konzipieren. Der Diskurs zu partizipativen Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation ist im Politikfeld Kinder- und Jugendhilfe weiter entwickelt, als es im Bereich der, im engeren Sinne, gesundheitlichen Primärprävention der Fall ist (BMFSFJ 2000; Deinet/Icking 2008). So nutzen bereits seit 2005 Berliner Jugendhilfeeinrichtungen spezifische Handbücher zur Selbstevaluation (Witte/Arlt 2008). Derzeit vollzieht sich ein Transfer dieser neuen Methoden von der Kinder- und Jugendhilfe in die gesundheitliche Primärprävention. Die Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) erstellte eine internationale Bestandsaufnahme partizipativer Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation und entwickelte unter dem Begriff „Partizipative Qualitätsentwicklung“ diesen Ansatz in Zusammenarbeit mit der LVG in Berlin (Gesundheit Berlin) und der Deutschen AIDS-Hilfe weiter (Wright et al. 2009). Für AIDS-Hilfen (Wright et al. 2008a) und für andere Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention (Wright et al. 2008b) stehen internetgestützte

Handbücher zum Thema Partizipative Qualitätsentwicklung zur Verfügung, auch mit Beispielen aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Evaluation

259. Kleinere Projekte evaluieren sich oft selbst. Dabei sind die organisatorischen und inhaltlichen Grenzen zwischen Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation häufig unklar. Ein Qualitätszirkel beispielsweise ist eine gute Maßnahme zur Überprüfung der Qualität während der Laufzeit. Die Ergebnisse können Anlass für Korrekturen im Projekt sein und auch in der Dokumentation (Projektbericht) festgehalten werden (Bahrs 2005). Damit ist jedoch noch keine Evaluation erfolgt, die Zielerreichung (Effektivität) und Kosten-Nutzen-Relation (Effizienz) bewertet. Insbesondere in kleineren Projekten scheinen die Ressourcen für eine Evaluation oft nicht auszureichen, oder der Unterschied zwischen Qualitätssicherung und Evaluation (Tabelle 46, Tabelle 47, Abbildung 18) nicht klar zu sein. Insgesamt wird noch viel improvisiert. Es ist jedoch vielerorts das Bemühen erkennbar, wenigstens interne Evaluationen in Form von Nutzerbefragungen vorzunehmen.

Tabelle 46

Unterschied zwischen Qualitätssicherung und Evaluation

	Zeitpunkt	Funktion
Qualitätssicherung	während der Intervention	Absicherung der Einhaltung von Qualitätsstandards
Evaluation	nach der Intervention	Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität

Quelle: Eigene Darstellung

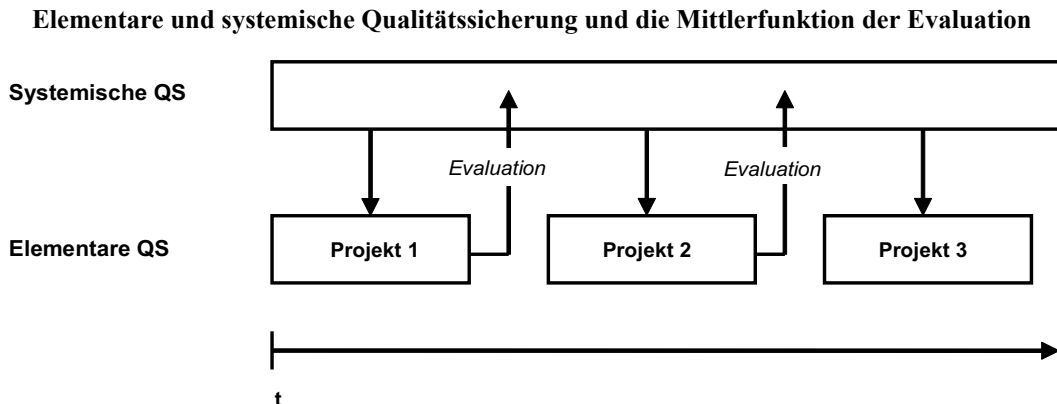
Tabelle 47

Zwei Schwerpunkte der Qualitätssicherung

	Funktion	Instrumente
Wirkungsbestimmung (am Ergebnis orientiert)	Ermittlung und Rückkopplung von Interventionswirkungen	Messung von gesundheitlichen Outcomes bzw. Indikatoren mit prädiktivem Wert
Qualitätsverbesserung (an Prozess und Struktur orientiert)	Verbesserung der Chancen, Gesundheitsziele zu erreichen	Begleitforschung, Community Based Research, Selbstevaluation

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 18



Quelle: Eigene Darstellung

Viele größere Programme, vor allem der Krankenkassen, betrauen spezifisches Personal mit der Evaluation. Dabei handelt es sich oft um Wissenschaftler aus Hochschulen, seltener um spezialisierte Dienstleister. Qualifiziertes Personal, Zeit und Geld sind wichtige Voraussetzungen für aussagekräftige Evaluationen, über die Unabhängigkeit der Bewertung ist damit jedoch noch nichts ausgesagt. Vielfach sind die Wissenschaftler von Anfang an am Projekt beteiligt gewesen, haben das Konzept selbst ausgearbeitet, das sie anschließend bewerten sollen. Hier können Interessenkonflikte auftreten. Insgesamt besteht noch viel Forschungs-, Diskussions- und Lernbedarf. Beispielsweise sollte der Erfolg von Programmen zur gesünderen Ernährung nicht allein an der Veränderung des Body-Mass-Index festgemacht werden. Das Bundesprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ leistet hier einen sinnvollen Beitrag, indem es die Evaluation von Programmen in den Ländern finanziert und die Ergebnisse über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) kommuniziert.

Lernprozesse

260. Evaluationen werden von den Trägern der Projekte immer weniger als Kontrollinstrument der Finanzierungsträger aufgefasst und immer öfter als Voraussetzung von individuellen und systemischen Lernprozessen akzeptiert. Immer häufiger wird erkannt, dass Evaluationen wichtige Daten für die Präventionsforschung liefern, nicht nur über Gelungenes und Misslungenes, sondern auch über den Einfluss wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Versorgung sowie die Evidenzbasierung der Praxis. Diesen Eindruck vermittelt auch das Teilprogramm des Nationalen Aktionsplanes von BMG und BMELV mit dem Titel „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“. Die Ausschreibung fordert von den Antragstellern die Vernetzung lokaler Initiativen mit dem Ziel der Kooperation, eine Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention, die Ergänzung des Interventionsziels Bewegungsförderung um weitere Aspekte wie Ernährung und Stress zu einem komplexen Ansatz, die Etablierung langfristig bestehender Institutionen, die Gewährleistung

der Partizipation der Adressaten und Mitwirkenden, die Ausrichtung auf Zielgruppen mit erhöhtem Bedarf wie sozial Benachteiligte und eine unabhängige Evaluation (BMG 2008b). Mit dieser anspruchsvollen Ausschreibung ist ein Beispiel gegeben, wie die Finanzierungsträger zur wissenschaftlichen Fundierung der Projekte beitragen können. Die geförderten Aktionsbündnisse sollen evaluiert und die Erkenntnisse der Praxis in Form eines Handbuchs zur Verfügung gestellt werden (Kolip 2009). Dieses Konzept ist wegweisend.

3.3.3.2 Strukturqualität

Nachhaltigkeit der Qualitätssicherung

261. Suchprozesse und Lernschleifen können nur Fortschritte bringen, wenn sie auf Dauer angelegt sind und sichergestellt ist, dass sich eine kollektive Wissens- und Erfahrungsbasis ausbildet, die Erfolge und Fehler der Vergangenheit erinnert und alle relevanten Erfahrungen aus der Vergangenheit abrufen kann. Modellprojekte, z. B. mit Laufzeiten von zwei Jahren, sind nur sinnvoll, wenn die Versuche und Erkenntnisse in die Kontinuität einer langfristigen Forschung eingebettet sind. Zu viele Modellversuche der Vergangenheit waren schlecht konzeptualisiert, zu kurz angelegt, unzureichend dokumentiert und sind nicht beachtet oder schnell wieder vergessen worden. Aufschlussreicher wären „Ketten“ aus Modellversuchen gewesen, die sich aufeinander beziehen und Hypothesen über lange Frist gründlich verifizieren.

Nachhaltigkeit der Interventionen

262. Wie die Lernprozesse der Professionals brauchen auch die Lern- und Veränderungsprozesse der Zielgruppen und Settings ausreichend Zeit. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sind Einmalaktionen, wie Kochnachmittage, schnell wieder vergessen. Hinzu tritt, dass in Kindergärten und Schulen kontinuierlich neue Jahrgänge aufgenommen werden. Maßnahmen, die eine Jahrgangsstufe betreffen müssen also jedes Jahr wiederholt werden, um alle Altersgruppen wenigstens einmal anzusprechen.

Hinsichtlich der kontinuierlichen Weiterentwicklung und der Wirksamkeit der Interventionen sind lange Laufzeiten und über Laufzeiten hinausgehende Strukturen wünschenswert. Dies bedeutet nicht, dass die Laufzeiten gescheiterter Konzepte unkritisch verlängert werden sollen. Diese sind zu dokumentieren und zu beenden. Gleichzeitig jedoch sollen bewährte Programme auf Dauer gestellt werden. Die Recherchen des Rates haben gezeigt, dass diese Verlängerungen bei den Ländern und Krankenkassen immer häufiger vorkommen. Viele Programme weisen zwar befristete Laufzeiten auf, gehen aber aufgrund des Erfolges davon aus, langfristig weiterarbeiten zu können. Neue Institutionen, wie Kooperationsverbände oder Partnerschaften, sind zumeist auf Dauer angelegt. Dieser allgemeine Trend zur Verstetigung der Programme und Strukturen ist zu begrüßen.

Transparenz

263. Viele Programme weisen eine überaus komplexe Trägerstruktur auf. Dies betrifft besonders kleinere Programme auf der kommunalen Ebene, aber auch größere Initiativen unter der Leitung von präventionspolitischen Verbänden. Komplexität beeinträchtigt prinzipiell die Transparenz. So wünschenswert breite Bündnisse für Kindergesundheit erscheinen, ist in einigen Konglomeraten aus Finanzierungsträgern und Sponsoren nicht mehr nachvollziehbar, wer welchen Beitrag leistet. Dies ist insbesondere für öffentliche Körperschaften ein Problem, wenn der Nutzen aus dem finanziellen Engagement nicht mehr zu belegen ist. Zudem laden solche Strukturen *freerider* dazu ein, zu lediglich geringen Beiträgen *social responsibility* zu demonstrieren. Unter dem Gesichtspunkt von Interessenskonflikten ist viel stärker als bisher zu reflektieren, welchen Einfluss privatwirtschaftliche Sponsoren, beispielsweise aus der Nahrungsmittelindustrie, auf den Inhalt der Programme und Projekte ausüben.

Berichterstattung

264. Zur nichtmedizinischen Primärprävention für Kinder und Jugendliche existiert kein System der Berichterstattung. Somit ist weitgehend unklar, ob ausreichend Mittel bereitgestellt werden, wer an der Finanzierung in welchem Umfang beteiligt ist, und ob die Mittel sinnvoll eingesetzt werden. Die Berichterstattung der Bundesministerien bezüglich ihrer präventionspolitischen Aktivitäten ist unzureichend. Die unregelmäßig aber immer häufiger erscheinenden Berichte sind hinsichtlich der Kategorien und Datenqualität nicht mit der bekannten Gesundheitsberichterstattung der statistischen Ämter vergleichbar. Viele der Broschüren dienen vielmehr PR-Zielen. Die Berichte zu den einzelnen Programmen enthalten keineswegs nur neue Maßnahmen, die auf das berichtete Programm zurückzuführen sind, sondern auch jene anderer Ministerien und Programme. Diese Art des Berichtens suggeriert ein Ausmaß an Aktivität, das nicht vorhanden ist. Unterstützt wird dieser Effekt, indem harte Daten, wie Laufzeiten und Budgets, nicht angegeben werden.

Koordinierung und Planung

265. Die hier kritisierte Berichterstattung der Bundesregierung und der Bundesministerien kann als kommunikative Vernetzung und Vorstufe administrativer Koordinierung gesehen werden. So scheint es Bundesministerien zu gelingen, gesundheitsrelevante Maßnahmen der anderen Häuser zur Kenntnis zu nehmen und als Teil einer, wenn gleich zufälligen, Gesamtintervention zu sehen. Die erwähnte Bezugnahme des „Nationalen Aktionsplans für ein kindergerechtes Deutschland“ der Bundesregierung auf den „Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung“ von BMG und BMELV ist ein solches Indiz. Der nächste Schritt auf dem Weg zur Koordinierung ist die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“, die zumindest nachträglich die Aktivitäten der Ressorts unter interministerielle Leitlinien stellt. Der nächste Schritt wäre getan, wenn diese Strategie handlungsleitend für die neuen Programme und Maßnahmen der Ministerien würde – d. h. die Programme der Gesamtstrategie folgen und nicht umgekehrt. Echte Koordinierung wäre erreicht, wenn die Ressorts und ihre Behörden einem verbindlichen Plan folgen, der eine funktionelle und konsensfähige Arbeitsteilung absichert.

Versorgungssicherheit

266. Die Versorgungsstrukturen der Primärprävention befinden sich noch im Aufbau. Wie viel Versorgung notwendig ist, ist noch nicht klar, da zum Bedarf nach primärpräventiven Leistungen zwar Studien erstellt werden (z. B. RKI/BZgA 2008), jedoch noch keine differenzierten und regionalisierten Datensätze existieren, die als Grundlage einer öffentlichen Bedarfsplanung oder zielgerichteten Steuerung der Ressourcen dienen könnten. In welchem Verhältnis Bedarf und Versorgung stehen, ist also unklar, auch hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Aktivitäten der letzten Jahre gelten Experten als „Flickenteppich“ oder „Insellösungen“. Die regionale Verteilung der Angebote ist das Resultat der Initiative von Einzelpersonen und der Kassenlage der lokalen Finanzierungsträger. Die Befragung des Rates bestätigt diesen Eindruck eher, als sie ihn revidieren kann. Auch die großen Programme des Bundes, der Länder und der Kassen sind in ihrer Reichweite stark begrenzt, weil sie keineswegs flächendeckend angelegt sind, sondern zumeist auch nur wenige Interventionsorte aufweisen. Von kostenintensiveren und längerfristigen Maßnahmen (z. B. Baumaßnahmen) profitieren in der Regel nur wenige Orte (einzelne Schulen oder Stadtteile). Kostengünstigere und kurzfristige Maßnahmen (z. B. Wanderausstellungen) erreichen in der Regel mehr Orte. Maßnahmen zur Vernetzung und Strukturbildung (Partnerschaften zwischen Schulen und Sportvereinen, Teilnahme an Zertifizierungsverfahren oder Wettbewerben) werden von problembewussten Akteuren (z. B. Schulleitern) angenommen, von anderen jedoch nicht. Zwischen einigen ambitionierten Initiativen und Projekten vor Ort verbleiben somit unversorgte Gebiete und nicht erreichte Gruppen.

3.3.4 Zwischenfazit und Empfehlungen

267. Hinsichtlich der Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich mehr Transparenz erforderlich, sowohl über die Mittelaufbringung, die Verteilung der Ressourcen auf verschiedene Regionen und Gruppen, als auch über die Wirksamkeit ihres Einsatzes. Notwendig ist hierzu die Entwicklung einer spezifischen Berichterstattung. Die gesammelten Daten sollten die Öffentlichkeit darüber informieren, welche Akteure in welchem Umfang Finanzmittel beisteuern, wer von den Maßnahmen profitiert und ob die Mittel evidenzbasiert und wirkungsvoll eingesetzt werden. Zwei Kategorien von Daten sind hier zu unterscheiden: Erstens jene zum Bedarf und zu den eingesetzten Ressourcen (Input), zweitens jene zur Qualität und Wirksamkeit der Versorgung (Output). Vier Typen von Berichterstattung haben sich bislang herausgebildet (Rosenbrock/Gerlinger 2006):

- Risiko- und Ressourcenberichterstattung,
- Krankheitsberichterstattung,
- Interventionsberichterstattung,
- Politikberichterstattung.

Jeder dieser Berichtstypen ist zur Steuerung, Selbststeuerung und Fortentwicklung des neuen Versorgungssystems notwendig und sollte auf den Ebenen des Stadtteils, der Kommune, des Bundeslandes und gesamten Bundesgebiets etabliert werden.

Risiko- und Ressourcenberichterstattung

268. Zur Verteilung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen in der Gesellschaft berichten bislang verschiedene Institutionen, vor allem die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, das Robert Koch-Institut und verschiedene Sozial- bzw. Gesundheitsberichte des Bundes und der Länder sowie teilweise größerer Kommunen (vgl. Wolfram et al. 2008). Lag der Schwerpunkt jahrelang auf der Darstellung von Risikofaktoren und Belastungen, werden zunehmend auch Gesundheitsressourcen erfasst. Die KiGGS-Studie des RKI ist hier beispielgebend. Durch diese Entwicklung im Berichtswesen werden die komplexen sozialen Bedingungen von Gesundheit besser abgebildet als in der Vergangenheit. Wünschenswert sind darüber hinaus Berichte, die für das gesamte Bundesgebiet regionale Disparitäten erkennbar machen. Das Robert Koch-Institut kann, in Zusammenarbeit mit Partnern aus den Ländern und Kommunen, hierfür als Knotenpunkt und Kompetenzzentrum dienen.

Krankheitsberichterstattung

269. Für die Krankheitsberichterstattung gilt das Gleiche, wie für die Risiko- und Ressourcenberichterstattung. Für die genauere Orientierung der nicht-medizinischen Primärprävention wäre es nützlich, wenn auch hier stärker nach sozialen Gruppen und Schichten differenziert berichtet würde. Auch hier ist es wichtig, den Bedarf möglichst genau zu lokalisieren.

Interventionsberichterstattung

270. Die statistischen Ämter berichten detailliert über die Infrastruktur des Krankenversorgungssystems (z. B. Anzahl der Krankenhausbetten) wie auch deren erbrachte Leistungen und daraus entstandenen Kosten. Enthalten sind auch Daten zur Sekundär- und Tertiärprävention. Die Angaben zur Primärprävention sind hingegen unzureichend. Am besten ist die Datenlage noch hinsichtlich der Aktivitäten der Krankenkassen. Deren Ausgaben für Primärprävention werden erfasst. Seit einigen Jahren werden die Ausgaben im Rahmen von Interventionen, die dem Setting-Ansatz folgen, gesondert ausgewiesen. Dieser Schritt zu einer differenzierten Berichterstattung ist fortzusetzen. Es muss transparenter werden, welche Kassen in welchem Umfang welche Zielgruppen mit welchen Interventionstypen versorgen. Darüber hinaus jedoch, und dies ist die anspruchsvollere Zielsetzung, sind neben den Kassen die übrigen Finanzierungsträger von Primärprävention einzubeziehen; zunächst die öffentlichen Träger wie die Länder und Kommunen, soweit möglich auch Stiftungen und privatwirtschaftliche Sponsoren.

271. Ebenso wichtig, wie die Daten zu Umfang und Art der Leistungen und ihrer Finanzierung, sind jene zur Qualität der Versorgung. Einerseits können Projektträger sie dazu verwenden, Qualitätsdefizite zu erkennen und die Ursachen zu beseitigen – dienen sie also dazu, Fehler zu erkennen und zu vermeiden bzw. bessere Lösungen zu entwickeln. Andererseits können Finanzierungsträger und letztlich auch Aufsichtsbehörden Qualitätsunterschiede unter den Interventionen erkennen und qualitätsorientiert finanzieren bzw. regulieren. Die Daten zur Qualität der Versorgung sind bislang unzureichend, weil sie nur lückenhaft erhoben werden. Sie sind zudem wenig zuverlässig, weil sie oft nicht auf unabhängigen und wissenschaftlich gestützten Evaluationen beruhen. Sie sind nicht standardisiert und werden nicht zentral gesammelt, sodass sie abrufbar wären. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat jedoch begonnen, diese Daten zusammenzutragen und für die Interventionsforschung nutzbar zu machen (BZgA 2005b, BZgA 2007). Die AG 4 der BVPg, in der unter anderem die BZgA mitwirkt, plant die Erfahrungen der Träger durch eine Befragung ihrer Mitglieder abzurufen (BVPg AG 4 2008). Auf diesem Wege sind Lernprozesse an Beispielen guter Praxis und Qualitätsleitlinien heute bereits möglich. Auch sind Zertifizierungsverfahren und ein „Qualitätswettbewerb“ unter den Anbietern angeregt worden. Gleichwohl reicht es noch nicht, um verlässlich und flächendeckend ausschließlich Qualitätsprojekte zu finanzieren und Mindeststandards vermittels Regulierung durchzusetzen. Daher empfiehlt es sich, die BZgA und die BVPg hinsichtlich der Entwicklung von Qualitätsstandards und der Berichterstattung zur Versorgungsqualität zu informationellen Knotenpunkten und Kompetenzzentren für das gesamte Bundesgebiet auszubauen. Wie schon im Falle des Robert Koch-Instituts und der Berichterstattung über Gesundheitsrisiken und -ressourcen bietet sich eine arbeitsteilige Kooperation mit Institutionen auf der Landesebene, insbesondere den zuständigen Landesministerien und statistischen Landesämtern an.

Politikberichterstattung

272. Sachorientierte und dialogische Kommunikation zwischen Politik, Verwaltung und Bürgern ist notwendig für legitime und Probleme bewältigende Steuerung (vgl. Papadopoulos/Warin 2007). Zielorientierte Steuerung braucht Kritik und Beratung aus der Praxis und der Wissenschaft. Behörden, wie das RKI und die BZgA, sind gleichsam Rezeptoren und Aktoren des Staates, können also nur ein Bestandteil einer kritischen Öffentlichkeit sein. Deshalb ist zu begrüßen, dass sich immer mehr Verbände (z. B. BVPG, DGE, DSB) in die Formulierung der Präventionspolitik einbringen. Allerdings ist zu konstatieren, dass die Kritik gegenüber staatlichem Wirken noch deutlich verhaltener und angepasster ausfällt als in der Krankenversorgung, was damit zusammenhängen dürfte, dass die Finanzierungsträger noch überwiegend dem Staat und der unmittelbaren Staatsverwaltung zuzurechnen sind. Unter diesen Voraussetzungen ist es aber umso dringlicher, den nichtstaatlichen Sektor, u. a. vertreten durch die BVPG und die Landesvereinigungen für Gesundheit, fortzuentwickeln, die Beziehungen zu Hochschulinstituten zu pflegen und die Interessenartikulation insgesamt zu professionalisieren.

Regulierung

273. Die in den letzten Jahren bereits verbesserte und weiter zu verbessernde Datenlage zu gesundheitlichen Problemlagen, dem Interventionsbedarf und den Versuchen, darauf einzugehen, sollte von der Politik genutzt werden, regionale Versorgungslücken zu identifizieren und zu schließen. Die Verantwortung dazu liegt primär bei den Bundesländern. Einige haben bereits eigene präventionspolitische Aktionspläne verabschiedet. Die jeweiligen Ziele im gesamten Territorium zu verwirklichen und alle Bürger des Landes teilhaben zu lassen sollte selbstverständlich sein. Voraussetzung hierzu ist eine regionalspezifische Bedarfserhebung und Planung bei der Intervention, ähnlich den Krankenhausplänen. Auf diesem Wege kann neben der regionalen Verteilung der Präventionsmaßnahmen auch die Qualität sanktioniert werden. Bei den Krankenkassen ist die Regulierung der Qualität durch das Sozialrecht bislang am besten verwirklicht worden. Hier verpflichtete der Bund im § 20 SGB V die Spitzenverbände der Krankenkassen, Leitlinien für die Programme der einzelnen Kassen und Landesverbände zu formulieren. Die Spitzenverbände fungierten hier bereits als Regulierungsträger. Diese Funktion hat nunmehr der GKV-Spitzenverband als Nachfolgeorganisation übernommen, d. h. es ist ein Regulierungssystem etabliert worden. Wünschenswert wäre die Etablierung einer verbindlichen Zertifizierung im Bereich der Primärprävention. Anzuknüpfen wäre an die Erfahrungen mit der Registrierung von Versorgungsmodellen und -verträgen im Bereich der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V durch die Geschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) sowie an die sozialrechtliche Vorschriften, die im ambulanten Sektor des Krankenversorgungssystems sowohl zur externen Qualitätskontrolle als auch zum internen Qualitätsmanagement existieren (Noweski 2008). Eine gleichermaßen „zweigleisige“ Qualitätssicherung ist

auch in der Primärprävention möglich. Zur Finanzierung derselben sollten acht bis zehn Prozent des Gesamtbudgets des jeweiligen Programms oder Projekts eingesetzt werden (WHO et al. 1998). Die Bundesländer sollten prüfen, ob qualitätssichernde Vorschriften, wie sie im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verwirklicht sind, in ähnlicher Form auch für jene Finanzierungs- und Projektträger eingeführt werden können, die außerhalb des Sozialrechts aktiv sind. Dies würde zunächst die Länderverwaltungen selbst, aber auch die Kommunen betreffen und – auf freiwilliger Basis – auch Stiftungen und privatrechtliche Sponsoren.

274. Neben der Schließung regionaler Versorgungslücken und der Förderung und Überwachung der Qualität im Allgemeinen sollten die Bundes- und Landesregierungen und ihre Behörden wie auch alle Finanzierungsträger im Besonderen die vom SVR in seinem GA 2007 (Ziffern 1020, 1050) identifizierten Qualitätsstandards durchsetzen:

- Priorisierung der Prävention mit vulnerablen Gruppen gegenüber weniger risikobelasteten Bevölkerungsgruppen,
- Priorisierung der unspezifischen Gesundheitsförderung gegenüber Interventionen mit engem thematischen Fokus,
- Priorisierung des Setting-Ansatzes und der Organisationsentwicklung, also der Verhältnisprävention, gegenüber der Verhaltensprävention,
- Gewährleistung der Partizipation der Adressaten und Mitwirkenden und
- Gewährleistung aussagekräftiger Evaluationen.

Vulnerable Gruppen

275. Die Priorisierung besonders bedürftiger Kinder und Jugendlicher, wie sie viele Wissenschaftler schon seit einigen Jahren fordern, ist in Wissenschaft und Politik weithin Konsens. In 2008 wurde ihre Notwendigkeit erneut mit sozialepidemiologischen Daten untermauert. Die KiGGS-Studie des RKI belegt, dass Kinder, deren Eltern einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, eine höhere Morbiditätslast aufweisen (RKI/BZgA 2008). RKI und BZgA folgern aus diesen Daten, dass die Prävention ihre Anstrengungen hier konzentrieren sollte. Bereits heute existieren viele Projekte speziell für sozial Benachteiligte und viele Programme, z. B. der Länder, setzen hier einen Schwerpunkt. Die Kassen sind hierzu durch den § 20 SGB V angehalten. Gleichwohl ist nicht klar, wie viel der Mittel letztlich für vulnerable Gruppen aufgewandt werden. Was vielerorts bereits Praxis ist, muss mittelfristig im ganzen System Geltung erhalten und sanktioniert werden.

Unspezifische Gesundheitsförderung

276. In diesem Zusammenhang sollten die Länder, aber nicht nur diese, darauf hinwirken, dass so genannte „One-Issue-Programme“ auf entsprechende Zielgruppen be-

schränkt bleiben und die Gesamtheit der Kinder und Jugendlichen prioritär durch breit angelegte Programme („Multi-Issue-Programme“) angesprochen wird. In der Praxis werden die Themenbereiche Ernährung und Bewegung immer häufiger in Kombination behandelt. Projekte, die lediglich einen dieser Problembereiche erfassen, sollten nur noch in begründeten Einzelfällen finanziert werden. Immer häufiger kommt als dritter Ansatzpunkt das Problem „Entspannung und Stressbewältigung“ hinzu. Diese Projekte sollten bevorzugt gefördert werden. Das psychosoziale Empowerment kommt generell noch zu kurz. Daher sollten Forschungsförderung und Finanzierungsträger hier einen besonderen Schwerpunkt setzen. Der Themenkomplex „Entspannung und Stressbewältigung“ sollte möglichst weit gefasst werden und neben den wichtigen Problemen Lernstress und Leistungsdruck soweit möglich die Themen Angst, Depression, Selbstwertgefühl, Suchtverhalten, Aggression, Freundschaft, Liebe und Sexualität einschließen.

Setting-Ansatz

277. In Wissenschaft und Politik gilt der Setting-Ansatz inzwischen als in vielen Fällen überlegenes Interventionskonzept (z. B. GKV 2008). Der Rat bekräftigt seine Empfehlung aus den zurückliegenden Gutachten, dieses Interventionskonzept häufiger einzusetzen und die Settings nicht nur als Zugangswege zu sehen, sondern die Lebenswelten unter maximaler Partizipation der Nutzer bzw. Zielgruppen strukturell und nachhaltig gesundheitsförderlicher zu gestalten (GA 2005).

Partizipation

278. Die neueren Strategiepapiere der Bundesregierung legen besonderen Wert darauf, dass Präventionsmaßnahmen den spezifischen Lebensumständen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen angepasst sind. Dies gelingt am besten in einer von Kommunikation und Verständnis geprägten Partnerschaft aus Professionals und Adressaten. Wo immer möglich sind die Zielgruppen an der Konzeptualisierung der Projekte zu beteiligen. Während der Implementation auftretende Schwierigkeiten sind ebenfalls meist am besten gemeinsam mit den Adressaten zu bewältigen (GA 2007, GA 2005).

Evaluation

279. Grundsätzlich sollten alle größeren und besser finanzierten Projekte aber auch die Förderprogramme des Bundes in Gänze evaluiert werden. Die angewandten Methoden sollten dem Stand der Evaluationsforschung entsprechen und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten. Die Beteiligung von Hochschulinstituten scheint sich zu bewähren und sollte forciert werden, insbesondere dann, wenn hierdurch Interessenkonflikte vermieden werden können, die leicht entstehen können, wenn Projektträger selbst evaluieren. Es sollte kategorial konsequenter zwischen interner und externer Evaluation unterschieden werden. Anstrengungen, die dazu beitragen, durch Evaluationsergebnisse Lernprozesse zu unterstützen, sollten noch stärker gefördert und die BZgA als

Kompetenzzentrum für Evaluation und Qualitätssicherung weiter ausgebaut werden. Perspektivisch könnte diese Aufgabe auch bei dem neuen nationalen Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V angesiedelt werden.

3.4 Aufwachsen ohne Gewalt

280. Obwohl die vorwiegende Mehrheit der Eltern als Garant für eine gelingende Erziehung, das Wohlergehen des Kindes und dessen Schutz stehen, machen Kinder und Jugendliche auch im familiären Kontext schwerwiegende Gewalterfahrungen oder werden Opfer von Vernachlässigung. Dabei sind die Ursachen und Hintergründe außerordentlich vielschichtig. Durch komplexe familiäre Problemlagen können Kinder Opfer von Vernachlässigung werden, psychischer oder physischer Misshandlung ausgesetzt sein sowie Zeugen von Partnerschaftsgewalt werden.³⁷ Sexueller Missbrauch stellt eine weitere Form von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche dar. Bestürzende Einzelfälle zeigen zudem, dass Kinder auch innerhalb der Familie Opfer von Tötungsdelikten oder von zum Tod führender extremer Vernachlässigung werden können.

281. Vernachlässigung und elterliche Gewalt stellen stets eine Beeinträchtigung der Entwicklungsmöglichkeiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen dar. Unmittelbare Auswirkungen resultieren aus akuten Mangelzuständen oder Verletzungsfolgen, die zu einer dauerhaften Behinderung oder sogar zum Tod des Kindes führen können, sowie aus den direkten psychischen und psychosozialen Folgeproblemen von Gewalt, die z. B. Angst- und Bedrohungsgefühle, psychischen Stress, Leistungs- und Konzentrationsschwierigkeiten umfassen (Hornberg et al. 2008). Darüber hinaus sind in der Forschung körperliche, sozioemotionale, psychische und kognitive Beeinträchtigungen als langfristige Gesundheitsfolgen beschrieben (vgl. Kindler et al. 2006).

282. Kinder und Jugendliche können als Zeugen häuslicher Gewalt, in der Regel des Vaters gegenüber der Mutter, auch indirekt von Gewalt betroffen sein. Partnerschaftsgewalt und Gewalt in der Eltern-Kind-Beziehung sind zudem eng miteinander verknüpft, sodass Kinder dem Risiko misshandelt zu werden stärker in Familien ausgesetzt sind, in denen Partnerschaftsgewalt herrscht (Wetzels 1997; Pfeiffer et al. 1999; Kindler 2002; Kindler/Werner 2005). Die Auswirkungen von miterlebter Gewalt zwischen den Eltern sind weitreichend und gehen mit einem moderaten bis starken Effekt auf die Anzahl und Intensität von Verhaltensauffälligkeiten einher (Kindler 2002; vgl. Kitzmann et al. 2003; vgl. Wolfe et al. 2003), erhöhen die Wahrscheinlichkeit zur eigenen Ausübung von (Partnerschafts-)Gewalt (Wetzels 1997; Gil-Gonzalez et al. 2008; Pfeiffer/Baier 2006) und können vor allem bei Jungen den Hintergrund für Straffälligkeit bilden (vgl. Galm et al. 2007). Bei Frauen stellt die erlebte und beobachtete körperliche und sexuelle Gewalt in Kindheit

³⁷ Neben den Gewalterfahrungen innerhalb der Familie sind auch psychische und physische Gewalt unter Kindern und Jugendlichen im Kontext von Schule und Peer-Groups (Stichwort: *bullying*) von Bedeutung (Hornberg et al. 2008).

und Jugend zentrale Risikofaktoren für eine spätere Viktimisierung im Erwachsenenleben dar (vgl. BMFSFJ 2005).

283. Obwohl elterliche Gewalt in allen sozialen Schichten vorkommt, ist den familiären Lebensumständen (z. B. Familienstruktur, familiäre Stressbelastung und sozioökonomischer Status), der Arbeits- und Partnerschaftssituation sowie fehlender sozialer Unterstützung ein hoher Stellenwert zuzuschreiben (Kindler et al. 2006; s. auch Münder et al. 2000). Anhand von Schülerbefragungen zeigte sich, dass nichtdeutsche Jugendliche z. T. sehr viel häufiger Gewalt durch die eigenen Eltern erfahren als deutsche Jugendliche (Wetzels 2001; Pfeiffer/Baier 2006; Baier/Pfeiffer 2007).³⁸ Ebenso zeigte sich, dass mit steigender Häufigkeit und Schwere der erlebten innerfamiliären Gewalt die Fähigkeit, konstruktiv mit Konflikten umzugehen, sinkt und die Befürwortung von Gewalt als Mittel zur Durchsetzung eigener Interessen steigt (Pfeiffer/Baier 2006). Dies zeigt die nachhaltige Beeinträchtigung des späteren Lebens durch kindliche Gewalterfahrungen und betont somit die Wichtigkeit des Kinderschutzes auch für die gesamtgesellschaftliche Gewalt- und Kriminalitätsprävention und den Abbau von Gewalt im Geschlechterverhältnis (vgl. BMFSFJ 2005). Besonders hoch belastete Familien müssen daher früh erkannt und unterstützt werden, um die Wahrscheinlichkeit von Gewalterfahrungen und daraus folgenden Entwicklungsschäden bei den Kindern und Jugendlichen zu senken.

284. Im Folgenden werden zunächst die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Kinderschutzes in Deutschland dargestellt. Danach werden die unterschiedlichen Formen innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche beschrieben und deren Ursachen und Folgen skizziert. Es schließt sich eine kurze Beschreibung der zuständigen Institutionen und deren Instrumente an. Im Hauptteil werden übergreifende politische Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit und Förderung des Kindeswohls und spezifische Strategien für ein Aufwachsen ohne Gewalt dargestellt sowie Handlungs- und Forschungsfelder zur Weiterentwicklung und Ausbau des Kinderschutzes diskutiert.

3.4.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

285. Ausgangspunkt der Betrachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist die verfassungsrechtliche Verankerung der Aufgabenverteilung zwischen Eltern und Staat bei der Förderung und Sicherung des Kindeswohls, die die grundsätzliche Verantwortung der Eltern für Pflege und Erziehung ihrer Kinder festschreibt (Artikel 6 Absatz 2 Satz 1 GG). Versagen die Eltern jedoch, dann greift das staatliche Wächteramt nach Artikel 6 Absatz 2 Satz 2 GG ein. Die Gefährdung des Kindeswohls, als unbestimmter bzw. offener Rechtsbegriff, hat seine zentrale Verortung im § 1666 Absatz 1 BGB: „Wird das körperliche, geistige

oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet, und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind“. Die Jugendämter werden durch § 8a SGB VIII (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) verpflichtet, bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht infrage gestellt wird. Sofern das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung erzieherische Hilfen für geeignet und notwendig hält, so muss es diese den Eltern anbieten.³⁹ Bedarf es aber zur Abwehr einer Kindeswohlgefährdung eines Eingriffs in die elterliche Sorge, so ist dies nur mit familiengerichtlichen Maßnahmen möglich. Dies gilt auch, wenn die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken (§ 8a Absatz 3 Satz 1 SGB VIII). Unterhalb der Schwelle der Gefährdung des Kindeswohls bleibt jedoch der Einfluss der elterlichen Erziehung maßgeblich und es müssen letztlich auch solche Erziehungsvorstellungen akzeptiert werden, die von einer „pädagogisch wünschenswerten Förderung der Entwicklung von Kindern entfernt sind, solange diese nicht mit einer Gefährdung des Kindeswohls einhergehen“ (BJK 2007). Das Hilfe- und Unterstützungsprogramm des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG/SGB VIII) als staatliches Angebot zum Schutz von Kindern orientiert sich daher an dem Prinzip, so wenig wie möglich einzugreifen, um die Selbstbestimmung der Familie soweit wie möglich zu erhalten oder wiederherzustellen. Erzieherische Hilfen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII (z. B. durch Erziehungsberatung oder sozialpädagogische Familienhilfe)⁴⁰ sollen die Verfestigung von nicht kindeswohlförderlichen Erziehungsbedingungen aufhalten, indem Eltern in geeigneter Weise angeleitet und unterstützt werden, die Erziehungsaufgaben für ihre Kinder zu bewältigen. (Galm et al. 2007).⁴¹

286. Nach § 1631 Absatz 2 BGB haben Kinder ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. „Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen, psychische Beeinträchtigungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzuläs-

³⁸ Insgesamt ist der Forschungsstand zu diesem Thema jedoch nicht ausreichend und belastbare Aussagen sind nicht möglich (vgl. BMFSFJ 2006).

³⁹ Zu den möglichen individuellen Hilfen zur Erziehung gehören ambulante und (teil-)stationäre Hilfen wie zum Beispiel Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehung in einer Tagesgruppe, Vollzeitpflege und Heimerziehung sowie intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung.

⁴⁰ Die Grundlage für die Gewährung von entsprechenden pädagogischen Angeboten ist das Hilfeplanverfahren, in dem sowohl die Sorgeberechtigten, die Kinder oder Jugendlichen sowie das Jugendamt beteiligt werden müssen (§ 36 SGB VIII).

⁴¹ Es wird eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote von ambulanten und (teil-)stationären Erziehungshilfen durch öffentliche wie auch freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe erbracht, da vom Gesetzgeber eine Vielfalt von Trägern unterschiedlicher Wertorientierung sowie eine Pluralität von Inhalten, Methoden und Arbeitsformen erwünscht ist (Galm et al. 2007).

sig.⁴² Das „Gewaltächtungsgesetz“ dient der Sensibilisierung gegenüber der Gewalt gegen Kinder und schuf keine neuen Straftatbestände. Studien zu dessen Auswirkungen zeigen einen allgemeinen Wandel hin zu einer gewaltfreieren Erziehung, während der Gebrauch körperlicher Gewalt in gewaltbelasteten Familien jedoch auf relativ hohem Niveau stagniert (Bussmann 2005).

287. Durch das zum 1. Oktober 2005 in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz – KICK) wurden Änderungen des SGB VIII vorgenommen, die insbesondere den Schutzauftrag (z. B. Regelungen zur Anrufungsverpflichtung des Jugendamtes gegenüber dem Familiengericht, zur Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen sowie zum Umgang mit Gefährdungsmeldungen) der Kinder- und Jugendhilfe bei Gefährdungen des Kindeswohls betreffen. Ausgelöst wurde diese Weiterentwicklung durch Diskussionen über die so genannte(n) Garantstellung und -pflichten, d. h. der strafrechtlichen Verantwortung einzelner Fachkräfte bei fehlerhaften Kinderschutzverläufen (siehe auch Bringewat 2007). Im Vordergrund der Gesetzesänderung steht die Kooperation der Fachkräfte, insbesondere der freien Träger und des Jugendamtes, mit dem Ziel einheitlicher Qualitätsanforderungen zur Ausgestaltung des Schutzauftrages (Galm et al. 2007). Fallanalysen zu problematischen und fehlerhaften Kinderschutzverläufen haben in verschiedenen Ländern auf Schwachpunkte in bestehenden Kinderschutzsystemen hingewiesen, z. B. auf einen teilweise unzureichenden Informationsaustausch zwischen Fachkräften oder den verbreiteten Einsatz wenig aussagekräftiger Einschätzverfahren (Fegert et al. 2008). Ob den international am häufigsten identifizierten Fehlerquellen im deutschen Kinderschutzsystem ein vergleichbares Gewicht zukommt, könnte nur im Rahmen der Etablierung eines deutschen Systems zur Analyse von problematischen und fehlerhaften Kinderschutzverläufen analysiert werden (Fegert et al. 2008).⁴³

288. Am 12. Juli 2008 ist das „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ in Kraft getreten. Damit sollen Familiengerichte künftig zum Schutz vernachlässigter oder misshandelter Kinder frühzeitiger eingreifen können, wenn die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind, die Gefahr selbst abzuwenden. Die Feststellung eines „elterlichen Erziehungsversagens“ wird für Maßnahmen nach § 1666 BGB nicht mehr vorausgesetzt. Verfahren, die den Auf-

enthalt des Kindes, das Umgangsrecht oder die Herausgabe des Kindes betreffen, sowie Verfahren wegen Gefährdung des Kindeswohls, hat das Familiengericht vorrangig und beschleunigt durchzuführen. Das Gesetz führte als neuen Bestandteil des familiengerichtlichen Kinderschutzverfahrens die „Erörterung der Kindeswohlgefährdung“ ein. Danach soll das Familiengericht mit den Eltern, dem Jugendamt und ggf. auch mit dem Kind mündlich erörtern, wie die Gefährdung abgewendet werden kann. Sieht das Familiengericht von Maßnahmen ab, soll es seine Entscheidung in angemessenem Zeitabstand, in der Regel nach drei Monaten, überprüfen.⁴⁴

289. Neben dem staatlichen Schutzauftrag ist die gesetzliche Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenen Säule im Gesundheitswesen als strukturelle Voraussetzung einer Verbesserung der Kindergesundheits und Förderung des Kindeswohls unabdingbar, auch um Kinder präventiv gegen Vernachlässigung, familiäre Gewalt und sexuellen Missbrauch zu schützen.

3.4.2 Formen und Ausmaß der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

290. Neben dem erläuterten Rechtsbegriff wird die Kindeswohlgefährdung von verschiedenen Fachdisziplinen inhaltlich unterschiedlich belegt. Es findet sich meist die Einteilung in psychische und physische Vernachlässigung, psychische und physische Misshandlung und sexuellen Missbrauch. In Deutschland fehlen für alle Formen der Kindeswohlgefährdung repräsentative Daten, obwohl diese im Hinblick auf die Prävention und Hilfeplanung dringend notwendig wären (vgl. Galm et al. 2007). Vorhandene Schätzungen zur Anzahl der von Kindeswohlgefährdung betroffenen Kinder unterscheiden sich nicht nur im Ergebnis erheblich, sondern sind methodisch entweder nicht nachvollziehbar oder beruhen auf einer unzureichenden Datenbasis (Pothmann 2006; vgl. Kindler 2007). Die derzeitige Befundlage einzelner nicht-repräsentativer Studien bezüglich der Häufigkeit der „isolierten“ Misshandlungsformen variiert insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Erhebungs- und Klassifikationsmethoden sehr stark, und es muss zudem davon ausgegangen werden, dass das gleichzeitige Auftreten verschiedener Formen sehr viel häufiger ist als das Erleiden einer einzigen Misshandlungsform (Deegener 2005). Belastbare empirische Aussagen über das Ausmaß der Kindesvernachlässigungen sowie der psychischen Kindesmisshandlungen können im Vergleich zu Angaben über die Häufigkeit von physischen Kindesmisshandlungen bislang nicht getroffen werden (Galm et al. 2007). Aufschluss über die Anzahl polizeilich erfasster Fälle von Kindeswohlgefährdung gibt die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) (so

⁴² Auch in der UN-Konvention über die Rechte des Kindes, zu deren Sicherstellung sich die Bundesrepublik Deutschland durch die Ratifizierung im April 1992 völkerrechtlich verpflichtet hat, legt Artikel 19 fest, dass „das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenzufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen“ ist.

⁴³ In vielen Ländern wurden Regelungen und Verfahren geschaffen, die breiter angelegte multidisziplinäre Untersuchungen der Abläufe und Ereignisse, die sich im Vorfeld von späteren schwerwiegenden Misserfolgen im Kinderschutz ereignet haben, sicherstellen sollen (Fegert et al. 2008).

⁴⁴ Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz) (Bundestagsdrucksache 16/12429) verfolgt das Ziel, den Kinderschutz u. a. durch die Schaffung einer bundeseinheitlichen Befugnisnorm für die Weitergabe von Informationen für Berufsheimnisträger, die konkretere Ausgestaltung der Anforderungen an die Gefährdungseinschätzung durch das Jugendamt und der Übermittlung von Informationen beim Wohnortwechsel zu verbessern.

genannte „Hellfeldstatistik“). Veränderungen der PKS im zeitlichen Verlauf bilden jedoch nicht notwendigerweise faktische Veränderungen im Kriminalitätsaufkommen ab, da sie auch das Ergebnis einer Sensibilisierung der Bevölkerung und einem damit einhergehenden veränderten Anzeigeverhalten oder einer Intensivierung der polizeilichen Ermittlungstätigkeit sein können (vgl. Höynck/Görgen 2006).

291. Auch zur Anzahl der in der Kinder- und Jugendhilfe bekannt gewordenen Fälle von Kindeswohlgefährdung liegen keine tragfähigen Informationen vor, da sich die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik auf Maßnahmen und nicht auf einzelne Fälle konzentriert. Weiterhin gibt es weder tragfähige Daten zur Häufigkeit erneuter oder fortwährender Gefährdungsereignisse, zu den Entwicklungsverläufen betroffener Kinder und Jugendlicher, noch zum Erfolg von Hilfe- und Schutzmaßnahmen oder zu den Wirkungen ambulanter oder (teil-)stationärer Hilfen zur Erziehung. Auch fehlen tragfähige Informationen über das Ausmaß unbeabsichtigt negativer Folgen der Interventionen des Kinderschutzesystems, zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und zur Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes. (Kindler 2007)⁴⁵

Vernachlässigung

292. Der Begriff der Vernachlässigung bezeichnet ein Spektrum relevanter Unterlassungen bestimmter Handlungen und wird definiert als „andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“ (Schone 1997; vgl. Kindler et al. 2006). Vernachlässigung lässt sich weiterhin in körperliche, medizinische, intellektuelle und sozial-emotionale Vernachlässigung unterteilen (Clausen/Crittenden 1991). Dabei lassen sich weder die unterschiedlichen Formen der Vernachlässigung eindeutig voneinander trennen, noch können sie von anderen Gefährdungsrisiken des Kindeswohls (z. B. physischer oder psychischer Misshandlung) abgegrenzt werden (Kindler et al. 2006).

293. Die derzeitige Befundlage, die sich ausschließlich auf Schätzungen und wenige nicht-repräsentative Daten stützt (Münder et al. 2000; Deegener 2005), legt die Vermutung nahe, dass Kindesvernachlässigung die mit Abstand häufigste Gefährdungsursache darstellt (Galm et al. 2007).⁴⁶ Die Schätzungen des „Dunkelfeldes“ bewegen sich in der Spannweite zwischen 250 000 und 500 000 Kindern und einer Prävalenz von 5 bis 10 % (Deegener 2006). Der Deutsche Kinderschutzbund bezifferte im Jahr 2002 die Zahl der von erheblicher Vernachlässigung be-

troffenen Kinder auf mindestens 50 000 (vgl. Hornberg et al. 2008). Ob die Kindesvernachlässigung im Hinblick auf Häufigkeit und Schweregrad ansteigt, ist unbekannt.

Psychische und physische Misshandlung

294. Unter physischer Kindesmisshandlung können alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt (z. B. Schläge, Stöße, Schütteln, Stiche und Verbrennungen) zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen (Kindler et al. 2006; vgl. Galm et al. 2007).

295. Kindesmisshandlung steht nach dem Strafgesetzbuch unter Strafe (z. B. § 225 Misshandlung von Schutzbefohlenen; §§ 221 bis § 229 Tötung und Körperverletzung) und wird daher, sofern sie gemeldet wird, in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst. Bei der Zahl der erfassten Straftaten nach § 225 StGB ist ein stetiger Anstieg zu vermerken. Während im Jahr 2000 noch 2 130 Fälle von Kindesmisshandlung erfasst wurden, stieg die Zahl im Jahr 2004 auf 2 916 Fälle. Für das Jahr 2007 weist die PKS 3 373 Fälle von Kindesmisshandlung auf (BKA 2008). Ungefähr die Hälfte der Opfer ist unter 6 Jahre alt und nahezu alle Tatverdächtigen stehen zum Opfer in einem Verwandtschafts- oder Bekanntschaftsverhältnis (BKA 2008). Da es sich meistens um innerfamiliäre Gewalt handelt und somit eine bedeutende Dunkelziffer anzunehmen ist, liegt die tatsächliche Zahl der Fälle von Kindesmisshandlung wahrscheinlich deutlich höher. Die Frage, wie häufig Kindesmisshandlungen gemeldet werden, hängt dabei entscheidend von dem verantwortungsvollen und fundierten Handeln der Ärzte und ihrer fachlichen und persönlichen Qualifikation ab (vgl. Jacobi 2008).

296. Auch zum Ausmaß körperlicher Misshandlung fehlen umfassende repräsentative Daten. Zudem hängt die Häufigkeit auch von der Definition ab. In einer Schülerbefragung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen berichteten lediglich 43,3 % der Befragten, ohne elterliche Gewalt aufgewachsen zu sein. 29,7 % haben leichte elterliche Züchtigung erlebt und 17,1 % wurden schwer gezüchtigt, weitere 9,8 % wurden misshandelt, d. h. mehr als ein Viertel der Jugendlichen ist durch häufigere oder massive Formen elterlicher Gewalt in der Kindheit betroffen gewesen (Pfeiffer et al. 1999). Eine weitere Studie zeigte, dass mehr Jungen als Mädchen elterlicher körperlicher Gewalt ausgesetzt waren und dass auch die Frequenz erlebter Gewalt bei Jungen höher war (Wetzels 1997). So gaben 78 % der männlichen und 72 % der weiblichen Befragten an, elterliche körperliche Gewalt erlebt zu haben, 43 % der männlichen gegenüber 35 % der weiblichen Befragten hatten diese zudem häufiger als selten erlebt. Keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede gab es in Bezug auf die Schwere der Gewalt (Wetzels 1997). Weitere Studien sprechen dafür, dass die Mehrheit der Eltern zumindest minderschwere Formen physischer Erziehungsgewalt,

⁴⁵ Für beispielhafte Forschungsstrategien und empirische Befunde, die in anderen Ländern zur Beschreibung von Aspekten der Ergebnisqualität des jeweiligen Kinderschutzesystems entwickelt wurden, siehe Kindler 2007.

⁴⁶ Eine empirische Studie (n = 318) zeigte, dass Fachkräfte der Jugendämter bei der Anrufung des Gerichts in fast zwei Drittel (65,1 %) aller Fälle Kindesvernachlässigung als Gefährdungsmerkmal nannten. In jedem zweiten Fall (50 %) wurde sie als zentrale Gefährdungskategorie angesehen (Münder et al. 2000).

etwa leichte Ohrfeigen oder einen Klaps, anwendet (Deegener 2005). Unter Einbezug seltener und leichterer körperlicher Gewalt wird davon ausgegangen, dass 70 bis 80 % aller Kinder physische Gewalt in der Erziehung erfahren (Pfeiffer/Wetzels 1997; vgl. Galm et al. 2007). Eine Zusammenfassung von Studienergebnissen zeigt, dass 10 bis 15 % der Eltern schwerwiegendere und häufigere körperliche Bestrafungen anwenden (Engfer 2005). Von körperlicher Gewalt in der Kindheit und Jugend sind nach bundesdeutschen Studien männliche Kinder und Jugendliche häufiger betroffen als Mädchen (BMFSFJ 2005). Im Rahmen des aktuellen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wurden Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren repräsentativ zu Gewalterfahrungen befragt (Schlack/Hölling 2007) (vgl. Abschnitt 3.2.1.3). Die Unterscheidung zwischen familiärer Gewalt und anderen Gewaltformen ist mit den KiGGS-Daten jedoch nicht möglich.

297. Psychische Misshandlung liegt vor, wenn sorgeverantwortliche Personen ein Kind andauernd oder wiederholt

- terrorisieren (z. B. mit Drohungen, Einschüchterungen etc.),
- ablehnen (z. B. durch ständige Kritik, Erniedrigungen etc.),
- isolieren (einsperren, vielfache Kontaktverbote etc.),
- vorsätzlich inkonsistent und widersprüchlich erziehen,
- korrumpieren (antisoziales Verhalten fördern etc.)

und somit eine gesunde psychische und/oder physische Entwicklung des Kindes gefährden (Garbarino et al. 1986; Amelang/Krüger 1995; vgl. Galm et al. 2007). Aussagen zum Ausmaß der psychischen Misshandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland können bislang nicht getroffen werden (Deegener 2005).

Partnerschaftsgewalt innerhalb der Familie

Kinder und Jugendliche können als Zeugen häuslicher Gewalt, in der Regel des Vaters gegenüber der Mutter, auch indirekt von Gewalt betroffen sein. Partnerschaftsgewalt und Gewalt in der Eltern-Kind-Beziehung sind zudem eng miteinander verknüpft, sodass Kinder dem Risiko, misshandelt zu werden, stärker in Familien ausgesetzt sind, in denen Partnerschaftsgewalt herrscht (Wetzels 1997; Pfeiffer et al. 1999; Kindler 2002; Kindler/Werner 2005). Die Auswirkungen von miterlebter Gewalt zwischen den Eltern sind weitreichend und gehen mit einem moderaten bis starken Effekt auf die Anzahl und Intensität von Verhaltensauffälligkeiten einher (Kindler 2002; vgl. Kitzmann et al. 2003; vgl. Wolfe et al. 2003), erhöhen die Wahrscheinlichkeit zur eigenen Ausübung von (Partnerschafts-)Gewalt (Wetzels 1997; Gil-Gonzalez et al. 2008; Pfeiffer/Baier 2006) und können vor allem bei Jungen den Hintergrund für Straffälligkeit bilden (vgl. Galm et al. 2007). Bei Frauen stellt die erlebte und beobachtete körperliche und sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend zentrale Risikofaktoren für eine spätere Viktimisierung im Erwachsenenleben dar (vgl. BMFSFJ 2005).

Sexueller Missbrauch

298. Sexuelle Gewalt oder sexueller Missbrauch wird sehr unterschiedlich definiert. Beispielsweise lassen sich „enge“ und „weite“ Definitionen von sexuellem Missbrauch unterscheiden. Enge Definitionen beziehen ausschließlich Handlungen mit direktem und eindeutig als sexuell identifizierbarem Körperkontakt zwischen Opfer und Tätern ein und weite Definitionen umfassen zudem sexuelle Handlungen mit indirektem Körperkontakt und ohne Körperkontakt wie z. B. Exhibitionismus (vgl. Galm et al. 2007; vgl. Kindler et al. 2006).⁴⁷ Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen steht nach dem Strafgesetzbuch unter Strafe (§ 174 Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen, § 176 Sexueller Missbrauch von Kindern und § 182 Sexueller Missbrauch von Jugendlichen) und wird daher, sofern er gemeldet wird, in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst. Alle sexuellen Handlungen sind strafbar, die an oder vor einem Kind oder Jugendlichen vorgenommen werden und von „einiger Erheblichkeit“ sind. Im Gegensatz zu Vergewaltigung und sexueller Nötigung erwachsener Personen ist die Einwilligung bzw. Gegenwehr bei Kindern und Jugendlichen unerheblich. Dem deutschen Strafrecht liegt damit eine weite Definition sexuellen Missbrauchs zugrunde, die auch Handlungen ohne Körperkontakt (z. B. exhibitionistische Handlungen vor Kindern) umfasst (Kindler et al. 2006).

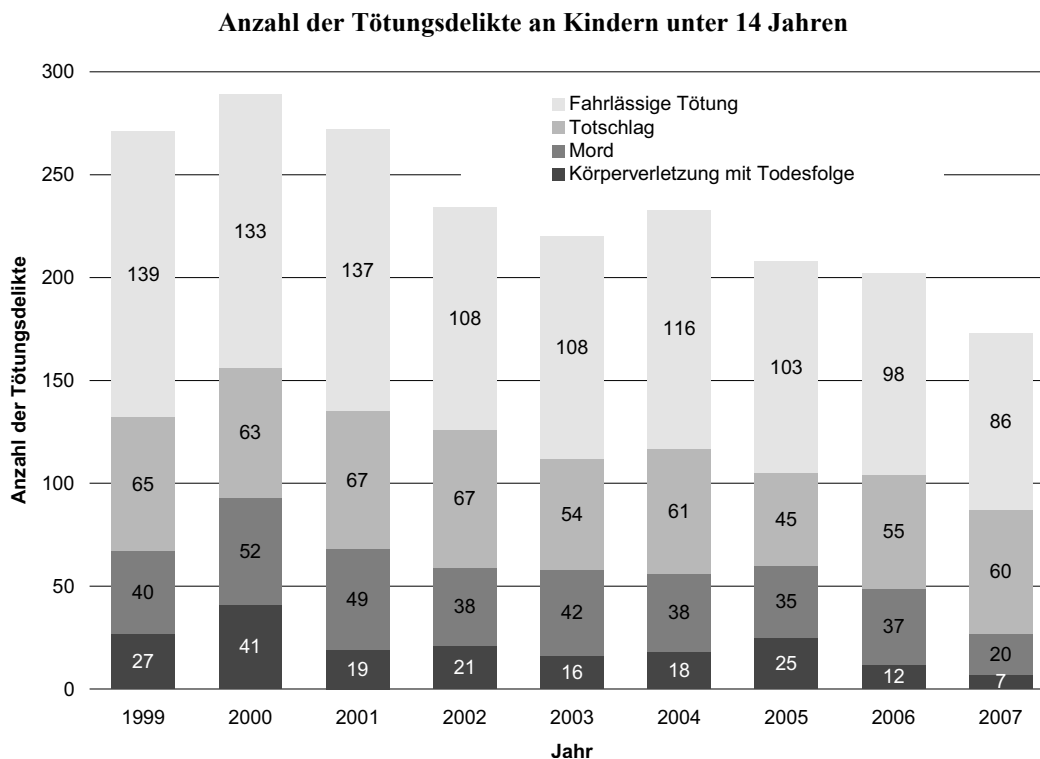
299. Für den sexuellen Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176a, 176b StGB) sind langfristig Rückgänge zu konstatieren. Im Jahr 2006 erreichte die Zahl dieser Straftaten mit 12 765 Fällen den niedrigsten Wert seit 1993 (Rückgang um 8,6 %) (BKA 2008). Im Jahr 2007 gab es einen geringen Anstieg von 0,1 % gegenüber 2006 auf 12 772 Fälle. Jedoch ist in diesem Deliktbereich von einer sehr hohen Dunkelziffer auszugehen. Bis heute liegen für Deutschland nur wenige und zumeist nicht-repräsentative Studien zum Ausmaß von sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen vor (vgl. Galm et al. 2007). Ein Vergleich nationaler und internationaler Erhebungen weist aus, dass jedes vierte bis fünfte Mädchen und jeder zwölfte Junge in Deutschland von sexueller Gewalt betroffen ist (Bange/Deegener 1996). Weitere Forschungsergebnisse belegen, dass sexuell missbrauchte Mädchen und Jungen zu einem hohen Anteil auch von körperlicher Gewalt betroffen sind (Wetzels 1997).

Misshandlung und Vernachlässigung mit Todesfolge

300. Zum Ausmaß der Tötungsdelikte von Kindern kann für Deutschland zunächst nur auf die Daten der jährlich erscheinenden PKS des Bundeskriminalamtes zurückgegriffen werden. Sie weist in den Jahren 1999 bis 2007 für die Altersgruppe der unter 14-jährigen Opfer zwischen 174 und 293 vollendete vorsätzliche Tötungsdelikte sowie zwischen 0 und 5 Fällen von Vergewalti-

⁴⁷ Der Sonderstellung des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen, die u. a. durch die Heterogenität der Umstände des Gewaltgeschehens, der Erklärungsansätze und der Folgen beruht, kann in diesem Kontext nur bedingt Rechnung getragen werden.

Abbildung 19



Quelle: BKA 2007

gung mit Todesfolge und sexuellem Missbrauch mit Todesfolge pro Jahr auf (BKA 2007). Abbildung 19 zeigt einen stetigen Rückgang von Kindstötungen im Zeitraum 1999 bis 2007 für die Altergruppe der unter 14-Jährigen. Die Daten der PKS erlauben nicht die Identifikation des genauen Alters der Opfer oder der Art der Täter-Opfer-Beziehung (vgl. Höyneck/Görgen 2006).

Unbestritten ist, dass die Aussagekraft der Todesursachenstatistik steht und fällt mit der Qualität der Angaben der Ärzte (und somit mit der Qualität ihrer Ausbildung), die zunächst entscheiden müssen, ob es sich um einen natürlichen oder einen nicht-natürlichen Tod handelt. Nur bei einem nicht-natürlichen Tod werden polizeiliche bzw. staatsanwaltschaftliche Ermittlungen eingeleitet und eine Obduktion durchgeführt. Einschränkend muss demnach davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer der Kindstötungen höher liegt (Fuchs-Rechlin 2007). Das Wissen über Prädiktoren und Risikofaktoren von Tötungsdelikten an Kindern ist rudimentär. Lediglich im Hinblick auf den eng umrissenen Bereich der Neugeborenen-tötungen durch die Mutter ergibt sich ein relativ kohärentes Bild.⁴⁸

⁴⁸ Taten dieser Art werden vor allem von jungen unverheirateten Frauen in prekärer ökonomischer Lage und ohne Mutterschaftsvorsorge begangen; zum Ausmaß, zur Phänomenologie und Genese von Tötungsdelikten an Kindern siehe ebenso Höyneck/Görgen 2006.

3.4.3 Risikolagen und Bedingungen von Gewalt

301. Die Ursachen für Kindesmisshandlung sind vielfältig und es werden in der Literatur zahlreiche Faktoren diskutiert, die die Wahrscheinlichkeit von Kindesmisshandlung erhöhen. Risikofaktoren können sich auf die Eltern, das Familiensystem, Merkmale besonders gefährdeter Kinder oder situative Umstände beziehen (Kindler et al. 2006).⁴⁹ Dabei stellen einzelne Faktoren für sich genommen noch kein erhöhtes Gefährdungsrisiko dar, vielmehr sind ihre Häufung und das Zusammenspiel ausschlaggebend. Zu den Risikofaktoren speziell für körperliche Misshandlung zählen Partnerschaftsgewalt, frühere Misshandlungen des Kindes, die Bejahung von harschen Strafen und die Ablehnung des Kindes (Kindler et al. 2006). Weitere Risiken für Gewalt gegen Kinder liegen in eigenen Vernachlässigungs- bzw. Misshandlungserfahrungen eines Elternteiles, hoher Impulsivität, ausgeprägten Gefühlen von Belastung und in einer verzerrten Wahrnehmung kindbezogener Defizite (z. B. unrealistische Erwartungen an das Kind bezüglich seiner Eigenständigkeit und seines Verhaltens) sowie unerwünschter

⁴⁹ Eine aktuelle Zusammenstellung des Wissensstandes findet sich etwa in dem vom DJI im Auftrag des BMFSFJ erstellten Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst“ (Kindler 2006).

Schwangerschaft (Galm et al. 2007). Weiterhin gelten depressive Störungen und Suchterkrankungen der Eltern als Risikofaktoren (Kindler et al. 2006). Merkmale der familiären Lebenslage wie Armut, Alleinerziehendenstatus, kinderreiche Familie oder jugendliche Elternschaft sind für sich genommen schwache Risikofaktoren, die jedoch im Zusammenspiel und insbesondere in ihrer kumulierenden Wirkung mit stärkeren Risikofaktoren von Bedeutung sind (vgl. Galm et al. 2007). Bezüglich sexuellen Missbrauchs lassen sich kaum gesonderte Risikofaktoren benennen (vgl. Galm et al. 2007).

302. Die Expertise „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ (Fegert et al. 2008) kommt bei der Analyse von 34 Fällen von Kindstötungen, die sich unmittelbar nach der Geburt ereigneten, zu dem Ergebnis, dass in vielen Fällen die Frauen die Schwangerschaften vor ihrer Umwelt verheimlicht haben und das Kind allein und heimlich in der häuslichen Umgebung zur Welt brachten. Um eine Entdeckung zu verhindern, wurde das Kind z. B. durch Zuhalten der Atemwege, durch Erdrosselung oder durch das Ablegen in einer Plastiktüte getötet. In anderen Fällen wurde das Kind nicht versorgt und starb an Unterkühlung oder Nahrungsmangel.

3.4.4 Folgen von familiärer Gewalt und Vernachlässigung

303. Vernachlässigung und elterliche Gewalt stellen stets eine Beeinträchtigung der Entwicklungsmöglichkeiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen dar. Unmittelbare Auswirkungen resultieren zunächst aus akuten Mangelzuständen oder Verletzungsfolgen, die zu einer dauerhaften Behinderung oder sogar zum Tod des Kindes führen können, sowie aus den direkten psychischen und psychosozialen Folgeproblemen von Gewalt, wie z. B. Angst- und Bedrohungsgefühle, psychischer Stress, Leistungs- und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Hornberg et al. 2008). Darüber hinaus sind in der Forschung körperliche, sozioemotionale, psychische und kognitive Beeinträchtigungen als mittel- und langfristige Gesundheitsfolgen beschrieben.⁵⁰ Das Ausmaß der Folgen hängt von der Dauer und Schwere der Misshandlung, der Überlappung verschiedener Gefährdungsformen und dem Entwicklungsstadium des Kindes oder Jugendlichen ab und wird im Wesentlichen durch das Zusammenspiel der individuellen Belastungen und Ressourcen bestimmt (vgl. Moggi 2005; vgl. Galm et al. 2007).⁵¹

304. Die Auswirkungen von miterlebter Gewalt zwischen den Eltern sind weitreichend und gehen mit einem moderaten bis starken Effekt auf die Anzahl und Intensität von Verhaltensauffälligkeiten einher (Kindler 2002;

vgl. Kitzmann et al. 2003; vgl. Wolfe et al. 2003), erhöhen die Wahrscheinlichkeit zur eigenen Ausübung von (Partnerschafts-) Gewalt (Wetzels 1997; Gil-Gonzalez et al. 2008; Pfeiffer/Baier 2006) und können vor allem bei Jungen den Hintergrund für Straffälligkeit bilden (vgl. Galm et al. 2007). Bei Frauen stellt die erlebte und beobachtete körperliche und sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend zentrale Risikofaktoren für eine spätere Viktimisierung im Erwachsenenleben dar (vgl. BMFSFJ 2005).

3.4.5 Umfang der Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

305. Es gibt in Deutschland keine Aussagen dazu, wie viele Fälle insgesamt vom zuständigen „Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD)“⁵² der Jugendämter bearbeitet und bei wie vielen Vernachlässigungs- und Misshandlungsfällen Gegenmaßnahmen ergriffen wurden. In beschränktem Umfang lässt sich allerdings abschätzen, in wie vielen Fällen aus Sicht des Jugendamtes eine dringende Gefahr für das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen bestand (Kindler 2007). Die so genannten Inobhutnahmen sind das Instrument der Kinder- und Jugendhilfe, um in akuten Krisensituationen, und im Extremfall auch gegen den Willen der Eltern, das Kind oder den Jugendlichen zumindest vorübergehend aus der Familie zu nehmen. Allerdings können auch andere Umstände, vor allem die entsprechende Bitte eines Kindes bzw. Jugendlichen, in eine Inobhutnahme münden (Kindler 2007).⁵³ Nachdem zwischen 1997 und 2001 im Durchschnitt ca. 31 000 Inobhutnahmen verzeichnet wurden, haben sich die Fallzahlen zwischenzeitlich (2005) auf etwas mehr als 25 400 Maßnahmen reduziert (-19 %). Seither ist jedoch ein Anstieg der Inobhutnahmen zu verzeichnen. Im Jahr 2007 wurden in Deutschland 28 200 Kinder und Jugendliche von Jugendämtern in Obhut genommen. Dies waren rund 2 200 Fälle (+ 8,4 %) mehr als 2006 (Statistisches Bundesamt 2008c). Der häufigste Grund für die Inobhutnahme war mit 44 % der Fälle die Überforderung der Eltern. Bei 6 500 der Kinder und Jugendlichen (23 %) waren Vernachlässigung beziehungsweise Anzeichen für Misshandlung oder für sexuellen Missbrauch festgestellt worden (Statistisches Bundesamt 2008c).

306. Weiterhin kann die Anzahl der von Jugendämtern initiierten familiengerichtlichen Verfahren zur Information herangezogen werden, in denen aus Sicht des Jugendamtes eine Kindeswohlgefährdung bei einem oder mehreren Kindern vorlag sowie bei den Sorgeberechtigten keine ausreichende Bereitschaft oder Fähigkeit zur Abwehr der Gefährdung vorhanden war bzw. geweckt werden konnte (Kindler 2007). Die Jugendämter haben im Jahr 2007 knapp 10 800 Anzeigen zum vollständigen

⁵⁰ Für eine Übersicht zum Forschungsstand der Folgen von Kindeswohlgefährdung siehe Kindler 2006.

⁵¹ Die Resilienzforschung zeigt, dass verschiedene personale und soziale Ressourcen (z. B. Problemlösefertigkeiten, hohe Sozialkompetenz oder ein unterstützendes soziales Netzwerk) in ihrem Zusammenwirken die psychische Widerstandsfähigkeit des Kindes gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken, etwa Vernachlässigung bzw. Misshandlung, steigern können (Galm et al. 2007).

⁵² Der „Allgemeine Soziale Dienst“ ist die Bezeichnung für einen umfassenden und ämterübergreifenden sozialen Dienst. Er nimmt Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialhilfe und der Gesundheitshilfe wahr.

⁵³ Zudem werden mehrfache Inobhutnahmen derselben minderjährigen Person auch mehrfach gezählt, sodass diese Kennzahl im Hinblick auf die Anzahl bekannt werdender Gefährdungsfälle nicht aussagekräftig ist (Kindler 2007).

oder teilweisen Entzug der elterlichen Sorge an die Gerichte gestellt. Dies bedeutet eine Steigerung um 12,5 % oder 1 200 Fälle gegenüber 2006 (Statistisches Bundesamt 2008c). Da nicht bekannt ist, in welchen dieser Gefährdungsfälle es zu einem durch das Jugendamt initiierten familiengerichtlichen Verfahren kommt, kann aus dieser Zahl aber kein Rückschluss auf die Gesamtzahl der bekannt werdenden Gefährdungsfälle gezogen werden. Jedoch ist zu vermuten, dass die Mehrzahl aller Gefährdungsfälle unterhalb der Anrufungsschwelle gehandhabt werden kann (Kindler 2007).

307. Differenzierte Angaben zu den Fallzahlen liegen für die Hilfen zur Erziehung vor (Rauschenbach 2006). Das Spektrum der erzieherischen Hilfen ist weit gefächert und umfasst einerseits Hilfen, die einen Verbleib der Kinder und Jugendlichen in der Familie ermöglichen („ambulante Hilfen“), und andererseits Hilfen außerhalb des Elternhauses (überwiegend „stationäre Hilfen“) (Statistisches Bundesamt 2008b). Im Jahr 2006 erhielten insgesamt 651 361 Kinder und Jugendliche in Deutschland eine erzieherische Hilfe nach dem SGB VIII (beendete und am Jahresende bestehende Hilfen) (Statistisches Bundesamt 2008c). Gegenüber 2001 ist dies eine Steigerung um 11 %. Im Vergleich zum Jahr 1991 beläuft sich die Zunahme auf 79 %. Bezogen auf jeweils 10 000 Personen der Bevölkerung dieser Altersgruppe (unter 27 Jahren) stieg zwischen 1991 und 2006 die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die eine erzieherische Hilfe erhielten, von 138 auf 281, d. h. 2,8 % aller jungen Menschen erhielten Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (1991 waren es noch 1,3 %, 2001 bereits 2,4 %) (Statistisches Bundesamt 2008b).⁵⁴ Als Gründe für den deutlichen Anstieg der erzieherischen Hilfen wird eine Vielzahl von Faktoren angeführt. Neben sich rasch vollziehenden gesellschaftlichen Veränderungsprozessen, die sich destabilisierend auf Familien auswirken können, ist es möglich, dass erzieherische Hilfen, insbesondere im ambulanten Bereich, häufig nicht mehr als Eingriff, sondern als Unterstützung empfunden und daher vermehrt nachgefragt werden (Statistisches Bundesamt 2008b).

308. Beim Angebot, aber insbesondere auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind erhebliche regionale Unterschiede festzustellen. Neben dem Angebots- und Leistungsspektrum in einer Kommune, den finanz- und jugendhilfepolitischen Rahmenbedingungen, der demografischen Entwicklung oder auch der Arbeitsweise der Sozialen Dienste sind nicht zuletzt die unterschiedlichen sozialstrukturellen Bedingungen und die Belastungen aus nachteiligen sozioökonomischen Lebenslagen für diese regionalen Disparitäten verantwortlich (vgl. Bürger et al. 1994; vgl. DJI 2009).

309. Die Auswertungen und Analysen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen einen Anstieg der Hilfen zur Erziehung sowie Inobhutnahmen und Sorgerechtsentzüge, der jedoch nicht zwingenderweise durch vermehrte Gefährdungsergebnisse zu erklären ist. So können auch eine verstärkte Sensibilität des sozialen Umfelds

und der Sozialen Dienste gegenüber Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern und Jugendlichen sowie die mögliche Verunsicherung der Fachkräfte, nicht oder zu spät zu intervenieren, Einfluss haben. Der Anstieg der Hilfen zur Erziehung kann zudem als Zeichen größerer Akzeptanz des Hilfe- und Unterstützungsangebotes durch die Familien gewertet werden.

3.4.6 Lernen aus problematischen und fehlerhaften Kinderschutzverläufen

310. Die Qualität des Kinderschutzsystems in Deutschland ist angesichts vorliegender Analysen nach tödlich verlaufenen, fehlerhaften Kinderschutzfällen kritisch diskutiert worden.⁵⁵ Die vom Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) beauftragte Expertise „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ hat folgende Hauptfehlerquellen identifiziert (Fegert et al. 2008):

- Das „Mehr-Augen-Prinzip“ wird nicht genutzt und somit auch nicht die Chance zur Korrektur von Fehleinschätzungen.
- Fachkräfte verlassen sich auf Aktenlage und verschaffen sich keinen persönlichen Eindruck von dem betroffenen Kind und seiner Familiensituation. Das Ausmaß der Gefahr wird somit nicht vollständig erfasst.
- Fachkräfte verlassen sich auf Berichte aus zweiter Hand und eigene Recherchen bleiben aus.
- Fallübergaben scheitern an mangelnder Dokumentation.
- Ärzte fühlen sich zum Teil zu unrecht zum Schweigen verpflichtet, sodass wichtige Informationen nicht mitgeteilt werden und Handlungen ausbleiben.⁵⁶

⁵⁵ Die Fallbearbeitung bei Kindeswohlgefährdung im Aufgabenspektrum des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) lässt sich idealtypisch in sechs Phasen unterscheiden. Für eine detaillierte Erörterung der Phasen der Fallbearbeitung siehe „Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“ (Kindler 2006).

⁵⁶ Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz) (Bundestagsdrucksache 16/12429) sieht u. a. in Artikel 1 § 2 (Beratung und Weitergabe von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung) eine Befugnisnorm vor, die besagt, dass Personen, die einer Schweige- oder Geheimhaltungspflicht im Sinne des § 203 des StGB unterliegen, bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung zunächst prüfen müssen, ob ihre eigenen fachlichen Mittel zur Gefährdungsabschätzung und zur Abwendung der Gefährdung ausreichen. Sofern dies nicht der Fall ist, sollen sie mit den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und soweit erforderlich bei ihnen auf die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen hinwirken. Ist ein Tätigwerden erforderlich, um eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen oder eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, und sind die Personensorgeberechtigten nicht bereit oder in der Lage, hieran mitzuwirken, sind die genannten Personen befugt, dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung mitzuteilen. Dies führt zu einer Herabsetzung der Schwelle des § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand), indem eine Gefährdung nicht angenommen sein muss, sondern es ausreicht, dass eine Gefährdungseinschätzung für dringend erforderlich gehalten wird. Weitergehende Vorschriften, die dem Kinderschutz dienen, sollen unberührt bleiben. So beinhalten beispielsweise die Landesgesetze in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern eine unverzügliche Meldepflicht bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte.

⁵⁴ Für eine Übersicht der veränderten Inanspruchnahme von erzieherischen Hilfen von 1991 bis 2006 siehe Statistisches Bundesamt 2008b.

- Verantwortlichkeiten sind nicht klar geregelt.
- Vorgeschichte der Eltern wird nicht abgefragt (z. B. Vorstrafen, Sucht, Depressionen, Traumata) und wesentliche Risiken bleiben somit unberücksichtigt (vgl. BMFSFJ 2008c).

Aus der Expertise kann geschlossen werden, dass es sich in vielen Fällen weniger um die Identifizierung von gefährdeten Kindern und Jugendlichen als vielmehr um Handlungsunsicherheiten, -versäumnisse oder -verzögerungen der betroffenen Akteure im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems handelt. Bei der systematischen Untersuchung und Diskussion problematischer oder fehlerhafter Kinderschutzverläufe muss jedoch die Frage nach den institutionellen Bedingungen sowie personellen und finanziellen Ressourcen im Mittelpunkt stehen (BJK 2007). Die Organisationsstrukturen (z. B. Umgang mit knappen Finanzmitteln, Qualitätsentwicklung und Fehlermanagement) und die Organisationskultur werden bei den Erörterungen für eine verbesserte Wahrnehmung des Schutzauftrages Kinderschutz durch die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bisher jedoch kaum erörtert (BJK 2007). Für die Kinder- und Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit oder den Bereich der ambulanten und (teil-)stationären Erziehungshilfen ist ein zum Teil deutlicher Stellenabbau festzustellen, während für die Kindertageseinrichtungen noch ein moderater Anstieg zu verzeichnen ist (Rauschenbach/Schilling 2008).

3.4.7 Übergreifende politische Strategien

311. Auf Bundesebene erfolgt zurzeit die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010“ bei dem das Thema „Aufwachsen ohne Gewalt“ einen Schwerpunkt einnimmt. Viele der geplanten Maßnahmen verfolgen präventive Ziele, etwa die flächendeckende Einführung von Familienbildungsprogrammen zur Förderung einer gewaltfreien Erziehung, die Förderung und Evaluation frühpräventiver Hilfen, die Entwicklung zielgruppenspezifischer Hilfen (z. B. für mehrfachbelastete Familien und Migranten), die Qualifizierung von Fachkräften zu den Themen Früherkennung und -prävention, die Entwicklung von Unterrichtsmodulen für Schüler zu den Themen Fürsorge und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern sowie die Entwicklung von Schulungsprogrammen für werdende Eltern (vgl. Galm et al. 2007; vgl. auch Unterkapitel 3.3).⁵⁷ Obwohl die geplanten Maßnahmen zu begrüßen sind, darf der Aktionsplan nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Bereiche des Kinderschutzes derzeit mit einschneidenden finanziellen Einbußen konfrontiert sind (Galm et al. 2007). Das Thema familiäre Gewalt wird auch in der Strategie zur Förderung der Kindergesundheit aufgegriffen (BMG 2008a). Zudem ist die Prävention von häuslicher Gewalt im schulischen Bereich Gegenstand von Modellprojekten, die vom BMFSFJ gefördert werden (Kavemann 2008; siehe auch Empfehlungen der Bund-

Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ in BMFSFJ 2007b).⁵⁸ Im Jahr 2003 hat die Bundesregierung zudem den „Aktionsplan zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung“ verabschiedet, der das Ziel verfolgt, den strafrechtlichen Schutz von Kindern und Jugendlichen weiter zu entwickeln, die Prävention und den Opferschutz zu stärken sowie die Vernetzung der Hilfs- und Beratungsangebote und die internationale Zusammenarbeit zu fördern.

312. Auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2005 wurde die frühe Förderung gefährdeter Kinder thematisiert. Mit dem Bundesprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ soll der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern wirksam vorgebeugt werden. Ziel ist es, Risiken für Kinder möglichst frühzeitig zu erkennen und die Erziehungskompetenz ihrer Eltern zu verbessern. Für die Umsetzung des Programms der frühen Hilfen für gefährdete Kinder stellt der Bund zunächst für die Laufzeit 2006 bis 2010 10 Millionen Euro bereit. Im Fokus des Programms stehen vor allem Kinder bis zu etwa drei Jahren sowie Schwangere und junge Mütter und Väter in belastenden Lebenslagen. Mittels so genannter „Aufsuchender Hilfen“ soll der Zugang zu besonders belasteten Familien und ihren Kindern gesucht werden.

313. Im April 2007 hat das multiprofessionelle „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ im Rahmen des Aktionsprogramms des BMFSFJ „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ seine Arbeit aufgenommen. Träger sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI). Die Laufzeit des Kooperationsprojektes ist derzeit nur bis Ende 2010 durch eine Finanzierung in Höhe von 3,9 Millionen Euro durch das Bundesfamilienministerium gesichert. Das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ hat vor allem drei Aufgaben: Erstens baut es eine Plattform über die Ländergrenzen hinweg auf, um das vorhandene Wissen und die Erfahrungen gezielt auszutauschen und zu bündeln. Das gesammelte Wissen soll allen interessierten Kommunen und Trägern zugänglich gemacht werden. Aufgrund ihrer zentralen Rolle beim Auf- und Ausbau von vernetzten Strukturen früher Hilfen sollen sie beraten und unterstützt werden. Netzwerke früher Hilfen und soziale Frühwarnsysteme sollen auf bestehenden Strukturen aufbauen und langfristig und andauernd in das jeweilige kommunale Regelsystem implementiert und beständig weiterentwickelt werden. Zweitens sollen das Gesundheitswesen sowie die Kinder- und Jugendhilfe durch gezielte Informationen angeregt werden, geeignete Frühwarnsysteme und Kooperationsstrukturen in allen Regionen aufzubauen. Drittens soll die Öffentlichkeit über die Entwicklung von Kindern und die besondere Bedeutung der ersten Lebensjahre sowie auch über Gefahren für Kinder und Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden. Ziel soll dabei sein, Hürden zur Inanspruchnahme von Hilfen abzubauen.

⁵⁷ Erfreulich ist die explizite Verankerung des Themas Kindesvernachlässigung insbesondere hinsichtlich der Formulierung von Forschungsbedarf (Galm et al. 2007).

⁵⁸ Für eine Übersicht der Strategien zur Gewaltprävention an Schulen und im Bereich der Kindertageseinrichtungen siehe Galm 2007.

3.4.8 Spezifische Strategien für ein Aufwachsen ohne Gewalt

314. Neben den Regelangeboten der Kinder- und Jugendhilfe sind auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene deutliche Aktivitäten in Form eines verstärkten frühen und präventiven Angebots von Hilfen zu erkennen (vgl. auch Unterkapitel 3.3 und Abschnitt 3.4.8.1). Die meisten dieser Ansätze sind selektiv angelegt, das heißt, dem Angebot von Hilfen geht ein Prozess voraus, der Familien mit erhöhten Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken als Zielgruppe zu erkennen versucht (Galm et al. 2007).⁵⁹ Mehrere Meta-Analysen haben die Effektivität selektiver primärer Präventionsprogramme gegen Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung analysiert, die Wirksamkeit einzelner Programme nachweisen können und Perspektiven für die Weiterentwicklung aufgezeigt (Kindler/Lillig 2005). Die Ziele dieser Programme sind vielfältig, oft heterogen und multidimensional (z. B. Förderung der kognitiven Entwicklung oder körperlichen Versorgung des Kindes), auch wenn sich einzelne Programme auf bestimmte Aspekte (z. B. eine verbesserte Erziehungskompetenz, positive Eltern-Kind-Interaktion oder eine spezifische Prävention von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung) konzentrieren (Galm et al. 2007).⁶⁰ Allgemein stehen selektive Präventionsprogramme vor der Herausforderung, Verfahren entwickeln zu müssen, um belastete Familien, denen besondere Unterstützung angeboten werden soll, ausfindig zu machen (Kindler 2007). Ein Nachteil selektiver Ansätze ist die mögliche Stigmatisierung von so genannten Risikogruppen mit dem Resultat, dass Eltern und Familien sich unter diesen Umständen eher kontrolliert als unterstützt fühlen können (vgl. Galm et al. 2007). Internationale Studienergebnisse zeigen, dass sich diese Gefahr durch eine qualifizierte, wertschätzende Ansprache der Familien auffangen lässt (Kindler 2007). Im Vordergrund von universellen Programmen (z. B. Hausbesuche in allen Familien mit einem Neugeborenen) steht die Unterstützung aller und nicht die Früherkennung bzw. Vermeidung von abweichendem Verhalten.⁶¹ Universelle Programme erreichen Hochrisikofamilien jedoch schlechter und vermögen sie weniger zu halten und ausreichend zu unterstützen (Kindler 2007). Gesichertes Wissen über die Wirkweisen solcher Ansätze steht in Deutschland nicht zur Verfügung.

⁵⁹ „Als ein wichtiges Ergebnis der Forschung zur Ätiologie von Vernachlässigung bzw. Misshandlung in den ersten Lebensjahren wurde festgestellt, dass ein hoher Anteil aller bekannt werdenden Fälle in einer relativ kleinen Gruppe von Familien mit mehreren relevanten, bereits zum Zeitpunkt der Geburt erkennbaren Risikofaktoren auftrat. In der Folge wurden in mehreren Ländern Programme entwickelt, die sich gezielt an Familien mit mehreren Risiken wenden und auf freiwilliger Grundlage Unterstützung und Begleitung anbieten (z. B. *Healthy Families*, *Nurse-Family Partnership Program*, *STEEP*)“ (Kindler 2007).

⁶⁰ Für einen Überblick der Strategien zur Prävention von Kindeswohlgefährdung bei Partnergewalt siehe Galm et al. 2007.

⁶¹ Einen ähnlichen Ansatz verfolgt die Stadt Dormagen. Seit Oktober 2006 besuchen Sozialarbeiter jede Familie mit einem Neugeborenen (vgl. www.dormagen.de/familiennetzwerk.html).

3.4.8.1 Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme

315. Mit dem Ziel, Anzeichen für eine Gefährdung möglichst früh zu erkennen und ihr Potenzial einzuschätzen, um adäquate Hilfen anzubieten, setzen Frühwarnsysteme auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Erkennens relevanter Risikofaktoren voraus (Galm et al. 2007). Voraussetzung ist die systematische Vernetzung und die verbindliche Kooperation zwischen Fachkräften öffentlicher und freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und anderer Akteure.⁶² Soziale Frühwarnsysteme können ihren Schwerpunkt auf die Entwicklung der Lebensbedingungen im Sozialraum, in dem Familien leben, oder auf die Lebenssituation einzelner Zielgruppen oder Kohorten richten (Hensen 2005). Frühwarnsysteme sind von den Hilfen und Maßnahmen zu unterscheiden, die den eigentlichen Kern des Systems bilden (Galm et al. 2007). Dieses Hilfe- und Unterstützungssystem für Familien weist ein breites Spektrum von Angeboten und Leistungen für Familien auf.⁶³ Dabei sollen Hilfen sowohl früh im Entstehungsprozess von risikanten Entwicklungen als auch in einer möglichst frühen Entwicklungsphase greifen (Böttcher et al. 2008). Bevor das Hilfe- und Unterstützungsangebot jedoch wirksam werden kann, müssen Familien das Hilfenetz selbständig aufsuchen bzw. müssen die verschiedenen Angebote den Familien Zugänge eröffnen. Die Arbeitsansätze reichen von eher individualisierten (z. B. aufsuchende Familienhilfe, Elternhilfe, Familienhebammen) über eher standardisierte (z. B. Elternkurse) bis zu eher vermittelnden Hilfen (z. B. Erstbesuche rund um die Geburt, Laienbesuchsdienste) (Helming et al. 2006).⁶⁴ Insbesondere durch die aufsuchende Tätigkeit von Familienhebammen kann stark belasteten Eltern in der ersten Zeit mit dem Kind (bis zu einem Jahr nach der Geburt) Unterstützung angeboten werden. Die Zugangswege sind vielfältig.⁶⁵ Ein grundlegendes Problem bei allen Zugangswegen bleibt die Erreichbarkeit von belasteten und meist isolierten Familien mit von außen schwer erkennbaren Problemen, da sie sich weder in einem Screening zuverlässig identifizieren lassen, noch wenden sie sich zuverlässig selbst an

⁶² Kommunikationsproblemen zwischen und innerhalb von Systemen kommen bei der Analyse von gravierenden Fehlern im Kinderschutz eine besondere Bedeutung zu (Fegert et al. 2008).

⁶³ Bei der Einordnung der Frühen Hilfen in den Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) ist zu beachten, dass es sich hier zu einem größeren Teil um Angebote handelt, die sich im Vorfeld von Hilfen zur Erziehung bewegen (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2005; vgl. Stellungnahme DJI 2009).

⁶⁴ Ein Beispiel ist das Familienprogramm „Adebar“, das verschiedene Ansätze zu einer sozialraumorientierten Familienförderung kombiniert (Angebote einer familiären Krisenhilfe und Hebammenhilfe, den Erfahrungsaustausch in einem Familiencafé sowie das Engagement für eine kindgerechte Stadtteilentwicklung).

⁶⁵ Familien können sich selbsttätig an Hilfsangebote wenden, sie können von Vertrauenspersonen aus ihrem Umfeld auf Hilfen aufmerksam gemacht werden, sie können von Fachkräften an bekannte Einrichtungen verwiesen werden oder sie werden vom zuständigen Jugendamt, z. B. im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens, geeigneten Maßnahmen zugeordnet (Helming et al. 2006).

eine Hilfe (Helming et al. 2006). Programme mit einer so genannten „Komm-Struktur“ erfordern das eigenständige Aufsuchen des Hilfsangebotes, während Angebote mit einer „Geh-Struktur“ eine aufsuchende Hilfe umsetzen. Neben dem breiten Zugang zu allen Eltern bzw. Familien über das medizinische System rund um Schwangerschaft und Geburt können Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern oder Untersuchungen zur Kindergarten- bzw. Schulreife mögliche weitere Ansatzpunkte bieten (Helming et al. 2006).

Das Aktionsprogramm des Bundes formuliert sechs Anforderungen an Frühe Hilfen und Soziale Frühwarnsysteme:

1. Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden,
2. systematisch und objektiviert Risiken erkennen,
3. Familien zur aktiven Teilnahme an Hilfen motivieren,
4. Hilfen an den Bedarf der Familie anpassen,
5. Monitoring des Verlaufs der Hilfeebringung,
6. Verankerung der Hilfe im Regelsystem.

An diesen Anforderungen orientierte sich auch die Ergebnisdarstellung einer Kurzevaluation von 19 Projekten Früher Hilfen durch das DJI (Helming et al. 2006), die wie folgt zusammengefasst werden kann:

- Einzelne Modelle für sich allein können keine gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten gewährleisten; dies gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk „Frühe Hilfen“.
- Systematische und umfassende Zugänge zu Familien über das Gesundheitssystem gibt es in Deutschland derzeit nur punktuell.
- Risiken für eine gesunde Entwicklung von Kindern werden zuwenig systematisch erhoben.
- Monitoring bzw. systematische Vernetzungsstrukturen finden unterhalb der Schwelle von Kindeswohlgefährdung nicht statt.⁶⁶
- Die Versorgung mit zielgruppenspezifischen (aufsuchenden) Ansätzen für belastete junge Familien ist unzureichend.
- Derzeitige Arbeitsansätze sind nicht ausreichend empirisch überprüft und die Nutzerperspektive fehlt zu meist.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe steckt noch in den Anfängen (Helming et al. 2006; vgl. DJI 2008).

Als zentrales Ergebnis der Kurzevaluation wurde diesen Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen daher eine wei-

tere hinzugefügt: Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure.

Kindler (2007) kommt in seiner Expertise „Kinderschutz in Deutschland stärken“ auf Grundlage der Kurzevaluation (Helming et al. 2006) zu dem Ergebnis, dass „kein einziges der untersuchten, durchwegs sehr engagiert arbeitenden Projekte bislang einigermaßen tragfähige, d. h. unabhängig und mit belegbar aussagekräftigen Instrumenten erhobene Zahlen zu Effekten auf das Fürsorge- und Erziehungsverhalten der teilnehmenden Eltern oder auf Entwicklungsmerkmale betroffener Kinder vorlegen konnte“. In der einzigen bislang in Deutschland durchgeführten Untersuchung mit Kontrollgruppe zu einem im weiteren Sinne im Bereich der frühen Förderung einzuordnenden Projekt (Sann/Thrum 2005) fanden sich beim Vergleich von Kontroll- und Interventionsgruppe überwiegend Nulleffekte (Kindler 2007).

316. Bei allen Modellprojekten im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen wie auch bei zahllosen Projekten zu frühen Hilfen in vielen Regionen und Kommunen ergeben sich Probleme bei der Verstetigung der Erfahrungen und der Überführung in das Regelsystem (vgl. DJI 2009; vgl. auch Unterkapitel 3.3). Im Hinblick auf eine allgemeine Nachhaltigkeit des Kinderschutzsystems insbesondere im Bereich der Frühen Hilfen ergeben sich drei wesentliche Entwicklungsfelder:

- „Ressourcenausstattung: Frühe Hilfen mit dem Fokus auf dem frühzeitigen und niederschweligen Zugang zu Familien in Risikolagen, die funktionierende Regelpraxis werden sollen, setzen entsprechende personelle Kapazitäten und Kostentragung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems voraus.
- Qualifizierung: Die Arbeit im Bereich der Frühen Hilfen verlangt von allen Beteiligten ein erhöhtes Maß an Fachlichkeit, das durch fundierte und themenspezifische Weiterbildung sichergestellt werden muss.
- Kooperation: Soll der hilfesystemübergreifende Ansatz von Frühen Hilfen gelingen, setzt das verbindliche und konkrete Arbeitsabsprachen in Form von Kooperationsvereinbarungen oder Leitlinien voraus, die in multiprofessionellen Gremien erarbeitet werden.“ (DJI 2009)

3.4.8.2 Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz

317. Als zentrales Instrument zur Verbesserung des Kinderschutzes wurde in jüngster Zeit die Verbindlichkeit von Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9, ergänzt durch die Untersuchung J1 im Jugendlichenalter) nach § 26 SGB V diskutiert. Mit dem Ziel eines verbesserten Kinderschutzes soll grundsätzlich die Teilnahme aller Kinder sichergestellt werden, indem die erfolgten Untersuchungen durch ein Meldesystem erfasst werden und bei Nichtteilnahme eine Aufforderung zur Nachholung er-

⁶⁶ Belastete Familien mit prekären Ressourcen brauchen jedoch dringend Unterstützung bei der Vermittlung in geeignete Hilfen, die auch sichere Übergaben zwischen verschiedenen Angeboten in Form systematischer Vernetzungsstrukturen mit einschließt (Helming 2006).

folgt.⁶⁷ Die Verbindlichkeit von Früherkennungsuntersuchungen wurde in vielen Bundesländern bereits realisiert. Einige Landesgesetze verfolgen darüber hinaus einen systemischen Ansatz und etablieren über das verbindliche Einladewesen hinaus Konkretisierungen der Aufgaben im Kinderschutz und machen Vorgaben zur Kooperation beim Kinderschutz und bei der Verbesserung der Kindergesundheit („Kinderschutzgesetze“ der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein) (Nothhafft 2008).⁶⁸ Bayern und Hessen haben eine Teilnahmepflicht an den Früherkennungsuntersuchungen normiert, deren Einhaltung die Personensorgeberechtigten sicherzustellen haben (Nothhafft 2008).

318. In den Ländern mit bereits etabliertem Einladewesen werden alle Kinder im Vorfeld zu den entsprechend anstehenden Früherkennungsuntersuchungen durch eine in den Ländergesetzen spezifisch benannte Zentral- oder Leitstelle eingeladen, die die entsprechenden Meldedaten von den Meldebehörden übermittelt bekommen. Ob eine Inanspruchnahme erfolgt oder nicht, wird darüber kontrolliert, dass die Ärzte sowie Hebammen die durchgeführte Untersuchung unverzüglich bzw. innerhalb einer Frist der zuständigen zentralen Stelle melden. Kommen die Eltern auch nach (wiederholter) Aufforderung der Untersuchung nicht nach, wird abhängig von der jeweiligen Ländergesetzgebung direkt das Jugendamt oder zunächst das zuständige Gesundheitsamt oder der zuständige Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt eingeschaltet. Erfolgt die Früherkennungsuntersuchung auch nach einer Kontaktaufnahme mit Beratung über Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchung sowie dem Angebot einer erneuten Durchführung durch das Gesundheitsamt nicht, so werden dem Jugendamt die entsprechenden Daten übermittelt. Diese sollen in den betroffenen Familien prüfen, ob ein Hilfebedarf vorliegt, und die notwendigen sowie geeigneten Maßnahmen zur frühen Förderung und zum Schutz von Kindern zur Verfügung stellen (Nothhafft 2008).⁶⁹

319. Grundsätzlich besteht das Ziel, die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere für Kinder aus sozialen Lagen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und niedriger Inanspruchnahme (v. a. niedriger Sozialstatus sowie mit Migrationshintergrund), zu erhöhen, Aspekte der psychischen Gesundheit in das Früherkennungsprogramm aufzunehmen und die Untersuchungsin-

tervalle den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen (RKI/BZgA 2008). Generell müssen Interventionen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen verstärkt auf ihre Wirksamkeit überprüft werden (RKI/BZgA 2008) (siehe auch Unterkapitel 3.5). Es ist fraglich, ob mit einer Untersuchungspflicht bzw. -verbindlichkeit die erwünschte Wirkung erreicht werden kann, mehr Fälle von Misshandlung oder Vernachlässigung als bisher aufzudecken.⁷⁰ Unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit wären hierbei Daten zum inkrementellen Nutzen der Früherkennungsuntersuchungen – also der Rate neu entdeckter Fälle von Gewalt gegen Kinder – von Bedeutung (Nothhafft 2008). Aus Deutschland liegen hierzu keine veröffentlichten Daten vor; internationale Befunde deuten jenseits des ersten Lebensjahres auf einen eher mäßigen inkrementellen Nutzen hin (Nothhafft 2008).⁷¹ Dieser erwartete inkrementelle Nutzen ist gegen die erwarteten unerwünschten Wirkungen abzuwägen. Betroffene Eltern könnten die Untersuchungstermine gegebenenfalls hinauszögern oder durch Arztwechsel eine Kontrolle erschweren. Bislang sind keine Studien bekannt, in denen die Wirkung einer (sanktionsbewehrten) Teilnahmepflicht untersucht wurde (Nothhafft 2008). Zudem ergibt sich die unerwünschte Wirkung von zu Unrecht verdächtigter Eltern, die aus anderweitigen Gründen einer fristgerechten Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nicht nachkommen konnten, und es ist mit einer erheblichen Belastung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Familie bzw. Eltern zu rechnen. Der besondere Vertrauensschutz in Form der Schweigepflicht zwischen Patienten und Ärzten bzw. anderen Gesundheitsberufen gerät durch die geforderte Kooperation mit der Jugendhilfe unter Druck (vgl. DJI 2009). Dieses Vertrauensverhältnis ermöglicht jedoch einen frühen, nicht-stigmatisierenden und niedrigschwelligen Zugang zu belasteten Familien.

320. Um eine erfolgreiche Kooperation zwischen den Sektoren gewährleisten zu können, bedarf es einer interdisziplinären Verständigung über Grundlagen der Einschätzung von familiären Risiken für die kindliche Entwicklung, über Voraussetzungen und Verfahrensschritte bei einer notwendigen Weitergabe von Daten sowie die Information aller beteiligten Akteure über die vielfältigen, gestuften Hilfsangebote in den jeweiligen Bereichen (DJI 2009). Einige Landesgesetze regeln mittlerweile die Datenweitergabe zwischen Gesundheitssystem und öffentlicher Jugendhilfe beim Vorliegen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung in Form einer unverzüglichen Pflicht zur Datenweitergabe an das Jugendamt, einer abgestuften Meldepflicht oder auch nur einer Meldebefugnis (Nothhafft 2008).⁷² Dies löst zwar

⁶⁷ Die Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen liegt in den ersten beiden Lebensjahren bis zur U7 weit über der 90 %-Grenze und fällt dabei leicht von 95,3 % bei der U3 auf 92,4 % bei der U7. Erst im vierten Lebensjahr der Kinder geht die Beteiligung der Familien am Früherkennungsprogramm bei der U8 unter die 90 %-Marke auf 89,0 %, um dann im sechsten Lebensjahr bei der U9 auf 86,4 % zu fallen. Starke Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zeigen sich bei einer Differenzierung nach Sozialstatus (Kamtsiuris 2007b).

⁶⁸ Das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG) aus Rheinland-Pfalz regelt beispielsweise eine verbindliche Integration von Angeboten und Leistungen des Jugendhilfe- und des Gesundheitssystems in verbindlichen lokalen Netzwerken.

⁶⁹ Siehe Nothhafft 2008 für eine Übersicht der spezifischen Ländergesetzgebungen.

⁷⁰ Für Angaben zu geplanten Evaluierungen der gesetzlichen Neuregelungen in den Ländern siehe Nothhafft 2008.

⁷¹ Kindler, H.: Weiterentwicklung des Kinderschutzesystems in Deutschland. Politische Vorhaben und Befundlage. In Vorbereitung (vgl. Nothhafft 2008)

⁷² Siehe dazu auch den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz) (Bundestagsdrucksache 16/12429). Eine gesetzliche Befugnisnorm außerhalb des Strafrechts soll zur Erhöhung der Rechtssicherheit bei der Abwägung der Schweigepflicht von Berufsheimlichkeitsgeheimnisträgern mit dem Kinderschutz beitragen.

formal die datenschutzrechtliche Problematik, nicht aber die sich daraus ergebenden qualitativen Anforderungen an die Arbeit der Fachkräfte des Gesundheitssystems, die durch Fortbildung und Vernetzung in die Lage versetzt werden müssen, die gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung inhaltlich ausfüllen und damit wahrnehmen zu können sowie die Vermittlung der beteiligten Familien in die weiterführenden Hilfesysteme zu gewährleisten (Nothhafft 2008).

321. Die alleinige Fokussierung auf eine quantitative Steigerung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen durch ein verbindliches Einlade- und Meldewesen bzw. eine Untersuchungspflicht vernachlässigt die Notwendigkeit von qualitativen Verbesserungen bei der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen und die Förderung der Kooperation zwischen Gesundheitshilfe⁷³ und Kinder- und Jugendhilfe. Zudem befrachten die Überwachung und Sanktionierung eines verbindlichen Einladewesens bzw. einer gesetzlichen Untersuchungspflicht das Gesundheitswesen mit Kontrollaufgaben. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass bei Ausweitungen von Meldepflichten auch der paradoxe Effekt einer Überforderung des Kinderschutzes durch nicht ernsthafte Fälle, die aber trotzdem geprüft werden müssen, eintreten kann, was in der Folge den tatsächlichen Schutz gefährdeter Kinder verringern kann.⁷⁴ Ein positiver Effekt der Ländergesetzgebungen kann jedoch sein, dass die Gesundheitshilfe als wichtiger Protagonist und Kooperationspartner zur Sicherstellung von Kindergesundheit und Kinderschutz stärker in den Blick genommen wird (Nothhafft 2008).

322. Aufgrund der Hinweise darauf, dass die Sensitivität der Untersuchungen in ihrer bisherigen Form im Hinblick auf mögliche Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung, wie etwa Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten oder Bindungsstörungen, eher gering ist, stellt sich die Frage nach Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung (Nothhafft 2008). Bis heute existiert keine systematische Evaluation der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen. Somit gibt es keine tragfähigen Informationen über die Zuverlässigkeit der Untersuchungen sowie über die Art und Wirksamkeit der eingeleiteten Behandlung (vgl. auch Unterkapitel 3.5). Die U-Untersuchungen können einen möglichen Zugang zu verschiedenen frühen Hilfen darstellen. Da es jedoch keine systematischen Pfade zu anderen frühen Hilfen gibt, folgt bei auffälligen Befunden vor allem der Verweis zur Frühförderung (Wolf-Kühn/Geene 2009). Diese setzt jedoch vorwiegend an den Symptomen des Kindes an. Das bestehende System der Frühförderung in Deutschland wird sozial benachteiligten Kindern nicht gerecht, da psychosoziale Risiken nicht erfasst werden und das bestehende

Hilfesystem zur Frühförderung mehr auf Therapie einer Behinderung ausgerichtet ist als auf eine Verbesserung der alltäglichen Lebensbedingungen (Klein 2009). Es bestehen zusätzliche Schwierigkeiten durch die Tatsache, dass mögliche Interventionen für Kinder über die Eltern vermittelt werden müssen, die ihre eigenen Lebensbedingungen in der Regel nicht ändern können oder dies oft auch nicht wollen (s. auch Anhang „Ärztliche Prävention in Mutterschaft und Kindheit“ zu diesem Kapitel auf der Homepage des Rates unter www.svr-gesundheit.de).

323. Aufgrund der politischen Debatte über wirksame Strategien zur Verhinderung von Kindesmisshandlung hat der G-BA auf Veranlassung des Bundesministeriums für Gesundheit geprüft, ob einheitliche und verlässliche Tests vorhanden sind, mit denen alle Kinder bis zum sechsten Lebensjahr untersucht werden können, um Kindesmisshandlung aufzudecken beziehungsweise zu vermeiden. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass derzeit aufgrund der Datenlage die Einführung eines bevölkerungsbasierten Screenings zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder zur Erfassung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung in die Kinder-Richtlinien nicht empfohlen werden kann, da der Nutzen fraglich ist und ihm ein möglicherweise hohes Schadenspotenzial entgegen steht. Der G-BA betont in seinem zusammenfassenden Bericht jedoch die Möglichkeit zur Prävention von Kindesmisshandlung im Rahmen der klinischen Untersuchung während der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen im Sinne eines *case findings* bei verdächtiger Symptomatik und verweist auf Leitfäden bzw. entsprechende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, die von Landesärztekammern, Berufsverbänden oder Ministerien entwickelt bzw. angeboten werden, um die Aufmerksamkeit der Ärzte hinsichtlich Kindesmisshandlung zu erhöhen und Unsicherheit in Bezug auf das weitere Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung abzubauen (G-BA 2007).

324. Die Früherkennungsuntersuchungen sind daher in momentaner Fassung kein zielgerichtetes Instrument im Hinblick auf das Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung aus ärztlich-medizinischer Sicht. Insgesamt ist es fraglich, ob mit Einführung eines verbindlichen Einladewesens der Zugang zu prekären Lebenssituationen von Kindern tatsächlich verbessert wird oder nicht sogar verschlechtert, insbesondere dann, wenn die fachliche Qualifizierung der Früherkennungsuntersuchungen noch aussteht (Nothhafft 2008).

3.4.9 Handlungs- und Forschungsfelder zur Verbesserung des Kinderschutzes

325. Die Handlungsfelder, die der Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2005, der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010“ mit dem Schwerpunkt „Aufwachsen ohne Gewalt“, sowie die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ hinsichtlich der Verbesserung des Kinderschutzes und der Förderung gefährdeter Kinder beschreiben, zielen auf wichtige Handlungsfelder ab:

⁷³ Der Begriff Gesundheitshilfe wird parallel zu den Begriffen Sozialhilfe, Jugendhilfe und Altenhilfe gebraucht und umfasst alle Maßnahmen der Sozialen Arbeit, die darauf gerichtet sind, Gesundheit zu fördern, zu erhalten und zu schützen und – im Falle einer Krankheit – wieder herzustellen (Kreft 2005).

⁷⁴ Kindler, H.: Stellungnahme für den Sozialpolitischen Ausschuss des Landtags Rheinland-Pfalz am 7. März 2007 (vgl. Nothhafft 2008).

Früherkennung von Risiko- und Gefährdungslagen, Entwicklung und Ausbau Früher Hilfen, systematische Verzahnung des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe, Qualifizierung der Professionellen, Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz etc. (vgl. Galm et al. 2007).

Integration der Gewaltthematik in Aus-, Fort- und Weiterbildung

326. Verantwortungsvolles und fundiertes Handeln von Fachkräften hängt von ihrer fachlichen und persönlichen Qualifikation ab. Eine Grundlage hierfür bildet entsprechendes Fachwissen zu den verschiedenen Gefährdungslagen für eine fundierte Risiko- und Gefährdungseinschätzung sowie zur Wirksamkeit von Hilfen (Galm et al. 2007). Trotz eines im internationalen Vergleich relativ hohen formalen Qualifikationsniveaus der Beschäftigten in der Kinder- und Jugendhilfe berichten Fachkräfte, die im Allgemeinen Sozialdienst mit Kinderschutzaufgaben betraut sind, über ein hohes Maß an fachlicher Unsicherheit und Stress (Kindler 2007). Vor dem Hintergrund der Gesetzesnovellierung des SGB VIII, insbesondere der Konkretisierung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung, steigt derzeit das Bewusstsein für die Notwendigkeit entsprechenden Fachwissens und somit das Angebot im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Galm et al. 2007).

327. Vonseiten der Fachkräfte, die im Zusammenwirken mit den Familien Entscheidungen über die Art der Unterstützung treffen, bedarf es nicht nur entsprechenden Wissens über die Wirksamkeit von Hilfen, sondern auch der Verfügbarkeit adäquater Angebote (Galm et al. 2007). Die nach Gefährdungsereignissen angebotenen Hilfen müssen dahingehend überprüft werden, ob sie dem Profil der nach gegenwärtigem Wissensstand am meisten Erfolg versprechenden Interventionen entsprechen (Kindler 2007). Fehlen diese adäquaten Angebote oder sind sie nicht verfügbar oder werden aus Kostengründen und mangelnder Kenntnis ungeeignete Maßnahmen eingesetzt, kann sich daraus eine Aneinanderreihung ineffektiver Hilfen ergeben (Galm et al. 2007).

328. Auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens ist die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Intervention und Prävention bei Gewalt zu vermitteln und die verschiedenen Professionen sind für die Thematik zu sensibilisieren. Um sowohl Ärzte als auch Personen anderer Gesundheitsberufe zu befähigen, Gewalt vorzubeugen sowie Gewaltfolgen effektiv zu behandeln, ist es erforderlich, das Themengebiet in den relevanten Ausbildungs- und Studiencurricula zu verankern (Hornberg et al. 2008).

Forschungsbedarf

329. In Deutschland fehlen nahezu vollständig tragfähige Informationen zur Anzahl der Kinder, die von Gewalt betroffen sind, sowie zur Fähigkeit des Kinderschutzesystems, diese Kinder zu erkennen, wirksam zu schützen und in ihrer Entwicklung nachhaltig zu unter-

stützen (Kindler 2007). Für eine qualifizierte Gesundheitsberichterstattung, die bundesweite Aussagen zum Ausmaß von Gewalt gegen Kinder ermöglicht, differenzierte Aussagen zu den gesundheitlichen Folgen erlaubt sowie Zusammenhänge zu sozialer Lage und Lebensbedingungen aufzeigen kann, sind repräsentative, valide und kontinuierlich erhobene Daten erforderlich (Hornberg et al. 2008). Auch der Ulmer Aufruf zum Kinderschutz (2006) im Rahmen des Fachforums „Steigerung der elterlichen Feinfühligkeit zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter“ bemängelt das Fehlen einer Forschungskultur jenseits einzelner Initiativen und Modellprojekte im deutschen Kinderschutz. Der Bedarf wird stichpunktartig wie folgt beschrieben:

- „Forschung, insbesondere längsschnittlich und interdisziplinär angelegte Studien, zu allen Formen der Gewalt gegen Kinder, insbesondere zur Kindesvernachlässigung (Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010“) und psychischer Kindesmisshandlung;
- Entwicklung und Evaluierung standardisierter Instrumente zur Gefährdungseinschätzung für unterschiedliche Arbeitskontexte;
- Untersuchungen, mit welcher Zuverlässigkeit Gefährdungsfälle bekannt werden, weitere Vernachlässigungen und Misshandlungen verhindert werden und eine positive Entwicklung betroffener Kinder gefördert werden kann;
- Vergleichbare Statistiken über Kinderschutzfälle sowie systematische fallbezogene Analysen von institutionellen Fehlern im Kinderschutz;
- Forschung zur Güte des staatlich organisierten Kinderschutzesystems sowie zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe;
- Untersuchungen zur Erreichbarkeit psychosozial hochbelasteter Familien.“ (Galm et al. 2007)

330. Im Kontext des Forschungsbedarfes sei zudem auf den weitgehend unerforschten Bereich der gesundheitlichen Folgen von Gewalt bei vulnerablen Gruppen (z. B. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, behinderte Kinder und Jugendliche) hingewiesen (vgl. Hornberg et al. 2008). Bedarf besteht weiterhin im Ausbau und in der (Fort-)Entwicklung von Programmen für Familien mit Migrationshintergrund, etwa kulturspezifischen Elternkursen oder Angeboten der frühen Förderung (Galm et al. 2007). Im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung (sozial-)pädagogischer, psychologischer, therapeutischer, medizinischer und juristischer Berufsgruppen sollten das Thema Migration und die damit zusammenhängenden Anforderungen an die Zusammenarbeit mit Migranten zunehmend in den Curricula verankert werden (Galm et al. 2007).

3.4.10 Zwischenfazit und Empfehlungen

331. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche stellt in ihren Erscheinungsformen psychischer und physischer

Misshandlung, sexuellem Missbrauch sowie Vernachlässigung auch für Deutschland ein ernstzunehmendes gesundheitliches Problem bedeutenden Ausmaßes dar. Vernachlässigung und elterliche Gewalt stellen stets eine Beeinträchtigung der Entwicklungsmöglichkeiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen dar und stehen in Zusammenhang mit körperlichen, sozioemotionalen, psychischen und kognitiven Folgen. Ebenso weitreichend sind die Auswirkungen des Miterlebens von Partnerschaftsgewalt, in der Regel des Vaters gegenüber der Mutter. Die Auswirkungen von miterlebter Gewalt zwischen den Eltern sind weitreichend und gehen mit einem moderaten bis starken Effekt auf die Anzahl und Intensität von Verhaltensauffälligkeiten einher, erhöhen die Wahrscheinlichkeit zur eigenen Ausübung von (Partnerschafts-) Gewalt und können vor allem bei Jungen den Hintergrund für Straffälligkeit bilden. Die nachhaltige Beeinträchtigung des späteren Lebens durch kindliche Gewalterfahrungen betont die Wichtigkeit des Kinderschutzes auch für die gesamtgesellschaftliche Gewalt- und Kriminalitätsprävention und den Abbau von Gewalt im Geschlechterverhältnis. Besonders hoch belastete Familien müssen daher früh erkannt und unterstützt werden, um die Wahrscheinlichkeit von Gewalterfahrungen und daraus folgenden Entwicklungsschäden bei den Kindern und Jugendlichen zu senken.

332. Ob die Anzahl der Fälle von Kindeswohlgefährdung in den vergangenen Jahren zugenommen hat, ist nur schwer zu beurteilen, da tragfähige Informationen zur Anzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen fehlen. Insbesondere fehlen belastbare empirische Daten zum Ausmaß der von psychischer Misshandlung und Vernachlässigung betroffenen Kinder und Jugendlichen. Darüber hinaus können keine Aussagen dazu gemacht werden, wie viele Fälle insgesamt vom zuständigen Allgemeinen Sozialen Dienst der Jugendämter bearbeitet und bei wie vielen Vernachlässigungs- und Misshandlungsfällen Gegenmaßnahmen ergriffen wurden. Die Auswertungen und Analysen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen einen Anstieg der Hilfen zur Erziehung sowie Inobhutnahmen und Sorgerechtsentzüge, der jedoch nicht zwingenderweise durch vermehrte Gefährdungsereignisse zu erklären ist. So können auch eine verstärkte Sensibilität des sozialen Umfelds und der Sozialen Dienste gegenüber Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern und Jugendlichen sowie die mögliche Verunsicherung der Fachkräfte, nicht oder zu spät zu intervenieren, Einfluss haben. Der Anstieg der Hilfen zur Erziehung kann zudem als Zeichen größerer Akzeptanz des Hilfe- und Unterstützungsangebotes durch die Familien gewertet werden. Das gegenwärtige Fehlen tragfähiger Informationen betrifft auch die Angaben zur Qualität des deutschen Kinderschutzsystems (d. h. Angaben zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und zur Effizienz der eingesetzten Mittel sowie zum Ausmaß unbeabsichtigt negativer Folgen von Interventionen des Kinderschutzsystems). Für eine qualifizierte Gesundheitsberichterstattung zur Prävalenz von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, die differenzierte Aussagen zu den gesundheitlichen Folgen und Zusammenhängen zu sozialer

Lage und Lebensbedingungen beinhaltet, sind repräsentative, valide und kontinuierlich erhobene Daten erforderlich. Zudem ist eine verbesserte empirische Grundlage zur Anzahl der gemeldeten und bearbeiteten Fälle von Kindeswohlgefährdungen sowie der ergriffenen Hilfsmaßnahmen angezeigt.

333. Der Gesetzgeber hat durch das Gewaltächtungsgesetz eindeutig formuliert, dass Kinder ein Recht auf gewaltfreie Erziehung haben und körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen unzulässig sind. Weitere gesetzliche Rahmenbedingungen wie z. B. das Kinderrechteverbesserungsgesetz (siehe § 1666 BGB) und der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (siehe § 8a SGB VIII) sowie das „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ erweitern die gesetzlichen Schutzmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen gegen Gewalterfahrungen. Die Initiative der Bundesregierung, notwendige Regelungen zur Verbesserung des Kinderschutzes in einem Kinderschutzgesetz zusammenzuführen, ist grundsätzlich zu begrüßen.

334. Die Kinder- und Jugendhilfe stützt sich neben den Leistungen der Hilfen zur Erziehung, die die Versorgung, Förderung und Erziehung ergänzen und unterstützen sollen, auf den Schutzauftrag zur Abwendung von Gefahren für das Kindeswohl. Neben dem staatlichen Schutzauftrag ist die gesetzliche Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenen Säule im Gesundheitswesen als strukturelle Voraussetzung einer Verbesserung der Kindergesundheit und Förderung des Kindeswohls unabdingbar, auch um Kinder präventiv gegen Vernachlässigung, familiäre Gewalt und sexuellen Missbrauch zu schützen.

335. Die Qualität des Kinderschutzsystems in Deutschland ist angesichts vorliegender Fallanalysen nach tödlich verlaufenen Misserfolgen im Kinderschutz kritisch diskutiert worden. Bei der systematischen Untersuchung und Diskussion problematischer oder fehlerhafter Kinderschutzverläufe muss die Frage nach den institutionellen Bedingungen, der Organisationsstrukturen und -kultur sowie personellen und finanziellen Ressourcen jedoch stärker beachtet werden. Ebenso wenig dürfen die zu begrüßenden Strategiepapiere (siehe auch Unterkapitel 3.3) darüber hinwegtäuschen, dass viele Bereiche des Kinderschutzsystems derzeit mit einschneidenden finanziellen Kürzungen konfrontiert sind.

336. Neben den Regelangeboten der Kinder- und Jugendhilfe sind auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene deutliche Aktivitäten in Form eines verstärkt frühen und präventiven Angebots von Hilfen zu erkennen. Die meist selektiven Präventionsprogramme stehen vor der Herausforderung, Verfahren zu entwickeln, um belastete Familien, denen besondere Unterstützung angeboten werden soll, ausfindig zu machen. Mit dem Ziel, Anzeichen für eine Gefährdung möglichst früh zu erkennen, um adäquate Hilfen anzubieten, setzen Frühwarnsysteme auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Zugangs zur Population ein systematisches Erkennen relevanter Risikofaktoren voraus. Grundlage ist die systematische Ver-

netzung und die verbindliche Kooperation zwischen Fachkräften öffentlicher und freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und anderer familienbezogener Akteure. Es gibt kaum gesichertes Wissen über die Wirkweisen der Frühwarnsysteme in Deutschland. Häufig sind die Projekte auf den Kontext lokaler Bedingungen begrenzt und werden nicht wissenschaftlich begleitet und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Das Hilfe- und Unterstützungsangebot reicht von eher individualisierten (z. B. aufsuchende Familienhilfe, Elternhilfe, Familienhebammen) über eher standardisierte (z. B. Elternkurse) bis zu eher vermittelnden Hilfen (z. B. Erstbesuche rund um die Geburt, Laienbesuchsdienste). Prinzipielles Problem bei allen Zugangswegen bleibt die Erreichbarkeit von isolierten Familien mit von außen schwer erkennbaren Problemen. Ansätze mit einer so genannten „Komm-Struktur“ erfordern das eigenständige Aufsuchen des Hilfsangebotes, während Angebote mit einer „Geh-Struktur“ eine aufsuchende Hilfe umsetzen. Bei den Modellprojekten im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, wie auch bei zahlreichen weiteren Projekten zu frühen Hilfen in vielen Regionen und Kommunen, ergeben sich Probleme bei der Verstetigung der Erfahrungen und der Überführung in das Regelsystem. Als drei wesentliche Entwicklungsfelder einer allgemeinen Nachhaltigkeit des Kinderschutzsystems insbesondere im Bereich der frühen Hilfen wurden die Ressourcenausstattung, Qualifizierung sowie Kooperation identifiziert.

337. Als zentrales Instrument zur Verbesserung des Kinderschutzes wurde in jüngster Zeit die Verbindlichkeit von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in vielen Bundesländern realisiert. Interventionen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen müssen jedoch verstärkt auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, um die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere durch Kinder mit niedrigem Sozialstatus sowie mit Migrationshintergrund, zu erhöhen. Es ist fraglich, ob mit einer Untersuchungspflicht bzw. -verbindlichkeit die erwünschte Wirkung erreicht werden kann, mehr Fälle von Misshandlung oder Vernachlässigung als bisher aufzudecken. Der erwartete inkrementelle Nutzen ist eingehend gegen unerwünschte Wirkungen abzuwägen. Es ist mit einer erheblichen Belastung der Vertrauensbeziehung zwischen den Ärzten und anderen Gesundheitsberufen und der Familie bzw. den Eltern zu rechnen. Dieses Vertrauensverhältnis ermöglicht es jedoch, dass sie früher und leichter Kontakt zu belasteten Familien aufbauen können, als andere staatliche Stellen dies vermögen. Um eine erfolgreiche Kooperation zwischen den Sektoren gewährleisten zu können, bedarf es zudem einer interdisziplinären Verständigung über Grundlagen der Gefährdungseinschätzung familiärer Risiken für die kindliche Entwicklung, über Voraussetzungen und Verfahrensschritte bei einer notwendigen Weitergabe von Informationen sowie die Information aller beteiligten Akteure über die verschiedenen vorhandenen Hilfsangebote in den jeweiligen Bereichen. Die alleinige Fokussierung auf eine Steigerung der Teilnahmeraten durch ein verbindliches Einladewesen vernach-

lässigt die Notwendigkeit von Verbesserungen der Qualität bei der Durchführung der Untersuchungen und die Förderung der Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe. Überwachung und Sanktionierung verbindlicher bzw. verpflichtender Früherkennungsuntersuchungen für Kinder können das Gesundheitswesen zudem mit Kontrollaufgaben befrachten und den paradoxen Effekt einer Überforderung des Kinderschutzsystems durch nicht ernsthafte Fälle bewirken, was in der Folge den tatsächlichen Schutz gefährdeter Kinder verringern kann. Die Früherkennungsuntersuchungen sind in ihrer momentanen Fassung kein zielgerichtetes Instrument im Hinblick auf das Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung. Insgesamt ist es fraglich, ob mit Einführung eines verbindlichen Einladewesens der Zugang zu belasteten Familien tatsächlich verbessert wird oder nicht sogar verschlechtert, insbesondere dann, wenn die fachliche Qualifizierung der Früherkennungsuntersuchungen noch aussteht. Aufgrund der Hinweise darauf, dass die Sensitivität der Untersuchungen in ihrer bisherigen Form im Hinblick auf mögliche Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung, wie etwa Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten oder Bindungsstörungen, eher gering eingeschätzt wird, stellt sich die Frage nach Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung. Der Rat geht davon aus, dass der G-BA diese Möglichkeiten und ihre Grenzen bei der aktuellen inhaltlichen Überarbeitung der Kinder-Richtlinien erörtert. Der zügige Abschluss des Beratungsthemas durch den G-BA ist zu begrüßen.

338. Verantwortungsvolles und fundiertes Handeln von Fachkräften hängt von ihrer fachlichen und persönlichen Qualifikation ab. Eine Grundlage hierfür bildet entsprechendes Fachwissen zu den verschiedenen Gefährdungslagen (u. a. für eine fundierte Risiko- und Gefährdungseinschätzung) sowie zur Wirksamkeit von Hilfen. Vonseiten der Fachkräfte, die im Zusammenwirken mit den Familien Entscheidungen über die Art der Unterstützung treffen, bedarf es nicht nur entsprechenden Wissens über die Wirksamkeit von Hilfen, sondern auch adäquate verfügbare Angebote. Die nach Gefährdungseignissen angebotenen Hilfen müssen dahingehend überprüft werden, ob sie den am meisten Erfolg versprechenden Interventionen nach gegenwärtigem Wissensstand entsprechen. Auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens ist die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Intervention und Prävention bei Gewalt zu vermitteln und die verschiedenen Professionen sind für die Thematik zu sensibilisieren. Um sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Heil- und Hilfsberufe zu befähigen, ihre Schlüsselrolle in der Vorbeugung von Gewaltübergriffen und in der Behandlung von Gewaltfolgen wahrzunehmen, ist es erforderlich, das Themengebiet in den relevanten Ausbildungs- und Studiencurricula zu verankern.

339. Neben dem Ausbau der Forschung zu allen Formen der Gewalt gegen Kinder, insbesondere zur Kindesvernachlässigung, sowie Untersuchungen zur Qualität des deutschen Kinderschutzsystems mit systematisch fallbe-

zogenen Analysen von institutionellen Fehlern im Kinderschutz, sind speziell Studien zur Erreichbarkeit psychosozial hochbelasteter Familien notwendig. Im Hinblick auf den Forschungsbedarf sei zudem insbesondere auf den weitgehend unerforschten Bereich der gesundheitlichen Folgen von Gewalt bei vulnerablen Gruppen (z. B. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, behinderte Kinder und Jugendliche) hingewiesen.

3.5 Schwangerenvorsorge, Früherkennung und Impfungen im Kindesalter

340. Medizinische Prävention in Schwangerschaft und Kindheit umfasst Früherkennungsuntersuchungen, präventive Beratung sowie Impfungen. Letztere zählen zur Primärprävention, Früherkennung ist als Sekundärprävention einzuordnen und Beratungen haben sowohl primär- als auch sekundär- als auch tertiärpräventive Zielsetzungen. Schwerpunkt der folgenden Darstellung ist die Bewertung des Nutzens medizinischer Prävention in Deutschland unter umfassender Berücksichtigung der Studienlage zu diesem Thema.

3.5.1 Früherkennung und Screening – allgemeine Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten

341. Früherkennung hat sehr allgemein zum Ziel, Krankheit, Vorstufen einer Krankheit oder Risikofaktoren für eine Krankheit frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dabei ist die Grundannahme: Je früher etwas erkannt wird, umso erfolgreicher ist es zu therapieren und umso weniger Nebenwirkungen entstehen bei einer Behandlung.

Als Screening oder auch systematische Früherkennung wird eine Früherkennung bezeichnet, die sich an bzgl. der Zielerkrankung asymptomatische Personen richtet und bei der sowohl die zu Untersuchenden, die Untersuchungsintervalle sowie die Methoden der Untersuchung vorgegeben sind. Die folgende Darstellung betrifft ausschließlich diese systematische Früherkennung. Für die allgemeine Erörterung werden überwiegend Beispiele aus dem Bereich der Krebsfrüherkennung benutzt, da hier die Studienlage am besten ist.

3.5.1.1 Grundlage: natürlicher Verlauf

342. Um zu verstehen, dass die Maxime „je früher, desto besser“ spezifische Probleme hat, muss man etwas über den so genannten natürlichen Verlauf (*natural history*) von Krankheit wissen. Diesen kann man schematisch beschreiben, es ist aber zu betonen, dass der natürliche Verlauf jeder einzelnen Krankheit unterschiedlich ist.

Vorstufen oder erste asymptomatische Krankheitsstadien können sich zu einer manifesten Krankheit weiterentwickeln. Dabei können Risikofaktoren wirken, die den Weg ermöglichen oder beschleunigen. Genauso kann es aber Reparaturvorgänge des Körpers geben, die diesen Weg verhindern oder verlangsamen (Welch 2004). Je früher etwas entdeckt und behandelt wird, umso eher verhin-

dert man also auch, dass der Organismus sich selbst „repariert“. Dies führt zu der für die Früherkennung typischen Problematik, dass bei sehr früher Erkennung auch viele der entdeckten Fälle „überflüssigerweise“ therapiert werden. Denn ein nennenswerter Teil dieser frühen Fälle würde sich selbst „reparieren“, die Krankheit sich zurückbilden oder nicht weiter voran schreiten.

Die Früherkennung des häufigsten extrakraniellen Tumors im Kindesalter, des Neuroblastoms, hat dieses Problem drastisch deutlich gemacht: Man entdeckte deutlich mehr Tumore als je zuvor manifest wurden. Man entdeckte sie sogar in früheren Stadien. Die Sterblichkeit wurde jedoch nicht beeinflusst. Die Früherkennung hatte in der Bilanz mehr Schaden als Nutzen erreicht – weil ein großer Teil der entdeckten Tumore sich spontan zurückgebildet hätte und weil die Behandlung sehr eingreifend, also mit nennenswerten Nebenwirkungen bis hin zur Todesfolge, verbunden ist (Schilling et al. 2002; Woods et al. 2002).

3.5.1.2 Anforderungen an die Einführung eines Früherkennungsprogramms

343. Vor 40 Jahren wurden im Auftrag der WHO noch heute gültige Anforderungen für die Etablierung von Früherkennungsmaßnahmen formuliert (gekürzt und umformuliert nach Wilson/Junger 1968):

1. Es muss nachgewiesen sein, dass die gesuchte Erkrankung erfolgreich behandelbar ist (möglichst mit Endpunktstudien belegt).
2. Der natürliche Verlauf der Krankheit und mögliche günstige Interventionszeitpunkte müssen bekannt sein.
3. Früherkennung selbst muss, ebenso wie eine evtl. notwendig werdende Abklärungsdiagnostik, wenig eingreifend sein.
4. Die gesuchte Krankheit muss relativ häufig sein bzw. ein relevantes Gesundheitsproblem in einer Gesellschaft darstellen.
5. Aufwand und Nutzen – für beteiligte Personen und von ökonomischer Seite – müssen in günstigem Verhältnis stehen.
6. Bei einer Nutzen-/Schaden-Abwägung muss – bezogen auf alle Beteiligten im Screening – eine positive Bilanz vorliegen.

Und heute würde man noch ergänzen wollen:

7. Personen müssen vor Durchführung einer Früherkennung über deren Rahmenbedingungen, Aussagekraft und mögliche Folgen (Abklärungsdiagnostik, therapeutische Konsequenzen, Nebenwirkungen) aufgeklärt werden. Erst eine solche Aufklärung ermöglicht eine informierte Entscheidung zur Teilnahme.

Die Notwendigkeit einer besonders sorgfältigen und umfassenden Prüfung und Abwägung bei Früherkennungsuntersuchungen begründet sich daraus, dass hier gesunde Personen einer medizinischen Maßnahme und ihrer Folgediagnostik unterzogen werden. Der Maßstab in Bezug

auf Nebenwirkungen muss dann strenger sein als bei der Diagnostik und Therapie eines Patienten (Abholz 2001; Nuffield Council of Bioethics 2007). Zudem ist in der Gruppe von Patienten mit Symptomatik die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankheit gefunden wird, ungleich höher als in einer Screening-Gruppe. Die Wahrscheinlichkeit, über potentiell auch gefährliche Diagnostik wirklich etwas Hilfreiches für die betroffene Person tun zu können, ist bei Screenings also ungleich niedriger.

Aus diesem Grunde bedarf aus Sicht des Rates die generelle Definition des Wirtschaftlichkeitsgebots in der GKV (§ 12 SGB V: Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten) für den Bereich von Früherkennungsmaßnahmen einer sachgemäßen Operationalisierung. Der Rat schlägt deshalb vor, in § 25, Absatz 3 SGB V festzulegen, dass Früherkennungsprogramme nur dann GKV-Leistung sein können, wenn der medizinische und der bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen sind.

Innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens ist der G-BA für die Einführung von Früherkennungsmaßnahmen und ihre Ausgestaltung im Rahmen der GKV zuständig und legt dabei wissenschaftliche Bewertungen sowie auch die genannten WHO-Kriterien zugrunde.

3.5.1.3 Grundlagen von Früherkennung

Sensitivität, Spezifität und Vorhersagewert

344. Diagnostik ist nie hundertprozentig sicher in Bezug auf das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Erkrankung. Die Unsicherheit wird mit den Kenngrößen Sensitivität und Spezifität beschrieben. Unter Sensitivität einer Screening-Untersuchung versteht man den Anteil der durch einen Früherkennungstest richtig entdeckten Fälle unter allen im Untersuchungskollektiv vorhandenen Kranken. Unter Spezifität einer Screening-Untersuchung

versteht man den Anteil der im Screening-Test richtig als gesund erscheinenden Personen unter allen Gesunden im Untersuchungskollektiv. Abhängig vom Screening-Test und der gesuchten Krankheit liegen Sensitivität und Spezifität meist zwischen 70 und 90 %, die Sensitivität manchmal noch niedriger, die Spezifität oft höher (Cuckle/Wald 2000).

Zielkrankheiten des Screenings sind aber meist (sehr) selten. Beim Screening asymptomatischer Frauen wird selbst in der Hochrisikogruppe der 50-jährigen und älteren Frauen nur bei vier bis sechs von 1 000 Frauen in der ersten Screeningrunde ein Brustkrebs entdeckt, in den Folgerunden bei drei von 1 000. Bei einer „symptomatischen Frau“ (z. B. bei deutlich tastbarem Knoten) liegt dagegen die Wahrscheinlichkeit, dass hier ein Brustkrebs vorliegt, – je nach weiterer Konstellation – z. B. im Bereich von 30 bis 80 %.

Eine zentrale Größe bei der Bewertung von Screening-Untersuchungen ist daher der positive Vorhersagewert (positiver prädiktiver Wert, ppW oder ppV für *positive predictive value*). Er bezeichnet den Anteil der wirklich Kranken unter denen, die einen krankhaften Befund im Test (Screening) aufweisen. Ebenso wie sein Pendant, der negative Vorhersagewert, ist er im Gegensatz zu Sensitivität und Spezifität von der Häufigkeit der gesuchten Krankheit in der konkreten Anwendungssituation abhängig. Je seltener die Erkrankung (typische Screening-Situation), desto kleiner der positive Vorhersagewert.

345. Der Zusammenhang ist für zwei unterschiedliche Häufigkeiten (Prävalenzen) am Beispiel einer Mammographie zur Diagnostik (A) oder einer zur Früherkennung (B) in Abbildung 20 dargestellt. Dabei wird zur Vereinfachung von einer Sensitivität und Spezifität von jeweils 90 % ausgegangen. Es wird deutlich, dass identische Diagnostik sehr unterschiedliche positive Vorhersagewerte aufweist, je nachdem, wie hoch die Prävalenz in der untersuchten Population ist.

Abbildung 20

Positiver Vorhersagewert von Mammographie bei Diagnostik- und Screening-Einsatz

A: Diagnostik: 3 000 von 10 000 sind krank (Prävalenz 30 %)
Sensitivität und Spezifität mit 90 % jeweils angenommen

	Test positiv	Test negativ	
Krank	2 700	300	3 000
Gesund	700	6 300	7 000
	3 400	6 600	10 000

2 700 von 3 400 positiven Befunden sind richtig positiv.
Positiver Vorhersagewert rund 80 %

noch Abbildung 20

B: Screening: 30 von 10 000 sind krank
(Prävalenz 0,3 %)
Sensitivität und Spezifität mit jeweils 90 % angenommen

	Test positiv	Test negativ	
Krank	27	3	30
Gesund	997	8 973	9 970
	1 024	8 976	10 000

Von 1 024 positiven Befunden sind 27 richtig positiv.
Positiver Vorhersagewert liegt bei knapp 3 %.

Quelle: Eigene Berechnung, eigene Darstellung

346. Für Kinder gibt es Früherkennungsuntersuchungen mit besonders hoher Sensitivität und Spezifität. Für Tests auf angeborene Stoffwechselstörungen sind die Werte nahezu 100 %. Allerdings ist hier die Prävalenz der gesuchten Erkrankungen noch niedriger (z. B. 1:10 000) als bei allen im Erwachsenenalter gesuchten Erkrankungen. Es werden daher selbst mit diesen hochspezifischen Tests in der Mehrzahl falsch-positive Befunde erhoben, die durch eine Abklärungsdiagnostik geklärt werden müssen.

Der negative Vorhersagewert ist bei den kleinen Prävalenzen zwar sehr hoch (z. B. 99,95 %). Er ist aber nicht 100 %, was bedeutet, dass negative Ergebnisse von Screening-Untersuchungen eine Krankheit nicht ausschließen können. Bei der Bewertung des hohen negativen Vorhersagewertes ist zu beachten, dass man auch ohne Test sehr sicher sein kann, dass man die Zielkrankheit nicht hat (1 minus Prävalenz, also oft über 99 %), der Gewinn an Sicherheit demnach zahlenmäßig nicht sehr ausgeprägt ist.

347. Für die Berechnung dieser vier wichtigen Bewertungsgrößen ist es notwendig, genau festzulegen, wer als krank und wer als gesund anzusehen ist. Das ist in der Situation der Früherkennung besonders schwierig. In der Regel sind in der Früherkennung die Anzeichen der Krankheiten spärlicher, weniger entwickelt oder weniger eindeutig. Gesucht wird das „Nur-wenig-Kranke“, nicht das Vollbild der Krankheit. Zudem überlappen sich die Verteilungskurven von Labor-Werten bei Kranken und Gesunden nennenswert. Und gerade in diesem Überlappungsbereich sind die sehr frühen Formen von Krankheit zu suchen (Cuckle/Wald 2000).

Man hat also bei Früherkennung die besondere Aufgabe, mit einem Grenzwert zwischen „noch gesund“ und „schon krank“ zu unterscheiden. Wählt man den Wert nahe bei „noch gesund“, dann erhöht man die Sensitivität eines Screening-Tests (und vermindert die Spezifität und den positiven Vorhersagewert). Geht man in die andere

Richtung, dann steigert man die Spezifität, vermindert jedoch die Sensitivität, übersieht also Personen mit früher Krankheit (Hakama et al. 2007).

Eine Möglichkeit, solche Grenzwerte festzulegen, besteht in der Abwägung von Folgenutzen und Folgeschaden. Hierzu braucht man Studienergebnisse, die es für einige Situationen gibt (Blutdruck). Aber selbst bei sehr häufigen Gesundheitsproblemen, wie z. B. Diabetes, das Risiko für eine diabetische Augenschädigung, erniedrigte Testosteronwerte im Alter, Grad der kognitiven Einschränkung im Alter etc., stehen sie oft nicht zur Verfügung.

Nutzenbewertung von Früherkennungsuntersuchungen

348. Die Bewertung von Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen ist sehr anspruchsvoll, und zahlreiche Fallstricke können zu falschen Schlussfolgerungen führen. Das bedeutendste Problem ist der so genannte *lead-time bias*. Es bedeutet, dass Früherkennung immer zu einer Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts (z. B. bei Krebs) führt. Der Umstand, dass Patienten nach dieser frühen Diagnose länger leben als später entdeckte Fälle, ist trivial, aber noch kein Vorteil, da dies auch dann der Fall wäre, wenn die Krankheit gar nicht behandelbar wäre. Ob es also wirklich um eine Verlängerung des Lebens oder nur um eine längere Zeit geht, in der man seine Diagnose kennt, ist nur durch aufwändige Studien zu ermitteln. Darüber hinaus behindern u. a. *length-time bias* (entspricht einer Selektion der eher günstigen, weil langsam sich entwickelnden Krankheitsverläufe in der Screening-Gruppe) und alle Formen von *selection bias* eine Nutzenbewertung aufgrund einfach zu gewinnender Daten (Abholz 2001).

349. Eine Nutzenbestimmung von Screenings ist nur mit methodisch sehr zuverlässigen, diese Störfaktoren berücksichtigenden Studien möglich. Der Nutzen des Scree-

nings besteht dabei nicht primär in seinen Entdeckungsergebnissen. Für eine sichere Bewertung von Screening-Programmen müssten vielmehr Studien herangezogen werden, die die gesamte Screening-Kette – von Früherkennung über Abklärungsdiagnostik bis einschließlich Behandlung – umfassen, die Ergebnisse anhand relevanter Zielgrößen darstellen und mit den Ergebnissen ohne Screening vergleichen. Derartige Nutzenstudien liegen nur für wenige Maßnahmen vor (z. B. für Mammographie-Screening, Screening auf Blut im Stuhl). Für die Mehrzahl der Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter sowie im Bereich der Schwangerschaft gibt es solche Studien (bisher) nicht.

350. Die Qualität einer Studie zur Früherkennung hängt wesentlich von methodischen Voraussetzungen der Studie, also deren Design und deren Durchführung, ab. Das Schema einer Hierarchie der unterschiedlichen Studiendesigns und ihrer methodischen Zuverlässigkeit ist analog dem zu Diagnostik- und Therapiestudien. Als methodisch am verlässlichsten gelten randomisierte Studien bzw. systematische Reviews solcher Studien. Es ist heute internationaler Standard, die Bewertungen von und Entscheidungen über Screening-Untersuchungen vorrangig auf der Grundlage solcher Studien vorzunehmen.

Bei den Ergebnissen dieser Studien stellt sich allerdings immer die Frage, ob ihre Ergebnisse auf die Praxis übertragen werden können, d. h. in der praktischen Versorgung die gleichen Effekte erzielt werden können. Zu berücksichtigen ist dabei, dass außerhalb von Studienbedingungen der diagnostische Ablauf, die Abklärungsdiagnostik sowie das angeschlossene therapeutische Vorgehen weniger ideal organisiert sind als es in der Regel in Studien der Fall ist.

Darstellung/Kommunikation des Nutzens

351. Der prozentuale Nutzen von bekannten und eingeführten Screening-Programmen liegt meistens zwischen 20 bis 30-%iger Risikosenkung, an einer Zielerkrankung zu sterben oder zu erkranken. Da aber die im Screening gesuchten Krankheiten fast immer selten sind, ist eine Prozentangabe, eine so genannte Relative Risikoreduktion, allein nicht sehr aussagefähig, um den Nutzen einzuschätzen. Hier ist die so genannte absolute Risikoreduktion hilfreicher, also die Angabe, dass z. B. die Sterblichkeit an Brustkrebs durch regelmäßige Mammographie von 4/1000 auf 3/1000 gesenkt werden kann. Dies entspricht einem absoluten Nutzen von 1 pro 1 000 Untersucher, stellt sich aber in der Relativen Risikoreduktion als 25 % -Senkung dar.

Schaden durch Früherkennung

352. Der Schaden durch Screening umfasst ungünstige gesundheitliche Ergebnisse, die durch den diagnostischen Prozess des Screenings, die Abklärungsdiagnostik, die Behandlung aufgrund neu festgestellter Krankheit, Vorstufe von Krankheit bzw. Risikofaktor zustande kommen. Schäden eines Screenings beinhalten nicht nur die durch Diagnostik, Folgediagnostik und Therapie auftretenden

Schäden, sondern sie schließen auch ein: 1. Gestellte Diagnosen, die nicht besser als durch spätere Entdeckung behandelbar sind; 2. gestellte Diagnosen von Vor- und Frühformen einer Erkrankung, die bei einem Teil der Personen allein bekämpft und wieder „repariert“ worden wären; 3. gestellte Diagnosen, die im Leben einiger der Betroffenen nie zu einem Gesundheitsproblem geworden wären bzw. zum Tode geführt hätten, weil andere Todesursachen als die, die Ziel der Früherkennung waren, schon frühzeitig zum Tode führen (konkurrierende Todesursachen). Schließlich gibt es gerade in einem Screening mit der in der Regel niedrigen Prävalenz der gesuchten Zielerkrankung überwiegend falsch-positive Befunde, die dann wiederum zu den Schäden der Folgediagnostik führen (Muir Gray 1996).

Das Besondere beim Screening asymptomatischer Menschen ist, dass der Schaden zahlenmäßig ganz überwiegend bei den eigentlich Gesunden entsteht. Die Mehrzahl entdeckter und in der Abklärungsdiagnostik untersuchter und möglicherweise sogar behandelter Personen ist ja gesund und wird nur weiteren Maßnahmen aufgrund des Überwiegens der falsch-positiven Befunde zugeführt. Damit besteht ein besonderes ethisches Problem: Wenigen wird durch Verhinderung eines Todesfalls geholfen. Viele aber werden einem Schaden ausgesetzt, selbst wenn dieser auf die einzelne Person bezogen geringfügiger als ein Todesfall ist.

3.5.1.4 Organisationsformen von Früherkennung

353. Früherkennung kann „systematisch“ im Sinne eines Programms und sie kann „unsystematisch“ als „opportunistisches Screening“ erfolgen.

In Deutschland gibt es zwar nur für die Mammographie ein Einladungsmodell, die übrigen GKV-Leistungen sollen aber ebenfalls nach Programmvorgaben durchgeführt werden. Darüber hinausgehende Leistungen, wie sie allenthalben angeboten werden, sind als opportunistisches Screening anzusehen, fast ausnahmslos ohne Nutzenbeleg und ohne Qualitätskontrolle. Es ist aber bekannt, dass außerhalb des Mammographie-Screenings – und vielleicht des Koloskopie-Screenings auf Dickdarm-Krebs – die Rahmenbedingungen bei der Durchführung der Programme oft nicht eingehalten werden. Dies geschieht meist in der Intention, es besser als das Programm zu machen. Eine solche Abweichung von Vorgaben, die ja auf einem in Studien gefundenen Optimum basieren, erhöht aber meist die Zahl falsch-positiver Befunde, während die Auswirkungen auf die Zahl richtig-positiver Befunde nicht bekannt sind. Damit ist auch die Nutzen- zu Schaden-Relation unbekannt.

Für andere Screening-Untersuchungen außerhalb des GKV-Programms gibt es gar keinen Nutzenbeleg und es kann sogar sein, dass mehr Schaden als Nutzen resultiert. Dies ist eines der zentralen inhaltlichen und ethischen Probleme von so genannten „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL). Daher wird in anderen Ländern über die Notwendigkeit der Lizenzierung von Screenings nachgedacht (Health Council of the Netherlands 2008).

3.5.1.5 Individualmedizinische oder bevölkerungsbezogene Maßnahme

354. Früherkennungen können sowohl einen individualmedizinischen als auch einen bevölkerungsbezogenen Nutzen haben. Bei vielen Früherkennungsuntersuchungen ist aber die (individualmedizinische) Chance des Einzelnen, von einer Teilnahme zu profitieren, sehr klein und auch der mittlere erwartete Gewinn ist sehr gering. Der bevölkerungsmedizinische Nutzen (Verminderung von Krankheitslast) kann dagegen höher sein.

Es gibt aber hierbei ein Problem: Sieht man den bevölkerungsbezogenen Nutzen im Vordergrund, so muss man nach einer hohen Beteiligung streben. Klärt man aber die potenziellen Teilnehmer eines Screenings über die – ja sehr geringe – Größenordnung des Nutzens auf, dann gefährdet man eine hohe Beteiligung. Eine Gesellschaft, die Screening anbietet, muss zukünftig hierzu eine Position beziehen – und wenn es nur die ist, das Problem transparent zu machen (Health Council of the Netherlands 2008).

3.5.1.6 Zusammenfassende Bewertung

355. Betrachtet man die allgemeine Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten der Früherkennung und des Screenings, so kann man zusammenfassend zu folgenden Schlussfolgerungen kommen:

1. Früherkennung ist nicht nur durch „Diagnostik bei Vielen“ definiert. Vielmehr hat sie ihre eigenen biologischen und biostatistischen Besonderheiten, die bei jeder Ein- und Durchführung von Früherkennung und Früherkennungsprogrammen beachtet werden müssen.
2. Früherkennung kann einen nachweisbaren Nutzen haben, sie hat aber auch Schäden. Beides ist anders zu bewerten als bei einer Diagnostik beim symptomatischen Patienten.
3. Früherkennung hat primär einen bevölkerungsbezogenen Nutzen. Die gesamte Durchführungslogik von Früherkennungsprogrammen ist durch den bevölkerungsbezogenen Ansatz geprägt.
4. Der individualmedizinische Nutzen ist – außer bei einem Angebot von Screenings nur für Hoch-Risikopersonen – sehr klein, wenn er als absolute Risikoreduktion bei Teilnahme an einem Screening ausgedrückt wird.
5. Potenzielle Teilnehmer von Früherkennung müssen über ihren individuellen potenziellen Nutzen und Schaden aufgeklärt werden, bevor sie einer Untersuchung zustimmen.
6. Ein Screening-Programm stellt ein auf Studienbasis optimiertes, systematisches Programm in Bezug auf das Verhältnis Nutzen zu Schaden dar. Veränderungen an einem operationalisierten Programm können zu Verschiebungen im Verhältnis von Nutzen zu Schaden führen.
7. In Deutschland werden Veränderungen an vorhandenen systematischen Programmen bei deren Realisie-

rung nicht selten und dann auch teilweise individualisiert durchgeführt. Dies stellt einen Qualitätsmangel dar und kann eine Gefährdung der Teilnehmer bedeuten.

8. Es werden „private Programme“ und/oder IGeL-Leistungen angeboten, die keinerlei Studien-Basierung haben und damit auch Schaden anrichten können. Schließlich werden auch in Arztpraxen Früherkennungsuntersuchungen angeboten, die nach Studienlage mehr Schaden als Nutzen haben.
9. Aufgrund der Punkte 7. und 8. sollte gesellschaftlich eine Lizenzierung zur Durchführung von „Früherkennung“ erfolgen, da es eine gesellschaftliche Verantwortung für einen Bereich gibt, der vom Einzelnen in Bezug auf die Güte der Versorgung nicht beurteilbar ist.
10. Im Hinblick auf die Leistungen der GKV zur Früherkennung empfiehlt der Rat die Ergänzung des § 25, Absatz 3 SGB V (Gesundheitsuntersuchung): Zu den vier dort genannten Voraussetzungen für die (Screening-) Untersuchungen im Rahmen der GKV sollte als neue Nummer 5. hinzugefügt werden: „(dass) der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

3.5.2 Prävention in der Schwangerschaft

356. Prävention in der Schwangerschaft findet an verschiedenen Orten und getragen von verschiedenen Institutionen statt. Viele präventive Maßnahmen werden durch die GKV, respektive der Privaten Krankenversicherung (PKV), getragen. Sie sind in den so genannten „Mutterschaftsrichtlinien“ festgelegt. Darüber hinaus erfolgt Prävention in vielfältiger Form z. B. über die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen in Bezug auf die Arbeitszeiten und in Bezug auf Arbeitseinschränkungen für Schwangere, Informationen zu Arzneimitteln während der Schwangerschaft (Beipackzettel) oder Kampagnen und Publikationen, die auf Gefährdungen von Mutter und Kind in der Schwangerschaft hinweisen. Hebammen und Sozialarbeiter führen individualisierte Beratungen durch und vermitteln ggf. Unterstützung in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt. Schwerpunkt der folgenden Darstellung ist das in den „Mutterschaftsrichtlinien“ beschriebene „Programm“.

3.5.2.1 Anamnese, Untersuchung und Beratung

357. Regelmäßig im Verlauf der Schwangerschaft erfolgt eine Untersuchung/Anamnese durch den Geburtshelfer/Gynäkologen. Bei der Beratung geht es um eine allgemeine Beratung aller Schwangeren zu Schwangerschaftsverlauf und späterer Geburt sowie zu möglichen Alarmzeichen, die die Schwangere auch außerhalb der Untersuchungsintervalle zu einer Vorstellung beim Arzt im Krankenhaus anhalten sollten. Darüber hinaus geht es um eine spezifische Ernährungs- und Genussmittelberatung sowie eine in Bezug auf verwendete Medikamente. Schließlich soll über eine Jodprophylaxe informiert und diese eingeleitet werden. Bei Hinweisen in der Anamnese, dass in der Familie genetische Störungen vorliegen,

wird der Schwangeren eine Beratung zu genetischen Risiken angeboten.

Diskutierte Ergänzungen

358. Bisher ist in den Mutterschaftsrichtlinien nicht festgehalten, dass vor einer Untersuchung auf Fehlbildungen im Sinne einer genetischen Beratung eigentlich geklärt werden müsste, ob die Schwangere ein behindertes Kind austragen würde. Frauen, die dies tun würden bzw. das „Risiko“, ein solches Kind zu bekommen, akzeptieren, sollten einer belastenden Beratung und gegebenenfalls Diagnostik nicht ausgesetzt werden.

3.5.2.2 Laboruntersuchungen

Laboruntersuchungen für alle Schwangeren

Urinzucker

359. Bei Schwangeren mit einem bestehenden Diabetes kann mit einer optimalen „Blutzuckereinstellung“ während der Schwangerschaft das Risiko für die genannten Folgekomplikationen fast annähernd auf das von Schwangeren ohne einen Diabetes mellitus gesenkt werden (Kimmerle 2000). Diese Betreuung ist verbesserungsfähig, wie sich aus einer weiterhin bestehenden Übersterblichkeit sowie Totgeburten bei Schwangeren mit Diabetes mellitus ablesen lässt.

Urinuntersuchungen auf Harnwegsinfekte

360. Frauen mit Krankheitskeimen in der Blase – asymptomatisch oder symptomatisch – haben gehäuft komplizierende Geburtsverläufe und Schädigungen des Kindes durch vorzeitige Wehentätigkeit und Frühgeburtlichkeit. Eine Untersuchung ist sinnvoll und eine antibiotische Behandlung hat einen Nutzen für Mutter und Kind (Vazquez/Villars 2003).

Chlamydien

361. Eine Infektion der Mutter kann zur Frühgeburt sowie zur Infektion des Kindes führen. Bei diesem kann es zu schweren Infektionen (z. B. der Lunge oder der Augenbindehaut) kommen, die antibiotisch behandelt werden müssen. Ein Screening wird daher empfohlen (Nelson/Helfand 2001; Meyers et al. 2007).

Röteln

362. Erkrankt die Mutter in der Schwangerschaft an Röteln, so kann es zu schweren Schäden des Embryos mit Missbildungen oder tödlichem Ausgang kommen. In der Schwangerschaft wird daher der Röteln-Titer bestimmt. Ist dieser positiv, so besteht entweder über eine einmal durchgemachte Infektion mit Röteln oder über eine Impfung ein Schutz vor einer Neuinfektion. Die eigentliche Präventionsmaßnahme besteht allerdings in dem Bestreben, Frauen vor Beginn der Schwangerschaft zu impfen.

Bei einem hohen Durchimpfungsgrad der Kinder ist zu fragen, ob eine Untersuchung in der Schwangerschaft weiterhin sinnvoll ist. In 2006 ist, wie in Vorjahren, ein

Fall konnataler (angeborener) Rötelninfektion gemeldet worden (RKI 2004b). Wichtig zu wissen wäre es, wie häufig überhaupt noch ein „fehlender Röteln-Schutz“ bei den Untersuchungen der Schwangeren gefunden wird. Dies ließe sich mit nur wenig zusätzlichem Dokumentationsaufwand bei den Schwangeren-Untersuchungen auch repräsentativ erfassen.

Hepatitis B

363. Wird die Krankheit bei der Geburt von der Mutter an das Kind übertragen, so bekommen diese Kinder fast alle eine schwere Leberentzündung, die sehr oft chronisch wird und teilweise tödlich endet. Durch eine Impfung kurz nach der Geburt werden die Kinder mehrheitlich vor der Infektion bewahrt oder die Erkrankung verläuft nur abgeschwächt ab. In westlichen Industrienationen sind zwischen 85 und 98 % der „Fälle“ bei so genannten Risikopersonen (medizinische Berufe, homosexuelle Männer, Drogenabhängige, Menschen mit vielen Sexualpartnern, Menschen aus Herkunftsländern mit starker Durchseuchung etc.) zu finden (van Steenberghe 2002; Denis 2004; Euler et al. 2003; Knorr et al. 2008). Damit steht statt der Untersuchung aller Schwangeren ein so genanntes Risiko-Screening zur Diskussion, was einen ähnlichen Nutzen bei deutlich geringerem Aufwand haben könnte. Auch für eine solche Entscheidung wäre die Zahl der heute im Rahmen der Schwangerschaft entdeckten Fälle von Bedeutung. Diese könnte mit wenig zusätzlichem Aufwand über die Mutterschaftsuntersuchungen gewonnen werden.

Syphilis

364. Die Syphilis ist hierzulande eine seltene Erkrankung geworden, die meistens Männer betrifft (RKI 2007c). In den Jahren 2001 bis 2004 wurden in Deutschland jeweils sieben Babys mit Syphilis geboren, von denen fünf aus Familien stammten, die nach Deutschland eingewandert waren. Es ist daher zu diskutieren, ob diese Untersuchung als Routine-Screening weiter durchgeführt werden sollte (Kiss et al. 2003).

Blutgruppenunverträglichkeit

365. Die Blutgruppen des ungeborenen Kindes und der schwangeren Mutter können sich unterscheiden. Von Bedeutung ist die so genannte Rhesus-Blutgruppe. Eine Komplikation kann dann entstehen, wenn die Mutter Rhesus-negativ, das Kind Rhesus-positiv ist. Während der ersten Schwangerschaft stellt dies meist kein Problem dar. Wenn jedoch in einer folgenden Schwangerschaft das ungeborene Kind wieder Rhesus-positiv ist, so können mütterliche Antikörper gegen Rhesus-positives Blut, die sich in der ersten Schwangerschaft gebildet haben, über die Plazenta zur Zerstörung der kindlichen roten Blutzellen und zu einer schweren Blutarmut des ungeborenen Kindes führen. Die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehene Bestimmung der Blutgruppe inklusive Rhesus-Faktor der Mutter sowie ein Antikörper-Suchtest sind daher sinnvoll.

Hämoglobin, roter Blutfarbstoff

366. Wegen erhöhten Eisenverbrauchs und möglicher Blutverluste in der Schwangerschaft wird regelmäßig der rote Blutfarbstoff – Hämoglobin (Hb) – bestimmt. Es gibt allerdings keine Belege dafür, dass die Bestimmung des Hb und die sehr verbreitet gezogene Konsequenz, eine Eisengabe während der Schwangerschaft, für Mutter oder Kind von Vorteil sind (Stiftung Warentest 2007).

Laboruntersuchungen bei besonderen Konstellationen*Toxoplasmose*

367. Die Toxoplasmose ist eine Infektionskrankheit durch Einzeller, die vorwiegend durch Haustierkot (Katzen) und rohes Fleisch übertragen wird. In der Schwangerschaft kann es zu Schädigungen des Kindes mit Fehlgeburt oder bleibenden Folgeschäden – vorwiegend des Gehirns und der Augen – kommen. Gemeldet werden hierzulande etwa 30 Fälle angeborener Toxoplasmose pro Jahr (RKI 2002). Die Frage der Behandelbarkeit ist umstritten und problematisch: Je früher in der Schwangerschaft die Infektion erfolgt, um so höher ist das Risiko einer Infektion des Kindes und einer schweren Schädigung. Gerade aber in dieser Phase ist auch eine antibiotische Therapie nicht ohne Gefahr von arzneimittelinduzierten Schäden – und sie ist auch keine Garantie dafür, dass toxoplasmosebedingte Schäden beim Kind verhindert werden.

Die Mutterschaft-Richtlinien sehen eine Untersuchung nur bei „begründetem Verdacht“ vor. Zum Nutzen eines generellen Screenings gibt es zwei systematische Reviews (Gilbert/Peckham 2002; SYROCOT 2007). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass wahrscheinlich der Schaden größer ist als der Nutzen. Schaden kommt schon deswegen zustande, da bei einem Screening mit so niedriger Prävalenz überwiegend falsch-positive Befunde erhoben werden, die dann zu eingreifender Diagnostik, zu Therapien mit Nebenwirkungen oder ggf. zu einem Abbruch der Schwangerschaft führen. Unabhängig von der Frage der Laboruntersuchung sollten in der Beratung der Schwangeren die leicht umsetzbaren und dabei wahrscheinlich erfolgreichen Maßnahmen gegen einen Kontakt mit den Erregern besprochen werden (Gollup et al. 2008).

HIV-Infektion

368. Die Schwangeren sollen auf die Möglichkeit eines HIV-Tests hingewiesen werden und darauf, dass bei einer Infektion der Mutter mehrheitlich das Kind infiziert wird. Ist eine HIV-Infektion bekannt oder wird diese über einen Test in der Schwangerschaft entdeckt, dann erfolgt eine antivirale Therapie. Diese hat Nebenwirkungen, lässt aber – durch Studien gut belegt – die Zahl kindlicher Infektionen deutlich sinken.

Diskutierte Ergänzung: Gestationsdiabetes

369. Früherkennungsmaßnahmen für diese Störung/Erkrankung sind nicht in den Mutterschaftsrichtlinien enthalten, sie werden aber immer wieder gefordert und teilweise auch – außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien – durchgeführt.⁷⁵

Seit Langem sind die Schäden bei leicht gestörtem Zuckerstoffwechsel (Gestationsdiabetes) – nicht zu verwechseln mit einer bereits vorher bestehenden Zuckerkrankheit der Mutter – bekannt: zu große Babies (Makrosomie), mehr Kaiserschnittentbindungen (aufgrund der Größe), Schulterverletzungen (aufgrund der Größe bei normaler Geburt entstehend), Gerinnungsstörungen.

Störungen des Zuckerstoffwechsels können in sehr leichter Form vorliegen und sind dann nur durch eine Belastung durch Zucker mit anschließender Bestimmung der Blutzuckerwerte feststellbar (oraler Glukosetoleranztest). Frauen, die im Zusammenhang mit dem Glukosetoleranztest Auffälligkeiten zeigen, werden als Gestationsdiabetikerinnen kategorisiert. Bei ihnen wird die Störung des Zuckerstoffwechsels mehrheitlich nur unter der „Belastung“ der Schwangerschaft deutlich, verschwindet also meist nach der Entbindung.

Wie bei allen Risikofaktoren geht es auch hier um eine Grenzwertfestlegung nach Abwägung von Nutzen und Schaden. Verlässlich lässt sich dies nur durch randomisierte und zugleich kombinierte Screening-Behandlungsstudien bestimmen. Die drei großen, methodisch zuverlässigen, teilweise randomisierten Studien (HAPO 2008; Crowther et al. 2005; Sermer et al. 1998) kamen zu uneinheitlichen Ergebnissen. Der aktuelle Vorbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) stellt fest, „dass eine verlässliche Bewertung von Nutzen und Schaden durch ein Screening auf Gestationsdiabetes nicht möglich ist. [...] Trotzdem kann indirekt ein Hinweis darauf abgeleitet werden, dass ein Screening auf Gestationsdiabetes zu einer Reduktion von perinatalen Komplikationen führt“ (IQWiG 2009).

In Deutschland wird bisher, wie in allen anderen Ländern, aufgrund der skizzierten Studienbasis eine breite Testung auf Gestationsdiabetes nicht durchgeführt. Nur bei Verdacht ist eine gezielte Diagnostik vorgesehen. Der G-BA berät derzeit über die Einführung eines allgemeinen Screenings.

3.5.2.3 Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

370. Die Mutterschaftsrichtlinien sehen drei Ultraschalluntersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft vor. Die Zahl der Untersuchungen kann erhöht werden,

⁷⁵ Das Beratungsthema „Screeningprogramme für Gestationsdiabetes“ des G-BAs wurde erstmals am 4. Oktober 2002 veröffentlicht. Mit Beschluss vom 4. September 2003 wurde die Beratung ausgesetzt und mit Beschluss vom 18. Juli 2006 wieder aufgenommen.

wenn es dafür medizinische Gründe gibt.⁷⁶ Ziel dieser Untersuchungen ist es, Hinweise auf den Verlauf der embryonalen und fetalen Entwicklung, Entwicklungsstörungen der Frucht sowie Fehlbildungen zu bekommen und gegebenenfalls zu intervenieren. Kein anderes Land hat eine routinemäßige Ultraschalluntersuchung für einen normalen Ablauf der Schwangerschaft, also außerhalb von so genannten Risikoschwangerschaften, vorgesehen. In Deutschland wurde die Ultraschalluntersuchung für die GKV etwa zeitgleich mit der Publikation von vier großen Nutzen-Studien sowie einem Review hierzu (Bucher/Schmidt 1993) eingeführt.

Alle Studien zeigten, dass die Ultraschalluntersuchungen bei normalen Schwangerschaften in der Routineversorgung zu mehr Folgediagnostik, aber keinem besseren Outcome in Bezug auf Morbidität und Mortalität bei Kind und Mutter führen. Auch der neueste systematische Review, also die zusammenfassende Auswertung aller Studien (Bricker et al. 2008), zeigte wieder, dass die Ultraschalluntersuchung in der regelhaft verlaufenden Schwangerschaft keinen klinisch relevanten Nutzen hat. Als problematisch wird angesehen, dass es meist zu mehr Folgeuntersuchungen und damit – wahrscheinlich – Beunruhigungen der Schwangeren kommt.

3.5.2.4 Zusammenfassende Bewertung

371. Betrachtet man die in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegten Untersuchungen, so kann man zusammenfassend zu folgenden Schlussfolgerungen kommen:

1. Es handelt sich um ein ausführliches, in den Untersuchungsabständen straffes Untersuchungsprogramm, das in dieser Weise beispiellos ist.
2. Ein Teil des Programms ist durch Studienergebnisse in seinem Nutzen abgesichert oder mit unmittelbarer Plausibilität in Bezug auf den Nutzen wahrscheinlich gemacht.
3. Andere Teile sind in ihrem Nutzen nicht ausreichend belegt oder müssen sogar – wie Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft – bei guter Studienlage als „ohne Nutzenbeleg“ eingestuft werden.
4. Einige Untersuchungen hatten möglicherweise einmal einen Nutzen, heute besteht aber aufgrund gewandelter Krankheits-Prävalenzen in der Routine-Situation wahrscheinlich ein ungünstiges Aufwand/Nutzen-Verhältnis. Dies gilt für die Untersuchungen auf Syphilis, Röteln und Hepatitis B.
5. Um hier mit empirischen Daten zu gegebenenfalls besserer Entscheidungsgrundlage zu kommen, bedürfte es nur relativ geringen zusätzlichen Dokumentationsaufwandes; dieser sollte eingefordert werden.
6. Die im Programm enthaltenen Beratungen sind nicht operationalisiert, was als Qualitätsmangel anzusehen ist.

⁷⁶ Das Beratungsthema „Ultraschallscreening im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien“ steht entsprechend der Festsetzung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten Unterausschusses vom 8. März 2005 zur Überprüfung an.

7. Es fehlen bei den Beratungen Vorgaben zu genetischer Beratung/Testung.
8. Bisher sind in das Programm wissenschaftlich umstrittene, aber in Deutschland oft geforderte breite Screenings auf Toxoplasmose oder auf Gestationsdiabetes nicht aufgenommen. Wichtig wäre aber zu ermitteln, wie oft diese außerhalb des Programms – also „unlizenziert“ (Health Council of the Netherlands 2008) – angewandt werden.
9. Wenn auch das deutsche Programm der Mutterschaftsrichtlinien ungewöhnlich breit in den Untersuchungen und der Durchführungshäufigkeit ist, so ergibt sich im Vergleich zu Ländern mit einem ähnlichen allgemeinen Entwicklungsstand (Westeuropa) in Bezug auf die zentralen Outcome-Größen, der Säuglings- und Müttersterblichkeit, für Deutschland keine hervorgehobene positive Position, was Verbesserungsbedarf in Programm und/oder Umsetzung bedeuten könnte.

3.5.3 Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter

372. Kindheit und Jugend sind Lebensabschnitte, die sich weder durch hohe noch – von wenigen Fällen abgesehen – schwerwiegende Morbidität oder gar Mortalität auszeichnen. „Ungeschützt“ ist das Kind hingegen gegen gesundheitsschädliche Einwirkungen durch Unfälle und psychopathologisch sich auswirkende Belastungen, sei es durch Armut, familiäre Zerrissenheit, Erziehungsstile in Familie und Institutionen, sowie durch deformierend, traumatisierend sich auswirkende Sozialisation im weitesten Sinne.

Neben anderen für diese Lebensphase relevanten Präventionsbemühungen, die überwiegend nicht-medizinisch sind, zielen Früherkennungsuntersuchungen auf einige schwerwiegende Erkrankungen sowie Störungen der kindlichen Entwicklung ab.

Fokussiert wird hier auf den kinderärztlichen und später hausärztlichen Versorgungsbereich, d. h. Untersuchungen und Gesundheitsberatungen entsprechend der „Kinder-Richtlinien“ (U1 bis U9) sowie Impfungen entsprechend der „Richtlinie über Schutzimpfungen“. Der G-BA hat im Februar 2005 das Verfahren für eine grundlegende inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien eingeleitet. Wann diese Überarbeitung beendet sein wird, ist jedoch noch nicht abzusehen.

3.5.3.1 Körpermaße

373. Die Bestimmung der Körpermaße (mit Ausnahme des BMI) ist für jeden Untersuchungszeitpunkt vorgesehen. Studien, die ein Screening-Programm mit Messung von Körpergröße, Gewicht und Kopfumfang untersuchten, fanden sich nicht. Für die genannten drei Bereiche ist es – gute Schulung des Untersuchers und genaue Messgeräte vorausgesetzt – möglich, relevante Veränderungen zuverlässig zu erkennen. Ebenfalls allen drei Bereichen gemein ist, dass der zu erkennende Umstand an sich keine Erkrankung, sondern ein Symptom oder – bei Adipositas – einen begünstigenden Faktor für Begleiterkrankungen

darstellt. Nur für einige Erkrankungen, die sich durch Veränderungen der Körpergröße oder des Kopfumfanges bemerkbar machen, gibt es gesichert wirksame Therapien. Für das Übergewicht fanden sich keine Studien, die Langzeiteffekte einer Therapie untersuchten.

Über die notwendige Häufigkeit dieser Messungen gibt es keine Studien. Die Zahl der Messungen im hiesigen Früherkennungsprogramm scheint jedoch zu hoch zu sein.

3.5.3.2 Untersuchung von Organsystemen

374. Durch Befragung und körperliche Untersuchung sollen Fehlbildungen und Erkrankungen aller Organsysteme entdeckt werden. Grundgedanke ist, dass eine Verschlechterung oder eine verminderte Wirksamkeit einer Behandlung verhindert werden soll. Die Datenlage für Untersuchungen der verschiedenen Organsysteme ist sehr spärlich. Studien zu Screening-Programmen, die die Abfolge von Erkennen (Screening) und Behandeln (Screening-Nutzen) in Zusammenschau sehen, fanden sich nicht (vgl. Moyer/Butler 2004). Ohnehin ist der Vorteil eines Screenings bei unauffällig erscheinenden Kindern nur für sehr wenige Erkrankungen plausibel. Für kritische Herzfehler und Linsentrübungen dürfte ein Nutzen vorliegen, wobei zu überlegen ist, ob die Anstrengungen für deren Entdeckung nicht noch verbessert werden können. Offen bleibt, wie häufig die Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Es erscheint aber hoch plausibel, dass sie in Deutschland zu häufig durchgeführt werden; zumindest dürfte der Zusatznutzen durch diese Häufigkeit im Vergleich zu beispielsweise zwei oder drei Untersuchungen nur minimal sein. Aus der Literatur gibt es keinen Hinweis auf eine optimale Zahl und die zeitlichen Abstände derartiger Untersuchungen.

3.5.3.3 Erweitertes Neugeborenen-Screening auf Hormon- und Stoffwechselstörungen

375. Ziel des erweiterten Neugeborenen-Screenings sind ausgewählte Störungen des Hormonsystems und des Stoffwechsels. Der Vorteil einer Entdeckung mittels eines Screenings ergibt sich aus dem Verlauf der Zielkrankheiten, der sich grob in drei Kategorien einteilen lässt (wobei manche Zielkrankheiten auch – je nach Verlauf – mehr als einer Kategorie zugehörig sind):

1. Krankheiten, die häufig bereits in der Neugeborenenphase akut gefährdend symptomatisch werden, aber ein symptomfreies Intervall aufweisen. Beispiele dafür sind bestimmte Formen des Adrenogenitalen Syndroms (Salzverlust-Variante), die klassische Galaktosämie oder die Ahornsirupkrankheit.
2. Krankheiten, bei denen sich im Verlauf des Säuglingsalters Symptome zeigen; eine dann erst begonnene Therapie kann jedoch die bereits entstandenen Schäden nicht mehr beheben. Beispiele dafür sind die angeborene Hypothyreose oder die Phenylketonurie.
3. Krankheiten, die krisenhaft verlaufen. Eine solche Manifestation einer Stoffwechselkrise, die mit bleibenden Schäden oder dem Tod einhergehen kann, wird durch äußere Faktoren wie z. B. Operationen oder fieberhafte Infekte begünstigt. Beispiele dafür sind einige der Fettsäureoxidationsstörungen (vor allem MCAD) und die Glutarazidämie Typ I.

Die Zielerkrankungen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 48

Zielerkrankungen des erweiterten Neugeborenen-Screenings

Erkrankung	Häufigkeit	Zahl der betroffenen Kinder je Geburtsjahrgang
Angeborene Schilddrüsenunterfunktion	1:4 000	180
Adrenogenitales Syndrom	1:10 000	70
Biotinidasemangel	1:80 000	10
Galaktosämie	1:40 000	20
Phenylketonurie	1:10 000	70
Ahornsirupkrankheit	1:200 000	4
Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel*	1:10 000	70
Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel*	1:80 000	10
Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel*	1:80 000	10
Carnitinzyklusdefekte*	1:100 000	7
Glutaracidurie Typ I	1:80 000	10
Isovalerianacidämie	1:50 000	15
Gesamt	1:1 500	460–500

Unter Carnitinzyklusdefekt werden drei Erkrankungen, auf die ein Screening erfolgt, subsumiert.

* Bezeichnet den Komplex der Fettsäureoxidationsstörungen.

Quelle: Eigene Darstellung

Das Screening erfolgt über eine Blutentnahme zwischen der 48. und 72. Lebensstunde. Die Analyse erfolgt in zentralen Screening-Labors, die bei auffälligen Befunden die Ärzte und Einrichtungen empfehlen, bei denen die weitere Betreuung erfolgen kann.

Die Treffsicherheit des Screenings ist sehr hoch. Erkrankte Kinder werden sehr sicher als krank erkannt, ebenso werden gesunde Kinder sehr sicher als gesund erkannt. Ein auffälliges Ergebnis im Screening bedeutet aber wegen der sehr geringen Häufigkeit (Prävalenz) aller dieser Erkrankungen trotzdem nicht, dass eine Erkrankung wirklich vorliegt. Die positiven Vorhersagewerte liegen bei 3 bis 32 % (Schulze et al. 2003). Nach einem auffälligen Befund im Screening wird die Erkrankung erst durch eine Abklärungsdiagnostik bestätigt oder ausgeschlossen.

Für viele Zielkrankheiten dieses Neugeborenen-Screenings liegen Nachweise des Nutzens in Bezug auf Erkennen und bessere Behandlungsmöglichkeiten vor. Bei anderen ist weniger die Erkennung als vielmehr die Wirksamkeit der Therapie infrage zu stellen – zumindest gibt es keine Studien dazu. Das Problem von Überdiagnosen ist relevant. Der Nutzen eines Screenings auf AGS und Galaktosämie ist fraglich (Oberklaid et al. 2002; Seymour et al. 1997).

Diskutierte Ergänzung: Zystische Fibrose

376. Die zystische Fibrose (auch Mukoviszidose genannt) ist eine vererbte Erkrankung, bei der die Zusammensetzung der Ausscheidung bestimmter Drüsen verändert ist. Die Lungenerkrankung stellt die häufigste Todesursache dar, wobei die mittlere Lebenserwartung heute bei etwa 40 Jahren liegt. Die zystische Fibrose zeigt eine sehr große Variabilität in der Schwere der Erkrankung. Die Häufigkeit liegt in Deutschland bei etwa 1:2 000, das heißt, je Geburtsjahrgang sind etwa 350 Kinder betroffen. Ebenso wie bei den anderen Stoffwechselerkrankungen erfolgt das Screening mittels Blutentnahme.

Eine systematische Übersicht der Cochrane Collaboration, letzte Ergänzung im Februar 2008, schloss – aus methodischen Gründen – lediglich eine große Studie aus den USA ein (Mérelle et al. 2001). Das Screening-Programm zeigte uneinheitliche Ergebnisse, wobei vor allem die patientenrelevanten Endpunkte wie Überleben oder Zahl der Krankenhaus-Aufenthalte nicht (verlässlich) untersucht wurden. Zudem haben sich die Therapiemodalitäten seit Beginn der Studie verändert, sodass die Übertragbarkeit auf heutige Verhältnisse infrage zu stellen ist. Die Testgüte der Screening-Untersuchung scheint sehr hoch zu sein; die Anwendung auf deutsche Verhältnisse sollte jedoch überprüft werden. Es fanden sich Hinweise für die Vorteile eines frühzeitigeren Therapiebeginns. Die derzeitige Datenlage erlaubt die Einführung eines generellen Screenings nicht, eine Studie im Rahmen eines Cluster-Designs ist jedoch denkbar.

Besondere Aspekte dieses Screenings

377. Mit Ausnahme der Schilddrüsenunterfunktion werden alle Erkrankungen autosomal-rezessiv vererbt. Dies

bedeutet: Auch Kinder nicht-erkrankter Eltern, die aber selbst beide Überträger der Erkrankung sind, erkranken mit einer Wahrscheinlichkeit von 25 %. Damit werden die Kinder zu Indikator-Personen dieses genetischen Risikos. Somit gleicht dieses Screening einem „genetischen Screening“. Damit kann für die Nutzenbewertung auch der Umstand herangezogen werden, dass Eltern betroffener Kinder ihre Entscheidung für weitere Kinder informierter treffen können.

In Deutschland werden annähernd 100 % der Neugeborenen mit diesem Screening erreicht; ebenso werden die allermeisten Erkrankungen damit auch identifiziert. Die Behandlung dieser teils sehr seltenen Erkrankungen ist komplex und erfolgt meist in den wenigen spezialisierten Kinderkliniken.

Für Erwachsene gibt es nur sehr wenige spezialisierte Stellen, die eine Expertise auf dem Gebiet dieser Stoffwechselerkrankungen haben. Die Situation ähnelt der von erwachsenen Patienten mit zystischer Fibrose: Bessere Therapiemöglichkeiten führen dazu, dass Betroffene seit einigen Jahren regelhaft das Erwachsenenalter erreichen und nicht mehr im Kindesalter versterben, aber dann im Erwachsenenalter oft keine adäquate Betreuungseinrichtung mehr haben (vgl. Kapitel 4).

Mit dieser Situation, also der unregelmäßigen „Übergabe an den Erwachsenenmediziner“ (so genannte Transition) ist eine ethisch problematische Situation entstanden: Durch das Screening wird ein Leiden entdeckt, das im Kindesalter (meist) adäquat versorgt wird. Dann aber ist es nicht unwahrscheinlich – jedoch nicht systematisch untersucht –, dass diese Menschen zu nennenswerten Teilen unversorgt bleiben. Adäquate Behandlungsstellen für Erwachsene stellen eine Lösungsmöglichkeit dar, deren Finanzierung jedoch langfristig gesichert sein muss, weil sich derartige Behandlungseinrichtungen für seltene Erkrankungen nicht finanziell tragen, also auch Krankenhausträger oder Universitäten sich nicht dafür interessieren.

3.5.3.4 Altersgemäße Entwicklung

378. Neben dem körperlichen Wachstum ist die Entwicklung, z. B. in Sprache, Motorik, Kognition und (Sozial-)Verhalten, das Charakteristikum des Kindes- und Jugendalters. Für die Bewertung ist es hilfreich, die eher seltenen, schwerwiegenden Störungen der Entwicklung von den deutlich häufigeren leichten oder moderaten Entwicklungsstörungen zu unterscheiden (Hall/Elliman 2003).

Die verschiedenen Arten des Autismus betreffen z. B. ca. 1 % aller Kinder eines Geburtsjahrganges, also etwa 7 000 Kinder. Von einer infantilen Zerebralparese sind etwa 0,2 % aller Kinder eines Geburtsjahrganges betroffen, entsprechend 1 400 Kinder. Die leichten oder moderaten Entwicklungsstörungen sind deutlich häufiger und treten nicht selten in Kombination miteinander auf. Hierzu zählen Störungen der Fein- und Grobmotorik, der Sprache und leichte Verhaltensauffälligkeiten.

Die Datenlage für ein Entwicklungs-Screening von Kindern, die in ihrer Entwicklung für die Eltern unauffällig erscheinen, ist spärlich – sowohl was die Zahl der Untersuchungen als auch deren Ergebnis angeht. Zusammenge-

fasst gibt es keine verlässliche Untersuchung eines Screening-Programms. Screeninginstrumente erreichen nicht die notwendige Testgüte oder deren Testgüte ist nicht untersucht. Die anschließenden Therapieverfahren scheinen teilweise wirksam zu sein, wobei Vergleiche von einem früheren Therapiebeginn zu einem späteren Therapiebeginn fehlen.

3.5.3.5 Hüftgelenksanomalien

379. Unter Hüftgelenksanomalien werden neben manifesten Erkrankungen wie die vollständige oder teilweise Ausrenkung ((Sub-)Luxation) auch die nicht optimal ausgereiften Hüftgelenke verstanden. Diese können dann zur (Sub-)Luxation oder nach vielen Jahren zu einem vorzeitigen Hüftgelenksverschleiß im Sinne einer Arthrose führen.

Ziel der Früherkennung ist daher sowohl das Erkennen von akut behandlungsbedürftigen Zuständen als auch von Zuständen, die erst viele Jahre später zu krankhaften Befunden führen. Dies macht ein Problem der Evaluation der Früherkennung in diesem Fall deutlich: Studien mit jahrzehntelanger Nachbeobachtungsdauer sind nur mit sehr großem Aufwand durchführbar. Als Surrogate bzw. Ersatz für eine umfassende Bewertung werden daher Behandlungsraten und insbesondere die Operationshäufigkeiten im Kindesalter verwendet. Für die Früherkennung von Hüftgelenksanomalien stehen die körperliche Untersuchung und die Ultraschalluntersuchung des Hüftgelenkes zur Verfügung. In Deutschland ist es üblich, dass bei Vorliegen von Risikofaktoren oder bei Auffälligkeiten bei der körperlichen Untersuchung des Hüftgelenks die Ultraschalluntersuchung schon in der Geburtsklinik erfolgt. Ansonsten wird ein generelles Screening (wie in den Kinder-Richtlinien empfohlen) zur U3 durchgeführt.

380. Zwei systematische Übersichten haben sich mit allen Aspekten dieser Screeninguntersuchung auseinandergesetzt (Woolacott et al. 2005; Shipman et al. 2006). Ein Vergleich eines generellen Ultraschallscreenings gegenüber keinem Screening liegt nicht vor. Meist retrospektive Kohortenstudien, zum Teil mit historischen Kontrollen, untersuchten ein generelles Ultraschallscreening gegen ein klinisches Screening bzw. ein selektives Ultraschallscreening. Dabei zeigt sich meist ein Vorteil des generellen Ultraschallscreenings hinsichtlich der Notwendigkeit einer Operation im Kindesalter. Die Studienart bedingt aber erhebliche Unsicherheiten des Ergebnisses. Die Erkennungsgenauigkeit der Ultraschalluntersuchung wird zwar als hoch beschrieben, methodische Einschränkungen der einzigen Studie stellen dieses Ergebnis zumindest teilweise in Frage. Auch zur Therapie finden sich ausschließlich Studien mit einem hohen Verzerrungspotenzial; generell zeigte sich die Wirksamkeit sowohl weniger invasiver als auch invasiver Maßnahmen.

Zusammenfassend ist die Datenlage für ein Hüftgelenks-Screening spärlich und spricht weder für noch gegen ein Screening-Programm. Verlässliche Studien könnten darüber jedoch Auskunft geben.

3.5.3.6 Hören und Ohren

381. Im Zentrum der Früherkennungsuntersuchung stehen im Neugeborenenalter die angeborene, beidseitige Hörstörung und – meist im Kleinkindalter – die Hörstörung durch chronische Mittelohrergüsse. Neben der Hörminderung werden Hörstörungen mit Störungen der Sprachentwicklung in Verbindung gebracht, aber auch mit Auffälligkeiten des Verhaltens und der Gesamtentwicklung.

Ab 2009 erfolgt das Screening aller Neugeborenen mittels apparativer Diagnostik in Bezug auf die angeborenen Störungen. In vielen Geburtskliniken wurden solche Screening-Untersuchungen bereits vorher regelmäßig durchgeführt. In einer systematischen Übersicht (IQWiG 2007) fanden sich Vorteile sowohl für ein Screening-Programm als auch für die frühere Therapie. Die Diagnostik zeigt recht hohe Erkennungsgenauigkeiten. Einschränkung für diese Aussage ist, dass – bis auf eine Studie – alle Studien mit deutlichen methodischen Mängeln behaftet sind. Für ein Hörscreening im Kleinkindalter fanden sich hingegen keine Vorteile (Simpson et al. 2007; Bamford et al. 2007). Die Diagnoseverfahren haben eine z. T. recht hohe Erkennungsgenauigkeit. Die Therapie nur durch ein Screening identifizierter (und nicht durch z. B. Hör- oder Sprachstörung auffällig gewordener) Kinder zeigte keinen Vorteil eines Screenings.

3.5.3.7 Sehen und Augen

382. Während im Neugeborenenalter die Erkennung von angeborenen Fehlbildungen wie angeborene Augenlinsestrübungen im Vordergrund steht (s. Abschnitt 3.5.3.2 Untersuchung von Organsystemen), stehen bei den späteren Untersuchungen die Schwachsichtigkeit (Amlyopsie) und ihre Risikofaktoren wie Schielen oder Fehlsichtigkeiten im Vordergrund. Neben der Befragung der Eltern und der Beobachtung ist die Untersuchung der Augenbeweglichkeit, der Augenstellung, der Sehschärfe und des beid-äugigen Sehens wichtig. Somit zielt das Screening sowohl auf die manifeste Schwachsichtigkeit als auch auf begünstigende Risikofaktoren.

Eine systematische Übersicht (IQWiG 2008) ergab, dass aus Studien, die komplette Screening-Programme für eine Amblyopsie untersuchten, keine gesicherten Aussagen möglich sind. Die Screening-Untersuchung erkennt recht sicher Gesunde als gesund; eine Erhöhung der Erkennungsgenauigkeit der Kranken wäre durch ein besser geschultes Untersuchungspersonal und bessere Untersuchungsverfahren wahrscheinlich. Zum Wert eines Screening-Programmes oder zur Überlegenheit einer früheren gegen eine spätere Therapie lassen sich keine Aussagen treffen.

3.5.3.8 Präventive Beratung

383. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen erfolgen präventive Beratungen zu den verschiedensten Themen – teils geht die Initiative dafür vom Kinderarzt aus, teils fragen die Eltern nach. Typische Beratungsthemen sind Stillen, Unfallprävention, Passivrauchen, Zahnkaries sowie plötzlicher Säuglingstod und Schütteltrauma.

Für einige der typischen Beratungsthemen fanden sich Belege für die Wirksamkeit einer Beratungs-Intervention; andere sind nachgewiesenermaßen kaum oder gar nicht wirksam. Wiederum andere sind in Bezug auf einen Nutzen nicht untersucht. Im Vergleich zu diagnostischen oder „harten“ therapeutischen Interventionen können die kulturellen Aspekte, die mit einer Beratung und bestimmten Verhaltensweisen verknüpft sind, die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse einschränken. Es sollten also auch in Deutschland Studien zur Nutzenbestimmung derartiger Beratungen durchgeführt werden. Gegebenenfalls sollten Beratungsthemen ausdrücklich in das Vorsorgeprogramm für Kinder aufgenommen werden.

3.5.3.9 Zusammenfassende Bewertung

384. Betrachtet man die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, so kann man zusammenfassend zu folgenden Schlussfolgerungen kommen:

1. Das Früherkennungsprogramm im Kindesalter ist gekennzeichnet durch viele, recht engmaschige Untersuchungstermine im Hinblick auf eine Vielzahl von überwiegend somatischen Zielerkrankungen. Ähnliche Programme sind – mit einer zum deutschen Programm unterschiedlichen Anzahl von Untersuchungsterminen und Zielkrankheiten – in vielen anderen Ländern etabliert.
2. Screening zielt auf asymptomatische Erkrankungsstadien. Bezogen auf das Früherkennungsprogramm im Kindesalter bedeutet „asymptomatisch“ meist, dass die Eltern ihr Kind als gesund und unauffällig einschätzen. Ein Teil der in den Kinder-Richtlinien genannten Zielkrankheiten (z. B. Hauterkrankungen) sind offensichtlich nicht asymptomatisch, bedürfen daher nicht einer Früherkennung im üblichen Sinne. Hier spiegelt sich in der Programmgestaltung die Annahme wider, dass Eltern bestimmte Störungen nicht als solche wahrnehmen und das Programm sie hier ersetzen muss. Dies entspricht einem heute weithin als veraltet geltenden sozialfürsorgerischen Konzept.
3. Für viele Zielkrankheiten fällt auf, dass Durchführung und Bewertung der Untersuchung nur teilweise operationalisiert sind; Ausnahmen sind z. B. das „erweiterte Neugeborenen-Screening“ oder die Ultraschalluntersuchung auf Hüftgelenksanomalien.
4. Viele der im deutschen Programm enthaltenen Untersuchungen sind zwar unter rein diagnostischen Aspekten akzeptabel. Für mögliche therapeutische Konsequenzen fehlt aber ein Nutznachweis (z. B. die Bestimmung von Körpergröße und -gewicht oder das Neugeborenen-Hörscreening).
5. Einige Untersuchungen könnten verbessert werden, wie die Erkennung der Amblyopie und ihrer Risikofaktoren (z. B. durch Augenärzte und Orthoptisten) oder die Erkennung angeborener Herzfehler (durch ein Neugeborenen-Pulsoximetrie-Screening).
6. Die Datenlage bezüglich der Erfassung der Zielkrankheiten und ihrer Behandlung sowie bezüglich der Erfassungsgüte innerhalb des Programms ist insgesamt spärlich. Fast alle Studien stammen aus dem Ausland. Ergebnisse sind somit nur eingeschränkt übertragbar.
7. Die Sequenz aus Untersuchung und Behandlung ist nur selten untersucht. Bei einigen Zielkrankheiten wie dem „erweiterten Neugeborenen-Screening“ zeigen sich Vorteile eines Screenings. Keine Vorteile lassen sich z. B. für die Untersuchungen auf Hörstörungen im Kleinkind- oder Vorschulalter nachweisen.
8. Neben der Suche nach den durch die Kinder-Richtlinien vorgegebenen Zielkrankheiten haben die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter jedoch auch andere Funktionen: Sie bestätigen den Eltern die unauffällige Entwicklung ihres Kindes und bieten Raum für Beratungen. Für viele Kinderärzte liegt sogar der Schwerpunkt der Früherkennungsuntersuchungen in diesen beratenden Maßnahmen. Dem ist durch die Aufnahme von Beratungen in das präventive Programm Rechnung zu tragen, soweit ihre Wirksamkeit und ihr Nutzen nachgewiesen ist.
9. Der Beratungsanteil scheint in den letzten Jahren zuzunehmen. Zusammen mit den unverändert umfangreichen Untersuchungen zur Erkennung der Zielkrankheiten ergeben sich allerdings Konsultationen, die sowohl wegen ihres Zeitaufwandes als auch wegen der Informationsfülle nicht praktikabel sind.
10. Eine verbessernde Umgestaltung könnte folgendermaßen aussehen:
 - a) Präventive Beratungen und Aspekte der Erziehungsberatung sollen ihren offiziellen Platz in den Vorsorgeuntersuchungen finden – soweit die Wirksamkeit (möglichst in Deutschland) nachgewiesen ist.
 - b) Das Screening-Programm sollte um unplausible Zielkrankheiten und ungeeignete Untersuchungen reduziert werden.
 - c) Für plausible Screening-Untersuchungen, die idealerweise in ihrer Wirksamkeit gesichert sind, sollten Operationalisierungen erfolgen, die ein eindeutiges Vorgehen ermöglichen und deren Dokumentation zur Begleitforschung genutzt werden kann.
 - d) Erweiterungen der Früherkennungsuntersuchungen – sowohl was die Zahl und die Häufigkeit der Untersuchungen als auch die Zielkrankheiten betrifft – sollen nur bei nachgewiesener Wirksamkeit erfolgen.
 - e) Im Hinblick auf die Leistungen der GKV zur Früherkennung empfiehlt der Rat die Ergänzung des § 25, Absatz 3 SGB V (Gesundheitsuntersuchung): Zu den vier dort genannten Voraussetzungen für (Früherkennungs-)Untersuchungen im Rahmen der GKV sollte als Nummer 5. hinzugefügt werden: „(dass) der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

3.5.4 Impfungen

3.5.4.1 Prinzipien der Impfwirkung

385. Bei einer Impfung wird der Körper einem abgeschwächten Krankheitserreger oder Teilen davon ausgesetzt und so zu einer immunologischen Abwehrreaktion angeregt. Diese hat zur Folge, dass bei einem Kontakt mit dem wirklichen Erreger dieser abgewehrt wird und die Krankheit sich nicht oder nur sehr abgeschwächt entwickelt.

Bei den Impfungen gegen die im Kindesalter auftretenden Infektionskrankheiten ist es generell ratsam, dass so früh wie möglich mit der Impfung begonnen wird, um eine Krankheit möglichst zuverlässig zu verhindern. Beim Kind muss aber schon ein ausreichend leistungsfähiges immunologisches System entwickelt sein; daher impft man in der Regel erst ab dem 3. Lebensmonat. Zudem gibt es Einschränkungen dadurch, dass nicht alle Impfstoffe in jedem Alter verträglich sind.

Impfungen können mittelschwere und schwere Nebenwirkungen haben, die allerdings sehr selten sein müssen, damit Impfungen zugelassen werden. Dabei wird eine Schadenshäufigkeit der Impfung gegen die Häufigkeit eines Schadens aufgrund der Infektion, gegen die geimpft werden soll, abgewogen. Die Schadenshäufigkeit einer Impfung ist – mit Einschränkungen – als etwa konstante, wenn auch von Impfstoff zu Impfstoff unterschiedliche Größe anzusehen. Hingegen ist die Häufigkeit der Infektion, die verhindert werden soll, sowie die Schwere des Verlaufs einer Infektion erheblich variabel und vom Alter einer Person, von den Ernährungsbedingungen sowie von den Lebensbedingungen generell abhängig. Dies führt dazu, dass in einem Land das Verhältnis von Nutzen zu Schaden anders ausfallen kann als in einem anderen und sich außerdem über die Zeit ändern kann.

Als Nebenwirkung auf Bevölkerungsebene kann angesehen werden, dass mit Impfungen bestimmte Infektionskeime selektiert werden. Impfungen treffen nie alle Typen eines Erregers, sodass so genannte „Problemkeime“ übrig bleiben, gegen die die Impfung ohne Wirkung bleibt. Hinweise dafür gibt es z. B. bei der Varizellen-Impfung (Chaves et al. 2007); sie liegen gesichert bei der Polio-Impfung vor (Dowdle et al. 2003).

3.5.4.2 Ziele von Impfungen und Impfpflicht

386. Impfungen sind Schutzmaßnahmen, die unterschiedliche Schutzbedürftige im Blick haben. Impfungen stehen damit zwischen individual- und bevölkerungsmedizinischer Prävention (Nuffield Council of Bioethics 2007).

Zielsetzung einer Impfung kann sein:

- a) der individuelle Schutz,
- b) der individuelle Schutz und der Schutz der Bevölkerung,
- c) der Schutz der Bevölkerung oder eines definierten Bevölkerungsanteils.

Zu a):

Die Impfung dient allein dem individuellen Schutz vor einer Infektionskrankheit und diese ist im Falle des Auftre-

tens nicht von Mensch zu Mensch weiter zu geben. Dies ist z. B. bei der Tetanus-Impfung gegeben.

Für solche Impfungen gibt es keinen medizinischen Grund für eine Impfverpflichtung, denn eine Gefährdung Dritter durch nicht geimpfte Personen besteht nicht. Man könnte daher höchstens ein ökonomisches Argument heranziehen, nämlich, dass die Gesellschaft, die Versicherungsgemeinschaft, im Falle des Auftretens einer solchen Erkrankung nicht für deren Behandlung finanziell zuständig sein sollte, weil dieses Auftreten durch eine Impfung zu verhindern gewesen wäre. Ein solches „Verschuldensprinzip“, das auch in anderen Zusammenhängen diskutiert wird, z. B. für Unfälle bei Risikosportarten, hätte aber weitreichende Konsequenzen. Neben definitorischen und auch sozialrechtlich relevanten Schwierigkeiten der Abgrenzung würde ein grundsätzlicher Konsens in der GKV infrage gestellt, nach dem bei Krankheit unabhängig von der Verschuldensfrage die Solidargemeinschaft helfend verantwortlich ist.

Zu b):

Die Impfung dient dazu, dass der geimpfte Einzelne die Erkrankung nicht bekommen wird und sie damit auch nicht an Andere „weitergeben“ kann. Das Risiko der Ansteckung besteht allerdings nur für diejenigen, die sich selbst entschieden haben, sich und/oder ihre Kinder nicht zu impfen. Das Argument der eigenen Entscheidung gilt allerdings nicht für Menschen, die sich (noch) nicht impfen lassen können – (z. B. Pertussis, Röteln).

Man kann auch hier wieder ökonomisch argumentieren und darauf hinweisen, dass Krankheit Kosten verursacht und diese bei Nicht-Geimpften nicht von der Gesellschaft, der Versicherungsgemeinschaft, getragen werden sollten. Zudem könnte das Nicht-Impfen eines eigenen Kindes als unverantwortlich und nicht tolerabel angesehen werden. Auch die Konsequenzen dieser Haltung wären sehr weitreichend.

Wenn die Erkrankung auch ohne Impfung selten ist bzw. ihr gesundheitliches Schadenspotenzial gering, dann kann es sein, dass der individuelle Schutz nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zu den Nebenwirkungen und damit auch den Kosten einer Impfung steht. Eine Impfpflicht ist dann weder medizinisch noch ökonomisch ausreichend zu begründen. Anders könnte es bei einigen Infektionen (z. B. Hepatitis B) für bestimmte Berufsgruppen – wie z. B. Chirurgen – oder andere Risikogruppen aussehen, bei denen das Risiko, dass sie infiziert sind, erhöht ist und die daher häufiger Infektionen weitergeben können.

zu c):

Die Impfung dient nicht – oder heute nicht mehr – primär dem eigenen Schutz des Geimpften, sondern der „Eradikation“ (Ausrottung) eines Keimes und damit der Erkrankung auf Bevölkerungsebene. Ein Beispiel für ein erfolgreiches Programm ist die Pockenimpfung, ein Beispiel für ein bisher immer noch nicht ganz erfolgreiches Programm ist die Polioimpfung, und ein Beispiel für einen entsprechenden Versuch der Eradikation weltweit ist die Hepatitis B-Impfung. Will man die Eradikation eines Erregers erreichen, muss man die Bevölkerung zu einer ho-

hen Impfbeteiligung mit Raten um etwa 85 % bringen (Silman/ Allwright 1988).

Auch hier können, wie bei der Früherkennung, der individuelle Nutzen und der bevölkerungsmedizinische Nutzen konkurrierende Ziele sein. In Zeiten, in denen Autonomie und Partizipation von Patienten und Bürgern einen hohen ethischen Wert darstellen, bedarf das Verschweigen dieses Zielkonfliktes schwergewichtiger ethischer Argumente (Nuffield Council of Bioethics 2007).

3.5.4.3 Impfeempfehlungen in Deutschland

Hintergrund

387. Impfeempfehlungen werden in Deutschland von der ständigen Impfkommision (STIKO) ausgesprochen. Bei der STIKO handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Einrichtung, also eine Einrichtung unter staatlicher Auf-

sicht, aber mit freiem Entscheidungsraum. Die Mitglieder der STIKO werden benannt. Die Empfehlungen werden nach Entscheidung des G-BA in der Regel von der GKV übernommen, die die entsprechenden Impfungen für ihre Mitglieder bezahlt. Aufgabe der STIKO ist es, auf Basis von vorliegenden Daten über den Nutzen und den Schaden von Impfungen, insbesondere solcher, die möglicherweise neu eingeführt werden sollen, Empfehlungen abzugeben. Der G-BA und die ihm zuarbeitenden Gremien haben bei der Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV neben Nutzen und Schaden auch die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit zu prüfen.

Empfohlene/in der GKV eingeführte Impfungen

Die derzeit von der STIKO (RKI 2008c) empfohlenen Impfungen werden in Abbildung 21 dargestellt.

Abbildung 21

Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Impfstoff/ Antigen- kombinationen	Alter in Monaten					Alter in Jahren			
	Geburt	2	3	4	11-14 15-23 siehe a)	5-6 siehe a)	9-11 siehe a)	12-17 siehe a)	ab 18 ≥ 60
T*		1.	2.	3.	4.	A	A		A *****
D/d * siehe b)		1.	2.	3.	4.	A	A		A *****
aP/ap *		1.	2.	3.	4.	A	A		
Hib *		1.	2. c)	3.	4.				
IPV *		1.	2. c)	3.	4.		A		
HB *	d)	1.	2. c)	3.	4.		G		
Pneumokokken **		1.	2.	3.	4.				S
Meningokokken					1. e) ab 12 Monate				
MMR ***				1.	2.				
Varizellen				1.	f)		s. Tab. 2		
Influenza ****									S
HPV *****									SM

T = Tetanus, D/d = Diphtherie, aP/ap = Pertussis, Hib = Haemophilus influenzae, IPV = Polio, HB = Hepatitis B, MMR = Masern, Mumps, Röteln, HPV = Humanes Papilloma Virus

c = kann bei Einzelimpfungen entfallen, d = falls bei Mutter Hepatitis B-Antigen nachgewiesen, A = Auffrischimpfung, G = falls noch keine Grundimmunisierung erfolgt, SM = nur Mädchen

Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Impfstoffe mit unterschiedlichen Antigenkombinationen von D/d, T, aP/ap, HB, Hib, IPV sind verfügbar. Bei Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Angaben des Herstellers zu den Impfabständen zu beachten. Zur gleichzeitigen Gabe von Impfstoffen sind die Angaben der Hersteller zu beachten. Der Zeitpunkt der empfohlenen Impfungen wird in Monaten und Jahren angegeben. Die Impfungen sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen. Die untere Grenze bezeichnet vollendete Lebensjahre bzw. Lebensmonate. Die obere Grenze ist definiert durch den letzten Tag des aufgeführten Alters in Jahren/Monaten. Beispiel: 12 bis 17 Jahre: Vom vollendeten 12. Lebensjahr (12. Geburtstag) bis zum Ende des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag).

- A Auffrischimpfung: Diese sollte möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorhergehenden letzten Dosis erfolgen
- G Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes
- S Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen
- SM Standardimpfungen für Mädchen

Fortsetzung Abbildung 21

- a) Zu diesen Zeitpunkten soll der Impfstatus unbedingt überprüft und gegebenenfalls vervollständigt werden.
- b) Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren wird zur Auffrischimpfung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet.
- c) Bei monovalenter Anwendung bzw. bei Kombinationsimpfstoffen ohne Pertussiskomponente kann diese Dosis entfallen.
- d) Siehe Anmerkungen „Postexpositionelle Hepatitis-B-Prophylaxe bei Neugeborenen“.
- e) Zur Möglichkeit der Koadministration von Impfstoffen sind die Fachinformationen zu beachten.
- f) Bei Anwendung des Kombinationsimpfstoffes MMRV sind die Angaben des Herstellers zu beachten. Entsprechend den Fachinformationen ist die Gabe einer 2. Dosis gegen Varizellen erforderlich. Zwischen beiden Dosen sollten 4 bis 6 Wochen liegen.
- * Abstände zwischen den Impfungen der Grundimmunisierung mindestens 4 Wochen; Abstand zwischen vorletzter und letzter Impfung der Grundimmunisierung mindestens 6 Monate
- ** Generelle Impfung gegen Pneumokokken für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff; Standardimpfung für Personen 60 Jahre mit Polysaccharid-Impfstoff und Wiederimpfung im Abstand von 6 Jahren nach Angaben der Hersteller für Personen mit erhöhtem Risiko für schwere Pneumokokken-Erkrankungen (Risiko-Nutzen-Abwägung beachten)
- *** Mindestabstand zwischen den Impfungen 4 Wochen
- **** Jährlich mit dem von der WHO empfohlenen aktuellen Impfstoff
- ***** Grundimmunisierung mit 3 Dosen für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren
- ***** Jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis

Die ersten sechs in der Tabelle angeführten Impfstoffe werden meist in einer Kombinationsimpfung verabreicht („Sechsfachimpfung“). Masern, Mumps und Röteln werden ebenfalls meist kombiniert in einer Spritze geimpft („MMR“). Seit einiger Zeit gibt es die Möglichkeit, Masern, Mumps, Röteln und Varizellen in einer einzigen Kombinationsimpfung zu verabreichen („MMRV“).

Spezielle Aspekte ausgewählter Impfungen

Pertussis – Keuchhusten

388. Neben den typischen Hustenattacken treten bei jungen Säuglingen auch Atempausen (Apnoen) als Folge der Pertussis-Erkrankung auf. Auch sind die Hustenattacken in diesem Alter oft so häufig und schwer ausgeprägt, dass es zur kurzfristigen Sauerstoffunterversorgung kommt oder das Trinken unmöglich wird. Dies erklärt die recht hohe Zahl von Krankenhausaufenthalten bei Keuchhusten im jungen Säuglingsalter.

Eine deutsche Studie fand heraus, dass bereits die erstmalige Impfung etwa 70 % aller Krankenhausaufenthalte wegen Pertussis verhindern kann (Anstieg bis etwa 99 % nach vier Impfungen) (Juretzko et al. 2002). Säuglinge in den ersten beiden Lebensmonaten können – da die Impfungen erst ab dem dritten Lebensmonat beginnen – jedoch nur durch eine hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung (und insbesondere der unmittelbaren Bezugspersonen) vor der Erkrankung geschützt werden und somit von diesem Impfprogramm profitieren.

Röteln

389. Röteln ist eine virale Erkrankung mit allgemein mildem Verlauf. Röteln-Erkrankungen in der Schwangerschaft können aber zu Fehlgeburten oder schweren Erkrankungen und Fehlbildungen des Kindes führen. Durch die Impfung schützen Mädchen ihre potentiellen Kinder; beide Geschlechter schützen ungeborene Kinder.

Die Impfung gegen Röteln stellt ein gutes Beispiel für eine Impfung dar, deren individualmedizinischer Nutzen deutlich geringer ist als der bevölkerungsmedizinische. Es ist fraglich, ob dies auch entsprechend kommuniziert wird.

Pneumokokken

390. Pneumokokken verursachen im Kindesalter Mittelohr-, Lungen- und Hirnhautentzündungen; es kann auch zu Blutinfektionen (Sepsis) kommen. Gerade die Hirnhautentzündung durch Pneumokokken nimmt einen schweren bis tödlichen Verlauf. Eine systematische Übersicht randomisierter Studien fand durch Impfung eine Reduktion aller schwerwiegenden Infektionen um etwa 85 % für Erkrankungen durch Pneumokokken-Unterarten, die in der Impfung enthalten sind (Lucero et al. 2004). Ob in Zukunft Pneumokokken-Unterarten, die nicht durch die derzeitige Impfung angegangen werden, mehr schwerwiegende Erkrankungen auslösen, bleibt abzuwarten und ist entscheidend für die Beurteilung der Sinnhaftigkeit dieser Impfung.

Hepatitis B

391. Hepatitis B ist eine der fünf Formen infektiöser Gelbsucht, die in seltenen Fällen einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen oder zu einer chronischen Leberentzündung führen können. Hieraus kann sich eine Leberzirrhose entwickeln. Die Hepatitis B wird durch Blut und Sexualverkehr übertragen.

Gegen Hepatitis B gibt es eine Impfung, die eine Ansteckung verhindert. Bis vor wenigen Jahren wurden in Deutschland nur so genannte Risikogruppen (medizinische Berufe, homosexuelle Männer, Drogenabhängige, Menschen mit vielen Sexual-Partnern, Menschen aus Herkunftsländern mit starker Durchseuchung etc.) geimpft, weil das Vorliegen einer Hepatitis B außerhalb der Risikogruppen als so niedrig angesehen wurde (RKI 2007b; Jilg et al. 2001), dass man darauf verzichtete, al-

len Menschen eine Impfung zu empfehlen. Erst als die WHO vor gut zehn Jahren der Hepatitis B über ein breites Impfprogramm den Kampf ansagte und auf eine Eradikation dieses Erregers setzte, wurde auch in Deutschland die Impfung für alle Kinder empfohlen. Für die Hepatitis C ist die medizinische Problematik ähnlich, hierfür gibt es aber bisher keine Impfung.

Varizellen/Windpocken

392. Die Windpocken zählen zu den so genannten Kinderkrankheiten, die wegen der hohen Infektiosität in der Regel 90 % der Kinder durchmachen. Diejenigen, die sie durchgemacht haben, sind lebenslang immun gegen einen Neuinfekt. Im späteren Lebensalter kann eine Folgeerkrankung, die Gürtelrose, auftreten. Hier handelt es sich nicht um eine Neuinfektion, sondern um die Wiederaktivierung der Windpockenviren. Insbesondere im Alter führt eine Gürtelrose oft zu lang anhaltenden erheblichen Schmerzen. Die Windpocken sind für Kinder eine ganz überwiegend harmlose Erkrankung, die nur bei immungeschwächten Kindern zu einem Problem werden kann. In Deutschland werden pro Jahr zwischen 4 und 20 Todesfälle aufgrund von Varizellen gemeldet – dies mehrheitlich aus der Gruppe der immungeschwächten Personen (RKI 2004c).

Die von der STIKO empfohlene Windpockenimpfung ist eine wirksame Impfung. Probleme ergeben sich daraus, dass

- die Wirkdauer bei einmaliger Impfung bisher nicht bekannt ist,
- die Nicht-Geimpften oder diejenigen unter den Geimpften, die nach wenigen Jahren schon keinen ausreichenden Schutz mehr hatten, im Falle einer Neuerkrankung im Durchschnitt schwerere Formen der Windpocken bekommen haben,
- Erwachsene keinen Kontakt mehr mit erkrankten Kindern haben. Damit fällt ein „Boostereffekt“ für heute lebende Erwachsene weg, was dazu führen könnte, dass sich Häufigkeit und Schwere der Gürtelrose deutlich erhöhen könnten. Dieser epidemiologische Zustand in der Bevölkerung würde über Jahrzehnte anhalten.

Auf dem dargestellten Hintergrund erscheint die Einführung der Varizellen-Impfung problematisch und wegen der in Deutschland auch ohne Impfung minimalen Zahl Betroffener als inadäquat.

Meningokokken – Hirnhautentzündung

393. Hirnhautentzündungen sind grundsätzlich lebensgefährlich oder bedrohen in erheblichem Ausmaß sämtliche Gehirnfunktionen, da sie oft auf das Gehirn übergreifen. Dabei gibt es akute Schäden, die ausheilen und solche, die zu Folgeschäden führen. Die Mehrzahl der Hirnhautentzündungen ist virusbedingt. Unter den bakteriellen Hirnhautentzündungen, die alle als deutlich schwerwiegender anzusehen sind, gibt es einige, gegen

die man impfen kann. Dies sind die pneumokokken- und die haemophilusverursachten Meningitiden sowie die Meningokokken-Meningitis. Die Meningokokken werden als so genannte Tröpfcheninfektion übertragen. In Deutschland werden pro Jahr ca. 750 Personen mit den Altersgipfeln bis fünf Jahre (mit hier 80 % der Krankheitsfälle) und 15 bis 24 Jahre (mit nochmals etwa 15 % der Fälle) (RKI 2001) gemeldet. Die Letalität der Meningokokken-Infektion beträgt 7 % (RKI 2001). Die Zahl derjenigen, die überleben, aber schwere Schäden behalten, ist nicht bekannt.

Die empfohlene Impfung schützt gegen Meningokokken der Serogruppe C, die eine Untergruppe der Meningokokken darstellt. In Deutschland werden 20 bis 30 % aller Meningokokken-Erkrankungen durch diese Serogruppe C verursacht. Damit könnten bei Impfung aller Kinder pro Jahr etwa 250 Fälle und etwa 20 Todesfälle verhindert werden.

HPV-Impfung – Reduktion von Gebärmutterhalskarzinom

394. Bei der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs spielt die Infektion mit humanen Papillom-Viren (HPV) eine wesentliche Rolle. Diese Viren lassen sich in unterschiedliche Typen unterteilen, von denen einige bei der Krebsentstehung beteiligt sind. Im Falle eines Kontaktes mit HPV beim Geschlechtsverkehr kann es zu einer anhaltenden Ansiedlung der Viren im Bereich des Gebärmutterhalses kommen. Bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der Frauen, die Kontakt mit dem Virus haben, wird dieses aber durch körpereigene Kräfte abgewehrt bzw. wieder beseitigt. Bei einigen Frauen persistiert das Virus, wiederum bei einem Teil dieser Frauen entwickelt sich ein Gebärmutterhalskarzinom (Schiffman et al. 2007).

Es sind in Deutschland zwei Impfstoffe im Einsatz, die gegen zwei bzw. drei der an der Entstehung des Karzinoms beteiligten HPV-Typen wirksam sind. Diese Typen sollen für etwa zwei Drittel der Krebsfälle verantwortlich sein. Die Impfung besteht aus drei Injektionen über einen gewissen Zeitraum (Kosten ca. 500 Euro).

Durch eine Impfung kann verhindert werden, dass sich bei Frauen HPV ansiedeln. Voraussetzung für einen Impferfolg ist, dass eine solche Ansiedlung noch nicht stattgefunden hat. Daher muss man in einem Alter impfen, in dem mit hoher Wahrscheinlichkeit noch kein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat. Die STIKO empfiehlt die Impfung für 12- bis 17-jährige Mädchen.

Probleme ergeben sich daraus, dass

- man über den Impfschutz bisher nur weiß, dass er bis zu fünf Jahre anhält – längere Verlaufsstudien existieren nicht.
- dass die Impfung nur 2/3 der entstehenden Karzinome verhindern kann, also weiterhin eine Früherkennung angeboten werden muss, um das restliche Drittel zu entdecken (Raffle 2007),
- dass bisher aufgrund der kurzen Nachverfolgungszeit für geimpfte Frauen keine Veränderung der Häufigkeit

der Karzinome, sondern nur die Verminderung bestimmter früher Vorformen (überwiegend CIN-2-Läsionen und CIN-3-Läsionen) in Studien nachweisbar gewesen sind. Und man weiß schon heute, dass ein Großteil dieser Vorformen vom Körper mittels Abwehrmechanismen erfolgreich bekämpft werden kann (Abholz 2007; Schiffman et al. 2007),

- dass es aufgrund der Impfung gegen nur zwei bzw. drei der für die Karzinom-Entstehung relevanten Virustypen möglicherweise zu einer Verschiebung innerhalb des Keimspektrums kommt, somit also zukünftig vermehrt Karzinome aufgrund anderer HPV-Typen entstehen könnten (Boltzmann 2007; Schiffman et al. 2007).

Man könnte es zur Pflicht bei der Durchführung der HPV-Impfung machen, auf die Teilnahme an der Krebsfrüherkennung deutlich hinzuweisen. Das Problem dabei ist jedoch, dass man Kinder impft, aber auf etwas hinweisen muss, was erst im Erwachsenenalter Bedeutung hat. Zudem entsteht ein Problem für diejenigen, der Impfungen durchführt: Klärt er deutlich über die genannte Problematik auf, dann verstehen viele Laien – berechtigt oder nicht – den Sinn der Impfung nicht mehr. Die Impfteilnahme an der HPV-Impfung könnte geringer werden – was unterschiedlichste Interessen verletzen würde.

3.5.4.4 Zusammenfassende Bewertung

1. Impfungen gehören zweifelsohne zu den wirksamsten – und gelegentlich auch einzig möglichen – vorbeugenden Maßnahmen gegen teils schwerwiegende Infektionserkrankungen.
2. Viele der vorgesehenen Impfungen richten sich gegen Erkrankungen oder deren Komplikationen, die – teils als Folge eines lang etablierten Impfprogramms – insgesamt nur selten auftreten. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Sicherheit der Impfstoffe eine besondere Bedeutung.
3. Ein Teil der Bevölkerung steht Impfungen skeptisch gegenüber. Deswegen und wegen eines allgemeinen Rechtes auf ausreichende Information ist Transparenz bei Entscheidungen und Empfehlungen zu diesem Thema von großer Bedeutung. Dies betrifft neben objektiven Informationen zum patientenrelevanten Nutzen und Schaden auch die Information, ob eher der individual- oder der bevölkerungsmedizinische Nutzen bei einer spezifischen Impfung im Vordergrund steht.
4. Die in Deutschland für die Impfeempfehlungen zentrale Stelle, die STIKO, muss über jeden Verdacht der Befangenheit erhaben sein.
5. Impfungen gegen bestimmte Erreger oder bestimmte Erreger-Subgruppen können dazu führen, dass die Zahl der Erkrankungen durch diese sinkt, Erkrankungen durch andere Erreger(-Subgruppen) dagegen zunehmen. Für solche Veränderungen ist ein langfristiges Monitoring zu fordern.

3.5.5 Soziale Ungleichheit und Ansätze sozial-kompensatorischer Maßnahmen zur Verbesserung der Nutzung präventiver Angebote im Kindesalter

3.5.5.1 Soziale Unterschiede im Kindesalter

395. Weltweit zeigen sich in entwickelten Gesellschaften deutliche, sozial determinierte Unterschiede im Gesundheitszustand, so auch dem der Säuglinge und Kinder. Dies betrifft vorwiegend die Kategorien soziale Schicht, Migrationshintergrund, Alleinlebende oder Alleinerziehende (Power et al. 1991; Wadsworth 1999; Shaw et al. 1999; Whitehead/Drever 1999; Petrou et al. 2006). Der soziale Unterschied wird über die letzten 20 bis 30 Jahre zunehmend größer (Mackenbach et al. 2003; Maher/Macfarlane 2004).

Bekannt und durch Studien gestützt ist, dass derartige Unterschiede im Erwachsenenalter im Wesentlichen durch die Lebensbedingungen, weniger über die unterschiedliche Nutzung des medizinischen Versorgungssystems zu erklären sind. Für das Kindesalter wird dies ebenso gesehen. Da aber auf Kinder pathogene oder salutogene Lebensbedingungen noch nicht lange eingewirkt haben (Blaxter 1990; Wadsworth 1999), könnte in dieser Altersgruppe die Nutzung des Versorgungssystems und insbesondere die Inanspruchnahme präventiver Angebote noch einen Effekt auf die Gesundheit haben. Es mag daher sein, dass sozial-kulturell ausgerichtete kompensatorische Maßnahmen zur besseren Nutzung des Versorgungssystems gerade im Kindesalter zu einer Angleichung des Gesundheitszustandes zwischen den sozialen Schichten und unterschiedlichen Ethnien beitragen; in Studien untersucht ist dies allerdings – zumindest mit harten Outcome-Daten – bisher nicht.

Will man Maßnahmen zur verbesserten Nutzung des Versorgungssystems mit dem Ziel des Abbaus sozialer Unterschiede in der Gesundheit installieren, so muss man auf die Krankheiten und Risiken fokussieren, die häufig sind, sozial unterschiedlich verteilt sind, bei denen es soziale Unterschiede in der Nutzung von (präventiven) Versorgungsleistungen gibt und die überhaupt medizinisch vermeidbar sind. Nach den Daten des RKI-Berichts (RKI 2008a) erfüllen die folgenden Krankheiten, Gesundheitsstörungen und Risiken diese Anforderungen: Adipositas und Essstörungen, psychische Probleme und psychosomatische Krankheiten, Tabak- und Alkoholgebrauch, ungesunde Ernährung, schlechter Zahnstatus, Seh-, Sprachstörungen, psychomotorische Störungen sowie Unfälle.

3.5.5.2 Soziale Unterschiede in der Nutzung des präventiven Versorgungsangebots

396. Deutliche soziale Unterschiede in der Nutzung von Präventionsangeboten finden sich bei Früherkennungsuntersuchungen ab der U3, nicht aber mehr bei der J1 (Jugenduntersuchung im 11. bis 13. Lebensjahr), bei der für alle Sozialschichten die Beteiligung ähnlich niedrig ist (Kamtsiuris et al. 2007b). Die Beteiligungsraten liegen durchgehend auf sehr hohem Niveau mit 97 % in der obersten bzw. 80 % in der untersten Sozialschicht; dies

gilt bis hin zur U6 (Kinderfrüherkennungs-Untersuchung im Alter von einem Jahr). Danach stehen sich in U8 (mit vier Jahren) und U9 (mit fünf Jahren) Raten von gut 90 % in der obersten Sozialschicht mit Raten von knapp 70 % in der untersten Sozialschicht gegenüber (Kamtsiuris et al. 2007b).

Die Beteiligungsraten in Migranten-Familien liegen bis zur U7 (mit zwei Jahren) durchgehend um 20-Relativ-Prozent, ab der U8 sogar um 30-Relativ-Prozent niedriger als in Nicht-Migranten-Familien. Die Nicht-Migranten haben durchgehend für alle Untersuchungen Beteiligungsraten von über 90 %. In Bezug auf die Teilnahme an Impfungen gibt es keine wesentlichen sozialen Unterschiede (Poethko-Müller et al. 2007). Die Durchimpfungsrate liegt – je nach Impfung und Alter der Kinder – zwischen 80 und 95 %.

3.5.5.3 Bedeutung des Früherkennungsprogramms für die zentralen Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen

397. Die Mehrzahl der oben aufgeführten Störungen und Risiken sind auch Inhalt der Früherkennungsuntersuchungen. Die Seh-, Sprach- und psychomotorischen Störungen sowie die psychischen und psychosomatischen Störungen sollten hier – ebenso wie Übergewicht/Essstörungen und schlechter Zahnstatus – erkannt werden.

Da viele der aufgeführten Störungen und Krankheiten etwas mit der Lebenssituation des Kindes oder des Jugendlichen, also auch mit der Familie, zu tun haben, ist die therapeutische Ausgangslage sehr ungünstig. Das Kind kann diese Lebensbedingungen nicht ändern, selbst die Eltern können dies oft nicht. Daher kann erwartet werden, dass Therapieangebote nur selten angenommen werden. Auch dann bleibt aber offen, ob Therapien gegen die konträr bleibenden Einflüsse aus dem sozialen Umfeld sehr erfolgreich sein können.

Erst mit der J1 kann das Kind/der Jugendliche selbst angesprochen werden. Aber in diesem Alter ist die Chance der Beeinflussung von Kindern und Jugendlichen denkbar schlecht. Einzelberatungen werden kaum Erfolg haben, ausgefeilte und aufwendigere Programme mit Gruppenangeboten in der Arztpraxis haben manchmal einen kleinen Erfolg – zumindest in Modellprojekten (Wake et al. 2008). Hingegen gibt es für gesellschaftlich getragene und/oder systematische Gesamtprogramme mit multimodalem Ansatz auch Erfolge, selbst wenn diese nicht sehr groß und methodisch auch meist nicht gut abgesichert sind. Dies gilt in Bezug auf die Therapie und Prävention von Übergewicht (Eneli et al. 2008; Koplan et al. 2005; Moya 2008; Oude Luttikhuis et al. 2009; Summerbell et al. 2005; USPSTF 2005; Pratt/Woolfenden 2002), die körperliche Bewegung (Foster et al. 2005; Dobbins et al. 2009), den Alkoholgebrauch (Foxcroft et al. 2002) sowie den Tabakgebrauch (Curry et al. 2003).

398. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Gesundheitsprobleme, die häufig auftreten und bedeutend sind, nicht oder nur in Ausnahmen individualmedizinisch

angehbar sind. Eine gesellschaftlich getragene Prävention kann einerseits durch einen systematischen, multimodalen Interventionsansatz erfolgen, zum anderen über gesellschaftlich getragene Prävention, die auch die „Ächtung“ des Alkohols, Tabaks oder bestimmter Ernährungsweisen umfassen kann. Die psychischen und psychosomatischen Störungen/Krankheiten, die im Rahmen des Programms ebenfalls entdeckt werden, sind nur in Ausnahmen präventiv durch den Arzt beeinflussbar; zumindest stellt die ärztliche Intervention hier nicht eine Antwort auf das weitverbreitete Problem dar.

3.5.5.4 Maßnahmen zur verbesserten Nutzung des präventiven Angebots

399. Sozial-kompensatorische Maßnahmen, die die Nutzung des präventiven Programms im Kindes- und Jugendalter verbessern, sind zwar vorstellbar, haben wahrscheinlich aber keine nennenswerte Auswirkung auf den Gesundheitszustand der möglicherweise stärker einbezogenen Bevölkerungsgruppen. Die BZgA hat einen Überblick zu deutschen und europäischen Maßnahmen in dieser Richtung vorgelegt (BZgA 2006). Fazit daraus ist: Die ganz wenigen existierenden Maßnahmen sind sehr begrenzt in Bezug auf Intervention und erreichte Bevölkerung. Sie werden in Bezug auf den Nutzen nicht wissenschaftlich untersucht, bestenfalls in kleiner Zahl evaluiert. Die Maßnahmen konzentrieren sich auf Einladung und Erinnerung sowie auf Bonuszahlungen. Spezielle Maßnahmen für die Kinder-Prävention wurden nicht gefunden.

Damit muss man bei allen Empfehlungen zu Maßnahmen mit Ziel der Erhöhung der Nutzung des Kinder-Früherkennungsprogramms und insbesondere bei der kompensatorischen soziokulturellen Ausrichtung solcher Maßnahmen, auf Plausibilität und Analogschlüsse zurückgreifen.

Es lassen sich folgende Empfehlungen geben:

1. Die meisten Werbeschriften, Flyer und öffentlichen Kampagnen in Deutschland zielen auf die mittleren und höheren Sozialschichten. Zukünftig muss die jeweilige Kultur der unteren Sozialschichten sowie derjenigen mit Migrationshintergrund zur Kenntnis genommen werden, bevor mit einer Maßnahme zur Erhöhung der Teilnahme begonnen wird.
2. Da Angehörige einer höheren Sozialschicht derartige Maßnahmen konzipieren, muss eine so genannte Pilotierung einer geplanten Maßnahme vorangesetzt werden: Es müssen die Maßnahmen auf soziokulturelle Verständlichkeit, Annahme einer gegebenen „Botschaft“ auf Seiten der Adressaten etc. geprüft werden, bevor sie breit genutzt werden.
3. Es muss neben der Konzentration auf Einladungsmodelle mit Erinnerungsschreiben darauf geachtet werden, dass möglichst die Vorgabe von Terminen genutzt wird, die dann zwar abgesagt bzw. verändert werden können, aber Hemmnisse abbauen.

4. Es sind – nach dem Muster der Schuluntersuchung – mehr aufsuchende Modelle auszuprobieren und wissenschaftlich hinsichtlich ihres Nutzens zu untersuchen. Dies kann z. B. in Kindergärten und Schulen geschehen.
5. Es ist zu erproben, ob der gezielte Einsatz von Untersuchern mit dem gleichen Migrationshintergrund wie die zu Untersuchenden eine höhere Beteiligung und ggf. auch eine höhere Entdeckungsrate bei Störungen – insbesondere im psychosozialen Bereich – zur Folge hat.

3.5.5.5 Zusammenfassende Bewertung

1. Im Impfprogramm sind keine soziokulturellen Unterschiede der Nutzung erkennbar.
2. Im Früherkennungsprogramm für Kinder gibt es ab der U3 aufwärts – nicht aber mehr in der J1 – soziale Unterschiede in der Nutzung, die im Bereich von 20 bis 30 Relativprozent zwischen den Sozialschichten als auch zwischen Kindern aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund liegen.
3. Krankheiten, Störungen oder Risikofaktoren/-zustände, die sowohl sozial unterschiedlich verteilt sind als auch Teil des Kinderfrüherkennungsprogramms darstellen, sind: Adipositas, Essstörungen; psychische Probleme, psychosomatische Krankheiten; Tabak- und Alkoholgebrauch; ungesunde Ernährung; schlechter Zahnstatus; Unfälle und Seh-, Sprach- und psychomotorische Störungen.
4. Bis auf die Seh-, Sprach- und psychomotorischen Störungen fallen alle anderen Problembereiche in den Bereich des Lebensstiles und der sozial stark determinierten Lebensbedingungen.
5. Für die Beeinflussung des Lebensstiles ist der Arzt eine nur sehr bedingt geeignete Person für eine Intervention. Der Lebensstil ist sozial geprägt und gefestigt, muss also auch gesellschaftlich getragen verändert werden.
6. Zudem ist im Kinder- und Jugendalter keine Orientierung auf Prävention und Lebensstiländerung anzunehmen, sodass die in der Früherkennung entdeckten Störungen schon konzeptionell gesehen nicht nennenswert beeinflussbar erscheinen. Untersuchungen hierzu gibt es nicht.
7. Da mögliche Interventionen für Kinder über die Eltern vermittelt werden müssen, bestehen zusätzliche Schwierigkeiten. Denn es ist davon auszugehen, dass die Eltern in der Regel ihre eigenen Lebensbedingungen nicht ändern können oder wollen. Möglich wäre eine präventive Einflussnahme als gesellschaftlich getragene multimodale Intervention – so wie dies in Modellprojekten erprobt wurde.
8. Das Früherkennungsprogramm ist sowohl auf seltene Krankheiten (Stoffwechselstörungen, Fehlbildungen etc.) fokussiert als auch auf Risiken und frühe Formen von Störungen, die über den Arzt nicht beeinflussbar

sind. Damit aber bleibt auch offen, ob die Minderung oder Beseitigung soziokultureller Unterschiede durch die Nutzung des Programms soziokulturelle Unterschiede in der Gesundheit ändern würde.

9. Es gibt Maßnahmen zur Förderung des Teilnahmeverhaltens bei Präventionsprogrammen, die relativ einfach und zudem auch erfolgreich sind. Ob diese in Bezug auf Kinder-Prävention ebenso wirken, ist nicht untersucht. Es handelt sich im Wesentlichen um: Erinnerungssysteme (Call-Recall-Systeme), Einladungssysteme, ökonomische Anreizsysteme (Geldzahlung bei Teilnahme, Bonus), aufsuchende Maßnahmen (Versorgungsmaßnahme vor Ort: fahrende Untersuchungseinheiten) und vermehrte gesellschaftliche Aufmerksamkeit durch Kampagnen etc.
10. Für die soziokulturell kompensatorische Nutzung müssten die Maßnahmen vor breitem Einsatz eine Sozial- und Kulturadaption erfahren, da sie bisher alle stark auf die deutsche Mittelschicht orientiert sind.

3.6 Arzneimitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen

400. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, denen einfach eine geringere Dosis eines Arzneimittels verabreicht werden kann. Vielmehr sind zahlreiche physiologische Entwicklungsschritte bei der Arzneimitteltherapie zu berücksichtigen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Verteilung von Körperwasser, Muskelmasse und Fett einerseits und Organfunktionen – insbesondere der verstoffwechselnden Organe Leber und Nieren, aber auch der Resorptionsorgane – andererseits.

Diese physiologischen Entwicklungsstufen können es wirkstoffabhängig sogar erforderlich machen, dass einem Kind bezogen auf das Körpergewicht eine deutlich höhere Dosis eines Arzneimittels verabreicht werden kann und muss als einem Erwachsenen (z. B. verschiedene Antiepileptika wie Carbamazepin oder Phenytoin). Andere Arzneistoffe hingegen können aufgrund einer nicht ausgereiften Enzymausstattung von Kindern nicht abgebaut und ausgeschieden werden und kumulieren daher bereits in geringen Dosierungen, sodass sie zu schweren Nebenwirkungen führen und daher für diese Altersgruppen nicht geeignet sind (z. B. Grey-Baby-Syndrom durch Chloramphenicol). Schließlich sind nicht nur Aspekte der Dosierung von Arzneimitteln bedeutsam, sondern auch die Pharmakodynamik (das, was das Arzneimittel „mit dem Körper macht“) ist zu beachten, beispielsweise können sich die Bindung und die Effekte des Wirkstoffes an Rezeptoren bei Kindern verschiedener Entwicklungsstufen und bei Erwachsenen deutlich unterscheiden.

Auch heute liegen nur für wenige Arzneimittel Erkenntnisse über die Anwendung bei Kindern aus Zulassungsstudien vor. Unser Wissen über die pädiatrische Arzneimitteltherapie basiert bisher im Wesentlichen auf langen Erfahrungen der behandelnden Ärzte sowie Berichten und Beobachtungen. Selbst wenn diese systematischen Studien vorliegen, wurden meistens nur ältere Kinder eingeschlossen – Säuglinge, Neu- oder gar Frühgeborene

bleiben regelmäßig unberücksichtigt. In der Folge basiert die Arzneimitteltherapie gerade bei den allerjüngsten Patienten häufig auf einem problematischen *off-label use*, und die durch standardisierte Prüfverfahren zu erzielende Sicherheit in der Arzneimitteltherapie fehlt für diese Patientengruppe in weiten Teilen – und das in einer Bevölkerungsgruppe, die des besonderen Schutzes der Gesellschaft bedarf, bei der Arzneimittel häufig angewendet werden und bei der Folgeschäden durch eine Therapie (oder auch durch das Fehlen einer Therapie) weitreichende Auswirkungen haben können.

Andererseits stellt die Durchführung klinischer Studien bei Kindern und Jugendlichen besondere Anforderungen ethischer und methodischer Art – beispielsweise hinsichtlich der Einwilligung zur Studienteilnahme und der Durchführung von Studien an gesunden Probanden.

3.6.1 Die EU-Verpflichtung zur Durchführung von Kinderstudien

401. Zahlreiche nationale und internationale Aktivitäten wurden in den letzten Jahren initiiert, um diesem Missstand zu begegnen. Durch die EU-Verordnungen 1901/2006 und 1902/2006 werden ab Juli 2009 verpflichtend alle neu in einem EU-Mitgliedsstaat zuzulassenden Wirkstoffe (Artikel 7, EU-Verordnung 1901/2006) und ab Januar 2010 auch alle bereits in einem EU-Mitgliedsstaat zugelassenen, patentgeschützten Arzneimittel, für die eine neue Indikation, Darreichungsform oder ein neuer Applikationsweg zugelassen werden soll (Artikel 8, EU-Verordnung 1901/2006), einem Zulassungsverfahren unterzogen. Dabei kann der Zulassungsantragsteller auf eine klinische Prüfung an Kindern nur verzichten, wenn er dies besonders begründet, beantragt und sein Antrag auch von der Behörde genehmigt wurde. Grundlage für die Genehmigung eines solchen Antrages durch die Behörde ist die Feststellung, dass es tatsächlich aus pädiatrischer Sicht keine Notwendigkeit für die spezifische Zulassung für Kinder gibt.

Neben dieser neu eingeführten Verpflichtung zur systematischen Berücksichtigung der pädiatrischen Anwendung für (patent)geschützte Arzneimittel gibt es für nicht geschützte Arzneimittel ein analoges Verfahren, bei dem auf freiwilliger Basis die Kinderzulassung (PUMA, *paediatric marketing authorisation*; vgl. Artikel 30, EU-Verordnung 1901/2006) angestrebt werden kann. Als Anreiz für die Durchführung entsprechender Studien wird dem pharmazeutischen Unternehmer ein zusätzlicher zehnjähriger Unterlagenschutz gewährt.

Durch diese neuen Verfahren für patentgeschützte Arzneimittel und für Generika sollen u. a. eine qualitativ hochwertige, ethische Forschung für die Entwicklung von Arzneimitteln für Kinder gefördert und die Verfügbarkeit von für Kinder zugelassenen Arzneimitteln verbessert werden.

Die besonderen Anforderungen an die Arzneimitteltherapie im Kindes- und Jugendalter, die bisher noch stark eingeschränkte Verfügbarkeit systematisch erhobener Erkenntnisse über die Arzneimittelwirkungen bei Kindern und

der hohe Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Arzneimitteltherapie lassen es angezeigt erscheinen, das Thema aufzugreifen und zunächst einen Überblick über einige Versorgungscharakteristika zu geben.

3.6.2 Verordnungen für Kinder und Jugendliche

402. Rund jeder fünfte Versicherte der Gmünder Ersatz-Kasse (GEK) gehört zur Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen.⁷⁷ Der Anteil der Versicherten in dieser Altersgruppe, der mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommt, ist mit rund 80 % bemerkenswert hoch. Vergleichbare Werte erreichen erst wieder die 60-Jährigen und Älteren, während die Inanspruchnahmerate in den mittleren Jahrgängen deutlich niedriger liegt als bei den 60- bis 80-Jährigen. Ähnlich wie im höheren Lebensalter gibt es auch im Kindes- und Jugendalter einige Besonderheiten bei der Arzneitherapie, die sich allerdings qualitativ ganz wesentlich von denen bei älteren Menschen unterscheidet.

Im Jahr 2007 waren von den rund 1,65 Mio. Versicherten der GEK knapp 330 000 im Alter zwischen 0 und unter 18 Jahren. Dies entspricht einem Anteil von 19,9 % (Jungen: 19,2 %, Mädchen: 20,6 %). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, der mindestens einmal im Jahr 2007 eine Arzneiverordnung bekommen hat, liegt bei 80,4 % (Jungen: 77,7 %, Mädchen: 83,2 %) und ist bei den 0- bis unter 3-jährigen mit 93,3 % bei den Jungen und 92,9 % bei den Mädchen am höchsten.

Pro versichertem Kind bzw. Jugendlichen wurden im Jahre 2008 durchschnittlich 208,3 *defined daily doses* (DDD) verschrieben (Jungen: 196,4 DDD, Mädchen 220,9 DDD). Die höchsten durchschnittlichen Verordnungsmengen entfielen dabei auf die 7- bis unter 11-jährigen Jungen (253,5 DDD) und auf die 14- bis unter 18-jährigen Mädchen (267,2 DDD). Die durchschnittlich teuersten Arzneimittel wurden dabei den Jungen der Altersgruppe 14 bis unter 18 Jahren mit 0,79 Euro pro DDD und den Mädchen der Altersgruppe 3 bis unter 7 Jahren mit 0,67 Euro pro DDD verschrieben.

Besonders häufig: Präparate bei Erkältung und ADHS

403. In der Tabelle 49 sind jeweils die 5 am häufigsten verordneten Mittel nach Altersgruppen aufgelistet. Insgesamt ist erkennbar, dass Kinder vor allem Schmerzmittel verordnet bekommen, die in der Regel als Mittel gegen erhöhte Körpertemperatur und Fieber eingesetzt werden (z. B. Paracetamol) sowie Mittel bei Erkältungskrankungen (Nasentropfen, Hustenpräparate usw.). Daneben gehören auch Vitamin-D-Präparate zur Rachitisprophylaxe zu den ordnungshäufigsten Produkten. Diese nicht-verschreibungspflichtigen Mittel dürfen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und für Kinder mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr verordnet werden, für

⁷⁷ Dieser Abschnitt basiert auf der Veröffentlichung Glaeske et al. 2008.

erwachsene Versicherte sind diese nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittel seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 nicht mehr verordnungsfähig. Für die 7- bis 11-Jährigen und die 11- bis 14-Jährigen werden auch die dem Betäubungsmittelrecht unterstehenden Mittel Medikinet und Concerta (Wirkstoff beider Präparate Methylphenidat) häufig verordnet, die zur Behandlung von ADHS, der Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung, zugelassen sind. ADHS wird besonders häufig bei Jungen in diesen Altersgruppen diagnostiziert (Geschlechterrelation Jungen zur Mädchen ca. 4:1). In die Gruppe dieser Arzneimittel gehört auch das Ritalin, das allerdings wegen der kürzeren Wirkdauer, die eine dreimalige Einnahme pro Tag erforderlich macht, mehr und mehr durch die beiden genannten Arzneimittel ersetzt wird – hier reicht zumeist die Einnahme morgens und abends. Die breite Verwendung solcher Psychostimulanzien wird in den letzten Jahren immer wieder kritisch hinterfragt, die Verordnungsmengen sind in der GKV seit

dem Jahr 1990, gemessen an den Mengen der Tagesdosierungen (DDD), um mehr als das 150-fache im Jahre 2007 angestiegen (von 0,3 Millionen DDD auf 46 Millionen DDD). Daher wird vor der Verordnung solcher Mittel eine adäquate Diagnostik angemahnt und auf die Berücksichtigung von Leitlinien hingewiesen, die eine multimodale Therapie für Kinder mit dieser psychischen Krankheit einfordern. Dazu gehören in erster Linie psycho- oder ergotherapeutische Interventionen, bevor eine Arzneimitteltherapie verordnet wird (s. auch Unterkapitel 3.8). In der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen gehören vier der ersten fünf Präparate der Gruppe der oralen Kontrazeptiva an. Bis zum 20. Lebensjahr dürfen „Pillenpräparate“ für junge Frauen zu Lasten der GKV verordnet werden. In der Verordnung finden sich vor allem Präparate, die besonders bei den jungen Anwenderinnen beworben werden. Teilweise wird dies sogar durch aufwändig gestaltete Internetseiten unterstützt, die sich an den Interessen der Zielgruppe orientieren.

Tabelle 49

Am häufigsten verordnete Arzneimittel nach Altersklassen in der GEK

Altersgruppe	Präparatenamen	Anzahl
0 bis unter 3 Jahre	Paracetamol-ratiopharm	23 332
	D-Fluoretten	17 402
	Olynth	16 075
	Zymafluor D	16 014
	Otriven Lösung etc.	15 303
3 bis unter 7 Jahre	Nasenspray/Gel-ratiopharm	32 263
	Nurofen	23 471
	Paracetamol-ratiopharm	16 184
	Prospan	14 618
	Olynth	12 363
7 bis unter 11 Jahre	Nasenspray/Gel-ratiopharm	19 087
	Nurofen	13 005
	Paracetamol-ratiopharm	9 475
	Prospan	8 383
	Medikinet	7 941
11 bis unter 14 Jahre	Medikinet	6 931
	Nasenspray/Gel-ratiopharm	5 344
	Elmex Gelee	5 183
	Concerta	3 397
	Nurofen	3 224
14 bis unter 18 Jahre	Valette	7 752
	Belara	6 456
	Lamuna	5 653
	Elmex Gelee	4 965
	Leios	4 850

Quelle: Glaeske et al. 2008

Hohe Ausgaben für Wachstumshormone und Psychostimulanzien

404. Die Reihenfolge der Arzneimittel mit den höchsten Ausgaben konzentriert sich auf relativ wenige Indikationen. Führend in den Ausgaben sind die Präparate mit dem Wachstumshormon Somatotropin (Genotropin, Norditropin, Humatrope und Saizen) und Arzneimittel zur Behandlung des ADHS (Medikinet und Concerta), beide mit dem Wirkstoff Methylphenidat, daneben Strattera mit dem Wirkstoff Atomoxetin (s. ausführlich Unterkapitel 3.8). Die zunehmende Anwendung des Wachstumshormons Somatotropin bei Kindern erscheint nicht immer evidenzbasiert. Eine Behandlung wird bei Kindern nur bei nachgewiesenem Wachstumshormonmangel, beim Turner- und Prader-Willi-Syndrom sowie bei schwerer Niereninsuffizienz bzw. bei Dialysepflichtigkeit empfohlen. Wenn die vorher festgelegte Zielgröße erreicht ist oder aus biologischen Gründen ein Wachstum nicht mehr möglich ist, sollte die Behandlung mit dem Wachstumshormon Somatotropin normalerweise abgesetzt werden (NICE 2002; Savage et al. 2004). Eine weitere wichtige Indikationsgruppe stellen die Asthmamittel dar (Singulair, Viani, Pulmicort und Symbicort), daneben gehört

aber auch ein Antibiotikum hier zu den TOP-20-Arzneimitteln (Amoxicillin).

Auf diese 20 Mittel entfallen bereits etwa 10 % der gesamten Arzneimittelausgaben für Kinder und Jugendliche. Während bis zum Alter von sieben Jahren Asthma- und Erkältungsmittel die höchsten Ausgaben verursachen, stehen ab dem siebten Lebensjahr Arzneimittel zur Behandlung der ADHS und Wachstumshormonpräparate im Vordergrund.

Antibiotika zur Behandlung von Infektionen der oberen Atemwege bei Kindern

405. Infektionskrankheiten spielen im Kindes- und Jugendalter eine große Rolle. Diagnosen aus diesem Bereich gehören mit Abstand zu den häufigsten ambulant gestellten Diagnosen. Danach litten beispielsweise 58,2 % der unter 5-Jährigen im Jahr 2006 an einer akuten Infektion der oberen Atemwege (ICD 10: J06), 31,1 % an einer akuten Bronchitis (ICD 10: J20), 27,2 % an einer eitrigen Mittelohrentzündung (ICD 10: H66) und 18,2 % an einer akuten Tonsillitis (ICD 10: J03). Der Anteil der an Infektionskrankheiten Erkrankten nimmt bei den Kin-

Tabelle 50

Umsatzstärkste Arzneimittel bei Versicherten (unter 18 Jahren) in der GEK

Präparate	Umsatz 2007 in €	Veränderung zu 2006
Genotropin	1 949 331,88	+19,86
Medikinet	1 451 380,12	+25,98
Norditropin	1 082 783,10	-3,75
Concerta	1 051 748,87	+1,22
Singulair	948 812,19	+11,37
Gardasil	921 265,41	+296 986,56
Synagis	737 256,08	+14,68
Strattera	653 556,26	+23,22
Saizen	573 035,11	+16,92
Humatrope	549 260,15	+13,16
Viani	406 756,67	-1,70
Aldurazyme	403 461,75	+4,15
Spasmo-Mucosolvan	320 250,55	+1,32
Capval	298 138,61	+29,25
Equasym	279 054,48	+306,96
Pulmicort	277 336,93	-1,58
Symbicort	268 072,91	+4,75
Amoxicillin-ratiopharm	262 579,86	+35,14
Prospan	259 516,25	+15,31
Enbrel	255 016,89	+3,96

Quelle: Glaeske et al. 2008

dern und Jugendlichen mit dem Alter ab – trotzdem waren im Jahr 2006 beispielsweise immer noch 19,2 % der männlichen Versicherten im Alter zwischen 15 bis unter 25 Jahren und 22,5 % der weiblichen Versicherten dieser Altersgruppe von einer akuten Infektion der oberen Atemwege betroffen (Grobe et al. 2007).

Viele dieser Infektionskrankheiten können und müssen antibiotisch behandelt werden – allerdings ist auch davon auszugehen, dass in der Antibiotikatherapie bei den Infektionen der oberen Atemwege häufig Über- und Fehlversorgung eine Rolle spielen. Kinder sind besonders häufig von Erkältungskrankheiten betroffen: zwischen zwei bis sechs Infektionen durchlaufen sie pro Wintersaison. Die Behandlung der damit einhergehenden Beschwerden liegt zunächst einmal hauptverantwortlich bei den Eltern. Sie ordnen die Schwere der Symptome ein, wenden Hausmittel an, nutzen OTC-Präparate (freiverkäufliche, rezeptfreie Arzneimittel) oder suchen mit dem Kind eine Apotheke oder eine ärztliche Praxis auf. Hier fällt die Entscheidung für oder gegen weitere (ärztliche) Interventionen. In über 80 % der akuten oberen Atemwegsinfektionen erfolgt eine antibiotische Therapie. Da akute obere Atemwegsinfektionen aber hauptsächlich viral bedingt sind und Antibiotika sich nur in der Behandlung bakteriell bedingter Erkrankungen bewährt haben, wird diese Medikation kritisch diskutiert (bereits Glaeske et al. 1987). Erkältungskrankheiten, gemäß der Definition Infektionen der oberen Atemwege (ätiologisch ungenaue Bezeichnungen wie „grippaler oder grippoider Infekt“ sollten vermieden werden) kommen unterschiedlich häufig in den einzelnen Alterstufen vor (Padberg/Bauer 2006).

Tabelle 51

Häufigkeit der Erkrankungen nach Alter pro Person und Jahr

Alter (Jahre)	Häufigkeiten pro Person und Jahr
< 1	6,0
1–2	5,8
3–4	4,9
5–9	3,4
10–14	2,5
15–19	2,3
20–24	2,9
25–29	2,9
30–39	2,4
40–49	1,7
50–59	1,4
50	1,2

Quelle: Padberg/Bauer 2006

Die Häufigkeiten der Erkrankung zeigen typischerweise einen saisonalen Verlauf – die Inzidenz ist in den kälteren Jahreszeiten bis zu viermal höher als zu warmen Jahreszeiten. Nach amerikanischen Daten haben die jüngsten und jüngere Kinder zwischen sechs bis acht Episoden von Erkältungskrankheiten jährlich, bei Erwachsenen sinkt diese Anzahl auf zwei bis vier. Die Inzidenz ist allerdings sehr variabel, in den USA wurden bei Untersuchung im Jahre 1996 79 % für die gesamte Bevölkerung angegeben. Dies würde in Deutschland bedeuten, dass knapp über 60 Millionen pro Jahr an *common cold* erkranken. Geschätzt wird, dass rund die Hälfte bis zwei Drittel dieser erkrankten Population, vor allem Kinder, in einer Arztpraxis gesehen und behandelt wird. Nach einer erregungsabhängigen Inkubationszeit (Rhinoviren, Coronaviren, Influenzaviren etc.) beträgt die mittlere Dauer einer Erkältungskrankheit sieben bis zehn Tage, die Symptome zeigen am dritten Tag ein Maximum. Manche Patienten sind aber auch nach drei Wochen noch symptomatisch. Erweitert man diese Angaben auf die Atemwegsinfekte insgesamt, so steigen die Häufigkeiten weiter an, sie sind die häufigsten Infektionen im ambulanten Behandlungsbereich. Bei Kindern schwanken die Inzidenzen zwischen sechs und zwölf Infekten pro Jahr, bei Erwachsenen liegen sie bei zwei bis vier Infekten pro Jahr. Die typischen Begleitsymptome der *common cold* sind Husten, Schnupfen oder Heiserkeit. Insbesondere in diesem Zusammenhang kommt es noch allzu häufig zu unnötigen Antibiotika-Verordnungen. Solche Mittel sind zur Behandlung von Erkältungskrankheiten nicht indiziert, dennoch werden im ambulanten Bereich bis zu 60 %, manchmal sogar bis zu 80 % der Patienten primär antibiotisch behandelt, obwohl es sich in 90 bis 95 % der Fälle um Viruserkrankungen handelt. Dies ist nicht nur aus medizinischer Sicht wenig effektiv, sondern hat auch ökonomische Konsequenzen: Neben den potenziell individuell auftretenden unerwünschten Wirkungen, die möglicherweise sogar behandlungsbedürftig sind (allergische Reaktionen, antibiotikaassoziierte und -verursachte Diarrhoe, Schleimhaut-Candidosen usw.) ist vor allem die beschleunigte Entwicklung von Antibiotikaresistenzen eine Gefahr, da in solchen Fällen immer neuere und meist teurere antibiotisch wirkende Arzneimittel eingesetzt werden müssen. Dies muss auch den Patienten verdeutlicht werden: Nur einem Drittel war bei einer Befragung die Wirkungslosigkeit der primären Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege bekannt. (Mainous et al. 1996). Es wird daher vorgeschlagen, den offensichtlich noch immer bestehenden erheblichen Erwartungsdruck der Patienten durch eine andere Wortwahl für die Krankheitsbeschreibung zu vermindern: „Virusbronchitis“ oder „Brustkorb-erkältung“ statt „Bronchitis“ könnte hier zu einer Entlastung in der Antibiotikatherapie führen. Auch das Konzept einer „verzögerten Entscheidung“ könnte helfen: Dem Patienten sollte geraten werden, sich nach drei bis sieben Tagen wieder vorzustellen, um dann erneut aufgrund einer weiter anhaltenden oder verschlimmerten Symptomatik eine Antibiotikatherapie in Erwägung zu ziehen. So konnte in einer randomisierten Studie der Antibiotikaverbrauch bei einem solchen Prozedere ohne Verschlechterung der Symptome im Vergleich zu sofort mit Antibio-

tika therapierten Patienten deutlich reduziert werden (Aroll et al. 2003). Daher sollte auch eine evtl. notwendig erscheinende antibiotische Therapie bei einer vermuteten Komplikation wie einer bakteriellen Superinfektion unter sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Schaden getroffen werden (Scholz et al. 2002).

406. Zusammenfassend gilt, dass mehr als 80 % aller Bronchitiden sowie die meisten Rachenentzündungen (Pharyngitiden) durch Viren verursacht sind, bei denen die Behandlung mit Antibiotika unwirksam ist (Koch 1999; MacFarlane et al. 2002). Dennoch scheinen auch in Deutschland in 80 % der Fälle Antibiotika verordnet zu werden. „Als Ursachen für diese Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis werden Wissensdefizite bei Ärzten und Patienten, diagnostische Unsicherheit, aber auch eine enorme Erwartungshaltung hinsichtlich einer Arzneimittelverschreibung seitens der Patienten diskutiert. So erhielten über 90 % der Patienten, die eine Antibiotikaverschreibung wünschten, ein Rezept, z. T. sogar wider besseres Wissen des verschreibenden Arztes (Macfarlane et al. 1997). Demgegenüber konnte eine spezielle Fortbildung und Schulung der Ärzte und die intensiviertere Aufklärung der Patienten die Nachfrage nach Antibiotika bei Erkältungen z. T. drastisch senken (Gonzales et al. 1999; Macfarlane et al. 2002).“ (Günther et al. 2003: 19). So besitzen Antibiotika bei der Behandlung der Mittelohrentzündung nur im Hinblick auf die Schmerzproblematik in den ersten Behandlungstagen (Tag 2 bis 7) einen geringfügigen Vorteil gegenüber einer Placebotherapie. In dieser Zeit heilen 80 % der häufig viral verursachten Mittelohrentzündungen aber spontan aus. Neben der Verbesserung der Schmerzsymptomatik treten unter Antibiotikatherapie ungefähr in gleicher Häufigkeit unerwünschte Wirkungen wie Durchfall, Erbrechen und Übelkeit auf. „Dennoch werden in Deutschland fast alle Kinder mit Mittelohrentzündung antibiotisch behandelt und damit dreimal so häufig wie ihre Altersgenossen in den Niederlanden.“ (Schröder et al. 2003: 14). Sinnvoll ist bei Kindern mit Mittelohrentzündung vielmehr eine Schmerztherapie, z. B. mit Ibuprofen oder Paracetamol sowie ggf. abschwellenden Nasentropfen.

407. Insgesamt sind die Antibiotikaverordnungen in Deutschland zwischen 1991 und 2006 relativ konstant geblieben – sie schwankten zwischen 600 und 800 DDD pro 1 000 Versicherte in der GKV. Die Kosten stiegen allerdings leicht an – von rund 9 000 Euro im Jahr 1991 auf 11 000 Euro pro 1 000 Versicherte im Jahr 2006, in dem insgesamt knapp 920 Millionen Euro für Antibiotika ausgegeben wurden. Der höchste Antibiotikaverbrauch im Jahr liegt relativ konstant in den Altersgruppen bis neun Jahre mit etwa 6 500 Tagesdosen (DDD) pro 1 000 Versicherte, in den übrigen Alterstufen schwankt die Menge zwischen 4 000 und 6 000 Tagesdosen.

408. Die Menge der Verordnungen hat sich also im Laufe der vergangenen Jahre kaum verändert, im europäischen Vergleich liegt dieser Verbrauch mit 13,6 DDD pro 1 000 Einwohner pro Tag im unteren Drittel (an der Spitze liegt Frankreich mit 36,6 DDD pro 1 000 Einwohner pro Tag, am Schluss rangieren die Niederlande mit

9,0 DDD pro 1 000 Einwohner pro Tag). Die wichtige Frage ist jedoch nicht unbedingt, wie groß die Mengen an verordneten Antibiotika im internationalen Vergleich sind, sondern bei welchen Indikationen sie verordnet werden. „Hauptindikation für eine antimikrobielle Therapie im ambulanten Bereich ist die Atemwegsinfektion. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis wichtig, dass im Unterschied zur Pneumonie akute obere Atemwegsinfektionen, vor allem die akute Bronchitis, in mehr als 90 % der Fälle durch Viren ausgelöst werden und daher keine primäre Indikation für Antibiotika darstellen.“ (Kern 2008: 279). Die Diagnose „akute Infektion der oberen Atemwege“ steht an elfter Stelle der häufigsten Diagnosen von Allgemeinmedizinerinnen, was auf die nach wie vor häufigen Kontakte der Patienten mit entsprechenden Beschwerden in der ambulanten Versorgung hindeutet. Die Allgemeinmediziner sind es denn auch, die am häufigsten in diesem Bereich Antibiotika verordnen (GA 2005, Ziffer 789).

Über- und Fehlversorgung mit Antibiotika kann aber individuelle und bevölkerungsbezogene unerwünschte Wirkungen auslösen, vor allem im Hinblick auf die Antibiotikaresistenzen im gramnegativen Bereich. Es kommt zu Todesfällen wegen nicht mehr beherrschbarer Infektionen, Toxizitätsrisiken durch unnötige Verordnungen und letztlich zu überflüssigen Kosten durch eine inadäquate Antibiotikatherapie. Die Deutsche Antibiotikaresistenzstrategie (DART) kann hier einen Beitrag dazu leisten, Krankenhausinfektionen und Antibiotikaresistenzen einzudämmen (BMG 2009).

3.6.3 Off-Label Use und Orphan Drugs in der Therapie von Kindern

409. Insbesondere in der stationären Versorgung von frühgeborenen Kindern, aber auch in der ambulanten Behandlung kommt es bei Kindern immer wieder zum *off-label use* von Arzneimitteln, d. h. zu einer Therapie außerhalb der zugelassenen Anwendungsgrenzen im Hinblick auf das Alter und die Dosierungsempfehlungen (Seyberth 2008; 2009; Richter-Kuhlmann 2008). Viele Arzneimittel, die in der Pädiatrie oder in der Intensivmedizin für Kinder therapeutisch notwendig sind, haben (noch) keine eigenständige Zulassung für Ungeborene, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder oder Schulkinder. Es gibt Schätzungen und Studien, die darauf hinweisen, dass für die Behandlung von Säuglingen auf Intensivstationen bis zu 90 % der angewendeten Arzneimittel *off-label* eingesetzt werden, in der täglichen ambulanten Versorgung trifft dies für immerhin noch rund 34 % aller verordneten Arzneimittelwirkstoffe sicher oder möglicherweise zu (Mühlbauer et al. 2009). Da nur für wenige der verfügbaren Mittel Daten aus kontrollierten Studien vorliegen, weisen die Arzneimittelhersteller auch explizit darauf hin, dass solche Mittel ohne Zulassung und aussagekräftige Daten bei Säuglingen und Kindern nicht angewendet werden dürfen. Dies kann für die behandelnden Ärzte „gravierende Folgen sowohl bei einer Behandlung als auch bei einer Nicht-Behandlung nach sich ziehen.“ (Helwig 2009: 210). Die nun von der Europäischen Union in Kraft gesetzten Regelungen zur Durchführung von

Kinderstudien könnte dazu beitragen, auch für die Pädiatrie eine Datenlage für die Arzneimitteltherapie zu generieren, wie sie in der Arzneimitteltherapie für Erwachsene als selbstverständlich gilt. Auf diesem Wege könnte die Anwendungssicherheit notwendiger Arzneimittel in der Kinderheilkunde verbessert werden.

Einige Kinder leiden von Geburt an unter seltenen Erkrankungen, die oft durch Gendefekte verursacht sind. Als Beispiel sei die Epidermolysis Bullosa angeführt, eine Hauterkrankung, bei der schon jeder kleinste Stoß, jedes Reiben und Kneifen zu Verletzungen und Schmerzen führt. Die Haut wirft Blasen, sie platzt auf und es kommt zu Wunden, die so schlimm sein können wie Verbrennungen dritten Grades. Die Krankheit tritt aber so selten auf, dass viele Ärzte sich überfordert fühlen, Patienten mit solch einer seltenen Krankheiten zu behandeln. Neben den angeborenen seltenen Erkrankungen gibt es auch solche, die erst nach der Geburt auftreten. Nach der europäischen Definition gelten Krankheiten dann als selten, wenn weniger als 5 von 10 000 Personen daran leiden (in den USA weniger als 7,5, in Japan weniger als 4 und in Australien weniger als 1 pro 10 000 Einwohner). Bekannt sind diese Krankheiten (z. B. Huntington-Krankheit, Blasenkrebs, Marfan-Syndrom, Mukoviszidose, Osteogenesis imperfecta („Glasknochen“) oder Progerie) auch unter dem Begriff „Waisen-Leiden“. Arzneimittel, die bei diesen Krankheiten eingesetzt werden, werden daher auch als *orphan drugs* („Waisen-Arzneimittel“) bezeichnet. Schätzungen zufolge existieren 6 000 bis 8 000, manche sprechen auch von 17 000 vor allem genetisch bedingten seltenen „Waisen-Leiden“ (Ärzte-Zeitung vom 25. 8. 2006), dagegen stehen etwa 45 mit Medikamenten behandelbare seltene Erkrankungen. Nach Angaben der EU-Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou haben in der EU 26 % aller etwa 36 Millionen Patienten mit seltenen Krankheiten Probleme in der Versorgung, bei 40 % wurde zunächst ein falscher Befund gestellt, bei einem Viertel der Betroffenen lagen zwischen den ersten Symptomen und einer Diagnose fünf bis 30 Jahre. In Deutschland leben etwa 4 Millionen Menschen mit seltenen Erkrankungen. 75 % der Krankheiten treten bei Kindern auf, 30 % der Patienten mit seltenen Erkrankungen sterben vor dem fünften Lebensjahr. Wie mit dem Programm zur Förderung von Kinderstudien sieht die EU nun auch ein Programm zur Verbesserung der medikamentösen Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheiten vor, indem Anreize für die Forschung in diesem speziellen Bereich gesetzt werden (z. B. Verlängerung der Patentlaufzeit). Auf diese Weise könnte in Zukunft eine bessere Versorgung für diese Patienten möglich werden.

3.6.4 Zwischenfazit und Empfehlungen

1. Die Arzneimitteltherapie bei Kindern ist noch immer gekennzeichnet durch Probleme in der Struktur- und Prozessqualität: Nicht alle Arzneimittel, die im ambulanten Bereich angewendet werden, haben für Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder oder Jugendliche eine Zulassung, der *off-label use* ist noch immer ein Kennzeichen der Therapie mit Arzneimitteln in der pädiatrischen Versorgung. Daten aus dem Jahr 2002 legen

nahe, das rund 13 % aller ambulant angewendeten Arzneimittel keine Kinderzulassung haben, der Anteil im stationären Bereich liegt deutlich darüber und erreicht auf den Intensivstationen die 90 %-Marke (Bücheler et al. 2002). Eine Verordnungsanalyse fand heraus, dass etwa 34 % der Arzneimittelwirkstoffe, die im ambulanten Bereich bei Kindern angewendet wurden, keine (etwa 16 %) oder eine nicht zweifelsfrei erkennbare Zulassung für Kinder hatten (18 %) (Mühlbauer et al. 2009). Es ist daher dringend erforderlich, die Evidenz für die Arzneimittelanwendung bei Kindern durch klinische Studien zu verbessern, weil nur auf diese Weise die Sicherheit der Arzneimitteltherapie für Kinder erhöht werden kann. Eine konsequente Umsetzung der EU-Verordnung vom 26. Januar 2007 zur Verpflichtung der Durchführung klinischer Studien bei Kindern, wenn Arzneimittelwirkstoffe essentiell für die Behandlung in der Pädiatrie sind, ist daher notwendig.

2. Diagnostik und Therapie von *orphan diseases* („Waisen-Krankheiten“), die nach der europäischen Klassifikation bei weniger als 5 von 10 000 Personen vorkommen, müssen verbessert werden. Gleichzeitig sind aller Maßnahmen zu nutzen, um die Aufmerksamkeit (*awareness*) für diese Krankheiten zu erhöhen. Entsprechende Forschungsprogramme in der EU, durchaus mit Anreizen für Forschungsaktivitäten der pharmazeutischen Hersteller, sind deshalb besonders wichtig, um auch diesen Patienten eine adäquate Versorgung anbieten zu können.
3. Die Qualität in der Arzneimitteltherapie für Kinder muss verbessert werden, entsprechende Leitlinien liegen z. T. vor (z. B. zur Therapie mit Antibiotika oder mit Psychostimulanzien bei ADHS). Insbesondere der Antibiotikaeinsatz für Kinder bei Infektionen der oberen und unteren Atemwege muss kritisch hinterfragt werden, unter anderem auch, um der Gefahr der Ausweitung von Antibiotikaresistenzen vorzubeugen.

3.7 Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

410. Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen treten oftmals schon früh im Leben auf: Ein Beginn der Symptomatik psychiatrisch behandlungsbedürftiger Erkrankungen ist häufig bereits auf einen Zeitpunkt vor dem 14. Lebensjahr zu datieren (vgl. Herpertz-Dahlmann et al. 2002; Brugman et al. 2001). In den folgenden Abschnitten wird zunächst ein allgemeiner Überblick hinsichtlich der Verbreitung und Versorgung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Die im folgenden Unterkapitel 3.8 differenziert behandelte ADHS ist eine häufig diagnostizierte Störung im Kindes- und Jugendalter.

3.7.1 Verbreitung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

411. In der Öffentlichkeit wird vielfach diskutiert, dass Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alltag stark zunehmen, und auch psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen heute insgesamt

weiter verbreitet seien als in vergangenen Jahrzehnten (vgl. z. B. Winterhoff 2008). Dagegen weist der systematisch erhobene Forschungsstand der Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen einen anderen Befund auf: „Eine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland über die letzten 50 Jahre ist also aus den bislang vorliegenden Untersuchungen nicht ableitbar“ (Barkmann/Schulte-Markwort 2004: 283; vgl. auch Barkmann 2004; Göppel 2007, 2009).

412. Unter psychischer Auffälligkeit mit Krankheitswert (psychische Störung) verstehen die medizinischen Fachdisziplinen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie sowie die Klinische Psychologie und Psychotherapie ein weites Spektrum von über 500 einzelnen Diagnosegruppen, die in den beiden internationalen diagnostischen Klassifikations- und Diagnosemanualen (DSM-IV, ICD-10)⁷⁸ kodifiziert und beschrieben sind. Häufig behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen sind etwa Substanzstörungen (z. B. Alkohol-, Stimulanzienabhängigkeiten), psychotische Störungen (z. B. Schizophrenie, Wahnstörung), affektive Störungen (z. B. Major Depression, Dystymie, Bipolare Störungen), Angststörungen (z. B. Panikstörungen, Agoraphobie, Spezifische-, Soziale Phobie), somatoforme Störungen (z. B. Hypochondrie, Somatisierungsstörung), Zwangsstörungen (z. B. Zwangsgedanken oder -handlungen), Schlafstörungen (z. B. Insomnien, Dys- oder Hypersomnien), Essstörungen (z. B. Bulimie, Anorexia nervosa), Stress-/Anpassungsstörung (z. B. posttraumatische Belastungsstörungen) sowie körperliche Störungen, bei denen psychische Faktoren in der Ätiopathogenese eine ausschlaggebende Rolle spielen. Für die meisten der genannten Diagnosegruppen kann von einem professionellen Interventionsbedarf ausgegangen werden, wenngleich eine Gleichsetzung von Diagnose und aktuellem bzw. notwendigem Behandlungsbedarf aufgrund verschiedener Faktoren wie Spontanverlauf oder der Variabilität resultierender Einschränkungen und Behinderungen nicht unproblematisch ist (vgl. Döpfner/Petermann 2008; Colla et al. 2004). Grundsätzlich ist es gemäß den international gebräuchlichen Bedarfsplanungsdefinitionen in der epidemiologischen Versorgungsforschung erforderlich, klar definierte Diagnosen für die psychischen Störungen bzw. die mit diesen assoziierten Behinderungen und Einschränkungen zu verwenden, für die evidenzbasierte Behandlungskonzepte bestehen.⁷⁹ Als klinisch und epidemiologisch hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit gut untersucht können folgende Störungsgruppen gelten:

Suchterkrankungen,⁸⁰ die im Kindes- und Jugendalter seltener auftretenden psychotischen Störungen,⁸¹ affektive Störungen,⁸² neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen,⁸³ Essstörungen.⁸⁴ Diese Störungen umfassen nach internationalen Schätzungen ca. 75 % der Gesamtmorbidität psychischer Störungen in der Gesamtbevölkerung. Für die angeführten Störungsgruppen bestehen (a) hinreichende wissenschaftliche Hinweise auf Behandlungsbedürftigkeit, (b) etablierte und auf Effektivität geprüfte therapeutische Verfahren, (c) hinreichend differenzierte ätiologische und pathogenetische Erkenntnisse sowie Spontanverlaufsbeobachtungen. Daher stehen diese Störungsgruppen bei Bedarfsplanungen oftmals im Mittelpunkt (vgl. Wittchen 2002). Bemerkens- und beachtenswert ist überdies, dass psychische Störungen eine hohe Komorbidität aufweisen: Etwa die Hälfte aller betroffenen Personen leiden zeitgleich unter zwei oder mehr Störungsformen.

413. Psychische Erkrankungen werden bei Kindern und jungen Menschen (zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr) heute tendenziell häufiger diagnostiziert. Der elfte Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung stellte bereits im Jahr 2001 fest, dass den psychischen Krankheiten von Kindern und Jugendlichen eine große Bedeutung zukomme, „(...) Nach Ergebnissen repräsentativer Studien leiden im Durchschnitt etwa 10 bis 12 % der Kinder im Grundschulalter an psychischen Störungen in Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und sonstigen Entwicklungsbereichen. Im Jugendalter muss mit einer noch höheren Quote von etwa 15 bis 20 % gerechnet werden“ (BMFSFJ 2001c: 219).⁸⁵ Bei Kindern und Jugendlichen

⁷⁸ Der ICD 10(F) ist zur Zeit in Überarbeitung, und wird als ICD11(F) ab dem Jahr 2010 erwartet. In diesem sind unter F90-F98 spezifische Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend aufgenommen.

⁷⁹ Dieses ist insbesondere im Hinblick auf die in Deutschland erst seit 1999 in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannten, psychotherapeutischen Behandlungskonzepte Gegenstand laufender Diskussion; vgl. hierzu Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 16. Oktober 2008. In: Bundesanzeiger 2009, Nummer 8: S. 212. B. Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen; vgl. zur Anerkennung der „Systemischen Therapie“ etwa Retzlaff et al. (2009); vgl. kritisch zur „Medikalisierung“ der Psychotherapie Hentze (2009): 9 ff.

⁸⁰ Vgl. den Überblick zu Kindern und Jugendlichen bei Hebebrand 2009; siehe auch die Behandlungsleitlinien für Kinder und Jugendliche bei Klosinski et al. 2003; insbesondere Störungen infolge von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen untersuchen Hinkers et al. 2005; besonders zu beachten sind hierunter auch Störungen durch multiplen Gebrauch unterschiedlicher Substanzen, vgl. dazu Kapusta et al. 2007. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009) stellt im Drogenbericht 2009 den Umgang mit Alkohol und dabei insbesondere die Zunahme des so genannten „Komasaufens“ bei Kindern und Jugendlichen als derzeit gravierendstes Suchtproblem in den Mittelpunkt; vgl. auch Stolle et al. 2009.

⁸¹ Vgl. den Überblick bei von Schimmelmann 2009; mit einer längeren Latenzzeit verbunden und daher - auch bei Auftreten erst im Erwachsenenalter - sich oftmals schon im jugendlichen Alter manifestierend ist die Schizophrenie (vgl. Remschmidt et al. 2004).

⁸² Insbesondere manische, bipolare (vgl. Holtmann et al. 2008), einzelne oder wiederkehrende depressive Störungen (vgl. Fegert et al. 2006) sowie anhaltende affektive Störungen.

⁸³ Darunter insbesondere phobische Störungen (Agoraphobie, mit und ohne Panikstörung, Soziale und Spezifische Phobien (vgl. Melfsen et al. 2003), sonstige Angststörungen (Panikstörung, Generalisierte Angsterkrankung), Zwangsstörungen (vgl. Döpfner/Rothenberger 2007, Döpfner et al. 2007, Jans et al. 2007), posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative (vgl. Resch et al. 2004) und somatoforme Störungen.

⁸⁴ Vgl. Salbach et al. 2007; Hebebrand et al. 2004; Müller 2003.

⁸⁵ Zu ähnlichen Ergebnissen kam bereits die Expertenkommission der Bundesregierung (1988): 5 % aller Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre weisen hier psychiatrische Diagnosen auf und sind aufgrund dessen „unbedingt behandlungsbedürftig“. Die Rate von 5 % kann als untere Grenze der absoluten Behandlungsbedürftigkeit angesehen werden, da keine Studie geringere Daten ermittelt. Bei weiteren 10 bis 13 % aller Kinder und Jugendlichen ist Beratung und Hilfe aufgrund von Verhaltensstörungen oder psychischen und sozialen Auffälligkeiten angezeigt (vgl. BMJFFG 1988).

werden besonders häufig Angst- und depressive Erkrankungen, somatoforme Störungen und die Suchterkrankungen Alkohol- und Drogenabhängigkeit diagnostiziert. Auch Essstörungen werden im Vergleich zu Erwachsenen deutlich öfter festgestellt. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (vgl. auch Schlack et al. 2007) wird nach den dort erhobenen Elternangaben geschätzt, dass insgesamt 4,8 % der Kinder und Jugendlichen eine Lebenszeitprävalenz für ADHS aufweisen;⁸⁶ weitere 4,9 % dieser Stichprobe können auf Basis der angegebenen Verhaltensauffälligkeiten als Verdachtsfälle für dieses Störungsbild gelten (vgl. Gebhardt et al. 2008).

3.7.2 Versorgungskapazitäten

414. Das Angebot an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung hat sich seit den 1970er Jahren stark ausgeweitet. Um die ambulante, vertragsärztliche Versorgung kümmern sich mit Stichtag 31. Dezember 2007 bundesweit 726 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sowie 2 828 nach dem Psychotherapeutengesetz zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).⁸⁷ Wenngleich die ärztlichen Leistungserbringer ein breiteres Leistungsspektrum abdecken können (insbesondere Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, umfassendere Überweisungsmöglichkeiten und Einweisung in die stationäre Versorgung), erscheint es angesichts der Überschneidungen des Leistungsspektrums in der Psychotherapie sachgerecht, die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur statistischen Beschreibung der Versorgungssituation zusammenzuzählen. Damit kommen durchschnittlich auf jeden der insgesamt 3 554 Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung 3 931 Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahren. Dieses Verhältnis hat sich in den vergangenen Jahren

deutlich verbessert, was zum einen auf einen Rückgang der Zahl der Kinder und Jugendlichen und zum anderen auf den Anstieg der Anzahl an Leistungserbringern zurückzuführen ist. So hat sich die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zwischen 1997 und 2007 von 372 auf 726 auf niedrigem Niveau fast verdoppelt (+ 95 %), während sich die Zahl der Ärzte aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen im gleichen Zeitraum um knapp 8 % erhöht hat. Die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat seit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung von 1 373 im Jahr 1999 auf 2 828 im Jahr 2007 um 106 % zugenommen.⁸⁸ Die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren ist dagegen seit 1997 um gut 12 % von rund 15,9 Millionen auf knapp 14 Millionen im Jahr 2007 zurückgegangen.⁸⁹

Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007) hat mit Daten aus dem Jahr 2005, die hinsichtlich der bundesweiten Werte denen der KBV vergleichbar sind, eine länderbezogene Darstellung erarbeitet, aus der eine sehr große Spreizung der Verhältniszahl minderjährige Einwohner je Leistungserbringer deutlich wird. Während in Bremen einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie nur 7 106 und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur 2 538 Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahren gegenüberstanden, waren es in Sachsen-Anhalt 42 883 je Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie bzw. 171 532 je Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Abbildung 22 zeigt die Länderunterschiede in der ambulanten Versorgung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und KJP.

Zur Gesamtversorgungssituation für alle Altersgruppen der Bevölkerung ist festzustellen, dass die Gruppe der an der psychotherapeutischen vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten nach den Hausärzten die Gruppe mit den meisten offenen KV-Sitzen ist. Anfang 2008 bestanden 1 490 Niederlassungsmöglichkeiten. Dies liegt auch daran, dass mit der Integration der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in die vertragsärztliche Versorgung sowohl den ärztlichen als auch den nichtärztlichen Psychotherapeuten Mindestquoten von 40 % der Vertragsarztsitze reserviert wurden, die von den ärztlichen Leistungserbringern jedoch seither regelmäßig nicht ausgeschöpft werden. Entsprechend blieben Niederlassungsmöglichkeiten ungenutzt. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde die Quote für die PP und KJP abgeschafft und die der ärztlichen Leistungserbringer auf 25 % reduziert. Die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

⁸⁶ Im Rahmen dieser bundesweiten Erhebung beantworteten die Eltern von insgesamt ca. 15 000 Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren schriftlich einen Fragebogen, der auch die Frage enthielt, ob jemals bei ihrem Kind eine ADHS-Diagnose gestellt wurde. Zusätzlich wurden anhand einer speziellen Skala (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Hyperaktivität) erhoben (vgl. Gebhardt et al. 2008; RKI 2008a).

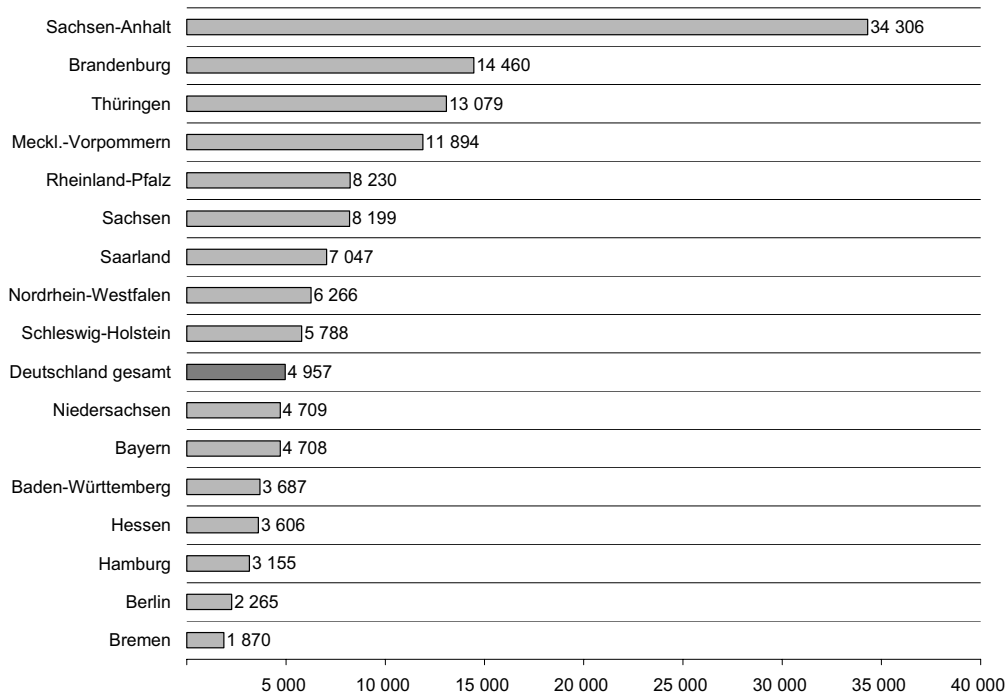
⁸⁷ Vgl. Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung zählt insgesamt neun Arztgruppen, die an der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind. Neben den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind insbesondere Pädiater mit entsprechender Zusatzqualifikation sowie Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung auch für Kinder und Jugendliche zu nennen. Eine Zuordnung zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist aufgrund des derzeit vorliegenden Datenmaterials aber nicht möglich, sodass die Darstellung hier auf die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschränkt bleiben und entsprechend die tatsächlich existierenden Versorgungskapazitäten unterschätzen muss. Die Neufassung des § 101 Absatz 4 SGB V aufgrund des GKV-OrgWG (s. unten) sieht eine künftige Abgrenzung der ausschließlich in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Tätigen vor. An der Umsetzung wird im G-BA gearbeitet.

⁸⁸ Hier dürften auch Nachholeffekte eine Rolle spielen, weil Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die bereits vor 1999 im Wege der Delegation oder über Erstattungsverfahren an der Versorgung von GKV-Versicherten beteiligt waren, erst nach und nach in die vertragsärztliche Versorgung integriert wurden.

⁸⁹ Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung.

Abbildung 22

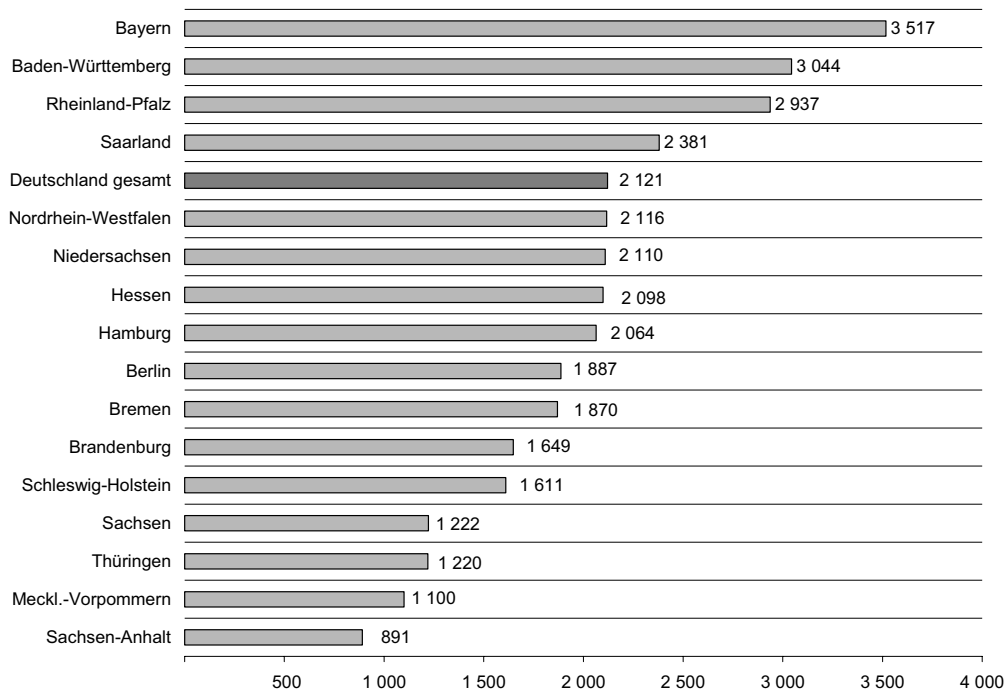
Einwohner unter 18 Jahren je Leistungserbringer in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am 31. Dezember 2005



Quelle: Eigene Berechnung aus Daten der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007)

Abbildung 23

Einwohner unter 18 Jahren je stationärem oder teilstationärem Bett/Platz in Fachkrankenhäusern oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie im Jahr 2005



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007)

mit psychotherapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche erfolgt derzeit noch nicht getrennt von der für Erwachsene, allerdings wurde der Anteil der ausschließlich zur vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zugelassenen psychotherapeutischen Leistungserbringer an allen vertragsärztlichen psychotherapeutischen Leistungserbringern mit dem GKV-OrgWG auf mindestens 20 % quotiert. Eine entsprechende Überarbeitung der Bedarfsplanung nimmt der G-BA derzeit vor.

415. Die stationäre Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wurde im Jahr 2007 von bundesweit 133 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie gewährleistet. Es standen 5 183 Betten zur Verfügung, die durchschnittlich zu 91,5 % ausgelastet waren. Hier wurden 41 482 Fälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 41,8 Tagen versorgt.⁹⁰ Hinzu kamen 2 043 Plätze in Tages- oder Nachtkliniken.⁹¹ Somit kamen auf 1 933 Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahren ein Bett oder Platz in einer Fachabteilung oder Tages-/Nachtlinik. Damit haben sich die Versorgungskapazitäten im Vergleich zu 2005 um 262 Betten und 420 Plätze erhöht. In der bereits erwähnten Erhebung mit Daten aus dem Jahr 2005 hat die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden auch für die stationäre Versorgung eine nach Bundesländern differenzierte Darstellung erarbeitet. Im bundesweiten Durchschnitt stand danach im Jahr 2005 für 2 121 Menschen unter 18 Jahren ein Bett bzw. Platz in einer (teil-)stationären Einrichtung zur Verfügung. Während Sachsen-Anhalt – auch beeinflusst durch den demografischen Wandel zu einer älteren Bevölkerung – mit nur 891 minderjährigen Einwohnerinnen und Einwohnern pro Bett/ Platz die umfangreichsten Versorgungskapazitäten im stationären Bereich aufwies, kamen am anderen Ende des Spektrums in Bayern 3 517 Kinder und Jugendliche auf ein Bett/einen Platz (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007).

416. Tendenziell weisen die Stadtstaaten gemessen am jeweiligen Bundesdurchschnitt sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung eine hohe Versorgungsdichte auf, während die ostdeutschen Bundesländer in der stationären, die westdeutschen Bundesländer dagegen in der ambulanten Versorgung besser besetzt sind. Gleichwohl kann nicht von einem substitutiven Verhältnis der ambulanten und der stationären Versorgung gesprochen werden, wie die Beispiele Rheinland-Pfalz und Saarland mit unterdurchschnittlichen Kapazitäten sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung deutlich machen. Eine gewisse Substitution des Mangels vertragsärztlicher Versorgungskapazitäten dürfte jedoch durch die Institutsambulanzen gelingen, die nahezu jedes

Fachkrankenhaus/jede Fachabteilung unterhält. Aktuelle länderbezogene statistische Daten über deren Versorgungsleistung sind derzeit aber nicht verfügbar.

Die statistische Darstellung der ambulanten und stationären Versorgungssituation allein erlaubt keine Bewertung, ob Über-, Unter- oder Fehlversorgung vorliegt. Während im Allgemeinen trotz der verbesserten Verhältniszahlen von Unterversorgung ausgegangen wird (s. auch Ravens-Sieberer 2006, 2007a), dürfte es ebenso einzelne Indikationen geben, in denen es eher zu Fehl- oder zu Überversorgung kommt. Hierzu besteht noch erheblicher Forschungsbedarf. Hinsichtlich der Verbesserung der Effizienz und Effektivität der bereits bestehenden Versorgungsmöglichkeiten stellt die Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen, die psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zur Verfügung stehen, eine besondere Herausforderung für die Zukunft dar.

3.7.3 Versorgungsgeschehen

417. Im Jahr 2004 wurden in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychotherapie⁹² insbesondere Störungen des Sozialverhaltens in Kombination mit emotionalen Störungen (F92), Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) sowie hyperkinetische Störungen (F90) behandelt (vgl. Schulz et al. 2008). Nach Geschlecht differenziert zeigt sich ein höherer Anteil an Diagnosen von Jungen im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens und der hyperkinetischen Störungen, bei Mädchen im Bereich der Belastungs- und Anpassungsstörungen, der affektiven Störungen und der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlicher Störung (vor allem Essstörungen). Die Variabilität in der Ausprägung (latenter) psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen, eine Vielfalt von möglichen Behandlungsansätzen und -konzepten, eine zum Teil unklare Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades und psychischen Störungen mit Krankheitswert erschweren es, generelle Aussagen über die Angemessenheit der stationären und ambulanten Behandlungskapazitäten zu treffen. Mängel werden bei der Koordination der notwendigen Behandlungen und den Kooperationsstrukturen in der Versorgungslandschaft festgestellt (vgl. Colla et al. 2004). Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, die in einer regional sehr unterschiedlichen Angebotsdichte vorgehalten wird, ist davon auszugehen, dass in besonders dicht versorgten Gebieten auch angebotsinduzierte Nachfrage entsteht.

Die Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen bezieht sich jedoch keinesfalls auf die medizinische und psychotherapeutische Behandlung allein. Entstehung und Auswirkungen von psychischen Erkrankungen stehen bei Kindern und Jugendlichen in einem entwicklungspsychologischen Kontext, der in Diagnostik und Therapie zu beachten ist (vgl. Döpfner/Petermann

⁹⁰ Statistisches Bundesamt 2008d, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Tabelle 2.2.3; zum Vergleich: in der Erwachsenenpsychiatrie standen 53 169 Betten zur Verfügung, die bei einer durchschnittlichen Verweildauer von nur 23,9 Tagen zu 92,5 % ausgelastet waren.

⁹¹ Statistisches Bundesamt 2008d, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Tabelle 2.12.

⁹² Daten nach den tiefgegliederten Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2004; vgl. Statistisches Bundesamt 2006.

2008). In kaum einem anderen Gebiet der Psychiatrie ist daher die Notwendigkeit von inter- bzw. multiprofessionellen Interventionen so deutlich wie bei Kindern und Jugendlichen. Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist deshalb nicht nur eine Aufgabe des Gesundheitssystems, sondern ebenso der Kinder- und Jugendhilfe (Schmid et al. 2006). Die faktische Verwobenheit von pädagogischen und medizinischen Aspekte bei einer Vielzahl relevanter Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter stellen besondere Anforderungen an die Kooperationsstrukturen und -kulturen dieser beiden Hilfesysteme, denen diese jedoch nur teilweise entsprechen.⁹³

418. Psychische und psychosoziale Probleme in der Kindheit und Jugend werden häufig nicht in ihrem Krankheitswert erkannt bzw. nicht ausreichend behandelt (vgl. Seifert 2002). Nach den Erhebungen des Moduls „Psychische Gesundheit“ (BELLA-Studie 2006) im Rahmen des KiGGS werden durchschnittlich nur etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine aktuelle Diagnose für eine psychische Erkrankung vorliegt, auch tatsächlich behandelt (Ravens-Sieberer et al. 2006, 2007a; vgl. auch Harfst/Marstedt 2009; WHO Europe 2008). Lediglich ca. 15 bis 20 % der betroffenen Eltern nehmen danach eine Beratung oder eine Behandlung ihrer Kinder in Anspruch. Die Gleichsetzung von Diagnose mit Behandlungsbedarf ist jedoch grundsätzlich nicht unproblematisch (s. auch Ziffer 412; vgl. auch Colla et al. 2004).

Die Diskrepanzen zwischen den festgestellten Prävalenzen psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu dem beobachteten Versorgungsgeschehen, das hinsichtlich spezifischer Erkrankungen sehr differierende Behandlungsquoten aufweist, wird in der Fachöffentlichkeit auf eine Reihe von unterschiedlichen Gründen zurückgeführt. Hierzu zählen vor allem:

- mangelnde Früherkennung von psychischen Störungen im Rahmen der Primärversorgung (vgl. Schulz et al. 2008; Colla et al. 2004; Tress et al. 1999; Harfst/Marstedt 2009),
- fehlende Informationen über Art, Wirksamkeit und Finanzierung insbesondere der psychotherapeutischen Versorgung (vgl. Schulz et al. 2008),
- Befürchtungen von Stigmatisierung bei Inanspruchnahme von therapeutischen Interventionen (vgl. Mojtabai et al. 2002; Franz et al. 1999; WHO Europe 2008).⁹⁴

⁹³ Die Bedeutung sozialpädagogischer Kompetenz im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie begründet sich darin, dass ein Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen Störungen aufweisen, „die keinen Krankheitswert haben, die die soziale Integration aber dennoch gravierend einschränken und behindern“ (vgl. Engbarth 2003: 251). Durch die gesetzlichen Regelungen des § 35a SGB VIII hat sich der Kompetenzbereich der Kinder- und Jugendhilfe auch auf die von einer seelischen Behinderung bedrohten und seelisch behinderten jungen Menschen erweitert (vgl. dazu auch Kölch et al. 2007: 8 ff.).

⁹⁴ Vgl. zur Forderung nach Entstigmatisierung von psychischen Leiden auch die Bemühungen von Fachverbänden, z. B. DGPPN (2004), sowie die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (2005a und 2005b).

- Koordinations- und Schnittstellenprobleme in der gemeindepsychiatrischen Versorgung (vgl. Colla et al. 2004).

Diese Defizite können zu einem Ausbleiben adäquater Behandlung führen, mit der Folge eines fortbestehenden Leidensdruckes bei den Betroffenen, der Chronifizierung und Verminderung von Heilungschancen (insbesondere bei Abhängigkeitserkrankungen), und einer zum Teil erhöhten Inanspruchnahme somatomedizinischer Leistungen, welche aus gesundheitsökonomischer Sicht mit erheblichen Kosten verbunden sein kann.

419. Die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist insgesamt auch durch markante regionale Unterschiede gekennzeichnet. Regionen, die z. B. über eine nahe Universität und/oder psychotherapeutische Ausbildungs- und/oder Weiterbildungsinstitutionen verfügen, sind tendenziell besser versorgt als ländliche Regionen oder städtische Regionen ohne derartige Ausbildungsstätten.⁹⁵ Im Rahmen einer gemeindenahen Psychiatrie ist im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich eine Vollversorgung anzustreben, da so die Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen und Leistungen in bestehenden sozialen Bezügen und im Kontakt zu den Familien erfolgen kann, und auch Behandlungen in Tageskliniken sowie familientherapeutische Ansätze ermöglicht werden (vgl. BMJFFG 1988).

Insbesondere im Zusammenhang mit präventiven Strategien ist auch die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern zu diskutieren (vgl. Kölch et al. 2008; Schmid et al. 2008). Metzger et al. (2009) zeigen zum einen auf, dass Jugendliche und ihre Familien aufgrund ihrer beschränkten personalen, sozialen und ökonomischen Ressourcen auf Unterstützung angewiesen sind, und dass zum anderen durch die Einrichtung zielgruppenspezifischer Freizeit- und Beratungsangebote nachweislich Resilienzen bei Jugendlichen gefördert werden (vgl. auch Riedel 2008). Ansätze der Primärprävention zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen werden in einer Forschungsstandsbeschreibung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) systematisiert (vgl. Bengel et al. 2009): hierin werden personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren differenziert untersucht. Für die Stärkung der Resilienz von Kindern und Jugendlichen in Risikolagen zeigt es sich als von entscheidender Bedeutung, dass sie in (positive) Beziehungen eingebunden sind.

Angebote und Maßnahmen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, vor allem in den Bereichen der Kontaktstiftung und -erhaltung, der Alltagsstrukturierung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, werden nicht nur von professionellen Diensten und Angeboten des komplementären Bereichs vorgehalten, sondern diese entstehen ebenso aus der Laien- und Selbsthilfe. Das Engagement in Selbsthilfegruppen bezieht sich zum einen auf

⁹⁵ Vgl. zu den regionalen Unterschieden nach Bundesländern auch Abbildung 22 und Abbildung 23.

die Betroffenen und ihre Angehörigen selbst, zum anderen können hierdurch auch soziale Aktivitäten in den Lebenswelten ausgelöst und/oder anderen Betroffenen Unterstützung und Hilfestellung geleistet werden. Bei einer Öffnung der Versorgungsstrukturen für die Beteiligung und das Engagement von Betroffenen und ihren Angehörigen ist darauf zu achten, dass keine Qualitätseinbußen in der Versorgung eintreten, sondern im Gegenteil durch die Stärkung von Mitbestimmung und Mitgestaltung die Qualität der professionellen Leistung gesteigert wird und Einrichtungen und Dienste der psychiatrischen Versorgung dadurch effektiver wirken. Der Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen kann hierbei als Instrument der umfassenderen Wahrnehmung des Hilfebedarfs genutzt werden; auch bei der Therapie- und Hilfeplanung sowie der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ist eine möglichst enge Kooperation mit Angehörigen und anderen Personen des sozialen Umfeldes anzustreben (vgl. Colla et al. 2004). Der leitende Gedanke von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen ist zunächst die Interessenvertretung nach außen: psychisch Erkrankte und ihre Angehörigen können die oftmals noch bestehende gesellschaftliche Isolation überwinden und öffentlich ihre Bedarfe formulieren. Selbsthilfegruppen haben sich aber auch als begleitende Stützen in der psychiatrischen Versorgung erwiesen, die primär dem Informationsaustausch und der kommunikativen Unterstützung dienen. Die Struktur der Selbsthilfegruppen ermöglicht darüber hinaus das Einüben von Problemlösestrategien, die gemeinsam im Hinblick auf die jeweiligen persönlichen Situationen überprüft werden können. Ebenso werden von den in Selbsthilfe organisierten Fachgruppen krankheits- und therapiebezogene Themen mit Experten erörtert. Bei Angehörigengruppen steht oftmals der Gedanken- und Erfahrungsaustausch, das Erhalten von Informationen und das Aufzeigen von Kooperationsmöglichkeiten mit professionell Tätigen im Mittelpunkt der Aktivitäten. Auch Strategien zum Umgang und zur Verbesserung der belastenden Situation können hierin entwickelt werden (vgl. Colla et al. 2004).

3.7.4 Zwischenfazit

420. Psychische Erkrankungen können bereits früh im Leben auftreten und weisen überdies eine hohe Komorbidität auf. Eine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten ist bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt nicht festzustellen. Grundsätzlich ist auch die Gleichsetzung von Diagnose und (notwendigem) Behandlungsbedarf aufgrund verschiedener Faktoren wie Spontanverlauf oder der Variabilität resultierender Einschränkungen und Behinderungen nicht unproblematisch. Forschung zum Spontanverlauf, zum Einfluss veränderbarer und insoweit der nichtmedizinischen Primärprävention zugänglichen familialen und sozialen Faktoren, sowie zur Verbesserung der Differentialdiagnostik ist erforderlich. Derzeit ist das Ausmaß von Über-, Unter- oder Fehlversorgung nicht seriös abschätzbar.

Maßnahmen zur Entstigmatisierung und zum Vorurteilsabbau sind erforderlich. Auch Eltern können von Vorurteilen

gegenüber psychischen Erkrankungen geletet sein, was die Suche nach bzw. das Finden von geeigneten Hilfen für ihre Kinder erschweren und die Bewältigung der Erkrankung behindern kann.

Das Angebot an professioneller psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung hat sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie parallel zur Abnahme der Anzahl von Kindern und Jugendlichen seit den 1970er-Jahren ausgeweitet: tendenziell weisen dabei die urbanen Regionen, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung eine höhere Versorgungsdichte auf, während die ostdeutschen Bundesländer in der stationären, die westdeutschen Bundesländer in der ambulanten Versorgung besser besetzt sind.

Die unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregrade psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen und eine Vielfalt an möglichen Behandlungsansätzen und -konzepten erschweren es ebenfalls, generelle Aussagen über die Angemessenheit der stationären und ambulanten Behandlungskapazitäten zu treffen. Mängel sind insbesondere hinsichtlich der Koordination notwendiger Behandlungen und mit Blick auf die Kooperationsstrukturen in der Versorgungslandschaft festzustellen. Insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung kann in bestimmten Regionen auch von angebotsinduzierter Nachfrage ausgegangen werden.

Die Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist nicht allein Aufgabe medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Die Entstehung und die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen stehen bei Kindern und Jugendlichen in einem entwicklungspsychologischen Kontext, der in Diagnostik und Therapie zu beachten ist. Psychische und psychosoziale Probleme in Kindheit und Jugend werden häufig nicht in ihrem Krankheitswert erkannt bzw. nicht ausreichend behandelt: Das Ausbleiben adäquater Behandlungsansätze kann zu Chronifizierung und Verminderung von Heilungschancen und einer teilweise erhöhten Inanspruchnahme somatomedizinischer Leistungen führen.

Erforderlich sind daher differenzierte Angebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit Beteiligung und unter Nutzung der Potenziale der Selbsthilfe, die sich hinsichtlich der heterogenen Zielgruppen und deren Versorgungsbedarf unterscheiden können; die regionale Vernetzung zur Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Hilfsangebote muss dabei gewährleistet sein.

3.8 Aufwachsen in psychischer Gesundheit – Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

3.8.1 Einleitung

421. Im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit spielen Fragen der psychischen Gesundheit und der Bedingungen des psychisch gesunden Aufwachsens eine zunehmend wichtige Rolle. Es wird kaum ein Thema in der Fachwelt wie in der allgemeinen Öffentlichkeit so kontrovers diskutiert wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/

Hyperaktivitätsstörung (kurz: ADHS)⁹⁶. Die mit den Hauptsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität beschriebene Verhaltensauffälligkeit ist eine häufig diagnostizierte Störung im Kindes- und Jugendalter und hat Auswirkungen auf viele Aspekte der kindlichen Entwicklung und auf die soziale, kognitive und emotionale Funktionsfähigkeit im familiären wie schulischen Bereich (Remschmidt 2005). Betroffene Kinder sind je nach Ausprägung des Störungsbildes leicht ablenkbar und bringen angefangene Aufgaben nicht zu Ende, haben Schwierigkeiten, sich über längere Zeit zu konzentrieren und/oder sind motorisch unruhig. Sie sind bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich, können nur schwer warten, bis sie an der Reihe sind, oder unterbrechen und stören andere (vgl. Klassifizierung nach ICD-10 und DSM-IV). Die Kinder fallen durch ihr störendes Verhalten im familiären und sozialen Umfeld auf und Eltern sehen sich häufig mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen konfrontiert. Ein von ADHS-betroffenes Kind in der Familie erhöht die Wahrscheinlichkeit von Familien- und Ehekonflikten, gestörten Eltern-Kind-Beziehungen und kann zur Einschränkung der elterlichen Handlungsfähigkeit sowie zu Beeinträchtigungen der Geschwister führen (Harpin 2005, vgl. RKI/BZgA 2008). Während über die große und zunehmende Prävalenz des Störungsbildes weitgehend Einigkeit in der Fachwelt besteht, gibt es zu den Fragen, ab welchem Punkt von einer behandlungsbedürftigen Störung zu sprechen ist, wie viele Kinder betroffen sind, welche Ursachen und Entstehungsbedingungen zugrunde liegen, welche Präventionsmöglichkeiten bestehen und welche Behandlung anzuraten ist, sehr kontroverse Debatten in der allgemeinen Öffentlichkeit wie auch in der Wissenschaft (vgl. Gebhardt et al. 2008). Insbesondere die Frage, ob der exponentielle Anstieg der Verordnungsmengen der bei ADHS verschriebenen Präparate als Ausgleich einer vorher bestandenen Unterversorgung interpretiert werden muss, oder eine Über- bzw. Fehlversorgung darstellt, ist immer noch umstritten (Gebhardt et al. 2008).

3.8.2 Das Störungsbild ADHS im Kindes- und Jugendalter

Symptome und Komorbidität

422. Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10, German Version 2009) definiert hyperkinetische Störungen als Gruppe von Störungen, die charakterisiert ist „durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine

Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen. Hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, wobei sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Die Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.“

Das „Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen“ (American Psychiatric Association 2000) unterstreicht zudem eine deutliche Beeinträchtigung durch ADHS in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf sowie eine Persistenz der Symptome von mindestens 6 Monaten. Darüber hinaus sollen die Symptome nicht ausschließlich im Verlauf einer psychotischen Erkrankung (z. B. Schizophrenie) auftreten und nicht durch andere Störungen (z. B. Angststörungen, Persönlichkeitsstörung) erklärt werden können.

423. In jedem Altersbereich gibt es Leitsymptome, die auf das Vorliegen einer ADHS hinweisen können (vgl. Tabelle 52). Bereits Säuglinge können durch Regulationsprobleme (z. B. unerklärliche, lang andauernde Schreiphasen, Ess- und Schlafprobleme) auffallen. Hyperaktiv-impulsive Verhaltensauffälligkeiten sind meist schon sehr früh zu beobachten, während Aufmerksamkeitsdefizite meist erst mit den Leistungsanforderungen in der Schule deutlich wahrnehmbar werden (Martinson-Schittkowski et al. 2009). Bei Jungen ist die Hyperaktivität häufig stärker ausgeprägt als bei Mädchen, die eher zu einem träumerisch-abwesenden Verhalten neigen (Döpfner 2005; vgl. Gebhardt et al. 2008).⁹⁷ Entgegen früherer Annahmen haben neuere Untersuchungen gezeigt, dass die Symptome der ADHS auch bis in das Erwachsenenalter fortbestehen, wobei jedoch die Prävalenzschätzungen zwischen mindestens einem Drittel (Bundesärztekammer 2005) und 65 % der zuvor als ADHS-Patienten diagnostizierten Kinder (Wolraich et al. 2005) schwanken (vgl. Gebhardt et al. 2008).

424. Bei bis zu zwei Drittel aller mit ADHS diagnostizierten Kinder (in klinischen Stichproben) werden neben der Kernsymptomatik zusätzliche Auffälligkeiten festgestellt (vgl. Döpfner 2000). Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen (vgl. Gebhardt et al. 2008):

- Aggressivität/aggressiv-oppositionelles Problemverhalten
- Affektive (meist depressive) Symptome
- Angststörungen

⁹⁶ Weitere häufige Bezeichnungen für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bzw. ihrer Varianten sind „Hyperkinetische Störung (HKS)“, „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) mit und ohne Hyperaktivität“, „Hyperaktivität“ oder umgangssprachlich auch „Zappelphilipp-Syndrom“. International wird üblicherweise von „attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)“, bzw. „attention deficit disorder (ADD)“ gesprochen. Im vorliegenden Text gilt die Kurzbezeichnung „ADHS“ als Oberbegriff, der die Ausprägung mit und ohne Hyperaktivität umfasst.

⁹⁷ Im Buch „Der Struwwelpeter“ aus dem Jahr 1845 von dem Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann werden die typischen Charaktere als „Zappelphilipp“ und „Hanns Guck-in-die-Luft“ nachgezeichnet (vgl. Gebhardt et al. 2008).

- Defizite der Motorik und Koordination
- Sprach- und Sprechstörungen
- Dissoziales Verhalten
- Lernprobleme/schulische Leistungsdefizite
- Drogen- und Alkoholmissbrauch

Die beschriebenen Verhaltensweisen bzw. Symptome treten grundsätzlich auch bei Kindern ohne ADHS mehr oder weniger ausgeprägt auf, weshalb die Diagnose ADHS häufig kontrovers diskutiert wird (Gebhardt et al. 2008).

Diagnosekriterien

425. Den Klassifikationssystemen nach DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie) und ICD-10 (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der

Weltgesundheitsorganisation) ist gemeinsam, dass sie einen frühen Beginn der Symptomatik (vor dem 7. Lebensjahr) annehmen, die Symptome mindestens sechs Monate lang und in einem für den Entwicklungsstand untypischen Ausmaß bestehen müssen und in mindestens zwei Lebensbereichen (z. B. zu Hause und in der Schule) auftreten sowie zu deutlichen und klinisch relevanten Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen führen (Döpfner/Lehmkuhl 2002). Der Hauptunterschied besteht darin, dass nach den in Deutschland anzuwendenden ICD-10-Kriterien Ausprägungen für alle drei Leitsymptome (Impulsivität, Überaktivität und Unaufmerksamkeit)⁹⁸ vorliegen müssen. Dagegen erlaubt das Klassifika-

⁹⁸ Als Besonderheit der ICD-10 gilt die Kombination der ADHS mit Störungen des Sozialverhaltens, die als „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ bezeichnet wird. Liegen die Leitsymptome ohne eine Störung des Sozialverhaltens vor, spricht man von einer „Einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung“.

Tabelle 52

Leitsymptome und Komorbiditäten der ADHS nach Altersgruppen

Altersgruppe	Leitsymptome	Komorbiditäten
Säuglingsalter	Unerklärliche, lang andauernde Schreiphasen, motorische Unruhe, Ess- und Schlafprobleme, Ablehnung von Körperkontakt, Misslautigkeit	
Kleinkindalter (einschließlich Kindergartenalter)	Plan- und rastlose Aktivität, schnelle, häufige und unvorhersagbare Handlungswechsel, geringe Ausdauer bei Einzel- und Gruppenspiel, ausgeprägte Trotzreaktionen, unberechenbares Sozialverhalten; auffallend früher Spracherwerb oder auch verzögerte Sprachentwicklung	Oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens, Sprach- und Sprechstörungen, Tic-Störungen, Tourette-Syndrom
Grundschulalter	Mangelnde Regelakzeptanz in Familie, Spielgruppe und Klassengemeinschaft, Stören im Unterricht, wenig Ausdauer, starke Ablenkbarkeit, emotionale Instabilität, geringe Frustrationstoleranz, Wutanfälle, aggressives Verhalten, schlechte Schrift, chaotisches Ordnungsverhalten; andauerndes Reden, Geräuschproduktion, überhastetes Sprechen (Poltern); unpassende Mimik, Gestik und Körpersprache; Ungeschicklichkeit, häufige Unfälle;	Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche, Lern- und Leistungsprobleme, oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens, aggressive Verhaltensstörungen, Sprach- und Sprechstörungen, Tic-Störungen, Tourette-Syndrom
Adoleszenz	Unaufmerksamkeit, Null-Bock-Mentalität, Leistungsverweigerung, oppositionell-aggressives Verhalten, stark vermindertes Selbstwertgefühl,	Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste, oppositionelle Störungen der Sozialverhaltens, aggressive Verhaltensstörungen, Zwangsstörungen, Tic-Störungen, Tourette-Syndrom, Depressionen
Erwachsenenalter	Schusseligkeit, Vergesslichkeit; Mühe, Aufgaben zu planen und zu Ende zu bringen; Jähzorn, Desorganisiertheit, häufige berufliche Misserfolge	Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste, Zwangsstörungen, Tic-Störungen, Tourette-Syndrom, Depressionen

Quelle: Martinsohn-Schittkowski et al. (2009) modifiziert nach AWMF-online

tionsschema nach DSM-IV eine Diagnose auch, wenn nur eine Aufmerksamkeitsstörung oder eine Hyperaktivität/Impulsivität vorliegen (vgl. Gebhardt et al. 2008). Der Vergleich der Klassifikationssysteme ist insbesondere von Bedeutung, wenn Daten zur Prävalenz, Inzidenz und auch Therapieerfolgen verschiedener (internationaler) Studien miteinander verglichen werden, da die weit gefasste diagnostische Kategorisierung nach DSM-IV eine höhere Prävalenzrate bedingt (vgl. Gebhardt et al. 2008).

426. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien schließt eine qualifizierte (Differenzial-) Diagnostik eine systematische Einschätzung aktueller und vergangener Probleme, eine umfassende Untersuchung der Psychopathologie, der kognitiven Leistungsfähigkeit, der somatisch-neurologischen Bedingungen und der sozialen und emotionalen Kompetenzen ein (Huss 2008). Zur Vermeidung allzu einfacher Erklärungskonzepte und sich daraus ableitender therapeutischer Maßnahmen muss die multifaktorielle Ätiologie durch eine umfassende Diagnostik, die u. a. eine ausführliche Ermittlung der Vorgeschichte und Exploration der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen, die Erfassung der ADHS-Symptomatik mithilfe spezieller Fragebögen, körperlichen Untersuchungen, Beobachtungen des Kindes/Jugendlichen in der Untersuchungssituation, Intelligenz- und Leistungstests sowie neuropsychologische Untersuchungen abgebildet werden (Lehmkuhl/Döpfner 2006; vgl. Gebhardt et al. 2008). Kritiker gehen davon aus, dass es sich bei ADHS nicht um ein abgrenzbares und spezifisches Syndrom handelt, sondern um eine unspezifische Symptomatik, wie sie auch bei anderen Verhaltensstörungen im Kindesalter auftritt oder durch andere Störungen hervorgerufen werden kann (vgl. Bundestagsdrucksache 16/3045). Leuzinger-Bohleber (2006) illustriert durch fragmentarische Beobachtungen von einzelnen Vorschulkindern, welche (biografischen) Besonderheiten bei Kindern mit der Diagnose ADHS auffallen (z. B. ADHS als „kindlicher Bewältigungsversuch erlittener Traumatisierungen“, als „Ausdruck einer besonderen Begabung, Vitalität und Kreativität“ oder als „Indikator einer Frühverwahrlosung“) und stellt die „Einheits-Diagnose ADHS“ zur Diskussion. Zuweilen entstünde auch der Eindruck, „als werde ADHS oder ADS oder hyperaktive Störungen zum Synonym für alle kindlichen Schwierigkeiten im Vorschul- und Grundschulalter“ (Grothe/Horlbeck 2006). Riedesser (2006) sieht in der Etikettierung ADHS eine unzulässige Vereinfachung komplexer psychischer und sozialer Probleme, eine auf Medikation gerichtete Sichtweise des Problems, eine Stigmatisierung des Kindes und die Behinderung eines differenzierten Forschungsprozesses (vgl. Gebhardt et al. 2008).

Ursachen und Entstehungsbedingungen

427. Die Ursachen des Störungsbildes ADHS sind bis heute nicht abschließend geklärt. Es gibt heftige Auseinandersetzungen darüber, ob ADHS primär genetisch bedingt ist oder Umweltfaktoren die entscheidende Rolle spielen. Es gilt mittlerweile jedoch als gesichert, dass es sich insgesamt um ein multikausales Geschehen handelt, in dem genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung der Symptomatik zusam-

menwirken. Die verschiedenen Faktoren werden jedoch sehr unterschiedlich gewichtet und sind noch stark in der Diskussion. Im Folgenden werden die Positionen separat dargestellt.

428. Hinweise auf eine genetische Disposition für ADHS haben verschiedene Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien geliefert, die bei den biologischen Eltern von Kindern mit ADHS eine höhere Häufigkeit von ADHS-Symptomen als bei Adoptiveltern belegten (Sprich et al. 2000) sowie bei eineiigen Zwillingen deutlich höhere Konkordanzraten (50 bis 80 %) als bei zweieiigen Zwillingen (30 bis 40 %) dokumentierten (vgl. Schlack et al. 2007). Familienstudien ergaben, dass Geschwister, Eltern oder andere Verwandte ein etwa 3 bis 5-fach erhöhtes Risiko haben, ebenfalls an ADHS zu erkranken (vgl. Bundesärztekammer 2005).⁹⁹ Jedoch ist bei der familiären Übertragung von ADHS zu beachten, dass die Studien bei Eltern von Kindern mit ADHS auch für eine Vielzahl anderer psychiatrischer Erkrankungen erhöhte Risiken ergaben (Gebhardt et al. 2008) und eine familiäre Häufung auch durch psychosoziale Faktoren erklärbar ist (Döpfner 2000). Ebenso sind bei der Interpretation von Zwillingsstudien methodische Schwachpunkte (z. B. Bewertung der Symptome nur durch die Mutter, „Ratereffekte“) zu berücksichtigen (Gebhardt et al. 2008). Einzelne Autoren schätzen den Anteil genetischer Komponenten auf 70 bis 90 % (vgl. Schlack et al. 2007). Wahrscheinlich spielen auch DNA-Polymorphismen verschiedener Gene eine Rolle bei der Entstehung der ADHS. Am besten belegt ist die ätiologische Bedeutung von Veränderungen der Dopamin-Rezeptor-Gene, die wesentlich verantwortlich zu sein scheinen für eine geringere Verfügbarkeit von Dopamin im synaptischen Spalt (vgl. Bundesärztekammer 2005). Jedoch sind diese Veränderungen der Dopamin-Rezeptor-Gene in der Bevölkerung weit verbreitet und sie erhöhen das Risiko für ADHS jeweils nur gering (1,2 bis 1,9-fach) bzw. erklären jeweils weniger als 5 % der Verhaltensvarianz (Bundesärztekammer 2005). Wie aus diesen genetischen Faktoren physiologische bzw. organpathologische Veränderungen entstehen, ist bislang noch nicht geklärt.

429. Weitere Studien zeigen, dass Kinder mit ADHS eine eindeutig höhere Rate an prä-, peri- und postnatalen Komplikationen aufweisen, jedoch ist der relative Einfluss verschiedener Faktoren immer noch unklar (Renschmidt/Heiser 2004). Pränatale Alkohol- und Nikotinexposition gelten als bedeutsame eigenständige Risikofaktoren (Bundesärztekammer 2005).¹⁰⁰

430. Der entwicklungspsychologisch orientierte Erklärungsansatz begründet die ADHS-Problematik in einer mangelnden „Kongruenz“ zwischen Kind und Umwelt und berücksichtigt äußere Risikofaktoren wie die zuneh-

⁹⁹ Für eine Übersicht von formalgenetischen Befunden zu ADHS aus Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien siehe Smidt et al. 2003.

¹⁰⁰ Daneben besteht jedoch auch die Vermutung, dass das Rauchen keinen eigenständigen exogenen Einflussfaktor darstellt und die betroffenen Frauen rauchen, weil sie selbst von ADHS betroffen sind (vgl. Gebhardt et al. 2008).

mende Reizüberflutung, z. B. durch Fernsehen und Computerspiele sowie eine Erziehung mit mangelnder Zuwendung und fehlender Grenzziehung (Gebhardt et al. 2008). Vertreter dieses Ansatzes kritisieren die Überbewertung der genetischen Faktoren und einer damit einhergehenden Ausblendung der oftmals als problematisch erkannten psychosozialen Lebenshintergründe als mögliche primäre Verursachung der ADHS-Symptomatik (Mattner 2006; vgl. Gebhardt et al. 2008).

Die Bundesärztekammer vertritt in ihrer Stellungnahme den Standpunkt, dass schwere Deprivation in der frühen Kindheit ätiologisch bedeutsam ist, aber vor allem zu dem Schweregrad und der Stabilität der Symptomatik sowie zum Auftreten assoziierter Beeinträchtigungen (insbesondere aggressive und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten) beiträgt und es generell einer weiteren Abklärung der Wechselwirkung zwischen genetischer Veranlagung und Umgebungsfaktoren bedarf (Bundesärztekammer 2005).

Prävalenz der ADHS im Kindes- und Jugendalter

431. Die unterschiedlichen Diagnosekriterien der beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV führen zu unterschiedlichen Einschlusskriterien in wissenschaftlichen Untersuchungen. Daher fallen auch die Prävalenzraten unterschiedlich aus. Aktuelle und repräsentative Prävalenzschätzungen für Deutschland liefert der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Schlack et al. 2007; siehe auch Abschnitt 3.2.1.3). Aus KiGGS stehen Informationen zu ADHS aus mehreren Quellen zur Verfügung. Zum einen wurden die Eltern der 3- bis 17-Jährigen gefragt, ob bei ihrem Kind jemals ADHS ärztlich oder psychologisch festgestellt wurde. Um Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen zu identifizieren, die noch keine ärztliche oder psychologische Diagnose erhalten hatten, wurde zum anderen der Anteil der „Auffälligen“ in der Subskala „Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität“ (abzüglich bereits diagnostizierter Fälle) herangezogen. Für die 3- bis 11-Jährigen wurde zusätzlich eine Verhaltensbeobachtung während der medizinisch-physikalischen Tests durch die hierfür speziell trainierten Untersucherinnen durchgeführt.

Insgesamt haben 4,8 % der 3- bis 17-Jährigen eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Jungen (7,9 %) wesentlich häufiger als Mädchen (1,8 %). Der große Geschlechtsunterschied besteht in allen Altersgruppen. Am häufigsten wurde ADHS mit 11,3 % bei den 11- bis 13-jährigen Jungen festgestellt. Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wurde ADHS häufiger diagnostiziert (6,4 %) als bei Kindern aus Familien mit mittlerem (5,0 %) und höherem sozioökonomischen Status (3,2 %). Kinder mit Migrationshintergrund erhielten seltener eine solche Diagnose (3,1 %) als Kinder ohne Migrationshintergrund (5,1 %). Ost/West- und Stadt/Land-Unterschiede wurden nicht gefunden (Schlack et al. 2007; vgl. RKI 2008a).

Als zusätzliche ADHS-Verdachtsfälle wurden insgesamt 4,9 % der 3- bis 17-Jährigen (laut o. g. Definition) identi-

fiziert. Bei den Jungen sind dies insgesamt 6,4 %, bei den Mädchen 3,6 %. Auch die ADHS-Verdachtsfälle sind in allen Altersgruppen bei den Jungen häufiger als bei den Mädchen. Ebenfalls gilt: Je höher der sozioökonomische Status ist, desto seltener treten die ADHS-Verdachtsfälle auf. Im Unterschied zu diagnostizierter ADHS weisen Kinder mit Migrationshintergrund bei den Verdachtsfällen eine etwas höhere Prävalenz auf (5,9 %) als Kinder ohne Migrationshintergrund (4,8 %) (vgl. RKI 2008a).

Besondere Potenziale ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher

432. Die positiven Eigenschaften und Potenziale ADHS-betroffener Kinder und Jugendlichen stehen aufgrund ihrer oft schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten und belastenden Eigenschaften meist im Hintergrund. Oft handelt es sich bei ihnen jedoch um besonders intelligente und kreative Kinder, die z. B. in Schulklassen auch deshalb auffällig werden, weil sie sich unterfordert fühlen (Gebhardt et al. 2008). Auch berühmten Persönlichkeiten wie Albert Einstein, Thomas A. Edison oder Wolfgang Amadeus Mozart werden ADHS-typische Verhaltensweisen nachgesagt (vgl. Drüe 2007). Die Fähigkeit, mit großer Energie neue Ideen rasch in Ergebnisse umsetzen zu wollen, eine große Offenheit für Neues, Pioniergeist sowie Hilfsbereitschaft und Empathie kennzeichnen viele hyperaktive Kinder (Drüe 2007). Allerdings können sich diese positiven Eigenschaften auch relativieren „wenn statt Kreativität und Ideenreichtum inneres Getriebensein und Zerstreuung, statt Tatendrang und Energie die Arbeitsucht des Workaholic [...] sie beherrschen“ (Drüe 2007).

3.8.3 ADHS im Kontext Familie, Kindertagesstätte und Schule

433. Neben den erheblichen Belastungen der Erkrankung für die Kinder und Jugendlichen mit ADHS sind fast immer auch die Eltern, Familien sowie das soziale und schulische Umfeld sehr stark betroffen. Die Ergebnisse einer Befragungsstudie der Gmünder ErsatzKasse GEK bei Eltern von ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen zeigten, dass Eltern den Leidensdruck ihrer Kinder oft geringer bewerteten, als ihren eigenen bzw. die Problematik für die Familie. Zur hohen Belastung der Eltern trägt dabei sicherlich auch die eigene Betroffenheit von ADHS-Symptomen bei: Fast ein Drittel gab an, bei sich selbst oder dem Partner ähnliche Symptome zu erkennen. Als wesentliche Probleme beschreiben Eltern (siehe z. B. Drüe 2007; vgl. Gebhardt et al. 2008):

- eigene Schuldzuweisungen
- Vorwürfe von außen, die eigene mangelnden Erziehungskompetenz in eine Erkrankung des Kindes umzudeuten
- Ablehnung des Kindes durch andere, u. a. aufgrund seines hyperaktiven Verhaltens.

434. Die Phase der Abklärung eines Verdachts auf ADHS kann besonders stark belasten, da lange Wartezeiten und die Frage, an wen man sich wenden soll, hohe

Hürden darstellen (Huss 2008). Durch den von der Bundesregierung geförderten Aufbau eines internetbasierten Patienten- und Angehörigen-Informationssystems im Rahmen des deutschlandweiten ADHS-Netzwerk (www.zentrales-adhs-netz.de) (BMG 2008a) sollen Informationen zu ADHS, den Ursachen, Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, um diesem Beratungsbedarf zu begegnen. Eine Befragung von Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher zur Beurteilung des eigenen Informationsstand zu ADHS und den Behandlungsmöglichkeiten ergab, dass die meisten Eltern sich zwar über das Störungsbild ADHS allgemein sowie über die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung gut informiert fühlten, dass sie hingegen den Informationsstand zu geeigneten Schulen/Kindergärten, Selbsthilfegruppen in der Nähe sowie zu Behandlungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter häufig als zu gering beurteilten (Gebhardt et al. 2008). Eine weitere Frage bezog sich auf den wahrgenommenen Unterstützungsbedarf und zeigte vor allem Bedarf an zusätzlicher Unterstützung im Bereich Schule/KiTa. Die vorhandenen Informationen zu geeigneten bzw. im Umgang mit ADHS erfahrenen Schulen und Kindergärten bewerteten sie überwiegend als mangelhaft. Das Zurechtkommen in der Schule wurde am häufigsten als aktuell problematisch eingeschätzt. Andere häufig belastete Bereiche waren die psychische Verfassung (seelisches Wohlbefinden) sowie die Fähigkeit, sich allein beschäftigen zu können (Gebhardt et al. 2008).

435. Viele betroffene Eltern beklagen vor allem die negative Situation in den Schulen, da es den Lehrern aus ihrer Sicht an Akzeptanz und Verständnis mangelt. Darüber hinaus nehmen sie große Informationsdefizite in ihrer Umgebung und eine mediale Verbreitung schlecht recherchierter Informationen wahr, die viele Eltern, Lehrer, Erzieher und betroffene Erwachsene zusätzlich verunsichern. Treten bei ADHS-Kindern deutliche Schwierigkeiten in der Schule oder KiTa auf, ist eine gute Zusammenarbeit mit den Lehrern oder Erziehern wesentlich, auch um im Rahmen einer leitliniengerechten multimodalen Behandlung (s. 3.8.5) weitere Maßnahmen in der Schule anzustoßen.¹⁰¹ Auskünfte von Lehrern und Erziehern sind notwendig, um die Problematik in verschiedenen Situationen einzuschätzen und die Wirksamkeit der Medikation für eine optimale Dosiseinstellung zu prüfen. Die Umsetzung ist dabei jedoch in hohem Maße abhängig von der Bereitschaft der Lehrer/Erzieher und den Ressourcen in der Schule. (Gebhardt et al. 2008)

3.8.4 Universelle und indizierte Programme zur Prävention kindlicher Verhaltensstörungen

436. Mittlerweile liegt eine Vielzahl an Programmen vor, um die psychische Gesundheit von Kindern und Ju-

gendlichen zu stärken sowie die Auftretenshäufigkeit von Verhaltensstörungen durch die Verbesserung der elterlichen Erziehungspraktiken, oder durch Stärkung der Resilienzfaktoren bei Kindern, durch Verminderung familiärer Risikofaktoren oder durch Stärkung von sozialen Schutzfaktoren zu vermindern. Dabei ist ein Umdenken von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung zu verzeichnen, da die Förderung der Entwicklungsmöglichkeiten und Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen mindestens ebenso wichtig erscheint, wie die Reduktion oder Abschwächung von Risikofaktoren (Bengel et al. 2009). Bei Präventionsprogrammen im Kindes- und Jugendalter bietet sich eine Unterteilung nach dem Alter der betreffenden Kinder und Jugendlichen an, da unterschiedliche Entwicklungsphasen und –aufgaben sowie die altersspezifischen Schutzfaktoren berücksichtigt werden müssen (Bengel et al. 2009). Klassifiziert man die Maßnahmen hinsichtlich des Alters, so sind Programme für jüngere Kinder im Vorschulalter unterrepräsentiert (Bengel et al. 2009). Es findet sich weiterhin eine Einteilung der Maßnahmen nach der Risikobelastung der Zielgruppe (universell, selektiv, indiziert), eine Einteilung in spezifische versus unspezifische sowie in person- versus kontextorientierte Ansätze. Obwohl die Zielperson dieser Programme letztendlich immer das Kind ist, unterscheiden sich die Ansätze hinsichtlich der Auswahl der direkten Adressaten und können entweder das Kind selbst und/oder die Eltern bzw. andere Bezugspersonen (z. B. Lehrer/Erzieher) ansprechen. Insbesondere bei der selektiven und indizierten Prävention kann es zu einer Überlappung von Prävention und Intervention kommen (Heinrichs et al. 2002).

437. Unter den psychosozialen Interventionen haben sich pädagogische Interventionen im Unterricht (auf verhaltenstherapeutischer Basis) sowie verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie (Elterntrainings) als wirkungsvoll erwiesen (Pelham/Fabiano 2008; Pelham et al. 1998; Fabiano et al. 2009; Döpfner/Lehmkuhl 2002). In Deutschland existieren bislang nur wenige evidenzbasierte Präventionsprogramme und kontrollierte Studien, die die längerfristige Wirksamkeit von Präventionsangeboten untersuchen. Die Grundidee von Elterntrainings ist, Eltern Anregungen und Hilfen zur Erziehung ihres Kindes zu geben, um zum einen die negative Spirale von ungünstigem Erziehungsverhalten und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zu verhindern und zum anderen um Eltern zu helfen, eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, um so einen schützenden Rahmen für die Entwicklung des Kindes zu schaffen (vgl. Heinrichs et al. 2002). Umfassende Multikomponentenprogramme, wie sie insbesondere in den USA in den 1990er Jahren ausgearbeitet wurden, kombinieren unterschiedliche Interventionsebenen und Programmkomponenten und sind zu meist über mehrere Jahre angelegt (Bengel et al. 2009). Sie unterstützen die Kinder in der Entwicklung ihrer schulischen Fähigkeiten und dem Aufbau prosozialen Verhaltens und unterstützen gleichzeitig die Eltern darin ein entwicklungsförderndes und kindgerechtes Erziehungsverhalten aufzubauen (Heinrichs et al. 2002).

¹⁰¹ Nach der Leitlinie der DGKJP (2007) sollte noch vor der Umsetzung pädagogischer oder verhaltenstherapeutischer Maßnahmen in der Schule geklärt werden, ob das Kind oder der Jugendliche einer geeigneten Klasse(nstufe) bzw. Schule oder vorschulischen Institution zugeordnet ist, um Über- oder Unterforderung zu vermeiden (vgl. Gebhardt et al. 2008)

438. Das „Triple P – Positive Parenting Program“ ist ein hauptsächlich präventives elternzentriertes Programm zur Unterstützung von Familien und Eltern bei der Erziehung, das in einer Arbeitsgruppe in Australien am *Parenting and Family Support Centre* entwickelt wurde. Es umfasst fünf Stufen, die eine Individualisierung der Intervention in Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse und Defizite der Eltern ermöglicht. Neben universellen Informationen über Erziehung werden Kurzberatungen für spezifische Erziehungsprobleme sowie erweiterte Interventionen auf Familienebene für Eltern von Kindern mit deutlichen Verhaltensproblemen angeboten (Kuschel/Hahlweg 2005). Inhaltlich hat „Triple P“ das Ziel, Eltern Anregungen zu geben, die ihnen helfen können, eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, es bei seiner Entwicklung zu unterstützen und mit Problemverhalten angemessen umzugehen. Besonders wichtig ist eine positive Zuwendung und angemessene Kommunikation. Im Detail zielt „Triple P“ auf die:

- Förderung der Unabhängigkeit und des Wohlergehens von Familien durch Verbesserung der Kenntnisse, Fertigkeiten und Kommunikationsfähigkeit der Eltern
- Schaffung einer gewaltfreien, schützenden und fördernden Umgebung
- Förderung von Entwicklung, Gesundheit und sozialen Kompetenzen von Kindern
- Verringerung von Verhaltensproblemen, Missbrauch und Gewalt gegen Kinder
- Ersetzung ungünstiger Erziehungspraktiken durch angemessene, kindgerechte und effektive Strategien
- Vergrößerung der Erziehungskompetenz sowie der Zuversicht und Zufriedenheit der Eltern

Die Grundlage der „Positiven Erziehung“ bilden folgende fünf Aspekte:

- Sichere und interessante Umgebung
- Positive und anregende Lernatmosphäre
- Konsequentes Verhalten
- Angemessene Erwartungen
- Beachtung der eigenen Bedürfnisse

Forschungsergebnisse aus Australien, die auf einer Reihe von kontrollierten und breit angelegten Studien basieren, zeigten eine klinisch und statistisch bedeutsame Reduktion kindlicher Verhaltensprobleme, eine deutliche Verbesserung des elterlichen Befindens und Kompetenzerlebens sowie eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm (Kuschel/Hahlweg 2005; vgl. Bengel et al. 2009). Diese Effekte blieben auch bei Nachuntersuchungen stabil. Erste Ergebnisse zeigen, dass Triple P auch in Deutschland erfolgreich implementiert werden kann und zu einer deutlichen Verbesserung des Erziehungsverhaltens sowie zu einer Reduktion externalisierender und internalisierender kindlicher Verhaltensstörungen führt (Heinrichs et al. 2006). Dies betrifft auch die Anwendung

als universelle Präventionsmaßnahme, wobei in diesem Fall die Effektstärke deutlich geringer ausfällt.

439. Ein eltern- bzw. erzieherzentrierter induzierter Ansatz ist PEP (Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten¹⁰²), das an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln auf der Grundlage des Therapieprogramms für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) entwickelt wurde (Plück et al. 2006). PEP wendet sich an Eltern und Erzieher von Kindern mit frühen Anzeichen ausgeprägten expansiven Verhaltens, ohne dass die Kriterien einer klinischen Diagnose erfüllt sein müssen und zielt auf Veränderung der alltäglichen Interaktion von Eltern und Erziehern mit dem Kind. Kern des Programms ist die Stärkung der Erziehenden und die Stärkung der positiven Interaktion mit dem Kind und damit die Stärkung der Beziehung zum Kind. Es dient auch der Stärkung der Beziehung zwischen Eltern und Erziehern. Die Kursteilnehmer lernen, ihr Verhalten gegenüber dem Kind zu planen und diesen Plan im Alltag in praktisches Handeln umzusetzen. Die Module des Programms sind auf die spezifische Problematik von Kindern mit expansivem Verhalten im Alter von drei bis sechs Jahren abgestimmt. Die Anwendung erfolgt jeweils in der Gruppe. Die Kurzzeiteffekte von PEP konnten u. a. in einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten klinischen Studie nachgewiesen werden (Hanisch et al. 2006). Diese zeigte sowohl positive Effekte für das Erziehungsverhalten der Mutter sowie auch für das Problemverhalten des Kindes aus Sicht der Mutter und der Erzieher. Diese Studie differenzierte jedoch nicht zwischen hyperkinetischen Störungen, oppositionellen Verhaltensstörungen oder Störungen des Sozialverhaltens. Zudem fand sich bezüglich des kindlichen Problemverhaltens auch in der Kontrollgruppe eine deutliche Verbesserung.

3.8.5 Multimodale Therapieansätze und Aspekte der Versorgung

440. Die Gruppe der von ADHS betroffenen Kinder ist sehr heterogen und variiert hinsichtlich der Ausprägung der Kernsymptomatik, der Komorbiditäten, des Ausmaßes der situativen gegenüber der situationsübergreifenden Manifestation, des Beginns der Störung und der Geschlechterverteilung. Aufgrund dieser Heterogenität ist eine sorgfältige (differential-)diagnostische Abklärung sowie eine individuell angepasste Behandlung erforderlich (vgl. Gebhardt et al. 2008). Für die Behandlung von ADHS liegen mittlerweile Leitlinien verschiedener ärztlicher Fachgesellschaften vor, die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde 2007 aktualisiert (DGKJP 2007). Danach kann die multimodale Behandlung hyperaktiver Störungsbilder je nach Ausprägung folgende Interventionen umfassen:

¹⁰² Unter expansivem Problemverhalten versteht man ein ungesteuertes, impulsives, verweigerndes oder aggressives Verhalten.

- Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter) und des Erziehers bzw. Klassenlehrers
- Elterntraining (auch in Gruppen) und Interventionen in der Familie
- Familientherapie (verhaltenstherapeutisch, strukturell, systemisch oder analytisch)
- Interventionen in Kindergarten bzw. Schule einschließlich Platzierungs-Interventionen (Wechsel der Gruppe/Klasse oder Schule) sowie Beratung und Aufklärung der Lehrer oder Erzieher)
- Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter – jedoch nicht als isolierte Maßnahme)
- Pharmakotherapie (vorwiegend mit Methylphenidat)
- Diätetische Behandlungen (in seltenen Fällen)
- Ergänzend bei (teil-)stationärer Behandlung: Mototherapie und Ergotherapie
- Maßnahmen der Jugendhilfe (Erziehungshilfe, Familienbeistand)

Alle weiteren Maßnahmen wie z. B. soziales Kompetenztraining, Einzel- oder Gruppenpsychotherapie sowie Übungsbehandlungen zur Verminderung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Teilleistungsschwächen) sind nur ergänzend – vorwiegend zur Behandlung von komorbiden Störungen – und nicht als alleinige Behandlungsformen der ADHS-Symptomatik empfohlen (vgl. Gebhardt et al. 2008).

441. Die umfangreichste und wichtigste Studie, die bisher in der Kinderpsychiatrie zum multimodalen Behandlungsansatz durchgeführt wurde, ist die MTA-Studie (*Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*) aus dem Jahr 1999 mit 579 Kindern zwischen 7 und 9,9 Jahren. Die Untersuchung wurde von verschiedenen in den USA und Kanada führenden ADHS-Kliniken unter Leitung der nationalen Gesundheitsbehörde NIH (National Institutes of Health) durchgeführt. Zu Beginn wurden die Kinder per Zufall einer von vier verschiedenen Behandlungsgruppen zugewiesen (MTA Cooperative Group 2004):

A. Medikation, d. h. fast ausschließlich Methylphenidat-Behandlung mit placebo-kontrollierter Einstellphase und sehr genauem Kontrollschema.

B. Psychosoziales Behandlungsprogramm, vor allem Verhaltenstherapie mit Elterntraining, Interventionen in der Schule, kind-zentrierte Therapie in zweimonatigem Sommerlager, Lehrerinstruktion und -supervision.

C. Kombination von A und B

D. Kontrollgruppe mit Routinetherapie (*community care*), Behandlung gemäß den lokalen Gegebenheiten, rund 60 % erhielten eine medikamentöse Therapie.

Ziel der Untersuchung war es, die Wirkungen mehrerer Therapieansätze miteinander zu vergleichen. Gemessen wurden Verbesserungen der ADHS-Kernsymptomatik,

oppositionell-aggressiven Verhaltens, von Angstsymptomen, Sozialverhalten und Eltern-Kind-Auseinandersetzungen (Jensen et al. 2001).

442. Die erste Auswertung nach 14 Monaten ergab, dass die medikamentöse Behandlung mit dreimal täglicher Gabe von Methylphenidat (A) und die Kombinationstherapie mit Methylphenidat plus Verhaltenstherapie (C) der alleinigen Verhaltenstherapie (B) oder der Routinetherapie beim Kinderarzt vor Ort (D) überlegen waren. Bei einem Drei-Jahres-Follow-Up konnten 85 % der Ausgangsstichprobe (485 Patienten) erneut untersucht werden. Dabei waren die nach 14 Monaten gezeigten Effekt-Unterschiede zwischen den vier Gruppen nach 36 Monaten nicht mehr nachzuweisen. Dies deutet darauf hin, dass in der langfristigen Betrachtung die medikamentöse oder kombinierte Therapie einer alleinigen Verhaltenstherapie nicht überlegen ist. Insgesamt bedeutet dies, dass die ursprüngliche Botschaft der MTA-Studie, „dass Medikamente das alleinige Mittel der Wahl seien, deutlich zurückgenommen werden muss“ (Döpfner 2007).

443. In der Kölner Adaptive Multimodale Therapiestudie (KAMT) wurden Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren mit einer hyperkinetischen Störung (n = 75) nach einer sechswöchigen Phase der Psychoedukation und des Beziehungsaufbaus zunächst entweder verhaltenstherapeutisch oder medikamentös mit Stimulanzien behandelt. Die weiteren Interventionen richteten sich nach dem individuellen Behandlungsverlauf – bei teilweise erfolgreicher Stimulanzientherapie wurde mit Verhaltenstherapie kombiniert, bei nicht erfolgreicher Stimulanzientherapie wurde auf Verhaltenstherapie gewechselt und bei sehr erfolgreicher Stimulanzientherapie wurde keine weitere Therapie durchgeführt. Es zeigte sich, dass 72 % der Kinder, die zunächst verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, keine zusätzliche medikamentöse Behandlung benötigten. Bei denjenigen, die zusätzlich Arzneimittel erhielten, zeigten diese nur minimale Effekte. Langzeiteffekte werden derzeit erhoben, wurden aber noch nicht publiziert (vgl. Lehmkuhl/Döpfner 2006).

Für Deutschland weisen Döpfner und Lehmkuhl (2002) auf der Grundlage von Erfahrungsberichten und Studien auf folgende Probleme in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS bzw. Hyperkinetischen Störungen (HKS) hin:

- Mangelhafte Diagnostik und Nichtberücksichtigung von Behandlungsalternativen (bei den Kindern, die nicht massiv von der Symptomatik betroffen sind – also der Mehrheit – sollte die Verhaltenstherapie das Verfahren erster Wahl sein)
- Fehlende Integration der medikamentösen Behandlung in ein multimodales Therapiekonzept (die MTA-Studie weist langfristig auf die Überlegenheit einer multimodalen Behandlung über eine sorgfältige medikamentöse Behandlung hinaus hin)
- Mangelhafte Titrierung und Verlaufskontrolle (die Autoren sehen Hinweise dafür, dass die zeitaufwändige Dosiseinstellung und Verlaufskontrolle sowie regel-

mäßige kontrollierte Auslassversuche nicht ausreichend umgesetzt werden) (vgl. Gebhardt et al. 2008).¹⁰³

444. Die Ergebnisse einer Befragungsstudie der Gmünder ErsatzKasse GEK bei Eltern von ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen zum diagnostischen Ablauf gaben Hinweise auf verschiedene Problembereiche der Diagnostik: Die Ergebnisse bestätigten die bereits in anderen Untersuchungen gezeigte Tendenz, dass die Eltern als ersten Ansprechpartner sehr häufig den Kinderarzt aufsuchten (vgl. Huss/Högl 2002). In ländlichen Gebieten wurde auffällig häufig der Allgemeinarzt als erster Ansprechpartner hinzugezogen. Dies deutet auf eine möglicherweise geringer qualifizierte Erstbegutachtung von ADHS-Verdachtsfällen in ländlichen Regionen hin, die entscheidend für die weitere Versorgung sein könnte. Beide Fachgruppen sind i. d. R. nicht speziell für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern bzw. ADHS ausgebildet. Zudem wurde von den Eltern berichtet, dass 12,2 % der Allgemeinärzte und 13,4 % der Kinderärzte auch im weiteren Verlauf der Diagnosestellung keine weiteren Experten hinzuzogen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Dauer bis zur Diagnosestellung von der Art des zuerst aufgesuchten Arztes abhing und bei Allgemeinmedizinern und Kinderärzten deutlich länger ausfiel. Die ADHS-betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst werden nach den vorliegenden Daten zu wenig in die Diagnostik einbezogen, ebenso werden Lehrer noch zu selten als Informationsquelle und Kooperationspartner eingebunden, obwohl der enge Austausch von Arzt und Lehrern einer der stärksten Prädiktoren für den Erfolg der medikamentösen Therapie ist. Darüber hinaus zeigten sich Hinweise auf eine noch nicht ausreichende Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der ADHS-Symptomatik. Bei Mädchen wurde nach Aussagen der Eltern im Durchschnitt erst später als bei Jungen eine Diagnose gestellt. Hier ist zu vermuten, dass die bei Mädchen häufig ausbleibende oder weniger ausgeprägte Hyperaktivität insgesamt zu einer weniger auffälligen Symptomatik führt. Das Ausmaß, in dem sich das soziale Umfeld durch die Kinder gestört fühlt, bestimmt offenbar mit, wann professionelle Hilfe gesucht wird. Das „unauffälligerer“ Störungsbild der Mädchen birgt somit die Gefahr der Unterversorgung, könnte sie aber andererseits auch vor übermäßiger Medikalisierung schützen. Im Bereich der Behandlungsoptionen deutete sich auf Basis der Elternaussagen an, dass diese häufig nicht entsprechend der Leitlinien durchgeführt werden. Alternativen zur medikamentösen Behandlung werden ebenso nicht in ausreichendem Umfang berücksichtigt wie multimodale Behandlungskonzepte. So

zeigte sich, dass neben der medikamentösen Behandlung zwar sehr häufig kindbezogene Maßnahmen (z. B. in 56 % der Fälle Ergotherapie) durchgeführt werden, hingegen relativ wenige familien- und umfeldbezogene Maßnahmen (z. B. nur in 19,2 % der Fälle ein Elterntaining). Dies ist sicherlich zum Teil darin begründet, dass die Medikamente nach Angabe der Eltern die beste Wirkung auf die Kernsymptome zeigen und vergleichsweise schnell und unkompliziert zu erhalten sind. Andere Verfahren wie z. B. Verhaltenstherapie kommen dagegen deutlich weniger zum Einsatz und werden schlechter bewertet. Die schlechtere Bewertung könnte darin begründet liegen, dass verhaltenstherapeutische Verfahren in kontrollierten Studien zwar erfolgreich eingesetzt werden, die fachgerechte Umsetzung im Praxisalltag jedoch möglicherweise nicht immer gelingt. Jedenfalls war es nach Auskunft der Eltern deutlich schwieriger, eine Verhaltenstherapie für das betroffene Kind zu organisieren: Therapieplätze sind zum Teil nicht oder nur nach langen Wartezeiten verfügbar. So ist nach Aussage der Eltern der häufigste Grund für die Nichtumsetzung einer empfohlenen Verhaltenstherapie der Mangel an Behandlungsplätzen (bzw. lange Wartezeiten). Es ist jedoch auch denkbar, dass die Inanspruchnahme einer Psychotherapie für die Eltern eher ein Eingeständnis einer psychischen Problematik ihres Kindes impliziert und mit (Selbst-)Schuldzuweisungen verbunden wird, während eine medikamentöse Behandlung das Krankheitsgeschehen auf eine rein körperliche Ebene fokussiert, was möglicherweise als weniger stigmatisierend und eher als entlastend empfunden wird. Medikamente stellten für die befragten Eltern trotz der wahrgenommenen Nebenwirkungen oft die Maßnahme der ersten Wahl dar, obgleich die Abwägung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen sehr ambivalent war und zum Teil Schuldgefühle erzeugte. (Gebhardt et al. 2008).

3.8.5.1 Medikamentöse Therapie

445. Der auffällige Anstieg der Psychostimulanzienverordnungen in vergangenen Jahren (z. B. ist zwischen 1990 und 2007 ein 150-facher Anstieg der Tagesdosierungen alleine im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen festzustellen (Schwabe/Paffrath 2009)) hat eine zum Teil sehr emotional geführten Diskussion über die Behandlung von Kindern mit Psychopharmaka angestoßen. Dabei geht es vor allem um Methylphenidat, einem Betäubungsmittel und Wirkstoff z. B. in den Arzneimitteln Concerta, Medikinet oder Ritalin. Denkbar ist allerdings neben einer Über- oder Fehlversorgung auch der Ausgleich einer vorher bestehenden Unterversorgung, nachdem in einigen Studien (u. a. der MTA-Studie) der Stellenwert einer medikamentösen Therapie bei richtig und qualifiziert diagnostizierten hyperkinetisch bedingten Verhaltensstörungen unterstrichen wurde (Elliger et al. 1990; Kimko et al. 1999; MTA Cooperative Group 1999). Es ist aber zu vermuten, dass es häufig zur Verordnung von Psychostimulanzien mit zu hohen Dosierungen oder aufgrund allzu laxer Indikationsstellung kommt (Safer 2000). Daher sollte gelten, dass eine exakte, möglichst von Kinder- und Jugendpsychiatern gestellte Diagnose

¹⁰³ Die Ergebnisse einer Befragungsstudie der Gmünder ErsatzKasse GEK bei Eltern von ADHS-betroffenen Kindern und -Jugendlichen zeigten, dass zu Beginn der Behandlung knapp 50 % ihren Arzt nur einmal monatlich oder seltener aufsuchten, was als relativ selten für eine sorgfältige Titrierungsphase zu bewerten ist. Auch im weiteren Behandlungsverlauf gaben nur 17,3 % der Befragten die empfohlene Frequenz monatlicher Arztbesuche an. Einnahmepausen hatten bei fast einem Viertel der Befragten noch nie stattgefunden, bei 43 % war es nur zu vereinzelten Einnahmeunterbrechungen gekommen.

zur Entscheidung für eine medikamentöse Therapie herangezogen wird und eine sorgfältige Verlaufskontrolle stattfindet (Remschmidt 2005; Jans et al. 2008). Dass dies nur selten stattfindet, zeigte eine kürzlich publizierte Studie: Weniger als 15 % der ADHS-Patienten wurden von einem Fachspezialisten behandelt (Schlander 2007). Dabei sind die Verordnungen von Psychostimulanzien durchaus von zum Teil gravierenden unerwünschten Ereignissen begleitet: Es können optische Halluzinationen auftreten, plötzliche Todesfälle und nichttödliche kardiovaskuläre Ereignisse (Nissen 2006), daneben auch Wachstumsstörungen bei Schulkindern, die allerdings nach dem Absetzen des Mittels wieder „aufgeholt“ werden (Swanson et al. 2006). Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass bei 30 % aller ADHS-betroffenen Kinder Tics auftreten, die unter der Medikation mit Methylphenidat in Einzelfällen verstärkt werden oder neu auftreten (Bundesärztekammer 2005). Döpfner et al. (2000) nennen einen Anteil von 1 % der mit Methylphenidat behandelten Kinder, bei denen eine anhaltende Tic-Störung neu auftritt. Es fehlen noch immer Studien zur Langzeitverträglichkeit, obwohl Methylphenidat (in Ritalin) bereits 1954 auf dem deutschen Markt eingeführt wurde.

446. Die immer betonte „präventive“ Wirkung einer Psychostimulanzien-Versorgung von ADHS-Kindern und -Jugendlichen gegenüber straffälligem Verhalten oder Drogenkonsum konnte in der schon erwähnten MTA-Studie nicht bestätigt werden: In der Nachbeobachtung nach drei Jahren zeigte sich, dass mehr Kinder und Jugendliche mit ADHS trotz der Behandlung mit Methylphenidat straffällig wurden als Kinder, die nicht an ADHS erkrankt waren (27,1 % versus 7,4 %). Das gleiche gilt für den späteren Drogenkonsum (17,4 % versus 7,7 %) (Molina et al. 2007).

447. Grundsätzlich wird eine medikamentöse Behandlung immer dann als indiziert angesehen, „wenn aus den ADHS-Symptomen erhebliche Probleme in der Familie oder der Schule resultieren, sodass die weitere Entwicklung des Kindes gefährdet ist und sich die ADHS-Verhaltensauffälligkeiten durch andere Therapiemaßnahmen (z. B. Verhaltenstherapie) nicht ausreichend vermindern lassen“ (Döpfner 2005). Sie ist nicht angezeigt, wenn die Probleme allein auf den familiären Rahmen begrenzt sind, da dann andere Ursachen als ADHS für die Symptomatik zu vermuten sind. Bei Kindern unter sechs Jahren sollte eine medikamentöse Behandlung nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen, „wenn Elternterapie, flankierende Maßnahmen und eine Teilnahme an speziellen Vorschuleinrichtungen nicht greifen“ (Döpfner 2005). Die Begrenzung ab dem 6. Lebensjahr ist auch deshalb wichtig, weil die Arzneimittel aufgrund von klinischen Studien nur für Kinder ab diesem Alter zugelassen wurden. Die Anwendung für Kinder unter sechs Jahren wäre ein *off-label use*, also eine Behandlung außerhalb der Zulassung, die nur unter ganz besonderen restriktiven Voraussetzungen durchgeführt werden sollte. Dies gilt für Deutschland derzeit auch für die Anwendung von Methylphenidat bei Personen über 18 Jahre, für diese Altersgruppe gibt es ebenfalls keine Zulassung, anders übrigens

als in Dänemark, Norwegen, Kanada oder den USA. Ob aufgrund vorliegender Daten ein *off-label use* bei Erwachsenen gerechtfertigt ist, wird derzeit u. a. im G-BA diskutiert, eine Antwort steht aber aus. Wird die Medikation nur zur Behandlung von Symptomen in der Schule (und nicht im familiären Rahmen) eingesetzt, kann sie auf die Schultage bzw. -vormittage beschränkt bleiben. Insbesondere bei Schulproblemen wird bei nachweislich an ADHS-erkrankten Kindern und Jugendlichen durch eine entsprechende Arzneimitteltherapie mit Methylphenidat eine pädagogische oder therapeutische Arbeit mit dem Kind oftmals erst möglich oder zumindest erleichtert (Schmidt/Brink 1995). Wesentlich ist dabei jedoch die Einsicht, dass die medikamentöse Therapie die Symptomausprägung vorübergehend zwar vermindern, die Ursachen für die Störung jedoch nicht dauerhaft beeinflussen kann (Döpfner 2005).

448. Bis 2005 wurde in Deutschland im Wesentlichen der Wirkstoff Methylphenidat (z. B. die Präparate Ritalin, Medikinet und Concerta) verordnet, der in der Gruppe der Psychopharmaka zu den Psychostimulanzien zählt. Methylphenidathaltige Arzneimittel unterstehen dem Betäubungsmittelrecht und dürfen daher nur auf speziellen Rezeptvordrucken verordnet werden. Seit dem Frühjahr 2005 ist als medikamentöse Behandlungsalternative auch der Arzneistoff Atomoxetin erhältlich, das seine Wirkstoffstruktur von den neueren Antidepressiva ableitet (in Deutschland seit März 2005 als Strattera von der Firma Lilly angeboten). Dieses Präparat kann auf einem „normalen“ Rezept verschrieben werden. Nach dem derzeitigen Forschungsstand bezeichnet die Bundesärztekammer im Rahmen einer medikamentösen Behandlung Stimulanzien mit dem Wirkstoff Methylphenidat als Medikamente der ersten, Atomoxetin als Präparat der zweiten Wahl (Bundesärztekammer 2005). Daneben werden Mittel wie bestimmte Antidepressiva und der Wirkstoff Clonidin als Präparate der dritten Wahl klassifiziert. Übersehen wird häufig, dass auch noch immer amphetaminhaltige Rezepturen in durchaus nennenswertem Ausmaß verordnet werden.

Stimulanzien-Therapie

449. Das Psychostimulanz Methylphenidat (MPH) fördert die Freisetzung von Dopamin und hemmt gleichzeitig seine Wiederaufnahme, wodurch die Erhöhung des Dopaminspiegels resultiert. Diese Erhöhung des Dopaminspiegels verringert offenbar Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizite, Impulsivität, depressive Verstimmung und Irritabilität, ohne dass sich eine Toleranz entwickelt (Wender et al. 1985). Zwar ist nach dem derzeitigen Wissensstand nicht davon auszugehen, dass eine Gabe von Stimulanzien bei Kindern körperlich abhängig macht (Döpfner 2005), eine Konzentrationserhöhung von Dopamin im Gehirn wird allerdings grundsätzlich als Voraussetzung und Prädiktor für ein Missbrauchpotenzial von Substanzen angesehen.

450. Von großer Wichtigkeit ist eine genaue Bestimmung der individuell benötigten Dosierung in der Anfangsphase (Titrierung), ebenso eine kontinuierliche Be-

ratung im monatlichen Abstand (Rezepte dürfen in der Regel nur für 30 Tage ausgestellt werden) sowie regelmäßige kontrollierte Therapiepausen (DGKJP 2007).

451. Fegert und seine Kollegen (2002) vertreten die Ansicht, dass „die chronische Gabe von Methylphenidat an Kinder deren Prädisposition für das Parkinson-Syndrom durch eine Verringerung der dopaminergen Innervation dramatisch erhöhen könnte“ (Fegert et al. 2002). Andere Forscher bezeichnen diese These als nicht haltbar, da es hierzu keine „seriös begründeten Annahmen“ gebe. Methylphenidat werde bereits seit über 60 Jahren in der ADHS-Therapie eingesetzt, ohne dass ein Zusammenhang mit Parkinson-Erkrankungen nachgewiesen werden konnte. In der Literatur sei darüber hinaus bislang kein Fall eines methylphenidatinduzierten Parkinson-Syndroms beschrieben (Schulte-Markwort/Zinke 2005). Vor allem angesichts der kurzen Dauer der meisten Studien zur Anwendung von Methylphenidat sind hierzu jedoch keine abschließenden Aussagen möglich.

Umgang mit Methylphenidat in anderen Ländern

452. „Das Beispiel skandinavischer Länder zeigt, dass sich die Verordnungen von Methylphenidat durch strikte Auflagen begrenzen lassen. In Finnland und Schweden muss jede einzelne Behandlung mit Methylphenidat von der Arzneimittelbehörde genehmigt werden. Nach den Richtlinien der schwedischen Arzneimittelbehörde muss der Antrag schriftlich gestellt und detailliert begründet werden, einschließlich neurologisch-psychiatrischer Untersuchungsbefunde und der Darlegung nicht-medikamentöser Maßnahmen. Die Lizenz zur Therapie wird für ein Jahr erteilt, manchmal auch nur für vier bis sechs Monate. Ein schriftlicher Bericht, in dem die Entwicklung des Kindes und potenzielle Nebenwirkungen dokumentiert werden, ist Voraussetzung für die Lizenzverlängerung.“ (arznei-telegramm 2002). In Dänemark und Norwegen ist Ritalin auch für die Weiterbehandlung im Erwachsenenalter zugelassen (Bundesärztekammer 2005).

Die Therapie mit Atomoxetin

453. Atomoxetin, ursprünglich als Antidepressivum entwickelt, ist ebenso wie die methylphenidathaltigen Mittel zugelassen für die Indikation ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Es unterliegt nicht dem Betäubungsmittelgesetz, sondern kann auf „normalem“ Rezept verordnet werden (Wolf 2005). Wurde die Therapie im Kindesalter begonnen, kann die Behandlung auch im Erwachsenenalter weitergeführt werden (Bundesärztekammer 2005).

Im Hinblick auf die unerwünschten Wirkungen sind unter anderem Verminderung des Appetits, Abdominalbeschwerden, Müdigkeit und Schwindel zu beachten, die zumeist bei Therapiebeginn auftreten (Sevecke et al. 2005). Seit August 2005 muss die Herstellerfirma Lilly im Beipackzettel zusätzlich darauf hinweisen, „dass Feindseligkeit (vorwiegend Aggressivität, oppositionelles Verhalten und Wut) sowie emotionale Labilität in klinischen Studien häufiger bei mit Atomoxetin behandelten Kin-

dern und Jugendlichen beobachtet wurde als bei Kindern und Jugendlichen, die mit Placebo behandelt wurden. Zudem ist auf die mangelnde Wirksamkeit von Atomoxetin bei Depressionen hinzuweisen.“ (BfArM 2005). Zusätzlich wurde im September 2005 darauf hingewiesen, dass sich suizidale Verhaltensweisen unter der Therapie mit Strattera verschlimmern können und eine sorgfältige Überwachung der behandelten Kinder und Jugendlichen notwendig ist.

Entwicklung der Verordnungsmengen

454. Die Abbildung 24 zeigt den steilen Anstieg der Verordnungsmengen von Methylphenidat im Rahmen der GKV nach definierten Tagesdosen (DDD; die DDD für Methylphenidat wurde auf 30 mg pro Tag festgesetzt). Die Verordnungsmengen von Atomoxetin sind deutlich niedriger und liegen bei etwa 8 % der Methylphenidat-Mengen. Die Kosten pro DDD Methylphenidat lagen 2007 bei 2,28 Euro, die für Atomoxetin bei 9,00 Euro (Schwabe/Paffrath 2009).

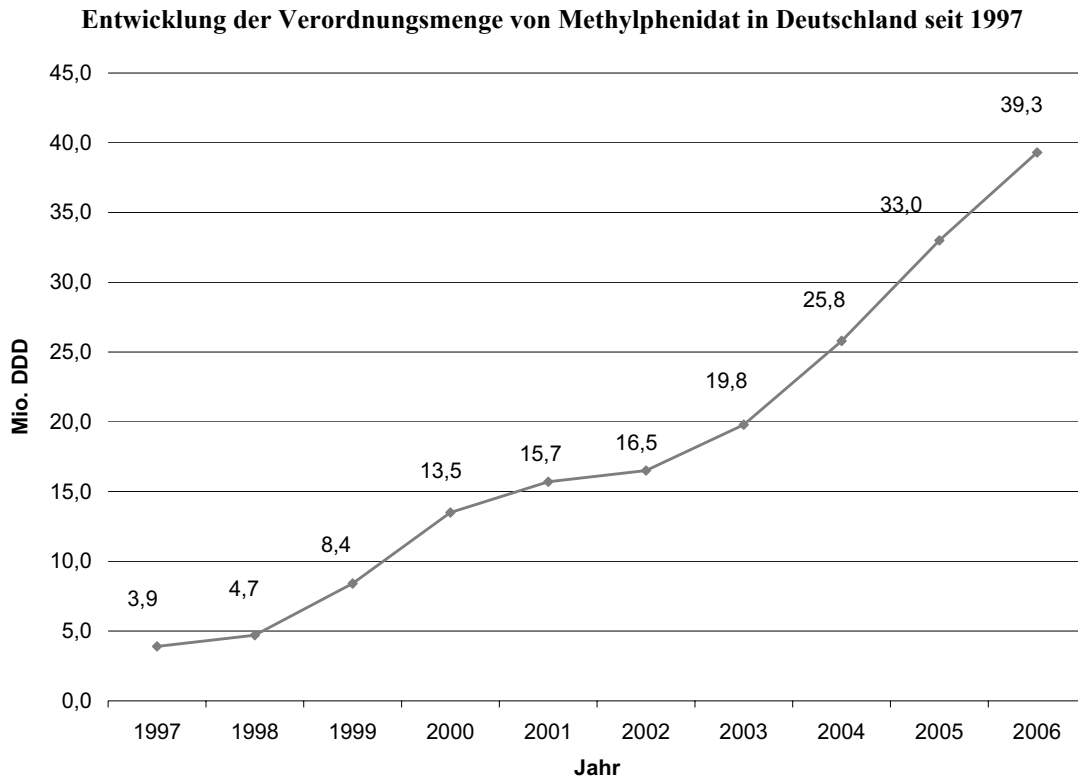
In der Zwischenzeit ist die Verordnungsmenge sogar auf etwa 50 Millionen DDD angestiegen (Daten aus dem Jahre 2008). Diese Mengen würden ausreichen, um etwa 140 000 Kinder ein Jahr lang mit einer Tagesdosierung (z. B. 30 mg Methylphenidat) zu versorgen, resp. ½ Jahr 280 000 Kinder oder 560 000 Kinder für 3 Monate. Die Verordnungszeiträume für Kinder und Jugendlichen mit solchen Psychostimulanzien sind sehr unterschiedlich (die 13 bis 15-jährigen Jungen bekommen etwa 190 DDD pro Jahr), sodass eine valide Schätzung der Anzahl mit Arzneimittel behandelter Kinder und Jugendlicher von der Verordnungsmenge kaum abgeleitet werden kann. Bei einer relativ realistisch angenommenen Behandlungsdauer von 6 Monaten könnten etwa 280 000 Kinder und Jugendliche mit einer mittleren Tagesdosierung „versorgt“ werden. Das RKI geht in Deutschland von etwa 600 000 Kindern und Jugendliche im Alter zwischen 5 und 19 Jahren mit einer Diagnose ADHS aus, sodass etwa 30 bis 40 % der Betroffenen derzeit – rein statistisch auf Basis der verordneten Mengen betrachtet – medikamentös behandelt werden könnten, mit steigender Tendenz. Dies stimmt gut mit den Behandlungscharakteristika überein, wie sie in Tabelle 54 dargestellt sind.

3.8.5.2 Versicherte mit Stimulanzienverordnungen

455. Eine Auswertung der GEK-Routinedaten zeigte, dass insgesamt 1,8 % aller GEK-Versicherten im Alter von 0 bis 18 Jahren im Jahr 2006 mindestens eine Verordnung mit Methylphenidat (MPH) und/oder Atomoxetin erhielten.¹⁰⁴ In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Jungen mit Stimulanzienverordnungen mit über 80 % deutlich über dem Anteil der Mädchen. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der weiblichen ADHS-Behandelten, wie vor allem ihr Anteil bei den über 18-Jährigen

¹⁰⁴ Dieser Abschnitt basiert auf den Veröffentlichungen (Glaeske/Janhsen 2006, 2007; Glaeske/ Würdemann 2008).

Abbildung 24



Quelle: Schwabe/Paffrath 2008

zeigt. Bei den männlichen wie auch bei den weiblichen Versicherten erhält die Gruppe der 10- bis 12-Jährigen häufiger als Versicherte der anderen Altersgruppen Stimulanzienverordnungen. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen erfolgen mehr als ein Drittel (35 %) der Verordnungen in dieser Altersgruppe. In der Gruppe

der 6- bis 9-Jährigen erhalten die Mädchen häufiger als die Jungen Stimulanzienverordnungen, in der Gruppe der 13- bis 15-Jährigen ist es dagegen umgekehrt. In der Gruppe der 16- bis 18-Jährigen liegt der Anteil sowohl der Jungen als auch der Mädchen bei 12 %. Ein *off-label use* bei den unter 6-Jährigen kommt nur selten vor.

Tabelle 53

Versicherte mit Stimulanzienverordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht in % von der jeweiligen Gesamtpopulation

Altersgruppen	Versicherte mit Stimulanzienverordnungen (2006)	männlich	weiblich
unter 6 Jahre Anteil am Gesamt	32 0,04 %	28 (88 %) 0,07 %	4 (12 %) 0,01 %
6 bis 18 Jahre Anteil am Gesamt	6 127 2,37 %	4 963 (81 %) 3,75 %	1164 (19 %) 0,92 %
über 18 Jahre Anteil an Gesamt	430 0,034 %	292 (68 %) 0,043 %	138 (32 %) 0,024 %

Quelle: Glaeske/Würdemann 2008

456. Anhand von Routinedaten zu Diagnosen (ICD-10 F90.-Diagnosen¹⁰⁵) wurde ermittelt, wie viele der Versicherten mit einer einschlägigen Diagnose Stimulanzien oder andere Therapien verordnet bekamen.¹⁰⁶ Diese Analyse kam zu folgendem Ergebnis:

Tabelle 54

**Versicherte mit ICD-10 F90.-Diagnose
(n = 6 787) im Jahr 2004**

	Versicherte
Ohne Ergotherapie oder Methylphenidatverordnungen	45 %
Mit Ergotherapieverordnungen	16 %
Mit Methylphenidatverordnungen	31 %
Mit Ergotherapie- und Methylphenidatverordnungen	9 %

Quelle: Glaeske/Würdemann 2008

45 % der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose erhielten im Jahr 2004 weder Ergotherapie- noch Methylphenidatverordnungen. Hierfür kann es verschiedene Gründe geben. Sie können eine andere Therapie wie z. B. Psychotherapie erhalten haben, oder die genaue Diagnosestellung war noch nicht abgeschlossen. Die Wirksamkeit der Ergotherapie alleine gilt nach den derzeitigen Kenntnissen als nicht evidenzbasiert (DGKJP 2007), eine Kombination von Arzneimitteltherapie und Ergotherapie kann jedoch nach Meinung vieler Therapeuten nützlich sein.

Stimulanzientherapie plus nichtmedikamentöse Therapie

457. Im Jahre 2007 erhielten von den 6 589 Versicherten mit Stimulanzientherapie 5 194 Versicherte (79 %) nur Stimulanzien und 1 395 Versicherte (21 %) zusätzlich weitere Therapien, darunter vor allem Ergotherapie, die nach dem Heilmittelkatalog aus dem Jahre 2004 ein „ärztlich verordnetes Heilmittel zur Verbesserung der Handlungs- und Wahrnehmungsfähigkeit bzw. der alterssprechenden selbstständigen Versorgung im Alltag und (...) auf medizinischen sowie sozialwissenschaftlichen Grundlagen (beruht)“. Die Indikationen für Ergotherapie sind im Heilmittelkatalog sehr weit gefasst und der Stellenwert der Ergotherapie im Kindes- und Jugendalter muss immer wieder hinterfragt werden, weil wissenschaftlich anerkannte Evaluationsstudien zur Wirksamkeit fehlen. In den Leitlinien ist Ergotherapie im Kindes-

und Jugendalter für die Indikation „Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie vermehrte Impulsivität“ genannt. Eine begleitende Stimulanzientherapie kann zu Beginn der Ergotherapie ab und an notwendig sein, um diese Therapie überhaupt mit den dann ruhigeren und konzentrationsfähigeren Kindern durchführen zu können. Ergotherapie sollte nur verordnet werden, wenn das Therapieziel klar definiert werden kann.

Kinder in der Altersgruppe 6 bis 12 Jahre erhalten deutlich häufiger neben einer Stimulanzientherapie auch Ergotherapie als Kinder anderer Altersgruppen, und hierunter hauptsächlich die Jungen. Ab dem Alter von 16 Jahren erhalten nur noch wenige der betroffenen Versicherten Ergotherapie zusätzlich zur Stimulanzientherapie und das Verhältnis Jungen/Mädchen gleicht sich an.

Die Kosten der jeweiligen Therapien

458. Die höchsten Ausgaben von durchschnittlich 560 Euro pro Versichertem mit Stimulanzienverordnung und Jahr entfallen auf die Gruppe der 13- bis 15-jährigen Versicherten. Für die 10- bis 12-Jährigen sowie die 16- bis 18-Jährigen entstehen Kosten von durchschnittlich etwa 490 Euro pro Versichertem (vgl. Abbildung 25).

459. Bei den Versicherten, die neben der Stimulanzientherapie auch Ergotherapie erhalten, liegt die Gruppe der 16- bis 18-Jährigen mit Kosten von durchschnittlich 1.526 Euro pro Versichertem vorn (vgl. Abbildung 26).

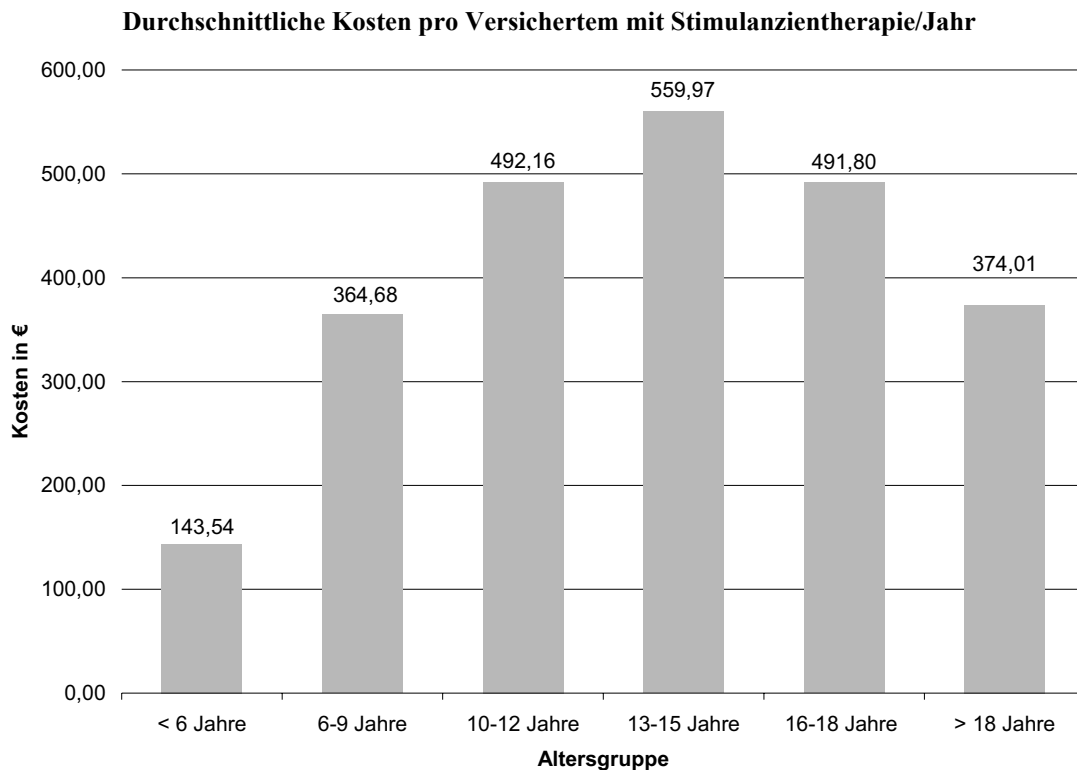
460. Ergotherapie alleine wird als nicht wirksam bei der Behandlung von ADHS bewertet (DGKJP 2007). Bei einer Kombinationstherapie kann aber möglicherweise die Menge der verordneten Arzneimittel verringert werden. Wenn gleichzeitig eine Ergotherapie durchgeführt wird, verringert sich die Menge der verordneten Tagesdosierungen deutlich. Die Gruppe der 13- bis 15-Jährigen, die bei einer alleinigen Arzneimitteltherapie mit etwa 190 DDD die höchste Verordnungsmenge auswies, bekommt bei einer gleichzeitigen Ergotherapie im Durchschnitt noch 86 DDD, also weniger als die Hälfte. Aufgrund der vorliegenden Daten ist es allerdings schwierig zu erkennen, ob sich der Stimulanzienverbrauch durch die begleitende Ergotherapie reduziert, oder ob es daran liegt, dass sich die Krankheitsbilder unterscheiden. Das Ergebnis könnte aber ein Hinweis darauf sein, dass durch eine begleitende Therapie die erforderliche Stimulanzientherapie geringer wird.

461. Es gibt deutliche regionale Unterschiede in den Verordnungszahlen, die auf eine uneinheitliche Handhabung der Diagnose und Therapie schließen lassen. Der Anteil GEK-Versicherter mit Stimulanzienverordnung liegt bundesweit bei durchschnittlich 1,8 %: In den folgenden Postleitzahlen-Gebieten liegt die Behandlungsprävalenz deutlich darüber. In den Postleitzahl-Gebieten 29 (Oldenburg), 41 (Mönchengladbach), 52 (Aachen), 54 (Trier), 56 (Koblenz), 90 (Nürnberg) und 91 (Ansbach) beträgt sie 3-4 %. In den Gebieten 67 (Kaiserslautern), 68 (Mannheim), 95 (Hof), 96 (Bamberg) und 97 (Würzburg) liegt sie sogar bei 4 bis 5 %.

¹⁰⁵ ICD-10 F90.-Diagnosen umfassen die Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, sonstige hyperkinetische Störungen und nicht näher bezeichnete Hyperkinetische Störungen.

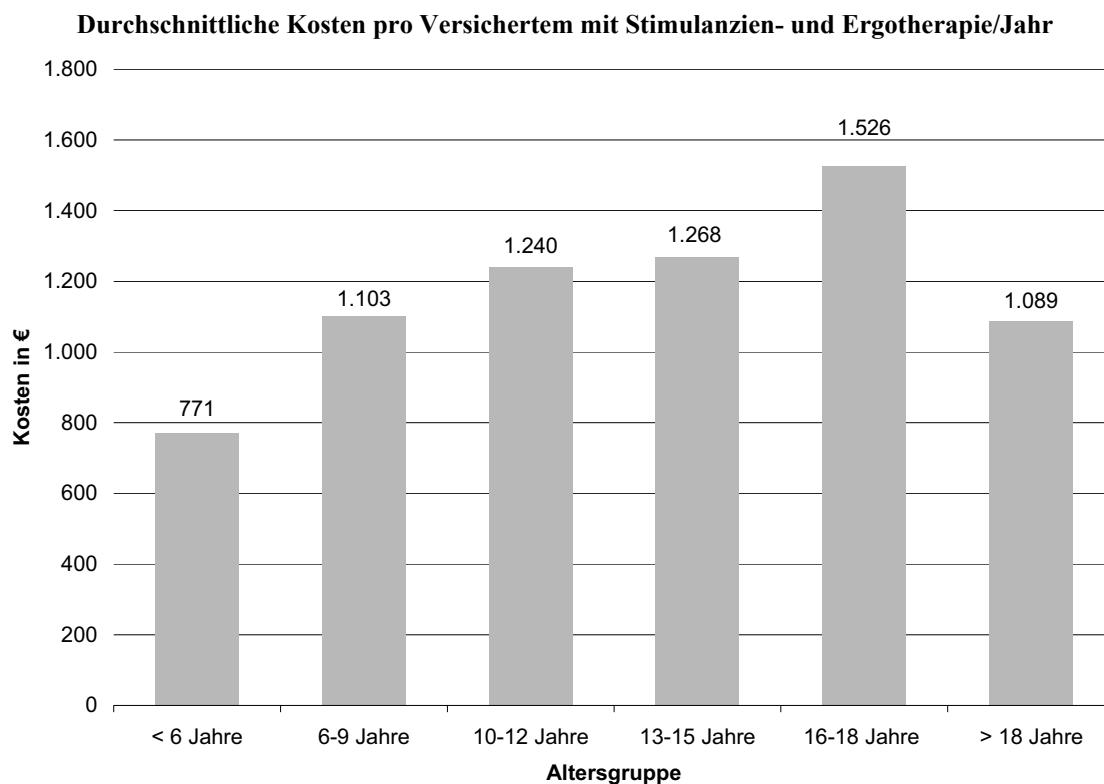
¹⁰⁶ Diese Untersuchung wurde mit Routinedaten der Gmünder Ersatz-Kasse des Jahres 2004 durchgeführt (Glaeske/Janhsen 2006). Dabei ging es ausschließlich um Methylphenidatverordnungen. Atomoxetin ist erst seit März 2005 in Deutschland auf dem Markt.

Abbildung 25



Quelle: Glaeske/Würdemann 2008

Abbildung 26



Quelle: Glaeske/Würdemann 2008

3.8.5.3 Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen

462. Seit ca. 20 Jahren gibt es in Deutschland eine aktive Selbsthilfe für Betroffene mit ADHS, die sich für die Verbesserung der Versorgung, größere Bekanntheit des Themas ADHS durch Informationen für Ärzte, Erzieher, Lehrer und Therapeuten und die Optimierung der Betreuung durch die Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen, medizinisch-therapeutischen Berufen sowie Gesundheits- und sozialen Diensten einsetzt. Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit der Selbsthilfeorganisationen ist dabei auch die Bildung von regionalen und überregionalen Netzwerken, sowie der Ausbau bereits vorhandener Netzwerke (Bundesärztekammer 2005). Eine Elternbefragung zeigt jedoch, dass Selbsthilfegruppen als Informationsquelle über ADHS überraschenderweise eher selten genutzt werden, obwohl sie durch vielfältige Aktivitäten (unter anderem im Internet) sehr präsent sind. Die befragten Eltern ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher fühlten sich jedoch auch nicht ausreichend über Selbsthilfegruppen in der Nähe informiert. Nur 23 % der Befragten, die sich regelmäßig mit den Eltern anderer Betroffener austauschen, taten dies im Rahmen einer Selbsthilfegruppe. Dieser Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Familien im Rahmen von Selbsthilfegruppen wurde von mehreren Befragten als sehr hilfreich hervorgehoben. Ein Teil der befragten Eltern bringt sich auch aktiv in die Arbeit von Selbsthilfegruppen ein, indem beispielsweise Vorträge zum Thema an Schulen organisiert werden. (Gebhardt et al. 2008).

3.8.6 Übergang in das Erwachsenenalter

463. ADHS galt lange Zeit als eine ausschließlich im Kindes- und Jugendalter auftretende Erkrankung, Verlaufsstudien haben aber gezeigt, dass in mindestens einem Drittel der Fälle ein Fortbestehen der Störung ins Erwachsenenalter vorkommt, wobei die in der Kindheit vorhandenen Symptome im Erwachsenenalter eine Veränderung aufweisen (Bundesärztekammer 2005). Beim Übergang in das Erwachsenenalter kommt es bei ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen zumeist zu veränderten Symptomen. So nimmt unter anderem die motorische Unruhe/Hyperaktivität ab, erhalten bleiben jedoch häufig Konzentrationsstörungen, sowie eine mangelnde Alltagsorganisation (verbunden mit der Unfähigkeit zu planvollem, vorausschauenden Vorgehen, Vergesslichkeit, ungewollte Unpünktlichkeit) und eine chaotische, insuffiziente Arbeitsweise, die zu häufigen Arbeitsplatzwechseln und finanziellen Schwierigkeiten führen kann. Im zwischenmenschlichen Bereich kommt es oft zu Scheidungen, Unzufriedenheit in der Partnerschaft, Erziehungsproblemen mit den Kindern und instabilen Freundschaften. Zudem zeigen die Betroffenen teilweise ein gesundheitliches Risikoverhalten (exzessives Verhalten bei Essen, Trinken, Sexualität, Rauchen, Sport, Freizeit) (Bundesärztekammer 2005).

Die Diagnose ADHS bei erwachsenen Patienten ist erschwert, weil die Kriterien der ICD-10 zwar die Möglichkeit bieten, ADHS auch als persistierende Störung im

Erwachsenenalter zu diagnostizieren, die „erwachsenentypische“ Ausgestaltung anhand entwicklungsbezogener Normen jedoch nicht näher definiert ist (Bundesärztekammer 2005). Die medikamentöse Behandlung ist nur eingeschränkt möglich, da die Stimulanzienbehandlung mit Methylphenidat im Erwachsenenalter nicht mehr zugelassen ist, aktuell aber im Rahmen individueller Heilversuche verordnet wird. Daher wird für medikamentös behandelte Kinder und Jugendliche im Alter von 18 Jahren oftmals ein Wechsel zu einem für Erwachsene zugelassenen Wirkstoff wie z. B. Atomoxetin notwendig, oder aber es findet ein *off-label use* statt (Gebhardt et al. 2008).

3.8.7 Zwischenfazit und Empfehlungen

464. ADHS ist eine häufig diagnostizierte Störung im Kindes- und Jugendalter mit oft gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für den gesamten Lebensverlauf, für Kinder und Eltern. Das Thema ADHS hat in den vergangenen Jahren deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies liegt zum einen an den hohen und weiter steigenden Prävalenzraten sowie einer parallelen Zunahme der Verschreibung ADHS-spezifischer Medikamente. Zum anderen erhöht aber auch die Tatsache, dass ADHS zunehmend als (bleibendes) Problem im Erwachsenenalter anerkannt wird, die Bedeutsamkeit dieser Symptomatik. Bei den therapeutischen Maßnahmen niedergelassener Ärzte steht die alleinige medikamentöse Behandlung an erster Stelle, obwohl multimodale Therapieformen (z. B. Psychoedukation, Familientherapie, Verhaltenstherapie, Ergotherapie, auch in Kombination mit Arzneimitteltherapie) als Konzept empfohlen werden. Gerade verhaltenstherapeutische Verfahren wurden in kontrollierten Studien erfolgreich eingesetzt, die fachgerechte Umsetzung im Praxisalltag gelingt jedoch nicht immer. Zum anderen scheint es deutlich schwieriger, eine Verhaltenstherapie für das betroffene Kind zu erhalten. Therapieplätze sind zum Teil nicht verfügbar oder mit langen Wartezeiten verbunden. Die zuständigen Fachgesellschaften sollten daher wegen der steigenden Prävalenz von verhaltenstherapeutisch behandelbaren Auffälligkeiten bei Kindern ihre Therapieangebote erweitern.

Insgesamt bleibt die Ätiologie von ADHS aber unklarer als es die vorherrschende und scheinbar zielgerichtete medikamentöse Therapie zur Erhöhung der Dopaminkonzentration im Gehirn widerzuspiegeln scheint. Vielmehr werden multifaktorielle Auslöser und Einflüsse vermutet (z. B. familiäres und soziales Umfeld, Medienkonsum), sodass eine intensiviertere multidisziplinäre Forschung (z. B. medizinisch, psychologisch, soziologisch usw.) notwendig ist, um auch eine adäquate und differenzierte Therapie anbieten zu können. Die Forschungsergebnisse sollten auch zur Klärung beitragen, inwieweit Möglichkeiten der primären Prävention genutzt werden können, um eine frühe und oftmals vorschnelle Medikalisierung und Stigmatisierung von Kindern als ADHS-Kranke vermeiden zu helfen. Die weitverbreitete, oft auch nützliche pharmakologische Intervention darf nicht den Blick auf andere sinnvolle und ebenfalls wirksame therapeutische Möglichkeiten verstellen.

Die Diagnosestellung und die darauf aufbauende Therapieentscheidung müssen sowohl im Hinblick auf die Qualifikation der Behandelnden als auch im Hinblick auf die organisatorischen und zeitlichen Abläufe verbessert werden. Erste Ansprechpartner sind sehr häufig Kinderärzte, in ländlichen Gebieten auch Allgemeinärzte. Beide Fachgruppen sind i. d. R. nicht speziell für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern bzw. ADHS ausgebildet. Daher sollten Kooperationsformen mit Kinder- und Jugendpsychiatern gesucht werden („Partnerschaften“ im Rahmen von Konsilen), auch wenn dies wegen der geringen Anzahl der Kinder- und Jugendpsychiatern nicht immer einfach zu sein scheint. Elektronische Patientenakten könnten jedoch die Kommunikation der Ärzte untereinander verbessern und Entscheidungsabläufe zugunsten der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern oder Erziehungsberechtigten beschleunigen und verbessern. Eine Analyse der durchgeführten diagnostischen Verfahren zeigte im Übrigen, dass ausführliche klärende Gespräche weniger durchgeführt werden als z. B. psychometrische oder technikintensive Tests. Wenn dies eine Folge der Abrechnungsmöglichkeit des Leistungsangebots ist, sollten speziell in diesem Krankheits- und Symptombereich die personalkommunikative Leistungen besser vergütet werden. Insgesamt bleibt wegen der Unsicherheiten und der oft bemängelten großen Unschärfe in der Diagnosestellung unklar, ob die reale Inzidenz und Prävalenz tatsächlich in dem Maße zunehmen, wie die Verordnungsanstiege bei den Arzneimitteln zu signalisieren scheinen.

Die Kinder selbst, aber auch Lehrer werden noch zu selten als Informationsquelle und Kooperationspartner eingebunden. Dabei ist der enge Austausch von Arzt und Lehrenden einer der stärksten Prädiktoren für den Erfolg einer Therapie. Daher sollte diesem Aspekt zukünftig mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Flankierend zu solchen „Kooperationspartnerschaften“ sollte die öffentliche Aufklärung über das Symptom- und Krankheitsbild gefördert werden, um Vorurteilen entgegenzuwirken, die Akzeptanz für die Kinder zu verbessern, Ausgrenzung und Isolierung zu vermeiden (z. B. werden solche Kinder nicht mehr zu Feiern ihrer Mitschüler eingeladen) und damit das Verständnis für die betroffenen Eltern und Kinder zu wecken. Die Unterstützung für Eltern ist daher ebenso wichtig wie problemorientierte Informationen und Interventionsvorschläge für die Betreuer in Kindergärten und Kindertagesstätten (KiTas) oder für die Lehrerinnen und Lehrer in Schulen. In diesen Bereich gehören auch Vorschläge, die Ausstattung von Schulen, Kindergärten oder KiTas so zu verändern, dass Kinder mit ADHS Möglichkeiten haben, ihren Bewegungsdrang auch ausleben zu können (z. B. in Räumen mit Sportgeräten o. ä.)

Feststellbar ist auch, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der ADHS-Symptomatik nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dies führt dazu, dass Mädchen wegen der geringer auftretenden Hyperaktivität und der damit verbundenen geringeren Störwirkungen auf das soziale Umfeld möglicherweise unterversorgt, allerdings auch vor all zu schneller Medikalisierung geschützt werden. Eine bessere Aufklärung über diese geschlechtsspe-

zifischen Unterschiede, sowohl im Hinblick auf die Häufigkeit (ca. 80 % Jungen, 20 % Mädchen) und bezüglich der Art der beobachtbaren Symptome ist daher notwendig. Zu berücksichtigen sind auch Unterschiede im sozioökonomischen Status der Kinder: Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigeren Status wird ADHS häufiger diagnostiziert als bei Kindern mit mittlerem oder höheren Status. Kinder mit Migrationshintergrund erhielten seltener eine solche Diagnose als Kinder ohne Migrationshintergrund. Ost/West- und Stadt-/Land-Unterschiede wurden nicht gefunden.

Zur Behandlung von ADHS wird nach wie vor am häufigsten das Psychostimulanz Methylphenidat (MPH) verordnet. Die damit einhergehende Erhöhung des Dopaminspiegels verringert offenbar Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizite, Impulsivität, depressive Verstimmung und Irritabilität, ohne dass sich eine Toleranz entwickelt. Grundsätzlich ist eine genaue Bestimmung der individuell benötigten Dosierung in der Anfangsphase (Titrierung) erforderlich, ebenso eine kontinuierliche Beratung im monatlichen Abstand, ein Monitoring evtl. auftretender Störeffekte (z. B. Schlaf- oder Wachstumsstörungen) sowie regelmäßige kontrollierte Therapiepausen. In anderen Ländern (z. B. in Finnland und Schweden) konnte eine Begrenzung der Verordnungen durch strikte Auflagen erreicht werden (Genehmigung durch die Arzneimittelbehörde, Erlaubnis zur Verordnung mit einjähriger Gültigkeit). Ein Zweitmeinungsverfahren (nach § 73d SGB V), in das immer Experten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingebunden wären, könnte auch in Deutschland die Rationalität der medikamentösen Therapie fördern.

Dies sollte auch für die Anwendung des Wirkstoffs Atomoxetin gelten, der allerdings wegen der weniger sicheren Wirksamkeit und der möglicherweise auftretenden unerwünschten Wirkungen (Müdigkeit, Schwindel, „Feindseligkeit“, Verstärkung suizidaler Verhaltensweisen u. a.) weniger eingesetzt wird (10 % der Verordnungen im Vergleich zu Methylphenidat) und als *second-line drug* („Zweitbestempfehlung“) nach Methylphenidat eingestuft ist.

In der Zukunft werden die alterbezogenen Schnittstellenprobleme der Patienten stärker berücksichtigt werden müssen. Für die Anwendung medikamentöser Therapien bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 18 Jahren liegt eine Reihe von Studien vor, die eine differenzierte Entscheidung für eine bestimmte Therapie ermöglichen. Für jugendliche Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und weiter unter den Symptomen des ADHS leiden, sind in Deutschland keine methylphenidathaltigen Arzneimittel zugelassen, eine Verordnung fiel dann in den Bereich des *off-label use*. Es wäre daher zu überlegen, ob dem Beispiel anderer europäischer Länder (z. B. Dänemark oder Großbritannien) gefolgt werden sollte, wo eine bei den Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren begonnene Therapie auch bei Jugendlichen und Erwachsenen über 18 Jahre weitergeführt werden könnte. Ansonsten käme für diese Personen nur noch die Verordnung von Atomoxetin als nur bedingt

empfehlenswerte Alternative infrage. Die Anzahl der älteren Patienten steigt an. Studien für diese Population als Basis für eine begründete Therapieentscheidung sind daher dringend erforderlich.

Unter den psychosozialen Interventionen haben sich pädagogische Interventionen im Unterricht (auf verhaltenstherapeutischer Basis) sowie verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie (Elterntrainings) als wirkungsvoll erwiesen (Pelham/Fabiano 2008; Pelham et al. 1998; Fabiano et al. 2009; Döpfner/Lehmkuhl 2002). Ebenso konnte die Wirksamkeit präventiver Ansätze auf verhaltenstherapeutischer Basis belegt werden (Hanisch et al. 2006). Gerade Eltern, die selbst an ADHS leiden, brauchen verstärkt Unterstützung. Dem Problem der elterlichen ADHS muss daher bei der Behandlung von betroffenen Kindern Rechnung getragen werden. Verstärkt erforscht werden sollten auch die Möglichkeiten der Intervention bei Vorschulkindern, da verschiedene Studien auf die hohe Bedeutung von Interventionsprogrammen im Vorschulalter hinweisen. Nach derzeitigem Kenntnisstand lassen sich der Verlauf und die Schwere der Störung durch Frühinterventionen positiv beeinflussen. Besondere Berücksichtigung müssen dabei sozial benachteiligte Familien finden. Es besteht zudem ein erheblicher Beratungsbedarf, da die meisten betroffenen Eltern sich zwar über das Störungsbild ADHS allgemein sowie über die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung gut informiert fühlen, sie hingegen den Informationsstand zu Schulen/Kindergärten, Selbsthilfegruppen in der Nähe sowie zu Behandlungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter häufig als zu gering beurteilten. Zudem kommt es gerade im Hinblick auf die interdisziplinäre Ausrichtung einer optimalen ADHS-Therapie unter Beteiligung unterschiedlicher Expertinnen und Experten (multimodales Therapiekonzept) zu komplexen Entscheidungssituationen. Durch den von der Bundesregierung geförderten Aufbau eines internetbasierten Patienten- und Angehörigen-Informationssystems im Rahmen des deutschlandweiten ADHS-Netzwerk (www.zentrales-adhs-netz.de) sowie die Unterstützung von Selbsthilfeverbänden stellen hierbei wichtige Schritte dar, um diesem Beratungsbedarf zu begegnen.

3.9 Literatur

55th World Health Assembly (2003): Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva.

Abel, T., Abraham, A. und Sommerhalder, K. (2006): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit, in: Richter, M. und Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit*, Wiesbaden: 185–198.

Abholz, H.-H. (2001): Ethische Probleme bei der Früherkennung. *Z. Allg. Med.*, 77: 398–402.

Abholz, H.-H. (2007): Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – Kritische Würdigung einer ungewöhnlichen Impfstoff-Zulassung. *Z Allg Med.*, 83: 57–60.

Altenhofen, L. (2002): Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Zur Bedeutung von U1 bis J1. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45: 960–963.

Aman, C. (2008): *Zum Kindeswohl-Konzept*, Universität Kassel, www.grin.com/e-book/114912/zum-kindeswohl-konzept (Stand 27.04.2009).

Amelang, M. und Krüger, C. (1995): *Misshandlung von Kindern. Gewalt in einem sensiblen Bereich*, Darmstadt: Wiss. Buchges.

American Academy of Pediatrics (AAP) (2005): Policy Statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 115: 496–506.

APA (American Psychiatric Association). (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, (Gesundheitsministerkonferenz der Länder) (2007): *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*, o. O.

Arenz, S., Rückerl, R., Koletzko, B. und von Kries, R. (2004): Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes* 28: 1247–1256.

Arndt, C., Dann, S., Kleimann, R., Strotmann, H. und Volkert, J. (2006): *Das Konzept der Verwirklichungschancen. Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung. Machbarkeitsstudie*, Institut für angewandte Wirtschaftsforschung, www.iaw.edu/w/IAWPDF.php?id=512&name=iaw_machbarkeitsstudie_2006.pdf (Stand 27.04.2009).

Arroll, B., Kenealy, T. und Kerse, N. (2003): Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. *Br J Gen Pract* 53: 871–877.

arznei-telegramm (2002): Parkinson-Syndrom als Langzeitfolge von Methylphenidat? *arznei-telegramm*, 33(1), 16.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. und Rossow, I. (2005): *Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut*. Göttingen.

BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.) (2007): *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland. Grundlagen und strategische Ziele*. Bonn, www.kindersicherheit.de (Stand Juli 2007).

Bahrs, O. (2005): *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln.

Baier, D. und Pfeiffer, C. (2007): *Gewalttätigkeit bei deutschen und nichtdeutschen Jugendlichen – Befunde der Schülerbefragung 2005 und Folgerungen für die Prävention*, Forschungsberichte Nr. 100, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) (Hrsg.), Hannover.

- Bamford, J., Fortnum, H., Bristow, K., Smith, J., Vamvakas, G., Davies, L., Taylor, R., Watkin, P., Fonseca, S., Davis, A. und Hind, S. (2007): Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen. *Health Technology Assessment* 11(32): 1–168, iii–iv.
- Bange, D. und Deegener, G. (1996): Sexueller Mißbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen, Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Barkmann, C. (2004): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein epidemiologisches Screening, Hamburg.
- Barkmann, C. und Schulte-Markwort, M. (2004): Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis* (31): 278–287.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden.
- Bauer, U. und Vester, M. (2008): Soziale Ungleichheit und soziale Milieus als Sozialisationskontexte, in: Hurrelmann, K., Grundmann, M. und Walper, S. (Hrsg.): *Handbuch Sozialisationsforschung*, 7. vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim und Basel: 184–202.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. und Richter, M. (Hrsg.) (2008): *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden.
- Baumert, J. (2001): PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich, Opladen: Leske + Budrich.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2006): *Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern*, München.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. und Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, Köln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
- Bergmann, K.E., Bergmann, R.L., Ellert, U. und Dudenhausen, J.W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50(5/6): 670–676.
- Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., von Kries, R., Böhm, O., Richter, R., Dudenhausen, J. W. und Wahn, U. (2003): Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: Role of breastfeeding. *Int J Obesity* 27: 162–172.
- Bertram, H. (Hrsg.) (2008): *Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland*, München.
- Bettge, S. und Ravens-Sieberer, U. (2003): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzeptes. *Gesundheitswesen* 65: 167–172.
- BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2005): Bescheid vom 08.09.05. Verfügbar unter: www.bfarm.de/cln_029/nn_1160684/SharedDocs/Publikationen/DE/%20Pharmakovigilanz/stufenplverf/stpAtomoxetin_050908,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/stpAtomoxetin_050908.pdf (Stand 22. 06. 2009).
- Bildungsministerium-RP (Bildungsministerium Rheinland-Pfalz) (2007): *Landesjugendplan 2007/2008*. Mainz.
- Birch, L. L. (1998): Psychological Influence on Childhood Diet. *The Journal of Nutrition* 128(2): 407S–410S.
- BJK (Bundesjugendkuratorium) (2007): Schutz vor Kindeswohlgefährdung: Anmerkungen zur aktuellen Debatte – Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums, Bundesjugendkuratorium (Hrsg.), www.bundesjugendkuratorium.de/pdf/2007-2009/bjk_2007_stellungnahme_schutz_vor_kindeswohlgefahrdung.pdf.
- Björge, T., Engeland, A., Tverdal, A. und Smith, G. D. (2008): Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: A follow-up of 230,000 Norwegian adolescents. *Am J Epidemiol* 168(1): 30–37.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2007): Polizeiliche Kriminalstatistik: PKS-Zeitreihen 1987 bis 2007, Bundeskriminalamt (Hrsg.), Wiesbaden, www.bka.de/pks/zeitreihen/.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2008): Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland: Berichtsjahr 2007, Bundeskriminalamt (Hrsg.), Wiesbaden, www.bka.de/pks/zeitreihen/.
- Blaxter, M. (1990): *Health and Lifestyles*. London, New York: Routledge. 1990.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2001): *Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2001–2003*. Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2003): *Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003–2005*. Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2004): *Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003–2005. Aktualisierung 2004*. Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2005): *Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003–2005. Implementierungsbericht 2005*. Berlin.
- BMFJ (Bundesministerium für Familie und Jugend) (1965): *Bericht über die Lage der Jugend und die Bestrebungen auf dem Gebiet der Jugendhilfe gemäß § 25 Abs. 2 des Jugendwohlfahrtsgesetzes – Jugendbericht*. Bundestagsdrucksache IV/3515.

- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (1999): Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2000): Qualitätsentwicklung in der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Qs Nr. 30, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001b): Regierungserklärung zur Jugendpolitik der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Christine Bergmann, am 8. 11. 2001 in Berlin. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2001c): Elfter Kinder- und Jugendbericht, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2003): Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005): Gender-Datenreport: Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006a): Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2007a): Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2007b): Prävention von häuslicher Gewalt im Bereich Schule. Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“, Materialien zur Gleichstellungspolitik: 105.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2008a): Sachstandsbericht zum Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2008b): Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010. Zwischenbilanz. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2008c): Pressemitteilung vom 17. 11. 2008, Modellprojekte des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen“ liefern erste Erkenntnisse/Erste bundesweite Fehleranalyse benennt häufige Schwachstellen im Kinderschutz, www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Presse/pressemitteilungen%20, did=115012.html (Stand 22. 06. 2009).
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001a): Chancen im Wandel. Jugendpolitisches Programm der Bundesregierung. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006b): Ein Kinder- und Jugendreport zum Nationalen Aktionsplan (NAP) „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010“. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2009): Familienreport 2009. Berlin.
- BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1986): Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Erste Ergebnisse. Bonn: BMFT.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2007): Bewegung und Gesundheit. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008a): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008b): Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten – „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ vom 29. Februar 2008.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009): Zahlen und Fakten zur Kampagne „Bewegung und Gesundheit“. Berlin.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2007): Gesunde Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität. Berlin.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2008a): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Juni 2008. Bonn.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2008b): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Dezember 2008. Bonn.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2008c): Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung. Projekte von Bund, Ländern und Kommunen. Berlin.
- BMJFFG (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit) (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn.
- Bode, C. und Bode, J. Ch. (1999): Protektive Wirkung und Missbrauch von Alkohol, in: Ernährungsmedizin. Stuttgart/New York: 527.

- Böhm, A., Friese, E., Greil, H. und Lüdecke, K. (2002): Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts im Land Brandenburg. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150: 48–57.
- Bös, K. (1999): Kinder und Jugendliche brauchen Sport, in: Fessler, N., Scheid, V., Trosien, J., Simen, J. und Brückel, F. (Hrsg.), *Gemeinsam etwas bewegen! Sportverein und Schule – Schule und Sportverein in Kooperation*. Schondorf: 68–83.
- Böttcher, W., Bastian, P. und Lenzmann, V. (2008): Soziale Frühwarnsysteme: Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen, 1. Aufl., Münster, Westf: Waxmann, Soziale Praxis.
- Brettschneider, W. D. und Naul, R. (2004): Study on young people's lifestyle. Sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance. Final report. Universität Paderborn, Paderborn.
- Bricker, L., Neilson, J. P. und Dowswell, T. (2008): Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation), *The Cochrane Library*, 1–24.
- Bringewat, P. (2007): Strafrechtliche Garantenhaftung in der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe. *Familie Partnerschaft Recht* 13: 12–16.
- Brugmann, E., Rejneveld, S. A., Verhulst, F. C. und Verloove-Vanhorick, S. P. (2001): Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 155: 462–460.
- Bücheler, R., Meisner, C., Kalchthaler, B., Mohr, H., Schröder, H., Mörike, K., Schwoerer, P., Schwab, M. und Gleiter, C. (2002): „Off-label“ Verschreibung von Arzneimitteln in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Med Wochenschr* 127: 2551–2557.
- Bucher, H. C. und Schmidt, J. G. (1993): Does routine ultrasound scanning improve outcome in pregnancy? Meta-analysis of various outcome measures. *BMJ*: (307): 13–17.
- Bundesärztekammer (2005): Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – Langfassung. www.bundesaerztekammer.de/%20downloads/ADHSLang.pdf (Stand 20.03.2009).
- Bundesregierung (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht, Köln.
- Bundestagsdrucksache 14/7275 vom 19.10.2001: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jugendpolitisches Programm der Bundesregierung „Chancen im Wandel“.
- Bundestagsdrucksache 16/3045 vom 19.10.2006: Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Terpe H, Gehring K, Bender B, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis90/Die Grünen betreffend „Verschreibung von Medikamenten an Kinder und Jugendliche bei Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivstörungen.
- Bundestagsdrucksache 16/9914 vom 27.06.2008: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung.
- Bundestagsdrucksache 16/12429 vom 25.03.2009: Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz)
- Burchardt, S., Förster, H., Harmsen, C., Mögling, T. und Tillmann, F. (2007): Die Bundesmodellprogramme „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ und „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ im Kontext neuer kommunalpolitischer Strategien Endbericht der zweiten Phase der wissenschaftlichen Begleitung (2004–2006). Deutsches Jugendinstitut.
- Bürger, U., Lehning, K. und Seidenstücker, B. (1994): Heimunterbringungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. Theoretischer Zugang, Datenlage und Hypothesen, Frankfurt a. M.
- Burmman, U. (2003): Mediennutzung statt Sport treiben? Stimmt die geläufige Argumentation: Medienfreaks sind Sportmuffel und Körperwracks. *Sportunterricht* 52: 163–167.
- Bussmann, K. (2003): Erste Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. In: *IKK-Nachrichten* H.1-2: 1–4.
- Bussmann, K. (2005): Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Vergleich der Studien von 2001/2002 und 2005 – Eltern-, Jugend- und Expertenbefragung, Berlin, zuletzt geprüft am 19.08.2008.
- Butterwegge, C. und Klundt, M. (Hrsg.) (2003): *Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demografischen Wandel*, 2. Auflage, Opladen.
- Butterwegge, C., Klundt, M. und Zeng, M. (2005): *Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland*, Wiesbaden.
- BVPG AG 4 (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Arbeitsgruppe 4) (2008): Empfehlungen der AG 4 „Qualität entwickeln und sichern“ an den Vorstand der BVPG zum weiteren Vorgehen in 2009. Manuskript vom 5. Dezember 2008.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2004): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004*. Teilbände: Rauchen, Alkohol, illegale Drogen, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2005a): *Kurzbericht. Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops*. Eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2005b): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung Konkret Band 4. Köln: BZgA.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2006): Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung Konkret Band 5. Köln: BZgA.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2008a): Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2008b): Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Aufgaben und Ziele. Köln.
- Cavill, N., Biddle, S. und Sallis, J. F. (2001): Health enhancing physical activity for young people: Statements of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatric Exercise Sci* 13: 12–15.
- Chaves, S. S., Gargiullo, P., Zhang, J. X., Civen, R., Guris, D., Mascola, L. und Seward, J. F. (2007): Loss of vaccine-induced immunity to varicella over time. *New Engl J Med*, 356: 1121–1129.
- Clausen, A.H. und Crittenden, P.M. (1991): Physical and psychological maltreatment. Relations among types of maltreatment, *Child Abuse and Neglect* 5: 5–18.
- Colla, H., Beger, K.-U., Rensch, K. und Tetzer, M. (2004): Gutachten zur Psychiatrieplanung der Landeshauptstadt Kiel, Lüneburg/Kiel (Landeshauptstadt Kiel).
- Collatz, J., Malzahn, P. und Schmidt, E. (1979): Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppen? *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 41: 173–190.
- Crowther, C. A., Hiller, J. E., Moss, J. R., Mc Phee, A. J., Jeffries, W. S. und Robinson, J. S. (2005): Effect of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med*, (325): 2477–2486.
- Cuckle, H. S. und Wald, N. (2000): Principles of screening: Tests using single markers. In: *Antenatal & neonatal screening, second edition*. Oxford University Press, Oxford, 2000, 1–22.
- Curry, S. J., Hollis, J., Bush, T., Polen, M., Ludman, E. J., Grothaus, L. und McAfee, T. A. (2003): Randomized trial of a family-based smoking prevention intervention in managed care. *Prev Med* 37: 617–625.
- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege) (2001): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000, Bonn.
- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege) (2005): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000 sowie 2004. Bonn.
- Daniels, S. R. (2006): The consequences of childhood overweight and obesity. *Future Child* 16(1): 47–67.
- Davey Smith, G. (2008): Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, in: Bauer, U., Bittlingmeyer, U. H. und Richter, M. (Hrsg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: 291–330.
- Dawson, A., Grant, B. und Li, T. (2007): Impact of Age at First Drinking on Stress-Reactive Drinking Alcoholism: *Clinical and Experimental Research* 31(1): 69–77.
- Day, N. L., Leech, S. L. und Richardson, G. A. (2002): Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. *Alcohol Clin Exp Res* 26: 1584–1591.
- Deegener, G. (2005): Formen, Häufigkeiten und Folgen von Kindesmisshandlung, in: Deegener, G. und Körner, W. (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch*, Göttingen: Hogrefe.
- Deegener, G. (2006): Erscheinungen und Ausmaße von Kindesmisshandlung in Deutschland, in: Heitmeyer, W. (Hrsg.), *Gewalt: Beschreibungen, Analysen, Prävention*, Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung, 563.
- Deinet, U. und Icking, M. (2008): Die Entwicklung kommunaler Qualitäts- und Wirksamkeitsdialoge, in: Deinet, U., Szlapka, M. und Witte, W., (Hrsg.) *Qualität durch Dialog. Bausteine kommunaler Qualitäts- und Wirksamkeitsdialoge*, Wiesbaden.
- Denis, F., Ranger-Rogez, S., Alain, S., Mounier, M., Debrock, C., Wagner, A., Delpeyroux, C., Tabast, J. L., Aubard, Y. und Preux, P. M. (2004): Screening of pregnant women for hepatitis B markers in a French Provincial University Hospital (Limoges) during 15 years. *Europe J Epidemiol* 19: 973–978.
- Deutscher Bundesjugendring (2001): *Eine wechselvolle Geschichte. 50 Jahre Kinder- und Jugendplan des Bundes*. Berlin: Deutscher Bundesjugendring.
- Deutscher Bundestag (2009): *Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*, 13. Kinder- und Jugendbericht, Berlin.
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.) (2007): Qualitätsstandards für die Schulverpflegung unter www.schuleplusessen.de/cms/upload/pdf/Qualitaetsstandards/070920_DGE_Qualitaetsstandards_Druckversion_final.pdf (Stand 10. 06. 2009)
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) u. a. (Hrsg.) (2007): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings, Kindes- und Jugendalter* (3. überarbeitete u. erweiterte Auflage). Köln: Deutscher Ärzte Verlag. Leitlinie Hyperkinetische Störungen (F 90) verfügbar unter: www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-019.htm (Stand 20. 03. 2009).

- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) (2009): Forschungsleistung der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003–2008.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) (2004): Gegen Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter, Erklärung vom 25. März 2004.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2008): Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Berlin: 58.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, (Hrsg.) (2009): Drogen- und Suchtbericht Mai 2009, Berlin.
- DJI (Deutsches Jugendinstitut e. V.) (2008): DJI Online Thema 2008/09 Gemeinsam stärker – multiprofessionelle Kooperation im Bereich Frühe Hilfen, www.dji.de/thema/0809 (Stand 22.06.2009).
- DJI (Deutsches Jugendinstitut e. V.) (2009): Stellungnahme Deutsches Jugendinstitut e. V. zur öffentlichen Anhörung der Kinderkommission zum Thema „Neue Konzepte Früher Hilfen“ am 2. März 2009.
- DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum) (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband I. dkfz, Heidelberg.
- Dobbins, M., De Corby, K., Robeson, P., Husson, H. und Tirilis, D. (2009): School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
- Donald, C. A. und Ware, J. E. (1984): The measurement of social support. *Research in Community and Mental Health* 4: 325–370.
- Döpfner, M. (2000): Hyperkinetische Störungen. In: Petermann F (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, Göttingen: Hogrefe: 153–189.
- Döpfner, M. (2005): Was wissen wir heute über AD(H)S? In: Schulte-Markwort M, Zinke M (Hrsg.): *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie*, Bad Homburg: Springer: 6–10.
- Döpfner, M. (2007): Was bringt die medikamentöse Langzeittherapie wirklich? Neue Erkenntnisse aus der MTA-Studie. Verfügbar unter: www.adhs-netz.de/i/aktuelles1.php?sess_id=e8cd6cafd3b599c7650c172165c90aca&link_id=;3;1; (Stand 22.01.2008).
- Döpfner, M. und Lehmkuhl, G. (2002): Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51, 419–440.
- Döpfner, M. und Petermann, F. (2008): Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, 2., überarb. Aufl, Göttingen: Hogrefe, Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie: Bd. 2, Ed. 2.
- Döpfner, M. und Rothenberger, A. (2007): Tic- und Zwangsstörungen. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* (16): 75–95.
- Döpfner, M., Breuer, U., Hastenrath, B. und Goletz, H. (2007): Wirksamkeit und Langzeitstabilität von verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Jugendlichen mit Zwangsstörungen. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* (16): 117–128.
- Döpfner, M., Frölich, J. und Lehmkuhl, G. (2000): Hyperkinetische Störungen. *Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 1*, Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. und Lehmkuhl, G. (1997): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 25: 218–233.
- Dörner, G. (1975): Perinatal hormone levels and brain organization. *Anat Neuroendocr* 1: 245–252.
- Dowdle, W. R., De Gourville, E., Kew, O. M., Pallansch, M. A. und Wood, D. J. (2003): Polio eradication: The OPV paradox. *Rev Med Virol* 2003, 13: 277–291.
- Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (42): 18–25.
- Dragano, N. und Siegrist, J. (2006): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse, in: Richter, M. und Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*, Wiesbaden.
- Drüe, G. (2007): ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit, Stuttgart: Kohlhammer.
- DSB (2005): Kurzfassung der DSB-Sprint-Studie. Eine Untersuchung zur Situation des Schulsports in Deutschland, www.dsj.de/downloads/Kurzfassung.pdf (Stand 22. 06. 2009)
- DSM-IV-TR (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen 2003 – Textrevision) (Deutsche Bearbeitung), Göttingen.
- DVS (Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft) (2008): Abschaffung des Sportunterrichts in der Grundschule? Pressemitteilung vom 09. 12. 2008, www.dvs-sportwissenschaft.de/ (Stand 22. 06. 2009).
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B. und Ludwig, D. S. (2002): Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet* 360: 473–482.
- Elliger, T. J., Trott, G. E. und Niessen, G. (1990): Prevalence of psychotropic medication in childhood and adolescence in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry* 23: 38–44.

- Ellsäßer, G. (2006): Epidemiologische Analyse bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland – Ausgangspunkt für die Unfallprävention. *Gesundheitswesen* 68: 421–428.
- Ellsäßer, G. und Berfenstam, R. (2000): International comparisons of child injuries and prevention programs: recommendations for an improved prevention program in Germany. *Inj Prev* 6: 41–45.
- Ellsäßer, G. und Diepgen, T. L. (2002): Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45: 267–276.
- Elmadfa, I. und Leitzmann, C. (2004): Ernährung des Menschen. 4. Auflage, Stuttgart.
- Eneli, I. U., Cunningham, A. und Woolford, S. J. (2008): The pediatric multidisciplinary obesity program: An update. *Progress in Pediatric Cardiology*, 25(2), 129–136.
- Engbarth, A. (2003): Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Bedeutung für die heutige Praxis. Frankfurt a. M.
- Engfer, A. (2005): Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze, in: Egle, U. T., Hoffmann, S. O. und Joraschky, P. (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*, mit 81 Tabellen. 3., vollst. aktualisierte und erw. Aufl., Stuttgart: Schattauer, 3–19.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. und Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 800–809.
- Erhart, M., Wille, N. und Ravens-Sieberer, U. (2008): In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik, in: Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. und Richter, M. (Hrsg.), *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: 331–358.
- Euler, G. L., Wooten, K. G., Baughman, A. L. und Williams, W.W. (2003): Hepatitis B surface antigen prevalence among pregnant women in urban areas: implications for testing, reporting, and preventing perinatal transmission. *Pediatrics*, (111): 1192–1197.
- Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (2005a): Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit (EUR/04/5047810/6) vom 14. Januar 2005, Helsinki.
- Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (2005b): Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit (EUR/04/5047810/7) vom 14. Januar 2005, Helsinki.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A. und O'Connor, B. C. (2009): A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 29(2):129–140.
- Fegert, J., Glaeske, G., Janhsen, K., Ludolph, A. und Ronge, C. (2002): Untersuchung zur Arzneimittel-Versorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. BMGS-Projektbericht, Bremen, Ulm.
- Fegert, J. M., Kölch, M., Zito, J. M. und Glaseke, G. (2006): Antidepressant use in children and adolescents in Germany. *J Child Adol Psychop* (16): 197–200.
- Fegert, J. M., Schnoor, K., Kleidt, S., Kindler, H. und Ziegenhain, U. (2008): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen: Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse, BMFSFJ (Hrsg.), Berlin.
- Feierabend, S. und Klingler, W. (2001): Kinder und Medien 2000: PC/Internet gewinnen an Bedeutung – Ergebnisse der KIM-Studie zur Mediennutzung von Kindern. *Media Perspektiven* 7: 345–357.
- Feierabend, S. und Klingler, W. (2002): Medien- und Themeninteressen Jugendlicher. Ergebnisse der JIM-Studie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. *Media Perspektiven* 1: 9–21.
- Forschungsinstitut für Kinderernährung (2005): Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen, Dortmund.
- Foster, C., Hillsdon, M. und Thorogood, M. (2005): Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD003180. DOI: 10.1002/14651858.CD003180.pub2.
- Foxcroft, D., Ireland, D., Lowe, G. und Breen, R. (2002): Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD 003024. DOI: 10.1002/14651858.CD003024.
- Franz, M., Kuns, M. und Schmitz, N. (1999): Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 45 (2): 95–112.
- Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R. und Berenson, G. S. (1999): The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatr* 103: 1175–1182.
- Fuchs-Rechlin, K. (2006): Kindstötungen – was sagt die Statistik?, in: *Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe, Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, Sonderausgabe* 9. Jahrgang: 3–5.
- Galm, B., Herzig, S., Lillig, S. und Stötzel, M. (2007): Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung, in: *Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention* (Hrsg.), *Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter: Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern*, München, 11: 31–59.

- Garbarino, J., Guttman, E. und Seeley, J. W. (1986): *The Psychologically Battered Child: Strategies for Identification, Assessment and Intervention*, 1. ed, San Francisco: Jossey-Bass, The Jossey-Bass social and behavioural science series.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2007): *Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/ Kindesmissbrauch: Teilabschlussbericht des Beratungsthemas „Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien“*.
- Gebhardt, B., Finne, E., von Rahden, O. und Kolip, P. (unter Mitarbeit von Prof. Dr. Gerd Glaeske und Edda Würdemann) (2008): *ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK, Bremen/Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 65)*. St. Augustin: Asgard.
- Geene, R. und Gold, C. (Hrsg.) (2009): *Kinderarmut und Kindergesundheit*, 1. Aufl., Bern: Huber, Programmbe- reich Gesundheit.
- Georgi, M., Schaefer, F., Wühl, E. und Schärer, K. (1996): *Körpergröße und -gewicht bei gesunden Schul- kindern und Jugendlichen in Heidelberg. Monatsschr Kinderheilkd 144: 813–824*.
- Gerlach, E. und Brettschneider, W.-D. (2008): *Quantita- tive Schulsportforschung – Die Grundschule im Fokus der „SPRINT-Studie“*, in: Schmidt, W. (unter Mitarbeit von Zimmer, R. und Völker, K.) (Hrsg.): *Zweiter Deut- scher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit*. Schorndorf: Hofmann: 279–295.
- Gilbert, R. E. und Peckham, C. S. (2002): *Congenital toxoplasmosis in the United Kingdom: to screen or not to screen? J Med Screen, 9: 135–141*.
- Gil-Gonzalez, D., Vives-Cases, C. und Ruiz, M. T. (2008): *Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. Journal of Public Health 30(1): 14–22: jpubhealth. oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/1/14.pdf*.
- GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) (2008): *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Krite- rien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umset- zung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. Bergisch Gladbach: IKK-Bun- desverband.
- Glaeske, G. (2007): *Mehr Sicherheit für Kinder – Die neue EU-Verordnung für die Zulassung von Kinderarz- neimittel*. Dr. med. Mabuse 166: 47–50.
- Glaeske, G. und Janhsen, K. (2006): *GEK-Arzneimittel- Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arznei- mitteldaten aus den Jahren 2004–2005*. GEK Edition. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44, St. Au- gustin: Asgard-Verlag.
- Glaeske, G. und Janhsen, K. (2007): *GEK-Arzneimittel- report 2007. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 55, St. Augustin: Asgard-Verlag*.
- Glaeske, G. und Würdemann, E. (2008): *Aspekte der Be- handlung von ADHS-Kindern. Versorgungsforschung auf der Basis von Krankenkassendaten*. In: Bonney, H. (Hrsg.) *ADHS – Kritische Wissenschaft und Therapeu- tische Kunst*, Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 55–77.
- Glaeske, G., Greiser, E., Daschner, F., v. Pritzbuer, E. und Stahlmann, R. (1987): *Analysen der Verbrauchs- und Verordnungsverhalten bei Antibiotika und Chemothera- peutike mit Hinweisen zur Therapie*, in: Greiser, E. (Hrsg.) *Bewertender Arzneimittel-Index. Bd. 4. Antibio- tika und Chemotherapeutika*. Wiesbaden: medpharm-Ver- lag. XXIII–LXVII.
- Glaeske, G., Schick Tanz, C. und Janhsen, K. (2008): *GEK-Arzneimittel-Report 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 61*. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Gollup, E. L., Leroy, V., Gilbert, R. und Wallon, M. (2008): *Effectiveness of health education on Toxoplasma- related knowledge, behaviour, and risk of seroconversion in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 136(2): 137–145*.
- Gonzales, R., Steiner, J. F., Lum, A. und Barrett, P. H. jr. (1999) *Decreasing antibiotic use in ambulatory practice: impact of a multidimensional intervention on the treatment of uncomplicated acute bronchitis in adults. JAMA 281: 1512–1519*.
- Goodman, R. (1997): *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psycho- logy and Psychiatry 38: 581–586*.
- Goodman, R., Ford, P., Simmons, H., Gatward, R. und Meltzer, H. (2000): *Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric dis- orders in a community sample. British Journal of Psychiatry 177: 534–539*.
- Göppel, R. (2007): *Haben „Verhaltensauffälligkeiten“ bei Kindern und Jugendlichen dramatisch zugenommen?, in: Göppel, R., Aufwachsen heute. Veränderungen der Kind- heit – Probleme des Jugendalters, Stuttgart: 181–208*.
- Göppel, R. (2009): *Von der Tyrannei der Erziehungsrat- geber. Oder: Die Abschaffung der Sachlichkeit. Zeit- schrift für Sozialpädagogik 7(2): 114–130*.
- Graham, H. (2008): *Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen*, in: Bauer, U., Bittlingmeyer, U. H. und Richter, M. (Hrsg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit: 455–479*.
- Grob, A., Lüthi, R., Kaiser, F. G., Flammer, A., Mackinnon, A. und Wearing, A. J. (1991): *Berner Fra- gebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). Di- agnostica 37(1): 66–75*.

- Grobe, T. G., Dörning, H. und Schwartz, F. W. (2007): GEK-Report Ambulant-ärztliche Versorgung 2007, <https://www.gek.de/x-medien/dateien/magazin/GEK-Report-Ambulantaerztliche-Versorgung-2007.pdf> (Stand 22.06.2009)
- Groh-Samberg, O. und Grundmann, M. (2006): Soziale Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter, *Aus Politik und Zeitgeschichte* 26: 11–18.
- Grothe, K.-D. und Horlbeck, A.-M. (2006): Warum ich auch mit Medikamenten behandle. Die Sicht eines Kinderpsychiaters. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gülzow, H. J., Hellwig, E. und Hetzer, G. (2005): Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte. Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“. www.zzq-koeln.de/leit.htm (Stand 4.2.2009).
- Günther, J., Kern, W. V., Nink, K., Schröder, H. und de With, K. (2003): Solange sie noch wirken Bonn, Freiburg.
- Hackauf, H. und Winzen, G. (2004): Information and Communication Network Concerning Health-Related Prevention Projects for Young People in the European Union. Final Report. Appendix 5: Compendium.
- Haftenberger, M. (2008): Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGs/KUS.
- Hakama, M., Auvinen, A., Day, N. E. und Miller, B. (2007): Sensitivity in cancer screening. *J Med Screen*, 14: 174–177.
- Hall, D. M. B. und Elliman, D. (2003): Health for all children, Oxford, New York.
- Hancox, R. J., Milne, B. J. und Poulton, R. (2004): Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet* 364: 226–227.
- Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. und Döpfner, M. (2006): Kurzeffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2): 117–126.
- HAPO Study Cooperative Research Group (2008): Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*, 358: 1991–2002.
- Harfst, T. und Marstedt, G. (2009): Psychische Erkrankungen in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt (health policy monitor, Bertelsmann Stiftung), Gütersloh. Hebebrand, J., Suchterkrankungen. DGKJP, in: Forschungsleistung der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003–2008: 183–190.
- Harpin, V. A. (2005): The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child* 90: i2–i7.
- Hauser, R. (1987): Ergebnisse der Armutsforschung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Mitteilungen der Akademie der Arbeit an der Universität Frankfurt am Main, Neue Folge 38, Januar: 5–29.
- Health Council of the Netherlands (2008): Screening: between hope and hype. The Hague: Health Council of the Netherlands.
- Hebebrand, J., Casper, R., Treasure, J. und Schweiger, U. (2004): The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *J Neural Transm* (111): 827–840.
- Hebebrand, J. (2009): Suchterkrankungen. DGKJP (2009), DGKJP, Forschungsleitung der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003–2008: 183–190.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S. und Harstick, (2006): Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35: 97–108.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. und Perrez, M. (2002): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53: 170–183.
- Heitmeyer, W. (Hrsg.) (2006): Gewalt: Beschreibungen, Analysen, Prävention, Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung, Schriftenreihe/Bundeszentrale für Politische Bildung: 563.
- Helming, E., Gunda, S., Sann, A. und Walter, M. (2006): Abschlussbericht. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. München: DJI.
- Helwig, H. (2009): Off-label-Gebrauch von Arzneimitteln in Kindes- und Jugendalter Eine Verordnungsanalyse in Deutschland: Verantwortlich ist der Arzt. *Dtsch Arztebl Int* 106(12): 210.
- Henningfield, J. E. und Benowitz, N. L. (2004): Pharmacology of nicotine addiction, in: Boyle, P., Gray, N., Henningfield, J., Seffrin, J. und Zatonski, W., Tobacco. Oxford.
- Hensen, G. (2005): Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Frühe Hilfen für Familien durch verbindliche Formen der Kooperation, 1–2, Deutsche Jugendinstitut e. V. (Hrsg.).
- Hentze, K. O. (2009): Vom Psycho-Therapeuten zum Symptom-Techniker. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* (1): 9–14.
- Herpertz-Dahlmann, B., Kruse, W., Ziegert, B. und Neuss, A. (2002): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis: Wer ist behandlungsbedürftig? *Deutsches Ärzteblatt* 99(21): 271–276.

- Heseker, H., Beer, S. (2004): Ernährung und ernährungsbezogener Unterricht in der Schule. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 240–224.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. und Morgan, M. (2003): The ESPAD Report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.
- Hinckers, A., Laucht, M., Heinz, A. und Schmidt, M. H. (2005): Alkoholkonsum in der Adoleszenz: soziale und individuelle Einflussfaktoren. Z Kinder Jugendpsychiat Psychother 33: 273–284.
- Hoepner-Stamos, F. (1995): Prävalenz und Ätiologie chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, in: Kolip, P., Hurrelmann, K. und Schnabel, P. E. (Hrsg.), Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim/München: 49–67.
- Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G. und Kobusingye, O. (2001): Injury surveillance guidelines. whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241591331.pdf (Stand 5.8.08), WHO, Geneva.
- Hölling, H. und Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 794–799.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. und Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 784–793.
- Holtmann, M., Bölte, S. und Poustka, F. (2008): Rapid increase in rates of bipolar diagnosis in youth: „True“ bipolarity or misdiagnosed severe disruptive behaviour disorders? Arch Gen Psychiatry 65: 477.
- Hornberg, C. S. M., Bohne, S., Khelaifat, N. und Pauli, A. (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen, Berlin: Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes: 42.
- Höyneck, T. und Görge, T. (2006): Tötungsdelikte an Kindern, Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid (Hrsg.), Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie: 2, www.gesis.org/Information/soFid/pdf/Kriminalsoziologie_2006-2.pdf.
- Hurrelmann, K. (1999): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim/München.
- Hurrelmann, K. (2006): Einführung in die Sozialisations-theorie, 9. Auflage, Weinheim.
- Hurrelmann, K. und Albert, M. (2006): 15. Shell Jugendstudie: Eine pragmatische Generation unter Druck. Fischer: Frankfurt.
- Hurrelmann, K. und Settertobulte, W. (2008): Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), Aus Politik und Zeitgeschichte 28/2008: 9.
- Huss, M. (2008): ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität. Eine kurze Übersicht. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51: 602–605.
- Huss, M. und Högl, B. (2002): ADHD-Profil-Studie – Fragebogen zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHD. Verfügbar unter: www.bv-auek.de/Seiten/ADHD-Profilstudie/download.html (Stand 26.02.2007).
- IARC (International Agency for Research on Cancer) (2004): IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking, Lyon.
- ICD-10-GM (2008): Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version German Modification. www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm (Stand 22.11.2007).
- IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln.
- Ihle, W. und Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53(4): 159–169.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2008): Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Abschlussbericht S05–02, Köln.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2007): Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen. Abschlussbericht 05–01, Köln.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2009): Screening auf Gestationsdiabetes. Vorbericht, www.iqwig.de/download/S07-01_Vorbericht_Screening_auf_Gestationsdiabetes.pdf (Stand 13. 1. 2009).
- Jacobi, G. (2008): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen, 1. Aufl., Bern: Huber.
- Jans, T., Kreiker, S. und Warnke, A. (2008): Multimodale Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. Nervenarzt 79(7): 791–800.
- Jans, T., Wewetzer, C., Klampfl, K., Schulz, E., Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H. und Warnke, A. (2007): Phänomenologie und Komorbidität der Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jug-Psych 35: 41–50.

- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P. und Swanson, J. M. (2001): Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 22(1): 60–73.
- Jilg, W., Hottenträger, B. und Weinberger, K. et al. (2001): Prevalence of markers of hepatitis B in the adult German population. *J Clin Virol*. 63: 96–102.
- Jungbauer-Gans, M. und Kriwy, P. (Hrsg.) (2004): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden.
- Juretzko, P., Kries, R., von Hermann, M., Wirsing König, C. H., von Weil, J. und Giani, G. (2002): Effectiveness of acellular pertussis vaccine assessed by hospital-based active surveillance in Germany. *Clinical Infectious Diseases* 35(2): 162–167.
- Kahl, H., Dortschy, R. und Ellsäßer, G. (2007a): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 718–727.
- Kahl, H., Schaffrath Rosario, A. und Schlaud, M. (2007b): Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 677–685.
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R. und Schlaud, M. (2007a): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 686–700.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. und Schlaud, M. (2007b): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 836–850.
- Kapusta, N. D., Plener, P. L., Schmid, R., Thau, K., Walter, H. und Lesch, O.M. (2007): Multiple substance use among young males. *Pharmacol Biochem Behav* 86: 306–311.
- Kavemann, B. (2008): Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts BIG Präventionsprojekt: Kooperation zwischen Schule und Jugendhilfe bei häuslicher Gewalt, BMFSFJ (Hrsg.), www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Redaktion_BMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/big-projekt-langfassung.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf. Kern, R., Rasky, E. und Noack, R.A. (1995): Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule. Forschungsbericht 95/1 aus dem Institut für Sozialmedizin der Karl-Franzens-Universität Graz.
- Keupp, H. (1988): Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Asanger: Heidelberg.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft, Gamburg.
- Kilian, H., Brandes, S. und Lehmann, F. (2009): Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in: Kolip, P. und Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Huber.
- Kimko, H. C., Cross, J. T. und Abernethy, D. R. (1999): Pharmacokinetics and clinical effectiveness of methylphenidate. *Clin Pharmacokinet* 37:457–470.
- Kimmerle, R. und Abholz, H.-H. (2000): Gestationsdiabetes. In: Berger M. *Diabetes mellitus*, 2. Auflage Urban & Fischer Verlag, München/Jena 719–727.
- Kimmerle, R. und Fuhrmann, K. (2000): Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1. In: Berger M. *Diabetes mellitus*, 2. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München/Jena (2000): 701–718.
- Kindler, H. (2002): Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern. Folgerungen für die Praxis, Deutsches Jugendinstitut e. V. (Hrsg.), München.
- Kindler, H. (2007): Kinderschutz in Deutschland stärken. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis, Deutsche Jugendinstitut e. V., München.
- Kindler, H. und Lillig, S. (2005): Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken. *IKK-Nachrichten* (1-2): 10–13.
- Kindler, H. und Werner, A. (2005): Auswirkungen von Partnerschaftsgewalt auf Kinder Forschungsstand und Folgerungen für die Praxis, in: Deegener, G. und Körner, W. (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – Ein Handbuch*, Göttingen: Hogrefe, 104–127.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. und Werner, A. (Hrsg.) (2006): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*, München: Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Kingdon, J. W. (1984): *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Little, Brown and Co.
- Kiss, H., Widhalm, A., Geusau, A. und Husslein, P. (2003): Universal antenatal screening for syphilis: is it still justified economically? A 10-year retrospective analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 112: 24–28.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. und Kenny, E. D. (2003): Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(3): 339–352.
- Klein, G. (2009): Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken: Eine kritische Bilanz für Deutschland, in: Geene, R. und Gold, C. (Hrsg.), *Kinderarmut und Kinder-gesundheit*. 1. Aufl., Bern: Huber Programmbereich Gesundheit, 99–107.

- Kliche, T. et al. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. und Lehmann, H. (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt 47: 125–132.
- Klosinski, G., Bader, T., Clauß, M., Felbel, D., Jungmann, J., Karle, M., Küfner, H., Laucht, M., Mann, K., Mundle, G., Stolle, D. und Wienand, F. (2003): Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), in: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag): 13–26.
- Knopf, H. (2007): Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 863–870.
- Knopf, H., Rieck, A. und Schenk, L. (2008): Mundhygiene: Daten des KiGGS zum Karies präventiven Verhalten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51 (11): 1314–1320.
- Knorr, B., Maul, H. und Schnitzler, P. (2008): Prevalence of hepatitis B virus infection among women at reproductive age at a German university hospital. J Clin Virol (2008): 42: 422–424.
- Koalitionsvertrag (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD.
- Koch, K. (1999): Therapieentscheidung wider besseres Wissen – Warum Ärzte gegen Viren mit Antibiotika vorgehen. Dtsch Ärztebl. 96: A1822–A1823.
- Kölch, M., Keller, F., Kleinrahm, R. und Fegert, J. M. (2007): Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. Prävention und Rehabilitation: Zeitschrift für umfassende Vorbeugung und Behandlung chronischer Krankheiten 19: 8–18.
- Kölch, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J. M. und Schmid, M. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern: psychische Belastung der Minderjährigen in der Beurteilung ihrer Eltern – Ergebnisse einer Befragung stationär behandelter Patienten mit dem SDQ. Nervenheilkunde 27: 527–532.
- Kolip, P. (2009): Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten. Kurzbeschreibung des Evaluationsvorhabens. Universität Bremen.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. und Schnabel, P. E. (1995): Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter, in: Dies. (Hrsg.), Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim/München: 7–21.
- Koplan, J. P., Liverman, C. T. und Kraak, V. I. (Hrsg.) (2005): Preventing Childhood Obesity. Washington, D. C.: The national Academies Press.
- Kromeyer-Hauschild, K. und Jaeger, U. (1997): Growth studies in Jena, Germany: Changes in body measurements and body fat distribution between 1975 and 1995. Am J Hum Biol 10: 579–587.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Gellert, F., Geiß, H.C., Hesse, V., von Hippel, A., Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Mener, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatous, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A. und Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807–818.
- Kuh, D. und Ben-Shlomo, Y. (2004): A life course approach to chronic disease epidemiology, 2. Auflage, Oxford/New York.
- Kuh, D. und Ben-Shlomo, Y. (1997): A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology, Oxford/New York/Tokyo.
- Kurth, B.-M. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 533–546.
- Kurth, B.-M. und Ellert, U. (2008): Gefühles oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys KiGGS. Dtsch Ärztebl 105(23): 406–412.
- Kurth, B.-M. und Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 736–743.
- Kuschel, A. und Hahlweg, K. (2005): Gewaltprävention – Allianz von Eltern, Kindergarten und Schule, in M. Cierpka (Hrsg.), Möglichkeiten der Gewaltprävention, Göttingen: 153–172: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KV Thüringen (2007): Aktuelle Fassung der Arzneimittel-Richtlinien (Abschnitt F 16.-19.) inklusive Ausnahmeliste. www.kv-thueringen.de/pub/rundschreiben_2007/RS_10_Beilage_AMRL.pdf, Stand 6.10.2007.

- Lampert, T. (2008): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Deutsches Ärzteblatt 105(15): 265–271.
- Lampert, T. und Schenk, L. (2004): Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung: Konzeptionelle und analytische Zugänge des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), in: Jungbauer-Gans, M. und Kriwy, P. (Hrsg.), Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, 1. Auflage, Wiesbaden: 57–84.
- Lampert, T. und Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 600–608.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N. und Woll, A. (2007a): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 634–642.
- Lampert, T., Sygusch, R. und Schlack, R. (2007b): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 643–652.
- Lange, C., Schenk, L. und Bergmann, R. (2007a): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 624–633.
- Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Schaffrath Rosario, A., Stolzenberg, H. und Lampert, T. (2007b): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 578–589.
- Lehmkuhl, G. und Döpfner, M. (2006): Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther, G. (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 118–133.
- Leßmann, O. (2006): Lebenslagen und Verwirklichungschancen (capability) – Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 75(1): 30–42.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2006): Einführung. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lucero, M. G., Dulalia, V. E., Parreno, R. N., Lim-Quianzon, D. M., Nohynek, H., Makela, H. und Williams, G. (2004): Pneumococcal conjugate vaccines for preventing vaccine-type invasive pneumococcal disease and pneumonia with consolidation on x-ray in children under two years of age. Cochrane Database of Systematic Reviews (4): CD004977.
- Macfarlane, J., Holmes, W., Gard, P., Thornhill, D., Macfarlane, R. und Hubard, R. (2002) Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. BMJ 324: 91–94.
- Macfarlane, J., Holmes, W., Macfarlane, R. und Britten, N. (1997): Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. BMJ 315: 1211–1214.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, O., Valkonen, T. und Kunst, A. E. (2003): Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Int J Epidemiol 32: 830–837.
- Maffei, C. (2000): Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. Eur J Pediatr 159 (Suppl 1): 35–44.
- Maher, J. und Macfarlane, A. (2004): Inequalities in infant mortality: trends by social class, registration status, mother's age and birthweight, England and Wales, 1976–2000, Health Statistics Quarterly: 24: 14–22.
- Mainous, A. G. 3rd, Hueston, W. J. und Clark, J. R. (1996): Antibiotics and upper respiratory infection: do some folks think there is a cure for the common cold. Fam Pract 42: 357–361.
- Malik, V. S., Schulze, M. B. und Hu, F. B. (2006): Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am J Clin Nutr 84: 274–288.
- Martinson-Schittkowski, W., Bender, C. und Tolzin, C. J. (2009) Bekanntheit allein heilt nicht. Gesundheitswesen. 71(2): 102–110.
- Mattner, D. (2006): ADS – Die Biologisierung abweichenden Verhaltens, in: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Max-Rubner-Institut, Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg.) (2008): Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht Teil 1, Karlsruhe.
- Melfsen, S., Osterlow, J., Beyer, J. und Florin, I. (2003): Evaluation eines kognitivbehavioralen Trainings für sozial ängstliche Kinder. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 32: 191–199.
- Mensink, G. B. M. und Burger, M. (2004): Was isst du? Ein Verzehrhäufigkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 219–226.

- Mensink, G. B. M., Hesecker, H., Richter, A., Stahl, A., Vohmann, C., Fischer, J., Kohler, S. und Six, J. (2007b): Forschungsbericht – Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert Koch-Institut, Universität Paderborn (Hrsg.), Berlin/Paderborn.
- Mensink, G. B. M., Hesecker, H., Stahl, A., Richter, A. und Vohmann, C. (2007c): Die aktuelle Nährstoffversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Ernährungsumschau* 11: 636–646.
- Mensink, G. B. M., Kleiser, C. und Richter, A. (2007a): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 609–623.
- Mérelle, M.E., Dankert-Roelse, J.E., Dezateux, C., Lees, C., Nagelkerke, A. und Southern, K.W. (2001): Newborn screening for cystic brosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2001), Issue 3.
- Metzger, M., Frehner, U., Kyburz, M. und Voza, D. (2009): Resilienzförderung von Kindern suchtkranker Eltern. *Zeitschrift für Sozialpädagogik* 7(2): 131–141.
- Meyers, D. S., Halvorson, H. und Luckhaupt, S. (2007): U. S. Preventive Services Task Force Screening for chlamydial infection: an evidence update for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* (2007): Jul 17; 147(2): 135–142.
- Meyer-Timpe, U. (2008): Unsere armen Kinder. Wie Deutschland seine Zukunft verspielt, München.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005): Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts. Münster: ISA.
- MLR (Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg) (2008): Aktionsplan 2018. Ernährung für Kinder und Jugendliche. Version 13. 10. 2008. Stuttgart.
- Moggi, F. (2005): Folgen von Kindesmisshandlung: Ein Überblick, in: Deegener, G. und Körner, W. (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch*, Göttingen: Hogrefe, 94–103.
- Mojtabai, R., Olfson, M. und Mechanic, D. (2002): Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorder. *Archives of General Psychiatry* 59 (1): 77–84.
- Molina, B. S. G., Florey, K., Hinshaw, S. P., Greiner, A. R., Arnold, E., Swanson, J. M., Hechtman, L., Jensen, P. S., Vitiello, B., Hoza, B., Pelham, W. E., Elliot, G. R., Wells, K. C., Abikoff, H. B., Gibbons, R. D., Marcus, S., Conners, C. K., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., March, J. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B. und Wigal, T. (2007): Delinquent behaviour and emerging substance use in the MTA at 36 months: Prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:1028–1040.
- Moreno, L. A. und Rodríguez, G. (2007): Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 10: 336–341.
- Morgan, J. F., Reid, F. und Lacey, H. (1999): The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 319: 1467–1468.
- Moya, M. (2008): An update in prevention and treatment of pediatric obesity. *World journal of Pediatrics* (2008): 4(3), 173–185.
- Moyer, V. A. und Butler, M. (2004): Gaps in the evidence for well-child care: a challenge to our profession. *Pediatrics* 114(6): 1511–1521.
- MTA Cooperative Group (2004): National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 113, 754–761.
- Mühlbauer, B., Janhsen, K., Pichler, J. und Schöttler, P. (2009) Off Label Use of Prescription Drugs in Childhood and Adolescence – an Analysis of Prescription Patterns in Germany [Off-Label-Gebrauch von Arzneimitteln im Kindes- und Jugendalter. Eine Verordnungsanalyse in Deutschland. *Dtsch Ärztebl Int* 106 (3): 25–31.
- Muir Gray, J. A. (1996): Evidence based health care. Churchill Livingstone.
- Mulder, S. und van Beeck, E. F. (1999): Measuring the burden of injuries. *European Consumer Safety Association, Consumer Safety Institute* (Hrsg.), Amsterdam.
- Müller, B. (2003): Eating disorders – a challenge for clinicians and scientists, in: Maj, M., Halmi, K., Lopez-Ibor, J. J. und Sartorius, N. (Hrsg.): *Eating Disorders, WPA Series „Evidence and Experience in Psychiatry“*, John Wiley & Sons: 58–61.
- Münder, J., Mutke, B. und Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz: Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren, Münster: Votum.
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (2006): *Stillempfehlungen für die Säuglingszeit*.
- Nelson, H. D. und Helfand, M. (2001): Screening for chlamydial infection. *Am J Prev Med*, 20 (3 Suppl): 95–107.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., Koenig, H.-H., Buesch, K. und Leidl, R. (2006): Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control* 15: 464–471.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2002): *Guidance on the use of human growth hormone (somatropin) in children with growth failure. Technology Appraisal No. 42.* Internet www.nice.org.uk.
- Niethammer, D. (2007): Auswirkungen von Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung auf Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, Referat der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e. V. zum Thema „Kindergesundheit“ auf dem 110. Deutschen Ärztetag 2007.

- Nissen, S. E. (2006): ADHD drugs and cardiovascular risk. *N Engl J Med* 354: 1445–1448.
- Nothhafft, S. (2008): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (Hrsg.), Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Noweski, M. (2008): Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen. Berlin: Köster.
- Nuffield Council of Bioethics (2007): Public health: ethical issues. Nuffield Council of Bioethics, London, www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Public_health_-_ethical_issues.pdf (Stand 21. 06. 2009)
- Nussbaum, M. (1995): Human Functioning and Social Justice: in Defence of Aristotelian Essentialism, in: Tallack, D. (Hrsg.): *Critical Theory: A Reader*, New York.
- Nussbaum, M. (1999): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*, Frankfurt am Main.
- Oberklaid, F., Wake, M., Hesketh, K. und Wright, M. (2002): Child Health Screening and Surveillance: A Critical Review of the Evidence. National Health and Medical Research Council.
- Ong, K. K. (2006): Size at Birth, Postnatal Growth and Risk of Obesity. *Horm Res* 65 (Suppl 3): 65–69.
- Otto, H.-U. und Ziegler, H. (Hrsg.) (2008): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. Der Capabilities-Ansatz als neue Orientierung in der Erziehungswissenschaft, Wiesbaden.
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R.P. und Summerbell, C.D. (2009): Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In (2009): Issue 1. Art. No.: CD001872. DOI 10.1002/14651858.CD001872.pub2.
- Padberg, J. und Bauer, T. (2006) Erkältungskrankheiten. Common cold. *Dtsch Med Wochenschr* 131: 2341 – 2349.
- Papadopoulos, Y. und Warin, P. (2007): Are Innovative, Participatory and Deliberative Procedures in Policy Making Democratic and Effective? *European Journal of Political Research* 46/4: 445–472.
- Papst, A. und Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1): 36–46.
- Pate, R. R., Pratt, M. und Blair, S. N. (1995): Physical activity and public health. *JAMA* 273: 281–289.
- Pelham, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998): Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190–205.
- Pelham, W. E. und Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatment for ADHD: An update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 184–214.
- Petrou, S., Kupek, E., Hockley und Goldacre, M. (2006): Social inequalities in childhood mortality and morbidity in an English population. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 20: 14–23.
- Pfeiffer, C. und Baier, D. (2006): Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Aktuelle Befunde aus der KFN-Schülerbefragung 2005, *Hamburger Ärzteblatt*, 4: 194–196.
- Pfeiffer, C. und Wetzels, P. (1997): Kinder als Täter und Opfer: Eine Analyse auf Basis der PKS und einer repräsentativen Opferbefragung, *Forschungsbericht Nr. 68*, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN) (Hrsg.), Hannover.
- Pfeiffer, C., Wetzels, P. und Enzmann, D. (1999): Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN) (Hrsg.), www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb80.pdf (Stand 09.06.2009).
- Pieper, K. und Momeni, A. (2006): Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern. *Deutsches Ärzteblatt* 103(15): 849–855.
- Pigeot, I., Bosche, H. und Pohlabein, H. (2004): Programme der Primärprävention von Adipositas und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt* 47: 256–265.
- Plück, J., Wiczorrek, E., Wolff Metternich, T. und Döpfner, M. (2006): Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.
- Poethko-Müller, C., Kuhnert, R. und Schlaud, M. (2007): Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 851–862.
- Poskitt, E. M. (1998): Nutritional Problems in Preschool Children, in: Sandler, M. J., Strain, J. J. und Cabello, B. (Hrsg.), *Encyclopedia of Human Nutrition*, 3rd Volume, San Diego/London: 340–350.
- Pothmann, J. (2006): Wie viele Kinder müssen vor ihren Eltern geschützt werden? Über das Stochern im Zahlennebel, in: *Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- & Jugendhilfestatistik – AKJStat* (Hrsg.), Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe, Dortmund, 3.
- Power, C. und Kuh, D. (2006): Life course development of unequal health, in: Siegrist, J. und Marmot, M. (Hrsg.), *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*, Oxford: 27–53.
- Power, C., Manor, O. und Fox, J. (1991): *Health and Class*. First edition. London: Chapman & Hall.

- Pratt, B.M. und Woolfenden, S. (2002): Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD 002891. DOI: 10.1002/14651858.CD002891.
- Prenzel, M. (2008): PISA 2006 in Deutschland. Die Kompetenzen der Jugendlichen im dritten Ländervergleich, Münster: Waxmann.
- Raffle, A. E. (2007): Challenges of implementing human papillomavirus (HPV) vaccination policy. *BMJ* (2007): 335, 375–377.
- Ramos, M. und Stein, L. M. (2000): Development children's eating behaviour. *Jornal de Pediatria (Rio J.)* 76 (Suppl. 3): 229–237.
- Rauschenbach, T. (2006): Wird Kindern und Eltern genug geholfen? Vergewisserungen, Fragestellungen, Perspektiven, in: *Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- & Jugendhilfestatistik – AKJStat* (Hrsg.), *Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe* 9, Dortmund, 1–2.
- Rauschenbach, T. und Schilling, M. (2008): Spaltet sich die Kinder- und Jugendhilfe? Analysen zu Gewinnen und Verlusten in der Personalstruktur, in: *komdat 1+2/2008*: 2–4.
- Ravens-Sieberer, U. und Bullinger, M. (1998): Assessing health related quality of life in chronically ill children with the german KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research* 7: 399–407.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N. und Bettge, S. (2007a): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 871–878.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U. und Erhart, M. (2007b): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 810–818.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.-M., Bruil, J., Dür, W., Power, M., Rajmil, L. und the European KIDSCREEN Group (2001): Quality of Life in children and adolescents – a european public health perspective. *Sozial- und Präventivmedizin* 46: 297–302.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N. und Bettge, S. (2006): Modul Psychische Gesundheit (BELLA Studie). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49: 1050–1058.
- Rawls, J. (1971): *A Theory of Justice*, Cambridge.
- Rawls, J. (2001): *Justice as Fairness: A Restatement*, Cambridge.
- Reilly, J. J. (2006): Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgrad Med J* 82: 429–437.
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., Steer, C. und Sherrif, A. (2005): Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 330: 1357–1364.
- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. und Kelnar, C. J. H. (2003): Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 88: 748–752.
- Reinehr, T., Andler, W., Denzer, C., Siegried, W., Mayer, H. und Wabitsch, M. (2005): Cardiovascular risk factors in overweight German children and adolescents: Relation to gender, age and degree of overweight. *Nutr Metab Cardio Dis* 15: 181–187.
- Remschmidt, H. (Global ADHD Working Group) (2005) Global consensus on ADHD/HKD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14:127–137.
- Remschmidt, H. und Heiser, P. (2004): Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. *Dtsch Arztebl; A*: 2457–66 [Heft 37].
- Remschmidt, H., Wolf-Ostermann, K. und Mattejat, F. (2004): Schizophrene Erkrankungen im Jugendalter: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung an 305 konsekutiven stationären Behandlungsfällen. *Nervenarzt* 75: 663–674.
- Resch, F., Parzer, P. und Brunner, R. (2004): Trauma und Dissoziation im Kindes- und Jugendalter: Eine entwicklungspsychopathologische Herausforderung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* (2): 17–27.
- Retzlaff, R., von Sydow, K., Rotthaus, W., Beher, S. und Schweitzer, J. (2009): Systemische Therapie als evidenzbasiertes Verfahren – aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten. *Psychotherapeutenjournal* (1): 4–14.
- Richter, A., Vohmann, C., Stahl, A., Hesecker, H. und Mensink, G.B.M. (2008): Der aktuelle Lebensmittelverzehr von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Teil 2: Ergebnisse aus EsKiMo. *Ernährungsumschau* 55: 28–36.
- Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit, Wiesbaden.
- Richter, M. und Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen, in: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. und Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim/München: 99–157.

- Richter-Kuhlmann, E. (2008): Arzneimittel für Kinder – Häufig am Rande der Legalität. *Dtsch Arztebl* 105 (6): 227–228.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 16. Oktober 2008. *Bundesanzeiger* 2009, Nr. 8: : 212.
- Riedel, K. (2008): Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern, Köln.
- Riedesser, P. (2006): Einige Argumente zur AD(H)S-Kontroverse in der Kinder und Jugendpsychiatrie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (2006): *AD(H)S – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 111-117.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2001): Wichtige Infektionskrankheiten in Deutschland – zur Situation im Jahr 2000: Infektionen des Zentralnervensystems, *Epidemiologisches Bulletin* 48: 365–372.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2002): Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten: Meldepflichtige Zoonosen (2001): *Epidemiologisches Bulletin* 2002, Nr. 49: 411–416.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2004a): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2004b): Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten: Erkrankungen an Masern, Mumps und Röteln (MMR). *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 49: 287–293.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2004c): Zur Varizellenimpfung. *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 35.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2005): Körperliche Aktivität. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 26, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2007a): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2008. *Epid Bull* 30: 267–286.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2007b): Zur Situation wichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland: Virushepatitis B, C und D im Jahr (2007): *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 49.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2007c): Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Syphilis in Deutschland im Jahr 2007. *Epidemiologisches Bulletin* (2008): Nr. 33.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2008a): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2008b): Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2008c): Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. *Epidemiologisches Bulletin*. Nr. 30: 235–254.
- RKI/BZGA (Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2008): *Erkennen-Bewerten-Handeln – Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin/Köln.
- Robinson, T. N. (1999): Reducing children television viewing to prevent obesity. A randomized controlled trial. *J Am Medical Association* 282: 1561–1567.
- Rogmans, W. H. J. und Mulder, S. (1998): Measuring the severity and costs of accidental injuries. *European Consumer Safety Association, Consumer Safety Institute* (Hrsg.), Amsterdam.
- Rosenbrock, R. (1998): *Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick*. Discussion Paper der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P98–203.
- Rosenbrock, R. und Gerlinger, Th. (2006): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.
- Safer, D. J. (2000): Are stimulants overprescribed for youths with ADHD? *Annals of Clinical Psychiatry*, 12, 55–62.
- Salbach, H., Bierbaum, T., Lehmkuhl, U. und Hansen, B. (2007): Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen* (1): 5–17.
- Sallis, J. F. und Owen, N. (1998): *Physical activity and behavioural medicine*. Sage, Thousand Oaks.
- Sann, A. und Schäfer, R. (2008): Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis, in: Pascal Bastian et al. (Hrsg.): *Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme*. Münster: Waxmann.
- Sann, A. und Thrum, K. (2005): *Opstapje – Schritt für Schritt*. Abschlussbericht des Modellprojektes., München.
- Savage, O. K., Drake, W. M., Carrol, P. V. und Monson, J. P. (2004) Transitional care of GH deficiency: when to stop GH therapy? *Eur J Endocrinol* 151 Suppl. 1: 61–65.
- Schenk, L. und Knopf, H. (2007): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50(5/6/): 653–658.

- Schiffman, M., Castle, P. E., Jeronimo, J., Rodriguez, A. C. und Wacholder, S. (2007): Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* (2007), 370, 890-907.
- Schilling, F. H., Spix, C., Berthold, F., Erttmann, R., Fehse, N., Hero, B., Klein, G., Sander, J., Schwarz, K., Treuner, J., Zorn, U. und Michaelis, J. (2002): Neuroblastoma screening at one year of age. *N Engl J Med* (2002), 346: 1047–1053.
- Schlack, R. und Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 50(5-6): 819–826; doi:10.1007/s00103-007-0245-3.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M. und Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsschutz*, 50, 827–835.
- Schlender, M. (2007) Aktuelle Daten zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Deutschland – Administrative Prävalenz, beteiligte Arztgruppen und Arzneimitteltherapie. *Psychoneuro* 33: 412–415.
- Schlaud, M., Atzpodien, K. und Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 701–710.
- Schmid, M., Goldbeck, L. und Fegert, J.M. (2006): Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe – (k)eine Aufgabe für niedergelassene Verhaltenstherapeuten? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 38: 95–119.
- Schmidt, M., Schielke, A., Fegert, J. M., Becker, T. und Kölch, M. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern – eine Studie zu stationär behandelten psychisch kranken Eltern: Methodik, Studienpopulation und Epidemiologie. *Nervenheilkunde* 27: 521–526.
- Schmidt, M. H. und Brink, A. (1995): Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 4(3), 236–239.
- Schneewind, K., Beckmann, M. und Hecht-Jackl, A. (1985): Familienklima-Skalen. Bericht. Institut für Psychologie – Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der Ludwig Maximilians Universität, München.
- Schneider, S., Maul, H., Freerksen, N. und Pötschke-Langer, M. (2008): Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health Epub ahead of print*.
- Scholz, H., Vogel, F., Abele-Horn, M., Adam, D., Belohradsky, B. H., Handrick, W., Heining, U., Luckhaupt, H., Noack, R. und Roos, R. (2002): Rationa-
ler Einsatz oraler Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen. *Chemother J* 11: 59–70.
- Schöne, R. (1997): Kinder in Not: Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, Münster: Votum-Verl.
- Schröder, H., Nink, K., Günther, J. und Kern, W. V. (2003): Antibiotika. So lange sie noch wirken ... *G + G Wissenschaft (GGW)* 3(2): 7–16.
- Schulte-Markwort, M. und Zinke, M. (Hrsg.) (2005): ADS/ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie, Berlin: Springer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. und Koch, U. (2008): Psychotherapeutische Versorgung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41), Berlin.
- Schulze, A., Lindner, M., Kohlmüller, D., Olgemöller, K., Mayatepek, E. und Hoffmann, G. F. (2003): Expanded newborn screening for inborn errors of metabolism by electrospray ionization-tandem mass spectrometry: results, outcome, and implications. *Pediatrics* 111(6 Pt 1): 1399–1406.
- Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) (2007): Arzneiverordnungs-Report 2006. Heidelberg: Springer.
- Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) (2008): Arzneiverordnungs-Report 2007, Heidelberg: Springer.
- Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) (2009): Arzneiverordnungs-Report 2008, Heidelberg: Springer.
- Schwarzer, R. und Jerusalem, M. (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin, Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.
- Seifert, B. (2002): Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen, in: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen, München.
- Sen, A. (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München/Wien.
- Sermer, M., Naylor, D. C., Farine, D., Kenshole, A. B., Ritchie, J.W., Gare, D.J., Cohen, H.R., McArthur, K., Holzappel, S. und Biringer, A. (1998): The toronto tri-hospital gestational diabetes project. *Diabetes Care* (1998): 21: B33–B42.
- Setttertobulte, W. (1995): Altersadäquate Versorgung für Kinder und Jugendliche, In: Setttertobulte, W. und Palentinen, C. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche – Ein Praxishandbuch, Heidelberg: 133–152.

- Settertobulte, W. (2003): Problematische Formen des Alkoholkonsums – Häufigkeiten, Trends, Ursachen, in: Farke, W., Graß, H. und Hurrelmann, K.: Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis, Stuttgart: 81–85.
- Sevecke, K., Battel, S., Dittmann R., Lehmkühl, G. und Döpfner, M. (2005): Wirksamkeit von Atomoxetin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Eine systematische Übersicht. *Nervenarzt*, 77(3), 294–308.
- Seyberth, H.W. (2008): Arzneimittel in der Pädiatrie: ein Paradigmenwechsel bahnt sich an. *Dtsch Ärztebl* 105(27): A1497–A1499.
- Seyberth, H.W. (2009): Problems of Prescription Drug Use in Children [Probleme der Arzneimittelanwendung bei Kindern]. *Dtsch Ärztebl Int* 106(3): 23–24.
- Seymour, C. A., Thomason, M. J., Chalmers, R. A., Addison, G. M., Bain, M. D., Cockburn, F., Littlejohns, P., Lord, J. und Wilcox, A.H. (1997): Newborn screening for inborn errors of metabolism: a systematic review. *Health Technology Assessment* 1(11): i-iv, 1–95.
- Shaw, M., Dorling, D., Gordon, D. und Smith, G. D. (1999): *The widening gap*. Bristol: The policy press. (1999).
- Shipman, S. A., Helfand, M., Moyer, V. A. und Yawn, B. P. (2006): Screening for Developmental Dysplasia of the Hip: A Systematic Literature Review for the U. S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshipd.htm (Stand 17.12.2008).
- Silman, A. J. und Allwright, S. P. A. (1988): *Elimination or Reduction of Disease? Opportunities for Health Service Action in Europe*. Oxford University Press.
- Simpson, S. A., Thomas, C. L., van der Linden, M. K., Macmillan, H., van der Wouden, J. C. und Butler, C. (2007): Identification of children in the first four years of life for early treatment for otitis media with effusion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD004163.
- Singh-Manoux, A. und Marmot, M. (2005): The role of socialisation in explaining social inequalities in health, in: *Social Science & Medicine* 60: 2129–2133.
- Slaughter, M. H., Lohmann, T. G., Boileau, R. A., Horswill, C. A., Stillman, R. J., van Loan, M. D. und Bembien, D. A. (1988): Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. *Hum Biol* 60: 709–723.
- Smidt, J., Heiser, P., Dempfle, A., Konrad, K., Hemminger, U., Kathofer, A., Halbach, A., Strub, J., Grabarkiewicz, J., Kiefl, H., Lindner, M., Knolker, U., Warnke, A., Renschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B. und Hebebrand, J. (2003): Formalgenetische Befunde zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 366–377.
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2006a): *Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin.
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2006b): *Vierter Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin.
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2006c): *Kinder- und Jugendprogramm der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin.
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2008): *Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention*. Schwerin.
- Sozialministerium-MV/LVG-MV (Mecklenburg-Vorpommern/ Landesvereinigung für Gesundheitsförderung/Mecklenburg-Vorpommern) (2004): *Gesundheitsziele. Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern*. Schwerin.
- Sozialreferat Landeshauptstadt München (2007): *Leitlinie Kinder- und Familienpolitik*. Langfassung. München, www.muenchen.de/cms/prod2/mde/_de/rubriken/Rathaus/85_soz/00_aktuell/familie/dat/leitlinie_familie_langfassung.pdf (Stand 21. 06. 2009)
- Sportstättenstatistik 2002.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. und Faraone, S. V. (2000): Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000, 39(11), 1432–1437.
- Statistisches Bundesamt (2008a): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Sterbetafel in Deutschland 2005/2007*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008b): *16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland: Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006 „Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung“*, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008c): *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Pflegschaften, Vormundschaften, Beistandschaften, Pflegeerlaubnis, Sorgerechtsentzug, Sorgeerklärungen*.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): *Tiefgegliederten Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2004*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008d): *Fachserie 12, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2007*, Wiesbaden.
- Stiftung Warentest: (2007): *Untersuchungen zur Früherkennung für Schwangere. Nutzen und Risiken*. Berlin.

- Stolle, M., Sack, P.-M. und Thomasius, R. (2009): Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* (19): 323–328.
- Stolzenberg, H., Kahl, H. und Bergmann, K. E. (2007): Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 659–669.
- Suhl (2008): Richtlinien Kommunalen Jugendplan der Stadt Suhl. Suhl.
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L., Kelly, S. A. M., Brown, T. und Campbell, K. J. (2005): Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews in* (2005): Issue 3. Art. No.: CD 001871. DOI: 10.1002/14561858.CD001871.pub2.
- Swanson, J., Greenhill, L., Wigall, T., Kollins, S., Stehli, A., Davies, M., Chuang, S., Vitiello, B., Skrobala, A., Posner, K., Abikoff, H., Oatis, M., McCracken, J., McGough, J., Riddle, M., Ghuman, J., Cunnigham, C. und Wigal, S. (2006): Stimulant-related reduction of growth rates in the PATS. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 45: 1304–1313.
- Sygyusch, R. (2005): Jugendsport – Jugendgesundheit. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48: 863–872.
- Sygyusch, R. (2006): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen – ein Beitrag für die Gesundheit? *Spectrum Sportwissenschaften* 18: 54–738.
- SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study group, Thiébaud R, Leproust S, Chêne G, Gilbert R. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* (2007): Jan 13; 369(9556): 115–122.
- Tress, W., Kruse, J. und Heckrath, C. (1999): Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen, in: Badura, B./Siegriest, J. (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen*, München.
- Tuttle, C. (1999): Childhood and Adolescence, in: Mann, J. und Tuswell, A. S., *Essentials of human nutrition* 1999. Volume 5 No. 3. Oxford/New York/Tokyo: 481–487.
- Ulmer Aufruf zum Kinderschutz (2006): Fachforum „Steigerung der elterlichen Feinfühligkeit zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter“, www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/UlmerAufrufzumKinderschutz.pdf (Stand 22. 06. 2009)
- UNICEF (Hrsg.) (2001): A league table of child deaths by injury in rich nations. *Innocenti Report Card No 2*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- United Nations (2002): A World Fit for Children. General Assembly Resolution. A/RES/S-27/2.
- US (Department of Health and Human Services) (1996): Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Centers of Disease Control and Prevention, CDC, Atlanta.
- US (Department of Health and Human Services) (2004): The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. US-DHHS, Atlanta, Georgia.
- USPSTF (U. S. Preventive Services Task Force) (2005): Screening and Interventions for Overweight in Children and Adolescents: recommendation statement. Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD. www.ahrq.gov/Clinic/uspstf/uspsoch.htm (Stand 15.05.200).
- Van Steenberg, J. E., Leentvaar-Kuijpers, A., Baayen, D., Dukers, H. T. M., van Doornum, G. J. J., van den Hoek, J. A. R. und Coutinho, R. A. (2002): Evaluation of the hepatitis B antenatal screening and neonatal immunization program in Amsterdam, 1993–1998. *Vaccine* 20: 7–11.
- Vazquez, J. C. und Villars, J. (2003): Treatments for symptomatic urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*: (4), CD002256.
- Verbraucherzentralen (2009): Essen und Trinken in Schulen, Positionen und Forderungen, bildungsklick.de/datei-archiv/50651/positionspapier.pdf (Stand 10.06.2009).
- Vereecken, C., Ojala, K. und Delgrande Jordan, M. (2004): Eating Habits, in: World Health Organisation Europe (Hrsg.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents*, No 4, Copenhagen: 110–119.
- Volkert, J. (Hrsg.) (2005): Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen. *Amartya Sen's Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung*, Wiesbaden.
- Von Kries, R. und Toschke, A.M. (2004): Perinatale Einflüsse auf das Adipositasrisiko. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 152: 843–848.
- Von Schimmelmann, B. (2009): Schizophrenie, in: DGKJP (2009), *Forschungsleistung der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003–2008*: 153–161.
- Wadsworth, M. (1999): Early life, in: Marmont, M, Wilkinson, R. G. (Hrsg.). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press: 44–63.

- Wake, M., Gold, L., McCallum, Z., Gerner, B. und Waters, E. (2008): Economic Evaluation of a Primary Care Trial to reduce Weight Gain in Overweight/Obese Children: The LEAP Trial. *Ambulatory Pediatrics* 8(5): 336–341.
- Wareham, N. J., van Sluijs, E. M. und Ekelund, U. (2005): Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proc Nutr Soc* 64: 229–247.
- Weiss, R., Dziura, J., Burgert, T. S., Tamborlane, W. V., Taksali, S. E., Yeckel, C. W., Allen, K., Lopes, M., Savoye, M., Morrison, J., Sherwin, R. S. und Caprio, S. (2004): Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *New Engl J Med* 350: 2362–2374.
- Weisser, G. (1978): Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Göttingen.
- Welch, H.G. (2004): Should I be tested for cancer? University of California Press, California.
- Welte, R., König, H.-H. und Leidl, R. (2000): The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health* 10: 31–38.
- Wender, P. H., Reimherr, F. W., Wood, D. und Ward, M. (1985): A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 547–552.
- Wetzels, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen, 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung: 8.
- Wetzels, P. (2001): Jugend und Gewalt: Eine repräsentative Dunkelfeldanalyse in München und acht anderen deutschen Städten, 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges., Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung: 17.
- Whitehead, M. und Drever, F. (1999): Narrowing social inequalities in health? Analysis of trends in mortality among babies and lone mothers. *BMJ*: 318: 908–912.
- WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung, Genf: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2008): Commission on Social Determinants of Health (CSDH): Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health, Final Report, WHO: Geneva.
- WHO (World Health Organization) (2004): Young people's health in context. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study. International report from the 2001/2002 survey. WHO Regional Office Europe, Kopenhagen.
- WHO (World Health Organization) (2005): Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- WHO (World Health Organization) Europe (2008): Policies and Practices for Mental Health in Europe, Genf (World Health Organization).
- WHO (World Health Organization), Health Canada und CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (1998): Health Promotion Evaluation. Recommendations to Policymakers. WHO: Geneva.
- WHO/UNICEF (World Health Organization/United Nations International Children's Emergency Fund) (1990): Innocenti declaration of the protection, promotion and support of breastfeeding, www.unicef.org/nutrition/index_24807.html (Stand 18.12.2007).
- WIAD-AOK-DSB-Studie II (2003): Dritter Bericht zum Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kurzfassung einer Untersuchung im Auftrag des Deutschen Sportbundes und des AOK-Bundesverbandes, Frankfurt/Main.
- Wilkinson, R. und Marmot, M. (2003): Social Determinants of Health: The solid facts, Genf.
- Wilson, J. M. G. und Jungner, Y. G. (1968): Principles and practice of screening for disease. Genf (WHO, Publ. Hlth. Papers No 34).
- Winterhoff, M. (2008): Warum unsere Kinder zu Tyrannen werden. Oder die Abschaffung der Kindheit, Gütersloh.
- Wittchen, H.-U. (2002): Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten (Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen), München.
- Witte, W. und Arlt, M. (2008): Qualitätsmanagement und Berichtswesen als Elemente kommunaler Wirksamkeitsdialoge – das Modellprojekt Qualitätsentwicklung der Berliner Jugendarbeit, in: Deinet, U., Szlapka, M. und Witte, W. (Hrsg.), Qualität durch Dialog. Bausteine kommunaler Qualitäts- und Wirksamkeitsdialoge, Wiesbaden.
- Wolf, E. (2005): Neu auf dem Markt: Atomoxetin gegen ADHS, *Pharmazeutische Zeitung*, 14, 24.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. und Jaffe, P. G. (2003): The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique, *Clinical Child and Family Psychology Review* 6 (3): 171–187.
- Wolf-Kühn, N. und Geene, R. (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen, in: Geene, R. und Gold, C. (Hrsg.), Kinderarmut und Kindergesundheit. 1. Aufl., Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit, 108–125.

- Wolfram, N., Rigby, M., Sjöström, M., Frazzica, R. G. und Kirch, W. (2008): Nutrition and Physical Activity. Health Information Sources in EU Member States, and Activities in the Commission, WHO, and European Networks. Springer.
- Woll, A. und Bös, K. (2004): Wirkungen von Gesundheitssport. *Bewegungsther Gesundheitssport* 20: 1–10.
- Wolraich, M. L., Wibbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S. W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., Ross, E. C., Shubiner, H. H., Wnder, E. H. und Wilens, T. (2005): Attentiondeficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734–1746.
- Woods, W. G., Gao, R. N., Shuster, J. J., Robison, L. L., Bernstein, M., Weitzman, S., Bunin, G., Levy, I., Brossard, J., Dougherty, G., Tuchman, M. und Lemieux, B. (2002): Screening of infants and mortality due to neuroblastoma. *N Engl J Med.* (2002): 346: 1041–1046.
- Woolacott, N., Puhan, N., Misso, K., Steurer, J. und Kleijnen, J. (2005): Systematic Review of the Clinical and Cost Effectiveness of Ultrasound in Screening for Developmental Dysplasia of the Hip in Newborns. Centre for Reviews and Dissemination Report No. 28. York.
- Wright, M. T. Block, M. und von Unger, H. (2009): Partizipative Qualitätsentwicklung, in: Kolip, P. und Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Bern: Verlag Hans Hunber: 157–175.
- Wright, M. T., Block, M., von Unger, H. und Deutsche AIDS-Hilfe (2008a): Qualität praxisnah und partizipativ entwickeln. Interaktive Plattform der Qualitätsentwicklung in der Primärprävention von Aidshilfen (www.qualitaet.aidshilfe.de).
- Wright, M. T., Block, M., von Unger, H. und Gesundheit Berlin (2008b): Partizipative Qualitätsentwicklung. Internet-handbuch. (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de).
- Zabransky, S., Weinand, Ch., Schmidgen, A., Schafmeister, C., Müller, S., Hollinger-Philipp, R. und Danker-Hopfe, H. (2000): Saarländische Wachstumsstudie 1995. Perzentilen für Körperhöhe, Gewicht und BMI von 4- bis 18-jährigen Jungen und Mädchen. *Kinder- und Jugendarzt* 31(9): 822–827.
- Zinnecker, J., Behnken, I., Maschke, S. und Stecher, L. (2002): Null Zoff & voll busy – Die erste Jugendgeneration des neuen Jahrhunderts, Opladen.

4 Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care)

4.1 Einleitung

465. Die fachübergreifende Koordination der Gesundheitsversorgung durch Leitlinien und die sektorübergreifende Integration ist in den letzten Jahren intensiv diskutiert worden; im Gutachten 2007 wurde ausführlich auf die berufsgruppenübergreifende Kooperation eingegangen. Die Koordination der Gesundheitsversorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter steht in der öffentlichen und wissenschaftlichen Wahrnehmung jedoch noch zurück, obwohl sie für die Gestaltung der zukünftigen Gesundheitsversorgung eine bedeutende Rolle spielt.

466. Der Begriff „Transition“ in der Gesundheitsversorgung meint hier die geplante und gezielte Überführung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Krankheiten von kinderzentrierten zu erwachsenenorientierten Versorgungssystemen (Blum et al. 1993).¹⁰⁷ Abzugrenzen ist der Begriff des „Transfers“, der ein einzelnes Ereignis während des viel länger dauernden Transitionsprozesses beschreibt, nämlich den Wechsel der Versorgungsinstitution und der behandelnden Ärzte¹⁰⁸. Die Transition endet nicht am Punkt des Transfers, sondern wird fortgeführt, bis der junge Patient in die Erwachseneneneinrichtungen eingebettet ist (RCPE 2007). Daher ist sie eine Aufgabe sowohl der Kinder- als auch der Erwachsenenmediziner und erfordert zur erfolgreichen Umsetzung eine effektive Zusammenarbeit (McDonagh 2007). Das Ziel von Transitionsprogrammen ist die Gewährleistung einer koordinierten und ununterbrochenen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche mit einem besonderen medizinischen Versorgungsbedarf, die dem Alter und der Entwicklung des jungen Menschen angemessen erfolgt (Robertson et al. 2006).

467. Kinder und Jugendliche mit einem besonderen medizinischen Versorgungsbedarf weisen eine chronische körperliche, psychische, entwicklungs- oder verhaltensbedingte Störung auf oder haben ein erhöhtes Risiko für eine solche. Sie benötigen eine gesundheit-

liche Versorgung über den allgemeinen Bedarf hinaus (McPherson et al. 1998). Gemäß dieser Definition wird in den USA der Anteil der Jugendlichen unter 18 Jahren mit einer chronischen Erkrankung auf 12 % geschätzt (Sawyer et al. 2007a). Laut dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) beträgt die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit einem speziellen Versorgungsbedarf in Deutschland 13,7 % (Scheidt-Nave et al. 2008).¹⁰⁹

468. Die Einteilung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Altersgruppen ist weniger eindeutig als gemeinhin angenommen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verwendet den Begriff „Kind“ ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und „Jugendlicher“ ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (www.kbv.de/8170.html). Eine australische Studie definiert Jugendliche als 11 bis 15-Jährige und junge Erwachsene als 16- bis 25-Jährige. Der Begriff junge Menschen wird für die Altersgruppe der 11- bis 25-Jährigen verwendet (Dovey-Pearce et al. 2005). Die World Health Organization (WHO) definiert die Adoleszenzzeit (Jugendzeit) als die Phase zwischen 10 und 19 Jahren, auch wenn der Altersbereich aufgrund der individuellen Variabilität der Entwicklung unterschiedlich sein kann. Die Jugendzeit wird zudem in eine frühe (10 bis 13 Jahre), mittlere (14 bis 16 Jahre) und späte (17 bis 20 Jahre) Adoleszenz unterteilt (Rutishauser/Navratil 2004).

469. In den letzten 50 Jahren haben sich im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin signifikante Veränderungen ergeben. Krankheiten, die einst fatale Verläufe in frühen Lebensjahren aufwiesen, können mittlerweile mit routinemäßigen medizinischen Interventionen gut behandelt werden. Die Lebenserwartung der Jugendlichen mit besonderem medizinischen Versorgungsbedarf hat sich erhöht. Viele Kinder mit Mukoviszidose, angeborenen Herzerkrankungen, Spina bifida, Zerebralparese und anderen chronischen Krankheiten überleben bis in das 40. Lebensjahr oder darüber hinaus. Die Vorbereitung auf und der Übergang in das erwachsenenorientierte Versorgungssystem entsprechen jedoch den medizinischen Verbesserungen nicht im vollen Umfang (Bates et al. 2003). Vielfach werden die Belange der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch Selbsthilfegruppen vertreten. Neben Informations- und Erfahrungsaustausch unterstützen

¹⁰⁷ In der Literatur wird vorwiegend die Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter dargestellt. Darüber hinaus kann die Versorgung im Übergang von Älteren zu Hochbetagten mit komplexem medizinischen Versorgungsbedarf diskutiert werden. Der Rat führt beispielhaft die Transition vom Jugend- ins Erwachsenenalter auf.

¹⁰⁸ Im Gutachten werden die Begriffe „Transition“ bzw. „Übergang“ (*transition*) und „Übergangsversorgung“ (*transitional care*) verwendet, die sich in der Diskussion zwischenzeitlich weitgehend durchgesetzt haben. Wenn in einzelnen Quellen der Begriff „Transfer“ für den gesamten Transitionsprozess verwendet wurde, wurde dieser Begriff beibehalten. Zum Teil war auch nicht eindeutig, ob die Transition oder der Transfer beschrieben wurde.

¹⁰⁹ Aufgrund verschiedener Definitionen und Erhebungsinstrumente werden allerdings unterschiedliche Häufigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit einem spezifischen medizinischen Versorgungsbedarf angegeben.

Selbsthilfegruppen Forschungsprojekte, politische Interessen der Betroffenen und nehmen an der Problembewältigung aktiv teil.

470. Zunehmend mehrten sich insbesondere in der angelsächsischen Literatur die Hinweise darauf, dass nicht optimal gestaltete Übergangsprozesse einen negativen Effekt auf Morbidität und Mortalität bei jungen Erwachsenen haben (Kennedy et al. 2007). Obwohl es für die Gestaltung des Übergangs qualitativ weit entwickelte Vorgehensweisen und sogar etablierte Leitlinien gibt, variiert die Qualität der international vorzufindenden Transitionsprogramme (DH/Child Health and Maternity Services Branch 2006; AAP et al. 2002). Eine Übergabe mittels eines gängigen Arztbriefes ist nicht ausreichend, da nicht nur krankheitsbezogene Aspekte, sondern auch andere Faktoren, wie die Entwicklung des Heranwachsenden, seine Lebensgeschichte und der Prozess der Abkoppelung von den Eltern in die Gesamtbeurteilung des Patienten einfließen sollten (Mönig/Sippel 2000).

471. Der besondere Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher zeigt sich in vielfältiger Art und Weise. Eine der wichtigen Herausforderungen des Jugendalters ist das Erreichen der biologischen und sexuellen Reife, die durch eine chronische Erkrankung verzögert werden kann. Sowohl Pädiater als auch Erwachsenenmediziner scheinen nach der vorliegenden Evidenz das Wachstum und die pubertäre Entwicklung im Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung nicht hinreichend zu überwachen. Dabei kann das körperliche Wachstum auch die Pharmakokinetik von Medikamenten beeinflussen (z. B. erhöhte Sensitivität gegenüber der Kortikosteroidtoxizität in der Pubertät) (McDonagh 2005). Jugendliche mit chronischen Krankheiten müssen sich mit wechselseitigen Einflüssen der Pubertät und der chronischen Krankheit, insbesondere der Teratogenität der Medikation, deren Effekte auf die Fertilität, der Problematik der Vererbung von Krankheitsanlagen sowie mit körperlichen Einschränkungen auseinandersetzen. Sie berichten mehr über altersbezogene Anliegen als gesunde Gleichaltrige (z. B. Alkohol und Drogen, Angst, Kontrazeption, Schlaflosigkeit, Größen- und Gewichtsprobleme sowie Sexualität) (McDonagh 2005). Sie sind doppelt benachteiligt, da sie ein ähnliches, wenn nicht sogar höheres Risikoverhalten als die gesunden Vergleichsgruppen zeigen und dadurch unerwünschte gesundheitliche Folgen in größerem Ausmaß haben können (Sawyer et al. 2007a). Einer älteren Studie zufolge ist Sexualität für chronisch kranke Jugendliche genauso relevant wie für gesunde Gleichaltrige, allerdings weisen sie ein erhöhtes Risiko für negative Folgen wie sexuell übertragbare Krankheiten auf (Suris et al. 1996). Dies ist vor allem bei Patienten mit immunsuppressiven Medikamenten von Bedeutung. Obwohl junge Menschen sich Informationen über sexuelle Gesundheit wünschen, erhalten sie diese nicht

immer (McDonagh 2005).¹¹⁰ Hinzu kommt eine unterschiedliche Wahrnehmung der Bedeutung dieser Thematik zwischen jugendlichen Patienten, Eltern und Leistungserbringern. Jugendliche können leichter gelotst werden, wenn sie unabhängig von ihren Eltern die Sprechstunde aufsuchen (McDonagh 2005). Darüber hinaus wird die psychische Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf sowie die Betreuung ihrer Angehörigen und Familien bemängelt; sie haben zusätzliche psychosoziale Probleme und eine erhöhte Prävalenz für Depressionen (Hergenroeder 2002).

4.2 Der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter bei ausgewählten Krankheiten

472. In der Literatur wird vor allem über die Transitionsproblematik von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Mukoviszidose – den beiden häufigsten chronischen Krankheiten in der Adoleszenz – berichtet, ferner über dialysepflichtige und rheumatologisch erkrankte Kinder und Jugendliche sowie über solche, die an endokrinen Krankheiten außer dem Diabetes mellitus leiden (Lausch/Reincke 2004). Zudem betrifft die Übergangsproblematik vor allem Patienten mit psychischen Entwicklungsstörungen (Grüters-Kieslich 2005). In der Adoleszenzphase kann bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung ein erhöhtes Risiko für ggf. irreversible Folgekomplikationen bestehen (von der Hardt et al. 1996), die andere Fachdisziplinen betreffen können (z. B. angeborene Herzfehler und Stoffwechselerkrankungen) (Busse et al. 2003). Der Rat stellt im Folgenden anhand der internationalen¹¹¹ und deutschen Publikationen die Problematik der Übergangsversorgung vom Jugend- ins Erwachsenenalter exemplarisch anhand von fünf Krankheiten dar. Diese weisen neben ihren Krankheitsspezifika auch übergreifende Aspekte auf und können somit für die Diskussion der Übergangsproblematik anderer chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter herangezogen werden.

4.2.1 Endokrinologie

473. Übergangssprechstunden vom Jugend- ins Erwachsenenalter zur Betreuung endokriner Erkrankungen existieren in Deutschland trotz des vorhandenen Bedarfs nur in geringer Zahl (siehe Exkurs). Zudem existieren wenige standardisierte Vorgehensweisen während der Übergangsphase (Lausch/Reincke 2004).

¹¹⁰ In einem Interview von 55 weiblichen Jugendlichen mit Mukoviszidose (mittleres Alter 15 Jahre) gaben 87 % an, dass sie kein Gespräch mit ihren Spezialisten bezüglich Sexualität hatten. Auch ihre Mütter haben nur wenig mit den Ärzten über diese Themen gesprochen; 96 % der Jugendlichen wünschten sich mehr Information hierzu (Nixon et al. 2003).

¹¹¹ Die Mehrzahl der Studien stammt aus angelsächsischen Ländern.

Exkurs: Umfrage bei deutschen Universitätskliniken zu Übergangssprechstunden in der Endokrinologie

Eine im November 2001 durchgeführte Befragung der pädiatrischen und internistischen endokrinologischen Abteilungen von 36 Universitätskliniken zur Situation von Übergangssprechstunden ergab, dass lediglich acht Universitätskliniken (22 %) Übergangssprechstunden eingerichtet hatten (zwei von ihnen nur diabetologische). 10 % der Kliniken sahen keinen Bedarf dafür. Als Ursachen für das Fehlen von Übergangssprechstunden wurden ein Mangel an personellen Ressourcen (58 %) und zu hohe Sachkosten (23 %) genannt, oder die Einrichtung solcher Sprechstunden wurde primär nicht in Betracht gezogen.

In den bestehenden Übergangssprechstunden wurden jährlich durchschnittlich 58 Patienten im Alter von 16 bis 21 Jahren behandelt, wobei vornehmlich Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 (82 %), Hypophysen-, Schilddrüsen- und Nebennierenerkrankungen (76 %) sowie Ullrich-Turner-Syndrom (in der Hälfte der Zentren) betreut wurden. Die Sprechstunden wurden in 94 % vom gleichen behandelnden Arzt und in 92 % von einem Fach- bzw. leitenden Arzt geführt. Die gemeinsame Sprechstunde mit einem Pädiater und einem Internisten fand je nach Patient und Erkrankung unterschiedlich häufig statt: einmalig (45 %) bis zu viermal (27 %) oder mehr als viermal (28 %). Einrichtungen mit etablierten Übergangssprechstunden zeigten eine intensivere Kooperationstendenz, arbeiteten mehr an gemeinsamen wissenschaftlichen Projekten und wurden von den Mitarbeitern der Universitätsabteilungen insgesamt positiver beurteilt als Zentren ohne diese. Nach der Etablierung von Übergangssprechstunden verbesserte sich die ärztliche Betreuung in 82 % und die Kooperation durch die Patienten in 70 % der Fälle. In der Studie wurden schwerwiegende Komplikationen infolge einer insuffizienten ärztlichen Betreuung nicht systematisch erfasst; dennoch haben 21 % der Zentren angegeben, dass diese gelegentlich bis oft vorkamen. Aus Sicht von 68 % der Ärzte wären die Komplikationen bei Vorhandensein einer Übergangssprechstunde vermeidbar.

In derselben Fragebogenaktion wurden ebenfalls die Ansichten der Patienten erfasst (34 Personen mit einer endokrinologischen Erkrankung seit dem Kindesalter und 55 Personen mit einer solchen erst im Erwachsenenalter erworben). Das durchschnittliche Eintrittsalter der Erkrankung war 6,2 bzw. 27,4 Jahre. Die im Kindesalter Erkrankten wurden im Durchschnitt 20 Jahre betreut, obwohl die Behandlung durch den Kinderarzt mit dem 18. Lebensjahr enden sollte. Die längere Betreuungsphase durch den Pädiater kann als ein Hinweis auf ein Problem beim Arztwechsel gewertet werden. Die Patienten wechselten durchschnittlich 1,8-mal den Arzt, dabei verstrichen ca. 17 Monate bei im Kindesalter Erkrankten (etwa 33 Monate bei im Erwachsenenalter Erkrankten). Es wird befürchtet, dass in dieser langen Zeitspanne irreversible Schäden sowie ein Verlust des beim Pädiater aufgebauten Vertrauens entstehen können.

Der weiterbehandelnde Arzt wurde vornehmlich durch die ursprünglich behandelnden Pädiater empfohlen. Die Patienten beurteilten die Pädiater besser als die Erwachsenenmediziner (Note 1,6 versus 2,4). 82 % der befragten Patienten hielten eine gemeinsame Sprechstunde mit Pädiater und Internist für „dringend notwendig“, 18 % erachteten es für „nicht nötig, aber hilfreich“.

Die Studienergebnisse werden als ein Hinweis auf eine Unter- und Fehlversorgung von endokrinologisch kranken (heranwachsenden) Patienten gedeutet. Es gibt lokale Ansätze zur Behebung der Übergangsproblematik, die z. T. von individuellen Engagements abhängen, doch Fachgesellschaften und Patienten fordern eine flächendeckende Etablierung von Übergangssprechstunden. Des Weiteren wurde die unzureichende Kooperation zwischen pädiatrischen und internistischen Endokrinologen bemängelt, sodass Patienten Probleme haben, geeignete Erwachsenenmediziner zu finden (Reincke/Lausch 2003).

Kinder mit endokrinologischen Erkrankungen, die jahrelang von ihren Pädiatern betreut werden, sehen sich beim Erreichen des Erwachsenenalters mit einer schwierigen Situation konfrontiert. Die Behandlung wird vom Kinderarzt als Vertrauensperson an einen fremden Arzt für Erwachsenenmedizin übertragen, der wiederum binnen kurzer Zeit einen in der Regel komplexen Fall übernehmen muss (Mönig/Sippel 2000). Ein Wechsel in die Erwachsenenmedizin muss also rechtzeitig organisiert werden, da eine Unterbrechung der Behandlung, insbesondere bei Patienten mit Substitutionstherapien oder Neoplasien, gravierende gesundheitliche Folgen haben kann. Eine Überprüfung und Anpassung der pädiatrischen Therapieformen durch den Erwachsenenmediziner ist erforderlich (z. B. das Absetzen der Wachstumshormonsubstitution), ferner wird eine psychotherapeutische Betreuung für diese Patienten empfohlen (von Werder 2005). Er-

wachsen-Endokrinologen werden zudem mit neuen Fragen der jungen Patienten konfrontiert wie z. B. Sexualität oder berufliche Orientierung (Kruse et al. 2004).

474. Bis zu 50 % der Patienten nehmen die Betreuungsangebote der Erwachsenenmediziner nicht wahr oder brechen die Therapie ab. Insbesondere Patienten mit spezifischen, besonderen Krankheitsbildern zweifeln an der Kompetenz der Endokrinologen in der Betreuung pädiatrischer Krankheitsbilder (Grüters-Kieslich 2005), da es in der Erwachsenenmedizin wenig Langzeiterfahrung und Wissenstransfer zu solchen Krankheitsbildern gibt. Dies kann daran liegen, dass diese Patienten erst in den letzten 20 Jahren eine spezifische Behandlung bekommen haben, deren Effekte jetzt sichtbar werden, die Endokrinologen also erstmals überhaupt mit Krankheitsbildern aus der „pädiatrischen Phase“ konfrontiert werden. Weiterhin

können in der pädiatrischen und Erwachsenenmedizin unterschiedliche Vorgehensweisen hinsichtlich Diagnose- und Therapiemaßnahmen bestehen, sodass die Übergabe von Patienten auch dadurch erschwert ist (Grüters-Kieslich 2005). So beklagen pädiatrische Endokrinologen immer wieder die Gefahr einer Verschlechterung der Versorgungsqualität, insbesondere wenn Patienten mit einer seltenen Erkrankung von Ärzten ohne endokrinologische Spezialisierung behandelt werden, wie z. B. beim Adrenogenitalen Syndrom (AGS)¹¹² (Mönig/Sippel 2000).

Auch die Ergebnisse einer Erhebung an pädiatrischen und Erwachsenen-Zentren für Endokrinologie in Italien zeigen, dass weniger als die Hälfte der Zentren zufriedenstellende Transfermodalitäten anbot; in den übrigen Zentren beklagten sich die Mitarbeiter über die mangelnde Kommunikation, fehlende gemeinsame Leitlinien¹¹³ und Unterschiede im Patientenmanagement. Der Transfer wurde eingeleitet, wenn die Pädiater von der Notwendigkeit überzeugt waren (47 %), administrative Gründe dies erforderten (37 %) bzw. die Patienten dies wünschten (16 %). In der Mehrzahl der Fälle wurde ein zusammengefasster Entlassungsbericht oft mit einem anschließenden Telefonat der Pädiater mit den Endokrinologen durchgeführt. Es hatten jedoch 30 % der Endokrinologen keinen Bericht an die Pädiater zurückgesandt. Zur Verbesserung der Beziehungen schlugen die Autoren gemeinsame aktualisierende Lehrgänge, Erstellung gemeinsamer Leitlinien sowie die Etablierung von Kliniken für Jugendliche vor (Volta et al. 2003).

475. Im Jahr 2002 ereigneten sich in Deutschland zwei Todesfälle bei erwachsenen Patienten, die noch in der pädiatrischen Endokrinologie betreut wurden und sich dort nicht mehr in der Sprechstunde vorgestellt hatten. Auch wenn die Todesfälle keinen kausalen Zusammenhang zur

Nicht-Inanspruchnahme der pädiatrischen Behandlung hatten, so wurde dies zum Anlass genommen, eine Übergangssprechstunde einzurichten (Grüters-Kieslich 2005).¹¹⁴

476. Um Hindernisse abzubauen, wird das Modell eines generationenübergreifenden Stoffwechselzentrums zur kontinuierlichen Behandlung der Patienten empfohlen, wobei nicht das Lebensalter eines Patienten, sondern dessen Erkrankung entscheidend ist (Brenton 2000). Es wird ein kontinuierlicher Aufbau neuer Strukturen sowie ein strukturiertes Trainingsprogramm zwecks eines Wissenstransfers von der Pädiatrie in die Innere Medizin verlangt, wie z. B. das EU-geförderte TEAM-Projekt (Transfer of Expertise on rare Metabolic diseases) in Utrecht. Darüber hinaus wird die Beurteilung der Ergebnisqualität gefordert (Schwarz/Wendel 2005). Für einige Krankheiten wird eine multidisziplinäre Betreuung verlangt, wie dies beispielsweise in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) der Fall ist. Dort wird die endokrinologische Diagnostik, Therapie und Überwachung anhand von Leitlinien durchgeführt und das Prozedere in drei- bis viermonatigen Abständen interdisziplinär besprochen. Allerdings wird die Betreuung in SPZ in der Regel nur bis zum 18. Lebensjahr finanziert. Noch fehlen Versorgungsmodelle für derartige Angebote in der Erwachsenenmedizin (z. B. im Rahmen von integrierter Versorgung) (Grüters-Kieslich 2005).

Diabetes mellitus

477. Der Diabetes mellitus ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindesalter, wobei über 90 % der Erkrankten einen Typ-1-Diabetes aufweisen (Danne/Heinze 2006). Weltweit wird eine steigende Inzidenzrate (3 %) des Diabetes beobachtet.¹¹⁵ Auch in Deutschland nimmt der Typ-1-Diabetes im Kindes- und Jugendalter zu (Janke 2006; Kamtsiuris et al. 2007). Die jährliche Inzidenzsteigerung beträgt 3 bis 5 % (Danne/Heinze 2006), die Prävalenz liegt der KiGGS-Studie zufolge knapp über 0,1 % für die Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland (Kamtsiuris et al. 2007). Für den Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird ebenfalls

¹¹² Das AGS ist eine autosomal-rezessiv vererbte Stoffwechselerkrankung mit einer Prävalenz von 1:10 000 bis 1:15 000, bei der es zu Störungen der Steroidbiosynthese (Aldosteron und Kortisol) in der Nebennierenrinde kommt. Die Symptome sind je nach Verlaufsform und Geschlecht variabel, so tritt bei Mädchen z. B. eine Vermännlichung (Virilisierung) mit intersexuellem äußerem Genital bei Geburt auf. Beim Jungen kommt es aufgrund einer Überproduktion von Androgenen zur Vermännlichung bzw. vorzeitiger Geschlechtsentwicklung (Pseudopubertas praecox). Das AGS-Syndrom kann ferner zu Störungen im Salzhaushalt mit Flüssigkeitsverlust führen, wenn ein Aldosteronmangel vorliegt. Im Gegensatz zu Frauen tritt der adrenale Hyperandrogenismus bei erwachsenen Männern klinisch nicht offensichtlich in Erscheinung, sodass sie oft nicht zu Nachfolgeuntersuchungen kommen. Eine regelmäßige Kontrolle ist nicht zuletzt aufgrund des Vorkommens von testikulären adrenalen Resttumoren (TART), die mit einer erhöhten Infertilität einhergehen, besonders wichtig (Knappe et al. 2008). Bei rechtzeitigem postnataler und lebenslanger Therapie mit Hormonsubstitution ist die Prognose gut (ggf. sind operative Korrekturen des Genitals erforderlich). Dieses Beispiel verdeutlicht die Bedeutung einer umfassenden Informationsübergabe an die weiterbehandelnden Endokrinologen/endokrinologisch erfahrenen Internisten, die die bisherige Therapie neu bewerten und ggf. umstellen müssen.

¹¹³ Zwischen Kinder- und Erwachsenenzentren werden Differenzen beispielsweise hinsichtlich der Fortführung der Therapie mit Wachstumshormonen im Erwachsenenalter und ihrer Dosierung festgestellt. Die Mehrheit der pädiatrischen Zentren und 40 % der Erwachsenenzentren setzten höhere Dosierungen ein, als dies im Allgemeinen für die Erwachsenen empfohlen wird.

¹¹⁴ Die Übergangssprechstunde wurde für Patienten ab dem 16. Lebensjahr zunächst halbtags einmal im Monat angeboten. In der Übergangszeit wurden die Patienten vom Kinderarzt, dem zukünftig behandelnden Internisten sowie vom nichtärztlichen Personal gemeinsam betreut. Zur Bewahrung der Kontinuität war das pädiatrische nicht-ärztliche Personal auch nach Übernahme in die Erwachsenenmedizin in die Behandlung eingebunden. Im ersten Jahr haben 56 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 21,4 Jahren die Übergangssprechstunde in Anspruch genommen. 32 Patienten (71 %) waren an einem Übernahmetermin in der Inneren Medizin interessiert. Neun Patienten (19,6 %) wollten einen weiteren Termin in der Pädiatrie mit dem Internisten. Bei fünf Personen (10,8 %) war eine Überleitung zur damaligen Zeit aufgrund schwerer mentaler und psychomotorischer Behinderung nicht möglich.

¹¹⁵ Im Jahre 2007 wurde die Anzahl der Menschen mit Diabetes weltweit auf 246 Millionen geschätzt (in Deutschland: 7,4 Millionen). Bis zum Jahr 2025 werden voraussichtlich 380 Millionen Menschen vom Diabetes betroffen sein (in Deutschland: 8,1 Millionen). Für das Jahr 2007 wurden die Kosten für die Behandlung einschließlich der Komplikationen und Prävention von Diabetes weltweit auf 232 Milliarden US Dollar geschätzt. Bis zum Jahr 2025 werden die Ausgaben voraussichtlich bei über 302,5 Milliarden US Dollar liegen (IDF 2007).

eine Zunahme verzeichnet (Reinehr 2007; Wolfenstetter 2006), wobei die Prävalenz bei adipösen Kindern und Jugendlichen bei ca. 1 % liegt (Wolfenstetter 2006).

Durch neue Behandlungsverfahren sind Morbidität und Mortalität zurückgegangen, sodass diese Kinder in der Regel das Erwachsenenalter erreichen. Es gibt keinen systematischen Transfer von Adoleszenten mit Diabetes mellitus Typ 1 vom Pädiater zum Erwachsenenendokrinologen (Busse et al. 2003). Die Phase des jungen Erwachsenen fällt sowohl aus dem Primärfokus der Kinder- als auch der Erwachsenenmedizin heraus (Anderson/Wolpert 2004).

478. Junge Erwachsene verlassen oft ihr vertrautes medizinisches Umfeld, wenn sie die Schule oder das Elternhaus verlassen. So weisen Jugendliche mit Typ-1-Diabetes gegen Ende der Pubertät eine deutliche Stoffwechselverschlechterung auf. Nach Ende der pädiatrischen Versorgung suchen bis zu 10 % der Patienten keine weitere ambulante Versorgung auf (Kiess 2005). Die Abnahme der Behandlungsraten nach dem Transfer wurde auch in anderen Studien bestätigt, so z. B. in einer telefonischen Befragung von 101 Patienten, die von 1995 bis 2003 in einer deutschen Klinik von der Pädiatrie in die Erwachsenenversorgung transferiert wurden. Die Rate der Arztbesuche nahm nach dem Transfer signifikant ab (8,5-mal/Jahr im letzten Jahr vor dem Transfer versus 6,7-mal/Jahr nach dem Transfer). 52,5 % haben ihre Ärzte nach dem Transfer mindestens einmal (durchschnittlich 1,47-mal) gewechselt. 30 Patienten (29,7 %) wechselten einmal, 22 Patienten (21,8 %) zwei bis fünfmal und ein Patient wechselte die Ärzte siebenmal. Als Begründung wurden mehr private als medizinische Argumente angegeben. Für ein Drittel war die Wohnortnähe entscheidend, ein Viertel hatte Empfehlungen von Familien oder Freunden erhalten und sieben Prozent gaben Unzufriedenheit als Ursache an. Über die Hälfte fand den Transfer zur Erwachsenenmedizin problematisch, abrupt und nicht individuell gestaltet. Ferner wurden die Informationen und Empfehlungen zum Auffinden eines neuen Arztes bemängelt. Über die Hälfte (58,4 %) der Patienten würde den Transfer mit dem 18. Lebensjahr vorziehen, ein Viertel wünschte sich den Transfer vor dem 18. Lebensjahr und nur 14,9 % danach (Busse et al. 2007). Die Klinik hat den Transfer durch die Einrichtung von gemeinsamen Sprechstunden von Pädiatern und Internisten sowie dem Einsatz elektronischer Patientenakten vereinfacht (Niemann 2006).

Eine retrospektive Untersuchung aus Dänemark bei Typ-1-Diabetikern unter 25 Jahren in einer Erwachsenenambulanz bestätigte ebenfalls, dass die Rate der versäumten Arztbesuche hoch war, darüber hinaus hohe HbA_{1c}-Werte vorlagen und es signifikante Probleme mit der Selbstversorgung gab (Hobolth/Nørgaard 2005).

Auch ein Vergleich von vier Regionen in England mit unterschiedlichen Transfermethoden zeigt, dass die Betreuungsrate nach dem Transfer abgenommen hat (94 % zwei Jahre vor dem Transfer versus 57 % zwei Jahre nach dem Transfer). Die Rate der behandelten Patienten variiert zwei Jahre nach dem Arztwechsel zwischen 29 % und 71 % und ist höher in Regionen, wo junge Patienten die

Gelegenheit hatten, den Erwachsenenendokrinologen vor dem Transfer kennenzulernen (Kipps et al. 2002).

479. Bei adäquater Unterstützung der Patienten in der Erwachsenenmedizin durch ein entsprechendes Transitionsprogramm (es wurden 190 Typ-1-Diabetiker im Alter von 15-25 Jahren in eine australische Studie einbezogen) werden Arztbesuche aufrechterhalten, die Diabeteskontrolle verbessert (HbA_{1c} von 9,8 % auf 8,8 %), stationäre Einweisungsraten wegen diabetischer Ketoazidose um ein Drittel reduziert und die Aufenthaltsdauer bei einer Wiederaufnahme über 3,5 Jahre um 3,6 Tage vermindert. Die Kostenersparnisse durch geringere Einweisungen haben die Kosten der Transitionsprogramme kompensiert (Holmes-Walker et al. 2007).

480. In der Übergangsphase von jungen Menschen mit Diabetes in die Erwachsenenmedizin ändern sich parallel viele Facetten des Lebens. Dabei wird es als besonders wichtig erachtet, die individuellen Bedürfnisse der Jugendlichen mit Diabetes zu erkennen sowie den formal festgelegten Transferzeitpunkt im Alter von 18 Jahren an die jeweilige Entwicklung des Patienten anzupassen (Kollipara/Kaufman 2008). Der Jugendliche sollte etwa ein Jahr vor dem voraussichtlichen Übergangstermin auf den Transfer angesprochen und durch Interventionsmaßnahmen (z. B. Schulungen, Förderung der Verantwortungsübernahme) unterstützt werden. Der Übergang wird zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr bei einem stabilen Gesundheitszustand empfohlen, wobei der Patient und seine Eltern den neuen Arzt und das Personal in einem Vorbesuch kennenlernen sollten. Alternativ wird eine gemeinsame Sprechstunde mit dem Pädiater und dem weiter betreuenden Arzt vorgeschlagen (Busse et al. 2003).

4.2.2 Mukoviszidose

481. Mukoviszidose (bzw. Zystische Fibrose, CF) ist die häufigste schwerwiegende (und tödlich verlaufende) erbliche Stoffwechselerkrankung bei der weißen Bevölkerung Europas und Nordamerikas (Hauber et al. 2001; Wagner 2007).¹¹⁶ Die Inzidenz der autosomal-rezessiven

¹¹⁶ Ursache der Krankheit ist ein defektes Gen auf dem Chromosom 7, wodurch es zur Fehlfunktion eines Chloridionenkanals kommt (Boucher 2003) und eine Vielzahl von Symptomen, insbesondere am Respirations- und Gastrointestinaltrakt ausgelöst wird (Stuhrmann et al. 1999). Kennzeichnend für die Krankheit ist die Bildung besonders zäher Sekrete, die wiederholt zu Lungenentzündungen führen. Betroffene müssen zeitlebens intensiv behandelt werden. Wegen der hohen Anzahl an möglichen Mutationen ist die DNS-Analyse kein Bestandteil einer Primärdiagnose. Neben klinischen Kriterien ist die Messung der Cl-Konzentration im Schweiß ausschlaggebend für die Diagnose. Eine Abweichung vom Normalwert der Na⁺- und Cl-Konzentration unterscheidet Mukoviszidose-Patienten von Patienten mit anderen Lungenkrankheiten (Boucher 2003). Die klinischen Symptome von Mukoviszidose, die ärztliche Inanspruchnahme zur Folge haben, sind respiratorische Symptome, Malnutrition, Steatorrhoe oder ein Mekoniumileus. Obwohl die Diagnose meist im Laufe der ersten zwei Lebensjahre gestellt wird, gibt es einige wenige Fälle (ca. 3 %), bei denen Mukoviszidose erst im späteren Jugend- bzw. Erwachsenenalter festgestellt wird. Die spät manifestierende Mukoviszidose hat häufig einen milden Verlauf, kann aber auch in höherem Alter in einen schwereren Verlauf übergehen (Stuhrmann et al. 1999; Hauber et al. 2001).

Krankheit wird mit 1:2 000 bis zu 1:3 000 Neugeborenen angegeben.¹¹⁷ Von den ca. 800 000 Geburten pro Jahr in Deutschland sind 300–400 Neugeborene an Mukoviszidose erkrankt (Hauber et al. 2001) (s. Unterkapitel 3.5). Jeder 25. Erwachsene ist asymptomatischer Träger des defekten Gens, wobei die Häufigkeit je nach Bevölkerung zwischen 1:20 und 1:40 schwankt (Scotet et al. 2000). Bei 70 % der Patienten wird die Mukoviszidose innerhalb der ersten zwei Lebensjahre diagnostiziert, bei den meisten Patienten aufgrund der gastrointestinalen Symptomatik.

Die Lebenserwartung von Mukoviszidose-Patienten steigt seit einigen Jahrzehnten aufgrund früher Diagnostik sowie früherer und besserer Therapiemöglichkeiten deutlich an.¹¹⁸ Vor 50 Jahren sind 80 % der Kinder mit Mukoviszidose im ersten Lebensjahr verstorben, im Jahr 2000 betrug ihre durchschnittliche Lebenserwartung 30 Jahre, in Deutschland sogar 40 Jahre. In einer Untersuchung aus den USA wurde beispielsweise ein Rückgang in der Mortalität bei Zwei- bis Fünfzehnjährigen von 61 % zwischen 1985 und 1999 ermittelt (Goss/Rosenfeld 2004). Über die Hälfte der Mukoviszidose-Kinder hat mittlerweile das Erwachsenenalter erreicht, und es ist mit einem weiteren Anstieg des Anteils erwachsener Mukoviszidose-Patienten zu rechnen. Dennoch werden zwei Drittel dieser Patienten in Kinderkliniken versorgt. Bis in die 1990er Jahre fiel die Erkrankung hauptsächlich in den Betreuungsbereich der Pädiater (Wagner 2007).

482. Das primäre Ziel einer Therapie im Kindesalter ist, das Erwachsenenalter mit möglichst geringen Organschäden zu erreichen. Diejenigen Patienten, die nicht von Spezialisten betreut werden, weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf (Lenzen-Schulte 2008). Daher wird auf die Notwendigkeit der Ausbildung von mehr Allgemeinärzten und Internisten zur Betreuung der Mukoviszidose mit ihren speziellen Problemen im Erwachsenenalter hingewiesen. Therapiestrategien müssen für ältere Mukoviszidose-Patienten festgelegt werden. Daher gibt es in der Zwischenzeit Erwachsenenambulanzen, in denen auch Probleme Erwachsener angesprochen werden (z. B. Partnerschaft und Sexualität, Berufstätigkeit mit

Mukoviszidose oder der Wunsch nach eigenen Kindern). Die ersten Erwachsenenambulanzen in Deutschland sind Ende der 1980er Jahre entstanden (Lungenklinik Coswig bei Dresden und Medizinische Hochschule Hannover). Die Morbidität und Mortalität (ca. 90 % der Patienten sterben schließlich an ihrer Lungenerkrankung) sind trotz aller Verbesserungen in der Versorgung dieser erwachsenen Patienten hoch, sodass eine Betreuung in spezialisierten Einrichtungen notwendig wird (Wagner 2007). Die Behandlung erfordert einen personell und zeitlich hohen Aufwand (Hirche et al. 2003).

483. In Deutschland wurden Kriterien zur personellen und apparativen Ausstattung von Spezialambulanzen festgelegt, wonach im Jahre 2003 mehr als 75 Mukoviszidose-Ambulanzen zertifiziert wurden. Auf europäischer Ebene wurden Versorgungsstandards zu folgenden Aspekten entwickelt:

- Mindestzahl von Patienten im Mukoviszidose-Zentrum (50) und Satelliten-Ambulanzen (20) sowie gleiches Behandlungsprogramm zwischen den Zentren und den wohnortnahen Ambulanzen,
- personelle Ausstattung (Planstellen zur Versorgung von 50 Mukoviszidose-Patienten im Mukoviszidose-Team, u. a. spezialisierte Mukoviszidose-Pflegekräfte),
- möglichst monatliche, ansonsten dreimonatige ambulante Routinebetreuung; ausführliche Jahresuntersuchung,
- stationäre Betreuungsmöglichkeiten,
- Übergang von der Kinderklinik in die Erwachsenenmedizin: strukturiertes Vorgehen beim Übergang in die Erwachsenenmedizin im Alter von 16 bis 18 Jahren mit einem ähnlichen Behandlungsprogramm für sowohl Kinder- als auch Erwachsenenkliniken,
- Umsetzung dieser Empfehlungen durch möglichst viele Länder und internationaler Vergleich der Versorgung (Kerem et al. 2005).

484. Eine schwierige Transition kann sich negativ auf das emotionale und körperliche Wohlbefinden der Patienten mit Mukoviszidose auswirken und unangemessenen Stress verursachen, der sich wiederum auf den Gesundheitsstatus der Patienten auswirken kann. Menschen, die unglücklich mit ihrer Behandlung sind, laufen zudem Gefahr, keine regelmäßige medizinische Versorgung aufzusuchen und die Therapie nicht zu befolgen (Brumfield/Lansbury 2004). Einer US-amerikanischen Studie zufolge gaben Klinikmitarbeiter von Mukoviszidose-Zentren den Widerstand der Patienten/Familien (45 %), die Erkrankungsschwere (34 %) und die Entwicklungsverzögerung (31,3 %) als hinderliche Faktoren für eine erfolgreiche Transition an. Allerdings hatten Patienten weniger Bedenken gegenüber einer Transition, als es Mitarbeiter vermuteten. Meinungsdivergenzen können wiederum eine erfolgreiche Transition erschweren (Flume et al. 2004).

485. Es wird auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Überweisung der Patienten in die Mukoviszidose-Zentren

¹¹⁷ Bei Menschen afroamerikanischer Abstammung liegt die Inzidenz bei Neugeborenen bei etwa 1:17 000 und bei der asiatischen Bevölkerung sogar nur bei 1:90 000 (Boucher 2003). In Europa wird die Zahl der Mukoviszidose-Patienten auf 12 000 geschätzt, wobei die Anzahl der nicht-diagnostizierten Fälle dabei nicht berücksichtigt ist.

¹¹⁸ Die Therapie unterteilt sich in folgende Hauptgruppen: Kalorienreiche Ernährung, Physiotherapie und Sport (v. a. Atemtherapie, Muskeltraining), medikamentöse Therapie, inhalative Therapie, orale Therapie (u. a. mit Antibiotika, Sekretolytika, Antiobstruktiva, mit Pankreasenzymen und Vitaminen), intravenöse Therapie (mit z. B. Pseudomonas aeruginosa (PSA)-wirksamen Antibiotika bei Pseudomonas-Besiedlung (Ballmann/Sloman 1998). Bei den Arzneimitteln muss sichergestellt sein, dass die mukoviszidose-kranken Menschen die notwendige physikalische Behandlung ohne Unterbrechung erhalten und dass sie auch die benötigten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel (z. B. Vitaminpräparate) von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bezahlt bekommen. Dies muss auch für die Betroffenen im Alter von über 12 Jahren sichergestellt sein, für die normalerweise nicht-verschreibungspflichtige Mittel im Rahmen der GKV nicht mehr verordnet werden dürfen.

hingewiesen (Jaffé/Bush 2001). Eine Umfrage bei Mitgliedern der International Association of Cystic Fibrosis Adults (IACFA) zeigte, dass die Mehrheit der Patienten in Mukoviszidose-Zentren behandelt wurde. Fast ein Viertel dieser im Durchschnitt 30 Jahre alten Patienten wurde weiterhin durch einen Pädiater behandelt, obwohl ein in Mukoviszidose geschulter Internist vorhanden war. Patienten hatten geringere Bedenken, als Ärzte annahmen, doch nicht die Bedenken der Patienten, sondern das Fehlen von etablierten Erwachsenenprogrammen wurden als hinderlich für eine Transition gesehen (Anderson et al. 2002). Wenn ein Behandlungsteam die Idee einer Transition nicht vollständig unterstützt, zweifeln Patienten und ihre Familien an deren Nutzen. Der Pädiater sollte daher das betreuende Team von der Notwendigkeit einer Transition überzeugen (Conway 2004).

486. Die Mukoviszidose-Zentren sind vornehmlich in Kinderkliniken angesiedelt, doch es zeichnet sich der Trend ab, junge Erwachsene in eigenen Zentren zu behandeln.¹¹⁹ Durch eine Verzahnung der Kinder- und Erwachsenenambulanz mit einem kontinuierlichen fachlichen Austausch, gemeinsamen Fallbesprechungen und Konferenzen können Kinder und Erwachsene ambulant, stationär und tagesklinisch betreut werden, wie dies beispielsweise in der Universitätsklinik Heidelberg erfolgt (Müller 2003). Niedergelassene Mediziner und Ärzte aus spezialisierten Zentren können durch eine wohnortnahe Betreuung sowie eine kontinuierliche Kooperation und Netzwerkbildung die Versorgung der Mukoviszidose-Patienten verbessern.

487. Das Modell einer multidisziplinären Teamversorgung von Mukoviszidose-Patienten hat sich bewährt und sollte in das Behandlungsschema auch von erwachsenen Mukoviszidose-Patienten einfließen. Erwachsene weisen im Allgemeinen eine schwerere Pulmonalerkrankung, eine höhere Prävalenz von Diabetes mellitus und komplexere psychosoziale Probleme auf. Darüber hinaus wird der Forschungsbedarf zu Transitionsmodellen sowie eine fortlaufende Evaluation betont, um die besten Ansätze in spezifischen Settings für spezifische Patienten zu identifizieren (Yankaskas et al. 2004). Eine der wenigen Evaluationen liegt aus Australien vor, bei der zwei Gruppen von Jugendlichen mit Mukoviszidose und ihre Eltern befragt wurden – eine Gruppe vor der Transition in die Erwachsenenversorgung und eine nach erfolgter Transition (über eine Periode von sechs Jahren). Neben Messungen der Krankheitsschwere (Lungenfunktionstests und Body-mass-Index) wurden die Zufriedenheit mit der Transition, Bedenken hinsichtlich der Erwachsenenversorgung, die Lebensqualität in Bezug auf die Gesundheit sowie die Teilnahme an acht Ablaufschritten des Übergangsprozesses untersucht. Die meisten Befragten waren zufrieden mit dem Transitionsprogramm (55 % beurteilten dieses als gut bis exzellent, 28 % als mittelmäßig und 17 % als

schlecht bis sehr schlecht). Patienten und Eltern, die einen größeren Teil der Maßnahmen des Programms in Anspruch genommen hatten, beurteilten die Transition positiver. Es gab keine Korrelation zwischen der Menge der wahrgenommenen Einzelschritte des Programms und der Krankheitsschwere bzw. der Lebensqualität (Craig et al. 2007).

4.2.3 Patienten mit angeborenen Herzfehlern

488. Angeborene Herzfehler sind mit 7 bis 10/1 000 Neugeborenen die häufigsten angeborenen Erkrankungen (in Deutschland ca. 6 000 bis 6 500 betroffene Neugeborene pro Jahr). Unbehandelt sterben 20 bis 25 % der Kinder im Säuglingsalter, 50 bis 60 % innerhalb des ersten Lebensjahres und nur 10 bis 15 % schaffen es ohne ärztliche Behandlung bis in das Adoleszentenalter (Kaemmerer 2005). Mittlerweile erreichen 85 bis 90 % der Kinder mit schweren angeborenen Herzerkrankungen das Erwachsenenalter bei verbesserter Diagnostik und Senkung der herzchirurgischen Mortalitätsraten, sodass zukünftig mehr Patienten mit angeborenen Herzfehlern in der Erwachsenenmedizin wegen spezifischer Spätkomplikationen, Reinterventionen und Reoperationen weiterbehandelt werden müssen (Bauersfeld 2006). Diese jungen Erwachsenen haben ein hohes Risiko für eine Herzinsuffizienz. 26 % der Patienten, die sich einer notwendigen Folgeoperation unterziehen müssen, sterben, und 22 % erliegen einem plötzlichen Herztod. Es fehlt bislang an Studien über eine optimale Betreuung dieser Patienten. Zudem gibt es vonseiten der Patienten Gesprächsbedarf zu Fragestellungen wie Berufswahl und Kinderwunsch (Canobbio 2001).

489. Die Zahl der (teil-)korrigierten oder palliativ behandelten Patienten ist nicht bekannt und beruht lediglich auf Schätzungen. Mit der systematischen Erfassung im Nationalen Register für angeborene Herzfehler wird zukünftig eine bessere Datenlage erwartet (Schmaltz et al. 2008). 120 000 der 230 000 betroffenen Patienten in Deutschland haben bereits das Erwachsenenalter erreicht; diese Zahl wächst jährlich um 5 000 Patienten. Kinderkardiologen können die Patienten nicht dauerhaft betreuen, da sie die typischen Veränderungen des alternden Herzens unzureichend kennen (Lenzen-Schulte 2008). Erwachsenen-Kardiologen sind wiederum mit den Problemen pädiatrischer Krankheitsbilder nicht hinreichend vertraut, weil sie bislang wenig damit konfrontiert wurden. Nach Ende der kinder-kardiologischen Betreuung gehen viele Patienten kaum oder verspätet zum Arzt. Da es an Transitionsprogrammen fehlt, entgleiten viele Jugendliche sowohl der medizinischen Versorgung als auch der elterlichen Betreuung (Oechslin/ Hoffman 2001).

490. Junge Erwachsene mit angeborenen Herzerkrankungen erhalten oft keine adäquate medizinische Versorgung. Die Gründe hierfür liegen erstens darin, dass die meisten Erwachsenen mit angeborenen Herzerkrankungen (EMAH) nicht durch Spezialisten weiter betreut werden, sondern eine Regelversorgung oder gar keinen Arzt aufsuchen. Zweitens werden Patienten und ihre Eltern hinsichtlich ihrer Erkrankung nicht geschult und drittens

¹¹⁹ Laut einer älteren Studie haben 65 % von 40 Mukoviszidose-Patienten einer US-amerikanischen Universitätsklinik bei einer Befragung angegeben, dass sie ein Erwachsenenprogramm vorziehen (Nasr et al. 1992).

werden Erwachsenenmediziner nicht über die Komplexität der Gesundheitsstörung bei Erwachsenen mit angeborenen Herzerkrankungen fortgebildet. Eine Kombination dieser Umstände kann fatale Folgen, vor allem im Falle von Komplikationen bei angeborenen Herzerkrankungen haben (Dearani et al. 2007). Bei einem Patienten mit kompensierter, aber komplexer angeborener Herzerkrankung können kleine Behandlungsfehler oder die Unterlassung einer Maßnahme zu einer schweren Komplikation oder zumindest zur einer deutlichen Verschlechterung der Symptome mit negativem Einfluss auf die Prognose führen (Somerville 1997). Eine ältere britische Studie hat Daten von 4 500 EMAH-Patienten analysiert. Die in der Kohorte beobachteten Sterbefälle wurden daraufhin untersucht, ob sie unvermeidbar oder vermeidbar¹²⁰ waren. Die detaillierte Untersuchung von 341 Todesfällen durch zwei unabhängige Beobachter hat ergeben, dass 21 % dieser Todesfälle vermeidbar gewesen wären (72 % unvermeidbar, 7 % unsicher) (Somerville 1995).

491. Nicht alle Erwachsenen mit angeborenen Herzerkrankungen brauchen den gleichen Grad an Expertise und nicht jedes regionale Herzzentrum benötigt eine voll spezialisierte Abteilung für EMAH. Im Sinne eines Stufenkonzeptes müssen in erster Linie die Patienten mit komplexen Störungen in Zentren konzentriert werden, damit ein optimales Management gewährleistet wird. Einem Bericht der britischen Herzgesellschaft zufolge haben 20-25 % der EMAH-Patienten hochkomplexe und seltene Erkrankungen und bedürfen einer lebenslangen Expertenüberwachung und/oder Intervention. Weitere 35 bis 40 % benötigen lediglich den optionalen Zugang zu einer Expertenkonsultation. Die übrigen 40 % haben hingegen einfache oder geheilte Erkrankungen und brauchen keine oder nur selten eine Spezialistenexpertise (British Cardiac Society 2002). Dennoch wird eine Unterstützung der Jugendlichen mit angeborenen Herzfehlern während der Übergangsphase für erforderlich gesehen (Hudsmith/Thorne 2007), denn viele Patienten mit angeborenen Herzfehlern erreichen das Erwachsenenalter, ohne dass sie ausreichende Kenntnisse über ihren Gesundheitszustand haben (Dore et al. 2002).

492. In Kanada haben alle 15 spezialisierten Zentren für erwachsene angeborene Herzerkrankungen das Canadian Adult Congenital Heart (CACH)-Netzwerk gegründet. Das CACH-Zentrum gewährleistet ein klares Vorgehen für den Transfer zwischen pädiatrischer und Erwachsenenkardiologie. Gegenwärtige Leitlinien empfehlen für über die Hälfte der erwachsenen Patienten mit angeborener Herzerkrankung, dass sie alle 12 bis 24 Monate von einem Kardiologen mit spezifischer Erfahrung in Bezug auf angeborene Herzkrankheiten an einem dieser Zentren betreut werden, da sie ein Risiko für ernsthafte Komplikationen und vorzeitige Mortalität aufweisen (Reid et al. 2004).

¹²⁰ Wenn gemäß den 1990er Standards ein Fehler bei der Diagnose oder der Therapie gemacht wurde, wenn eine Überweisung zur Spezialistenversorgung zu spät oder gar nicht erfolgte und im Ergebnis ein vorzeitiger Tod des Patienten eintrat.

493. In der Schweiz ist die Versorgung von EMAH auf der Basis eines Drei-Stufen-Modells organisiert:

- Grundversorgung mit Allgemeinmedizinern, Internisten und Kardiologen,
- Kardiologen mit spezieller Expertise, die regionale Ambulanzen organisieren,
- überregionale Kompetenzzentren mit Kardiologen, die für angeborene Herzerkrankungen bei Kindern und Erwachsenen ausgebildet sind und Erfahrung mit den speziellen Bedürfnissen, Problemen und Management dieser Versorgungsgruppe haben (Oechslin/Hoffmann 2001).

494. Auch in Deutschland wird die Problematik der Übergangsvorsorgung bei EMAH diskutiert. Im Jahre 2004 hat eine interdisziplinäre Task Force Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern erarbeitet (Kaemmerer/Breithardt 2006). Erwachsenen- und Kinderkardiologen sollen zukünftig eine Zusatzqualifikation zur Behandlung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern erwerben können (Hess et al. 2007). Darüber hinaus hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Kinderkardiologen, Kardiologen sowie Herzchirurgen aus Kliniken und niedergelassenen Spezialisten gemeinsam mit dem Kompetenznetz „Angeborene Herzfehler“, Arbeitsgemeinschaften und Bundesverbänden sowie der Deutschen Herzstiftung Empfehlungen für adäquate Versorgungsstrukturen von EMAH veröffentlicht. Die Leitlinien wurden in Anlehnung an die Leitlinien der Fachgesellschaften aus Österreich, Schweiz, Kanada und den USA erstellt (Schmaltz et al. 2008). Außerdem werden Empfehlungen für Hausärzte hinsichtlich der Versorgung und Überweisung dieser Patienten ausgearbeitet. Das Kompetenznetz „Angeborene Herzfehler“ soll Studien zur Thematik initiieren (ÄZ 2008).

Im Mai 2008 wurde am Universitätsklinikum Münster ein EMAH-Zentrum analog den Herzzentren in Berlin und München eröffnet (emah.klinikum.uni-muenster.de). Es wird von der Fördergemeinschaft „Zentrum für angeborene Herzfehler Universitätsklinikum Münster e. V.“ unterstützt und ist bundesweit das erste Zentrum, das sich ausschließlich auf diese Patientengruppe spezialisiert hat. Die neue Einrichtung verfügt über ein kardiologisches Zentrum mit ambulanter und stationärer Betreuung sowie ein herzchirurgisches Zentrum. Darüber hinaus wird die psychosoziale Betreuung der Patienten gewährleistet, da aufgrund von Operationen im frühkindlichen Alter und längeren stationären Aufenthalten lang anhaltende Ängste und Traumatisierungen bei den Patienten entstehen können. Neben Forschung und medizinischer Versorgung bietet das Zentrum eine Weiterbildung für Kardiologen auch anderer Bundesländer zur Behandlung von EMAH-Patienten an (EMAH-Zentrum 2008).

495. Um eine ununterbrochene Versorgung zu erzielen, wird empfohlen, die Transition bereits im Kindesalter anzusprechen und den Prozess nach der Pubertät einzuleiten. Dabei wird eine Nachbetreuung insbesondere der komplexen angeborenen Herzfehler in spezifischen Zen-

tren als unerlässlich gesehen. Neben somatischen Aspekten sind auch Fragen der Lebensqualität und -bewältigung durch die Unterstützung eines interdisziplinären Teams zu behandeln, wobei die Unterstützung der Patienten in ihren Entscheidungsfindungen und Eigenverantwortlichkeiten und die Einbeziehung der Eltern gefordert werden (Bauersfeld 2006).

Die Organisation einer effektiven und effizienten Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzerkrankungen erfordert ein flächendeckendes Netzwerk aus Erwachsenenkardiologen für Routinekontrollen der stabilen Patienten sowie wenige spezialisierte Zentren zur Behandlung komplexer instabiler Fälle. Das Problem ist noch ungelöst und umfasst nicht nur kulturelle, medizinische und technische, sondern auch politische und ökonomische Fragen (Borghi et al. 2007).

4.2.4 Terminale Niereninsuffizienz

496. In Deutschland leben etwa 1 000 Kinder und Jugendliche mit Nierenersatztherapie, die meisten mit einem funktionierenden Transplantat, der effektivsten Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz (Mehrabi et al. 2004). Jährlich erreichen 80 bis 100 dieser Jugendlichen das 18. Lebensjahr und werden in die Erwachsenenmedizin transferiert. Weltweit besteht während dieser Übergangsphase von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung ein hohes Risiko für einen Transplantatverlust (ca. 20 %), wobei als Ursache häufig ein unvorbereiteter und abrupter Übergang zwischen pädiatrischer und Erwachsenenmedizin angegeben wird (Offner/Ehrich 2006).

497. Im Jahre 2001 waren im deutschen Register QuaSi-Niere 320 Patienten im Alter von 15 bis 18 Jahren registriert (240 nierentransplantiert, 70 mit chronischer Hämodialyse- und 10 mit Peritonealdialysebehandlung).¹²¹ Mehr als 90 % von ihnen wurden noch in der Pädiatrie betreut, und es stand ihnen ein Wechsel in die Erwachsenenmedizin bevor. Jugendliche mit chronischer Niereninsuffizienz haben aufgrund ihrer Erkrankung erhebliche körperliche und seelische Entwicklungsdefizite, sodass der Wechsel des Behandlungsteams mit den verspätet auftretenden Stoffwechselveränderungen in der Pubertät und psychosozialen Reifungsvorgängen des Adoleszenten zusammenfällt und somit das Risiko des Transplantatverlustes erhöht ist (Offner/Enke 2005). Auch machen nicht selten gerade in dieser Phase physiologische Veränderungen eine neue Medikamenteneinstellung¹²² erforderlich (Offner/Ehrich 2006).

¹²¹ Stand 2006: 400 Patienten zwischen 15 und 18 Jahren mit Nierenersatztherapie (326 nierentransplantiert, 49 hämodialysiert und 25 peritonealdialysiert). Die Prävalenz verändert sich durch Todesfälle (im Jahr 2006: sechs Kinder und sieben Jugendliche) und durch den Wechsel von Jugendlichen in die Erwachsenenbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres (110 im Jahr 2006) (Frei/Schober-Halstenberg 2008).

¹²² Es bestehen Interaktionen zwischen immunsuppressiven Medikamenten und Geschlechtshormonen (beispielsweise für Cyclosporin-A, ein wichtiges immunsuppressives Medikament).

498. Mit dem Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenmedizin ändern sich die Betreuungsformen. Die pädiatrische Nierenambulanz übernimmt die Funktion des Hausarztes für das niereninsuffiziente Kind und ist Tag und Nacht Ansprechpartner für die Familie. Psychosoziale Probleme werden auch vom Pflegepersonal und Psychologen aufgefangen, und es gibt vielfältige Hilfe sowie Freizeit- und Ferienaktivitäten. Dieses fast familiäre Verhältnis kann nicht plötzlich aufgelöst werden. Es sollte mit zunehmendem Alter gelockert werden. So muss der Arzt primär den Patienten und nicht seine Eltern ansprechen und einen Hausarzt für Zwischenkontrollen und andere Gesundheitsprobleme einbeziehen. Der Zeitpunkt des Transfers hängt von der Entwicklung und Reifung¹²³ des Jugendlichen ab und sollte möglichst bis zum 18. Lebensjahr abgeschlossen sein (Offner/Enke 2005). Wesentliche Probleme des Transfers liegen in den unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Kinder- und Erwachsenenkliniken, den physiologischen Veränderungen des pubertierenden Jugendlichen und der psychosozialen Entwicklung des chronisch Kranken (Offner/Ehrich 2006). Um die Risiken zu minimieren und den jungen Patienten den Transfer zu vereinfachen, muss der Wechsel vom vertrauten pädiatrischen Team zum unbekanntem Erwachsenensteam sorgfältig geplant werden (Offner/Enke 2005). Es wird auf die Gefahr hingewiesen, dass Erwachsenenspezialisten annehmen, dass die Erkrankungen wie bei Erwachsenen verlaufen und gerade bei angeborenen Erkrankungen altersspezifische Unterschiede nicht berücksichtigen (McDonagh 2005).

499. Die jungen Erwachsenen setzen sich altersbedingt mit Themen wie Unabhängigkeit, Sexualität, finanzielle Probleme und Berufsaussichten auseinander. Bei Jugendlichen, die eine Niere von einem Elternteil erhalten haben, können sich die Autonomieprobleme unter Umständen noch stärker auswirken. Vor dem Hintergrund einer chronischen Erkrankung und dem permanenten Bedarf medizinischer Betreuung kann diese Thematik zu vielen Problemen führen, die wiederum eine Auswirkung auf die Therapieadhärenz und hierüber auf die Langzeitprognose der Patienten haben (Remorino/Taylor 2006).

500. Die Transplantation ist eine komplexe Intervention, die eine konsistente Befolgung eines aufwendigen Medikamentenplans erfordert und klinisch überwacht werden muss. Medikamente und Kontrollen sind lebenslang notwendig. Besonders Jugendliche haben Probleme, die multiplen Medikamentenanweisungen mit potenziellen (und realen) Nebenwirkungen zu befolgen und gegen die Konsequenzen einer fehlenden Adhärenz abzuwägen (Nevins 2002), insbesondere da diese Lebensphase durch eine erhöhte Risikobereitschaft und eine verminderte Fähigkeit, zukünftige Folgen einer Handlung abzuschätzen, gekennzeichnet ist. Studien berichten über eine klare Assoziation zwischen der Nichtbefolgung der Empfehlungen und Medikation einerseits und einem ungünstigen

¹²³ Der niereninsuffiziente Jugendliche hat im Vergleich zu Gleichaltrigen eine um 1 bis 2 Jahre verzögerte Pubertätsentwicklung, wirkt jünger und kann sich kindlicher verhalten.

Transplantationsergebnis andererseits (Bullington et al. 2007; Watson 2000). Jugendliche und junge Erwachsene stellen eine besondere Risikogruppe bezüglich fehlender Adhärenz dar. Hierbei spielen die genannten Faktoren, aber auch die generelle Belastung durch eine chronische Erkrankung eine Rolle, die bis zur Entwicklung einer Depression führen kann (Bullington et al. 2007). In einer Studie aus Großbritannien, die den Verlauf bei nierentransplantierten Adoleszenten nach einem Transfer in die Erwachsenenmedizin untersuchte, versagten innerhalb von nur 36 Monaten acht von 20 Transplantaten, sieben hiervon unerwartet (häufig in Assoziation mit einer Unterdosierung der Immunsuppression), sodass eine fehlende Medikamentenadhärenz als Ursache vermutet wurde (Watson 2000).

Die Datenbank der Nordamerikanischen Pädiatrischen Kooperationsstudie für Nierentransplantation (North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study, NAPRTCS) ergab, dass Adoleszente ein schlechteres Transplantatüberleben als jüngere Kinder haben. Das 5-Jahres-Überleben war mit 63 % am schlechtesten bei den 13 bis 17-Jährigen mit einer hohen späten Abstoßungsrate von 22 % (Smith et al. 2002). Im Jahresbericht 2007 wurden 4 031 Kinder zwischen 13 und 17 Jahren gemeldet mit der höchsten akuten Abstoßungsrate von 52 % für den Zeitraum 1987-2006. Die späten Erstreaktionen lagen bei den zum Zeitpunkt der Nierentransplantation 6 bis 12 Jahre alten Kindern bei 23 %, bei den über 12-Jährigen bei 19,7 % (NAPRTCS 2007). Der aktuelle Bericht vom Jahr 2008 gibt vergleichbare Zahlen an (NAPRTCS 2008).

Auch von einem großen Teil der Jugendlichen selbst wird der Übergang in die Erwachsenenephrologie problematisch gesehen. So lehnten laut einer Befragung von nierentransplantierten pädiatrischen Patienten an der Medizinischen Hochschule Hannover 38 % einen Transfer ab, da sie kein Vertrauen in die Betreuung durch eine fremde Ambulanz hatten, 26 % befürworteten den Transfer, weil sie sich in der Kinderklinik nicht mehr wohlfühlten, 36 % waren unentschlossen (Baum et al. 2005).

501. Als Konsequenz aus der geschilderten Problematik hat die pädiatrische Nephrologie der Medizinischen Hochschule Hannover, unterstützt durch die Erwachsenenephrologie in Kooperation mit dem Kuratorium für Hemodialyse und Nierentransplantation (KfH) ein „Coaching“-Konzept für den Transfer entwickelt.¹²⁴ Bei diesem Schulungsprogramm „endlich erwachsen“ werden zunächst während eines einwöchigen Seminars neben medizinischen Informationen und psychosozialer Unterstützung auch körperliche Aktivitäten vermittelt. In der Folge werden in weiteren Wochenendseminaren Schwerpunktthemen (wie beispielsweise familiäre und berufliche Pläne, Medikamentenwirkung und Nebenwirkungen) an-

gesprochen, wobei der Kontakt der Jugendlichen und jungen Erwachsenen untereinander aufrechterhalten wird (Offner/Enke 2005). Auch Eltern erhalten in Seminaren Unterstützung und Rat im Prozess des „Loslassens“, aber auch Entlastung vom Druck der lebenslangen Fürsorge. Bisher haben 145 Jugendliche im Alter von 15 bis 27 Jahren an dem Programm teilgenommen. Während der Laufzeit des Programms gingen nur 10 % der Transplantate verloren (KfH intern). Seit 2008 ist „endlich erwachsen“ zertifiziert. Da es vom Kuratorium für Hemodialyse und Nierentransplantation finanziert wird, unterstützt von Spenden (Kosten ca. 100 000 Euro pro Jahr), können nur in einem KfH-Zentrum betreute Jugendliche (ca. 30 % aller Transferpatienten) teilnehmen. Mit einer Kostenübernahme im Rahmen der Regelvergütung könnten alle Jugendlichen geschult werden. Dies erscheint aufgrund des hohen Risikos für einen Transplantatverlust unbedingt erforderlich.

4.2.5 Rheumatoide Arthritis

502. Mit einer Prävalenz von 20 bis 30/100 000 (etwa 4 000 Kranke unter 16 Jahren) und einer Inzidenz von etwa 5/100 000 (jährlich ca. 500 bis 1 000 Neuerkrankungen) kommen chronische rheumatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen relativ selten vor. Bei einer frühzeitigen und konsequenten Behandlung der juvenilen Arthritis kann die Erkrankung im Kindes- und Jugendalter in 60 bis 70 % der Fälle inaktiv verlaufen. Ein Teil der Erkrankten zeigt jedoch bis in das Erwachsenenalter Erkrankungsaktivität mit körperlichen, funktionellen und sozialen Einschränkungen und muss von Erwachsenenrheumatologen weiterbehandelt werden (Häfner/Michels 2005). Von den Kindern mit einer weiterbestehenden aktiven entzündlichen Erkrankung bis in das Erwachsenenalter entwickeln bis zu 60 % eine dauerhafte Einschränkung in ihren alltäglichen Aktivitäten (McDonagh et al. 2000). 60 % der in der rheumatologischen Sprechstunde behandelten Kinder und Jugendlichen sind 12 Jahre und älter. Viele der rheumatologisch erkrankten Adoleszenten werden aber auch von Erwachsenenrheumatologen betreut (Minden/Niewerth 2005).

503. In der Erwachsenenrheumatologie sind junge Erwachsene eine Minderheit und weisen zudem häufig schwere Verlaufsformen der im Kindesalter begonnenen Erkrankungen mit Schäden an Gelenken, Augen und inneren Organen auf. Die jungen Erwachsenen fühlen sich unter den älteren Patienten (Durchschnittsalter 50 Jahre) nicht gut aufgehoben und grenzen sich ab. Um weitere Folgeschäden möglichst zu vermeiden, ist eine alters- und krankheitsbezogene Behandlung und Betreuung der jungen Erwachsenen notwendig (Häfner/Michels 2005). Kinder- und Erwachsenenrheumatologie unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich des Patientenkontexts, sondern auch der Betreuungsform, der Therapiekonzepte und der Betreuungsintensität (Minden/Niewerth 2005). Das Fehlen einer ausreichenden Finanzierung und institutioneller Unterstützung sowie die speziell in der Rheumatologie unterschiedliche Nomenklatur im Erwachsenen- und Kindesalter erweitern bzw. vergrößern die Probleme (Minden

¹²⁴ Die 1969 gegründete gemeinnützige Körperschaft zur Versorgung chronisch nierenkranker Patienten in Deutschland behandelt 25 % der 70 000 Dialysepatienten in Deutschland. In den über 200 ärztlich geleiteten KfH-Nierenzentren werden den Patienten Sekundärprävention, Prädialyse, Dialyse, die Beratung und Vorbereitung vor der Nierentransplantation sowie die Nachsorge im Anschluss an die Nierentransplantation angeboten (www.kfh-dialyse.de/kfh/index.html).

et al. 2005). Zumindest aus epidemiologischer Sicht wäre eine gemeinsame Nomenklatur wünschenswert.

504. Insbesondere die chronischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bergen ein erhöhtes Risiko für Morbidität und Behinderung (Flatø et al. 2003; (Minden et al. 2002c; Packham/Hall 2002) sowie Mortalität¹²⁵ (Thomas et al. 2003) bis in das Erwachsenenalter. Die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung ist die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) (Minden/Niewerth 2005). Eine Fortführung der Behandlung nach der Adoleszenzphase ist bei jedem zweiten Patienten mit JIA erforderlich. Gemäß einer Untersuchung von 215 betroffenen Patienten hat jeder fünfte Erwachsene mit JIA eine eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit der Folge von krankheitsbedingter Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit und jeder dritte junge Erwachsene mit JIA bekommt eine unzureichende medizinische Versorgung, was in der Hälfte der Fälle an der fehlenden spezialisierten Betreuung lag (Minden et al. 2002a). Chronisch kranke Jugendliche weisen außerdem häufiger chronische Begleiterkrankungen, Depressionen sowie eingeschränkte Lebensbedingungen auf als gesunde Adoleszente. Nur knapp die Hälfte der Patienten mit aktiver JIA wird in die Erwachsenenrheumatologie transferiert (Minden et al. 2002b). 15 % brechen die Behandlung komplett ab. Zudem gibt es Zugangsprobleme zu Erwachsenenrheumatologen nicht nur in ländlichen Regionen, sondern auch in Städten (Minden et al. 2005).

505. In der Adoleszenzphase, in der die Verantwortlichkeit der Behandlung von den Eltern auf die Jugendlichen übergeht, ist ein Verlust der Compliance zu verzeichnen. Nur ca. jeder zweite Jugendliche nimmt seine Rheumamedikamente regelmäßig ein und jeder fünfte Patient befolgt die empfohlene Krankengymnastik oder trägt die verordneten Schienen regelmäßig (Minden/Niewerth 2005). Ursachen für eine Complianceabnahme sind u. a. Vergesslichkeit, mangelndes Krankheitsverständnis, Angst vor unerwünschten Wirkungen der Medikamente oder Hänseleien (Minden/Niewerth 2005). Es gibt große Wissenslücken bei beispielsweise Patienten mit JIA. 84 % der jugendlichen Betroffenen kennen den Namen ihrer Erkrankung nicht und 81 % wissen nicht, was Basisedikamente sind.

506. In Deutschland wird dem Aspekt der Transition bei rheumakranken Adoleszenten wenig Bedeutung beigemessen, denn sie sind gesünder als die erwachsenen Rheumakranken, die Erkrankungen treten selten auf und sie sind aus ökonomischer Sicht in ihrem Gesamtumfang untergeordnet (Minden et al. 2005). Aufgrund von Schulfehlzeiten in Kindheit und Jugend gehen viele junge Erwachsene noch zur Schule. Die Ermöglichung eines Schulbesuchs während der stationären Behandlung ist sinnvoll, da eine gute Schulausbildung für Rheumakranke besonders wichtig ist, weil sie einen körperlich belastenden Beruf in der Regel nicht ausüben können (Häfner/

Michels 2005). Die Auswirkungen einer rheumatischen Erkrankung sind auch den Schulen und Arbeitsämtern nicht hinreichend bekannt (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. 2003).

507. Wie ein Audit der britischen rheumatologischen Einrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene zeigt, ist die Versorgung von Jugendlichen mit rheumatischen Erkrankungen sehr heterogen. 18 % der befragten Einrichtungen haben Jugendstationen eingerichtet und bei lediglich 7 % der Kliniken wird ein standardisierter Transferprozess eingeführt (65 % der Befragten waren Erwachsenenrheumatologen, 42 % arbeiteten in Lehrkrankenhäusern) (McDonagh et al. 2000). Auch in Deutschland fehlen vielfach altersgerechte und umfassende stationäre Betreuungskonzepte und die Versorgungslage wird als defizitär bewertet. Es gibt vereinzelt Lösungsansätze von Kinder- und Erwachsenenrheumatologen in Form von gemeinsam durchgeführten Sprechstunden¹²⁶ (z. B. in Berlin) oder gemeinsam geführten Stationen (z. B. im Kinderrheumatologischen Zentrum Sendenhorst) (Minden/ Niewerth 2005). In einer Rheumaklinik in Garmisch-Partenkirchen werden junge Rheumakranke auch über das 18. Lebensjahr hinaus behandelt. In der Regel werden die Patienten bis zum Anfang ihres 20. Lebensjahres dort betreut. Die Versorgung erfolgt zunächst noch auf einer ihnen vertrauten Station, wird jedoch schrittweise auf einer eigenen Station durchgeführt (Häfner/ Michels 2005).

508. Es gibt einen Bedarf an Übergangsvorsorge, doch es mangelt an Daten zu Langzeitergebnissen. Nach einer älteren prospektiven Untersuchung zum Nutzen eines Transitionsprogramms bei jugendlichen Rheumakranken wurde die Prognose in der Erwachsenenrheumatologie durch eine frühe Vorbereitung und die Einführung einer Adoleszentenambulanz verbessert (Rettig/Athreya 1991). Für viele Ärzte mag ein solches Modell wegen der Kosten, des Fehlens räumlicher und personeller Ausstattung sowie eines Mangels an Kinder- und Erwachsenenmedizinern, die eine überlappende Versorgung möchten, nicht umsetzbar sein (Chira/Sandborg 2004). Eine multizentrische Studie in Großbritannien hat erstmalig ein evidenzbasiertes Transitionsprogramm im Zusammenhang mit JIA evaluiert; dieses steht exemplarisch für andere chronische Krankheiten im Kindesalter. Die Beurteilung erfolgte vor der Einführung des Transitionsprogramms sowie sechs und 12 Monate danach und zeigt, dass eine Übergangsvorsorge die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Jugendlichen unabhängig vom Alter verbessern kann. Die Etablierung von strukturierten Transitionsprogrammen für Jugendliche mit JIA ist zumindest auf kurze Sicht effektiv, doch Finanzierung, Trägerschaft und Langzeitergebnisse zum Nutzen nachweis von Transitionsprogrammen bleiben noch offen (McDonagh et al. 2007).

¹²⁵ Die standardisierte Mortalitätsratio (SMR) der rheumatisch Erkrankten beträgt 5,1 bei Frauen und 3,4 bei Männern.

¹²⁶ Gemäß einer Befragung unter den Mitgliedern der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie im Jahre 2005 bieten zehn kinderrheumatologische Einrichtungen gemeinsam geführte Übergangssprechstunden an (dgrh.de/transitioncare.html).

4.3 Probleme der Übergangsvorsorgung auf Systemebene

509. Im internationalen Rahmen und in Deutschland werden auf Systemebene ähnliche Probleme beschrieben, die einer suffizienten Gestaltung der Übergangsvorsorgung entgegenstehen. Genannt werden meist eine unangemessene Vergütung der notwendigen multidisziplinären Betreuung, der Mangel an qualifiziertem Personal, die fehlende Schulung der Betreuer sowie Unklarheiten über den adäquaten Zeitpunkt des Übergangs.

4.3.1 Internationale Erfahrungen

510. Die Herausforderungen der Transitionsvorsorgung haben bisher noch zu wenig Aufmerksamkeit seitens der Gesetzgeber, der Ärzteschaft und der Stellen für Qualitätsverbesserung erhalten (Coleman 2003). Die Notwendigkeit einer adäquaten Übergangsvorsorgung wird von den Gesundheitsberufen oft so lange ignoriert, bis der aktuelle Prozess des Transfers von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin tatsächlich nicht mehr zu vermeiden ist (Chira/Sandborg 2004). Schätzungen zufolge werden insgesamt etwa 90 % der Kinder und Jugendlichen mit einem speziellen medizinischen Versorgungsbedarf das Erwachsenenalter erreichen, jedoch ohne dass die Gesundheitssysteme und -professionen darauf vorbereitet sind, problemspezifische Maßnahmen für die Übergangsvorsorgung anzubieten. Es fehlen kooperierende, koordinierte, ganzheitliche und integrierte Versorgungsprogramme für Kinder und Jugendliche (Hergenroeder 2002). Unter diesen Bedingungen kann eine Transition schwierig und traumatisch verlaufen (McCurdy et al. 2006). Viele Transitionen finden ungeplant statt, resultieren aus unvorhersehbaren medizinischen Problemen, erfolgen nachts und an Wochenenden, involvieren Ärzte, die den Patienten nicht kontinuierlich sehen, und treten im Übrigen so schnell ein, dass professionelle und nicht professionelle Unterstützungsmaßnahmen nicht rechtzeitig eingeleitet werden können (Coleman/Berenson 2004). Das Verbleiben in kinderzentrierten Versorgungseinrichtungen über die Jugendjahre hinaus kann auf diesem Hintergrund auch als Anzeichen dafür gewertet werden, dass den jungen Patienten kein adäquater Zugang zu einer erwachsenenbezogenen Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht (McDonagh 2005).

511. Auf der Seite der Gesundheitsberufe existiert in wichtigen Bereichen der Übergangsvorsorgung eine große Nachfrage nach Schulungs- und Trainingsangeboten (McDonagh et al. 2004; Shaw et al. 2004b). Beispielsweise berichteten 60 % des befragten Personals einer führenden englischen Kinderklinik, dass sie keine Schulung in Jugendmedizin erhalten hatten, obwohl mindestens ein Drittel ihrer Patienten im Jugendalter war (McDonagh/Viner 2006).

Außerdem fehlen soziale Dienste und Schulungen für Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf (Rearick 2007). Viele der betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten zudem keine angemessene schulische und berufliche Ausbildung mit der Folge, dass ihre Unabhängigkeit beeinträchtigt ist (Hergenroeder 2002).

512. Eine US-amerikanische Studie hat den Prozess der Übergangsvorsorgung im Zusammenhang mit Erfahrungen der Adoleszenten mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf, ihrer Familien und der Leistungserbringer untersucht. Die Studienergebnisse decken sich mit denen vorheriger Untersuchungen. Faktoren mit einer großen Auswirkung auf den Transitionsprozess sind demnach u. a.:

- Betrachtung des Übergangs als einen Entwicklungsprozess, der das Kind/den Jugendlichen, die Familie, und die Akteure des Gesundheitssystems involviert.
- Gegenseitiges Vertrauen zwischen den jungen Patienten, ihren Familien und den Leistungserbringern. Die fehlende Vorbereitung der jungen Erwachsenen und ihrer Familien auf die Erwachsenenmedizin trägt zu Problemen in der Übergangsvorsorgung bei.
- Wahrnehmung der Pädiatrie und Erwachsenenmedizin als zwei verschiedene medizinische Subkulturen mit signifikanten Unterschieden (Reiss et al. 2005) (Tabelle 55).

Tabelle 55

Unterschiede zwischen pädiatrischer und Erwachsenenversorgung

Pädiatrische Einrichtungen	Erwachseneneinrichtungen
bevormundendes trianguläres Modell aus Eltern, Arzt und Kind	eher gleichberechtigte Beziehung von Arzt und Patient
familienorientiert	personenzentriert
sozialorientiert	krankheitsorientiert
informal und locker	formal und direkt
emotionale Strategien	problemlösende Strategien

Quelle: Fleming 2002; McDonagh/Kelly 2003

Barrieren der Transition

513. In der Literatur werden zahlreiche Barrieren einer adäquaten Transition aufgeführt. Zu unterscheiden sind Barrieren auf der Ebene der Systemfaktoren (z. B. Finanzierung) und auf Seiten der Patienten, ihrer Familien oder der Ärzte bzw. anderer Gesundheitsberufe (Tabelle 56) (Britto et al. 2000; Fox 2002; Geenen et al. 2003; McDonagh et al. 2004; Reiss/Gibson 2002; Shaw et al. 2004b). Bei der Entwicklung von Transitionsprogrammen wird die Finanzierung sehr oft als eine erstrangige Einschränkung genannt. Manche Einrichtungen beispielsweise in den USA haben Zuschüsse für ihre Programme erhalten, andere haben diese als Einzelleistungsvergütung abgerechnet (Hergenroeder 2002). Einer älteren großen Studie in den USA zufolge werden die Hauptbarrieren in der Finanzierung sowie im Zugang zu geeignetem Personal gesehen und weniger im Widerstand der Adoleszenten bzw. ihrer Familien. Die Barrieren zur Zielerreichung liegen demnach in den Einschränkungen der Gesundheitssysteme selbst (Scal et al. 1999). Eine große

Barriere zur Verbesserung der Qualität der Übergangsversorgung bleibt die geringe Wahrnehmung dieses wichtigen Themas in der Gesundheitspolitik (Coleman/Berenson 2004).

514. Es gibt vor allem Hürden für eine adäquate Beratung über potenziell sensible Themen, wie z. B. sexuelle Gesundheit und Substanzmissbrauch unter Jugendlichen mit chronischen Krankheiten (Britto et al. 2000). Zeitmangel, Unbehagen des Arztes mit den Themenfeldern, die Schwierigkeit, den richtigen Zeitpunkt zu wählen, der Mangel an spezifischer Schulung sowie das Setzen anderer Prioritäten werden als hinderliche Faktoren dafür gesehen (McDonagh 2005). Zudem entstehen Barrieren durch Kommunikationsmangel und gegenseitige Abgrenzung (Mönig/Sippel 2000).

515. Die Einstellung der Jugendlichen und der Erwachsenenmediziner hinsichtlich der Übergabe der medizinischen Versorgung können durch emotionale, akademische, kulturelle und finanzielle Aspekte beeinflusst werden. Pädiater können einem Übergang aufgrund eines mangelnden Vertrauens zu Erwachsenenmedizinern ablehnend gegenüberstehen. Andererseits sind Pädiater nicht hinreichend mit Krankheitsprozessen bei Erwachsenen vertraut, was einen Transfer von Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung dann auch erforderlich macht (Fox 2002). Im Vergleich zu Erwachsenenmedizinern fördert die pädiatrische Versorgung in Verbindung mit dem triangulären Modell aus Eltern, Pädiater und Kind weniger die Selbständigkeit des Adoleszenten.

Tabelle 56

Potenzielle Barrieren für eine erfolgreiche Transition

– Zeitmangel
– Qualifikation der involvierten Professionen
– finanzielle Faktoren (z. B. Ressourcen zur Bereitstellung der Dienstleistung)
– ineffiziente Ressourcennutzung
– geringe Koordination innerhalb und zwischen den Einrichtungen
– Mangel an institutioneller Unterstützung
– Mangel an Planung
– Mangel an Spezialisten für erwachsene Patienten
– unterschiedliche Wahrnehmungen der jungen Person, ihrer Eltern und der Leistungserbringer
– Unbehagen der einbezogenen Professionen mit dem Themenbereich
– ambivalente Einstellung der Ärzte im Hinblick auf ihre Zuständigkeit
– mangelnde Anwendbarkeit der Programme auf die Patienten
– Probleme, Themen der Eltern anzugehen
– Widerstand der Jugendlichen und der Familien

Quelle: Modifiziert nach McDonagh 2005; Scal 2002

516. Jugendliche in der Primärversorgung teilten in einer Befragung mit, dass Vertraulichkeit und Zugang die wichtigsten Faktoren für eine jugendfreundliche Praxis sind (McPherson 2005). Ein Viertel der jungen Menschen würde auf die medizinische Versorgung verzichten, wenn Diskretion nicht gewährleistet würde (Cheng et al. 1993). Pädiatrische Praxen bieten den Jugendlichen weniger Vertraulichkeit als Hausarztpraxen (Akinbami et al. 2003) und auch in Jugendstationen werden sie nicht routinemäßig unabhängig von ihren Eltern betreut (Britto et al. 2000; Nash et al. 1998). In einer anderen Studie haben junge Patienten mit angeborenen Herzerkrankungen angegeben, dass unabhängige Arztbesuche ausschlaggebend für eine erfolgreiche Transition sind. Junge Mukoviszidose-Patienten waren der Ansicht, dass das Alter ab 13 bis 16 Jahren die beste Zeit für sie sei, den Arzt allein aufzusuchen (Zack et al. 2003).

517. Oft besteht auch eine Diskrepanz zwischen den Leistungserbringern und Eltern hinsichtlich des Alters, ab dem die jungen Patienten als unabhängig betrachtet werden sollen (12 Jahre versus 14,6 Jahre) (Geenen et al. 2003). Das Aushandeln des Ausmaßes einer adäquaten elterlichen Einbeziehung ist eine herausfordernde Komponente der Jugendmedizin. Elterliche Überfürsorge wurde in mehreren Studien bei Jugendlichen mit Transplantation beschrieben (Durst et al. 2001; Ehrich et al. 1992). In einer Befragung in Großbritannien gab ein Drittel der Ärzte, die an der Betreuung von Jugendlichen mit JIA mitwirkten, Schwierigkeiten mit den Eltern an und sah die elterliche Überfürsorge als eine Barriere für eine erfolgreiche Transition (Shaw et al. 2004a). Zwischen Eltern und Leistungserbringern wurde ferner eine Diskrepanz hinsichtlich des Beginns einer Schulung zur Förderung des Selbstmanagements bei jungen Menschen mit speziellem medizinischen Bedarf beobachtet (12,37 Jahre versus 9,5 Jahre) (Geenen et al. 2003). Eine der Ursachen für diese Fürsorge liegt in der kontinuierlichen Balance des Risikos für beispielsweise eine Infektion oder Abstoßung versus den Vorteilen eines normalen Lebens, hier bestehen unterschiedliche Ansichten der Eltern und der Jugendlichen. Eltern können Schwierigkeiten damit haben, wenn ihre Kinder ohne ihre Anwesenheit vom Arzt behandelt werden (McDonagh et al. 2004). Daher wird auch für Eltern eine Vorbereitungszeit für Transition und Transfer gefordert. Im Zusammenhang mit lebensbedrohlichen Krankheiten ist es für Ärzte wichtig, sich einerseits der ausführenden Rolle der Eltern bewusst zu werden und andererseits eine Ausgrenzung der jungen Patienten zu vermeiden (McDonagh 2005).

4.3.2 Deutschland: Ergebnisse einer Umfrage

518. Wie aus der Darstellung der Übergangsversorgung bei ausgewählten Krankheiten in Abschnitt 4.2 hervorgeht, wird das Thema nicht nur international, sondern auch in Deutschland zunehmend diskutiert. Bereits im Jahre 1996 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Expertise zur Versorgungssituation chronisch kranker Jugendlicher beim Übergang in das Er-

wachsenenalter in Auftrag gegeben. Die medizinische und psychosoziale Versorgung chronisch kranker Jugendlicher im Alter zwischen 14 und 20 Jahren wurde anhand von fünf chronischen Krankheiten dargelegt: Diabetes mellitus Typ 1, juvenile chronische Arthritis, Mukoviszidose, Phenylketonurie und terminale Niereninsuffizienz (Dialyse bzw. Nierentransplantation). Die Versorgung für alle fünf Krankheiten fand an spezialisierten Einrichtungen, meist in Kliniken, statt. Der niedergelassene Hausarzt hatte dabei vorwiegend das klinische Monitoring übernommen. Pädiater wurden kritisiert, dass sie sich nicht hinreichend bemühten, die Internisten zu einer Übernahme der Behandlungsverantwortung zu bewegen. Internisten wiederum zeigten wenig Bereitschaft, die altersspezifischen Besonderheiten dieser Erkrankungen zu berücksichtigen. Zudem stand der geringen Patientenzahl ein großer Versorgungs- und Kostenaufwand gegenüber. Darüber hinaus wurde die Sicherstellung der Behandlungskontinuität beim Wechsel der Behandlungsverantwortung von den Eltern auf die Jugendlichen problematisiert. Die Experten haben auf die unzureichend geregelte Vergütung hingewiesen, wodurch eine multidisziplinäre Versorgung erschwert wurde. Zur Verbesserung der Übergangsvorsorgung fordern die Autoren krankheitsspezifische Ansätze (z. B. Übergabeprozesse, etablierte Behandlungsstandards zur Brückenbildung zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizinern, Schulung, Forschung) sowie die Sicherstellung einer rechtlichen und wirtschaftlichen Grundlage (von der Hardt et al. 1996).

519. Im Vergleich zu anderen Ländern wie Großbritannien und USA, die bereits nationale Gesundheitsprogramme zur Verbesserung der Versorgung von chronisch kranken Adoleszenten haben, wird in Deutschland das Thema gesundheitspolitisch insgesamt noch wenig beachtet (Minden/Niewerth 2005). Übergangssprechstunden werden trotz der Vorteile für die Betroffenen bisher nur in wenigen universitären Einrichtungen angeboten (Schumm-Draeger 2005). Das Fehlen einer angemessenen Vergütung wird auch in Deutschland als eine der wesentlichen Ursachen dafür gesehen (Lausch/Reincke 2004). In universitären ambulanten Zentren wird aufgrund des zunehmenden ökonomischen Drucks befürchtet, dass die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht mehr sichergestellt werden könnte (Grüters-Kieslich 2005).

Die Notwendigkeit einer strukturierten Übergabe der Patienten wird oft weder von Pädiatern noch von Internisten erkannt. Aus ökonomischer Sicht ist beispielsweise die Erkrankungsgruppe mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten sowohl für niedergelassene Ärzte als auch für Spezialambulanzen nicht attraktiv. Pädiater sehen keine Notwendigkeit, die stabile Bindung zu ihren Patienten zu beenden und misstrauen den Kompetenzen der Internisten. Erwachsenenmediziner hingegen verfügen oftmals nicht über ausreichende Kenntnisse über angeborene Stoffwechselerkrankungen, die eine hohe Behandlungsintensität der oft auch behinderten Patienten mit beglei-

tenden psychosozialen Problemen erfordern (Schwarz/Wendel 2005).

Es wird zudem befürchtet, dass die von Pädiatern erreichten Therapieziele und die Lebensqualität der heranwachsenden Patienten bei Übernahme durch Erwachsenenmediziner nicht mehr auf hohem Niveau gehalten werden können. Als Gründe hierfür werden genannt (Grüters-Kieslich 2005):

- zu rasche Trennung und Übergabe ohne Vorbereitung,
- zu starke Bindung zwischen Patient und Pädiater sowie nichtmedizinischem Personal,
- mangelhafte Anleitung zur Übernahme der Eigenverantwortung,
- keine Hinführung zu weiterbehandelnden Einrichtungen sowie deren Personal und daraus resultierendes Misstrauen der Patienten,
- nicht ausreichendes Zeitangebot der Erwachsenenereinigungen,
- Fehlen eines ganzheitlichen Ansatzes und anderes Setting in der Erwachsenenmedizin,
- Sorge um den Verlust wesentlicher Langzeitbeobachtungen.

520. Um Entwicklungen zur Übergangsvorsorgung in Deutschland darzustellen, hat der Rat Patientenvertreter, ausgewählte Medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände und Körperschaften des öffentlichen Rechtes um eine Stellungnahme gebeten. Dies hatte zum Ziel, die Versorgungsstruktur während der Übergangsphase von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin aus der Sicht unterschiedlicher Akteure sektorübergreifend (ambulant – stationär) einzuschätzen.

Der Rat hat einen offenen Fragebogen formuliert, um einen möglichst umfassenden Überblick über die Übergangsvorsorgung in Deutschland zu erhalten. Die Versendung der Befragungsunterlagen erfolgte am 30. Mai 2008, als Abgabefrist wurde der 4. Juli 2008 angegeben. Auf ein Erinnerungsschreiben wurde verzichtet. Von den 33 angeschriebenen Organisationen haben 21 eine Stellungnahme abgegeben, womit sich die Rücklaufquote auf 66 % belief. Einige wenige Organisationen haben angemerkt, dass keine empirischen Daten in Deutschland vorliegen und in der Kürze der Zeit auch keine erhoben werden können. Der Rat ist sich dieser Problematik bewusst, hält aber auch qualitative Aussagen zur Übergangsvorsorgung für hilfreich.

Aufgrund der offenen Fragen erhielt der Rat ein heterogenes Spektrum von Erfahrungen der befragten Organisationen. Die Aussagen unterscheiden sich z. T. hinsichtlich Umfang und Qualität. Neben subjektiven Erfahrungsberichten ohne Literaturbelege wurden auch ausführliche Antworten mit Literaturquellen aufgeführt, wobei einzelne Institutionen eher die internationale Lage beschreiben und weniger die Versorgung in Deutschland geschildert haben. Die Resonanz auf die Befragung und ihre Ergeb-

nisse hat gezeigt, dass großes Interesse und Engagement auf Seiten der an der Übergangsvorsorgung beteiligten Organisationen besteht. Der Rat verzichtet bei der Darstellung der Befragungsergebnisse auf die Nennung der zugehörigen Institutionen. Die Aussagen erlauben keine quantitativen Rückschlüsse auf die Übergangsvorsorgung, sondern liefern qualitative Anhaltspunkte für ein Unterangebot. Einzelne Analysen zur Übergangsvorsorgung bei speziellen Krankheitsbildern sind jedoch möglich. Aus den Antworten wurden Aussagen zur Übergangsvorsorgung extrahiert, die im Folgenden dargestellt werden. Die Stellungnahmen sind auf der Internetseite des SVR einsehbar.

Stellungnahmen der Organisationen

Bedeutung der Problematik der Übergangsvorsorgung

521. Das Problem der Übergangsvorsorgung wird von der Mehrheit der Stellung nehmenden Organisationen (18 von 21) als relevant bis sehr relevant erachtet. Eine Einrichtung hat insgesamt die Problematik in ihrer Arbeit bisher nicht als besondere wahrgenommen und ist der Ansicht, dass die im Einzelfall vorkommenden Probleme im Rahmen der Beratungen zu § 116b SGB V gelöst werden können.

Die Problematik der Übergangsvorsorgung wird strukturell bedingt eher im niedergelassenen Bereich gesehen. Für maximalversorgende Krankenhäuser und Universitätskliniken werden gute Beispiele für die Übergangsvorsorgung konstatiert. Die pädiatrische Versorgung erfolgt multiprofessionell meist in überregionalen Zentren, was in der niedergelassenen Praxis nicht möglich ist. Hingegen werden die Erwachsenen eher dezentral von niedergelassenen Ärzten behandelt. Für Patienten mit geistiger, körperlicher oder Mehrfachbehinderung sowie mit komplexen chronischen Erkrankungen gibt es bis zum 18. Lebensjahr eine flächendeckende ambulante Versorgung in sozialpädiatrischen Zentren, für junge Erwachsene ist dies allerdings nicht gewährleistet.

Es werden Defizite in der multidisziplinären Betreuung sowie das Fehlen flächendeckender Strukturen bemängelt. Für primär neurologische Krankheitsbilder und viele monogene Stoffwechselerkrankungen fehlen entsprechende Kenntnisse und Strukturen für erwachsene Patienten, da sie bisher vor Eintritt in das Erwachsenenalter starben. Viele Jugendliche verlieren in der Übergangsphase den Kontakt zur Spezialbetreuung, was durch den pubertären Ablösungsprozess verstärkt werden kann. 30 % der Patienten mit Diabetes mellitus haben vermutlich Probleme im Übergangsprozess. Beim Übergang von der pädiatrischen zur Erwachsenenmedizin wird der Therapeut drei Mal gewechselt mit der Folge einer instabilen diabetischen Stoffwechselführung. Bei jugendlichen Nierentransplantierten wird eine erhöhte Rate an Abstoßungsreaktionen und Transplantatverlusten beobachtet.

Kenntnisse von gezielten Maßnahmen zur Verbesserung der Übergangsvorsorgung

522. 20 Organisationen geben an, Kenntnisse von Maßnahmen zur Verbesserung der Übergangsvorsorgung zu haben.

Es sind ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige gute Beispiele zur Übergangsvorsorgung zu verzeichnen. Diese bestehen aus Übergangssprechstunden oder eigenen Abteilungen für Adoleszente/junge Erwachsene im Bereich der Kardiologie, Onkologie und Mukoviszidose. Insgesamt sind Adoleszentenstationen, Übergangssprechstunden und gemeinsame Sprechstunden aufgrund des großen Aufwands aber eher die Ausnahme. Der G-BA hat eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V (Fassung bis 30. Juni 2008) getroffen. Eine vergleichbare Regelung ist zur Versorgung von herzkranken Kindern geplant. Eine Einrichtung weist darauf hin, dass der aktuelle EBM eine Vergütung bei Pädiatern auch für höhere Altersgruppen vorsieht.

Bedarf an Personal mit Zusatzqualifikationen zur spezialisierten Versorgung

523. Von den Antwortenden sieht über die Hälfte (12) einen Bedarf an Personal mit Zusatzqualifikation¹²⁷. 15 Einrichtungen berichten, dass kein Personal mit Zusatzqualifikation verfügbar ist. Sechs Organisationen sind der Meinung, dass ein entsprechendes Personal zur Verfügung steht und ggf. für eine Übergangsvorsorgung ausgebaut werden müsste.

Um den Bedarf zu spezifizieren und zu quantifizieren, wird eine bessere Datenlage gefordert. Einige Einrichtungen geben keinen generellen, aber einen speziellen Bedarf an, z. B. für psychoonkologische Behandlungs- und Betreuungsangebote. Für die Sicherstellung der Koordination und inhaltlichen Abstimmung der verschiedenen Betreuer in Zusammenarbeit mit Patienten und deren Familien werden Case Manager vorgeschlagen.

Vereinzelt wird keine Notwendigkeit an Personal mit Zusatzqualifikation gesehen, da man davon ausgeht, dass Kinder- und Jugendmediziner die spezielle Versorgung gewährleisten. Wichtig sei es, ausreichend Pädiater für die Dauerbehandlung ambulanter Patienten zur Verfügung zu stellen. Es besteht die Auffassung, dass eine abgetrennte spezialisierte Versorgung von Adoleszenten und jungen Erwachsenen kontraproduktiv und ökonomisch nicht sinnvoll sei und dass eine Zusatzqualifikation

¹²⁷ Beispielsweise wird für ambulante kinderrheumatische Leistungen ein Mindestzeitbedarf von 665 Stunden/100 000 Kinder und Jahr geschätzt, aktuell werden 260 Stunden/100 000 Kinder und Jugendliche ohne erforderlichen Extrazeitbedarf für eine Übergangsvorsorgung zur Verfügung gestellt. Etwa die Hälfte der in Kinderrheumaambulanzen und in der internistischen Rheumatologie behandelten Patienten sind Jugendliche.

nicht immer die Lösung des Problems darstellt, wenn dadurch nur ein weiterer Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin geschaffen wird.

Der mangelnde Austausch mit den Betreuern in der Erwachsenenmedizin sowie anderen Institutionen und Arbeitgebern wird kritisiert. Dies könne auch daran liegen, dass eine bessere Kooperation nicht adäquat vergütet wird. Erwünscht sind Einrichtungen mit einem multidisziplinären Ansatz unter Einbezug von psychosomatisch orientierten Ärzten und Sozialarbeitern sowie psychosozialen Ansprechpartnern. Darüber hinaus werden fachliche Mängel des betreuenden Personals sowie institutionelle Defizite mit unregelmäßiger Zuständigkeit der beteiligten Arztgruppen genannt. Die Thematik wird kaum in Fort- und Weiterbildungen aufgegriffen.

Unter-, Fehl- bzw. Überangebot

524. In 17 von 21 Antworten wird ein Unterangebot bezüglich der Übergangsversorgung beschrieben, wobei einzelne Einrichtungen das Problem nur bei einigen Krankheitsbildern sehen.

Die Kommission Jugendmedizin der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin hat eine Umfrage zur Übergangsversorgung im Zeitraum März bis September 2007 durchgeführt. 17 der 36 pädiatrischen Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften haben eine Stellungnahme abgegeben und weitere sechs haben das Thema als nicht relevant betrachtet. Die Befragung hat gezeigt, dass der Übergang bei den meisten Krankheitsbildern nicht zufriedenstellend gelöst ist. Strukturen und Personalvoraussetzungen werden als nicht ausreichend entwickelt angesehen. Durch Motivation und Mobilität ist der Zugang zur elektiven Versorgung von z. B. Erwachsenen mit angeborenen Herzerkrankungen zumeist gewährleistet. Es wird jedoch nicht von einer ortsnahen flächendeckenden Notfallversorgung ausgegangen, sodass in diversen Regionen eine Unterversorgung angenommen wird. Besonders Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen, die bis zum 18. Lebensjahr in SPZ ambulant versorgt werden, erhalten als junge Erwachsene oft nicht die erforderliche Betreuung. Die interdisziplinäre Versorgung wird aufgrund mangelnder Finanzierung als insuffizient betrachtet.

Umsetzung von Konzepten zur Verbesserung der Übergangsversorgung

525. In einigen Stellungnahmen wurde deutlich, dass sich die Organisationen mit der Übergangsversorgung kritisch auseinandersetzen und Lösungsansätze aufzeigen, die im Folgenden zusammengefasst sind:

- Festgelegtes Curriculum zur Behandlung von Diabetes mellitus für den Übergang im Bremer Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,
- landesweiter AOK-KV-Rheumavertrag (Berlin): standardisiertes Verfahren zwischen rheumatologisch ver-

antwortlichem Hausarzt und dem Spezialisten als Schwerpunktrheumatologen nach entsprechender Fortbildung (klare Aufgabenteilung, Konzept eines multidisziplinären Teams in Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe),

- Einrichtung einer Erwachsenensprechstunde in einer Kinderambulanz,
- Forschungsprojekt an der Universitäts-Kinderklinik Leipzig: ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Programm in Kooperation mit Diabetessoftware für prospektive Verlaufsdokumentation (DPV) zur Untersuchung der Transfer-situation junger Patienten mit Diabetes mellitus (Bestandsaufnahme, flächendeckende Dokumentation, prospektive Verlaufskontrolle),
- Transitionsprogramm seit März 2008 exemplarisch für Diabetes mellitus Typ 1 und Epilepsie (DRK-Kliniken Berlin-Westend in Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und Kostenträgern) (s. Abschnitt 4.4.4.2),
- Projekt „Focus Transition wie funktioniert der Wechsel von der pädiatrischen in die internistisch-rheumatologische Betreuung?“ vom Deutschen Rheumaforschungszentrum Berlin mit Start am 1. Januar 2007, das über mehrere Jahre angelegt ist und an dem bisher 46 Patienten aus neun Kinder-Rheuma-Zentren teilgenommen haben,
- Jeffrey-Modell-Diagnostikzentrum für primäre Immundefekte an der Medizinischen Hochschule Hannover (Fallkonferenzen und strukturierte Übergabe),
- interdisziplinäre Task Force in Kooperation mit mehreren Fachgesellschaften und Patientenvertretern zur Empfehlung von Strukturen für die interdisziplinäre Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzerkrankungen, Leitlinien für die Behandlung, Curricula für die Fort- und Weiterbildung von Ärzten sowie Erteilung einer Zusatzqualifikation (s. Abschnitt 4.2.3),
- Stellungnahme und Empfehlung zur Transition durch die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie e. V. (AGPD) (in Arbeit).

Vereinzelt wird bezweifelt, dass institutionelle Lösungen (Übergangssprechstunden, Adoleszentenstationen oder -ambulanzen) die Transitionsproblematik lösen können. Vielmehr wird auf die Aufhebung sektoraler Grenzen hingewiesen, z. B. durch die Umsetzung sektorübergreifender Qualitätssicherung bei der Versorgung von Adoleszenten. Die Übergangsversorgung war auch zentrales Thema des Kongresses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. im Jahr 2008. Ferner wurde das Problem im Rahmen der „seltenen Erkrankungen“ auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin thematisiert.

Darüber hinaus werden Konzepte diskutiert, die im folgenden Exkurs aufgeführt werden.

Exkurs: Diskussion von Konzepten

- Teams aus Pädiatern und Erwachsenenmedizinern insbesondere in Kliniken (dadurch Erleichterung der Interdisziplinarität); Adoleszentenstationen (z. B. für pädiatrische Onkologie) und Erwachsenenambulanzen für bis dahin pädiatrisch versorgte Krankheitsbilder (z. B. Mukoviszidose)
- Gemeinsame ambulante (Übergangssprechstunden) und stationäre (Adoleszentenstationen) Betreuung; Angebot eines Versorgungspakets zur ambulanten und stationären Behandlung.
- Institutsambulanzen für Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie mit schweren geistigen, körperlichen oder Mehrfachbehinderungen
- Landesweite Umsetzung eines standardisierten Transitionsprogramms (formalisierter Transferprozess mit Sicherstellung der Weitergabe aller relevanten Informationen), Zusammenführung vorhandener Expertise
- Ausbildung spezialisierter Mitarbeiter und Etablierung von Zentren/Einrichtungen mit Leitstruktur
- Adäquate Vorbereitung der Jugendlichen auf die Übergangssituation, Informations- und Schulungsangebote (z. B. über mittlerweile bessere Therapieergebnisse, Berufswahl); Gesprächsrunden zum Kennenlernen von Ärzten der Weiterversorgung
- Individueller Übergang unabhängig vom Alter
- Keine Beschränkung der Übergangsversorgung auf Übergangssprechstunden, sondern auch Berücksichtigung der sozioökonomischen und regionalen Einflussfaktoren auf die medizinische Versorgungssituation
- Krankheitsspezifische Modelle und andere Modellmaßnahmen zur gezielten Unterstützung (z. B. Modellstationen)
- Diskussion von Modellen zur Übergangsversorgung in Deutschland häufig im Zusammenhang mit Entlassungsmanagement von Krankenhäusern
- Medical Home Modell: Ein Team unterstützt den Übergang in die Erwachsenenmedizin und ist erster Ansprechpartner für Hausärzte, Kinderärzte, Spezialisten und Erwachsenenmediziner
- Umsetzung des Konzepts von SPZ auch in der Erwachsenenmedizin („Sozialmedizinische Zentren“)
- Herauswachsen und Betreuung der Übergangssprechstunden aus der Pädiatrie und Etablierung ausreichender und suffizienter Strukturen in der Erwachsenenmedizin
- Verbesserung der wissenschaftlichen Bearbeitung der Übergangsversorgung sowie der universitären Ausbildung; Einrichtung von Zentren für die interdisziplinäre Forschung und Versorgung für seltene Erkrankungen.
- Verbesserte Entgeltlösung durch DRG-, EBM- und GOÄ-Zuschläge.

Anreize zur Erhöhung der Attraktivität der Übergangsversorgung

526. Um die Attraktivität der Etablierung von Übergangssprechstunden und anderen Maßnahmen zur Verbesserung der Übergangsversorgung zu erhöhen, werden folgende Anreize von den Befragten gewünscht:

- Vergütung

Fast drei Viertel der Organisationen fordern eine adäquate Vergütung der über die Regelversorgung hinausgehenden erforderlichen Leistungen mit Berücksichtigung des erheblichen organisatorischen, personellen und finanziellen Mehraufwands. Die finanzielle Unterstützung für die Etablierung von Übergangseinheiten zum stationären und teilstationären Bereich soll im Krankenhausbedarfsplan berücksichtigt und der strukturierte Übergang bei verschiedenen chronischen Krankheiten in einem Patientenversorgungsprogramm verankert werden. Eine Einrichtung fördert aufgrund der Schwere der Erkrankungen und der besonderen Verläufe eine Ausweitung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Krankenhaus z. B. über

§ 116b SGB V¹²⁸. Die Finanzierung der Übergangsversorgung soll auch über das 18. Lebensjahr hinaus in einem interdisziplinären Team gewährleistet werden. Einige Institutionen haben sich für eine Abschaffung der Altersbegrenzung ausgesprochen.

Vereinzelt wird angeregt, die Vergütung der Behandlung in Spezialambulanzen mit der Durchführung von Schulungsprogrammen zu verbinden wodurch die Behandlung auf ausgewiesene Zentren konzentriert würde oder das Entgelt an spezifische Forschungsförderprogramme zu Grundlagen, Therapie und Versorgung von (seltenen) angeborenen (genetischen) Erkrankungen von Jugendlichen und Erwachsenen zu koppeln.¹²⁹

¹²⁸ Die hochspezialisierte Versorgung in Krankenhausambulanzen lässt sich nach Ansicht einer anderen Institution gegenwärtig durch § 116b nicht sichern, da die Finanzierung auf dem EBM-Katalog basiert, der für den Durchschnittspatienten und nicht den chronisch kranken Patienten ausgelegt sei.

¹²⁹ Zudem werden strukturierte Schulungsprogramme gefordert, die an die Bedürfnisse von Familien mit Migrationshintergrund angepasst sind.

– Qualitätssicherung

Ferner wird gefordert, die Etablierung von Übergangseinrichtungen in einem Qualitätskontrollsystem (z. B. KTQ¹³⁰) festzulegen und Krankenkassen anzuregen, den strukturierten Übergang mit Abrechnungsdaten abzubilden. Zur Prüfung der Qualität der Übergangsversorgung wird der Einsatz von Indikatoren empfohlen.

– Modellmaßnahmen

Es werden Modellprojekte für die Ausbildung spezialisierter Mitarbeiter und Einrichtungen mit der Qualität einer Leitstruktur vorgeschlagen. Für konkrete Planungen an einigen Orten werden Modellmaßnahmen (z. B. Modellstationen) als notwendig erachtet. Andere Institutionen fordern nachhaltige landesweite und nicht nur in Modellprojekten vorkommende Anreize, so z. B. besondere Ziffern, Zuschläge oder Abrechnungspauschalen. Darüber hinaus werden die Entwicklung von interdisziplinären Leitlinien zur Versorgung von Adoleszenten sowie eine den Hinweisen des KiGGS nachgehende Versorgungsforschung hinsichtlich der Versorgungsdefizite verlangt.

– Bessere Kooperation und Qualifikation der Teams

Eine inhaltliche Übereinkunft zwischen Kinder- und Jugendmedizin und den beteiligten Gebieten der Erwachsenenmedizin zur Festlegung gemeinsamer Ziele der Übergangsversorgung wird als erforderlich angesehen. Es sollen gemeinsame Fort- und Weiterbildungen von Pädiatern und Erwachsenenmedizinern (und weiterem medizinischen und psychosozialen Fachpersonal) zum Erwerb einer Zusatzqualifikation für Übergangsversorgung organisiert werden. Die Verwendung einer elektronischen Gesundheitskarte mit einer Speicherung von Basisdaten zur Diagnose, Therapie und zu Verlaufsparemtern wird als sinnvoll für eine Weitergabe von Informationen bei einem Wechsel des behandelnden Arztes erachtet.

– Vernetzung

Der Aufbau eines interdisziplinären Versorgungsnetzwerkes soll unterstützt und die Zentrumsbildung von spezialisierten pädiatrischen und internistischen Behandlungseinrichtungen mit Vorgaben zur Strukturqualität gefördert werden. Dabei sollen Übergangssprechstunden/Adoleszentenstationen nach regionalem oder lokalem Versorgungsbedarf eingerichtet werden, ohne dass es zur weiteren Segmentierung der Versorgungslandschaft kommt. Ferner wird die Bildung von überregionalen Zentren für einzelne Bereiche angeregt (z. B. kardiologische Übergangsbereiche, Stoffwechsellzentren für die Lebenszeit an vier bis fünf Standorten in Deutschland). Neben der medizinischen Betreuung wird auch eine breit gefächerte Beratung (z. B. Beruf, Sport), psychologische Betreuung sowie eine spezialisierte Betreuung (z. B. Kinderwunsch) als notwendig erachtet. Erwünscht werden eine fachliche Fortbildung zu den Eigenheiten der jeweiligen Erkrankung sowie ein Case Management mit geschultem Personal sowie der Einbezug der Selbsthilfe.

Es wird außerdem die Bildung von Sozialmedizinischen Zentren für Erwachsene analog den SPZ empfohlen, die die Kompetenz der unterschiedlichen Beteiligten über die rein medizinische Versorgung hinaus bündeln (regionale Netzwerke gemeinsam mit den SPZs zur Übergangsversorgung, Verbesserung des Informationsflusses). Das Konzept dieser integrierten Übergangsversorgung wird mit der Komplexleistung in der interdisziplinären Frühförderung nach § 30 und § 56 SGB IX zur Abdeckung auch der nicht-medizinischen Bereiche (primär keine Kassenleistungen) verglichen.

Als weitere Anreize zur Vernetzung werden die Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V mit Populationsbezug sowie strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V genannt. Diese können zur Verbesserung der Versorgung von jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen genutzt werden¹³¹.

4.4 Maßnahmen zur Verbesserung der Übergangsversorgung

527. Nachdem bislang die Problematik der Übergangsversorgung auch aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizinern thematisiert und Lösungsvorschläge erarbeitet sowie evaluiert wurden, verlagert sich der Schwerpunkt der Diskussion jetzt auf die Aufnahme dieser Ansätze in die Erwachsenenversorgung. Als Ziel dieser Entwicklung soll angestrebt werden, die Transition in die Routineversorgung zu integrieren und als eine normale, geplante und erwünschte Maßnahme zu betrachten. Dies macht eine Schulung der Professionen sowohl in den pädiatrischen Einrichtungen als auch in der Erwachsenenmedizin notwendig (McDonagh 2005). Ein besseres Verständnis für das Thema und die Fortbildung der Mitarbeiter garantieren zwar noch keine Verhaltensänderung, es gibt jedoch hinreichende Evidenz, dass beispielsweise die Vorstellung der jungen Patienten in Erwachsenenkliniken vor einer Transition das Engagement in Erwachsenenereinigungen fördert (Steinbeck et al. 2007).

528. Als Ziele der Transition werden u. a. genannt (AAP et al. 2002; McDonagh 2005):

- Bereitstellung einer koordinierten und kontinuierlichen Gesundheitsversorgung mit hoher Qualität (patientenzentriert, an Alter und Entwicklung angepasst, kulturell annehmbar, flexibel und umfassend),
- maximaler lebenslanger Funktionserhalt,
- Förderung der Kommunikations- und Entscheidungsfähigkeit, Selbstbestimmung und -versorgung,
- Stärkung der Wahrnehmung für Selbstkontrolle,
- Unterstützung der Eltern/Betreuer während der Transition.

529. Die zeitliche Koordinierung von Abläufen innerhalb des Transitionsprozesses hängt von vielen Faktoren

¹³⁰ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen.

¹³¹ Die Einführung von Übergangssprechstunden oder einem neuen Versorgungsmanagement speziell für Adoleszente wird dann nicht als erforderlich angesehen.

ab (Tabelle 57) und muss für jeden Patienten individualisiert und flexibel gestaltet werden (McDonagh 2005; AAP et al. 2002); das gilt auch für den Programminhalt (Brumfield/Lansbury 2004). Zeit und Ort sind wichtige Aspekte bei der Planung von Transitionsprogrammen, da klinische Konsultationszeiten bei der pädiatrischen Versorgung oft länger dauern als bei der Erwachsenenbetreuung.¹³²

Tabelle 57

Bestimmende Faktoren für den Zeitpunkt einer Transition und eines Transfers

chronologisches Alter
körperliche und kognitive Reife
Befolgen der Therapie
aktueller gesundheitlicher Zustand
Unabhängigkeit bei der gesundheitlichen Versorgung
Vorbereitung des jungen Patienten und seiner Familie
Bereitschaft der jungen Person
Bereitschaft der Eltern/Betreuer
Verfügbarkeit eines adäquaten Erwachsenenpezialisten

Quelle: McDonagh 2005

530. Einer der wesentlichen Grundsätze der Übergangsvorsorgung ist die Einbeziehung der Familie in den Prozess. Ein Fehlen der elterlichen Unterstützung während der Jugend- und Übergangszeit kann zu negativen Ergebnissen führen (z. B. eine schlechtere Adhärenz der Medikation) (Lurie et al. 2000). Eltern fungieren als Informationsvermittler zwischen den primärversorgenden Pädiatern und den pädiatrischen Subspezialisten (McDonagh et al. 2006). Da Eltern sich bei dieser Rolle unterschiedlich wohlfühlen, sollten sie nur in dem von ihnen erwünschten Maße in die Informationsvermittlung einbezogen werden. Dies setzt eine bessere Kommunikation zwischen den beiden Professionengruppen voraus (Stille et al. 2007).

Eine optimale Transition von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung erfordert eine psychosoziale Anamnese der mit Kinderkrankheiten aufgewachsenen Patienten. Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei Jugendliche mit Malignomen im Kindesalter oder im Endstadium einer Nierenerkrankung, da vor allem bei diesen jungen Menschen die Autonomie, die psychosexuelle und soziale Entwicklung im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen verzögert eintritt (Stam et al. 2005).

Für die jungen Erwachsenen wird eine bessere Vorbereitung auf die Art der Versorgung in den Erwachsenenzentren gewünscht. Sie sollten mehr auf die Differenzen zur pädiatrischen Versorgung aufmerksam gemacht sowie vor

dem Transfer dem zukünftigen Team vorgestellt werden (McCurdy et al. 2006). Die jungen Erwachsenen selbst ziehen es auch vor, das Erwachsenenteam vor dem Transfer kennenzulernen (Boyle et al. 2001); (Kipps et al. 2002; Shaw et al. 2004a). Einig sind sich alle Autoren, dass sich der Zeitpunkt des Transfers der Patienten vom Pädiater zum Erwachsenenmediziner nicht allein nach dem Alter richten darf, sondern dass unter Berücksichtigung der bio-psychosozialen Entwicklung individuell darüber entschieden werden sollte.¹³³

Das Ausmaß des Informationsbedarfs der jungen Menschen ist potenziell breit und überschreitet oft den Bereich medizinischer Aspekte. Eine genaue Kenntnis der kognitiven Entwicklung sowie der relativen Auswirkung der chronischen Erkrankung auf die Entwicklung sind bei der Planung der Transition für diese jungen Menschen wichtig, insbesondere die Schulung über Gesundheit und Krankheit, der Prozess der Entscheidungsfindung sowie die Selbstversorgung. Daher müssen auch bestimmte Faktoren berücksichtigt werden, die die kognitive Entwicklung zusätzlich beeinträchtigen (u. a. Medikamentennebenwirkung, Schmerzen, Müdigkeit, Schulfehlzeiten) (McDonagh 2005).

531. Erwachsenenmediziner sollten das individuelle Entwicklungsstadium der jungen Menschen beachten, um die Versorgung adäquat planen zu können. Sowohl der Erwachsenenmediziner, der Hausarzt als auch der Patient sollten relevante Unterlagen zur Transition erhalten. Pädiater können Checklisten zur Beurteilung der Autonomie der Jugendlichen benutzen, mit denen die Bereitschaft der Jugendlichen zum Wechsel in die Erwachsenenmedizin eingeschätzt wird. Beim ersten Termin in der Erwachsenenmedizin ist es ratsam, den Jugendlichen eine Kontaktperson zuzuweisen, an die sie sich im Bedarfsfall wenden können. Neben einer Einstellungsveränderung auf Seiten der Ärzte ist auch die Unterstützung durch das Krankenhausmanagement sowie die Sicherungstellung einer adäquaten Finanzierung eine notwendige Bedingung (Kennedy et al. 2007).

532. Leistungserbringer können die Übergangsvorsorgung unterstützen, indem sie eine klare Transitions politik, Richtlinien, Ziele und Erwartungen entwickeln, die auf individuelle Situationen angewandt werden können (Tabelle 58). Für junge Erwachsene und ihre Familien wird eine Schulung angeregt, damit sie mit den Versorgungssystemen für Erwachsene interagieren können. Eine gute Möglichkeit besteht darin, die Interaktion zwischen den jugendlichen Patienten und denen, die sich nach einer Transition bereits in der Erwachsenenversorgung befinden, zu fördern. Veränderungen sollen vorausgesehen und ein flexibler Plan für die Zukunft entworfen werden (*life maps*). Der Fokus wird auf persönliche und medizinische Unabhängigkeit sowie problemlösende Orientierung gelegt (Reiss/Gibson 2002).

¹³² Zeit ist erforderlich, um Patienten unabhängig von ihren Eltern zu treffen, ihre versteckten Anliegen zu erforschen, Gelegenheiten für Gesundheitsförderung zu finden, die Fähigkeit zur Selbstfürsorge zu trainieren und die Bedürfnisse der Eltern zu berücksichtigen (McDonagh 2005).

¹³³ Einer Umfrage zufolge waren sich Eltern (n=753) und Leistungserbringer (n=141) nahezu einig über das ungefähre Alter, ab dem die Jugendlichen von der Pädiatrie in die Erwachsenenversorgung überführt werden sollen (Eltern: ca. 17 Jahre, Leistungserbringer: ca. 18 Jahre) (Geenen et al. 2003).

Tabelle 58

**Wesentliche Elemente einer erfolgreichen
Übergangsversorgung**

frühzeitige Vorbereitung
Betrachten der Transition als ein Kontinuum
schriftliche Festlegung der Transitions politik, die von allen Mitgliedern des multidisziplinären Teams unterstützt wird
flexible Handhabung bei der Wahl des richtigen Zeitpunkts für Abläufe
Bestimmung eines verantwortlichen Mitarbeiters für jeden einzelnen Patienten
Vorbereitungszeit für Patient und Eltern
speziell entwickeltes Informationsmaterial über Erwachsenenstationen, Besuch der Erwachsenen einrichtung und Treffen des Teams
Schulungsprogramm für Patient und Eltern, das auf medizinische, psychosoziale und schulische/berufliche Aspekte gerichtet ist
schriftlicher individualisierter Übergangsversorgungsplan ab dem Alter von 14 Jahren in Zusammenarbeit mit dem jungen Erwachsenen und seinen Eltern, der regelmäßig und bei jedem Transfer überprüft und aktualisiert wird
Netzwerk aus allen an der Versorgung/Betreuung Beteiligten
Zusammenarbeit der Teams zur Planung des individuellen Transfers, gemeinsame Übergabeklinik, Konferenzen für Familien von Kindern mit komplexen Krankheiten
administrative Unterstützung mit Bereitstellung einer zugänglichen Zusammenfassung der medizinischen Daten
Zusammenarbeit mit lokalen/regionalen Selbsthilfegruppen
Schulungsprogramm für Pädiater und Erwachsenenteams in der Jugendmedizin
Übernahme derselben Richtlinien in die Ausbildungs- und Zertifizierungskriterien der niedergelassenen Ärzte
Evaluation und Überprüfung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an AAP et al. 2002; Por et al. 2004; Scal 2002

533. Einrichtungen für Erwachsene weisen in der Regel eine weniger interdisziplinäre und stärker fragmentierte Struktur auf als pädiatrische Einrichtungen. Die gegenseitige Anerkennung der Unterschiede in der Praxisphilosophie und im Stil der Betreuung ist für erfolgreiche Transitionsdienste und deren Weiterentwicklung förderlich

(McDonagh 2005). Eng zusammenarbeitende Übergabestrukturen würde für Patienten bedeuten, dass beide Teams eine Versorgungsphilosophie teilen und ihre gegenseitige professionelle Beurteilung respektieren (Fox 2002).

534. In der Adoleszenzphase soll der Arzt den Jugendlichen schrittweise zur Verantwortungsübernahme heranzuführen. Dabei ist den Jugendlichen das Gespräch mit dem Arzt ohne seine Eltern für wenigstens einen Teil der Konsultationen anzubieten. Wissen und Fertigkeiten müssen an den Jugendlichen vermittelt werden, unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht auf Wunsch auch gegenüber den Eltern, sofern keine ernsthafte Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegt und die Urteilsfähigkeit des Jugendlichen für jede Situation neu beurteilt wird. Doch aus Sicht der Heranwachsenden wird dies nur von einem Teil der Ärzte adäquat erfüllt (Rutishauser 2006)¹³⁴.

Neben den medizinischen Behandlungsstrategien zur Verbesserung der Überlebensraten ist die Verbesserung der sozialen und emotionalen Kompetenz der jungen Menschen mit chronischen Krankheiten sowie ihr Selbstmanagement von großer Bedeutung (Sawyer et al. 2007a). Für eine erfolgreiche Transition ist es auch wichtig, dass junge Menschen die Auswirkungen von Krankheiten und eventuellen Behandlungen auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit verstehen (McDonagh 2005).

535. Von wesentlicher Bedeutung ist eine kontinuierliche Dokumentation des Behandlungsverlaufes von jungen Menschen mit chronischen Erkrankungen, die an einem Übergangsprogramm teilnehmen. Die Bedürfnisse der jungen Patienten, ihr Wohlbefinden sowie der Wunsch, ein normales Leben zu führen, sollten dabei berücksichtigt werden (Hergenroeder 2002). Der Informationstransfer zwischen den Einrichtungen kann zukünftig mit den Mitteln elektronischer Aufzeichnungen vereinfacht werden. Allerdings ist die Zusammenfassung der Informationen zeitaufwendig und wird nicht adäquat vergütet. Die Dokumentation könnte ggf. auch einer Person übertragen werden, die nicht über das komplette Wissen über den Patienten verfügt. Hierzu ist der Einsatz von einheitlichen Dokumentationsvorlagen eine potentielle Lösung (Steinbeck et al. 2007).

536. Zur Verbesserung der Qualität von Transitionsprogrammen sollte auf evidenzbasierte Interventionen zurückgegriffen werden. Als eine Möglichkeit zur Steigerung der Versorgungsqualität wird die qualitätsbezogene Vergütung (*pay for performance*) empfohlen. Eine effektive Übergangsversorgung kann die Kosten infolge teurer vermeidbarer Komplikationen mit (Wieder-) Einweisungen reduzieren bzw. vermeiden (Coleman/Berenson

¹³⁴ In einer Umfrage bei Jugendlichen in der Schweiz gaben 33 % der 13-jährigen und 52 % der 15-jährigen Jugendlichen an, dass sie das Vier-Augen-Gespräch mit dem Arzt wenigstens für einen Teil der Konsultationen als wichtig erachteten, allerdings hatten nur 18 %/ bzw. 20 % bei den 13- bzw. 15-Jährigen die Gelegenheit dazu. 79 % der 13-jährigen und 90 % der 15-jährigen Befragten gaben an, dass ihnen das Patientengeheimnis wichtig sei. Zudem wünschten sich 64 % der 13-Jährigen und 78 % der 15-Jährigen, dass der Arzt das Patientengeheimnis auf Wunsch hin auch gegenüber den Eltern wahrte, doch lediglich 26 % bzw. 27 % der Ärzte hatten diesen Aspekt mit den 13- bzw. 15-jährigen Patienten besprochen (Rutishauser et al. 2003).

2004). Es sollten ferner diejenigen Patienten identifiziert werden, die einem hohen Risiko eines „Transitionsversagens“ unterliegen und besonders von gezielten Interventionen profitieren würden (Coleman 2003).

537. Die Transition ist lediglich ein Teilaspekt des umfassenden Bedarfs zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Jugendlichen. Es werden zwar zusätzliche Ressourcen notwendig sein, doch Einstellungs- und Verhaltensänderungen sind in der Regel kostenneutrale Strategien, die nicht übersehen werden sollten (Viner 2008). Um die Transition zu verbessern, werden entweder eine bessere Vernetzung der Gesundheitsdienste oder die Entwicklung neuer Dienstleistungen gefordert, die den Transfer zum richtigen Zeitpunkt durchführen sowie eine gute Kommunikation und effektive Zusammenarbeit gewährleisten (Cowlard 2003).

4.4.1 Transitionsmodelle

538. Transition bezieht sich auf die Kontinuität der Versorgung, die in der pädiatrischen Einrichtung beginnt und die jungen Patienten ihren Platz in der Erwachsenenmedizin finden lässt. Es werden verschiedene Elemente und Ansätze in den Versorgungsprozess integriert. Für die Prozessbegleitung werden Übergangskordinatoren für Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr vorgeschlagen. Durch den Einsatz eines Koordinators nahmen ungeplante stationäre Aufnahmen von jungen Menschen unter 18 Jahren ab (Kennedy et al. 2007). Bei Mukoviszidose-Patienten konnte die Zeit bis zur Vervollständigung der Konsultationen signifikant reduziert, die Liegedauer um 1,35 Tage verkürzt werden; Patienten, Eltern sowie Leistungserbringer waren zufriedener (Rideout 2007). Da Ärzte wenig Zeit zur Koordination eines Transitionsprozesses haben,

übernehmen in vielen Transitionsmodellen examinierte Pflegekräfte diese Aufgabe (Kelly 1995). Als Case Manager können neben Pflegekräften auch Sozialarbeiter eingesetzt werden, die die Koordination zwischen den pädiatrischen und adulten Einrichtungen regeln (Betz/Redcay 2005; Rearick 2007; Yankaskas et al. 2004). ON TRAC (Taking Responsibility for Adolescent/Adult Care) ist beispielsweise ein Modell für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, bei dem klinische Behandlungspfade, Gesundheitsplaner und Arbeitshefte benutzt werden. Eine Pflegekraft wird als Transitionskoordinator eingesetzt, die einen Zeitplan erstellt, klinische Leitpfade initiiert und das Team der Erwachseneneneinrichtung informiert, wenn ein Patient für den Transfer bereit ist (Paone et al. 2006).

539. Es sind verschiedene Transitionsmodelle in den letzten Jahren entwickelt worden. Diese sind großenteils abhängig von lokalen Ressourcen, geographischen Variablen und vom Typ der Gesundheitsdienstleistung (McDonagh 2005). In Australien, Großbritannien und den USA sind Transitionskliniken oder Teams für junge Erwachsene mit multidisziplinärer Betreuung etabliert worden (Ansell/Chamberlain 1998). Eine multidisziplinäre Teambetreuung ist im Vergleich zu anderen Formen der Gesundheitsbetreuung nicht unbedingt mit höheren Kosten verbunden (Bent et al. 2002).

Die verschiedenen Modelle zur Übergangsvorsorgung haben einen unterschiedlichen Fokus (Tabelle 59). Diese schließen sich gegenseitig nicht aus, sondern können nach Bedarf kombiniert werden. Es kann z. B. das Modell der sequentiellen Transition (Unterstützung) und das Modell der die Reife berücksichtigenden Transition parallel angewandt werden. Die Evidenz hierzu ist allerdings limitiert (Forbes et al. 2002).

Tabelle 59

Transitionsmodelle zur Förderung der Kontinuität

Modell	Beschreibung
Modell 1: Direkte Transition	Einzelner Schritt von der Pädiatrie in eine Erwachsenenklinik mit Betonung auf den Prozessablauf (gute Kommunikation und Zusammenarbeit der Einrichtungen). Modell geeignet, wenn die Rolle der jungen Person sich nicht signifikant ändert und die Person mit seiner Krankheit/Behinderung fähig ist, die Versorgungsangebote zu nutzen.
Modell 2: Sequentielle Transition	Entwicklung von speziellen Diensten für junge Menschen (Jugendklinik, Klinik für junge Erwachsene), damit sie sich auf die Erwachsenenversorgung einstellen. Das Modell ist besonders wichtig, wenn die Rolle und die Verantwortlichkeiten der jungen Patienten sich signifikant ändern.
Modell 3: Entwicklungsorientierte Transition	Fokus auf persönliche Entwicklung und Wachstum der jungen Person (Schulung von Fähigkeiten, Anpassung an die neue Versorgungsrolle und Maximierung des Potentials, Neudefinition der Rolle der Familie). Das Modell kann insbesondere für vulnerable junge Menschen und solche mit körperlichen Entwicklungs- oder Lernstörungen geeignet sein.
Modell 4: Einrichtungorientierte Transition	Fokus liegt mehr auf den Einrichtungen als auf der einzelnen Person. Expertisen austausch zwischen Kinder- und Erwachseneneneinrichtungen sowie Entwicklung einer individuellen Kontinuität. Dieses Modell kann vor allem bei Fällen mit kurzer Lebenserwartung angewendet werden oder wenn die Betreuung schwerpunktmäßig in einer Versorgungseinheit lokalisiert ist, z. B. für Mukoviszidose oder HIV und AIDS.

Quelle: Forbes et al. 2002; McDonagh 2005; While et al. 2004

Andere Transitionsmodelle legen den Schwerpunkt auf die

- Krankheit (basiert auf Management der spezifischen Krankheit)
- Primärversorgung (vom Hausarzt koordiniert)
- Jugendlichen (von Jugendmedizinern koordiniert)

Auch bei diesen Ansätzen ist nicht bekannt, welches der Modelle das Problem am besten löst. Internationale, regionale und lokale Charakteristika müssen dabei berücksichtigt werden. Das krankheitsbasierte Modell wird vermutlich für viele Länder am geeignetsten sein, da es den Strukturvoraussetzungen des jeweiligen Gesundheitssystems entspricht. Welches Modell dabei gewählt wird, hängt von Einrichtungen und Ressourcen (personelle, logistische, finanzielle) sowie von der geografischen Gegebenheit ab. Für das Modell der Primärversorgung wird wahrscheinlich keine entsprechende Erfahrung bei manchen seltenen Erkrankungen mit Transitionsbedarf vorliegen, und auf Jugendliche fokussierte Gesundheitsdienste werden zumeist nicht hinreichend in den Einrichtungen ausgebaut sein (Robertson 2006).

4.4.2 Rolle der Primärversorgung in der Transition

540. Es ist wenig zur Rolle der Primärversorgung im Zusammenhang mit der Transition veröffentlicht worden (Scal 2002). In einer älteren Studie in den USA wurden Transitionsprogramme aus 1 025 Einrichtungen auf lokaler, regionaler, bundesstaatlicher und nationaler Ebene identifiziert. 122 Einrichtungen mit interdisziplinären Transitionsprogrammen haben vollständig auf 163 Fragen geantwortet. 38 % der Programme legten den Fokus auf Jugendliche, 36 % auf die Krankheit und 26 % auf die fachärztliche Versorgung. Nur wenige Programme basierten auf der Primärversorgung. Im Allgemeinen erreichen selbsternannte Transitionsprogramme nicht das Ziel von kooperierenden, koordinierten und integrativen Diensten für Jugendliche mit chronischen oder behindernden Erkrankungen (Scal et al. 1999).

541. Bei einer Umfrage von Mukoviszidose-Patienten gaben 69 % an, dass der Pulmonologe ihr hauptsächlich betreuender Arzt sei, obwohl 78 % einen Hausarzt hatten (Zack et al. 2003). Junge Patienten mit chronischen Erkrankungen könnten annehmen, dass ihre hausärztliche Versorgung im Rahmen der häufigen Arztbesuche bei Spezialisten automatisch mit abgedeckt wird, doch können Spezialisten oft primärärztliche Aufgaben nicht adäquat berücksichtigen, da sie sich nicht in dieser Rolle sehen und nicht die notwendigen Voraussetzungen haben. Daher wird eine Neudefinition der Rolle der Primärversorger bei der Betreuung junger chronisch kranker Patienten und die Vermeidung ihrer Marginalisierung im Hinblick auf die Versorgung komplexer spezifischer Erkrankungen gefordert (Rosen 2004). In jedem Fall kommt der primärärztlichen Versorgung von jungen Pati-

enten im Transitionsprozess eine wichtige Bedeutung zu, die über die Versorgung der eigentlich zur Transition führenden chronischen Erkrankung hinausgeht (Zack et al. 2003).

542. Laut einer Studie in der Schweiz konsultieren Jugendliche in der Regel Pädiater oder Allgemeinmediziner, die sich laut Umfragen jedoch oft nicht hinreichend kompetent in der Behandlung von Adoleszenten fühlen (Rutishauser/Navratil 2004). Dieses bekannte Problem hat beispielsweise in den USA dazu geführt, dass die Academy of Pediatrics im Jahre 1979 die Society for Adolescent Medicine gegründet hat und die Adoleszentenmedizin seit 1995 zu einer zertifizierbaren Subspezifität der Pädiatrie wurde. Kanada, Australien¹³⁵ und auch europäische Länder haben ebenfalls die Bedeutung der altersentsprechenden Betreuung von Jugendlichen erkannt (Rutishauser/Navratil 2004).

4.4.3 Jugendstationen

543. Es gibt vereinzelt Evidenz zur Effektivität von Jugendstationen. Die Daten einer englischen Studie unterstützen die kontinuierliche Entwicklung von Jugendstationen in größeren Krankenhäusern und Kinderkliniken. Es wurden Kinder-, Jugend- und Erwachsenenstationen hinsichtlich der Qualität der Versorgung und Patientenzufriedenheit verglichen¹³⁶. Demnach verbessern Jugendstationen im Vergleich zu Kinder- und Erwachsenenstationen Aspekte der Versorgungsqualität. Insbesondere ältere Jugendliche (15-17 Jahre), von denen 18 % auf Jugendstationen, 16 % auf Erwachsenenstationen und der Rest auf Kinderstationen betreut wurden, bewerteten die allgemeine Versorgung auf Jugendstationen besser als auf Erwachsenenstationen. Auch nach Ansicht der 12- bis 14-Jährigen, von denen 10 % in Jugendstationen, 0,4 % in Erwachsenenstationen und die Übrigen in Kinderstationen untergebracht waren, waren die Jugendstationen den Kinderstationen überlegen (Viner 2007).

544. Die wesentlichen Ergebnisse einer Befragung von Ärzten, Psychologen, Pharmazeuten, Krankenpflegern sowie Physiotherapeuten in einem englischen Lehrkrankenhaus zeigen einen Bedarf an geplanten Transitionsprogrammen, die durch klinische Protokolle und eine von Spezialisten geführte Jugendstation unterstützt werden sollen (Por et al. 2004). Gemäß einem nationalen Bericht in Großbritannien über die Belegung von Krankenhausbetten durch junge Menschen im Alter von 12 bis 19 Jahren steigt die Belegung durch Jugendliche entgegen der Annahme, dass Jugendliche selten Krankenhäuser nutzen würden (Por et al. 2004).

¹³⁵ Australien übernimmt zunehmend die akademische Führungsrolle für Adoleszentenmedizin. Derzeit gibt es Bemühungen, eine Ausbildungsagenda für Gesundheitsberufe zu bilden, die junge Personen betreuen (Sawyer et al. 2007b).

¹³⁶ Die 12- bis 17-jährigen Teilnehmer wurden bezüglich der Qualitätsindikatoren allgemeine Versorgung, Respekt, Sicherheit, Vertraulichkeit, Kommunikation, Teamarbeit, Lärmbelästigung und Freizeitmöglichkeiten befragt.

4.4.4 Länderbeispiele mit Transitionsprogrammen

4.4.4.1 International

USA

545. In den USA sind zahlreiche Transitionsprogramme entwickelt worden. Seit der Konferenz des US-amerikanischen Surgeon General (Leiter des United States Public Health Services) im Jahre 1989 zur Übergangsversorgung hat sich die Transition zu einem wichtigem Thema unter den Jugendlichen, ihren Eltern und Public Health Experten entwickelt (Scal 2002). Gesundheitsministerien der Bundesstaaten (z. B. Kentucky, Maryland, Missouri, Washington) haben Behandlungspfade, Projekte und andere Maßnahmen zur Transition gefördert. Auch Universitäten bieten hierzu Initiativen an wie z. B. eine Internetseite der Universität von Wisconsin (family village 2008) oder die Initiative der Universität von Florida mit dem Children's Medical Services Programm (CMS) des Department of Florida, die u. a. Handbücher und Checklisten für Eltern sowie Arbeitsbücher und Informationen für Jugendliche und junge Erwachsene mit besonderem Versorgungsbedarf herausgeben (CMS 2008).

Australien

546. Mehrere australische Bundesstaaten haben definierte Transitionsprogramme entwickelt. Beispielsweise fördert das New South Wales (NSW) Department of Health seit 2004 das Greater Metropolitan Clinical Taskforce (GMCT) Programm. Ein Programmmanager leitet drei Transitionskoordinatoren, die an Erwachsenenkliniken in NSW angesiedelt sind und mit drei Kinderkliniken kooperieren. Der Zeitpunkt der Transition ist individualisiert, fällt jedoch gewöhnlich mit dem Ende der Schulzeit zusammen (normal 18 Jahre) (Steinbeck et al. 2007). Die Transition im frühen (12 bis 14 Jahre), mittleren (15 bis 16 Jahre) und späten (17 bis 18 Jahre) Stadium wird anhand von Checklisten für Klinikärzte und für Patienten geplant. Die Arbeitsgruppe hat Checklisten für Mukoviszidose, Diabetes, gastrointestinale Erkrankungen und Spina bifida verfasst. Derzeit werden Daten zu Prozessen und zum Bedarf an Ressourcen gesammelt sowie eine Internetseite für einen schnellen Zugang zu Informationen und Unterstützung erstellt. Ferner wird eine bundesstaatliche Datenbank zur Erfassung von jungen Personen beim Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenversorgung aufgebaut, deren Ergebnisse evaluiert und für künftige Planungen verwendet werden sollen (NSW HEALTH 2008).

Großbritannien

547. Die britische Regierung hat in einem Bericht im Jahre 1997 betont, dass der medizinischen Versorgung von Jugendlichen eine höhere Priorität eingeräumt werden soll und dass der Transfer von Kinder- zu Erwachsenen-einrichtungen vor allem junger Menschen mit speziellem medizinischen Bedarf besondere Aufmerksamkeit erfordert (House of Commons Select Committee on Health 1997). Die Bedeutung der Übergangsversorgung

wird seitdem hervorgehoben; so hat das britische Gesundheitsministerium das Thema in seinem nationalen Rahmenprogramm für Kinder aufgegriffen (Department of Health 2003). Es wurde ferner ein Leitfaden zur Übergangsversorgung von Jugendlichen für das Pflegepersonal erstellt, der ein praktisches Rahmenprogramm zur Arbeit mit Jugendlichen in frühen (12 bis 14 Jahre), mittleren (14 bis 15 Jahre) und späten (15 bis 16 Jahre) Altersstufen sowie einen klinischen Behandlungspfad für Jugendliche enthält. Die Transition wird anhand einer Checkliste geplant und die Effektivität dokumentiert (Royal College of Nursing 2004).

4.4.4.2 Deutschland

548. In den letzten Jahren sind vereinzelt Programme zur Verbesserung der Übergangsversorgung entstanden, die im Folgenden beispielhaft aufgeführt werden:

– Kieler Modell

Zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Behandlung von Patienten mit seltenen und komplizierten endokrinologischen Krankheiten wurde an der Universitätsklinik Kiel das „Kieler Modell“ entwickelt, das den Übergang in die Erwachsenen-Endokrinologie ermöglichen soll. Die stufenweise Übergabe beinhaltet im Wesentlichen:

1. Wenn eine Behandlung in der Pädiatrie beendet werden soll, wird der Internist/Endokrinologe frühzeitig in die pädiatrische Sprechstunde eingebunden.
2. Patient und Internist werden sich in der pädiatrischen Sprechstunde vorgestellt; der Patient wird auf Veränderungen durch den Wechsel vorbereitet. Je nach Komplexität des Krankheitsbildes werden ein bis drei gemeinsame Sprechstundentermine angeboten.
3. Der Internist/Endokrinologe bekommt frühzeitig einen detaillierten Abschlussbericht.
4. Auf Wunsch des Patienten bzw. seiner Eltern ist der Pädiater am ersten Termin beim Internisten anwesend.
5. Alle Berichte vom Internisten werden nachrichtlich an den Pädiater weitergeleitet, der bei Problemen miteinbezogen wird.

Das Modell hat sich bei zahlreichen endokrinologischen Erkrankungen bewährt (Mönig/ Sippel 2000).

– Transitionsprogramm für Jugendliche mit besonderem Bedarf an Gesundheitsversorgung und -förderung der DRK-Kliniken Berlin-Westend

Die DRK-Kliniken Berlin-Westend führen seit März 2008 ein von der Robert Bosch Stiftung gefördertes Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und Kostenträgern unter wissenschaftlicher Begleitung des IGES Instituts durch. Ziel des Projektes ist eine Konzepterstellung für eine strukturierte Transition exemplarisch für Diabetes mellitus Typ 1 und Epilepsie, die in ein Vertragsmodell zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (z. B. auf Basis eines Vertrags zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V) einfließen soll.

Das Modell soll auch auf andere chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter übertragbar sowie in andere Vertragsarten integrierbar sein. Das Projekt könnte als Modell für eine flächendeckende Einführung einer strukturierten, qualitätsgesicherten und vergüteten Transition dienen (DRK Kliniken Berlin-Westend/ IGES Institut GmbH 2008).

– EMAH-Task Force

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) hat im April 2004 eine interdisziplinäre Task Force zur Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern in Kooperation mit mehreren Fachgesellschaften und Patientenvertretern eingerichtet. Ziele und Aufgaben der Task Force waren (Kaemmerer/Breithardt 2006):

1. Empfehlung von Strukturen der interdisziplinären Versorgung von EMAH,
2. Leitlinien für die Behandlung und
3. Vorschläge von Curricula für Fort- und Weiterbildung von Ärzten

Die Task Force hat in der Zwischenzeit mehrere Empfehlungen veröffentlicht (s. Abschnitt 4.2.3).

– Schulungsprojekt „endlich erwachsen“

Das Schulungsprogramm wurde 2003 von der pädiatrischen Nephrologie der Medizinischen Hochschule Hannover in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium für Heimdialyse und Nierentransplantation e. V. und der Erwachsenenephrologie entwickelt. Das Wochenseminar besteht aus sechs Komponenten (www.haeverlag.de/nae/nbeitrag.php?id=743):

1. Medizinische Informationen über Krankheit, Therapie und Begleiterkrankungen,
2. Informationen über Medikamente und ihre Wirkung,
3. Bewegung und Sport,
4. Ernährung,
5. psychosoziale Begleitung und Stressbewältigung und
6. Schule, Ausbildung und Beruf

Darüber hinaus werden Wochenendseminare mit spezifischen Themen wie familiäre und berufliche Pläne angeboten.

4.4.5 Evidenzlage zu Transitionsprogrammen

549. Während der letzten Jahrzehnte wurde der Aspekt der Transition viel diskutiert, Bedarfsanalysen dazu durchgeführt und Transitionsrichtlinien entwickelt (AAP et al. 2002), doch Effektivitäts- und Effizienzuntersuchungen zu Transitionsmodellen fehlen weitgehend. Der Mangel an robuster Evidenz verhindert wiederum die Unterstützung der Übergangsvorsorgung (McDonagh/Viner 2006). Es gibt zwar allgemeine Richtlinien für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, die eine Transition von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin durchlaufen, doch sind nur wenige Studien zur Evaluation von Transitionsprogrammen vorhanden (Craig et al. 2007). Es fehlen

vergleichende Studien, Untersuchungen zu Langzeitergebnissen sowie zur Kosteneffektivität (McDonagh 2005; Minden et al. 2005). Die Effekte nach einer Einführung von Übergangssprechstunden sind schwierig nachweisbar, da sie häufig auf subjektiven Beurteilungen von Betroffenen beruhen. Objektive Daten, wie z. B. selteneres Auftreten von Komplikationen, könnten durch aufwendige Studien erfasst werden (Lausch/ Reincke 2004). Einzelne ältere Studien belegen den Nutzen der Transitionsprogramme für verschiedene chronische Krankheiten¹³⁷ mit einer besseren Krankheitskontrolle und Lebensqualität. Auch Patienten bewerten solche Betreuungsformen positiv, da sie dadurch ihre Lebensqualität und Krankheitskontrolle erhöhen und ihre Teilhabe in der Gesellschaft verbessern (Bent et al. 2002). Ein Audit eines Transitionsprogramms zeigte allerdings, dass die Betroffenen den Übergangsprozess noch als sehr Stress beladen erleben (Cowlard 2003).

550. Trotz Fortschritten in der Forschung zur Übergangsvorsorgung gibt es einen Mangel an Forschung und Literatur hinsichtlich der praktischen Anwendung von Transitionsprogrammen. Es gibt weder Definitionen zu signifikanten Kurz- und Langzeitergebnissen, zur Frage einer guten Transition, noch gibt es klare Methoden zur Messung der Ergebnisse. Es existiert immer noch keine Übereinkunft über die praktikabelsten Modelle für eine Übergangsvorsorgung (Chira/Sandborg 2004). Die Erprobung und Evaluation von Transitionsprogrammen wird die Evidenzlage verbessern; dies kann zur Ausbildung sowie zur Ressourcen- und Personalverteilung im Gesundheitswesen herangezogen werden (Steinbeck et al. 2007).

4.5 Fazit und Empfehlungen

4.5.1 Fazit

551. Die Transition in der Gesundheitsversorgung meint hier die Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet. Die Transition ist ein multidimensionaler und multidisziplinärer Prozess, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse der Jugendlichen beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin umfasst, sondern auch psychosoziale, schulische und berufliche Aspekte einschließt. Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, hingegen ist der Transfer als einzelnes Übergangsereignis eine Komponente der Transition.

552. Internationale Erfahrungen, lokale deutsche Projekte und die wissenschaftliche Literatur ergeben folgendes Bild zur Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter:

- Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung besteht die Gefahr einer Unterversorgung, die in erster Linie durch mangelnde Koordina-

¹³⁷ Z. B. JIA: (Rettig/Athreya 1991), Diabetes mellitus: (Orr et al. 1996; Salmi et al. 1986) und Mukoviszidose: (Nasr et al. 1992; Zack et al. 2003).

tion der Prozesse bedingt ist. Diese Unterversorgung ist bei mehreren chronischen Erkrankungen des Kindesalters gut dokumentiert und äußert sich z. B. durch eine Zunahme der Therapieabbrüche oder mangelnder Medikamenteneinnahme (mit der Folge z. B. erhöhter Transplantatabstoßungsraten bei nierentransplantierten Kindern).

- Einige wichtige Gruppen chronischer Erkrankungen im Kindesalter, bei denen die Transition eine Rolle spielt, sind (u. U. seltene) endokrinologische Erkrankungen einschließlich des Diabetes mellitus Typ 1, die Mukoviszidose, komplexe angeborene Herzfehler, terminale Niereninsuffizienz und die juvenile rheumatoide Arthritis.
- In der Folge der Koordinationsdefizite finden Transfers in die Erwachsenenversorgung ungeplant, z. T. im Rahmen von Notfallsituationen statt und lassen keinen Raum für eine koordinierte Begleitung der jungen Erwachsenen im Übergangsprozess.
- Die Bedeutung des Mangels an Koordination wird verstärkt durch die erfreuliche Tatsache, dass aufgrund innovativer Therapieverfahren das Überleben von chronisch kranken Kindern in der letzten Zeit soweit verbessert werden konnte, dass sie in der Regel das Erwachsenenalter erreichen und dort z. T. noch jahrzehntelang weiterbehandelt werden. Für die Erwachsenenmedizin ist dies eine neue, vorher nicht in diesem Maße gegenwärtige Aufgabenstellung.
- Weitere wichtige Faktoren sind in der unterschiedlichen Organisation der Versorgung zu sehen, im pädiatrischen Bereich eher ganzheitlich und familienorientiert, im Erwachsenenalter eher organspezifisch und personenbezogen. Damit verbunden sind auch verschiedene Behandlungsstile, im Kindesalter eher paternalistisch und den Ausgleich mit den Angehörigen suchend (triangulär), im Erwachsenenalter eher die Autonomie des Einzelnen betonend (bipolar). Aufseiten der Patienten fällt dies zusammen mit einem Wandel des Behandlungsbedarfs, denn während der Pubertät stehen neben der chronischen Erkrankung andere Fragen wie Sexualität, Ablösung vom Elternhaus und Planung des beruflichen Lebens im Vordergrund.

553. In einer Umfrage bei beteiligten Institutionen in Deutschland, die der Rat im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchführte, ließen die Aussagen, Begründungen und Empfehlungen der Befragten vielfach erkennen, dass die Organisationen sich intensiv mit der beschriebenen Situation der Übergangsvorsorgung und ihren Rahmenbedingungen befassen, die verfügbaren Daten aber derzeit noch keine zuverlässigen Aussagen zum Ausmaß eventueller Über-, Unter- und Fehlangebote erlauben. Die meisten der befragten Institutionen weisen auf ein Unterangebot hin. Hier besteht noch Forschungsbedarf.

In der Konsequenz muss das Thema des Übergangs bzw. der Transition als Problem der Verantwortung der beteiligten Berufsgruppen und Fachdisziplinen, aber auch als Problem der Versorgungsstrukturen und der Finanzierung

verstanden und in der aktuellen Diskussion angegangen werden. Eine spezifische Vergütung des erhöhten Aufwandes im pädiatrischen und Erwachsenenbereich fehlt, zumindest für die Phase des Übergangs.

554. Zu folgenden Herangehensweisen existieren internationale und in beschränktem Rahmen auch deutsche Erfahrungen:

- Die Transition ist ein Prozess und nur in den seltensten Fällen ein punktuell Geschehen. Der junge Patient muss Schritt für Schritt in die neue Situation begleitet werden.
- Forschungsergebnisse zeigen, dass eine individualisierte Herangehensweise zur Transition erforderlich ist. Der Patient sollte über den Zeitpunkt des Übergangs zur Erwachsenenmedizin selbst (mit-)entscheiden. Die Transitionsplanung sollte Teil aller klinischen Programme für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf werden. Die Einbeziehung junger Patienten und ihrer Familien in die Entwicklung von Transitionsprogrammen ist dabei wünschenswert.
- Übergangssprechstunden sind ein gutes Mittel, um eine erfolgreiche Behandlung sowie eine nachhaltige Adhärenz zu erzielen. Bei Übernahme der Patienten durch die Erwachsenenmediziner ist eine Evaluation der bisherigen pädiatrischen Therapie empfehlenswert und mit dem weiterbehandelnden Mediziner abzustimmen. Der übernehmende Arzt sollte sich um eine intensive Zusammenarbeit mit dem Pädiater und anderen Disziplinen sowie um eine kontinuierliche Behandlung bemühen. Die Patienten sollten sich aktiv von den Pädiatern lösen können. Darüber hinaus ist eine Schulung des medizinischen Personals, des Patienten sowie seiner Familie erforderlich.
- Für den stationären Bereich ist in bestimmten Fällen (z. B. Kinderkardiologie, Kinderonkologie) die Etablierung von Übergangsstationen sinnvoll, d. h. eigene Stationen für Adoleszente.
- Übergangsstationen und Übergangssprechstunden müssen dem Krankheitsbild und den Bedürfnissen der Patienten angepasst werden. Zu unterscheiden sind vier Transitionskonzepte, die von der direkten über die sequentielle Transition (deutliche Rollenveränderung) und die entwicklungsorientierte Transition (individueller Zuschnitt) bis zu einrichtungsorientierten Konzepten reichen.
- Der Übergangs- bzw. Transitionsprozess ist immer vor dem Hintergrund der jeweiligen Familienstruktur zu sehen und muss die Bedürfnisse und Entwicklungsnotwendigkeiten der Familie mit einbeziehen. Gleichermaßen muss für den jungen Patienten neben der im Mittelpunkt der Transitionsproblematik stehenden Versorgung seiner chronischen Erkrankung die Möglichkeit der zusätzlichen primärärztlichen Versorgung eröffnet werden.

555. Transitionsprogramme wie in Australien, Großbritannien oder den USA fehlen bislang in Deutschland, es

gibt lediglich lokale Lösungsansätze von gemeinsamen Sprechstunden und interdisziplinär geführten Stationen, sodass die Versorgungslage als defizitär einzuschätzen ist. Es gibt einen dringenden Bedarf an Angebot, Schulung und Forschung zur Übergangsvorsorgung. Der Prozess sollte durch strukturierte Politik, Leitlinien und eine Evaluation nach der Transition geführt werden. Zur Qualitätssicherung von Transitionsprogrammen sind eine kontinuierliche Zusammenarbeit der multiprofessionellen Teams und deren interdisziplinäre Weiterbildung erforderlich.

4.5.2 Empfehlungen

556. Der Sachverständigenrat empfiehlt dem Gesetzgeber, den Organen der Selbstverwaltung, insbesondere dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den medizinischen Fachgesellschaften sowie den Stellen für Qualitätssicherung, sich des Themas der Transition von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung gezielt anzunehmen. Transitionsprogramme sollten auf Systemebene (z. B. Finanzierung), auf Ebene der Institutionen und auf der Ebene der Gesundheitsberufe ihren festen Platz haben. Die Transition ist dabei als ein Prozess zu verstehen, bei dem der Wechsel der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung aktiv und unter Beteiligung der jungen Patienten gestaltet werden sollte.

557. Basierend auf den Ergebnissen der durchgeführten Umfrage erscheinen folgende Maßnahmen empfehlenswert:

1. Verstärkte Förderung von Modellversuchen

Die Modelle für eine Übergangsvorsorgung sollen interdisziplinär unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Familien sowie der Selbsthilfegruppen entwickelt werden. Die verschiedenen Instrumente zur Förderung einer koordinierten Übergangsvorsorgung (z. B. Übergangssprechstunden, Jugendstationen und Schulungsprogramme) können zunächst an Universitätskliniken erprobt werden. Dabei können die Kliniken mit z. B. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) kooperieren, damit eine wohnortnahe Mitbetreuung erfolgen kann. Es sollte in Modellprojekten ebenfalls überprüft werden, ob die Etablierung von *medical homes* die Übergangsvorsorgung verbessert. Das Modell würde eine Koordination der Betreuung insbesondere bei Patienten mit psychischen und körperlichen Behinderungen sowie ihrer Familien vereinfachen. Nach der Evaluation können die Programme ggf. für eine flächendeckende Einführung und für eine Etablierung von ausgewiesenen Zentren für bestimmte seltene Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf herangezogen werden.

2. Aufnahme in den Katalog hochspezialisierter Leistungen nach §116b

Es ist zu prüfen, ob die multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter durch eine Ergänzung des Katalogs im § 116b SGB V gewährleistet werden kann. Der G-BA sollte prüfen, ob chronische Erkrankungen im Kindesalter

mit einem besonderen Bedarf an einer geregelten Transition mit den betreffenden Leistungen in diesen Katalog aufgenommen werden.

3. Stärkung der multiprofessionellen Perspektive

Eine geregelte Transition ist ein multiprofessionell zu gestaltendes Geschehen. Der Mehraufwand einer multiprofessionellen Betreuung ist bei den personellen Planstellen zu berücksichtigen und das Personal entsprechend zu qualifizieren. Auch die Kooperation mit Selbsthilfegruppen sollte gefördert werden.

4. Entwicklung der Qualitätssicherung

Zur Förderung der Qualitätssicherung und Steigerung des Wettbewerbs ist die Veröffentlichung des Angebots von Transitionsprogrammen in den Qualitätsberichten der ambulanten und stationären Institutionen empfehlenswert.

5. Erhöhung des Vernetzungsgrades der beteiligten Institutionen

Neben der besseren Koordination und Kooperation von Institutionen ist eine Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors unabdingbar für eine Verbesserung der nach Möglichkeit wohnortnahen Übergangsvorsorgung. Auf europäischer und internationaler Ebene ist die Vernetzung von Personal mit spezifischen Qualifikationen und Fachwissen über sehr seltene Erkrankungen sinnvoll.

6. Anpassung der Vergütung für eine interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern

558. Die Angebote müssen die notwendige Entwicklung der beteiligten Familien ebenso wie den Aspekt der primärärztlichen Versorgung berücksichtigen. Im Zusammenhang mit den weiteren im Gutachten gegebenen Empfehlungen zur Entwicklung von dezentralen, regional und populationsbezogen organisierten Versorgungssystemen mit partieller Zusammenführung von Finanzierung (Versicherungsfunktion) und Leistungserbringung ist auf die Transitionsproblematik besonderes Augenmerk zu legen. Der Rat ist der Ansicht, dass diese Strukturen dafür gut geeignet sind und auch daran gemessen werden sollten, wie erfolgreich sie diese Problematik bewältigen.

4.6 Literatur

AAP (American Academy of Pediatrics); AAFP (American Academy of Family Physicians) und ACP-ASIM (American College of Physicians-American Society of Internal Medicine) (2002): A Consensus Statement on Health Care Transitions for Young Adults With Special Health Care Needs. *Pediatrics* 110: 1304–1306.

Akinbami, L. J., Gandhi, H. und Cheng, T. L. (2003): Availability of Adolescent health services and confidentiality in primary care practices. *Pediatrics* 111: 394–401.

Anderson, B. J. und Wolpert, H. A. (2004): A developmental perspective on the challenges of diabetes education and care during the young adult period. *Patient Education and Counseling* 53: 347–352.

- Anderson, D. L., Flume, P. A., Hardy, K. K. und Gray, S. (2002): Transition Programs in Cystic Fibrosis Centers: Perceptions of Patients. *Pediatr Pulmonol* 33: 327–331.
- Ansell, B. und Chamberlain M. A. (1998): Children with chronic arthritis: the management of transition to adulthood. *Baillieres Clin Rheumatol* 12(2): 363–73.
- ÄZ (Ärztezeitung) (2008): Task Force für Erwachsene mit Herzfehlern. *Ärztezeitung* 2008, Ausgabe 59, 03.04.2008: 12.
- Ballmann, M. und Sloman, F. (1998): CF-Manual, Hannover.
- Bates, K., Bartoshesky, L. und Friedland, A. (2003): As the Child With Chronic Disease Grows Up: Transitioning Adolescents With Special Health Care Needs to Adult-Centered Health Care. *Del Med Jrl* 75(6): 217–220.
- Bauersfeld, U. (2006): Transition, Transfer und Kooperation bei Patienten mit angeborenen Herzfehlern kontinuierliche Kollaboration der pädiatrischen und adulten Kardiologie. *Kardiovaskuläre Medizin* 9: 336–341.
- Baum, H. J., Offner, G., Enke, B. und Ehrich, J. H. H. (2005): Die Einstellung nierentransplantiertes und dialysepflichtiger Adolescenten zu ihrem Transfer von der Kinderklinik in die Erwachsenenmedizin. *Kinder- und Jugendmedizin* 5: 137–140.
- Bent, N., Tennant, A., Swift, T., Posnett, J., Scuffham, P. und Chamberlain, M. (2002): Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *Lancet* 360: 1280–6.
- Betz, C. L. und Redcay, G. (2005): Dimensions of the Transition Service Coordinator. *JSPN* 10(2): 49–59.
- Blum, R. W., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P. und Slap, G. B. (1993): Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 14(7): 570–576.
- Borghgi, A., Ciuffreda, M., Quattrociochi, M. und Preda, L. (2007): The grown-up congenital cardiac patient. *Journal of Cardiovascular Medicine* 8(1): 78–82.
- Boucher, R. (2003): Zystische Fibrose (Mukoviszidose), in: Dietel, M., Dudenhausen, J. und Suttrop, N. (Hrsg.), *Harrisons Innere Medizin*, 15. Auflage, ABW Wissenschaftsverlag: 1633–1636.
- Boyle, M. P., Farukhi, Z. und Nosky, M. L. (2001): Strategies for improving transition to adult cystic fibrosis care, based on patient and parent views. *Pediatr Pulmonol* 32(6): 428–436.
- Brenton, D. P. (2000): The adult and adolescent clinic for inborn errors of metabolism. *J Inher Metab Dis Child* 23(3): 215–28.
- British Cardiac Society (2002): Grown-up congenital heart (GUCH) disease: current needs and provision of service for adolescents and adults with congenital heart disease in the UK. *Heart* 88 (Suppl 1): i1–14.
- Britto, M. T., Rosenthal, S. L., Taylor, J. und Passo, M. H. (2000): Improving rheumatologists screening for alcohol use and sexual activity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154: 478–483.
- Brumfield, K. und Lansbury, G. (2004): Experiences of adolescents with Cystic Fibrosis during their transition from paediatric to adult health care: a qualitative study of young Australian adults. *Disability and Rehabilitation* 26(4): 223–234.
- Bullington, P., Pawola, L., Walker, R., Valenta, A., Briars, L. und John, E. (2007): Identification of medication non-adherence factors in adolescent transplant patients: the patient's viewpoint. *Pediatr Transplant* 11(8): 914–921.
- Busse, F., Hiermann, P., Galler, A., Stumvoll, M., Wiessner, T., Kiess, W. und Kapellen, T. (2007): Evaluation of patients' opinion and metabolic control after transfer of young adults with type 1 diabetes from a pediatric diabetes clinic to adult care. *Horm Res.* 67(3): 132–138.
- Busse, F., Kapellen, T., Hiermann, P., Landgraf, R., Galler, A., Raile, K., Noelle, V. und Kiess, W. (2003): Barrieren beim Transfer von Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 in die Erwachsenenmedizin. *Kinder- und Jugendmedizin* 5: 188–192.
- Canobbio, M. M. (2001): Health care issues facing adolescents with congenital heart diseases. *J Pediatr Nurs* 16(5): 363–370.
- Cheng, T. L., Savageau, J. A., Sattler, A. L. und DeWitt, T. G. (1993): Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions and attitudes among high school students. *JAMA* 269(11): 1404–1407.
- Chira, B. und Sandborg, C. (2004): Adolescent rheumatology transitional care: steps to bringing health policy into practice. *Rheumatology* 43(6): 687–689.
- CMS (2008): Special services for children with special needs, Children's Medical Services, www.cms-kids.com/CMSNetwork/transition.html (Stand 27.04.2008).
- Coleman, E. A. (2003): Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs. *JAGS* 51: 549–555.
- Coleman, E. A. und Berenson, R. A. (2004): Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. *Ann Intern Med.* 140: 533–536.
- Convay, S. P. (2004): Transition Programs in Cystic Fibrosis Centers. *Pediatr Pulmonol* 37: 1–3.
- Cowlard, J. (2003): Cystic fibrosis: transition from paediatric to adult care. *Nursing Standard* 18(4): 39–41.
- Craig, S. L., Towns, S. J. und Bibby, H. (2007): Moving on from paediatric to adult health care: An initial evaluation of a transition program for young people with cystic fibrosis. *Int J Adolesc Med Health* 19(3): 333–343.

- Danne, T. und Heinze, E. (2006): Die Besonderheiten des Diabetes bei Kindern und Jugendlichen, in: Schatz, H. (Hrsg.), *Diabetologie kompakt*, 4. erweiterte und aktualisierte Auflage, Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag, 63–71.
- Dearani, J. A., Connolly, H. M., Martinez, R., Fontanet, H. und Webb, G. D. (2007): Caring for adults with congenital cardiac disease: successes and challenges for 2007 and beyond. *Cardiol Young* 17 (Suppl 2): 87–96.
- Department of Health (2003): Getting the right start: National Service Framework for Children. Standard for Hospital Services.
- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (2003): Übergangsstrategien vom Kind zum Erwachsenenalter zur Situation der ambulanten und stationären Versorgung rheumakrankter Kinder und Jugendlicher.
- DH/Child Health and Maternity Services Branch (2006): Annual Report. Transition: getting it right for young people: Improving the transition of young people with long term conditions, Department of Health (Hrsg.).
- Dore, A., Guise, P. de und Mercier, B. (2002): Transition of care to adult congenital heart centres: what do patients know about their heart condition? *Can J Cardiol.* 18(2): 141–146.
- Dovey-Pearce, G., Hurrell, R., May, C., Walker, C. und Doherty, Y. (2005): Young adults' (16-25 years) suggestions for providing developmentally appropriate diabetes services: a qualitative study. *Health and Social Care in the Community* 13(5): 409–416.
- DRK Kliniken Berlin/Westend und IGES Institut GmbH (2008): Transitionsprogramm für Jugendliche mit besonderem Bedarf an Gesundheitsversorgung: Rahmenprogramm für den Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin, Entwurfsfassung, DRK Kliniken Berlin/Westend; IGES Institut GmbH (Hrsg.), Berlin.
- Durst, C. L., Horn, M. V., MacLaughlin, E.F., Bowman, C. M., Starnes, V. A. und Woo, M. S. (2001): Psychosocial responses of adolescent cystic fibrosis patients to lung transplantation. *Pediatr Transplant* 5: 27–31.
- Ehrich, J. H., Rizzoni, G., Broyer, M., Brunner, F. P., Brynger, H., Fassbinder, W., Geerlings, W., Selwood, N. H., Tufveson, G. und Wing, A. J. (1992): Rehabilitation of young adults during renal replacement therapy in Europe. 2. Schooling, employment, and social situation. *Nephrol Dial Transplant* 7: 573–578.
- EMAH-Zentrum (2008): Erstes Zentrum für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern in Deutschland offiziell eröffnet, emah.klinikum.uni-muenster.de/4806.html?&tx_ttnews5btt_news%5d=478&tx_ttnews%5bbackPid%5d=4807&cHash=048934832b (Stand 28.12.2008).
- Family village (2008), www.familyvillage.wisc.edu (Stand 14.04.2008).
- Flatø, B., Lien G., Smerdel A., Vinje O., Dale K., Johnstone V., Sørskaar D., Moum T., Ploski R. und Førri, Ø. (2003): Prognostic factors in juvenile rheumatoid arthritis: a case-control study revealing early predictors and outcome after 14.9 years. *J Rheumatol* 30(2): 386–93.
- Fleming, E. (2002): The transition of adolescents with diabetes from the children's health care service into the adult health care service: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 11: 560–567.
- Flume, P. A., Taylor, J., Anderson, D. L., Gray, S. und Turner, D. (2004): Transition programs in cystic fibrosis centers: perception of team members. *Pediatr Pulmonol* 37 (1): 4–7.
- Forbes, A., While, A., Ullman, R., Lewis, S., Mathes, L., Griffiths, P. und Kings College London (2002): A multi-method review to identify components of practice which may promote continuity in the transition from child to adult care for young people with chronic illness or disability: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO), London.
- Fox, A. (2002): Physicians as barriers to successful transitional care. *Int J Adolesc Med Health* 14(1): 3–7.
- Frei, U. und Schober-Halstenberg, H.J. (2008): Nierenersatztherapie in Deutschland: Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2006/2007, QuaSi-Niere, Berlin.
- Geenen, S. J., Powers, L. E. und Sells, W. (2003): Understanding the role of health care providers during the transition of adolescents with disabilities and special health care needs. *J Adolesc Health* 32(3): 225–233.
- Goss, C. und Rosenfeld, M. (2004): Update on cystic fibrosis epidemiology. *Curr Opin Pulm Med* 10(6): 510–4.
- Grüters-Kieslich, A. (2005): Complianceprobleme beim Sprung in die Erwachsenenmedizin: Jeder zweite Patient steigt aus. *MMW-Fortschr. Med* 147(10): 169–172.
- Häfner, R. und Michels H. (2005): Übergangsstrategien (Transition) für junge Erwachsene mit juvenilen rheumatischen Erkrankungen am Beispiel Garmisch-Partenkirchen. *Akt Rheumatol* 30: 172–175.
- Hauber, H. P., Reinhardt, D. und Pforte, A. (2001): Epidemiologie der CF-Erkrankung, in: Reinhard, D., Götz, M., Kraemer, R. und Schöni, M. H. (Hrsg.), *Cystische Fibrose*, Springer.
- Hergenroeder, A. C. (2002): The transition into adulthood for children and youth with special health care needs. *Texas Medicine* 98(2): 51–58.
- Hess, J., Bauer, U., Haan, F. de, Flesch, J., Gohlke-Bärwolf, C., Hagl, S., Hofbeck, M., Kaemmerer, H., Kallfelz, H. C., Lange, P. E., Nock, H., Schirmer, K. R., Schmaltz, A. A., Tebbe, U., Weyand, M. und Breithardt, G. (.d.T.F. (2007): Empfehlungen für Erwachsenen- und Kinderkardiologen zum Erwerb der Zusatz-Qualifikation „Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern“ (EMAH). *Clin Res Cardiol* 2: 19–26.

- Hirche, T.O., Smaczny, C., Mallinckrodt, C. von und Krüger, S. (2003): Pulmonale Manifestation der Mukoviszidose im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt* 100(5): A 264–270.
- Hobolth, L. und Nørgaard, K. (2005): Treatment of young patients with diabetes in an adult diabetes clinic. *Ugeskr Laeger* 167(41): 3883–6.
- Holmes-Walker, D., Llewellyn, A. und Farrel, K. (2007): A transition programme which improves diabetes control and reduces hospital admission rates in young adults with Type 1 diabetes aged 15-25 years. *Diab Med* 24(7): 764–9.
- House of Commons Select Committee on Health (1997): Fifth report: Hospital services for children and young people, House of Commons Select Committee on Health, London, HMSO.
- Hudsmith, L. E. und Thorne, S. A. (2007): Transition of care from paediatric to adult services in cardiology. *Arch Dis Child* (92): 927–930.
- IDF (International Diabetes Federation) (2007): United Nations Resolution 61/225: World Diabetes Day: world diabetes day 14 November, www.idf.org/home/index.cfm?node (Stand 11.04.2008).
- Jaffé, A. und Bush, A. (2001): Cystic fibrosis: review of the decade. *Monaldi Arch Chest Dis* 56 (3): 240–7.
- Janke, H. U. (2006): Epidemiologie des Diabetes mellitus: Häufigkeit, Lebenserwartung, Todesursachen, in: Schatz, H. (Hrsg.), *Diabetologie kompakt*, Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag: 13–16.
- Kaemmerer, H. (2005): Behandlung des jugendlichen und erwachsenen Patienten mit angeborenem Herzfehler: Eine nur in enger Kooperation zwischen Pädiatern und Erwachsenenmedizinern lösbare Aufgabe, in: Büsching, U. (Hrsg.), Beiheft zum „Kinder- und Jugendarzt“ Februar 2005. Supplement. Referate vom 10. Kongress für Jugendmedizin. *Kinder- und Jugendarzt, Sonderheft Nr.*: 26.
- Kaemmerer, H. und Breithardt, G. (2006): Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). *Clin Res Cardiol Suppl* 4(95): 76–84.
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R. und Schlaud, M. (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50(5/6).
- Kelly, A. (1995): The primary care provider's role in caring for young people with chronic illness. *J Adolesc Health* 17(1): 32–36.
- Kennedy, A., Sloman, F., Douglass, J. A. und Sawyer, S. M. (2007): Young people with chronic illness: the approach to transition. *Internal Medicine Journal* 37: 555–560.
- Kerem, E., Conway, S., Elborn, S. Heijerman, H. und Consensus Committee (2005): Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. *J Cyst Fibros* 4(1): 7–26.
- Kiess, W. (2005): Besonderheiten chronischer Erkrankungen im Jugendalter: Kranksein ohne Diagnose, in: Büsching, U. (Hrsg.), Beiheft zum „Kinder- und Jugendarzt“ Februar 2005. Supplement. Referate vom 10. Kongress. *Kinder- und Jugendarzt, Sonderheft Nr.*: 23–24.
- Kipps, S., Bahu, T., Ong, K., Ackland F. M., Brown, R. S., Fox, C. T., Griffin, N. K., Knight, A. H., Mann, N. P., Neil, H. A., Simpson, H., Edge, J. A. und Dunger, D. B. (2002): Current methods of transfer of young people with Type 1 diabetes to adult services. *Diab Med* 19(8): 649–54.
- Knape, R., Reisch, N., Dörr, H.G., Reincke, M. und Quinkler, M. (2008): Behandlung des klassischen adrenogenitalen Syndroms mit 21-Hydroxylase-Defekt bei erwachsenen Männern. *Dtsch Med Wochenschr* 133: 1025–1029.
- Kollipara, S. und Kaufman, F.R. (2008): Transition of diabetes care from pediatrics to adulthood. *School Nurse News* 25(1): 27–9.
- Kruse, B., Riepe, F. G., Krone, N., Bosinski, H. A. G., Kloehn, S., Partsch, C. J., Sippel, W. und Mönig, H. (2004): Congenital Adrenal Hyperplasia How to Improve the Transition from Adolescence to Adult Life. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* (112): 343–355.
- Lausch, M. und Reincke, M. (2004): Übergangssprechstunden für chronisch Kranke in Endokrinologie und Diabetologie in Deutschland: Eine aktuelle Erhebung. *Dtsch Med Wochenschr* 129: 1125–1129.
- Lenzen-Schulte, M. (2008): Wenn der Erwachsene dem Kinderarzt treu bleibt. *F.A.Z.* 2008, 02.04.2008.
- Lurie, S., Shemesh, E., Sheiner, P. A., Emre, S., Tindle, H. L., Melchionna, L. und Shneider, B.L. (2000): Non-adherence in pediatric liver transplant recipients an assessment of risk factors and natural history. *Pediatr Transplant* 4(3): 200–206.
- McCurdy, C., DiCenso, A., Boblin, S., Ludwin, D., Bryant-Lukosius, D. und Bosompra, K. (2006): There to here: young adult patients' perceptions of the process of transition from pediatric to adult transplant care. *Progress in Transplantation* 16(4): 309–316.
- McDonagh, J. E. (2005): Growing up and moving on: Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation* 9: 364–372.
- McDonagh, J. E. (2007): Transition of care from paediatric to adult rheumatology. *Arch Dis Child* 92: 802–807.
- McDonagh, J. E., Foster, H. E., Hall, M. A. und Chamberlain, M. (2000): Audit of rheumatology services for adolescents and young adults in the UK. *Rheumatology* 39: 596–602.
- McDonagh, J. E. und Kelly, D. A. (2003): Transitioning care of the pediatric recipient to adult caregivers. *Pediatr Clin N Am* 50: 1561–1583.

- McDonagh, J. E., Shaw, K. und Southwood, T. (2006): Growing up and moving on in rheumatology: development and preliminary evaluation of a transitional care programme for a multicentre cohort of adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *J Child Health Care* 10(1): 22–42.
- McDonagh, J. E., Southwood, T. und Shaw, K. (2007): The impact of a coordinated transitional care programme on adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 46: 161–168.
- McDonagh, J. E., Southwood, T., Shaw, K. und British Paediatric Rheumatology Group (2004): Unmet education and training needs of rheumatology health professionals in adolescent health and transitional care. *Rheumatology* 43(6): 687–689.
- McDonagh, J. E. und Viner, R. M. (2006): Lost in transition? Between paediatric and adult services. *BMJ* (332): 435–436.
- McPherson, A. (2005): Adolescents in primary care. *BMJ* 330: 465–467.
- McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P. W., Perrin, J. M., Shonkoff, J. P. und Strickland, B. (1998): A new Definition of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics* 102(1): 137–139.
- Mehrabi, A., Kashfi, A., Tönshoff, B., Feneberg, R., Mehls, O., Schemmer, P., Kraus, T., Wiesel, M., Büchler, M. W. und Schmidt, J. (2004): Long-term results of paediatric kidney transplantation at the University of Heidelberg: a 35 year single-centre experience. *Nephrol Dial Transplant* 19 (Suppl 4): 69–74.
- Minden, K., Niewerth, M., Ganser, G. S. M. und Zink, A. (2002a): Erwachsene mit juveniler idiopathischer Arthritis Krankheitsfolgen und Versorgungssituation. *Akt Rheumatol* 27: 247–252.
- Minden, K., Niewerth, M., Listing, J., Biedermann, T., Schöntube, M. und Zink, A. (2002b): Burden and cost of illness in adult patients with juvenile idiopathic arthritis. *Ann Rheum Dis* 63: 836–842.
- Minden, K., Niewerth, M., Zink, A. und Ganser, G. (2005): Transition-Clinic Der nicht immer einfache Übergang in die Rheumatologie für Erwachsene. *Z Rheumatol* 64: 327–333.
- Minden, K. und Niewerth M. (2005): Aus „Kids“ werden „Teens“ Probleme im Management. *Akt Rheumatol* 30: 157–161.
- Minden, K., Niewerth M., Listing, J., Biedermann, T., Bollow, M., Schöntube, M. und Zink, A. (2002c): Long-term outcome in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 46(9): 2392–401.
- Mönig, H. und Sippel, W. (2000): Der abgestufte Übergang in die Erwachsenen-Endokrinologie Das „Kieler Modell“. *Glandula* 12: 23–24.
- Müller, F. M. (2003): Zentren auch für ältere CF-Patienten. Immer mehr Mukoviszidose-Kranke wachsen aus den Kinderschuhen. *ÄP Pädiatrie* 5: 38.
- NAPRTCS (2007): 2007 Annual Report: Renal Transplantation, Dialysis, Chronic Renal Insufficiency, North American Pediatric Renal Trials and Collaborative Studies, Massachusetts/Maryland.
- NAPRTCS (2008): 2008 Annual Report: Renal Transplantation Dialysis Chronic Renal Insufficiency, North American Pediatric Renal Trials and Collaborative Studies, Massachusetts/Maryland.
- Nash, A. A., Britto, M. T., Lovell, D. J., Passo, M. H. und Rosenthal, S. L. (1998): Substance use among adolescents with JRA. *Arthritis Care Res* 11: 391–396.
- Nasr, S., Campell C. und Howatt W. (1992): Transition program from pediatric to adult care for cystic fibrosis patients. *J Adolesc Health* 13(8): 682–5.
- Nevins, T.E. (2002): Non-compliance and its management in teenagers. *Pediatr Transplant* 6 (6): 475–479.
- Niemann, U. (2006): Gesundheit und mehr... Das Patientenmagazin des Universitätsklinikums Leipzig: Entwicklungsphasen junger Zuckerkranker beachten, Universitätsklinikum Leipzig (Hrsg.), www.uniklinikum-leipzig.de/zeitung/10_06/gum_1006_komplett.pdf (Stand 20.03.2008).
- Nixon, G M., Glazner J. A., Martin, J. M. und Sawyer, S. M. (2003): Female sexual health care in cystic fibrosis. *Arch Dis Child* 88 (3): 265–266.
- NSW HEALTH (2008): www.health.nsw.gov.au/gmct/transition/index.html (Stand 14.05.2008).
- Oechslin, E. und Hoffman, A. (2001): Organisatorische und medizinische Aspekte beim Übergang von Jugendlichen mit angeborenen Herzfehlern ins Erwachsenenalter. *Therapeutische Umschau* 58(2): 111–118.
- Offner, G. und Ehrich, J.H.H. (2006): Transfer von chronisch kranken Kindern in die Erwachsenenmedizin am Beispiel organtransplantierte Kinder, in: Gerber, A. und Lauterbach, K.W. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Pädiatrie*, Stuttgart: Schattauer, 123–126.
- Offner, G. und Enke, B. (2005): Adoleszenz und Übergang in die Erwachsenenmedizin nach Nierentransplantation pädiatrische Aspekte. *Transplantationsmedizin* 17: 19–21.
- Orr, D. P., Fineberg, N. S. und Gray, D. L. (1996): Glycemic control and transfer of health care among adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *J Adolesc Health* 18(1): 44–47.
- Packham, J. und Hall, M. A. (2002): Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: functional outcome. *Rheumatology* 41(12): 1428–35.
- Paone, M. C., Wigle, M. und Saewyc, E. (2006): The ON TRAC model for transitional care of adolescents. *Progress in Transplantation* 16(4): 291–302.

- Por, J., Golberg, B., Lennox, V., Burr, P., Barrow, J. und Dennard, L. (2004): Transition of care: health care professionals' view. *Journal of Nursing Management* 12: 354–361.
- RCPE (2007): *Lost in Transition: The essential link between paediatric and adult care: Guidance Working Draft*, Royal College of Physicians of Edinburgh, Edinburgh.
- Rearick, E. (2007): Enhancing Success in Transition Service Coordinators. *Professional Case Management* 12(5): 283–287.
- Reid, G. J., Irvine, M. J., McCrindle, B. W., Sananes, R., Ritvo, P. G., Siu, S. C. und Webb, G. D. (2004): Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. *Pediatrics* 113: e197–e205.
- Reinke, M. und Lausch M. (2003): Ergebnisse der Fragebogenaktion zur Übergangssprechstunde zwischen Kinder- und Erwachsenenarzt für endokrinologische Patienten. *Glandula* 17: 34–37.
- Reinehr, T. (2007): Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern. *Diabetologie* 3: 364–371.
- Reiss, J. und Gibson, R. (2002): Health Care Transition: Destination Unknown. *Pediatrics* 110: 1307–1314.
- Reiss, J. G., Gibson, R. W. und Walker, L. R. (2005): Health Care Transition: Youth, Family, and Provider Perspectives. *Pediatrics* 115: 112–120.
- Remorino, R. und Taylor, J. (2006): Smoothing things over: the transition from pediatric to adult care for kidney transplant recipients. *Progress in Transplantation* 16(4): 303–308.
- Rettig, P. und Athreya, B. (1991): Adolescents with chronic disease. Transition to adult health care. *Arthritis Care Res* 4: 174–180.
- Rideout, K. (2007): Evaluation of a PNP care coordinator model for hospitalized children, adolescents, and young adults with cystic fibrosis. *Pediatr Nurse* 33(1): 29–35.
- Robertson, L. (2006): When should young people with chronic rheumatic disease move from paediatric to adult-centred care? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 20(2): 387–397.
- Robertson, L., McDonagh, J.E., Southwood, T. und Shaw, K. (2006): Growing up and moving on. A multi-centre UK audit of the transfer of adolescents with juvenile idiopathic arthritis from paediatric to adult centred care. *Ann Rheum Dis* 65: 74–80.
- Rosen, D.S. (2004): Transition of young people with respiratory diseases to adult health care. *Pediatric Respiratory Reviews* 5: 124–131.
- Royal College of Nursing (2004): *Adolescent transition care: Guidance for nursing staff*.
- Rutishauser, C. (2006): Altersangemessener Umgang mit jugendlichen Patienten im Widerspruch zu rechtlichen Aspekten. *Paediatrica* 17 (4): 28–30.
- Rutishauser, C., Esslinger, A., Bond, L. und Sennhauser, F. (2003): Consultations with adolescents: the gap between their expectations and their experiences. *Acta Paediatr* 92 (11): 1322–1326.
- Rutishauser, C. und Navratil, F. (2004): Zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin ärztliche Betreuung Jugendlicher in der Schweiz. *Schweiz Med Forum* 4: 1159–1165.
- Salmi, J., Huupponen, T., Oksa, H., Oksala, H., Koivula, T. und Raita, P. (1986): Metabolic control in adolescent insulin-dependent diabetics referred from pediatric to adult clinic. *Ann Clin Res* 18 (2): 84–87.
- Sawyer, S. M., Drew, S., Yeo, M. S. und Britto, M. T. (2007a): Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet* 369: 1481–1489.
- Sawyer, S. M., Sanci, L. A., Conn, J. J. und Patton, G. C. (2007b): A training agenda in adolescent medicine and health. *Int J Adolesc Med Health* 19 (3): 305–315.
- Scal, P. (2002): Transition for Youth with Chronic Conditions: Primary Care Physicians' Approaches. *Pediatrics* 110: 1315–1321.
- Scal, P., Evans, T., Blozis, S., Okinov, N. und Blum, R. (1999): Trends in transition from pediatric to adult health care services for young adults with chronic conditions. *J Adolesc Health* 24 (4): 259–264.
- Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U. und Schlaud, M. (2008): Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 51: 592–601.
- Schmaltz, A. A., Bauer, U., Baumgartner, H., Cesnjevar, R., Haan, F. de, Franke, C., Gabriel, H., Gohlke-Bärwolf, C., Hagl, S., Hess, J., Hofbeck, M., Kaemmerer, H., Kallfelz, H. C., Lange, P. E., Nock, H., Oechslin, E., Schirmer, K. R., Tebbe, U., Trigo Trindade, P., Weyand, M. und Breithardt, G. (2008): Medizinische Leitlinie zur Behandlung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH): der deutsch-österreichisch-schweizerischen kardiologischen Fachgesellschaften. *Clin Res Cardiol*: DOI 10.1007/s00392-008-0639-8.
- Schumm-Draeger, P. (2005): So hilft die Transfersprechstunde pubertierenden Patienten. *MMW-Fortschr. Med* 147 (10): 166–168.
- Schwarz, M. und Wendel, U. (2005): Erwachsene mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten. Eine neue Herausforderung für die Innere Medizin (Teil 1). *Medizinische Klinik* 100 (9): 547–52.
- Scotet, V., Braekeleer, M. de, Roussey, M., Rault, G., Parent, P., Dagorne, M., Journel, H., Lemoigne, A., Codet, J. P., Catheline, M., David, V., Chaventré, A., Duguépéroux, I., Verlingue, C., Quéré, I., Mercier, B., Audrézet, M. P. und Férec, C. (2000): Neonatal screening for cystic fibrosis in Brittany, France: assessment of 10 years' experience and impact on prenatal diagnosis. *Lancet* 356: 789–794.

- Shaw, K., Southwood, T. und McDonagh, J. E. (2004a): Improving the quality of life for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: results of a postal survey. *Rheumatology* 43: 211–219.
- Shaw, K., Southwood, T., McDonagh, J. E. und British Paediatric Rheumatology Group (2004b): Transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: a Delphi study. *Rheumatology* 43 (8): 1000–1006.
- Smith, J. M., Ho, P. L., McDonald, R. A. und North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study (2002): Renal transplant outcomes in adolescents: A report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study. *Pediatr Transplant* 6 (6): 493–499.
- Somerville, J. (1995): Missed Opportunities, *Am. Coll. Cardiol. Curr. J. Rev.* 4 (1): 53–55.
- Somerville, J. (1997): Management of adults with congenital heart disease: an increasing problem. *Annu Rev Med.* 48: 283–293.
- Stam, H., Hartman, E. E., Deurloo, J. A., Groothoff, J. und Grootenhuis, M. A. (2005): Young Adult Patients with a History of Pediatric Disease: Impact on Course of Life and Transition into Adulthood. *Journal of Adolescent Health* 39: 4–13.
- Steinbeck, K. S., Brodie, L. und Towns, S. J. (2007): Transition care for young people with chronic illness. *Int J Adolesc Med Health* 19 (3): 295–303.
- Stille, C. J., Primack, W. A., McLaughlin, T. J. und Wasserman, R. C. (2007): Parents as Information Intermediaries Between Primary Care and Specialty Physicians. *Pediatrics* 120 (6): 1238–1246.
- Stuhrmann, M., von der Hardt, H. und Fabel, H. (1999): Mukoviszidose Auch eine Erkrankung des Erwachsenenalters? *Der Internist* 40 (5): 476–485.
- Suris, J. C., Resnick, M. D., Cassuto N. und Blum, R. W. (1996): Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 19 (2): 124–131.
- Thomas, E., Symmons, D., Brewster, D., Black, R. und Macfarlane, G. (2003): National study, of cause-specific mortality in rheumatoid arthritis, juvenile chronic arthritis, and other rheumatic conditions: a 20 year followup study. *J Rheumatol* 30 (5): 958–965.
- Viner, R. M. (2007): Do adolescent inpatient wards make a difference? Findings from a national young patient survey. *Pediatrics* 120 (4): 749–755.
- Viner, R. M. (2008): Transition of care from paediatric to adult services: one part of improved health services for adolescents. *Arch Dis Child* 93 (2): 160–163.
- Volta, C., Luppino, T., Street, M. E. und Bernasconi, S. (2003): Transition from pediatric to adult care of children with chronic endocrine diseases: A survey on the current modalities in Italy. *J. Endocrinol. Invest.* 26 (157–162).
- Von der Hardt, H., Hürter, P., Lange, K. und Ullrich, G. (1996): Versorgungssituation chronisch kranker Jugendlicher beim Übergang in das Erwachsenenalter: Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit 313 1722003/10, Medizinische Hochschule Hannover und Kinderkrankenhaus auf der Bult Hannover.
- Wagner, T.O.F. (2007): Mukoviszidose, in: Schölmerich, J. (Hrsg.), *Medizinische Therapie 2007 | 2008*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer Berlin Heidelberg, 1127–1138.
- Watson, A. R. (2000): Non-compliance and transfer from paediatric to adult transplant unit. *Pediatr Nephrol* 14 (6): 469–472.
- Werder, K. v. (2005): Der chronisch endokrinologisch kranke Heranwachsende: Sind Sie fit, den Patienten zu übernehmen? *MMW-Fortschr. Med* 147 (10): 165–166.
- While, A., Forbes, A., Ullman, R., Lewis, S., Mathes, L. und Griffiths, P. (2004): Good practices that address continuity during transition from child to adult care: synthesis of the evidence. *Child Care Health Dev* 30(5): 439–552.
- Wolfenstetter, S. B. (2006): Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse. *Gesundheitswesen* 68: 600-612.
- Yankaskas, J. R., Marshall, B. C., Sufian, B., Simon, R. H. und Rodman, D. (2004): Cystic Fibrosis Adult Care: Consensus conference Report. *Chest* 125: 1–39.
- Zack, J., Jacobs, C. P., Keenan, P. M., Harney, K., Woods, E. R., Colin, A. A. und Emans, S. J. (2003): Perspectives of patients with cystic fibrosis on preventive counseling and transition to adult care. *Pediatric Pulmonol* 36: 376–383.

5 Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen

559. Das Kapitel 5 befasst sich mit speziellen Gesundheits- bzw. Krankheitszuständen und Versorgungsanforderungen älterer und alter Menschen. Dabei wird erstens auf das geriatrische Phänomen der Multimorbidität eingegangen, zweitens die Spezifik der Arzneimitteltherapie im Alter erörtert und drittens Pflegebedürftigkeit als eine im Alter stark zunehmende Versorgungssituation diskutiert. Das Problem der Mehrfacherkrankungen im Lebensabschnitt Alter verbindet die Inhalte der drei Kapitelteile: Einerseits ist der Schlüssel einer adäquaten Therapie der Multimorbidität noch nicht gefunden und nur wenige Leitlinien beziehen sich bislang auf die Versorgung von Patienten mit mehreren Erkrankungen (vgl. Unterkapitel 5.1). Andererseits erhöht das Auftreten mehrerer Erkrankungen gleichzeitig das Risiko für den Beginn einer Pflegebedürftigkeit (vgl. Unterkapitel 5.3) und stellt eine der größten Herausforderungen für die bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung im Alter (vgl. Unterkapitel 5.2) dar.

5.1 Multimorbidität und Anforderungen an Leitlinien

5.1.1 Multimorbidität als besondere Herausforderung

560. Unter Multimorbidität versteht man die Anwesenheit mehrerer, wiederkehrender, chronischer oder akuter Erkrankungen oder Symptome innerhalb einer Person zur gleichen Zeit, wobei diese im Gegensatz zur Komorbidität von einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) unabhängig sind (van den Akker et al. 1996). Bei Multimorbidität liegt eine komplexe Struktur mit mehreren individuellen Krankheiten vor. Dabei ist die Multimorbidität mehr als die Summe der Einzelerkrankungen. Für die Beurteilung der Krankheitslast für den Patienten durch mehrere gleichzeitig bestehende Erkrankungen sind das Erkrankungsmuster, die zeitliche Entwicklung sowie soziale Faktoren wichtig (Starfield 2006). Zusätzlich treten emergente Syndrome (wie beispielsweise Inkontinenz, Verwirrtheit, Sturzgefährdung und komplexe Schmerzzustände) auf, und es entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen für den Patienten, die sich auf seine Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen, auswirken. Laut einer Definition der Fachgesellschaften der Geriatrie und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) liegt eine „geriatritypische Multimorbidität“ vor, wenn mindestens zwei der folgenden 14 Merkmalskomplexe nebeneinander bei einem Patienten bestehen (s. Borchelt 2005):

- Immobilität
- Sturzneigung und Schwindel
- Kognitive Defizite

- Inkontinenz
- Dekubitalulzera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Depression, Angststörungen
- Chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- Herabgesetzte Belastbarkeit
- Starke Seh- und Hörbehinderung
- Medikationsprobleme
- Hohes Komplikationsrisiko.

Diese Merkmalskomplexe wiederum sind Symptome oder Folgen verschiedener Erkrankungen, beispielsweise könnte eine herabgesetzte Belastbarkeit die Folge einer Herzinsuffizienz, einer chronisch obstruktiven Bronchitis oder einer Krebserkrankung sein. Diese Kriterien unterscheiden sich somit von den häufig verwendeten auf einzelne Diagnosen fokussierten Definitionen.

561. Bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen und insbesondere bei einer geriatritypischen Multimorbidität sollte der Schwerpunkt der Behandlung nicht mehr erkrankungsfokussiert, sondern personenfokussiert sein. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit eines chronischen Behandlungs- und nicht Erkrankungsmanagements (vgl. hierzu auch für den Bereich der Primärversorgung Abschnitte 6.1.4 und 6.4.4).

Angesichts des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der steigenden Lebenserwartung wird der mehrfach erkrankte Patient die bestimmende Realität in der Versorgung werden. Dies steht in Gegensatz zum wissenschaftlichen Kenntnisstand zu Patienten mit Mehrfacherkrankungen (Beyer et al. 2007). So kommen nach einem systematischen Review auf eine Studie zur Multimorbidität beispielsweise 94 Studien zur Hypertonie und 38 zum Diabetes mellitus (Fortin et al. 2005).

5.1.1.1 Messung der Multimorbidität

562. Die Messung der Multimorbidität ist kein triviales Problem. In vielen Studien wird lediglich die Anzahl der chronischen Erkrankungen gezählt, wobei die meisten dieser Untersuchungen von vorgefertigten Listen der Erkrankungen ausgehen (Übersicht Fortin et al. 2004). Es ist jedoch wichtig, die Schwere der Erkrankung, die Komplexität der Therapie und das Vorhandensein oder Fehlen von Schmerzen zu berücksichtigen. Darüber hi-

naus beachtet ein größerer Teil der Studien die psychiatrische Komorbidität nicht (Diagnosen aus diesem Bereich kommen nicht in den Erkrankungslisten vor, oder diese Patienten werden von vornherein nicht eingeschlossen). Der Ausschluss dieser Erkrankungen ist jedoch sehr problematisch, da ihre Prävalenz in der Primärversorgung hoch (nach Ormel et al. 1994 über 20 %) und die Therapie häufig komplex und erschwert durch eine verminderte Therapieadhärenz der Patienten ist. Darüber hinaus führen psychiatrische Erkrankung zu einer erhöhten Mortalität, auch wenn man die Selbsttötung ausnimmt, zu einer Zunahme von Funktionseinschränkungen und einer Abnahme der Lebensqualität (Gijsen et al. 2001). Der ausgeprägte Effekt auf den Gesundheitszustand wird besonders deutlich in einer in 60 Ländern durchgeführten aktuellen Untersuchung der World Health Organization (WHO) zur Prävalenz und Bedeutung der Depression. Danach haben 9,3 bis 23 % der Patienten mit mindestens einer chronischen Erkrankung eine Depression als Komorbidität. Diese ist der wichtigste Faktor im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen bezüglich der Verschlechterung des Gesundheitsschicksals der Patienten (Moussavi et al. 2007). Psychische Erkrankungen müssen folglich unbedingt bei der Messung der Multimorbidität einbezogen werden.

Eine Berücksichtigung der Schwere der chronischen Erkrankung, basierend auf dem „*Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) Score*“, ist besser mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen mit dem SF-36, einem krankheitsübergreifenden Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten) korreliert als eine einfache Addition der Anzahl der Erkrankungen (Fortin et al. 2006a). Dies ist vor allem auf die fehlende Assoziation zwischen der Zahl chronischer Erkrankungen und dem Teil des SF-36, der sich auf die geistige Gesundheit bezieht, zurückzuführen. Es zeigte sich außerdem eine Korrelation zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem selbstgeschriebenen sozioökonomischen Status bzw. der Annahme von sozialer Hilfe. Eine gute Übersicht über die unterschiedlichen Messmethoden (13 verschiedene, allerdings zur Komorbidität, wobei die Begriffe Komorbidität und Multimorbidität in den Studien teilweise nicht exakt getrennt bzw. definiert sind) gibt die Arbeit von de Groot et al. 2003. Hierbei kommen die Autoren zu dem Schluss, dass vier Indizes valide sind zur Messung der Komorbidität in der klinischen Forschung: der Charlson Index (am besten untersucht, bezieht sich auf die Mortalitätsvorhersage), der CIRS (bezieht sich auf Organsysteme), der *Index of Coexisting Disease* (ICED) (misst Erkrankungsschwere und Grad der Funktionseinbußen) und der für Diabetes mellitus entwickelte Kaplan-Index. Je nach dem Endpunkt einer klinischen Studie kommen unterschiedliche Indizes in Betracht, wobei der Wert des Index verbessert wird, wenn er eine Selbsteinschätzung der Erkrankungsschwere durch den Patienten beinhaltet (Byles et al. 2005).

5.1.1.2 Prävalenz von Mehrfacherkrankungen

563. Mit dem medizinischen Fortschritt und dem demografischen Wandel steigt die Zahl chronisch kranker, mul-

timorbider Patienten. Die Prävalenz- und Inzidenzangaben variieren je nach Definition, Zahl und Art der eingeschlossenen Erkrankungen und der untersuchten Gruppe (beispielsweise Gesamtpopulation versus Patienten in Hausarztpraxen). Dies kann einen großen Einfluss auf die Darstellung der Epidemiologie von Multimorbidität haben (van den Akker et al. 2001a; Marengoni et al. 2009). Je mehr Erkrankungen eingeschlossen werden, desto mehr ist mit einer höheren Prävalenz der Multimorbidität zu rechnen. Nahezu alle Untersuchungen zeigen jedoch einen erstaunlich hohen Prozentsatz von Patienten mit Mehrfacherkrankungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung an. So liegt nach der Berliner Altersstudie, einer repräsentativen Querschnittuntersuchung 70-jähriger und älterer Patienten in Westberlin, die Prävalenz von mindestens fünf gleichzeitig bestehenden Erkrankungen bei 88 % (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996). Im Bundesgesundheitsurvey 1998 wurde die jährliche Prävalenzrate für zwei chronische Erkrankungen bei Männern zwischen 18 und 79 Jahren auf 39 %, bei Frauen auf 57 % geschätzt (Beyer et al. 2007). Der telefonische Gesundheitsurvey (GStel03), eine zwischen September 2002 und März 2003 vom Robert-Koch-Institut durchgeführte standardisierte telefonische Befragung, untersuchte eine repräsentative Stichprobe der (nicht in Institutionen lebenden) erwachsenen Wohnbevölkerung (18 Jahre und älter) mit Festnetz (n=8 318) zu chronischen Erkrankungen. In Bezug auf Multimorbidität wurde mittels eines summarischen Ansatzes ein Multimorbiditätsindex aus verschiedenen Diagnosen gebildet (Kohler/Ziese 2004). Folgende Krankheiten bzw. Krankheitsbereiche wurden zusammengefasst:

- Schlaganfall,
- Herz-Kreislaufkrankheiten (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen),
- Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis),
- Krebserkrankungen,
- Rückenbeschwerden (unabhängig von der Chronifizierung),
- Depression (unabhängig vom Prävalenzzeitraum),
- Diabetes mellitus,
- alle Formen der Hepatitis,
- Hauterkrankungen (Psoriasis),
- Erkrankungen der Sinne (Schwindel, Ohrgeräusche)
- und Augenerkrankungen (grauer und grüner Star, Makuladegeneration).

Tabelle 60 zeigt unter Berücksichtigung dieses Multimorbiditätsindex eine deutliche Zunahme von Multimorbidität mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist demnach drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf.

Tabelle 60

Multimorbiditätsindex im GStel03

Teilgruppe	Krankheiten in ... Bereichen (in %)			
	0	1–2	3–4	> 4
Männlich (gesamt)	20,0	58,6	18,8	2,6
18–29 Jahre	27,9	59,6	12,5	0
30–39 Jahre	24,0	63,1	12,4	0,6
40–65 Jahre	16,4	59,8	20,7	3,1
Über 65 Jahre	9,4	45,5	36,2	8,9
Weiblich (gesamt)	13,8	54,3	25,7	6,2
18–29 Jahre	18,2	63,7	17,1	1,0
30–39 Jahre	16,8	61,7	19,5	2,0
40–65 Jahre	13,2	54,5	26,5	5,8
Über 65 Jahre	7,1	37,1	39,3	16,4
Insgesamt	16,8	56,4	22,4	4,5

Quelle: Kohler/Ziese 2004

564. Ähnlich hohe Prävalenzen werden auch in anderen Ländern beschrieben. Nach einer niederländischen Studie in Hausarztpraxen liegt die Prävalenz von zwei und mehr Erkrankungen bei 80-jährigen Männer bei 74 %, bei Frauen bei 80 % (van den Akker et al. 1998). Nach den Daten von Anderson und Horvath haben fast zwei Drittel der Amerikaner über 65 Jahren zwei und mehr Erkrankungen (Anderson/Horvath 2004). Die Zahl ist unabhängig von den Einkommensverhältnissen. Von den Medicare Empfängern, die 65 Jahre oder älter waren, hatten 48 % mindestens drei chronische Erkrankungen, wobei 89 % des Medicare-Budgets für Patienten mit drei und mehr Erkrankungen ausgegeben wurde (Boyd et al. 2005). Auch in Deutschland entfallen ca. 80 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf 20 % der Versicherten mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen (Bertelsmannstiftung 2005) (vgl. zur Ko- und Multimorbidität bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz auch Abschnitt 6.1.4.2).

565. Multimorbidität ist somit eine häufige Konstellation der „Krankheitslast“ im höheren Alter. Vergleicht man nun beispielsweise die Definition des Multimorbiditätsindex des GStel03 mit jener „geriatrietypischen Multimorbidität“ (Borchelt et al. 2005), fallen erhebliche Unterschiede auf. Bei Letzterer finden sich zahlreiche Symptome, wie Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte Belastbarkeit, hohes Komplikationsrisiko oder kognitive Defizite, die grundsätzlich schwer bei Auswertungen von Routinedaten über ICD (International Code of Diagnosis)-Codes oder beispielsweise in einem telefonischen Survey abgefragt werden können. Hier zeigt sich, dass Multimorbidität letztlich auch auf der Basis von Selbstausagen operationalisiert werden muss. Eine schwedi-

sche Primärerhebung an 1 099 Personen im Alter von 77 Jahren und älter definierte chronische Erkrankungen als solche, die permanent bestehen, durch eine nichtreversible pathologische Veränderung hervorgerufen wurden oder Rehabilitation bzw. Langzeitpflege erforderten (Marengoni et al. 2009). Alle Teilnehmer wurden klinisch und neuropsychologisch untersucht. Insgesamt wurden die 15 häufigsten chronischen Erkrankungen mit einer Prävalenz von mindestens 3 % in der Publikation ausgewertet. Die meisten Patienten litten an Hypertonie (38 %) bzw. Demenz (21 %), am seltensten traten nach dieser Auswertung Hüftfrakturen (3,8 %) auf. Interessant ist auch die Verteilung der Komorbiditätsmuster: Lediglich 2,1 % bzw. 4,8 % der Patienten mit Herzinsuffizienz bzw. Hüftfraktur wiesen keine weitere Komorbidität auf. Hingegen litten 33,8 % der Patienten mit Demenz an keiner weiteren der untersuchten Erkrankungen. Die Autoren prüften auch, ob bei Demenzen aufgrund der Schwierigkeit, diagnostische Tests durchzuführen, eine mögliche Untererfassung von weiteren Erkrankungen vorliegen könnte. Gerade Hüftfrakturen sind wichtige Krankheitsereignisse, da sie fast ausschließlich in höherem Alter auftreten und die Betroffenen aus ihrem meist fragilen Gleichgewicht werfen, was wiederum mit einem höheren medizinischen und pflegerischen Versorgungsaufwand einhergeht. Konnten sich noch etwa drei Viertel (76,7 %) der Betroffenen in einer deutschen Untersuchung vor der Hüftfraktur ohne Hilfen bewegen, reduzierte sich der Anteil sechs bis sieben Monate nach der Krankenhausentlassung auf 34,9 % (Endres et al. 2006). Hüftfrakturen sind ein Beispiel für Krankheiten bzw. Krankheitsereignisse, deren Folge vor allem funktionelle Defizite betreffen, die wiederum eher durch die Definition der „geriatrietypischen Multimorbi-

dität“ abgebildet werden können (Borchelt et al. 2005) als durch rein diagnoseorientierte Klassifikationen.

Ob die Zahl der Diagnosen oder die Zahl der Patienten mit Mehrfacherkrankungen zunimmt und wenn ja, welche Faktoren hieran beteiligt sind, sollte Gegenstand zukünftiger Forschungsprojekte sein. Hierfür sind klare Definitionen erforderlich (siehe oben).

566. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat in seinem Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ seit 2007 die Förderung von sechs großen Netzwerkprojekten aufgenommen, in denen jeweils epidemiologische Projekte und solche der Versorgungsforschung zur Multimorbidität bearbeitet werden, sodass zukünftig auf erheblich detailliertere Studienergebnisse aus Deutschland zurückgegriffen werden kann. Damit wird eine Forderung des Rates aus vorangegangenen Gutachten (Versorgungsforschung im Zusammenhang mit älteren Menschen) aufgegriffen. Die sechs Verbundprojekte werden drei Jahre lang mit einer Fördersumme von bis zu 15 Millionen Euro finanziert, eine weitere Förderphase ist geplant. Die einzelnen Projekte werden im Folgenden vorgestellt (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1958.php; BMBF 2008).

AMA (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter)

Der Berliner Forschungsverbund hat zum Ziel, die Lebenssituation älterer Menschen mit Mehrfacherkrankungen nachhaltig zu verbessern. Dazu sollen Ressourcen zur möglichst langen Selbstbestimmung und Alltagsbewältigung bei älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen analysiert werden. Es werden auch neue Zugangswege zu schwer erreichbaren Teilgruppen der Alterspopulation gesucht. Ein weiteres Ziel des Verbundes ist die Schaffung eines nachhaltigen Netzwerkes zur wissenschaftlichen Zusammenarbeit in Form institutionsübergreifender Querschnittsaufgaben (www.ama-consortium.de).

LUCAS (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study)

Der interdisziplinäre Verbund hat zum Ziel, Altern unter Beachtung von Verhalten und Gesundheit zu analysieren. In diesem Rahmen werden Faktoren wie psychosoziale Einflüsse, Ernährung, körperliche Funktionen und Lebensbedingungen älterer Menschen erforscht, die Einfluss auf das natürliche oder krankhafte Altern haben können. In den sieben Teilprojekten werden Gesundheitsförderung, Vermeidung des Erkrankungsfortschritts bei bereits bestehenden Erkrankungen und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und pflegerischen Unterstützung in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeit gestellt (www.albertinen.de/krankenhauser/geriatrie/klinik/leistungsspektrum/lucas).

MultiCare (Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung)

Im Verbundprojekt werden Multimorbiditätsmuster und Entwicklungen von Multimorbidität bei älteren Hausarztpatienten untersucht. In vier Teilprojekten wird die Durchführbarkeit von Interventionen in der hausärztli-

chen Versorgung evaluiert, die Entwicklung im Längsschnitt und Interaktionen zwischen den einzelnen Krankheiten analysiert. Dadurch sollen der Bedarf und die Ansprüche ermittelt werden, die sich an die Organisation der hausärztlichen Versorgung ergeben (www.uke.de/insstitute/allgemeinmedizin/index_Versorgung.php).

PRISCUS (Entwicklung eines Modells gesundheitlicher Versorgung älterer Menschen mit mehrfachen Erkrankungen)

Das Verbundprojekt setzt sich zum Ziel, in den sieben Teilprojekten neue Therapieansätze und Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Aus einer Stichprobe von ca. 6 000 Hausarztpatienten soll eine praxisorientierte Definition für Multimorbidität entwickelt und sich mit der pharmakologischen Therapie der älteren Patienten auseinander gesetzt werden. Eine abgestimmte Behandlungsplanung und der Versorgungsbedarf sollen ermittelt werden (www.priscus.net).

Unter anderem beschäftigt sich ein Teilprojekt mit dem Thema Multimorbidität und Polypharmazie sowie der Analyse von Interaktionen, inadäquater Medikation und Nebenwirkungen im Alter. Es soll untersucht werden, welche Medikamente sich für ältere Menschen eignen, welche sich miteinander vertragen. Darüber hinaus soll eine einfach handhabbare Liste für den Praxisalltag erstellt werden. Diese Art deutscher Beers-Liste soll Medikamente aufführen, die für ältere Patienten nicht geeignet sind oder deren Dosierungen bei ihnen angepasst werden müssen (s. auch 5.2.4). Die Liste soll in Kooperation mit anderen Projektpartnern, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sowie in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Donna Fick (School of Nursing, The Pennsylvania State University, USA) erstellt werden, die auch federführende Autorin der letzten Überarbeitung der Beers-Liste aus dem Jahr 2003 war (Fick et al. 2003).

ESTHER-Netzwerk (Multimorbidität und Gebrechlichkeit im hohen Alter)

In der Kohortenstudie sollen Epidemiologie, psychische Komorbidität, medizinische Versorgung und die Kosten von Multimorbidität untersucht werden. Die Studie stützt sich auf die ESTHER-Population der Jahre 2000 bis 2002 und umfasst ca. 10 000 Probanden im Alter von 50 bis 74 Jahren. Biologische Marker und Korrelate sollen bei der Bestimmung von Risikofaktoren und präventiven Faktoren helfen. Welche Rolle die medizinische Versorgung der multimorbiden, älteren Patienten spielt, soll ebenfalls evaluiert werden, um das Verbesserungspotenzial von Prävention und Versorgung zu erkennen und den Einfluss auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen abschätzen zu können.

KORA-AGE (Langzeitdeterminanten und Konsequenzen der Multimorbidität)

Auf Basis der Augsburger KORA-Kohorte (Kooperative Gesundheitsforschung im Raum Augsburg) (ca. 8 800 Personen) sollen besondere Risikofaktoren von Multi-

morbidität identifiziert werden. Ziel ist es zunächst, die Prävalenz von Multimorbidität bei den über 65-Jährigen zu untersuchen. Im Anschluss sollen Determinanten für Multimorbidität und Mortalität gefunden werden. Personen, die an der Basisuntersuchung 1984 bis 2001 teilgenommen haben, werden dazu befragt, wie sich ihre Gesundheit verändert hat. Zusätzlich wird eine Interventionsstudie mit Myokardinfarktüberlebenden im Alter von 75 Jahren und älter durchgeführt (www.helmholtz-muenchen.de/kora/informationen-fuer-wissenschaftlerinnen/aktuelle-kora-studien/kora-age-verbund/index.html).

5.1.1.3 Wichtige an der Multimorbidität beteiligte Erkrankungen

567. Zu den wichtigsten Erkrankungen zählen die Hypertonie und der Diabetes mellitus. Beide haben eine hohe Prävalenz und kommen häufig gemeinsam vor. So haben nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998 42,1 % der Frauen und 50,3 % der Männer eine Hypertonie. Laut den Daten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) zur ambulanten-ärztlichen Versorgung (insgesamt 1,5 Millionen Versicherte; verwendet wurden ICD10-Diagnoseschlüssel) wird in der Altersgruppe der 65- bis 79-jährigen für mehr als 60 % der Personen (Männer: 62,4 %, Frauen 64,2 %) mindestens einmal im Jahr 2007 die Diagnose Hypertonie abgerechnet (Grobe et al. 2008). In der Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) bleibt Hypertonie die häufigste Diagnose und betrifft 68,9 % der männlichen sowie 73,4 % der weiblichen Versicherten. Die Anzahl der Diabetiker in Deutschland liegt bei ca. 5 %, wobei diese auf Selbstauskunft beruhenden Daten die eigentliche Zahl erheblich unterschätzen. Vermutlich liegt die Dunkelziffer genauso hoch wie die Zahl erkannter Diabetiker. So konnten in der KORA-Kohorte mit einem Bevölkerungsalter zwischen 55 und 74 Jahren 9,0 % Diabetiker und 9,7 % unbekannte Diabetiker nachgewiesen werden. Weitere 16,8 % der Untersuchten hatten eine gestörte Glukosetoleranz (Rathmann et al. 2003) mit einem hohen Risiko, in den nächsten Jahren einen manifesten Diabetes zu entwickeln.

568. Fasst man die Hochrechnungen auf der Basis der ambulanten Diagnosedaten der GEK im Jahr 2007 (Grobe et al. 2008) für die Gesamtbevölkerung Deutschlands zusammen, sind die häufigen und relevanten chronischen Erkrankungen in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen bei den Männern, neben der schon genannten primären Hypertonie, Störungen des Fettstoffwechsels, Prostatavergrößerung, Rückenschmerzen, chronische ischämische Herzkrankheit und Typ 2-Diabetes sowie Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsel (entspricht Harnsäureerhöhung und Gicht). Bei den Frauen kommen die Gonarthrose, Varizen der unteren Extremitäten und Osteoporose hinzu, die chronisch ischämische Herzkrankheit findet sich bei den Frauen nicht unter den zehn am häufigsten genannten Diagnosen. In der Altersgruppe der Hochbetagten (ab 80 Jahre) erscheint die Herzinsuffizienz bei beiden Geschlechtern (auf Rang 8 bei den Männern und Rang 7 bei den Frauen). Die Häufigkeit der chronisch ischämischen Herzkrankheit steigt bei Männern sehr stark an (auf 40 %) und erreicht bei Frauen mit 30,6 % Rang 6.

Nach den Daten des Heidelberger CONTENT-Projekts aus 2006 (CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork), welches kontinuierlich die Morbiditätsregistrierung anhand des ICPC (International Classification of Primary Care) auswertet, werden Kombinationen aus Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus, Rückenbeschwerden/Osteoarthritis und koronarer Herzkrankung besonders häufig gesehen, bei den Frauen ergänzt durch die Diagnose Depression (Laux et al. 2008). Leider ist die Schwere der chronischen Erkrankungen nicht in der Verschlüsselung berücksichtigt, sodass kein kumulativer Index der Erkrankungen gebildet werden konnte. Erstaunlich ist die niedrige Prävalenz der Diagnose Demenz. In den Daten von 2007 erscheint erst in der Altersgruppe ab 75 Jahren die Demenz mit 2,5 % der Beratungsergebnisse/Diagnosen bei den Männern und mit 2,8 % bei den Frauen (Kühlein et al. 2008). Auch in den Daten der GEK findet sich relativ selten der Schlüssel „nicht näher bezeichnete Demenz“ (erst auf Rang 20 bei Frauen, bei den Männern nicht unter den ersten 20 Plätzen). Diese relativ geringen Diagnosehäufigkeiten sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass für Demenzen noch weitere ICD-Codes zur Verfügung stehen wie beispielsweise „Alzheimer-Krankheit“ (G30), „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ (F00), „vaskuläre Demenz“ (F01) oder „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (F02). Die größte aus Deutschland vorliegende Primärerhebung zur Prävalenz von Demenzen ist die 1997 bis 1998 in Leipzig durchgeführte LEILA75+ Studie (Leipzig Longitudinal Study of the Aged), bei der insgesamt 1692 Personen im Mindestalter von 75 Jahren inklusive 192 Bewohnern aus Pflegeheimen untersucht wurden (Riedel-Heller et al. 2001). Nach den Kriterien der International Classification of Diseases (ICD-10) zeigt sich bei den Prävalenzen eine erhebliche Altersabhängigkeit. Insgesamt wiesen 3,5 % der 75- bis 79-Jährigen, 20,6 % im Alter von 85 bis 89 sowie 38,1 % der Personen im Mindestalter von 95 Jahren eine Demenz auf. Nach einem im Rahmen eines Delphi-Verfahren erzielten Konsens von Experten wird weltweit von insgesamt 24,3 Millionen an Demenz Erkrankten ausgegangen, diese Zahl soll im Jahr 2040 auf 81,1 Millionen ansteigen (Ferri et al. 2005). Demenzen stellen damit eine erhebliche Herausforderung für die ärztliche und pflegerische Versorgung unserer alternden Gesellschaft dar (Riedel-Heller et al. 2006). Mit den Folgen des Wandels der Alters- und Krankheitsstruktur sowie den daraus resultierenden Implikationen für die Gesundheitsberufe hat sich der Rat in seinem Gutachten 2007 bereits ausführlich beschäftigt.

569. Die bisherige Darstellung betrachtete einzelne Erkrankungen ohne Bezug zueinander. Tatsächlich und vor allem im höheren Alter treten aber zahlreiche Diagnosen gehäuft nebeneinander auf; beispielhaft sei das metabolische Syndrom als Kombination von Diabetes, Adipositas, Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen genannt. Die Prävalenz eines metabolischen Syndroms (definiert nach WHO) lag in der KORA-Kohorte (Raum Augsburg) bei 38 % für Frauen und bei 50 % für Männer (Rathmann et al. 2006). Nach den Auswertungen der ambulanten-ärztlichen

chen Versorgung in der GEK aus dem Jahr 2007 zeigt auch die durchschnittliche Zahl unterschiedlicher Diagnosen (nach dreistelligem ICD-Code) pro Person ab dem 20. Lebensjahr eine stetige Zunahme mit dem Alter (Grobe et al. 2008). Bei 10,9 % der Bevölkerung und damit am häufigsten trat die Zweifach-Kombination aus Fettstoffwechselstörungen und Hypertonie auf, als Dreifach-Kombination wurden am häufigsten Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Rückenschmerzen abgerechnet (4,5 %).

5.1.1.4 Risikofaktoren und Folgen der Mehrfacherkrankungen

570. Als Risikofaktoren für Mehrfacherkrankungen sind Alter, weibliches Geschlecht und niedriger Sozial- bzw. Bildungsstatus unbestritten (van den Akker et al. 1996). Auch führt eine bestehende chronische Erkrankung zur Erhöhung des Risikos für weitere chronische Erkrankungen. Das Vorliegen einer Depression könnte ein eigenständiger Risikofaktor sein (Lederbogen 2005). Es gibt Hinweise dafür, dass der Glaube an die eigenen Möglichkeiten, das Zusammenleben mit anderen bzw. ein großes soziales Netzwerk Faktoren sind, die vor dem Auftreten von Mehrfacherkrankungen „schützen“ können, während negative Lebensereignisse ein Risiko sind (van den Akker et al. 2001b). Allerdings ist die Evidenz in diesem Bereich, der vor allem soziale Faktoren betrifft, keineswegs ausreichend.

571. Die Multimorbidität wirkt sich negativ auf die Lebensqualität, den subjektiven Gesundheitszustand und die körperliche Funktion aus, und die Mortalität steigt (Fortin et al. 2004, 2006a; Gijzen et al. 2001). Die Folgen sind eine erhöhte Zahl medizinisch-pflegerischer, aber auch sozialer und ökonomischer Probleme. So steigen beispielsweise die Arztkontakte (Hessel et al. 2000; Laux et al. 2008) und die Zahl bzw. Dauer der Aufenthalte im Krankenhaus mit der Anzahl chronischer Erkrankungen an (Rochon et al. 1996; Librero et al. 1999; Byles et al. 2005; Wolff et al. 2002). Die chronischen Gesundheitsprobleme sind die ausschlaggebende Größe für die Zahl verschiedener Verordnungen, Überweisungen und Hausarztconsultationen (Kühlein et al. 2008). Mit jeder Verordnung steigt das Risiko von Medikationsfehlern (jede 5. Medikation ist fehlerhaft, jede 14. Medikation ist potenziell gefährlich, Barker et al. 2002) und Arzneimittelinteraktionen an (Hiemke et al. 2003). Neben der Notwendigkeit einer vermehrten Kontrolle und Überwachung steigen die Kosten auch durch Nebenwirkungen und Krankenhausaufenthalte erheblich. Insgesamt fallen in Deutschland ca. 80 % der Ausgaben der GKV auf ca. 20 % der Versicherten mit chronischen Erkrankungen (Bertelsmann Stiftung 2005). Berücksichtigt man hier, dass eigentlich für diese Patientengruppe viel mehr Zeit zur Verfügung stehen müsste (Ostbye et al. 2005; Boyd et al. 2005), ist bei einer adäquaten Vergütung eine weitere Kostensteigerung zu erwarten. Hierbei ist die Zeit nicht nur notwendig, die nach den Angaben der Leitlinien bezüglich der Betreuung der Einzelerkrankungen angewendet werden soll, sondern bei Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen ist die Kommunikation mit dem

behandelnden Arzt entscheidend. So ist es erschreckend, dass mehr als ein Drittel der Patienten, die ihren Arzt aufsuchen und ihre Gesundheit als schlecht einstufen bzw. eine ernste Erkrankung in den letzten zwei Jahren hatten, selten oder nie aufgefordert wurden, Fragen zu stellen. Darüber hinaus erhielten 18 % der Patienten keine Hinweise, auf bestimmte Symptome zu achten. Behandlungsalternativen und Beteiligung an Entscheidungsfindungen wurden bei 19 % der Patienten nicht angeboten (Schoen et al. 2009). Diese Defizite bestehen auch in anderen europäischen Ländern, in den USA und in Kanada.

572. Neben Belastungen durch die einzelnen Erkrankungen treten für den Patienten zusätzliche Probleme und vor allem funktionelle Beeinträchtigungen auf wie Sturzgefährdung, Inkontinenz, Verwirrheitszustände und chronische Schmerzzustände. Diese tragen oft entscheidend zur Gesamtkrankheitslast bei.

Auch auf Angehörige und Freunde wirken sich die Mehrfacherkrankungen eines Patienten aus. So kann die Betreuung und Pflege viel physische und psychische Energie benötigen und ganze Familienstrukturen verändern und zu Überlastungen führen (Knottnerus et al. 1992). Die Multimorbidität ist daher eine Herausforderung bezüglich adäquater Therapiekonzepte und Versorgungsstrukturen, wobei Leitlinien eine wichtige Rolle spielen.

5.1.2 Anforderungen an Leitlinien und bestehende Defizite

573. Nachdem sich der Sachverständigenrat bereits 1994 für die Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien eingesetzt und sich 2000 mit Leitlinien als wichtigem Entwicklungs- und Steuerungspotenzial von evidenzbasierter Medizin beschäftigt hat, ist das Thema trotz vieler Erfolge weiterhin aktuell (Flintrop et al. 2008). Hier soll auf Defizite in Qualität und Implementierung von Leitlinien vor allem in Bezug auf eine zunehmend durch Multimorbidität geprägte Patientenstruktur eingegangen werden, die eine Anpassung dieses wichtigen Instruments zur Qualitätsförderung erfordert. Dabei ist eine Prioritätenbildung erforderlich, da eine gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung zu einer möglicherweise schlechteren Patientenversorgung führt und auch nicht praktikabel ist (Boyd et al. 2005).

574. Evidenzbasierte Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungs- und Entscheidungskorridore für Patienten und Leistungserbringer. Sie sollen zu einer individuell angemessenen gesundheitlichen Versorgung und zu Transparenz führen (Field/Lohr 1992; Gerlach et al. 1998). Eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien impliziert jedoch, dass von ihnen individuell abgewichen werden kann oder sogar muss, wenn die klinische Entscheidung unter Würdigung der Gesamtsituation dies erfordert oder wenn die Patientenpräferenz einer Therapie entgegensteht. Daher sollen gute Leitlinien nicht den Charakter einer „Vorschriften-Medizin“ (Flintrop et al. 2008) annehmen und stellen keine Bedrohung der Autonomie des eigenen innovativen Potenzials und der intellektuellen Entwicklungsfähigkeit des therapeutisch tätigen Arztes dar. Sie sind Werkzeuge zur Verbesserung der

Behandlungsqualität. Dabei „überstimmen“ Leitlinien niemals die Urteilsbildung des Arztes bei der Behandlung des individuellen Patienten, zumal der Arzt außer seiner Beurteilung der besonderen Bedingungen des Einzelfalls die Patientenpräferenz einbeziehen muss. In diesem Sinne ist bei einer Abweichung von den Leitlinienempfehlungen die ärztliche Handlung nicht prinzipiell rechtlich angreifbar. Auch stellen die Leitlinien kein verbindliches Regelwerk der Kostenträger für eine Steuerung der Versorgung dar. Den Patienten können Leitlinien unterstützen, eine informierte Entscheidung zu treffen.

5.1.2.1 Ziele und Anforderungen an Leitlinien und Barrieren einer Implementierung

575. Das Hauptziel medizinischer Leitlinien ist die Förderung einer guten klinischen Praxis und die Reduzierung einer unbegründeten Varianz in der Versorgungsqualität, wobei die vorhandenen Ressourcen Berücksichtigung finden sollen. So stellen Leitlinien wesentliche Bestandteile des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen dar, und ihr günstiger Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung ist in vielen Ländern wissenschaftlich belegt worden (Grimshaw et al. 2004). Obwohl zunehmend systematische Methoden zur Leitlinienentwicklung angewendet werden, gibt es in Deutschland bislang nur wenige Studien zur Evaluation der Wirkungen und Folgen von Leitlinien auf Qualität und Kosten der Gesundheitsversorgung. Eine Ausnahme bilden die hessischen Pharmakotherapie-Zirkel zur Implementierung hausärztlicher Leitlinien mit Förderung der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen und des Verbandes der Ersatzkassen. Diese Evaluation zeigte nur wenige Verhaltensänderungen trotz eines deutlichen Nutzungsanstiegs (Ollenschläger et al. 2005). Demgegenüber konnte in einem Projekt des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen gezeigt werden, dass eine strukturierte Qualitätszirkelarbeit mit zeitnahe Feedback an die Teilnehmer durchaus zu Qualitätsverbesserungen bei gleichzeitiger Kostenreduktion in der Pharmakotherapie führen kann (Wensing et al. 2004). Weitere Projekte zur Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag wurden im Rahmen der Initiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung gefördert. So erbrachte das Projekt der Abteilung Pneumologie der Medizinischen Hochschule Hannover zum Management ambulant erworbener tiefer Atemwegsinfektionen nur in Bezug auf die leitliniengerechte Therapiedauer eine signifikante Veränderung. Dies wird auf die begrenzte Implementierungsstrategie (Schulung, Poster, Kittelversion und elektronische Version der Leitlinien) zurückgeführt. Für die Zukunft schlagen die Autoren Qualitätszirkel und Audits vor (Schnoor et al. im Druck). Leitlinien mit guter Qualität im Sinn des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sind durch gute interne Validität, die Umsetzbarkeit in der Praxis sowie gute externe Validität gekennzeichnet (Grimshaw/Russell 1993, DELBI 2005/2006; Ollenschläger et al. 2005). Das

DELBI enthält 29 Kriterien zur Bewertung von Leitlinien, die sieben Bereichen zugeordnet werden können:

1. Geltungsbereich und Zweck,
2. Beteiligung von Interessengruppen (relevante Berufsgruppen, Patienten),
3. methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung,
4. Klarheit und Gestaltung,
5. Anwendbarkeit,
6. redaktionelle Unabhängigkeit,
7. Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem.

Der letzte Punkt verweist auf die Notwendigkeit einer Strategie für die Verbreitung der Leitlinie und ihrer Implementierung.

Da die tatsächliche Umsetzung der Leitlinien in die ärztliche Praxis der entscheidende Faktor zur Erreichung des Ziels der Verbesserung der medizinischen Versorgung ist, haben vor allem die Arbeiten von Greco/Eisenberg 1993 und Grimshaw et al. 2004 viel Beachtung gefunden, da sie eine Abschätzung der Wahrscheinlichkeit ermöglichen, mit der sich evidenzbasierte Leitlinien in den täglichen Arbeitsalltag implementieren lassen.

5.1.2.2 Strategien zur Implementierung von Leitlinien

576. Die erfolgreiche Implementierung von Leitlinien erfordert nicht nur Veränderungen organisatorischer Randbedingungen und ggf. eine Umgestaltung zentraler Arbeitsprozesse, sondern vor allem Verhaltensänderungen des entscheidenden Arztes. Zur Implementierung von Leitlinien wurden viele Methoden mit unterschiedlichem Erfolg angewendet.

Die Implementierung der Leitlinien ist inzwischen selbst zum Gegenstand kontrollierter Studien geworden. In einer systematischen Übersichtsarbeit werden wesentliche Prämissen für eine Umsetzung durch den Arzt beleuchtet (Cabana et al. 1999). So kann ein verändertes Handeln zwar auch durch externe Barrieren wie finanzielle Regelungen und die Eigenschaften der Leitlinie selbst (keine Eindeutigkeit der Empfehlung, sich widersprechende Leitlinien) behindert werden, die analysierten Studien weisen jedoch darauf hin, dass es zahlreiche vorgelagerte Widerstände auf den Ebenen der Kenntnis und der Einstellungen gibt, wie Informationsmangel, mangelnde Vertrautheit mit Leitlinien im Allgemeinen, fehlendes Vertrauen in die Unabhängigkeit der Leitlinienentwicklung, allgemeine Ablehnung der „Kochbuchmedizin“ oder traditionelle Gewohnheiten und mangelnde Motivation.

577. Es ist weiterhin von einer noch unzureichenden Umsetzung der medizinischen Leitlinien auszugehen. Die Gründe sind mannigfaltig:

- Fehlende Praxisorientierung, lediglich wissenschaftsorientiert und daher schwierig anzuwenden (Leitlinien als Dialog zwischen Forschern).

- Leistungserbringer sehen in den Leitlinien eine Begrenzung Ihrer Autonomie, eine Bevormundung.
- Ärzte oder andere Gesundheitsberufe stimmen nicht mit der Meinung der Leitlinienersteller überein; es gibt konträre eigene Erfahrungen oder konträre Erfahrungen von Kollegen.
- Die Leitlinienempfehlungen laufen den Patientenpräferenzen entgegen.
- Ärzte oder andere Gesundheitsberufe entscheiden, Leitlinien aufgrund von hoher Patientenfluktuation, Zeitknappheit, „Überflutung“ mit wissenschaftlichen Informationen u. a. zu ignorieren.

Keine einzelne Implementierungsstrategie ist generell erfolgreich in der Überwindung dieser Hindernisse (Wensing et al. 1998; Braspenning et al. 2001), eher verspricht die Kombination mehrerer Strategien bessere Erfolge (Wensing et al. 1998), wobei sich sechs Maßnahmengruppen unterscheiden lassen (Greco/Eisenberg 1993).

Education – Ausbildung/Weiterbildung/Fortbildung

578. Initial wurden vor allem Materialien im Sinne von Broschüren, Artikeln, Büchern sowie Konferenzen und Workshops eingesetzt. Diese allein scheinen das Verhalten der praktisch tätigen Ärzte nur wenig zu beeinflussen (Eagle et al. 1997). Einen deutlich besseren Erfolg hat eine individuelle Vorstellung (Grimshaw/Russell 1993) durch beispielsweise einen Pharmakologen oder den jeweiligen Spezialisten, wobei diese Weiter- und Fortbildung am Arbeitsplatz erfolgen muss (*academic detailing*). Auch unternehmensunabhängige Pharmakotherapieberater könnten Leitlinien unter Anwendung erfolgreicher Marketingmethoden effektiver implementieren. Nachteil ist der große Aufwand, sodass als eine alternative, ebenfalls Erfolg versprechende, Implementierungsstrategie die überwiegende Ausbildung von Meinungsbildnern unter den Ärzten, besonders anerkannte Kollegen, gewählt wurde. Für alle Bereiche gilt, dass die Wissensvermittler geschult werden sollten (*teach the teacher*), da die Art der Präsentation entscheidend ist, wie sich unschwer am Erfolg von Werbekampagnen ablesen lässt. Wiederholungen sind wichtig, aber Originalität ist es auch, wenn die Inhalte im Gedächtnis bleiben sollen.

Die Implementierung von Leitlinien muss – wie Qualitätsförderung überhaupt – als Teil eines Veränderungsprozesses in Organisationen der Gesundheitsversorgung angesehen und entsprechend systematisch durchgeführt werden.

579. Bislang sicher viel zu wenig beachtet ist eine Einbeziehung der studentischen Lehre. Wenn bereits Vorlesung und Seminare Leitlinien als Entscheidungskorridore für Patienten und Ärzte darstellen, wenn Leitlinien Prüfungsinhalte auch im Staatsexamen sind, und wenn Studierende den selbstverständlichen Umgang mit Leitlinien in der ärztlichen Praxis erleben, werden sie auch in ihrer eigenverantwortlichen Arbeit nicht auf dieses wichtige Instrument verzichten wollen. Nach dem Studium müssen Leitlinien sowohl den Arzt in der Weiterbildung als auch

den Facharzt in der Fortbildung begleiten. So könnte eine deutschlandweite einheitliche zusätzliche schriftliche Facharztprüfung Leitlinien einbeziehen, und Fortbildungen ohne Bezug zu Leitlinien bzw. zu einer evidenzbasierten Medizin könnte die Zertifizierung verweigert werden.

Feedback – Rückmeldung

580. Ein wichtiger Stimulus für die Anwendung von Leitlinien ist eine Rückmeldung, die beispielsweise eine Übereinstimmung der Therapie bzw. des Therapieerfolges mit dem anderer Kollegen zeigt (so auch im Rahmen von Qualitätszirkeln (Wensing et al. 2004)). Als Implementierungsstrategie funktioniert sie allerdings nur, wenn eine Verbesserung gewünscht wird, und wenn der Arzt schnell und direkt auf die Rückmeldung reagieren kann und gleichzeitig die Rückmeldung nicht als Angriff, Drohung oder Eingriff in seine Entscheidungsfreiheit empfindet. So ist dieser Ansatz gut, um erwünschtes Verhalten zu steigern und nicht so effektiv, wenn es um Änderungen unerwünschten Verhaltens geht. Auch ist der Zeitpunkt der Rückmeldung entscheidend: je weiter zeitlich vom Patientenkontakt entfernt, umso schlechter sind die Erfolgsaussichten. Ideal ist eine Erinnerung kurz vor oder zum Zeitpunkt des Patientenkontakts bzw. bei Anordnung einer Laboruntersuchung (z. B. werden beim Anmelden eines Tests die Kosten angezeigt) (Grimshaw/Russell 1993). Der Erfolg hängt auch davon ab, ob der Rückmeldende dem Behandelnden bekannt ist. Eine wiederholte Rückmeldung und die Kopplung an eine Diskussion in kleinen Gruppen verbessern den Erfolg (z. B. auch als professionelle Rückmeldung über das Testergebnis und die Eignung der angeordneten Untersuchung, Verstappen 2003).

Partizipation der Zielgruppe

581. Die Ärzte bzw. betroffene andere Gesundheitsberufe müssen als Zielgruppe an der Entwicklung und den Implementierungsstrategien der Leitlinien mitarbeiten bzw. sie müssen einbezogen werden (Grimshaw/Russell 1993). Hierbei ist wichtig, dass die als Grundlage der Leitlinienentwicklung wichtigen Studien und Metaanalysen für alle Interessierten (wenn möglich in deutscher Sprache) zugänglich sind: beispielsweise die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), wobei allerdings darauf hinzuweisen ist, dass nur 52 der insgesamt 871 AWMF-Leitlinien den Qualitätsstatus einer S3-Leitlinie erreichen (Baethge 2008; s. www.uni-duesseldorf.de/AWMF; s. auch die englischsprachigen systematischen Reviews der Cochrane Collaboration, Linde et al. 2009). In diesen Zusammenhang sollte der Zugang zur Cochrane Library für die deutschen Universitäten beispielsweise durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) öffentlich und ohne Einflussmöglichkeiten gewinnwirtschaftlicher Akteure möglich sein (Antes 2008).

Je weiter der „Entwickler“ von der Zielgruppe entfernt ist, umso schlechter stehen die Chancen einer erfolgreichen Anwendung (nationale Leitlinien versus regionale Qualitätszirkel). Eine angesichts des hohen Entwicklungsaufwands sinnvolle Strategie ist daher die zentrale bzw. nationale Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien höchster Qualität und die anschließende regionale Adaption (*local tailoring*), z. B. in Form von Behandlungspfaden. Dabei zeigt sich, dass die Wirkungsstärke der Empfehlung von drei Faktoren abhängt: der Stärke der wissenschaftlichen Studien, der zu akzeptierende Schwellenwert der zu behandelnden Patienten (*number needed to treat*) und dem zu erwartenden Behandlungserfolg, wobei diesen drei Punkten mögliche Nebenwirkungen sowie die Kosten und die administrative Belastung für Patient und Arzt gegenübergestellt werden (Guyatt et al. 1995).

Kompetenzgewinn und Qualitätssicherung

582. Ein wichtiger Anreiz für die Einbeziehung von Leitlinien in die tägliche Praxis ist das Erleben des Gewinns an Kompetenz durch den Anwender. Über seinen persönlichen Erfolg hinaus kann ein Arzt zu einem Meinungsbildner in seiner Gruppe werden. In einer Klinik könnte er für die Erstellung von Behandlungspfaden verantwortlich sein, was einen deutlichen Prestige- und Autoritätsgewinn beinhalten kann.

Darüber hinaus stellen Leitlinien eine Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung dar. Dieser Aspekt stellt ebenfalls eine Motivation zur Anwendung dar und sollte bei der Implementierung berücksichtigt werden. Als Beispiel sei hier die computerunterstützte Entscheidungsfindung genannt (so erscheinen etwa bei Eingabe der Diagnose „Pneumonie“ die entsprechenden Leitlinien). Leitlinien sollten klinischen Dokumentations- und Entscheidungsunterstützungssystemen unmittelbar hinterlegt sein. Auch können mit diesem System der Arzt und ebenso andere Gesundheitsberufe an weitere Untersuchungen, Patientenschulung und ähnliches erinnert werden.

Ein spezieller Bereich ist die Pharmakotherapie. Hier erscheint eine durch Computer unterstützte Entscheidung besonders sinnvoll (Hinweis auf Interaktionen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Unverträglichkeiten). Voraussetzung ist eine gute Datentechnologie, die komplexe Daten sammelt, analysiert und zur Bewertung präsentiert. Hier könnte eine finanzielle Unterstützung helfen, ebenso die Möglichkeit, mit einer evidenzbasierten Medizin oder beispielsweise einem „Leitliniensiegel“ werben zu können.

Administrative Eingriffe, Anweisungen

583. Administrative Reglementierungen können effektiv, allerdings nur die „ultima ratio“ sein, wenn alle anderen Anstrengungen nicht greifen.

Durch die Errichtung von Barrieren kann die Abnahme einer unerwünschten Praxis erreicht werden (beispielsweise die Notwendigkeit von Zertifikaten für die Durchführung bestimmter Methoden) und umgekehrt durch den

Abbau von Hindernissen eine Förderung. Im Extremfall können Änderungen durch Gesetze und Bestimmungen erzwungen werden. So könnte beispielsweise die Nennung einer entsprechenden Leitlinie (möglicherweise in Form eines Leitlinienschlüssels entsprechend der jetzigen ICD-Verschlüsselung) in Arztbriefen gefordert werden. Eine kritische Evaluation der Implementierung ist dennoch unbedingt erforderlich, da es trotz der erwünschten Änderung im Verhalten der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe zu einer Verschlechterung der Gesundheit der Patienten kommen kann (z. B. weniger Medikamente, dafür allerdings stärkere Pflegebedürftigkeit).

Finanzielle Anreize und Sanktionen

584. Eine Änderung des Verhaltens von Beschäftigten im Gesundheitswesen kann durch finanzielle Anreize/Sanktionen erreicht werden, wie beispielsweise die Aufnahme von Patienten in ein Disease Management Programm zeigt. Ein Beispiel für die Wirkung von möglichen Sanktionen ist die Steigerung der Teilnahme an Fortbildungen durch die Notwendigkeit, Fortbildungspunkte zu erwerben.

Finanzielle Anreize sind als Instrumente zur Reduktion der gesundheitlichen Ressourcennutzung wirksam und fördern in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitssystem auch die „Leitlinientreue“ (Chaix-Couturier et al. 2000). Sie bergen jedoch Risiken wie ein eingeschränktes Leistungsangebot und die Abnahme der Kontinuität einer Behandlung, was vor allem chronisch Kranke und multimorbide Patienten trifft (s. auch Abschnitt 6.1.5.7). Das größte Risiko liegt im Konflikt zwischen Arzt und Patient mit der Folge des Vertrauensverlustes. Finanzielle Anreize bzw. Sanktionen alleine können daher keine Grundlage der Gesundheitspolitik sein.

585. Für alle sechs Maßnahmengruppen und die daraus zusammengesetzten Implementierungsstrategien gilt die Notwendigkeit der Evaluation. Wie haben sich Diagnostik, Therapie, Überweisungspraxis, Patientenschulung und Kommunikation verändert? Wurden Behandlungsziele erreicht? Ist beispielsweise die Zahl der Krankenhausaufenthalte zurückgegangen? Bei dieser Evaluation sollten jedoch Parameter wie Patientenzufriedenheit, Adhärenz und Lebensqualität nicht vergessen werden.

5.1.2.3 Probleme der Leitlinienempfehlungen zur Multimorbidität

586. Es gibt nur sehr wenige Leitlinien, die sich auf Patienten mit mehreren Erkrankungen beziehen. So wird beispielsweise im Buch „Innere Medizin – Leitlinien 2007/2008“ (Block 2007) nur bei einer einzigen Leitlinie eine Kombination von zwei Erkrankungen genannt (koronare Herzerkrankung bei Diabetes mellitus). Sucht man bei den Leitlinien der AWMF, so findet man kaum Leitlinien für Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen. Selbst in Leitlinien für Erkrankungen, die vor allem ältere und hochbetagte und zumeist unter mehreren Krankheiten leidende Patienten betreffen, wie beispiels-

weise die deutschen Leitlinien zur Versorgung bei Demenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2008) oder der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008), wird nicht auf mögliche Komorbiditäten oder auf die Multimorbidität eingegangen.

Das Fehlen der Leitlinien für multimorbide Patienten wurde auch von den Delegierten des deutschen Ärztetages in Ulm festgestellt. Diese fordern die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und die wissenschaftlichen-medizinischen Fachgesellschaften auf, in ihren Therapieempfehlungen und Leitlinien insbesondere ältere Patienten und solche mit Mehrfacherkrankungen stärker zu berücksichtigen.

Die Hauptursache für dieses Defizit ist die fehlende Evidenz. So schließen viele randomisierte kontrollierte Studien multimorbide Patienten oder Patienten mit Komorbiditäten aus oder berichten Komorbiditäten nicht oder stratifizieren zumindest nicht dafür. Komorbiditäten werden oft nur erwähnt, wenn sie eine Rolle in Bezug auf die Zielerkrankung und ihre Therapie bzw. Prognose spielen. Dabei sind bei fast allen Patienten, die beispielsweise in eine randomisierte kontrollierte Studie zur Therapie der Hypertonie eingeschlossen werden konnten, mehrere chronische Erkrankungen zu erwarten, wie die Untersuchung von Fortin et al. zeigt (Fortin et al. 2006b).

587. Ein weiteres Problem besteht im Ausschluss sehr alter Patienten. So lagen die Einschlusskriterien für den ABCD Trial (Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes) bei 74 Jahren (Estacio et al. 1998), die der UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) bei 65 Jahren (UKPDS 1998), die der HOT- (Hypertension Optimal Treatment-) Studie bei 80 Jahren, wenn auch das mittlere Alter der fast 20 000 Patienten im Endeffekt bei 61,5 Jahren lag (Hansson et al. 1998). In neueren Studien werden ältere Patienten eher berücksichtigt. So haben beispielsweise die ONTARGET Studie (Ongoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial) (Yusuf et al. 2008) und die ALLHAT Studie (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial) (Davis et al. 2006) kein Höchstalter, und die HYVET Studie (Hypertension in the Very Elderly Trial) (Beckett et al. 2008) schließt sogar nur Patienten über 80 Jahre ein.

Auch andere Limitierungen führen dazu, dass selektive Patientengruppen untersucht werden. So müssen die Patienten ins Studienzentrum kommen, dies schließt Gehbehinderte nahezu aus. Möglicherweise nimmt auch die Bereitschaft zur Studienteilnahme mit zunehmendem Alter ab. Das mittlere Alter der Patienten in der ALLHAT-Studie war 67 Jahre, das der ONTARGET Studie 66 Jahre. Bei der HYVET Studie, die sich ausdrücklich auf alte Patienten bezieht, wurden Patienten mit Herzinsuffizienz, die einer antihypertensiven Therapie bedürfen, Niereninsuffiziente mit einem Kreatinin über 150 µmol/l, Patienten mit einer Demenz und Pflegebedürftige ausgeschlossen.

588. Wie „artifizial“ die Studienlage in Bezug auf den klinischen Alltag ist, zeigt eine Untersuchung von Masoudi et al. (Masoudi et al. 2003). Die Autoren konnten am Beispiel der Herzinsuffizienz zeigen, dass von einer Gruppe von mehr als 20 000 Patienten mit dieser Diagnose, die nach Akutbehandlung aus dem Krankenhaus entlassen wurden, nur eine Minderheit die Einschlusskriterien für drei große Herzinsuffizienzstudien erfüllte. Es waren nur 18 % der Patienten geeignet für SOLVD (Studies Of Left Ventricular Dysfunction), 13 % für MERIT-HF (Metoprolol CR/LX Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure) und 25 % für RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study). Die Zahl der Patienten lag für Frauen signifikant niedriger, und war bei den ältesten Patienten am geringsten.

Große Defizite gibt es auch im Bereich „generischer“ (d. h. relativ diagnoseungebundener) Interventionen sowie Leitlinien. Mit der Zunahme der Zahl der Erkrankungen beim einzelnen Patienten treten übergreifende Maßnahmen zur Aktivierung und Förderung des Selbstmanagements (Lorig/Holman 2003) bzw. des Erhalts selbständiger Lebensführung in den Vordergrund. Zudem muss die Entwicklung der geriatrischen Syndrome („vier I's“: Inkontinenz, Intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität) gehemmt werden. Hierzu gibt es bis heute kaum evidenzbasierte Leitlinien.

589. Darüber hinaus besteht eine grundsätzliche Problematik der leitliniengerechten Therapie von Patienten mit Mehrfacherkrankungen. Dies wird beispielhaft von Boyd et al. anhand einer hypothetischen, multimorbiden 79-jährigen Patientin mit Osteoporose, Osteoarthritis, Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, alle Erkrankungen mit moderatem Schweregrad, dargestellt (Boyd et al. 2005).

Die Anwendung der qualitativ besten Leitlinien führte trotz des Versuchs, möglichst einfache Therapien zu wählen, zu einem Behandlungsplan mit zwölf Medikamenten und 19 Einzeldosen, die zwischen 7 Uhr und 23 Uhr zu fünf verschiedenen Zeitpunkten einzunehmen waren. Außerdem musste die Patientin 13 verschiedene Empfehlungen in Bezug auf Lebensführung und viele Ernährungshinweise beachten. Wenn man alle Arztbesuche hinzurechnet, verblieb dieser Patientin wenig Zeit außerhalb ihres „Gesundheitsprogramms“. Darüber hinaus bestanden viele Interaktionen zwischen den verordneten Medikamenten, und Verhaltensempfehlungen für eine Erkrankung waren bei einer anderen Erkrankung schädlich bzw. kontraindiziert. Hinzu kommen mögliche Fehler bei der Medikamenteneinnahme und eine schwierigen Situation in Bezug auf die Adhärenz des Patienten. Diese Arbeit zeigt, dass Praxisleitlinien, entwickelt für einzelne Erkrankungen, nicht für die Anwendung bei älteren Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen geeignet sind.

So kann die Anwendung diagnosespezifischer Leitlinien auf multimorbide Patienten die Lebensqualität beeinträchtigen, ja unter bestimmten Umständen den Patienten sogar gefährden. Solange keine Leitlinien vorliegen, die das Problem mehrerer gleichzeitig bestehender Erkran-

kungen und einer reduzierten therapeutischen Belastbarkeit vor dem Hintergrund abgewandelter Therapieziele (Lebensqualität vor Lebenszeit und größtmögliche Selbständigkeit als Behandlungsziel) berücksichtigen, wird man für diese Patienten den Korridor diagnosespezifischer Leitlinien oft verlassen müssen.

Besonders problematisch wird die Anwendung diagnose-spezifischer Leitlinien bei multimorbiden Patienten, wenn gleichzeitig ein System der leistungsbezogenen Vergütung (*pay for performance*) auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren, die aus den krankheitsspezifischen Leitlinien abgeleitet wurden, besteht. Gerade für die Patienten mit Mehrfacherkrankungen kann dies zu einer Kombination von Über- (z. B. Therapie ohne Priorität), Unter- (z. B. Vernachlässigung nicht honorierter Indikatoren) und Fehlversorgung (z. B. multiple Arzneimittelkombinationen mit hohem Nebenwirkungsrisiko) führen (Boyd et al. 2005).

5.1.2.4 Anforderungen an Leitlinien für Patienten mit Multimorbidität

590. Bei der Frage der Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen sollte man sich die Ziele von Leitlinien insgesamt vor Augen führen. So sollen Leitlinien der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dienen. Sie sollen den Arzt zu einer wissenschaftlich begründeten und ökonomisch angemessenen Vorgehensweise motivieren im Sinne einer systematischen Entscheidungshilfe, wobei die Bedürfnisse und die Einstellung des Patienten berücksichtigt werden müssen. Unnötige und veraltete medizinische Maßnahmen und deren Kosten sollen ebenso wie unerwünschte Schwankungen in der Qualität der ärztlichen Versorgung vermieden werden. Nicht zuletzt ist ein Ziel die bessere Information der Öffentlichkeit über notwendige und allgemein anerkannte Maßnahmen bei speziellen Erkrankungen bzw. Risikokonstellationen.

591. Da Multimorbidität mehr als die Summe der Einzel-erkrankungen ist, stellen Leitlinien, die für diese Patienten entwickelt werden, nicht die Summe der Leitlinien der einzelnen Erkrankungen dar. Sie müssen Behandlungsprioritäten setzen, auf den Gesamtzustand des Patienten adaptiert sein, und das mit jedem Medikament steigende Risiko von Interaktionen berücksichtigen. Insbesondere müssen sie einem patientenorientierten statt einem erkrankungsorientierten Ansatz folgen und die Lebenserwartung und die ganz individuelle Situation des Patienten berücksichtigen. Sie helfen somit Entscheidungen zu treffen, nehmen sie dem Arzt aber bei der Komplexität der Situation keineswegs ab. Eine Schulung in Bezug auf Entscheidungen in komplexen Krankheitssituationen erscheint damit unabdingbar (Durso 2006).

592. Ein Beispiel für den Versuch, eine adäquate Leitlinie für ältere Patienten mit einem komplexen Gesundheitsproblem zu erstellen, sind die „Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus“ (Brown et al. 2003), da sie einen wichtigen Schritt in Richtung Priorisierung der Gesundheitsprobleme bezogen auf den individuellen Patienten gehen (Durso 2006).

So fordern die Leitlinien die Frage nach den Hauptrisiken (kardiovaskuläre Ereignisse), nach spezifischen geriatrischen Syndromen, nach den Wünschen der Patienten (beispielsweise optimale medikamentöse Therapie mit guter Sekundärprävention versus einfaches Therapieregime ohne Änderung der Lebensführung mit geringem Nebenwirkungsrisiko) und der Lebenserwartung (keine leichte Aufgabe für den behandelnden Arzt). Letzteres ist wichtig für die Frage, ob der Patient den Nutzen einer Intervention überhaupt noch erlebt. Es dauert beispielsweise ca. acht Jahre, die Früchte einer guten Blutzuckereinstellung zu ernten, während die Vorteile einer besseren Blutdruck- und möglicherweise Lipideinstellung sich schon nach zwei bis drei Jahren zeigen (Brown et al. 2003). So können am Ende für zwei Patienten gleichen Alters mit Diabetes mellitus zwei sehr unterschiedliche Therapieempfehlungen stehen. Hauptänderungen gegenüber den allgemeinen Diabetesleitlinien sind beispielsweise eine weniger strenge Blutzuckereinstellung und seltenere Kontrollen. Die Zeit, die für einen Patienten aufgewendet werden muss, steigt dennoch an, denn in die Betreuung wird die Erfassung geriatrischer Syndrome, die Frage nach einer Depression, die Patienten- und Angehörigenschulung, die ständige Aktualisierung der Medikamentenliste und die Überprüfung der Adhärenz einbezogen. Hier wird eine Delegation und Umstrukturierung von Aufgaben dringlich (GA 2007, I-2, s. auch 6.1.5.7), denn schon jetzt reicht die Zeit des Hausarztes/Primarversorgers zur Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen nicht aus, wie die Hochrechnungen von Ostbye et al. anhand von nur 10 chronischen Erkrankungen zeigen konnten (Ostbye et al. 2005).

5.1.2.5 Empfehlungen zur Entwicklung von Leitlinien für Multimorbidität

593. Zur Entwicklung von Leitlinien für Mehrfacherkrankungen muss zunächst mehr Evidenz gewonnen werden.

- Krankheitskombinationen
Wichtig sind Studien, die Patienten mit häufigen Krankheitskombinationen (Komorbiditäten) erfassen. Die Auswahl der Erkrankungen sollte sich nach der Häufigkeit, den Behandlungs- und Versorgungsproblemen der jeweiligen chronischen Erkrankung und den damit verbundenen Kosten sowie nach der bestehenden Differenz zwischen therapeutischen Möglichkeiten und Anwendung in der Praxis richten.
- Pharmakotherapie
Bezüglich der Pharmakotherapie ist die forschende Arzneimittelindustrie aufgefordert, erstens pragmatisch angelegte Studien nicht nur mit selektierten Studienpatienten, sondern mit den nach Markteinführung typischen Konsumenten eines Medikaments (die zu meist älter und mit Komorbiditäten belastet sind) durchzuführen, und zweitens mehr Evidenz für wichtige und häufige Kombinationen von Pharmaka zu liefern. Dies ist besonders wichtig, da bei älteren Menschen aufgrund eingeschränkter Organfunktionen, einem veränderten Metabolismus und geänderter

Pharmakokonzentrationen (beispielsweise durch eingeschränkte Nierenfunktion und niedrigere Verteilungsvolumina aufgrund eines höheren Fettanteils) mehr unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten (hierzu s. auch GA 2007, II-5 und v. a. II-5.2). Darüber hinaus sollten Studien eine Polypharmakotherapie mit einfachen Medikamenten-Regimen vergleichen. Letztere könnten die Adhärenz verbessern und das Risiko für Fehler minimieren: dieses steigt mit der Zahl der Medikamente; so ist jede 5. Medikation fehlerhaft, jede 14. Medikation potenziell gefährlich (Barker et al. 2002).

594. Möglicherweise reichen hier Empfehlungen nicht zur Umsetzung aus, sondern diese Forderungen müssen in den Prüfrichtlinien verankert werden.

- Studienpopulation, Ort der Durchführung
Studien mit Bezug auf Mehrfach erkrankte sollten Patienten über 65 Jahre und auch Hochbetagte (über 80 Jahre) einschließen, wobei Frauen, Menschen mit niedrigem Einkommen und nur geringen sozialen Netzen als vulnerable Gruppen für die Entwicklung von Multimorbidität nicht unterrepräsentiert sein sollten (GA 2000/2001).

Demenz-Syndrome und psychiatrische Erkrankungen dürfen kein Ausschlusskriterium sein. Diese so genannten *effectiveness*-Studien sollten nicht nur in Studienzentren, sondern bei den Patienten zu Hause und auch in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt werden, wobei Ärzte und Studienschwestern die Patienten in ihrer Umgebung aufsuchen. Hierbei müssen die Hausärzte und Heimärzte sowie die Pflegekräfte und die Angehörigen überzeugt werden.

- Endpunkte
Bei den Endpunkten ist es wichtig, eine oder mehrere (je nach Studiendesign) der validierten Messgrößen zur Bestimmung der Alltagskompetenz und Lebensqualität einzubeziehen. Bezüglich des Therapieerfolgs sollten sich die Untersuchungen auf die absolute Zahl der zu behandelnden Patienten für ein verhindertes Ereignis (*number needed to treat*) konzentrieren, da diese Zahl für die Behandler und die Patienten leichter zu interpretieren ist als die Angabe einer prozentualen (relativen) Risikoreduktion. Bei vielen Endpunkten kann es auch wichtig sein, das Ausmaß des Behandlungserfolges anzugeben. Die Studien sollten sich auf die Priorisierung von Maßnahmen und hierbei auf den Zeitpunkt des Erfolgs in Bezug zur Lebenserwartung konzentrieren und dabei dem Erhalt der Selbstständigkeit und der Verminderung der Pflegeabhängigkeit das größte Gewicht geben. Die Interventionen müssen einfach sein, um die Adhärenz des Patienten zu steigern, und es sollten keine oder nur geringe Kosten für den Patienten entstehen.

Darüber hinaus müssen sich die Leitlinien auch auf die Betreuungsstruktur des Patienten, das interprofessionelle Handeln zwischen Primärversorgern, Pflege und anderen Leistungserbringern beziehen, die Schulung des Patienten und der Angehörigen berücksichti-

gen und die Wünsche des Patienten bereits in den Leitlinien thematisieren. Dabei sollen sich die Leitlinien auch auf den Versorgungsprozess fokussieren, die Strukturen der Langzeitversorgung und ihrer Vernetzung beschreiben und konkrete Vereinbarungen an Schnittstellen beinhalten sowie Ressourcenaspekte berücksichtigen.

Die Komplexität der Leitlinien nimmt hierbei deutlich zu. Dies lässt sich beispielhaft am Leitlinien-Clearingbericht „Demenz“ des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) zeigen. Bei der Zusammenstellung der Vorschläge bezüglich der Leitlinie „Demenz“ wird beispielsweise beschrieben, dass eine Leitlinie eine Übersicht aller an der Betreuung dementer Patienten und ihrer Angehörigen beteiligten Versorgungsstrukturen geben sollte. Weiterhin sollten die Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Versorgungsebenen genannt und ein gestuftes Gesamtbehandlungskonzept im Sinne eines allgemeinen Casemanagements mit Benennung der Umsetzungsverantwortlichkeiten sowie Anforderungen an das Schnittstellenmanagement formuliert werden. Auch sollen die beteiligten Professionen mit ihren Aufgabenschwerpunkten benannt und sozialmedizinische Aspekte (Problematik der Einwilligungsfähigkeit, Problematik der Fahrerlaubnis u. a.) angesprochen werden (ÄZQ 2005).

Hiermit ist eines der Ziele von Leitlinien, die Reduktion der Variation in Diagnostik und Therapie, nur begrenzt zu erreichen, da Gesamtkrankheitslast, Lebenserwartung und die sozialen Strukturen in dieser Patientengruppe sehr unterschiedlich sind und das ärztliche und pflegerische Vorgehen hieran adaptiert werden muss. Dennoch sind Handlungskorridore wichtig, wenn sie auch nicht zu einfachen Entscheidungsbäumen führen, sondern dem Arzt mehr die Instrumente und Kriterien an die Hand geben, die gemeinsam mit dem Patienten und anderen an der Betreuung Beteiligten (wie Krankenpfleger, Physiotherapeut, Angehörigen) zu einer Entscheidung führen.

Dies ist wichtig, da eine erfolgreiche Versorgung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankung einen multidisziplinären und integrierten Ansatz in der Primärversorgung und darüber hinaus erfordert, und da in Zukunft nicht ein einzelner Hausarzt einen Patienten isoliert betreuen wird, sondern ein Netzwerk aus Hausärzten und Fachärzten, Altenpflegern, Sozialarbeitern und Mitgliedern anderer Gesundheitsberufe. Somit wird eine gemeinsame Basis unumgänglich (s. auch Abschnitt 6.1.4 und 6.4.4).

- Erstellung der Leitlinien
Zur Frage, wer diese Leitlinien entwickeln soll, muss bei der Komplexität des Problems ein unabhängiges Team von Ärzten und Mitgliedern anderer Gesundheitsberufe gewonnen werden. Die Teammitglieder sollten überwiegend noch Patienten betreuen, um „im Alltag verankert“ zu sein. Eine industrieunabhängige Finanzierung ist wichtig. Es ist daher dringlich, dass

die Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von medizinischen Leitlinien in Deutschland als Teil der Versorgung angesehen und von den Leistungsträgern sowie einer öffentlichen Förderung getragen und unterstützt wird. Dies ist bei komplexen Leitlinien besonders wichtig, da hier erhebliche Kosten zu erwarten sind. Anschließend müssen die Empfehlungen im Rahmen einer Prüfphase in der Praxis getestet werden. Eine Aktualisierung der Leitlinien ist in der Regel alle drei bis fünf Jahre notwendig (Shekelle et al. 2001; Shojania et al. 2007). Dies ist ein nicht leicht zu erreichendes Ziel. So findet man auch in Bereichen, die im Vergleich zu den Empfehlungen bei Multimorbidität einfach zu strukturieren sind, Leitlinien, die zum Teil 10 Jahre alt sind und von der täglichen Praxis bereits überholt wurden (Chaberny et al. 2008).

5.1.2.6 Implementierung von Leitlinien für Multimorbidität

595. Für die Implementierung der Leitlinien bei Multimorbidität gelten die gleichen Empfehlungen wie für Leitlinien einzelner Erkrankungen, wobei die in Zukunft geänderten Versorgungsstrukturen die Verankerung erleichtern sollten, da einerseits eine klare Notwendigkeit für Leitlinien besteht, und da andererseits die Implementierung im Team leichter fallen dürfte.

Die Herausforderung der Betreuung von Patienten mit überwiegend Mehrfacherkrankungen und eine populationsorientierte Versorgung mit Betonung einer einerseits vernetzten und kontinuierlichen Betreuung, andererseits einer interdisziplinären und bezüglich der Fachgebiete allerdings auch professionsübergreifenden Versorgung schafft die Notwendigkeit klarer Strukturen. Hierbei sind nicht nur „klinische Leitlinien“ (sie beziehen sich auf die individuelle Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient) klar zu strukturieren, sondern auch solche, die sich auf den Versorgungsprozess (wer etwas wie tut) beziehen („systemische Leitlinien“). Die Notwendigkeit für Standardisierungen sollte die Implementierung der Leitlinien fördern. So ist zu erwarten, dass beispielsweise die Notwendigkeit einer Medikamentenüberprüfung und Aktualisierung der Medikamentenliste bei älteren Patienten mit Diabetes mellitus (Brown et al. 2003) die Einführung einer elektronischen Patientenakte mit der Möglichkeit, diese einfach zu erstellen, fördert, zumal wenn mehrere Ärzte unterschiedlicher Disziplinen und Versorgungsstufen an deren Erstellung beteiligt sind. Die Notwendigkeit, nach geriatrischen Syndromen (wie Schmerzen, Depression, Inkontinenz u. a.) zu fragen und eine Verschlechterung im Verlauf zu erkennen, sollte zur Bevorzugung einer kontinuierlichen Betreuung des Patienten durch ein festes, nicht wechselndes Team (Arzt, MTA oder Schwester) führen. Hierfür spricht auch eine neue Untersuchung mit fast 100 000 amerikanischen Patienten in der Primärversorgung (Atlas et al. 2009). Die Autoren konnten zeigen, dass eine enge Bindung an einen Hausarzt (nicht an eine Praxis) mit einem höheren Prozentsatz leitliniengerechter Therapie assoziiert war.

Hinzu kommt, dass das Lernen im Team effektiver ist, insbesondere, wenn die Gruppen eine gemeinsame Zielsetzung haben (siehe neue Versorgungsstrukturen, sektorübergreifende Versorgung). Lernen auf der Organisationsebene beispielsweise einer Primärversorgungspraxis ist besonders wirksam, da eine rasche Umsetzung möglich ist, und man sich auf die Probleme der eigenen Praxis fokussieren kann.

5.1.2.7 Grenzen der Leitlinien für Multimorbidität

596. Wie bereits dargestellt, sind bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen einer Varianzreduzierung durch Leitlinien Grenzen gesetzt. Dies betrifft gerade die therapeutischen, weniger die strukturellen Teile der Empfehlungen. Da die Einbeziehung der individuellen Situation gerade in dieser Patientengruppe entscheidend ist, wird es, vor allem bei der Vielzahl an möglichen Kombinationen von Erkrankungen einerseits und den konkreten Funktionsdefiziten und Behinderungen andererseits, keinen einfachen Entscheidungsbaum zur Therapie geben, der anders als bei beispielsweise einer ambulant erworbenen Pneumonie die Parameter für eine stationäre Aufnahme bis auf die Kommastelle definiert. So ist auch eine Handlungserleichterung bei Multimorbidität nur in einigen Bereichen möglich. Außerdem ist, um diese komplexen Entscheidungen zu treffen, eine eingehende Schulung der Ärzte unabdingbar. Auch ist nicht zu erwarten, dass die zur Abstimmung notwendige Zeit zwischen Team und Patient verringert werden kann. Zusätzlich werden Koordinationsaufgaben Zeit benötigen, sodass die Notwendigkeit einer Vergütungsanpassung besteht (Bodenheimer 2007; Ostbye et al. 2005).

5.2 Multimorbidität und Anforderungen an die Arzneimittelversorgung im Alter

5.2.1 Alter und Inanspruchnahme

597. Alter ist eine der wichtigsten Determinanten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Winter et al. 2006). Nach Auswertungen von Daten der ca. 1,6 Millionen Versicherten der GEK aus dem Jahr 2007 suchen in jeder Altersgruppe mindestens 82 % der versicherten Männer und 94 % der Frauen einmal oder häufiger einen niedergelassenen Arzt auf (Grobe et al. 2008). Wesentliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter existieren hingegen bei der Zahl der Arztkontakte. Während Kinder und jüngere Männer (0-39 Jahre) zwischen 7,5- und 17,1-mal bzw. Frauen zwischen 9,0- und 17,5-mal jährlich Vertragsärzte aufsuchen, erhöht sich dieser Wert ab etwa dem 40. Lebensjahr stetig. Ab einem Alter von 85 Jahren finden sich unabhängig vom Geschlecht etwa 40 Arztkontakte jährlich. Einen wesentlichen Teil tragen hierzu Besuche bei Allgemeinmediziner und Internisten bei. Ebenso wie ambulante Arztbesuche zeigt die Zahl stationärer Leistungsfälle bzw. Leistungstage jenseits des Kleinkindalters erhebliche Anstiege mit zunehmendem Alter (Bitzer et al. 2008).

598. Auch die Verordnung von Arzneimitteln ist stark vom Alter abhängig. Obwohl mindestens 50,7 % aller männlichen bzw. 70,1 % aller weiblichen Versicherten der GEK im Jahre 2007 ein oder mehrere Arzneimittel erhielten, waren dies bei den über 64jährigen Personen mindestens 86,9 % der Männer und 93,4 % der Frauen (Glaeske et al. 2008)

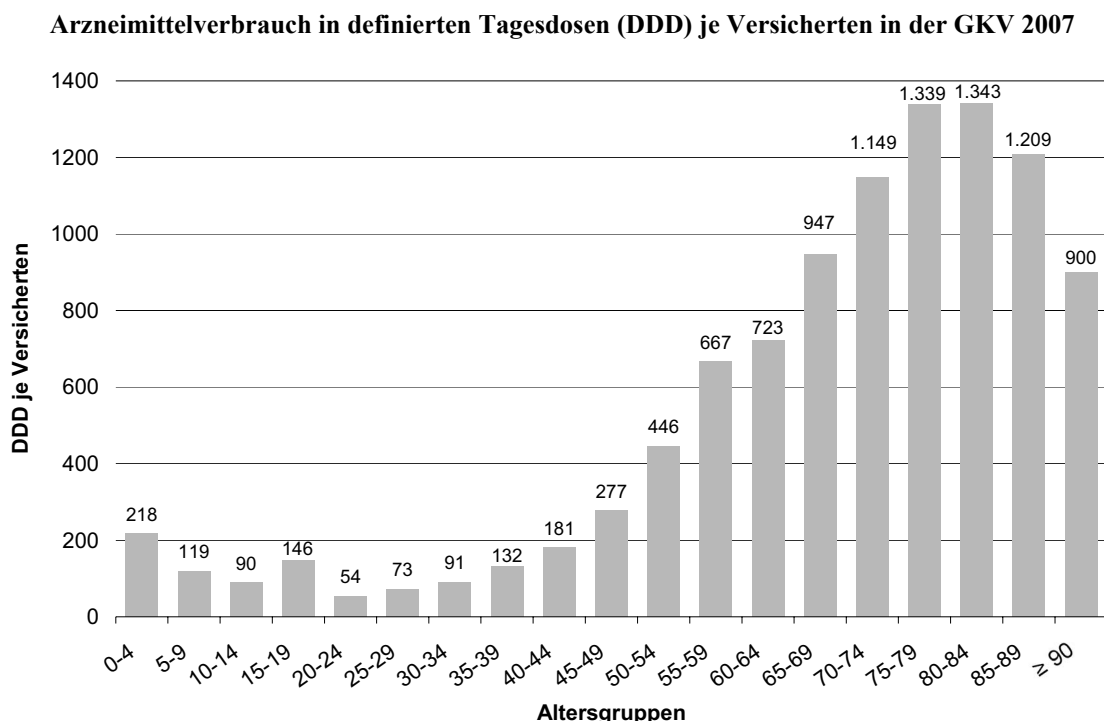
Besonders auffällig sind auch hier die Verordnungsmengen (s. Abbildung 27), die in der gesamten GKV ab dem Erwachsenenalter (20 bis 24 Jahre) von 54 Tagesdosen (so genannte defined daily doses, DDD) auf bis zu 1 343 DDD bei 80 bis 84-Jährigen ansteigen (Schwabe/Paffrath 2008). Erwachsene im Alter von über 60 Jahren machen zwar nur etwa ein Viertel (26,7 %) aller gesetzlich Versicherten aus, auf sie entfallen aber 64 % des Verordnungsvolumens (in DDD) bzw. 54 % des Umsatzes. Älteren Menschen werden jedoch Präparate mit durchschnittlich günstigeren Tagesdurchschnittskosten verordnet („bewährte“ Arzneimittel zur Behandlung chronischer Erkrankungen, die zumeist als kostengünstige Generika verfügbar sind), was den Unterschied zwischen Verordnungs- und Umsatzanteilen erklärt. Eine deutliche altersspezifische Zunahme der Inanspruchnahme wie auch der Kosten von Gesundheitsleistungen findet sich ebenfalls im Leistungsbereich der Hilfsmittel und auch wenn auch weniger stark ausgeprägt bei der umsatzstärksten Heilmittelposition, nämlich der Physiotherapie (Kemper et al. 2008).

5.2.2 Polypharmazie im Alter

599. Die gleichzeitige Gabe von verschiedenen Arzneimitteln wird als Polypharmazie (*polypharmacy*) oder seltener als Polypragmasie bezeichnet. Auch hierzu findet

sich in der Literatur keine einheitliche Definition, welche Mengen bzw. welche Arzneimittelgruppen, nebeneinander angewandt, in welchem Beobachtungszeitraum als Polypharmazie definiert werden. Polypharmazie ist eine mögliche, aber keine notwendige Folge von Multimorbidität. Die im Alter zunehmende Multimorbidität führt aber nicht selten dazu, dass ältere Menschen eine Vielzahl verschiedener Wirkstoffe gleichzeitig verordnet bekommen bzw. im Rahmen der Selbstmedikation einnehmen. Besonders die zusätzliche Rolle der Selbstmedikation muss beachtet werden, da sie in Analysen auf Basis von Routinedaten der Krankenkassen nicht ausreichend berücksichtigt werden kann. Nach dem im Bundesgesundheitsurvey 1998 enthaltenen Arzneimittelsurvey (n=7 099), einer repräsentativen Stichprobe der 18- bis 79-jährigen deutschen Wohnbevölkerung, wurden lediglich 68 % der in den letzten 7 Tagen angewendeten Arzneimittel vom Arzt verschrieben, etwa ein Viertel wurde ohne Rezepte gekauft bzw. befand sich in der Hausapotheke (Knopf/Melchert 2003). Bei der Analyse von Krankenkassenroutinedaten muss in Deutschland zusätzlich berücksichtigt werden, dass Arzneimittel auch auf Privatrezepten für gesetzlich Krankenversicherte verordnet werden und diese nicht in den Kassendaten auftauchen. Besonders gut nachgewiesen ist dieses Phänomen bei Schlafmitteln, von denen ein nicht unerheblicher Verordnungsanteil für gesetzlich Versicherte ältere Menschen auf Privatrezepte entfällt, offenbar eine ansteigende Strategie von Vertragsärzten, um den teilweise unangenehmen Diskussionen von Kassen- oder KV-Seite über die unangemessene Häufigkeit und Dauer dieser zumeist abhängig machenden Arzneimittel zu entgehen (Hoffmann et al. 2006, 2009).

Abbildung 27



Quelle: Schwabe/Paffrath 2008

600. Dass ältere Menschen häufiger und mehr Arzneimittel bekommen als jüngere ist in vielen Analysen belegt worden. Eine dänische Forschungsgruppe untersuchte anhand einer epidemiologischen Datenbank, die alle Rezeptverordnungen der 466 567 Einwohner von Fünen (Dänemark) aus dem Jahr 1994 dokumentiert, das Ausmaß von Polypharmazie. Über alle Altersgruppen hinweg hatten ca. 23,6 % der Bevölkerung mindestens eine Phase mit zwei bis vier gleichzeitig verordneten Arzneistoffen und 5,1 % erhielten fünf oder mehr Arzneimittel (was die Autoren als *major* Polypharmazie bezeichneten), während 3 % der Bewohner Fünens sogar zehn oder mehr Arzneimittel als Rezeptverordnung bekamen. Es zeigt sich ein deutlicher altersspezifischer Gradient: 22 % der über 70-Jährigen wurden mindestens einmal im Jahr mit 5 oder mehr Arzneimitteln gleichzeitig therapiert, während 63 % zwei bis vier Arzneimittel gleichzeitig erhielten. Die Häufigkeit von Polypharmazie in dieser Population stieg mit dem Alter deutlich an, wobei Personen über 95 Jahre wiederum weniger Arzneimittel einnahmen. Menschen über 65 Jahre hatten ein um 80 % höheres Risiko für Polypharmazie (Bjerrum et al. 1998). In dieser Untersuchung konnte ebenso festgestellt werden, dass das Problem der Polypharmazie besonders häufig bei denjenigen Patienten auftrat, die herzwirksame Medikamente, Diuretika oder Antiasthmatica erhielten. Noch deutlicher wird dieses Problem bei der Analyse der Arzneimittelverordnungen zu Lasten der GEK aus dem Jahr 2005

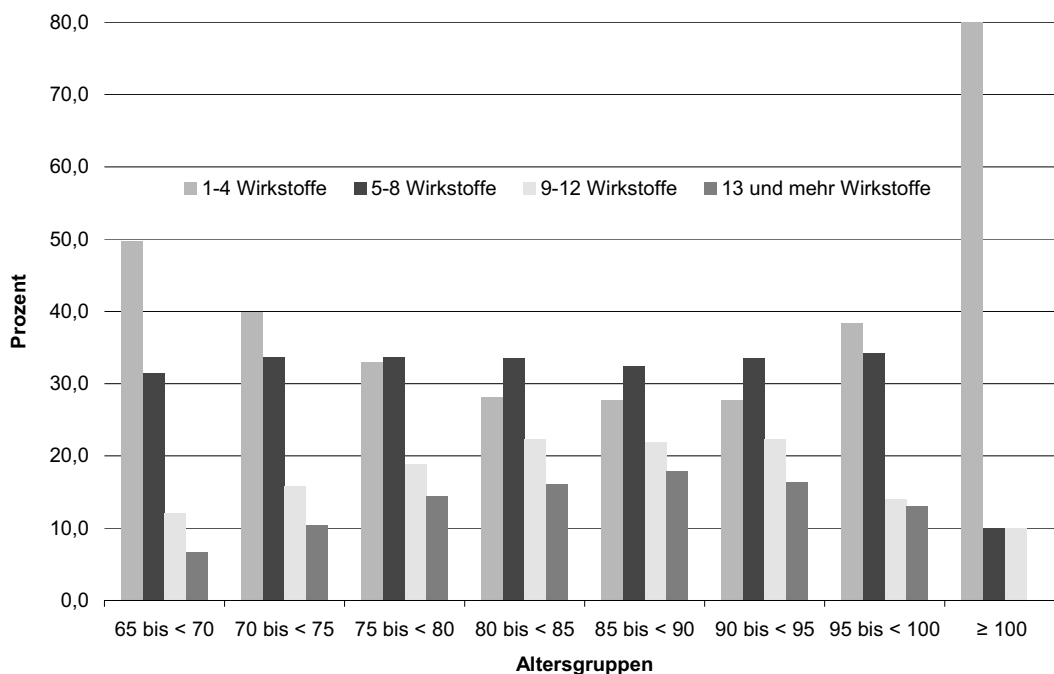
(Glaeske/Jahnsen 2006). Lediglich zwischen 20 bis 40 % der Versicherten im Alter von 70 bis 99 Jahren, die im Jahre 2005 Arzneimittel verordnet bekamen, erhielten nur zwischen 1 bis 4 verschiedenen Wirkstoffen. Bei bis zu 20 % waren es dagegen 13 und mehr Wirkstoffe (s. Abbildung 28 und Abbildung 29). Die großen Varianzen bei den über 100-Jährigen hängen mit der geringen Patientenzahl zusammen und sollten mit Vorsicht interpretiert werden.

5.2.3 Altersspezifische Veränderungen und der Einfluss auf die Pharmakotherapie

601. Die Probleme von Polypharmazie im Alter liegen vor allem in der Verträglichkeit und den möglichen belastenden Folgen für die jeweiligen Patienten. Mit zunehmendem Alter auftretende physiologische Veränderungen können sich nämlich auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik der angewendeten Arzneimittel auswirken. Dies hat Konsequenzen für die Wirksamkeit und die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen der medikamentösen Therapie. Während die Pharmakokinetik den Einfluss des Körpers auf die Absorption, Verteilung, Metabolisierung und Elimination von Arzneimitteln beschreibt, kennzeichnet der Begriff Pharmakodynamik den Einfluss eines Medikaments auf den Organismus. Die meisten relevanten physiologischen Veränderungen betreffen vorrangig die Pharmakokinetik (Wehling/Peiter 2003).

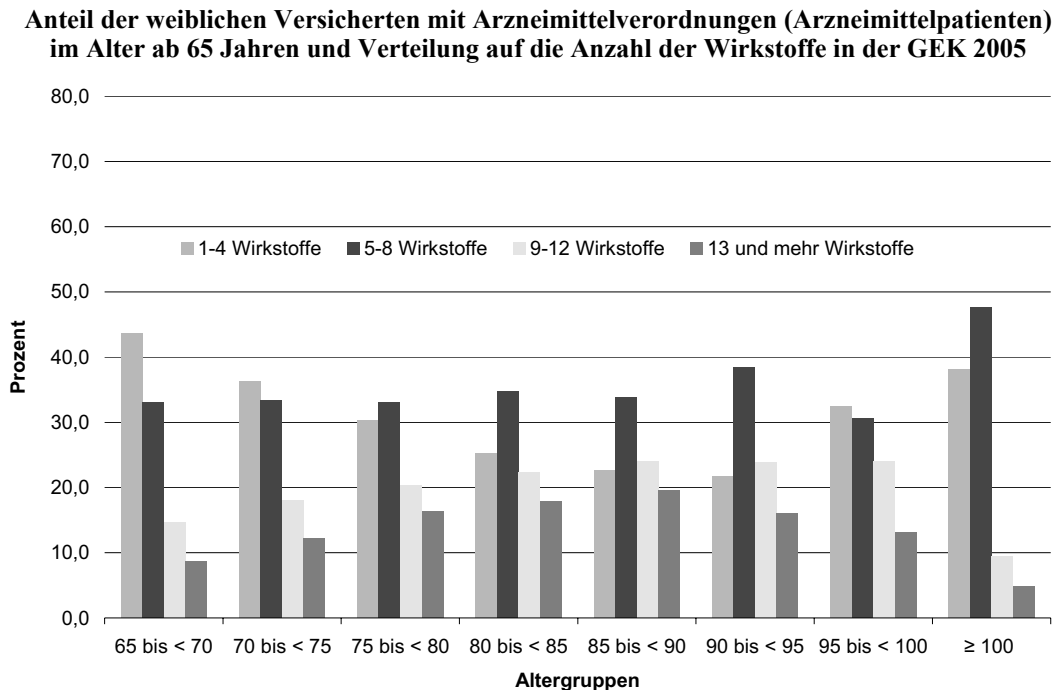
Abbildung 28

Anteil der männlichen Versicherten mit Arzneimittelverordnungen (Arzneimittelpatienten) im Alter ab 65 Jahren und Verteilung auf die Anzahl der Wirkstoffe in der GEK 2005



Quelle: Glaeske/Jahnsen 2006

Abbildung 29



Quelle: Glaeske/Jahnsen 2006

Tabelle 61 gibt einen Überblick auf die verschiedenen Änderungen im menschlichen Körper. Ein 80-jähriger Patient besitzt beispielsweise nur noch etwa ein Drittel der Nierenfunktion eines 20-Jährigen (Lindeman et al. 1985). Eine verringerte renale Elimination kann insbesondere bei Substanzen mit enger therapeutischer Breite, wie zum Beispiel Lithium, Gentamicin oder Digoxin, das Risiko für toxische Effekte erhöhen. Ähnliches gilt für die Leber, deren Durchblutung und Größe mit dem Alter abnimmt. Viele Arzneimittel (z. B. das Herzglykosid Digoxin) werden über die Leber metabolisiert bzw. eliminiert (Herrlinger/Klotz 2001). Nach einer Studie der nationalen Pharmakovigilanzzentren entfielen 10,2 % der stationären Aufnahmen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen auf Digitalisglykosid-assoziierte Störwirkungen. Betroffen waren insbesondere ältere Frauen (Schmiedl et al. 2007a). Im Alter ist zudem eine relative Abnahme des Gesamtkörperwassers zu beobachten (Miller 1999). Dies bedeutet für hydrophile Wirkstoffe (z. B. viele „peripher“ wirkende Analgetika) ein kleineres Verteilungsvolumen, mit der Folge, dass relativ schnell hohe Serumspiegel erreicht werden und damit auch vermehrt mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu rechnen ist. Gleichzeitig steigt mit zunehmendem Lebensalter der prozentuale Anteil des Körperfettgewebes. Dies führt zu einer verlängerten Halbwertszeit für lipophile Substanzen, wozu beispielsweise viele Psychopharmaka (z. B. Diazepam) zählen (Borchelt 2005).

Tabelle 61

Physiologische Veränderungen des Alters mit eventuellem Einfluss auf die Pharmakokinetik von Arzneistoffen

System im Körper	Veränderung
Generell	Reduziertes Körpergewicht Reduzierter basaler Stoffwechsel Reduzierter Anteil an Körperwasser Erhöhter Körperfettanteil
Herz/Kreislauf	Vermindertes Herzzeitvolumen Veränderte Gewebepfusion Erniedrigte Plasmaproteinbindung
Gastrointestinal	Reduzierte Magenentleerung Reduzierte Darmbeweglichkeit Reduzierte Blutversorgung Reduzierte Resorptionsfläche
Hepatobiliär	Reduzierte Lebermasse Reduzierter Leberblutfluss Reduzierte Albuminsynthese
Renal	Absinken der glomerulären Filtrationsrate (GFR) Eingeschränkte tubuläre Funktion Reduzierte renale Perfusion

Quelle: Bramlage et al. 2004

602. Im Bereich der Pharmakodynamik beruhen viele Änderungen darauf, dass die Anzahl von Rezeptoren im Körper abnimmt. So geht eine verringerte Anzahl von Dopaminrezeptoren mit einer erhöhten Sensitivität gegenüber Neuroleptika einher. Dagegen ist im Alter die Empfindlichkeit gegenüber α -adrenergen Substanzen erniedrigt. Darüber hinaus müssen noch weitere Altersveränderungen berücksichtigt werden, die im Rahmen einer medikamentösen Behandlung von geriatrischen Patienten eine Rolle spielen (s. Tabelle 62). Zu beachten ist, dass ältere Patienten eine heterogene Gruppe darstellen, deren chronologisches Alter nicht unbedingt das biologische Alter widerspiegelt. Das Alter ist kein ausreichend zuverlässiger Prädiktor für funktionelle Einschränkungen. Aus diesem Grund wird eine funktionsorientierte geriatrische Diagnostik (geriatrisches Basisassessment) empfohlen, um die vorhandenen Ressourcen im Hinblick auf eine Arzneytherapie sicher einschätzen zu können (Pientka 1996; Borchelt 2005).

Tabelle 62

Weitere Altersveränderungen, die im Rahmen einer Arzneytherapie zu berücksichtigen sind

Altersveränderung	Folgen
Abnahme der Sehschärfe und der Feinmotorik	Probleme mit der Dosierung oder der Medikamentenverpackung
Abnahme des Durstgefühls und der Flüssigkeitsaufnahme	Einfluss auf die Pharmakokinetik
Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit	Verständnis für komplexe Therapieregime nimmt ab
Abnahme der Compliance	Zunahme von Medikationsfehlern
Zunahme der Multimorbidität	Zunahme der behandelnden Ärzte, Polypharmazie

Quelle: Borchelt 2005

603. Im Vergleich zu jüngeren erhalten ältere Menschen einerseits aufgrund von Multimorbidität mehr Arzneimittelverordnungen, andererseits steigt jedoch gerade für diese Personengruppe die Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAWs). Eine dazu veröffentlichte englische Studie (n=18 820) kam zu dem Ergebnis, dass Patienten, die wegen UAWs in zwei Krankenhäuser eingewiesen wurden, mit durchschnittlich 76 Jahren um 10 Jahre älter waren als alle anderen Neuaufnahmen (Pirmohamed et al. 2004). Insgesamt erfolgten 6,5 % der Aufnahmen wegen UAWs, wobei fast drei Viertel dieser Ereignisse (72 %) nach Ansicht der Autoren vermeidbar gewesen wären. Von den 1 225 Patienten, die wegen UAWs stationär aufgenommen wurden, verstarben 28 (2,3 %) als direkte Folge des Ereignisses. Eine kürzlich publizierte Studie untersuchte die Häufigkeit von UAWs während des Krankenhausaufenthaltes auf 12 in-

ternistischen und chirurgischen Stationen eines englischen Universitätsklinikums über einen Zeitraum von 6 Monaten (Davies et al. 2009). Insgesamt ereigneten sich bei 3 695 Episoden (n=3 322 Patienten) 545 Fälle von einer oder mehreren unerwünschten Wirkungen, was 14,7 % der Aufenthalte entspricht. Das mediane Alter von Patienten mit UAW war ebenfalls deutlich höher als bei Patienten ohne Ereignisse (72 versus 61 Jahre). Zudem verbrachten Patienten mit UAW eine erheblich längere Zeit im Krankenhaus als Personen ohne Ereignisse (Median: 20 versus 8 Tage). Von den UAWs war mehr als die Hälfte auf Arzneimittelinteraktionen zurückzuführen (59,1 %). Insgesamt 2,8 % der Patienten mit UAWs verstarben als direkte oder indirekte Folge des Ereignisses. Die aus Deutschland vorliegenden Daten aus regionalen Pharmakovigilanzprojekten kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Schmiedl et al. 2007a und b; Thürmann et al. 2006; Hippius/Hegenbart 2005; Schneeweiss et al. 2002; s. auch www.pharmacoepi.de/ergebnisse/publikationen).

604. Bei älteren Menschen mit Demenz sind unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen von besonderer Bedeutung, da eine große Anzahl von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Neuroleptika) die kognitiven Fähigkeiten weiter verschlechtert oder ältere Menschen in große Gefahren bringen kann. Daher ist die leichtfertige Verordnung von ruhigstellenden Mitteln bei älteren Menschen, insbesondere aber bei Menschen mit Demenz, keine akzeptable Strategie, um eine zu geringe Anzahl an pflegerischem oder betreuendem Personal auszugleichen. Es muss vielmehr das Ziel sein, eine aktivierende Pflege anzubieten, die darauf achtet, bei älteren Menschen die vorhandenen Kompetenzen im Bereich der Alltagsfunktionen zu fördern. Insbesondere die Verordnung von Neuroleptika bei Patienten mit Demenz ist äußerst kritisch zu beurteilen, da die Sterblichkeit bei der Anwendung dieser starken Beruhigungsmittel erhöht ist. In diesem Zusammenhang werden alle Neuroleptika genannt (z. B. Haloperidol, Olanzapin oder Risperidon). Trotz des bereits in den ersten Wochen nach dem Einnahmebeginn erhöhten Mortalitätsrisikos werden diese Mittel nach wie vor häufig für Demenzpatienten verordnet. Daher muss auf einen restriktiven Umgang mit diesen Mitteln geachtet werden, eine kurzfristige Anwendung ist nur noch dann vertretbar, wenn ansonsten nicht beherrschbare Gefährdungen des Patienten selbst oder seiner Umgebung auftreten könnten (arznei-telegramm 2008).

5.2.4 Beers-Liste als Indikator in der Arzneimitteltherapie im Alter

605. Unabhängig von der Anzahl der verordneten Medikamente ist bei älteren Patienten das Problem des Gebrauchs so genannter „unangebrachter Arzneimittel“ (im Englischen oft: *potentially inappropriate medications*, PIMs) besonders zu beachten. „Unangebracht“ bedeutet dabei, dass die Auswahl des Arzneistoffs generell oder aber die Dosierung bzw. die Dauer der Therapie nicht empfehlenswert ist, da die potenziellen Risiken einen potenziellen Nutzen überwiegen und es sichere Alternativen gibt oder die Therapie als nicht ausreichend effektiv gilt.

Besondere Bedeutung erlangte im Zusammenhang mit unangebrachtem Arzneimittelgebrauch bei älteren Patienten die von einer Gruppe amerikanischer Wissenschaftler um Mark Beers erstellte Beers-Liste. Erstmals wurden diese Kriterien im Jahr 1991 mittels Delphi-Verfahren unter Mitarbeit einer Gruppe von 13 Experten erarbeitet. Ursprünglich wurde diese Liste für Pflegeheimbewohner erstellt und enthielt 12 Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen, die grundsätzlich nicht bei diesen Personen angewendet werden sollten. Zudem wurden weitere 12 Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen benannt, die in bestimmten Dosierungen, Mengen oder Therapiedauern vermieden werden sollten (Jano/Aparasu 2007). Ein erstes Update wurde 1997 von Beers vorgelegt und umfasste Mittel, die generell bei der ärztlichen Versorgung älterer Menschen nicht eingesetzt werden sollten. Diese Liste umfasste 28 Medikamente bzw. Medikamentengruppen, die grundsätzlich nicht, sowie 35 Medikamente bzw. Medikamentengruppen, die in bestimmten Dosierungen, Mengen oder Therapiedauern nicht bei Älteren angewendet werden sollten. Im Jahr 2003 publizierten Fick et al. die bisher letzte Aktualisierung der Beers-Liste, in der ebenfalls potenziell unangebrachte Arzneimittel für ältere Menschen zusammengestellt waren, die sowohl in der ambulanten Versorgung sowie in Pflegeheimen möglichst nicht verwendet werden sollten (Fick et al. 2003). Die Kriterien wurden ebenfalls nach einer umfangreichen Literatursichtung und mehreren Befragungsrunden sowie einer Konferenz eines 12-köpfigen Panels aus nationalen bzw. internationalen Experten in den Bereichen Psychopharmakologie, Pharmakoepidemiologie sowie klinischer Geriatrie unter Anwendung einer modifizierten Delphi-Technik erstellt. Die daraus resultierende Liste umfasst insgesamt 48 Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen, die unabhängig von der zugrunde liegenden Diagnose bei älteren Menschen als unangebracht gelten. Ein zweiter Teil der Liste enthält Arzneimittel, die bei spezifischen Erkrankungen vermieden werden sollten. Eine Übersicht der Arzneimittel, die sich auf dieser Liste befinden und in Deutschland marktverfügbar sind, ist in der Tabelle 63 zusammengestellt. Ein Großteil dieser Medikamente sind Mittel, die das Nervensystem beeinflussen (z. B. Flurazepam, Amitriptylin, Promethazin, Diazepam). Gerade beim Einsatz von Psychopharmaka im Allgemeinen und Benzodiazepinen (zu denen beispielsweise Schlafmittel oder Tranquilizer wie Flurazepam und Diazepam gehören) im Speziellen ist bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren vermehrt mit unerwünschten Wirkungen zu rechnen (Madhusoodanan/Bogunovic 2004; Mort/Aparasu 2002). Im Jahre 1989 berichtete die Arbeitsgruppe um Ray in einer Fall-Kontroll-Studie erstmals von einem erhöhten Risiko für Hüftfrakturen bei Älteren im Zusammenhang mit der Einnahme von Benzodiazepinen (Ray et al. 1989). Seitdem wurden weitere Studien publiziert, die ebenfalls für kurz wirksame bzw. für alle Benzodiazepine eine solche Assoziation zeigen konnten (Herings et al. 1995; Hoffmann/Glaeske 2006). Zwei Übersichtsarbeiten legen nahe, dass sowohl für Stürze (Leipzig et al. 1999) wie auch für Hüftfrakturen (Cumming/Le Couteur 2003) die Halbwertszeit der Benzodiazepine nicht der entscheidende Faktor zu sein scheint. Vielmehr zeigen aktuellere Veröffentlichun-

gen deutliche Hinweise darauf, dass gerade zu Beginn einer Behandlungsphase das Frakturrisiko als Folge von Gangunsicherheit, Einschränkung der Aufmerksamkeit und Gangsicherheit erhöht ist (Hoffmann/Glaeske 2006; Wagner et al. 2004).

606. Die Beers-Liste ist Grundlage für zahlreiche Studien gewesen, die die Häufigkeit von unangebrachtem Arzneimittelgebrauch bei älteren Menschen untersucht haben (s. Übersichten bei Aparasu/Mort 2000; Gallagher et al. 2007). Die Ergebnisse zeigen jedoch zum Teil erhebliche Unterschiede. So fanden sich in amerikanischen Studien Prävalenzen zwischen 14,0 % bei daheim lebenden und 40 % bei in Pflegeeinrichtungen versorgten Patienten (Aparasu/Mort 2000). Nicht nur das unterschiedliche Patientenkollektiv, sondern auch andere methodische Unterschiede erklären diese Varianzen, wie z. B. die Beobachtungsdauer oder Modifikationen der Kriterien. Eine 2005 veröffentlichte Querschnittsstudie untersuchte den Gebrauch unangebrachter Arzneimittel in acht europäischen Ländern (Tschechische Republik, Dänemark, Finnland, Island, Italien, Niederlande, Norwegen und Großbritannien). Die insgesamt 2 707 eingeschlossenen Patienten im Mindestalter von 65 Jahren wurden über häusliche Pflegedienste rekrutiert. Die Teilnehmer waren durchschnittlich 82,2 Jahre alt, waren zu drei Viertel (74,4 %) weiblich und mehr als die Hälfte (51,0 %) von ihnen nahm in der letzten Woche sechs oder mehr verschiedene Arzneimittel ein (Fialova et al. 2005). Diese Angaben schwankten allerdings je nach Land zwischen 33,8 % in Norwegen und 73,3 % in Finnland. Unangebrachte Arzneimittel wurden definiert über eine Kombination aus der Beers-Liste der Jahre 1997 und 2003 sowie den weniger bekannten McLeod-Kriterien aus dem Jahr 1997. Nach dieser Kombination der Kriterien nahmen insgesamt 19,8 % der Teilnehmer mindestens ein unangebrachtes Arzneimittel innerhalb der letzten sieben Tage ein. Die höchste Prävalenz wurde aus der Tschechischen Republik berichtet (41,1 %) und die niedrigste mit 5,8 % aus Dänemark. Neben einer unterschiedlichen Verordnungspraxis führen die Autoren diese Varianzen auf die jeweiligen Zulassungen innerhalb der einzelnen Länder zurück. Zwischen 31,6 % (Norwegen) und 70,9 % (Italien) der analysierten Arzneimittel waren in den jeweiligen eingeschlossenen europäischen Ländern zugelassen.

607. Da die Beers-Liste für die amerikanische Versorgung konzipiert wurde, sind zahlreiche darauf befindliche Medikamente ebenfalls nicht in Deutschland verfügbar bzw. haben kaum Marktrelevanz. In Tabelle 63 wurden lediglich die Arzneimittel aufgeführt, die sich auch auf dem deutschen Markt befinden. Die im Update der Beers-Liste genannten Arzneistoffe Dextropropoxyphen bzw. Propoxyphen (*propoxyphene*) und deren Kombinationen, Pentazocin, Trimethobenzamid, Carisoprodol, Chloroxazon, Metaxalon, Cyclobenzaprin, Chlordiazepoxid-Amitriptylin, Perphenazin-Amitriptylin, Meprobamat, Clidinium-Chlordiazepoxid, Quazepam, Halazepam, Disopyramid, Methyl dopa-Hydrochlorothiazid, Chlorpropamid, Dicycloverin (*dicyclomine*), Hyoscyamin, Propanthelin, Oxaprozin, Guanadrel, Cyelandelat, Isoxsuprin, Methyltestosteron, Mesoridazin, Etacrynsäure,

Tabelle 63

Übersetzte Beers-Liste mit den in Deutschland verfügbaren Präparaten

Wirkstoff/Wirkstoffgruppe	Bedenken bei älteren Patienten	Bewertung
Indometacin (Indomet [®])	NSAR mit den meisten zentralnervösen UAW	++
Muskelrelaxanzien/Spasmolytika: Methocarbamol (Ortoton [®]), Oxybutynin (Dridase [®])	Die meisten Muskelrelaxanzien und Spasmolytika werden von älteren Patienten nicht gut vertragen (Sedierung, Schwäche aufgrund anticholinergischer Effekte)	++
Flurazepam (Staurodorm Neu [®])	Sehr lange Halbwertszeit (mehrere Tage) bei älteren Patienten, lange Sedierung und infolgedessen erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko	++
Trizyklische Antidepressiva: Amitriptylin (Saroten [®]), Doxepin (Aponal [®])	Starke anticholinergische und sedierende Effekte	++
Kurzwirksame Benzodiazepine (höhere Dosen): >3 mg Lorazepam (Tavor [®]), >60mg Oxazepam (Adumbran [®]), >2mg Alprazolam (Xanax [®]), >15mg Temazepam (Planum [®]), >0,25mg Triazolam (Halcion [®])	Erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Benzodiazepinen im Alter	++
Langwirksame Benzodiazepine: Chlordiazepoxid (Librium [®]), Diazepam (Valium [®]), Dikaliumclorazepat (Tranxilium [®])	Lange Halbwertszeit (mehrere Tage) bei älteren Patienten, lange Sedierung und infolgedessen erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko	++
Digoxin (Lanicor [®]) in Dosen >0,125 mg/d (Ausnahme: Behandlung von Vorhoffibrillationen)	Bei eingeschränkter Nierenfunktion toxische Effekte (Herzrhythmusstörungen, gestörtes Farbsehen, Verwirrtheit)	+
Methyldopa (Presinol [®])	Kann bei älteren Patienten Bradykardien oder Depressionen auslösen	++
Reserpin (Briserin N [®]) in Dosen >0,25 mg	Depression, Impotenz, Sedierung und orthostatische Hypotension	+
Magen-Darm-Spasmolytika: Atropinsulfat (Dysurgal [®]) u.ä.	Starke anticholinergische Effekte möglich, unsichere Wirksamkeit.	++
Anticholinergika, Antihistaminika: Chlorphenamin (Balkis [®]), Diphenhydramin (Dolestan [®]), Hydroxyzin (Atarax [®]), Cyproheptadin (Peritol [®]), Promethazin (Atosil [®]), Dexchlorpheniramin (Polaronil [®])	Viele (auch nichtverschreibungspflichtige) Antihistaminika besitzen starke anticholinergische Wirkungen; Verwirrheitszustände, Sedierung bei Diphenhydramin möglich (nicht als Hypnotikum einsetzen)	++
Mutterkornalkaloide: Dihydroergotoxin mesilat (Hydergin [®])	Wirksamkeit unsicher	+
Eisen-(II)-sulfat (Plastulen [®]) in Dosen >325 mg/d	Erhöhtes Obstipationsrisiko	+
Barbiturate (außer Phenobarbital, außer bei Epilepsie): Thiopental (Trapanal [®])	Hohes Abhängigkeitspotenzial, stärkere UAW als andere Sedativa/Hypnotika	++
Pethidin (Dolantin [®])	Verwirrheitszustände, Nachteile gegenüber anderen Narkotika	++
Ticlopidin (Tiklyd [®])	Thrombozytenaggregationshemmer mit starken UAW (z. B. Agranulozytose), Wirksamkeit nicht besser als bei ASS	++

(+=niedriger Schweregrad, ++=hoher Schweregrad, UAW=unerwünschte Arzneimittelwirkung, NSAR= nicht-steroidale Antirheumatika, ASS=Acetylsalicylsäure)

Quelle: Nach Fick et al. 2003

Schilddrüsentrockenextrakt sind derzeit auf dem deutschen Markt nicht in Fertigarzneimitteln verfügbar (Fick et al. 2003). Dipyridamol wurde nicht mit aufgeführt, da hierzulande nur eine retardierte Form in einer Kombination (Aggrenox®) verfügbar ist, die laut den Beers-Kriterien zulässig ist. Tripeleennamin wurde nicht berücksichtigt, da hierzulande nur ein äußerlich anzuwendender Azaron®-Stick diesen Wirkstoff enthält. Ketorolac wurde nicht mit aufgeführt, da dieser Wirkstoff in Deutschland nur in Form von Augentropfen (Acular®) verfügbar ist. Somit werden etwa 40 % der auf der aktuellen, überarbeiteten Beers-Liste befindlichen Arzneimittel nicht auf dem deutschen Markt angeboten.

608. Eine erste Adaption der Beers-Liste an den deutschen Markt ist beispielsweise bei Schwalbe et al. (2007) zu finden. Auch hierzulande wird die Notwendigkeit, die geriatrische Pharmakotherapie sicherer zu machen, zunehmend erkannt und es wird diskutiert, auf welchem Wege Ärzte die hierdurch ausgelösten UAWs vermeiden können. So führte die Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie (GAA) zusammen mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am 13. März 2008 dazu einen Workshop mit deutschen Arzneimittelexperten durch (Harder 2008). Im Ergebnis zeigte sich, dass keinesfalls Einigkeit darüber besteht, welche Stoffe unbedingt vermieden werden sollten, und ob überhaupt eine Liste oder für die tägliche ärztliche Praxis nicht besser eine Reihe von allgemeinen Regeln sinnvoll sein könnte. Für viele der diskutierten Mittel fehlt zudem die Evidenz für deren Gefährdungspotenzial. Manche dieser Substanzen werden sogar unabhängig vom Alter in Leitlinien empfohlen (z. B. das Antiarrhythmikum Amiodaron). Diskutiert wurde zudem, ob überhaupt einzelne Stoffe oder nicht doch die Kombination vieler Arzneimittel, also die oben besprochenen Polypharmazie, das eigentliche Risiko darstellen. Es wurde daher vereinbart, dass die Experten der Arbeitsgruppen bei einem Entscheidungsverfahren für eine auf das deutsche Gesundheitssystem zugeschnittene Liste gemeinsam beteiligt werden. Betont wurde, dass nicht nur aus Delphi-Verfahren gebündelte Expertise nützlich ist, sondern auch Studienergebnisse, die neben der Arzneitherapie patientenrelevante Ereignisse wie Krankenhausaufenthalte, Stürze, Tod und zunehmende Pflegebedürftigkeit erfassen. Änderungen der Verordnungsweisen in der Praxis werden eher zu erreichen sein, wenn die klinische Relevanz von potenziell unangemessenen Arzneitherapien bei älteren Patienten empirisch untermauert werden kann. Studien zu diesen Therapieproblemen bei den entsprechenden Altersgruppen sind daher unerlässlich. Da aber die pharmazeutischen Hersteller an derartigen Versorgungsforschungsstudien zur Verträglichkeit einzelner Arzneimittel im Vergleich zueinander oder der Polypharmazie insgesamt wenig Interesse haben dürften, müssen öffentlich finanzierte Studien, z. B. im Rahmen von Forschungsprogrammen oder finanziert durch Krankenkassenbeiträge, Erkenntnisse zu diesem wichtigen Problem beitragen. Schließlich geht es um die Therapiesicherheit älterer Menschen, die auch in den meisten Fällen nicht aus Zulassungsstudien abgeleitet werden

kann, da ältere Menschen selbst bei solchen Arzneimitteln nur äußerst selten in klinische Studien einbezogen werden, die vornehmlich bei älteren Menschen angewendet werden. Daher ist die Forderung überfällig, dass Arzneimittel an den Patientenpopulationen geprüft werden müssen, die auch nach der Zulassung eines Arzneimittels vor allem mit diesen Mitteln behandelt werden. Bei Kindern ist seit dem Januar 2007 eine europäische Regelung in Kraft, die Zulassungsstudien bei Kindern fordert, wenn die jeweiligen Arzneimittel in der Pädiatrie als notwendig klassifiziert werden. Bei dem vom Umfang weit größeren Problem der adäquaten Arzneimittelversorgung für ältere Menschen steht eine solche verpflichtende Regelung nach wie vor aus.

609. Die Beliebtheit der Beers-Liste liegt möglicherweise in ihrer gewissen Einfachheit begründet, die auch nach den beiden Revisionen erhalten geblieben ist. Dies spiegelt sich vor allem darin wider, dass größtenteils „unangebrachte“ Wirkstoffe unabhängig von den zugrunde liegenden Indikationen benannt wurden. Die Kriterien wurden auch dafür entwickelt, um sie beispielsweise ohne größere Schwierigkeiten nur auf Basis von Apothekendaten oder sonstigen Routinedaten und nur mit wenigen (oder keinen) klinischen Zusatzinformationen einsetzen zu können. Andere neuere Listen, wie beispielsweise die STOPP (*screening tool of older person's potentially inappropriate prescriptions*), vermögen zwar mehr Hospitalisierungen aufgrund von UAWs vorherzusagen als die Beers-Liste (Gallagher/O'Mahony 2008), allerdings werden nahezu alle darauf befindlichen Medikamente nur bei bestimmten Patientengruppen, Indikationen oder Therapiedauern als unangebracht angesehen. Dies erschwert möglicherweise die praktische Umsetzung sowohl für Forschungszwecke als auch in der Klinik. Einfache Checklisten sind sicherlich „handlicher“, damit einfacher umzusetzen, und werden eher akzeptiert. Dies zeigte eine jüngst publizierte Studie eindrucksvoll für eine chirurgische Checkliste mit 19 Punkten, durch deren Implementierung sowohl Komplikationen (von 11,0 % versus 7,0 %) als auch Todesfälle (von 1,5 % auf 0,8 %) signifikant gesenkt werden konnten (Haynes et al. 2009). Ein wichtiger Kritikpunkt an der Beers-Liste ist allerdings, dass bisher wenig bzw. unschlussige Evidenz dafür vorliegt, dass die Nichtverordnung von unangebrachten Medikamenten zur Reduktion der Mortalität oder der Krankenhausaufnahmefrequenz führt (Jano/Aparasu 2007). Grundsätzlich fehlen randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), die als Mittel der Wahl für einen Nutznachweis gelten und die zeigen, dass ein Screening auf die Verordnung der entsprechenden Arzneimittel bzw. die Vermeidung von unangebrachten Medikamenten zu einem patientenrelevanten Nutzen führt (Gallagher et al. 2007).

610. Die Prüfung auf eine „unangebrachte“ Arzneimitteltherapie und die Vermeidung von UAWs sowie von Interaktionen könnte durch die Einführung einer konsequent geführten Gesundheitskarte vereinfacht werden, wenn dort alle verordneten und zusätzlich selbstgekauften Arzneimittel aufgetragen und z. B. in den Apotheken geprüft würden. Allerdings ist für eine adäquate Prüfung auch die Kenntnis der jeweiligen Indikationsstellung un-

erlässlich, weil bestimmte, als „unangebracht“ klassifizierte Arzneimittel in der einen Indikation als „substituierbar“ gelten (z. B. Amitriptylin als Antidepressivum), in der anderen aber kaum ausgetauscht werden können (z. B. Amitriptylin als Co-Analgetikum). Daher können Apotheken nur bedingt intervenieren, die entscheidende Rolle liegt beim Arzt, der eine altersadäquate Arzneimitteltherapie bei der Verordnung berücksichtigen sollte.

611. In seinem Gutachten 2007 hatte der Rat bereits vorgeschlagen, die Beers-Liste als Teil eines Patientensicherheitsindikators (PSI) zu nutzen (GA 2007, Ziffer 651 bzw. 688). Daran anknüpfend wird an dieser Stelle bekräftigt, dass eine solche Liste einen wichtigen Beitrag für mehr Arzneimittelsicherheit bei älteren behandlungsbedürftigen Menschen leisten kann. Eine solche an den deutschen Arzneimittelmarkt adaptierte Liste sollte daher erstellt und in die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen eingeführt werden. Eine Evaluation kann klären, welchen Nutzen die sorgfältige Beachtung von UAWs und Interaktionen bei älteren Menschen haben kann. Als Zielkriterium könnte z. B. die Verringerung der UAW- und Interaktionsbedingten Krankenhausaufnahmen geprüft werden.

5.2.5 Gesellschaftliche Herausforderungen

612. Die Beispiele zeigen exemplarisch, dass das deutsche Gesundheitssystem bisher trotz des enormen Ressourceneinsatzes den Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen nur unzureichend gerecht wird. Zu den zentralen Kritikpunkten zählen auch die mangelnde Kontinuität und Integration ihrer Versorgung. Aufseiten der Leistungserbringer stehen Kooperations- und Koordinationsdefizite so wie die Fragmentierung der Versorgungszweige bzw. die Unüberschaubarkeit der Leistungsangebote den komplexen Bedarfen der zu meist chronisch kranken älteren Patienten entgegen und verursachen Versorgungsbrüche bzw. Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Ärzten oder zwischen den Versorgungssektoren bzw. Leistungsarten. Die Versorgung chronisch kranker älterer Menschen erfordert einen komplexen Organisations- und Abstimmungsprozess, bei dem unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege im Zusammenspiel der Kostenträger und Leistungserbringer zum Tragen kommen sollten. Die derzeitige Versorgungssituation ist dem gegenüber nicht selten durch den suboptimalen Einsatz von Ressourcen, im Sinne von sowohl Unter-, als auch Über- und Fehlversorgung, gekennzeichnet. Daraus entstehen Kosten im System und individuelle Belastungen, die eigentlich vermeidbar wären. Darüber hinaus kommt es zu der Situation, dass alten Menschen mit chronischen Krankheiten trotz Inanspruchnahme zahlreicher Versorgungsleistungen oft nur wenig adäquate Hilfe zu teil wird und sie massive Einschränkungen in ihrer Lebensqualität erfahren. Insgesamt ist die Optimierung der Versorgung kranker alter Menschen, d. h. auch ein effizienterer und effektiverer Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, von hoher gesundheitspolitischer Relevanz und erfordert einen gesellschaftlichen Konsens über den Umfang, die Qualität und Finanzierung gesundheitlicher Leistungen im

Alter (Winter et al. 2006). Hier kann die sich allmählich in Deutschland etablierende Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag leisten.

5.3 Pflegebedürftigkeit im Alter

613. Pflegebedürftigkeit ist ein zentrales Gesundheitsrisiko in den Gesellschaften des langen Lebens und ein Zustand höchster körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität (s. Abschnitt 5.3.1). Derzeit gelten 2,13 Millionen Bundesbürger, und somit knapp 6 % bzw. 112 000 mehr als noch 1999, als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Damit führte der Alterstrukturwandel zu einer absoluten Zunahme pflegebedürftiger Menschen (Statistisches Bundesamt 2007a; DZA 2007). 82 % aller Pflegebedürftigen ist 65 Jahre alt oder älter, wobei jeder Dritte das 85. Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten hat. Zugleich belegen Analysen der altersspezifischen Pflegequote, dass sie ab einem Lebensalter von 72 Jahren erstmals 5 % beträgt und danach deutlich ansteigt, sodass das Pflegerisiko unter den 80- bis 85-Jährigen bereits 20,3 % und im Alter zwischen 90 und 95 Jahren sogar 60,8 % beträgt. Heute sind pflegebedürftige Männer im Mittel 68 Jahre, auf pflegerische Versorgung angewiesene Frauen 79 Jahre alt und somit gut eineinhalb Jahre bzw. ein halbes Jahr älter als noch 1999. Darüber hinaus sind Frauen sehr viel stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen und ihr Pflegebedarf wächst im Alter deutlich schneller als bei Männern (DZA 2007) (s. Abschnitt 5.3.2). Modellrechnungen zufolge wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten weiter erhöhen (s. 5.3.3).

5.3.1 Pflegebedürftigkeit – Begriffsbestimmung und Charakteristika

5.3.1.1 Begriffsbestimmung und Leistungen

614. Nach § 14 Absatz 1 Satz 1 SGB XI sind pflegebedürftige „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ Diese Definition bezieht sich primär auf die Grundpflege. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen werden den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung zugeordnet. Die Leistungen werden nach drei Pflegestufen bemessen. Tabelle 64 fasst die Stufen der Pflegebedürftigkeit und ihre Kriterien schematisch zusammen. Seit Juli 2008 können zusätzlich Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, deren Hilfebedarf jedoch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht hat und bei denen Demenzen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen, Pflegeleistungen erhalten (s. auch Tabelle 65). Die Leistungen der Pflegeversicherung sind in Tabelle 65 zusammengestellt.

Die Leistungen der Pflegeversicherung folgen der Bedarfseinschätzung entsprechend der sozialrechtlichen De-

definition. Diese Festschreibung war seit ihrer Einführung verschiedenster Kritik ausgesetzt und entstand durch einen Prozess der Auseinandersetzung weit vor Einführung der Pflegeversicherung. Wie heterogen die Vorstellungen und Herangehensweisen dabei waren, verdeutlichen die von Gilberg (1999) zusammengefassten vier Zugangswege:

1. anhand von biologisch-medizinischen Kriterien, die sich vor allem am Fehlen von Krankheiten oder pathologischen Zuständen orientieren,
2. auf der Grundlage der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen und des Gebrauchs von Hilfsmitteln,

3. auf der Grundlage einer subjektiven Einschätzung der Person und/oder ihrer Angehörigen zum Vorliegen eines Hilfe- und Unterstützungsbedarfs sowie
4. anhand der Bestimmung des Ausmaßes funktionaler Fähigkeiten beziehungsweise Beeinträchtigungen eben dieser Fähigkeiten, die vorwiegend auf der Basis der Fähigkeit zur eigenständigen oder fremdunterstützten Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens basieren.

615. Die Bemühungen um die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind weit vorangeschritten (vgl. nachfolgender Exkurskasten) und führten bereits zu Leistungserweiterungen durch das seit 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Büscher/Wingenfeld 2008).

Tabelle 64

Stufen der Pflegebedürftigkeit und ihre Kriterien

Erforderlicher Hilfebedarf (§ 14 Abs. 4 SGB XI)	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Hauswirtschaftliche Versorgung
Stufe I Erheblich Pflegebedürftige § 15 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 3 Nr. 1 SGB XI	Mindestens einmal täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen			Zusätzlich mehrfach wöchentlich
	Mindestens 90 Minuten im Tagesdurchschnitt Pflegerischer Aufwand muss gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand im Vordergrund stehen (mehr als 45 Minuten)			
Stufe II Schwerpflege- bedürftige § 15 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. Abs. 3 Nr. 2 SGB XI	Mindestens dreimal täglich, zu verschiedenen Tageszeiten			Zusätzlich mehrfach wöchentlich
	Mindestens drei Stunden im Tagesdurchschnitt Pflegerischer Aufwand muss deutliches Übergewicht gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand haben (mindestens zwei Stunden)			
Stufe III Schwerstpflege- bedürftige § 15 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. Abs. 3 Nr. 3 SGB XI	Rund um die Uhr, auch nachts			Zusätzlich mehrfach wöchentlich
	Mindestens fünf Stunden im Tagesdurchschnitt Pflegerischer Aufwand muss deutliches Übergewicht gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand haben (mindestens vier Stunden)			

Quelle: GA 2005, II, Tabelle 52

Tabelle 65

Entwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

	sogenannte Pflegestufe 0	Pflegestufe I Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige (Härtefälle)
Häusliche Pflegehilfe (bis € monatlich)				
vor Juli 2008		384	921	1 432 (1 918)
seit Juli 2008		420	980	1 470 (1 918)
2010		440	1 040	1 510 (1 918)
2012		450	1 100	1 550 (1 918)
Pflegegeld (€ monatlich)				
vor Juli 2008		205	410	665
seit Juli 2008		215	420	675
2010		225	430	685
2012		235	440	700
Pflegevertretung (Aufwendungen bis zu vier Wochen im Kalenderjahr in €) durch nahe Angehörige/durch sonstige Personen				
vor Juli 2008		205/1 432	410/1 432	665/1 432
seit Juli 2008		215/1 470	420/1 470	675/1 470
2010		225/1 510	430/1 510	685/1 510
2012		235/1 550	440/1 550	700/1 550
Kurzzeitpflege (bis € im Jahr)				
vor Juli 2008		1 432	1 432	1 432
seit Juli 2008		1 470	1 470	1 470
2010		1 510	1 510	1 510
2012		1 550	1 550	1 550
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (bis € monatlich)				
vor Juli 2008		384	921	1 432
seit Juli 2008		420	980	1 470
2010		440	1 040	1 510
2012		450	1 100	1 550
Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (bis € jährlich)				
vor Juli 2008	0	460	460	460
seit Juli 2008	2 400	2 400	2 400	2 400
2010				
2012				
Vollstationäre Pflege (pauschal € monatlich)				
vor Juli 2008		1 023	1 279	1 432 (1 688)
seit Juli 2008		1 023	1 279	1 470 (1 750)
2010		1 023	1 279	1 510 (1 825)
2012		1 023	1 279	1 550 (1 918)

Darüber hinaus werden Pflegeaufwendungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sowie für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in bestimmter Höhe vergütet.

Quelle: Eigene Darstellung

Exkurs Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff¹³⁸

Nach vielen Jahren intensiver Diskussion existiert heute ein breites Einvernehmen in der Einschätzung, dass eine Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und eine entsprechende Angleichung des Begutachtungsverfahrens nach dem XI. Sozialgesetzbuch (SGB XI) erforderlich sind. Im Jahr 2006 wurden hierzu mit der Einberufung eines Beirats beim Bundesgesundheitsministerium und begleitenden Modellprojekten konkrete Schritte eingeleitet. Aufgabe des Beirats ist die Überprüfung des sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Erarbeitung eines Vorschlags zu dessen Neufassung, der Ende des Jahres 2008 vorgelegt werden soll. Parallel zur Einberufung des Beirats gaben die Spitzenverbände der Pflegekassen eine wissenschaftliche Studie in Auftrag, deren Aufgabe in einer umfassenden Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Instrumenten zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit bestand.

Nach den Ergebnissen dieser im Februar 2007 abgeschlossenen Studie lässt sich feststellen, dass pflegetheoretische Arbeiten, der aktuelle pflegewissenschaftliche Diskurs sowie die internationale Diskussion um den Pflegebegriff viele Gemeinsamkeiten darin aufweisen, wie Pflegebedürftigkeit aus fachlicher Sicht zu definieren ist. Pflegebedürftig sind danach Menschen, deren Selbständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, beim Umgang mit Krankheiten oder bei der Gestaltung wichtiger Lebensbereiche aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft oder vorübergehend beeinträchtigt ist. Sie sind daher auf personelle Hilfe angewiesen. Körperliche oder kognitive Funktionseinschränkungen oder Schädigungen bzw. gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen können nicht per se mit Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden. Entscheidend ist vielmehr, dass diese Probleme durch die betroffene Person nicht autonom kompensiert oder bewältigt werden können. Es ist unter gewissen Umständen möglich, Funktionseinschränkungen auszugleichen, sodass ein Individuum trotz Funktionseinschränkungen selbständig den Alltag bewältigen kann. Pflegebedürftigkeit hingegen beginnt erst dort, wo die individuellen Fähigkeiten hierzu nicht (mehr) ausreichen.

Dieses in der Studie dargelegte Grundverständnis bildete die Basis für die nachfolgende Entwicklung des Prototyps eines neuen Begutachtungsinstruments, das im März 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde und kurz danach in eine umfassende praktische Erprobung ging. Das neue Instrument vermeidet die Reduzierung von Pflegebedürftigkeit auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen. Es berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme, sich Kleiden, Körperpflege, Ausscheidungen)
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung.

Als konstitutiv für Pflegebedürftigkeit gelten die ersten sechs Bereiche. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung hingegen werden als Hilfebedürftigkeit verstanden, da der daraus resultierende Bedarf primär nicht pflegerischen, sondern hauswirtschaftlichen oder sozialen Charakter hat.

Im Unterschied zum heutigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab für Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern die Selbständigkeit einer Person. Im Rahmen einer Begutachtung wäre also die Frage zu klären, inwieweit die jeweilige Person ohne personelle Hilfe beispielsweise Aktivitäten durchführen, psychische Probleme bewältigen oder soziale Kontakte gestalten kann. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern soll das gleiche Instrument, aber eine modifizierte Bewertungssystematik verwendet werden, um auszuschließen, dass rein altersbedingte Unselbständigkeit einen Leistungsanspruch begründen.

Ein erweitertes sozialrechtliches Verständnis von Pflegebedürftigkeit, das den mit diesem Instrument vorgelegten Vorschlag folgt, würde die seit vielen Jahren anhaltende Kritik an den fachlichen Verkürzungen der Pflegeversicherung weitestgehend auffangen und konstruktiv umsetzen. Ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und Begleitung im Lebensalltag würde damit ebenso berücksichtigt wie spezifische Anforderungen im Umgang mit chronischen

¹³⁸ Dieser Exkurs basiert auf der Expertise von Dr. Klaus Wingefeld, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld). Die vollständige Expertise steht auf der Internetseite des Sachverständigenrates (www.svr-gesundheit.de) zum Download bereit.

Erkrankungen. Mit dem Verzicht auf den Maßstab Zeit ließen sich außerdem zahlreiche methodische Probleme bei der Begutachtung bzw. Ermittlung einer Pflegestufe vermeiden. Schließlich böte ein solches erweitertes Verständnis von Pflegebedürftigkeit die Chance, Hemmnisse für eine Modernisierung der pflegerischen Versorgung aufzulösen, die heute vom verkürzten Verständnis von Pflegebedürftigkeit im SGB XI ausgehen.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: aktuelle Entwicklungen

Die praktische Erprobung des neuen Begutachtungsinstrumentes erfolgte bei über 1 700 Versicherten und wurde im Oktober 2008 erfolgreich abgeschlossen. Nach eingehender Beratung der Erprobungsergebnisse übergab der BMG-Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Ende Januar 2009 seinen Bericht an das Bundesgesundheitsministerium. Dieser Bericht wird von allen im Beirat vertretenen Personen bzw. Organisationen getragen und beinhaltet unter anderem die Empfehlung, den Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI im Sinne des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit, von dem das neue Instrument ausgeht, anzupassen. Der Bericht empfiehlt ferner, die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach den entsprechenden sozialrechtlichen Änderungen zukünftig mit Hilfe dieses Instrumentes vorzunehmen.

Das Bundesgesundheitsministerium bezeichnete den Bericht und die darin enthaltenen Empfehlungen als richtungsweisend und formulierte gegenüber dem Beirat die Bitte, ergänzend Fragen der Umsetzung zu untersuchen und entsprechende Vorschläge (z.B. zu Übergangsregelungen) zu unterbreiten.

Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs übergab im Mai 2009 einen zweiten Bericht zur praktischen Erprobung des neuen Begutachtungsinstrumentes.

5.3.1.2 Ursachen, Charakteristika und Bewertung

616. Ein Mensch ist von Pflege und Hilfe abhängig, wenn er aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheit die notwendigen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Alltag nicht mehr allein bewältigen kann. Wann aber entsteht, bei welcher Person und unter welchen Rahmenbedingungen ein solcher Zustand der Pflege- und Hilfeabhängigkeit? Welche Kumulation körperlicher Erkrankung, psychischer Funktionsbeeinträchtigung und seelischer Leiden führt zur Pflegebedürftigkeit? Was beeinträchtigt die selbständige Bewältigung des Alltagslebens am stärksten: die Normabweichung der physischen und psychischen Funktionen, der entstehende Schmerz, die starke Immobilität oder eher eine Inkontinenz bzw. fortwährende Schlafstörungen? Noch ist wenig bekannt über diese Determinanten und Ursachen, die letztendlich dazu führen, dass ein Mensch pflegebedürftig wird.

Dieses Erkenntnisdefizit erschwert die Begründung eines Pflegebedarfs und führt dazu, dass im Bewertungsverfahren einer Pflegebedürftigkeit die pflegebegründende Diagnose einer Validität entbehrt.

617. Die Bewertung, ob ein Hilfebedarf nach den gesetzlich definierten Kriterien besteht sowie die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK).¹³⁹ Im Begutachtungsverfahren werden zunehmend Pflegefachkräfte eingesetzt. So wurde im Jahr 2006 der überwiegende Anteil der Begutachtungen, nämlich 68,6 % im ambulanten Bereich und 77,4 % im stationären Bereich durch Pflegefachkräfte durchgeführt. Im Jahr 2002 waren dies noch deutlich weniger, nämlich 54,3 % im ambulanten und 60,6 % im stationären Bereich (Wagner/Brucker 2003).

¹³⁹ In der Privaten Pflegeversicherung (PPV) wird dies durch die Mediproof GmbH vorgenommen.

Tabelle 66

Profession der Gutachter

Beantragte Leistungsart	MDK Arzt	MDK Pflegefachkraft	MDK Arzt und Pflegefachkraft	externer Gutachter
ambulant	15,1	68,6	0,1	16,1
stationär	17,4	77,4	0,1	5,1

Quelle: MDS 2006

Im Begutachtungsverfahren der Medizinischen Dienste wird auch die erste pflegebegründende Diagnose in Form von ICD-10-Codes erfasst. Die Validität dieser Diagnosen ist allerdings eingeschränkt, da eine abgesicherte klinische Diagnostik häufig nicht möglich und für die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit auch nicht entscheidend ist. Auf Krankenhaus- bzw. Arztberichte kann nicht immer zurückgegriffen werden. Teilweise können die Angaben zur ersten pflegebegründenden Diagnose also ungenau sein. Auch lässt sich diese Diagnose bei hochbetagten, multimorbiden Personen nicht immer eindeutig feststellen (Wagner/Brucker 2003).

618. Tabelle 67 stellt die Ursachen der Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht und Pflegestufe dar. Dabei werden die sechs häufigsten ICD-Hauptdiagnosen aufgelistet sowie die häufigsten Einzeldiagnosen. Über 85 % der Fälle

konzentrieren sich auf die dargestellten sechs Hauptdiagnosegruppen. Sowohl bei Männern (21,3 %) als auch bei Frauen (25,7 %) stellen psychische und Verhaltensstörungen die häufigste pflegebegründende Diagnosehauptgruppe dar, wobei die Bedeutung mit Höhe der Pflegestufe deutlich ansteigt. Auch Krankheiten des Nervensystems und Neubildungen gewinnen mit Steigerung der Pflegestufe als pflegebegründende Diagnose an Bedeutung, wobei sie bei Männern in allen Pflegestufen einen deutlich höheren Anteil haben als bei Frauen. Bei Frauen hingegen kommen den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, die besonders häufig in Pflegestufe I die pflegebegründende Diagnose darstellen, eine größere Bedeutung zu als bei Männern. Dies gilt ebenso für Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.

Tabelle 67

Häufigste pflegebegründende Hauptdiagnosen und Einzeldiagnosen nach Pflegestufen

ICD-Hauptdiagnose bzw. Einzeldiagnose	Anteil in % von Pflegestufe			
	I	II	III	Gesamt
Männer				
C00-D48 Neubildungen	11,9	19,3	22,5	16,2
darunter: C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lungen	2,4	4,2	4,8	3,4
F00-99 Psychische u. Verhaltensstörungen	19,6	21,7	26,3	21,3
darunter: F00-03 Demenz	10,3	15,5	20,6	13,7
G00-99 Krankheiten des Nervensystems	10,4	12,5	17,1	12,1
darunter: G20-21 Parkinsonsyndrom G30 Alzheimer-Krankheit	3,9 1,0	4,7 1,5	4,8 2,9	4,3 1,4
I00-99 Krankheiten des Kreislaufsystems	20,3	21,4	17,5	20,3
darunter: I50 Herzinsuffizienz I60-69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	3,6 12,5	2,8 15,9	1,8 14,3	3,2 14,0
M00-99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,8	4,1	1,6	6,1
darunter: M15 Polyarthrose	2,9	1,5	0,5	2,0
R00-99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind ^{a)}	12,0	9,5	7,2	10,4
darunter: R26 Störungen des Ganges und der Mobilität R54 Senilität	2,2 7,7	1,5 6,4	0,8 5,1	1,7 6,8

noch Tabelle 67

ICD-Hauptdiagnose bzw. Einzeldiagnose	Anteil in % von Pflegestufe			
	I	II	III	Gesamt
Frauen				
C00-D48 Neubildungen	7,2	11,0	11,8	9,2
darunter: C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lungen	0,8	1,2	1,3	1,0
F00-99 Psychische u. Verhaltensstörungen	20,1	27,9	39,7	25,7
darunter: F00-03 Demenz	14,9	24,1	36,7	21,2
G00-99 Krankheiten des Nervensystems	6,7	9,0	12,2	8,3
darunter: G20-21 Parkinsonsyndrom G30 Alzheimer-Krankheit	2,3 1,1	2,9 1,9	3,0 4,0	2,6 1,8
I00-99 Krankheiten des Kreislaufsystems	14,2	17,5	15,0	15,6
darunter: I50 Herzinsuffizienz I60-69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	3,8 7,9	2,9 12,9	1,5 12,5	3,0 10,4
M00-99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	20,2	10,3	4,0	14,3
darunter: M15 Polyarthrose	7,6	4,3	1,6	5,5
R00-99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind ^a	17,7	15,6	12,5	16,2
darunter: R26 Störungen des Ganges und der Mobilität R54 Senilität	2,6 12,7	1,9 12,0	1,1 10,0	2,1 12,1

^a Folgende Fälle sind hier klassifiziert: a. Patienten, bei denen keine genauere Diagnose gestellt werden kann, obwohl alle für den Krankheitsfall bedeutungsvollen Fakten untersucht worden sind; b. zum Zeitpunkt der Erstkonsultation vorhandene Symptome, die sich als vorübergehend erwiesen haben und deren Ursachen nicht festgestellt werden konnten; c. vorläufige Diagnosen bei einem Patienten, der zur weiteren Diagnostik oder Behandlung nicht erschienen ist; d. Patienten, die vor Abschluss der Diagnostik an eine andere Stelle zur Untersuchung oder zur Behandlung überwiesen wurden; e. Patienten, bei denen aus irgendeinem anderen Grunde keine genauere Diagnose gestellt wurde; f. bestimmte Symptome, zu denen zwar ergänzende Information vorliegt, die jedoch eigenständige, wichtige Probleme für die medizinische Betreuung darstellen.

Quelle: MDS 2006, eigene Berechnungen¹⁴⁰

619. Wenn die Einzeldiagnosen, die mit einer Einschränkung der Kognition einhergehen, zusammengefasst werden, ergibt sich folgendes Bild (s. Tabelle 68): Demenz, Alzheimer-Krankheit und altersbedingte Senilität sind bei 21,9 % der Männer und bei 29,8 % der Frauen Ursache für Pflegebedürftigkeit. Bei steigender Pflegestufe nimmt ihre Bedeutung stark zu. So sind Diagnosen, die mit einer eingeschränkten Kognition einhergehen, in Pflegestufe III bei Männern in 28,6 % und bei Frauen sogar in 45,8 % der Fälle pflegebegründend. Insbesondere nehmen diese Erkrankungen mit steigendem Alter zu.

Demenzen und demenzassoziierte Erkrankungen zählen in vielen Industrienationen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Malignomen und zerebralen Insulten zu den häufigsten Todesursachen (Kühl/Hellweg 2004). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit in hoher Korrelation zu einem Pflege- und Hilfebedarf steht und inzwischen der wichtigste Grund für den Übergang in ein Pflegeheim geworden ist. Durchschnittlich sind 69 % aller Pflegeheimbewohner heute an einer Demenz (unabhängig von ihrer Ursache) erkrankt (Schäufele et al. 2007). Wenn von einem demenziellen Syndrom oder einer Demenz gesprochen wird, handelt es sich um eine psychische Störung von Krankheitswert und nicht um Begleiterscheinungen des normalen kognitiven Alterns (Bischkopf et al. 2002; Lu et al.

¹⁴⁰ Ausgewertet wurden Daten von 787 230 Erst-, Höherstufungs- und Wiederholungsanträgen aus dem Jahr 2006, die eine Pflegestufe erhielten.

2005). Die Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, die nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter auftritt. Wesentliche Voraussetzung für die Diagnose einer Demenz ist der Nachweis der Abnahme an Gedächtnisleistung und Denkvermögen mit deutlicher Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Gedächtnisstörungen betreffen Aufnahme, Speicherung und Wiedergabe neuer Informationen wie auch die Fähigkeit zum vernünftigen Urteilen. Demenz beginnt mit diskreten Gedächtnisverlusten, die vom Betroffenen meist als solche wahrgenommen werden. Bei Fortschreiten der Erkrankung geht das Langzeitgedächtnis verloren. Wahnbildungen und Wahrnehmungsstörungen beeinträchtigen den Kranken und erschweren den Umgang mit ihm. Diese Störungen sind so ausgeprägt, dass sie die persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Essen, An- und Ausziehen oder die körperliche Hygiene deutlich beeinträchtigen. Das Endstadium ist gekennzeichnet durch Schwerstpflegebedürftigkeit verbunden mit u. a. Bettlägerigkeit, Immobilität, Ernährungsstörungen und den daraus resultierenden Risiken.

620. Meist leiden ältere Menschen nicht nur unter einer, sondern mehreren chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen – also unter Multimorbidität (vgl. hierzu Unterkapitel 5.1). Multimorbidität ist das Auftreten und Bestehen

von mehreren Erkrankungen gleichzeitig, deren Bedeutung (insbesondere in der Wahrnehmung der Betroffenen) für die Wiederherstellung von Gesundheit nicht in eine Hierarchie gebracht werden können. Vielmehr entwickelt Multimorbidität eine eigene Dynamik in Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand und die körperliche sowie geistige Funktionsfähigkeit des Betroffenen. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und die Komplexität von Mehrfacherkrankungen steigen mit dem Alter und treffen sozial benachteiligte ältere Menschen stärker (Kuhlmey 2009). Allerdings erlaubt die derzeitige Datenlage keine zuverlässigen Aussagen zur Prävalenz von Multimorbidität in der Alterspopulation. Gründe liegen zum einen darin, dass schwer erreichbare, aber zugleich besonders vulnerable Personengruppen (wie z. B. hochbetagte, institutionalisierte, kognitiv eingeschränkte oder Personen mit Migrationshintergrund) in zu geringem Maße an bevölkerungsrepräsentativen Studien beteiligt oder systematisch ausgeklammert wurden. Zum anderen lassen sich methodische Schwierigkeiten bei der Definition und Erfassung von Multimorbidität konstatieren. Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass jeder dritte über 70-jährige Bundesbürger an fünf mittelgradig schweren und fast jeder vierte an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen leidet (Steinhagen-Thiessen/Borchelt

Tabelle 68

**Anteil pflegebegründender Einzeldiagnosen, die mit Einschränkungen der Kognition einhergehen,
nach Pflegestufen**

ICD-Einzeldiagnose	Anteil in % von Pflegestufe			
	I	II	III	Gesamt
Männer				
F00-03 Demenz ¹⁴¹	10,3	15,5	20,6	13,7
G30 Alzheimer-Krankheit	1,0	1,5	2,9	1,4
R54 Senilität	7,7	6,4	5,1	6,8
Gesamt	19,0	23,4	28,6	21,9
Frauen				
F00-03 Demenz	14,9	24,1	36,7	21,2
G30 Alzheimer-Krankheit	1,1	1,9	4,0	1,8
R54 Senilität	7,7	6,4	5,1	6,8
Gesamt	23,7	32,4	45,8	29,8

¹⁴¹ Demenz: Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit (rund zwei Drittel aller Demenzen) gefolgt von der vaskulären und Mischformen des degenerativ-vaskulären Typs (15 bis 30 %) sowie von Erkrankungsformen, die auf einer Vielzahl sonstiger Ursachen beruhen und bis zu 15 % ausmachen können.

1996). Im Alterssurvey¹⁴² 2002 sagen 24 % der über 70-Jährigen von sich selbst, dass sie an fünf und mehr Erkrankungen leiden, während lediglich 7 % keine Erkrankung aufwies (Tesch-Römer et al. 2006). Multimorbidität stellt ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Behinderungen sowie funktionellen Einbußen dar, die sich nicht einfach summieren, sondern oftmals in komplexer und synergetischer Weise verstärken. Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es in der Folge dann zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. An einer Kohorte von 73 000 älteren BKK-Versicherten konnte gezeigt werden, dass 13,8 % der als chronisch krank identifizierten Frauen und Männer pflegebedürftig im Sinne des SGB XI waren (Kuhlmey et al. 2003; Winter et al. 2006). Mit steigender Anzahl der Erkrankungen, kommt es zu einer Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (RKI 2003). Dafür sind häufig auch die multimorbiditätsassoziierten Phänomene Schmerz, Schlafstörungen, Zustände nach Stürzen oder Inkontinenz und Mangelernährung verantwortlich.

621. Was bedeutet es für die betroffenen Frauen und Männer pflegebedürftig zu sein, welche Einschränkungen ihres Alltags müssen sie bewältigen? Durch die Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG), die sowohl für die Situation in Privathaushalten als auch für die stationäre Versorgung durchgeführt wurden, stehen Ergebnisse zur Verfügung, die auf das Ausmaß der Vulnerabilität der eingetretenen Lebenssituation zeigen. Die schwerwiegendsten Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen zeigen sich beim Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Ausziehen, der Toiletten-

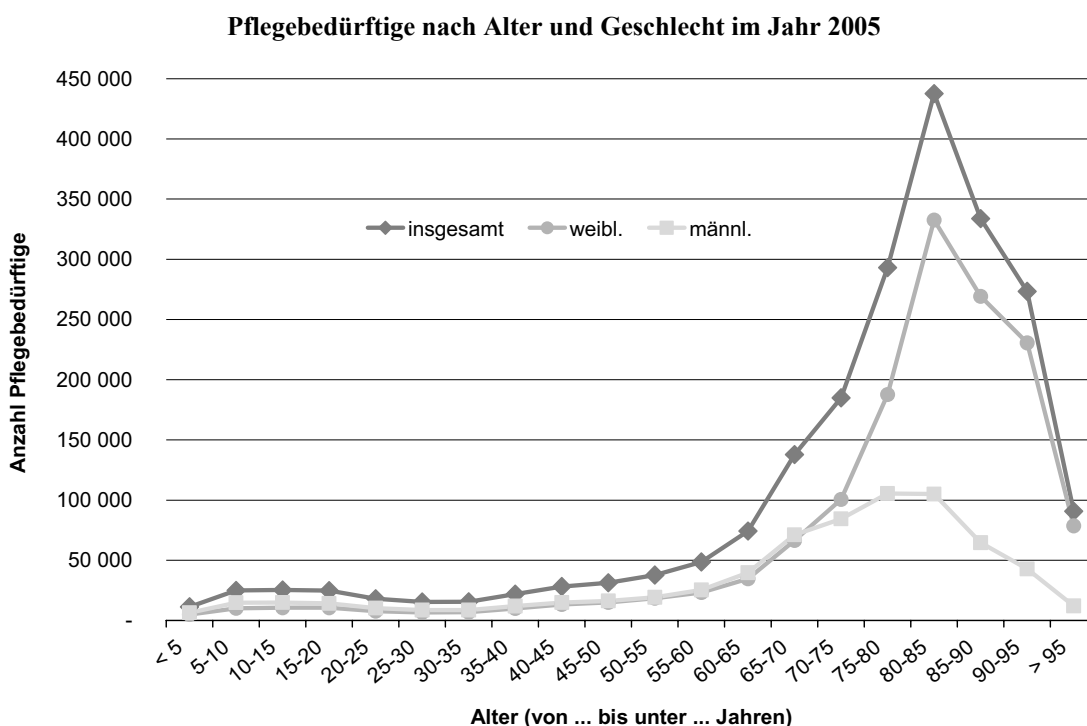
nutzung und der Nahrungsaufnahme. Hinsichtlich der instrumentellen Aktivitäten verursacht das Einkaufen die größte Abhängigkeit, gefolgt von Saubermachen, Mahlzeitenzubereitung und der Regelung finanzieller Angelegenheiten. Das Ausmaß der funktionellen Einschränkungen zeigt sich in den Befunden aus der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen noch deutlicher. Fast 90 % der Bewohner haben Schwierigkeiten mit dem Duschen und Waschen. Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen, Wasser/Stuhl halten, alleiniger Toilettennutzung und im Zimmer umhergehen weisen jeweils mehr als 50 % der Bewohner auf und knapp 40 % können nicht mehr eigenständig Essen und Trinken (Schneekloth 2006). Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich der Mobilität umfassen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung wird durch die Daten aus MuG (IV) zur Selbstständigkeit in stationären Einrichtungen unterstützt. Knapp 60 % der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen, über 50 % antriebsarm oder niedergeschlagen, immer noch knapp 50 % zeigen sich häufig oder gelegentlich unfähig, ihre Grundbedürfnisse wahrzunehmen, sind räumlich unzureichend orientiert und bedürfen einer andauernden Überwachung. Eine gelegentlich oder häufig unzureichende Orientierung zu Personen wiesen knapp 40 % auf und immer noch zwischen 30 % und 35 % zeigen Störungen im Tag-/Nachtrhythmus und sozial nicht angepasstes Verhalten (Schneekloth 2006).

5.3.2 Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit

622. Ende des Jahres 2005 sind in Deutschland 2,13 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des

¹⁴² Befragt wurden Personen ab einem Alter von 40 Jahren.

Abbildung 30



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, eigene Berechnung

Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) (Statistisches Bundesamt 2007a).¹⁴³ Wie Abbildung 30 zeigt, ist die Mehrheit der Pflegebedürftigen¹⁴⁴ weiblich (68 %). Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend im Alter auf. Im Jahr 2005 sind 85,8 % der Pflegebedürftigen mindestens 60 Jahre alt und gut die Hälfte, nämlich 53,3 %, sind als hochaltrig (mindestens 80 Jahre alt) zu bezeichnen. Bis zur Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen liegen die Zahlen der pflegebedürftigen Männer um 4 % bis 5 % über denen der Frauen, wobei die absoluten Zahlen niedrig sind. Mehr Männer finden sich dabei insbesondere in den jüngeren Altersgruppen. Erst ab einem Alter von 75 Jahren gibt es deutlich mehr pflegebedürftige Frauen als Männer (dies begründet sich in der wesentlich längeren Lebenserwartung der Frauen). Bei den Frauen ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe 80 bis unter 85 Jahre am höchsten (332 670), bei den Männern sind die höchsten Zahlen im Alter von 70 bis unter 75 Jahren (105 389) sowie von 80 bis unter 85 Jahre (104 970) zu verzeichnen.

¹⁴³ Es existieren verschiedene Datenquellen zur Zahl der Pflegebedürftigen: Die amtliche Pflegestatistik nach § 109 SGB XI (Statistisches Bundesamt), die Pflegekassenstatistik, die die Daten der SPV beinhaltet, sowie die Daten der PPV. Nachfolgend werden die Daten des Statistischen Bundesamtes verwendet, da sie alle Pflegebedürftigen (SPV und PPV) erfassen. Auf Grund methodischer Unterschiede weisen diese Daten im Vergleich zu denen der SPV und PPV ca. 3 % mehr Pflegebedürftige aus.

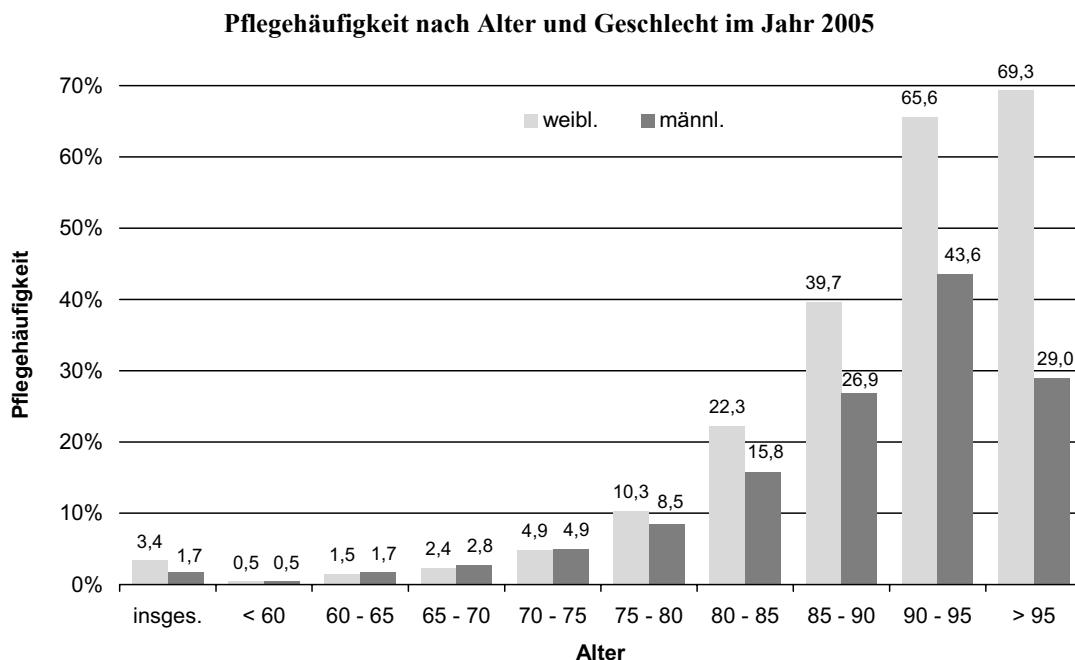
¹⁴⁴ Als pflegebedürftig werden nachfolgend grundsätzlich Personen bezeichnet, bei denen ein Pflegebedarf im Sinne des SGB XI festgestellt wurde. Davon zu unterscheiden sind Personen mit Hilfebedarf, die bei ihren täglichen Verrichtungen eingeschränkt sind, aber keinen Leistungsanspruch nach SGB XI geltend machen können. (Schneekloth 2005) haben für Ende 2002 ca. 3 Millionen Hilfebedürftige ermittelt.

623. Abbildung 31 zeigt die altersbezogenen, nach Geschlecht differenzierten Prävalenzen für Pflegebedürftigkeit für das Jahr 2005. Auch hier sind die alters- und geschlechtsbezogenen Unterschiede deutlich ersichtlich. Der Anteil pflegebedürftiger Frauen an der weiblichen Gesamtbevölkerung ist mit 3,4 % doppelt so hoch wie der entsprechende Männeranteil (1,7 %). Dabei zeigt sich der höhere Frauenanteil erst ab einem Alter von 75 Jahren und prägt sich dann mit zunehmendem Alter immer mehr aus. In der Altersgruppe der 80- bis unter 85-jährigen sind dann bereits über ein Fünftel (22,3 %) aller Frauen pflegebedürftig und bei den 90- bis unter 95-jährigen sind es sogar knapp zwei Drittel (65,6 %). Bei den Männern liegen diese Prävalenzen in den entsprechenden Altersgruppen mit 15,8 % bzw. 43,6 % deutlich niedriger. Die Prävalenzen für Pflegebedürftigkeit nehmen bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter zu. Lediglich bei den über 95-Jährigen verlangsamt sich bei Frauen dieser Anstieg und bei den Männern nehmen die Prävalenzen sogar wieder deutlich ab.

Der Gesamtanteil von 2,6 % Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung hat sich seit 1999 nur geringfügig verändert. In den Pflegestatistiken seit 1999 lag der Anteil konstant bei 2,5 % (Statistisches Bundesamt 2001a, 2001b, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b, 2007a, 2007b). Interessant ist allerdings, dass sich die Pflegequote im Vergleich der einzelnen Bundesländer unterscheidet. Die höchste Pflegequote zeigt sich mit 3,06 % in Bremen und Sachsen-Anhalt, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 3 %. Die niedrigste Pflegequote weist Baden-Württemberg mit 2,1 % auf, gefolgt von Hamburg (2,38 %) und Rheinland-Pfalz (2,41 %).

Ein noch detaillierteres Bild ergibt sich bei einem Blick in den Kreisvergleich der Pflegestatistik aus dem Jahre 2003

Abbildung 31



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, eigene Berechnungen

(Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2006). Auf kommunaler Ebene variiert die Pflegequote zwischen weniger als 1,6 % (Landkreise Böblingen und Tübingen in Baden-Württemberg sowie Erding und Freising in Bayern) bis hin zu mehr als 4 % (Landkreis Osterode in Niedersachsen, Werra-Meißner-Kreis in Hessen, kreisfreie Städte Passau und Hof in Bayern). In Verbindung mit Angaben zum Anteil der über 75-Jährigen an der Bevölkerung insgesamt geben die Zahlen den kommunal für die Sozial- und Pflegeplanung Verantwortlichen deutliche Hinweise auf die zu erwartenden Anforderungen und Bedarfslagen (Büscher/Wingenfeld 2008) (vgl. Abschnitt 6.4.1 zu Effektivität und Effizienz wohnortnaher Angebote).

5.3.2.1 Pflegebedürftige nach Pflegestufe

624. Von den 2,13 Millionen Pflegebedürftigen sind mit 1,07 Millionen über die Hälfte in Pflegestufe I eingruppiert. Pflegestufe II liegt bei 768 093 und Pflegestufe III bei 280 693 Personen vor. Der Frauenanteil liegt in allen Stufen relativ konstant bei 67 bis 68 %.

Bei der Verteilung der Pflegestufen nach Geschlecht und Altersgruppe (Abbildung 32) zeigt sich folgendes Bild: Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe I in der Altersgruppe der unter 5-Jährigen

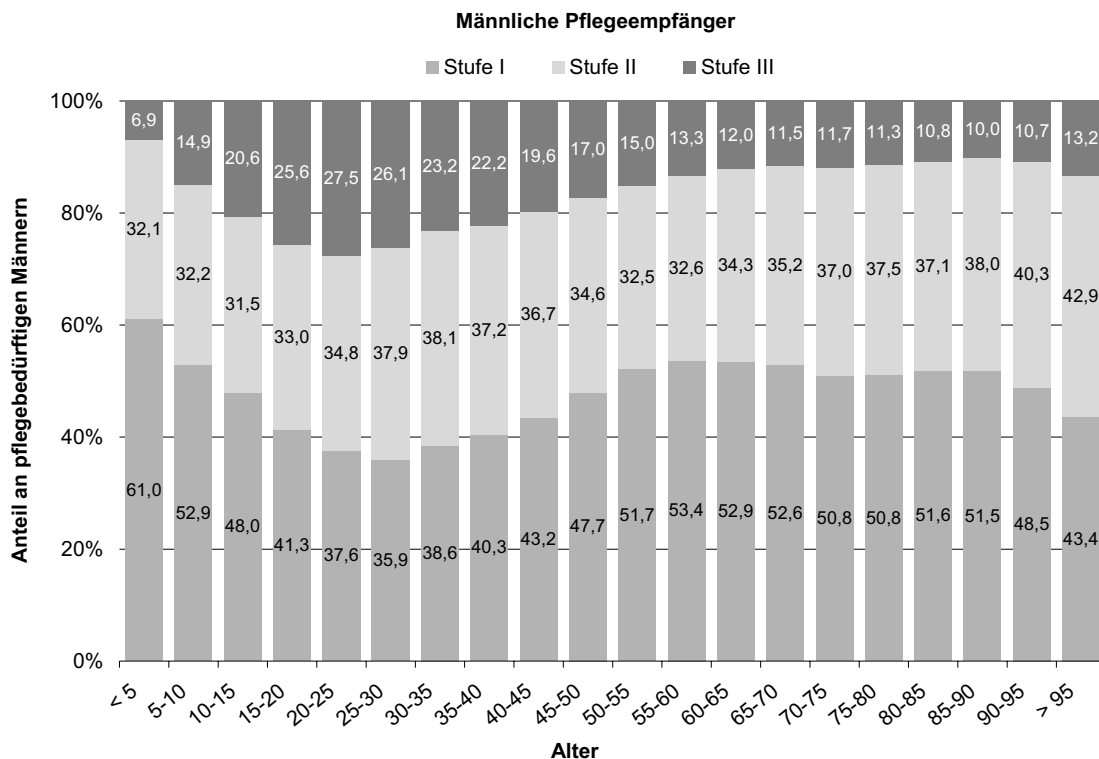
am höchsten und der Anteil in Stufe III am niedrigsten. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe III steigt dann für beide Geschlechter gleichermaßen stark an und erreicht in der Altersgruppe der 20- bis unter 25-Jährigen den höchsten Anteil, um dann wieder bis zu einem Alter von etwa 65 bis 70 Jahren stark abzufallen. Ab der Altersgruppe der 90- bis unter 95-Jährigen liegt der Anteil von Frauen in Pflegestufe III deutlich über dem der Männer; bei den über 95-Jährigen beträgt dieser Anteil bei den Frauen 21,5 %, während er bei den Männern nur bei 13,2 % liegt. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe I fällt bei beiden Geschlechtern bis zur Altersgruppe der 25- bis unter 30-Jährigen stark ab (von ca. 60 % auf gut 35 %) und steigt dann wieder an. Bei Männern trifft dies bis zur Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen zu, um dann wieder abzufallen. Bei Frauen steigt der Anteil Pflegebedürftiger mit Stufe I sogar bis zur Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen, um dann abzufallen. Ab einem Alter von 90 Jahren liegt der Anteil von Frauen mit Pflegestufe I bei den über 95-Jährigen bei 32,3 %, bei Männern hingegen bei 43,4 %.

5.3.2.2 Pflegehäufigkeiten nach Pflegeform

625. Pflegebedürftige können grundsätzlich stationär oder ambulant im häuslichen Umfeld versorgt werden.

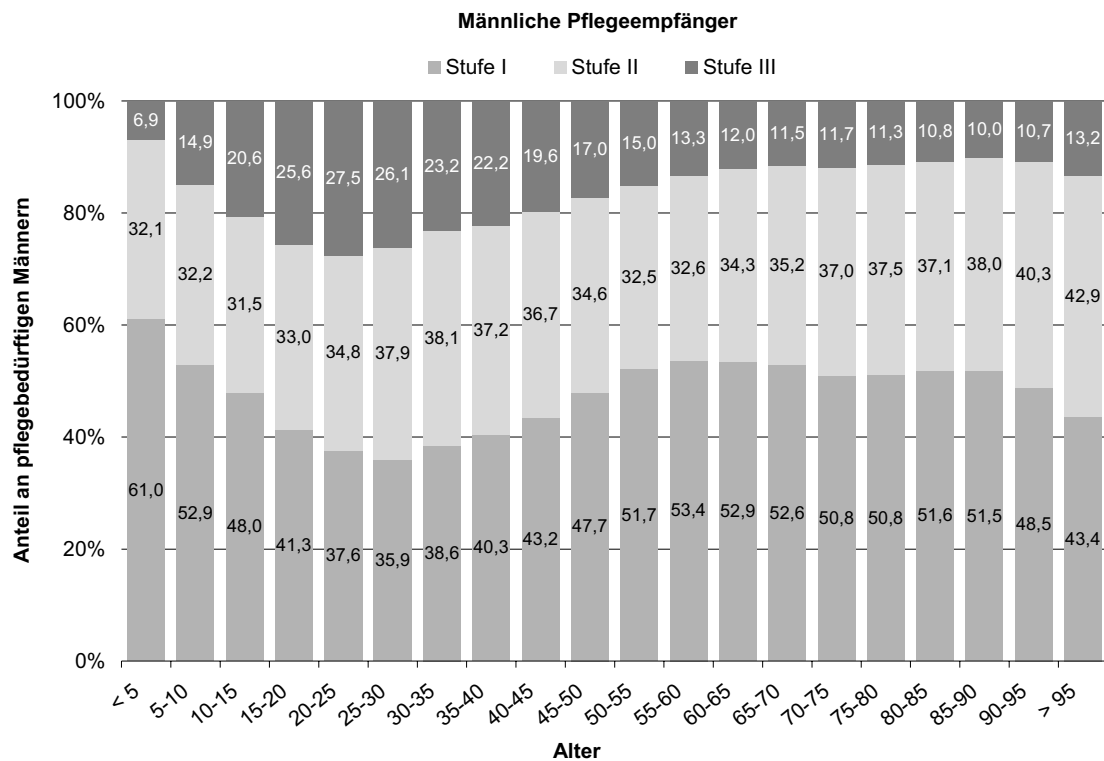
Abbildung 32

Anteile der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

noch Abbildung 32



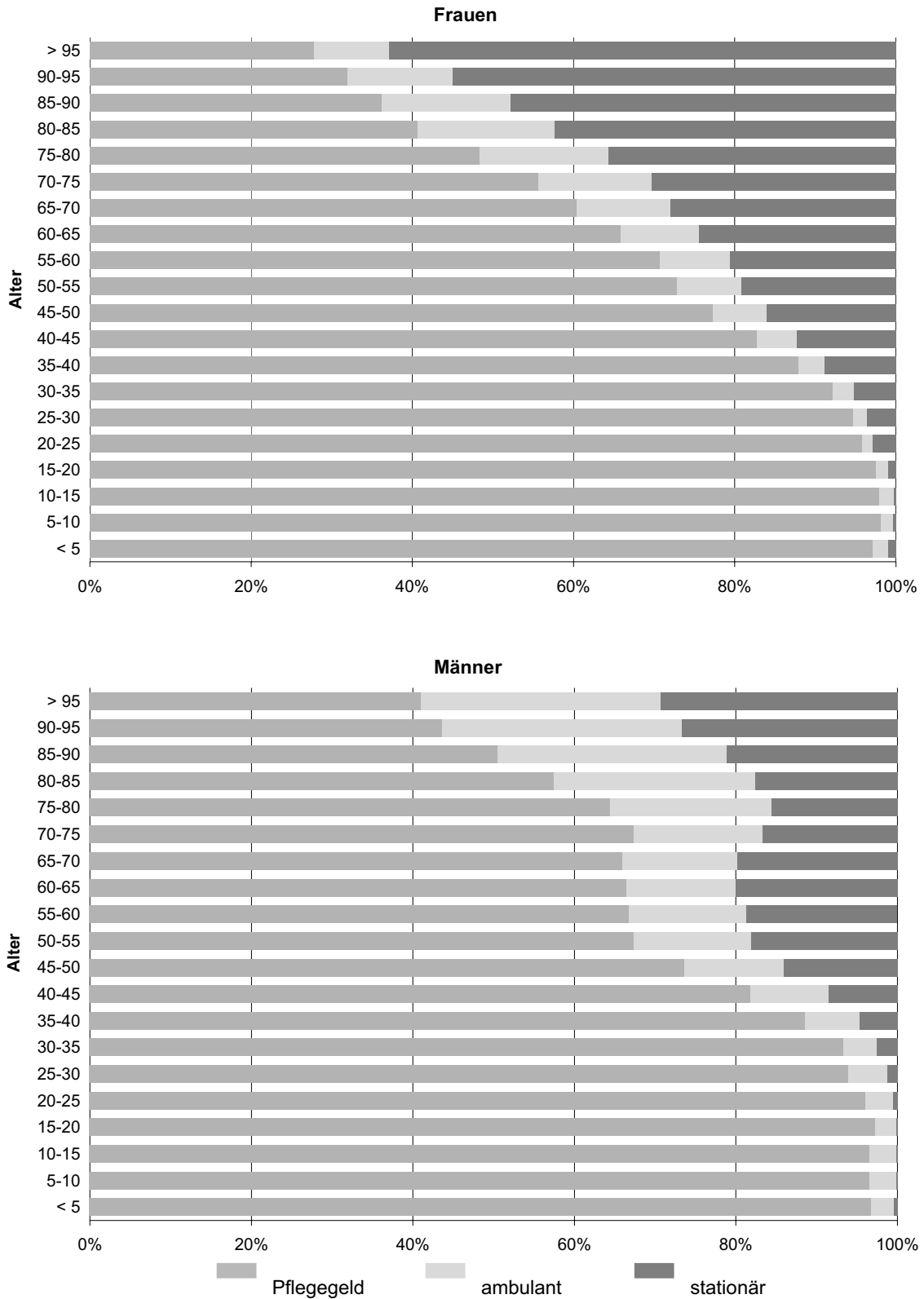
Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

Die häusliche Pflege kann durch ambulante Pflegedienste als Pflegesachleistung bezogen werden oder aber durch Bezug von Pflegegeld selbst beschafft werden. Letzteres bedeutet in den meisten Fällen, dass die Pflege durch Angehörige gewährleistet wird. Knapp ein Drittel bzw. 31,8 % der Pflegebedürftigen werden stationär versorgt. Die meisten Pflegebedürftigen (46 %) beziehen Pflegegeld. Abbildung 33 bis Abbildung 35 zeigen allerdings, dass die Inanspruchnahme einer bestimmten Pflegeform abhängig ist von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, also der Pflegestufe, sowie dem Geschlecht und dem Alter. Während junge Pflegebedürftige, insbesondere Kinder und Jugendliche, in erster Linie zu Hause durch die Familien unter Bezug von Pflegegeld gepflegt werden, nimmt die Inanspruchnahme professioneller Pflege (am-

bulante oder stationäre Pflege) mit steigendem Alter stark zu. Insbesondere gilt dies für die Pflegestufe III. Während bei den Männern lediglich 1,1 % der unter 5-jährigen Pflegebedürftigen der Stufe III stationäre Pflege und 11,8 % dieser Altersgruppe durch ambulante Pflegedienste betreut werden, liegen diese Anteile in der Altersgruppe der über 95-Jährigen bei 50,6 % (stationäre Pflege) und bei 28,2 % (ambulante Pflege). Bei den Frauen sind diese Unterschiede sogar noch stärker ausgeprägt: In der Altersgruppe der unter 5-Jährigen mit Pflegestufe III erhalten 1,2 % stationäre und 14,5 % ambulante professionelle Pflege, bei den über 95-Jährigen sind dies 70,2 % (stationäre Pflege) und 15,3 % (ambulante Pflege). Ein analoges, wenn auch nicht so stark ausgeprägtes Bild, ergibt sich für die Pflegestufen I und II.

Abbildung 33

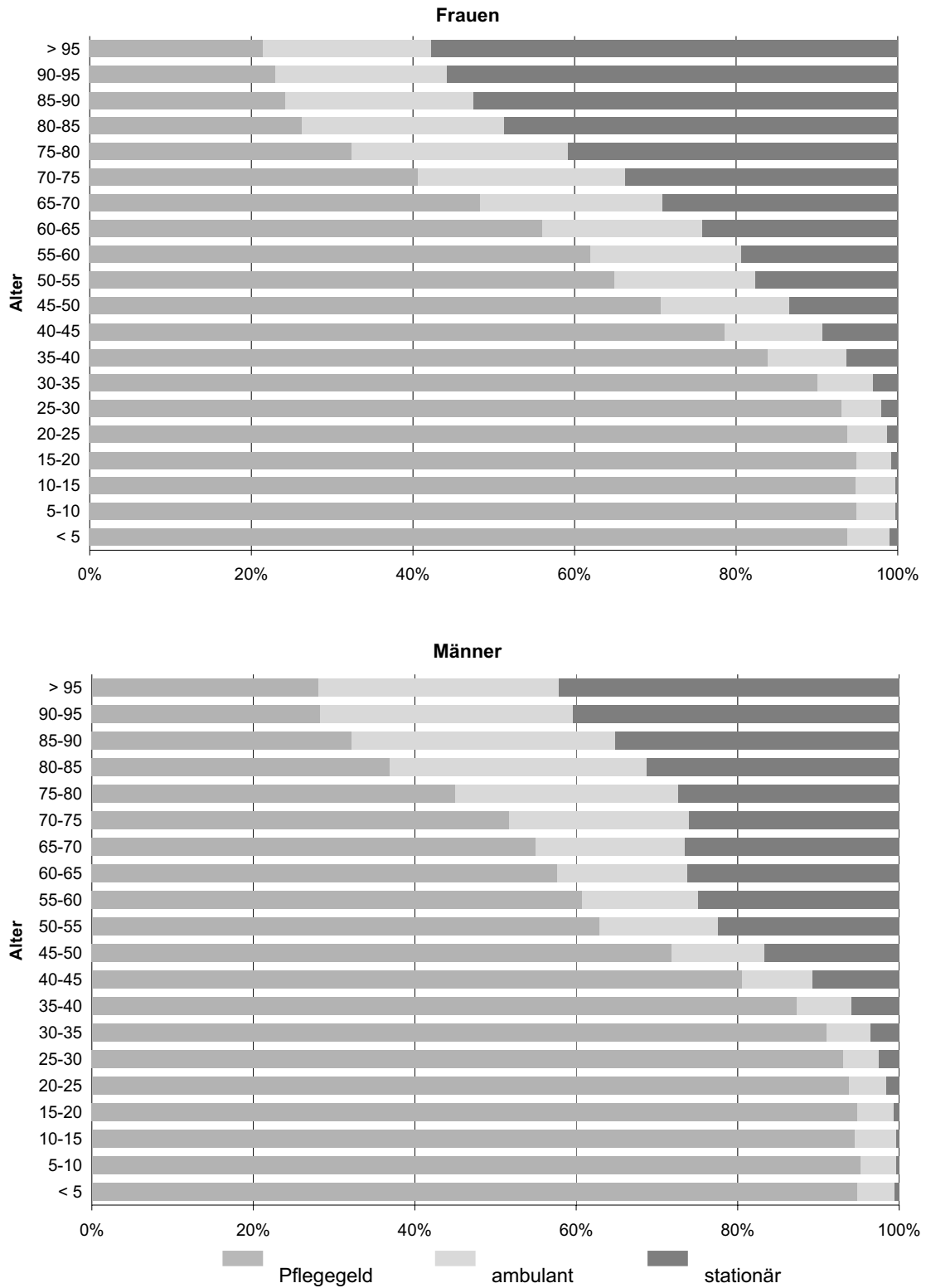
Aufteilung der Leistungsarten in der Pflegestufe I im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

Abbildung 34

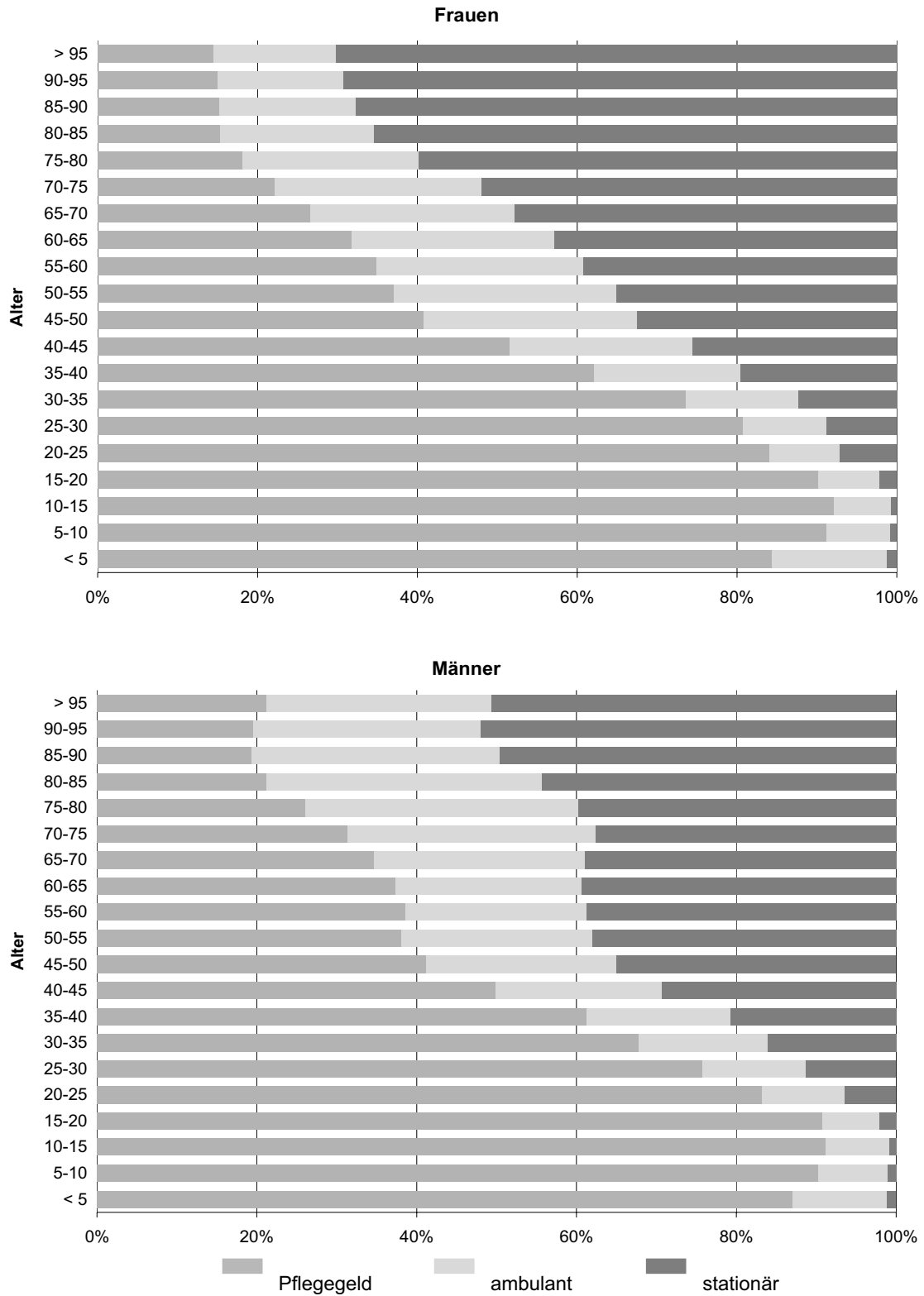
Aufteilung der Leistungsarten in der Pflegestufe II im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

Abbildung 35

Aufteilung der Leistungsarten in der Pflegestufe III im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

5.3.2.3 Pflegeverläufe im Längsschnitt

Abbildung 36 bis Abbildung 38 stellen Pflegeverläufe im Längsschnitt von Personen mit einem Mindestalter von 50 Jahren für die Jahre 1998-2006, also für maximal 96 Monate, dar (Borchert/Rothgang 2008).¹⁴⁵ Es zeigen sich große Unterschiede der Pflegeverläufe in den drei Pflegestufen sowie zwischen den Geschlechtern.

Abbildung 36 zeigt die Verläufe nach Eintritt in Pflegestufe I. Es offenbaren sich deutliche geschlechtsspezifische Mortalitätsunterschiede: Ein Jahr nach Eintritt in Pflegestufe I sind 31 % der Männer und 19,8 % der Frauen verstorben. Der Median der Überlebensdauer liegt bei Männern bei knapp 25 Monaten, bei Frauen hingegen bei 39 Monaten. Die Hälfte der Männer verstirbt also innerhalb von gut zwei Jahren und die Hälfte der Frauen innerhalb von gut drei Jahren nach Erhalt von Pflegestufe I. Verschiebungen in höhere Pflegestufen nach einem Jahr ergeben sich für beide Geschlechter fast gleich häufig. Der Anteil Pflegebedürftiger, der von Pflegestufe I in

Pflegestufe II hochgestuft wird, liegt bei gut 10 %, und von Pflegestufe I in Pflegestufe III bei ca. 2 %. Ein kleiner Anteil von 4,9 % bei den Frauen und von 2,7 % bei den Männern ist nach einem Jahr sogar ganz ohne Pflegestufe (Kategorie „keine Pflegestufe“).

Die Pflegeverläufe bei Eintritt in Pflegestufe II weisen eine deutlich stärkere Sterblichkeit auf (Abbildung 37). Hier liegt der Median der Überlebensdauer für Männer nur bei gut 5 Monaten und für Frauen bei knapp 13 Monaten. Verschiebungen in andere Pflegestufen ergeben sich seltener als bei Eintritt in Pflegestufe I. Nach 12 Monaten sind 3,2 % der Männer und 4,5 % der Frauen von Pflegestufe II in Pflegestufe III übergetreten und 1,6 % der Männer und 2 % der Frauen in Pflegestufe I zurückgestuft.

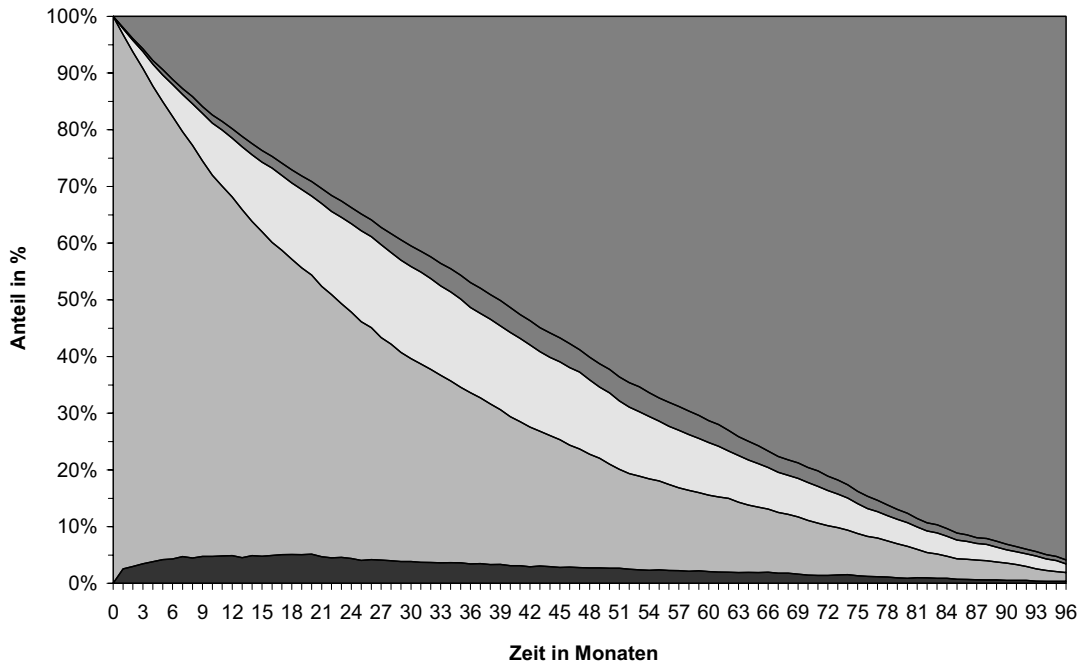
Die Überlebensdauern nach Eintritt in Pflegestufe III sind noch kürzer (Abbildung 38). Der Median der Überlebensdauer liegt hier für Männer bei unter 2 Monaten und für Frauen bei 2 Monaten. Ein kleiner Anteil der Pflegebedürftigen entwickelt sich allerdings nach Eintritt in Pflegestufe III zu Langzeitpflegebedürftigen. So überleben 10 % der Männer mindestens 25 Monate und 10 % der Frauen mindestens 29 Monate.

¹⁴⁵ Die Analysen beruhen auf Auswertungen von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse (GEK). Insgesamt wurden Daten von 19 661 Personen einbezogen.

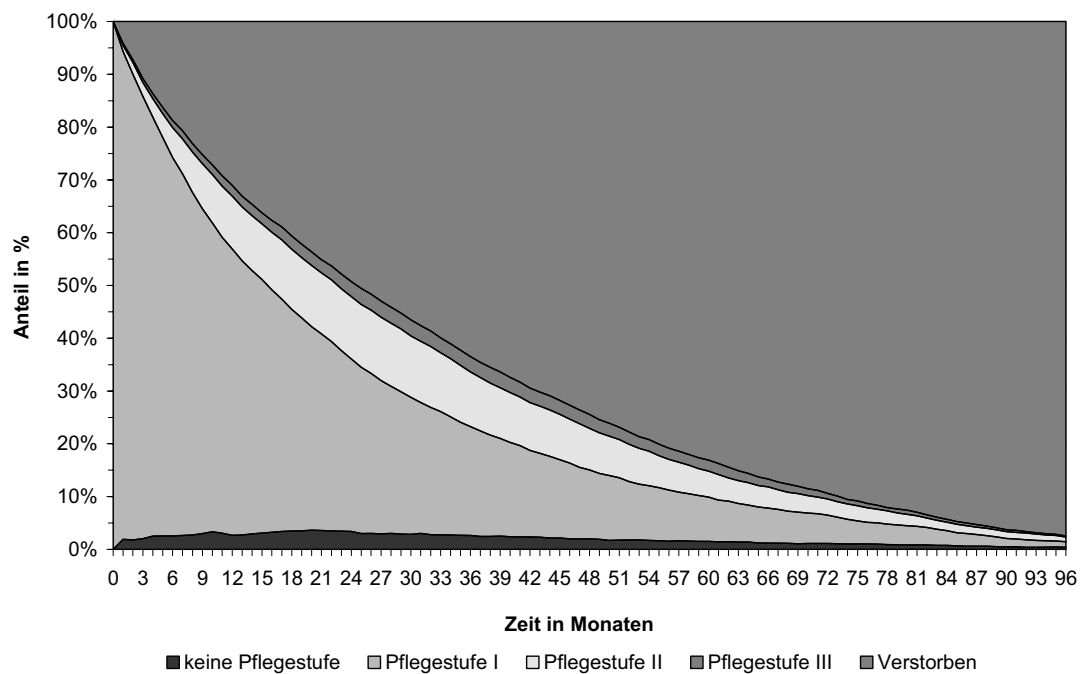
Abbildung 36

Pflegeverläufe nach Eintritt in die Pflegestufe I

Frauen



Männer

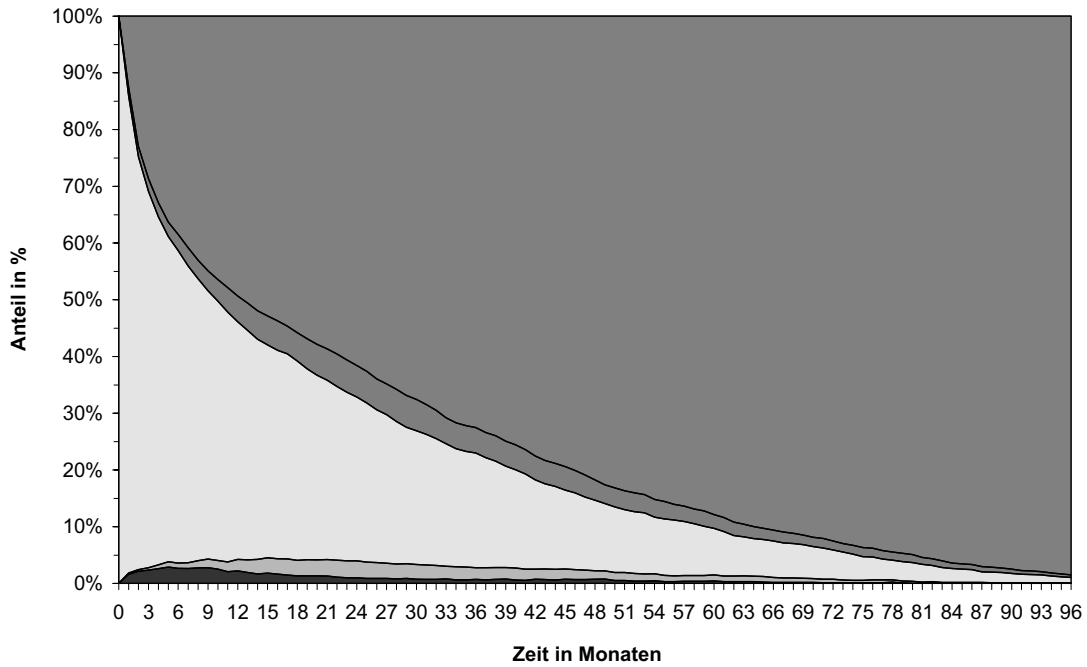


Quelle: Borchert/Rothgang 2008

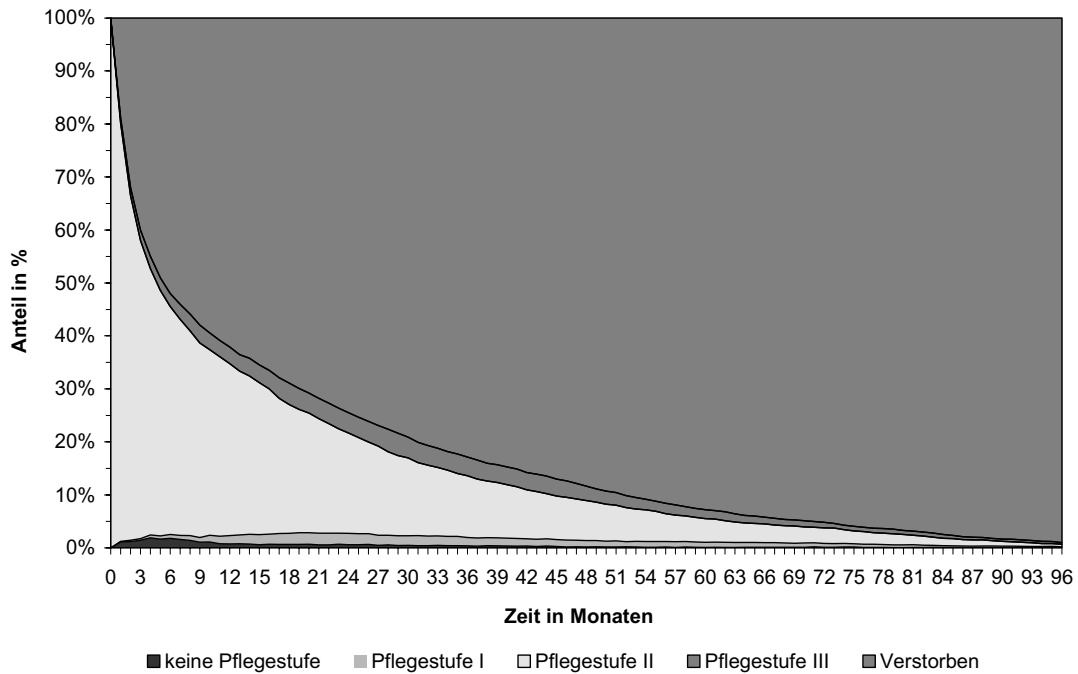
Abbildung 37

Pflegeverläufe nach Eintritt in die Pflegestufe II

Frauen



Männer

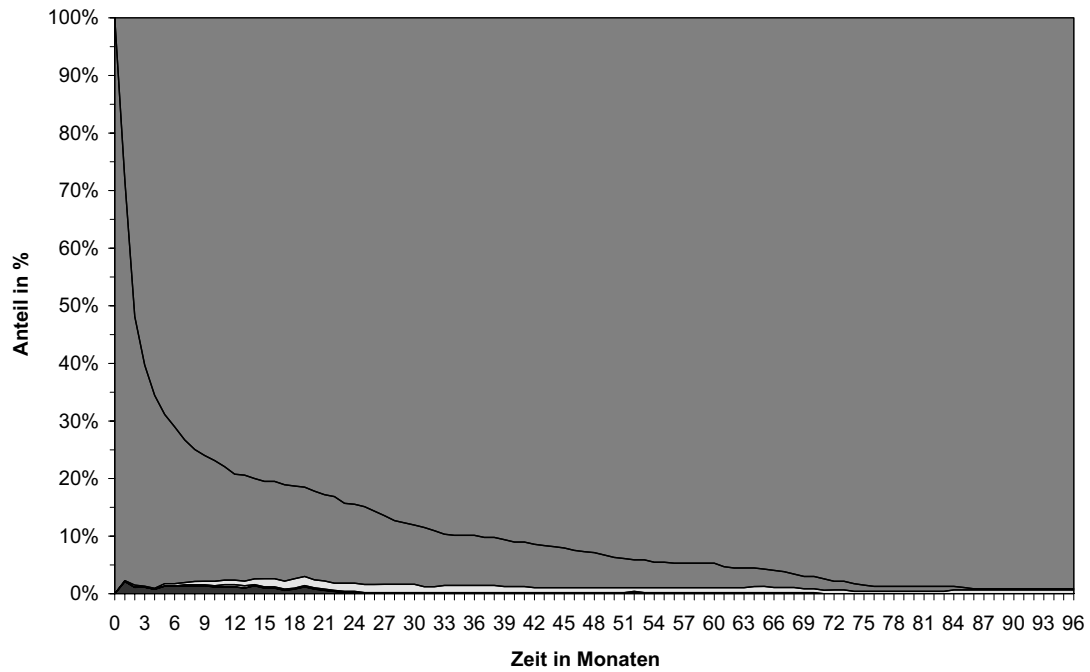


Quelle: Borchert/Rothgang 2008

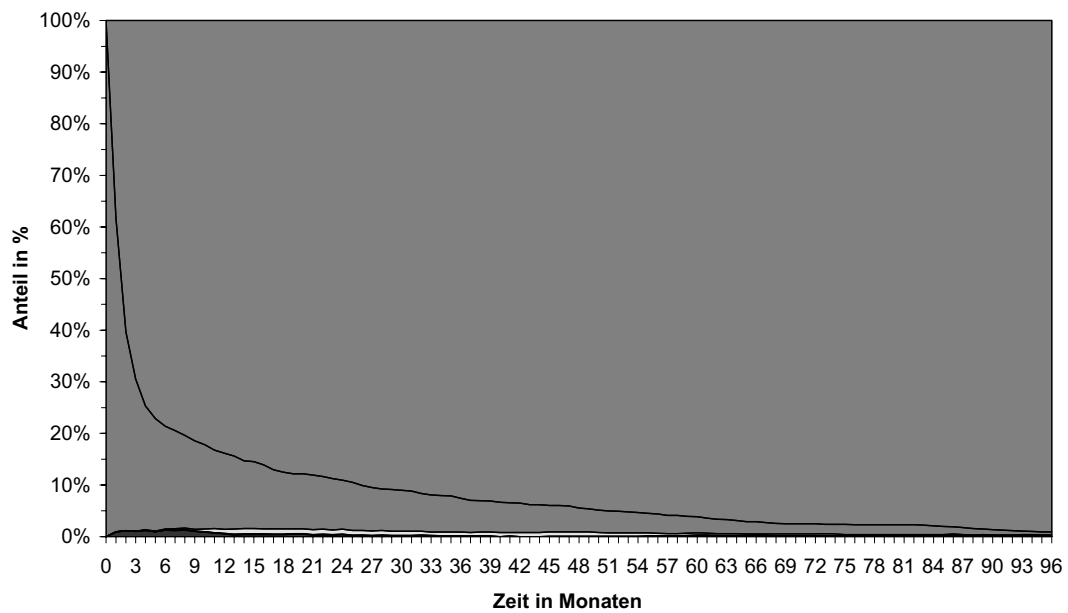
Abbildung 38

Pflegeverläufe nach Eintritt in die Pflegestufe III

Frauen



Männer



■ keine Pflegestufe □ Pflegestufe I □ Pflegestufe II ■ Pflegestufe III ■ Verstorben

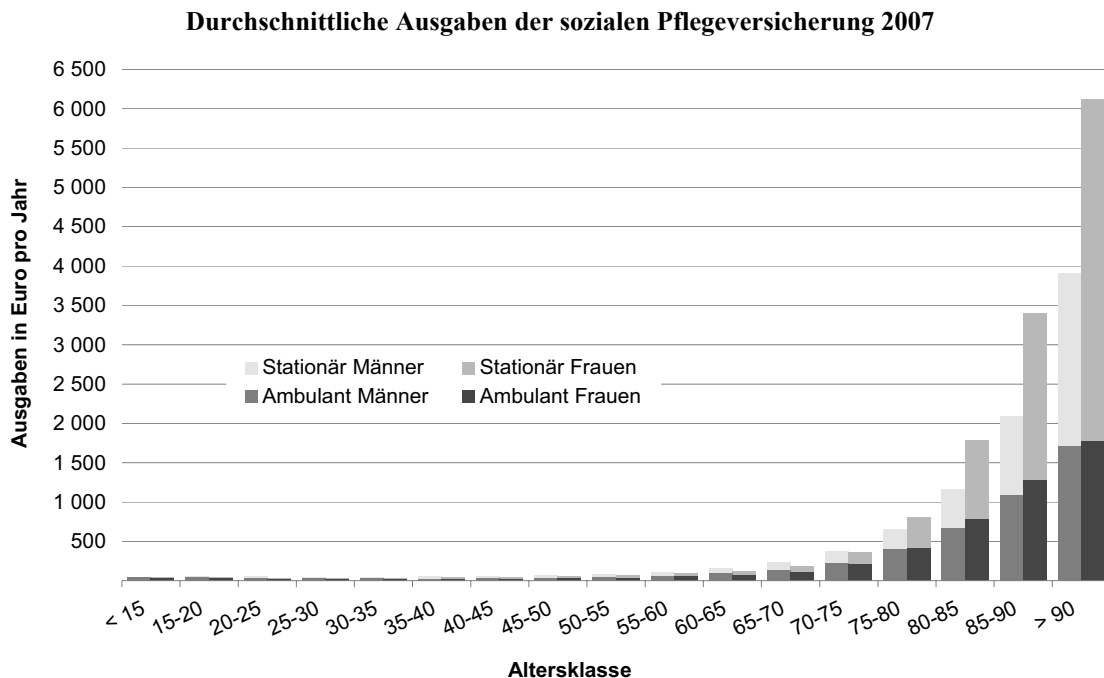
Quelle: Borchert/Rothgang 2008

5.3.3 Die künftige Entwicklung des Pflegebedarfs

626. Wie bereits in Kapitel 2 des Gutachtens ausgeführt, bildet die Bevölkerungsstruktur einen wichtigen Parameter für die aktuelle und zukünftige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. In der Pflegeversicherung trifft dies

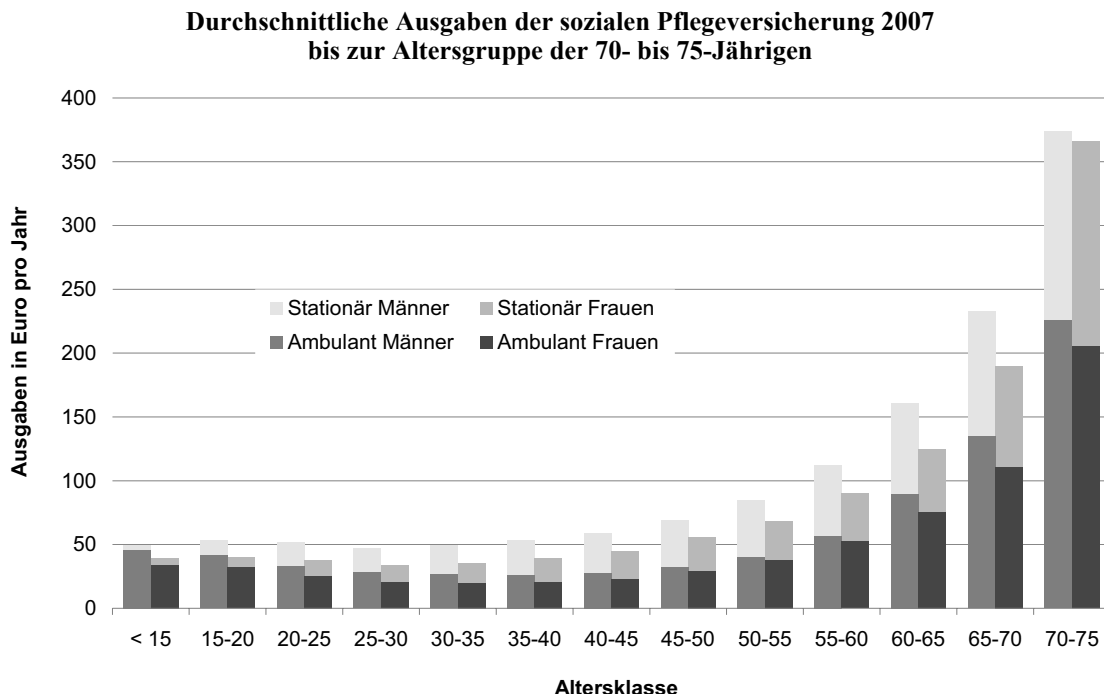
ebenfalls zu, allerdings zeichnen hier, wie Abbildung 39 und Abbildung 40 am Beispiel der sozialen Pflegeversicherung veranschaulichen, in erster Linie die Bevölkerungsteile oberhalb eines Alters von 60 Jahren für die Nachfrage nach Leistungen verantwortlich.

Abbildung 39



Quelle: BMG (2008a, b, c, d), eigene Darstellung, eigene Berechnung

Abbildung 40



Quelle: BMG (2008a, b, c, d), eigene Darstellung, eigene Berechnung

Dies bestätigt auch ein Blick auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (vgl. Abschnitt 5.3.2), definiert als Pflegefälle eines bestimmten Alters x je Bevölkerung im gleichen Alter x in Prozent.

5.3.3.1 Vorgehensweise bei der Prognose

627. Die folgende Darstellung greift auf Prävalenzraten aus dem Jahr 2007 zurück. Diese Daten ermöglichen eine Trennung nach Geschlechtern (2), Altersgruppen (19) und Leistungsarten (3). Die Ausrechnung der Prävalenzraten stützt sich analog zu den Daten der Pflegeversicherung auf dem Bevölkerungsstand vom 31. Dezember 2007. Die Projektion der Pflegefallzahlen legt die „mittlere Bevölkerung, Untergrenze“ der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung zugrunde, da dieses Szenario eine moderate Zunahme der Lebenserwartung und keinen allzu großen Wanderungssaldo unterstellt (s. auch Abschnitt 2.3.1).

Zur Ermittlung des künftigen Pflegebedarfs werden die ermittelten Prävalenzraten mit der Bevölkerungsprognose nach folgendem Muster verknüpft:

$$\sum_{g=m}^w \sum_{L=S}^G \sum_{k=I}^{III} \sum_{x=0}^{>90} p_{xkg}^L * B_{xg} = P$$

p: Prävalenz; g: m,w (Geschlecht); k: I, II, III (Pflegestufe); x: 0-5, ..., >90 (Altersgruppe); L: S, A, G (Leistungsart); B: bevölkerung, P: Pflegebedürftige

5.3.3.2 Ergebnisse der Vorausberechnung: Status-quo-Prognose des künftigen Pflegebedarfs

628. Die folgende Prognose unterstellt für die Zukunft eine konstante Pflegewahrscheinlichkeit über den gesamten Zeitraum. Diese Annahme lässt Verbesserungen des gesundheitlichen Zustandes, speziell der alten und hochbetagten Menschen unberücksichtigt und kann deshalb tendenziell als eine Obergrenze der Entwicklung des Pflegebedarfs gelten. So könnten z. B. Verhaltensänderungen,

neue Behandlungsmethoden, innovative Medikamente und Kombinationen dieser Faktoren die Pflegewahrscheinlichkeit absenken.

Anders stellt sich jedoch die Situation für die Struktur der Leistungserbringung dar, denn diese hängt nicht nur von der Entwicklung der Bevölkerung und des Gesundheitszustandes ab, sondern auch von gesellschaftlichen und sozialen Faktoren. Beispielsweise bedeutet der anhaltende Rückgang der Kinderzahlen, dass in Zukunft weit weniger potenzielle Familienmitglieder zur Verfügung stehen, um ihre Eltern im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu Hause zu pflegen. Daneben steigen für Frauen, welche heute noch die Hauptlast der Familienpflege tragen, die Opportunitätskosten durch die zunehmenden Chancen der Erwerbsbeteiligung. Von diesen Faktoren könnte ein Trend zur verstärkten Professionalisierung der Pflege ausgehen, was zu Verschiebungen innerhalb des Versorgungsmixes führen würde. Die folgenden Überlegungen sehen jedoch davon ab, Annahmen über solche Veränderungen der Rahmenbedingungen zu treffen. Daher stellt das Szenario eine numerische Abschätzung des Pflegebedarfs, aber keine Prognose der finanziellen Auswirkungen dar, die von der Nachfrage- und Angebotsseite auf die soziale Pflegeversicherung ausgehen können.

Die Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 verläuft über den ganzen Zeitraum hinweg ansteigend. Dabei nimmt das Wachstum ab dem Jahr 2035 nochmals zu, da die Baby-Boom-Generation ab diesem Jahr ein Alter erreicht, in dem die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit höher liegt. Die Gesamtfälle steigen von etwa 2,25 Millionen im Jahr 2007 auf 4,35 Millionen im Jahr 2050 an, das heißt, der Zuwachs beträgt etwa 94 %. Diese Zunahme entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von 1,55 %, was im Vergleich zum Zeitraum von 1999 bis 2007 mit einer jährlichen Wachstumsrate von 1,36 %¹⁴⁶ eine deutliche Steigerung darstellt.

¹⁴⁶ Pflegebedürftige 1999: 2 016 091 und 2007: 2 246 829, daraus folgt ein Wachstum von 11,44 % (GBE 2009).

Tabelle 69

Entwicklung der Pflegebedürftigen von 2007 bis 2050 Status Quo

	Jahr						
		2007	2010	2020	2030	2040	2050
Stationär	I	253 406	271 658	338 631	398 297	463 552	560 611
	II	299 936	322 253	406 074	486 763	564 635	692 329
	III*	150 089	160 471	198 673	236 185	270 045	327 472
	Gesamt	703 431	754 382	943 378	1 121 244	1 298 232	1 580 411
Ambulant (+Kombileistung)	I	264 527	283 539	349 859	400 680	474 479	555 259
	II	178 532	191 924	239 574	280 205	329 055	386 994
	III*	62 776	66 743	80 181	91 953	104 835	119 440
	Gesamt	505 835	542 207	669 614	772 838	908 368	1 061 693

noch Tabelle 69

	Jahr						
		2007	2010	2020	2030	2040	2050
Pflegegeld (ausschließlich)	I	638 846	673 720	783 476	867 742	989 567	1 080 311
	II	308 997	323 561	371 556	414 550	460 308	506 044
	III*	85 443	87 729	95 945	104 416	111 837	122 345
	Gesamt	1 033 286	1 085 010	1 250 977	1 386 709	1 561 712	1 708 700
Pflegefälle insgesamt		2 242 552	2 381 599	2 863 968	3 280 791	3 768 312	4 350 804
Wachstum zur Basis 2007 (in %)							
Stationär	I		7,20	33,63	57,18	82,93	121,23
	II		7,44	35,39	62,29	88,25	130,83
	III*)		6,92	32,37	57,36	79,92	118,19
	Gesamt		7,24	34,11	59,40	84,56	124,67
Ambulant (+Kombileistung)	I		7,19	32,26	51,47	79,37	109,91
	II		7,50	34,19	56,95	84,31	116,76
	III		6,32	27,73	46,48	67,00	90,26
	Gesamt		7,19	32,38	52,78	79,58	109,89
Pflegegeld (ausschließlich)	I		5,46	22,64	35,83	54,90	69,10
	II		4,71	20,25	34,16	48,97	63,77
	III		2,68	12,29	22,21	30,89	43,19
	Gesamt		5,01	21,07	34,20	51,14	65,37
Pflegefälle insgesamt			6,20	27,71	46,30	68,04	94,01

* Stufe III inklusive Härtefälle

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Es kommt somit auch ohne Berücksichtigung von gesellschaftlichen Entwicklungen zu einer leichten Verschiebung der Leistungen von Empfängern von Pflegegeld hin zu stationären Pflegefällen. Empfangen 2007 noch 46,1 % aller Pflegebedürftigen Pflegegeld, so reduziert

sich deren Anteil bis 2050 unter den getroffenen Annahmen auf 39,3 %. Gleichzeitig nimmt der Anteil der stationär Versorgten im selben Zeitraum von 31,4 % auf 36,3 % zu (Tabelle 70).

Tabelle 70

Entwicklung der Anteile der Leistungsarten nach SGB XI

	Stationär (%)	Ambulant (%)	Pflegegeld (%)	I (%)	II (%)	III (%)
2007	31,4	22,6	46,1	51,6	35,1	13,3
2010	31,7	22,8	45,6	51,6	35,2	13,2
2020	32,9	23,4	43,7	51,4	35,5	13,1
2030	34,2	23,6	42,3	50,8	36,0	13,2
2040	34,5	24,1	41,4	51,2	35,9	12,9
2050	36,3	24,4	39,3	50,5	36,4	13,1

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Diese Verschiebung geht darauf zurück, dass die höheren Altersgruppen bis 2050 ein höheres Wachstum verzeichnen, was bereits die Altenquotienten und die Unterstützungskoeffizienten widerspiegeln (s. Abschnitt 2.3.2). Je älter die Pflegefälle, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, stationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit lässt sich nur eine minimale Verschiebung feststellen. Pflegestufe II nimmt um etwa 1,3 Prozentpunkte an Gewicht zu, während Pflegestufe I 1,1 Prozentpunkte verliert.

629. Hinsichtlich der ökonomischen Folgen für die Pflegeversicherung bleibt festzustellen, dass die Ausgaben deutlich stärker zunehmen als die reinen Fallzahlen. Dies geht darauf zurück, dass stationäre Leistungen in allen Pflegestufen etwa um 800 Euro über den Pflegegeldleistungen liegen. Außerdem steigen die Beträge bei allen Leistungsarten mit der Pflegestufe deutlich an. Diese Ausgabensteigerungen fallen in Zukunft nicht nur nominal stärker aus als das Fallzahlenwachstum, sondern auch real durch das jüngste „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ aus dem Jahr 2008. Dieses Gesetz sieht in regelmäßigen Abständen von 3 Jahren eine Anpassung der Leistungen vor.

630. Die Zunahme der Pflegebedürftigen verläuft auch zwischen den Geschlechtern unterschiedlich. Das Wachstum der männlichen Pflegebedürftigen liegt mit 102,75 % deutlich über dem der weiblichen Pflegebedürftigen mit 89,81 %. Diese Entwicklung bremst das Wachstum der stationär versorgten Pflegefälle etwas ab, da die Wahrscheinlichkeit einer Versorgung in einem Pflegeheim bei Männern niedriger als bei Frauen liegt. Die unterschiedlichen Wachstumsraten lassen sich durch die getroffenen Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartungen erklären. Die Lebenserwartung der Männer nimmt bei der Basisannahme der Bevölkerungsvorausrechnung um 0,92 Jahre mehr als bei Frauen zu. Dadurch erreichen,

verglichen mit dem Basisjahr, mehr Männer ein Alter mit der entsprechend höheren Pflegeprävalenz als Frauen.

5.3.3.3 Prognose des Pflegebedarfs bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

631. Mögliche Verbesserungen der Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt ein alternatives Szenario. Die Kompressionsthese der Morbidität geht in ihrer relativen Variante davon aus, dass die Gesamtphase der in Krankheit bzw. Pflege verbrachten Jahre anteilig an der gesamten Lebenserwartung abnimmt (s. hierzu ausführlich Abschnitt 2.6.2). Hierzu werden die Prävalenzraten der Altersgruppen für beide Geschlechter entsprechend angepasst. Das bedeutet hier, dass im Jahr 2050 ein 70-jähriger Mann die gleiche Pflegewahrscheinlichkeit aufweist wie im Jahr 2007 ein 67-Jähriger.¹⁴⁷ Diese Verbesserung entspricht einer Verlängerung der gesunden Lebensphase um 2,5 Jahre. Dieser Prozess der Gesundheitsverbesserung vollzieht sich linear über den gesamten Zeitraum von 2007 bis 2050, wie in Abbildung 41 und Abbildung 42 dargestellt. Die Prävalenzraten der unter 40-Jährigen bleiben jedoch unverändert, da hier andere Aspekte die Pflegebedürftigkeit beeinflussen: Vor allem bei Kindern ist eine solche Verschiebung der Pflegewahrscheinlichkeiten nicht zu erwarten.

¹⁴⁷ Es gibt empirische Hinweise, die für die relative Morbiditätskompressionsthese sprechen, z. B. zeigen sich für Deutschland relativ hohe Werte der beschwerdefreien Lebenserwartung (RKI 2006; WHO 2004) oder für die USA auf Grundlage nationaler Surveys eine Kompression bei unterschiedlichen Schweregraden der Behinderung (Fries 2003). Die Daten zeigen ein Sinken der Behinderungen bei Personen über dem 65. Lebensjahr von 26 % im Jahr 1982 auf 19 % im Jahr 1999. Für Deutschland zeigte Dinkel (1999) bereits auf Basis von Kohortendaten des Mikrozensus, dass sich der Gesundheitszustand der deutschen älteren Bevölkerung verbessert hat. Der Anteil der gesunden Jahre zwischen dem 59. und 77. Altersjahr lag bei den 1907 geborenen noch bei 72 %, beim Jahrgang 1913 bereits bei 74 % und beim Jahrgang 1919 bei 77 %.

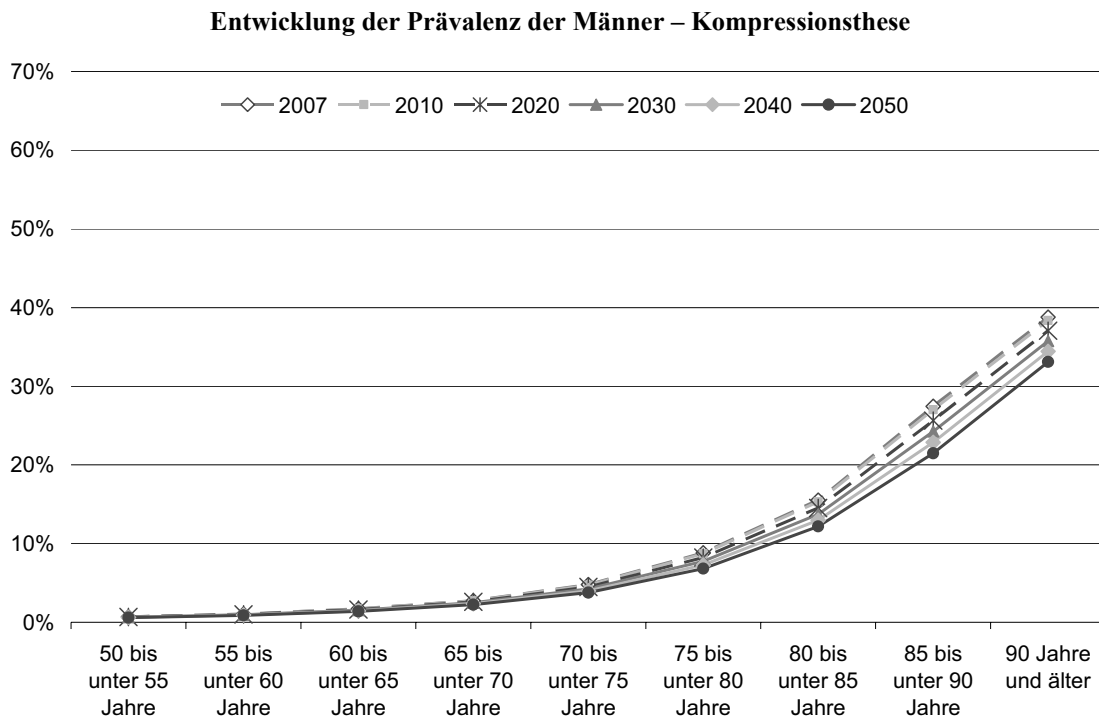
Tabelle 71

Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Geschlecht

	Männer		Frauen	
	Pflegebedürftige	Wachstum (%)	Pflegebedürftige	Wachstum (%)
2007	728 092		1 514 460	
2010	783 157	7,56	1 598 442	5,55
2020	984 709	35,25	1 879 259	24,09
2030	1 135 904	56,01	2 144 887	41,63
2040	1 314 381	80,52	2 453 931	62,03
2050	1 476 236	102,75	2 874 568	89,81

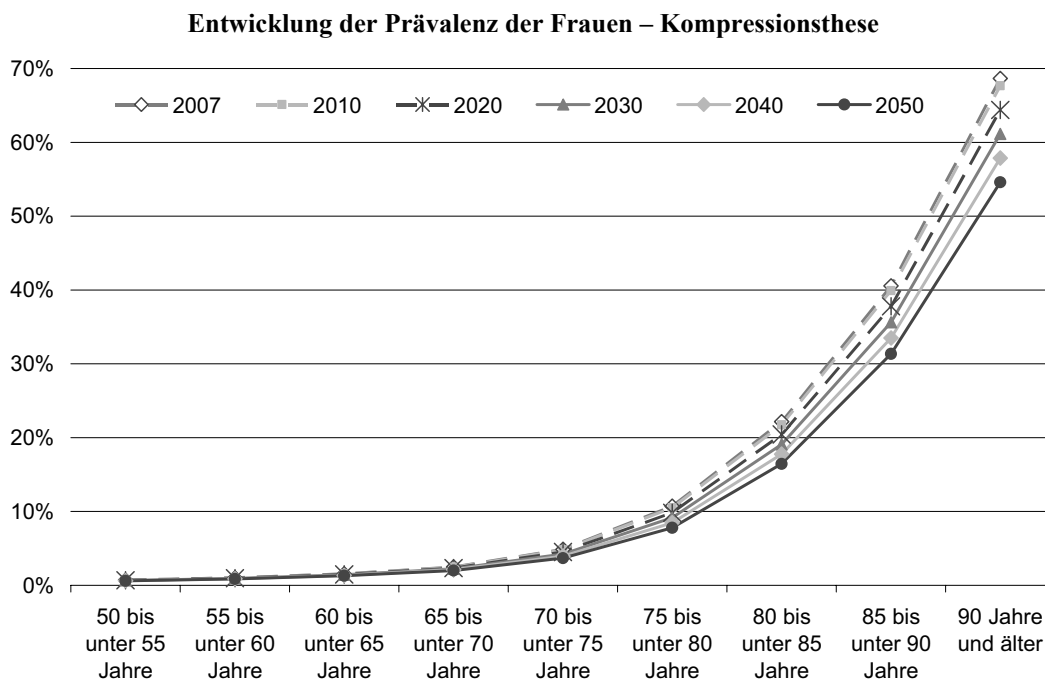
Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Abbildung 41



Quelle: GBE 2009, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Abbildung 42



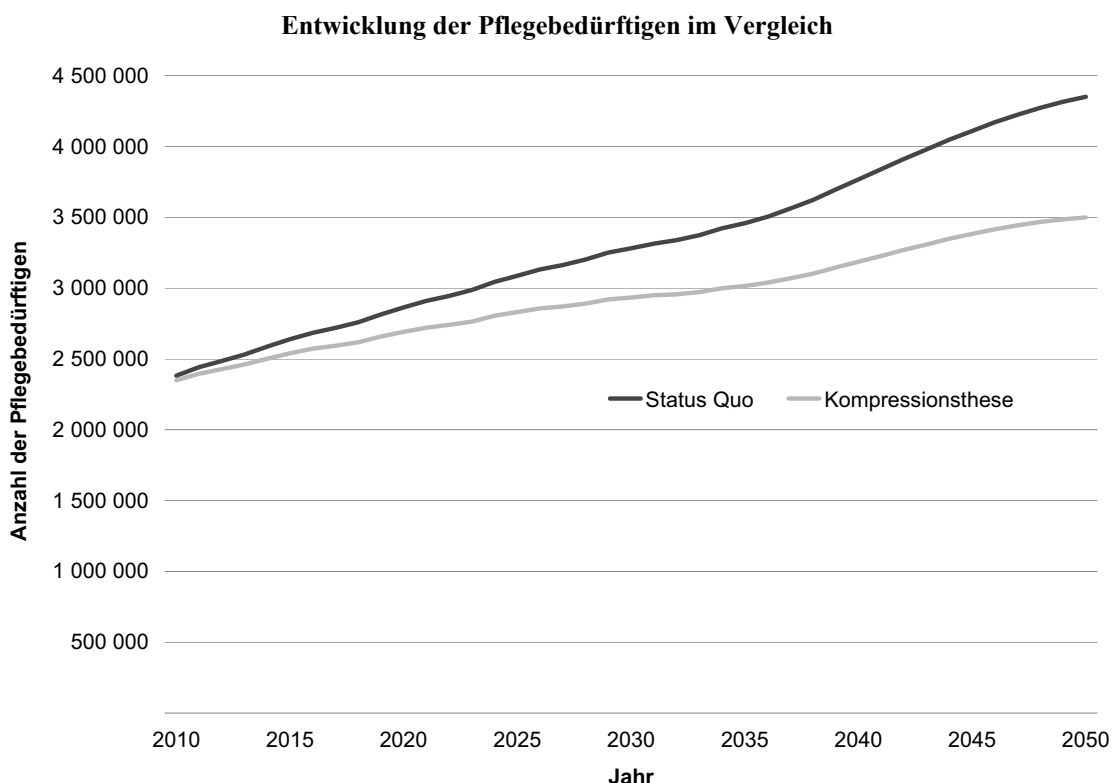
Quelle: GBE 2009, eigene Darstellung, eigene Berechnung

In diesem Szenario nehmen, wie auch Abbildung 43 zeigt, die Gesamtfälle deutlich schwächer als in der Status-quo-Prognose zu und erreichen im Jahr 2050 mit etwa 3,5 Millionen ihr Maximum. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 56 % bzw. einem jährlichen Wachstum von 1,04 % und liegt damit auch deutlich unter der Wachstumsrate der Jahre 1999 bis 2007. Dies spricht dafür, dass die auf Basis der Kompressionsthese prognostizierten Werte eine Untergrenze der künftigen Entwicklung abbilden.

632. Neben dem niedrigeren Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen fallen auch die Verschiebungen zwi-

schen den Leistungsarten geringer aus. Der Anteil der stationär Versorgten nimmt nur noch um 3,1 Prozentpunkte zu, während der Rückgang der Pflegegeldempfänger nur noch 4,6 Prozentpunkte beträgt. Der Zugewinn der Pflegestufe II verringert sich gegenüber der Status-quo-Prognose ebenfalls. Beides bewirkt eine etwas moderatere Zunahme des Pflegebedarfs, ohne jedoch dessen Ausgabewachstum zu stoppen. Auch in diesem Szenario liegt das Wachstum der männlichen Pflegebedürftigen mit 65,93 % deutlich über dem der weiblichen mit nur 51,27 % (Abbildung 41).

Abbildung 43



Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Tabelle 72

Entwicklung der Pflegebedürftigen von 2007 bis 2050 Kompressionsthese*

		Jahr				
		2010	2020	2030	2040	2050
Stationär	I	267 114	314 397	349 692	381 592	435 073
	II	316 616	375 665	423 341	459 710	528 588
	III*	157 854	184 629	206 551	221 721	251 966
	Gesamt	741 584	874 691	979 584	1 063 024	1 215 627
Ambulant (+Kombileistung)	I	279 113	326 699	355 951	396 569	443 628
	II	188 897	223 462	247 446	273 709	305 706
	III*	65 873	75 601	82 490	89 242	96 699
	Gesamt	533 882	625 762	685 887	759 520	846 033
Pflegegeld (ausschließlich)	I	665 909	744 228	792 507	862 259	910 244
	II	320 189	354 113	379 128	402 499	423 531
	III*	87 052	92 286	96 715	99 378	103 509
	Gesamt	1 073 150	1 190 627	1 268 350	1 364 136	1 437 283
Pflegefälle insgesamt		2 348 617	2 691 080	2 933 821	3 186 679	3 498 944
Wachstum zur Basis 2007 (in %)						
Stationär	I	5,41	24,07	38,00	50,59	71,69
	II	5,56	25,25	41,14	53,27	76,23
	III*	5,17	23,01	37,62	47,73	67,88
	Gesamt	5,42	24,35	39,26	51,12	72,81
Ambulant (+Kombileistung)	I	5,51	23,50	34,56	49,92	67,71
	II	5,81	25,17	38,60	53,31	71,23
	III*	4,93	20,43	31,40	42,16	54,04
	Gesamt	5,54	23,71	35,59	50,15	67,25
Pflegegeld (ausschließlich)	I	4,24	16,50	24,05	34,97	42,48
	II	3,62	14,60	22,70	30,26	37,07
	III*	1,88	8,01	13,19	16,31	21,14
	Gesamt	3,86	15,23	22,75	32,02	39,10
Pflegefälle insgesamt		4,73	20,00	30,83	42,10	56,03

* Stufe III inklusive Härtefälle

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Tabelle 73

Entwicklung der Anteile der Leistungsarten nach SGB XI

	Stationär (%)	Ambulant (%)	Pflegegeld (%)	I (%)	II (%)	III (%)
2007	31,4	22,6	46,1	51,6	35,1	13,3
2010	31,6	22,7	45,7	51,6	35,2	13,2
2020	32,5	23,3	44,2	51,5	35,4	13,1
2030	33,4	23,4	43,2	51,1	35,8	13,1
2040	33,4	23,8	42,8	51,5	35,6	12,9
2050	34,7	24,2	41,1	51,1	35,9	12,9

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Tabelle 74

Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Geschlecht

	Männer		Frauen	
	Pflegebedürftige	Wachstum (%)	Pflegebedürftige	Wachstum (%)
2007	728 092		1 514 460	
2010	773 502	6,24	1 575 115	4,01
2020	930 528	27,80	1 760 552	16,25
2030	1 026 010	40,92	1 907 811	25,97
2040	1 127 245	54,82	2 059 434	35,98
2050	1 208 087	65,93	2 290 857	51,27

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

5.3.3.4 Implikationen und Folgerungen der Prognosen des Pflegebedarfs

633. Die Prognosen verdeutlichen, dass der Pflegesektor auch in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Dieser Befund gilt unabhängig von Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, da hier potenzielle Verbesserungen das Wachstum zwar einschränken, aber nicht aufhalten können. Die künftige Entwicklung des Pflegebedarfs stellt die Gesundheitspolitik hinsichtlich einer flächendeckenden effizienten und effektiven Versorgung vor erhebliche Herausforderungen. Neben der absoluten Zunahme der Pflegebedürftigen und des Pflegebedarfs erzeugen die strukturellen Veränderungen innerhalb der Pflege und der Rückgang der Beitragszahler, welcher besonders deutlich in den Altenquotienten zutage tritt, einem steigenden Druck auf den Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung. Dies liegt vor allem daran, dass die Pflegebedürftigen des Jahres 2050 bereits

heute zum Großteil geboren sind. Es besteht lediglich eine gewisse Unsicherheit über die Entwicklung der Lebenserwartung dieser Personengruppe, aber wie bereits in Kapitel 2 des Gutachtens geschildert, unterschätzt die Periodenbetrachtung diese Komponente der demografischen Entwicklung um einige Jahre. Die hier präsentierten Ergebnisse dürften unter Berücksichtigung dieses Aspektes kaum zu hoch gegriffen sein. Im Rahmen unserer Prognose unterliegt die Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit der größten Unsicherheit, dem die Berücksichtigung des alternativen Szenarios mit Annahme der Morbiditätskompressionsthese Rechnung trägt.

634. Ein Überblick über alternative Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2050 zeigt, dass die in unserer Vorausberechnung ermittelten Werte mit den Größenordnungen vergleichbarer Schätzungen weitgehend übereinstimmen. Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Status quo-Prognosen zwar von 2,61 bis

3,36 Millionen Pflegebedürftigen, bezogen auf die aktuellen Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 bzw. 2007 verkürzt sich die Spanne aber auf 3,09 bis 3,36 Millionen, wobei die von uns prognostizierten 3,28 Millionen dazwischen liegen. Bei den Prognosen, die auf der Annahme der Morbiditätskompression aufbauen, gelangt das Statistische Bundesamt hier mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen nahezu zum gleichen Ergebnis wie unsere Prognose (2,93 Millionen) (Abbildung 42).

Für das Jahr 2050 weist unsere Status quo-Prognose mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen. Unter extremen Annahmen errechnet Dietz (2002) sogar über 5 Millionen Pflegebedürftige. Insgesamt gesehen kann auf der Basis dieser Prognose kein Zweifel bestehen, dass die Entwicklung der Pflegebedürftigen die Gesundheitspolitik künftig mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert.

Die vorangestellte Prognose bedarf einer Anpassung, falls sich die Bundesregierung nach der Bundestagswahl 2009 dazu entschließen sollte, die Empfehlungen aus dem am 26. Januar 2009 veröffentlichten Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG 2009) umzusetzen. Dieses Gutachten verfolgt die Absicht, den Begriff der Pflegebedürftigkeit zu verändern und so neben den rein verrichtungsbezogenen Aspekten auch andere zu erfassen. Zu dieser Erweiterung der Kriterien sollen die drei Pflegestufen durch fünf Bedarfsgrade ersetzt werden. Der Bericht zu den finanziellen Auswirkungen (s. Rothgang et al. 2008) legt offen, dass durch das neue Verfahren die Anzahl der Leistungsempfänger steigt. Diese Zunahme beträgt in der Untersuchung für das Jahr 2007 etwa 59 000 oder 3 % im Vergleich zum geltenden Recht. Dieser Anstieg verteilt sich allerdings nicht gleichmäßig auf den ambulanten und stationären Sektor. Während im ambulanten Bereich die Fallzahlen sogar um etwa 20 600 oder 1,6 % zurückgehen, nehmen die stationären Fallzahlen um etwa 79 600 oder 19,2 % zu (Tabelle 76).

Tabelle 75

Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen (in Millionen)

Prognose	Jahr	Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050
	Eigene Berechnung	SQ ¹		2,38	2,86	3,28	3,77
	KT ²	2,24 (2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Rothgang 2001	SQ	1,86 (2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	–
	KT	1,85 (2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	–
Statistisches Bundesamt 2008	SQ		2,40	2,91	3,36	–	–
	KT	2,13 (2005)	2,30	2,68	2,95	–	–
Rürup-Kommission 2003	SQ	1,90 (2002)	–	–	3,10	3,40	–
Blinkert/Klie 2001	SQ	1,81 (1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz 2002	SQ	1,82 (2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Ottndad 2003	SQ	2,01 (2002)	–	–	3,11	–	4,00
Häcker/Raffelhüschen 2006	SQ	1,93 (2004)	–	–	–	–	3,79
Häcker et al. 2005	SQ	1,97 (2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

¹ Status quo-Prognose; ² Prognose bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

Quelle: GBE 2009; Rothgang 2001; Statistisches Bundesamt 2008; Rürup-Kommission 2003; Blinkert/Klie 2001; Dietz 2002; Ottndad 2003; Häcker et al. 2005; Häcker/Raffelhüschen 2006, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Tabelle 76

Vergleich zwischen geltender Begutachtung und neuem Begutachtungsassessment

	Ambulanter Bereich		Stationärer Bereich		Insgesamt	
	Keine Leistungen	Leistungen	Keine Leistungen	Leistungen	Keine Leistungen	Leistungen
Geltende Begutachtung	528 038	1 296 471	178 906	667 817	706 944	1 964 288
Neues Begutachtungsassessment	548 662	1 275 847	99 326	747 395	647 988	2 023 242
Differenz	20 624	-20 624	-79 580	79 578	-58 956	58 954

Quelle: BMG 2009, eigene Darstellung

Diese Gewichtsverlagerung von ambulanten zu stationären Leistungen führt in der sozialen Pflegeversicherung zu einem Wachstum der Ausgaben. Im Falle einer Umsetzung dieser Reformoption würden die Fallzahlen in den hier berechneten Szenarien nochmals stärker steigen, da nun mehr Menschen eine Leistung innerhalb der Pflegeversicherung erhalten. Ob sich damit auch ein zusätzliches Ausgabenwachstum verbindet, hängt davon ab, ob und wie die Anpassung der Leistungen an die neuen Bedarfsgrade erfolgt.

5.4 Fazit und Empfehlungen

1. Aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts wird die Anzahl älterer und hochbetagter Patienten mit Mehrfacherkrankungen in allen Versorgungsbereichen zunehmen. Da die Multimorbidität mehr als die Summe einzelner Erkrankungen ist, kommen neben den Belastungen durch die Einzelerkrankungen Symptome wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung, Schmerzen und andere komplizierende Faktoren hinzu. Es entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen, die sich auf die Fähigkeit alter Menschen, den Alltag zu bewältigen, auswirken. Der Schwerpunkt der Behandlung muss daher bei diesen Patienten auf die Funktionsfähigkeit gelegt werden und nicht primär erkrankungsfokussiert sein.

2. Multimorbidität wirkt sich negativ auf die Lebensqualität, den subjektiven Gesundheitszustand und die körperlichen Funktionen aus. Das Risiko für weitere chronische Erkrankungen steigt. Folgen der Multimorbidität sind außerdem vermehrte Arztkontakte, häufigere und längere Krankenhausaufenthalte, eine steigende Zahl von Verordnungen mit der Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit.

3. Trotz der steigenden Bedeutung der Mehrfacherkrankungen (ca. zwei Drittel) der über 65-Jährigen haben mindestens zwei chronische Erkrankungen) liegen nur unzureichende Daten bezüglich der Besonderheiten der Betreuung dieser Patienten vor. Bereits bei der Definition und der Messung der Multimorbidität bestehen erhebliche

Unterschiede, die sich auf die erhobene Prävalenz auswirken. So werden in vielen Untersuchungen nur die Anzahl der Erkrankungen gezählt, die Schwere und die emergenten Syndrome, die vor allem im geriatrischen Bereich eine Rolle spielen, jedoch nicht beachtet. Auch bleibt die psychiatrische Komorbidität häufig unberücksichtigt, was schwerwiegende Folgen haben kann, da beispielsweise eine Depression ein sehr wichtiger Faktor bezüglich der Verschlechterung der Gesundheit der Patienten ist. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat frühere Empfehlungen des Sachverständigenrates aufgegriffen und in seinem Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ seit 2007 die Förderung von sechs großen Netzwerkprojekten mit Schwerpunkten in der Versorgung und Epidemiologie von Patienten mit Multimorbidität aufgenommen, sodass künftig detaillierte Studienergebnisse erwartet werden können.

4. Bereits 1994 hat sich der Sachverständigenrat für die Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien als systematisch entwickelte Handlungs- und Entscheidungskorridore für Patienten und Leistungserbringer eingesetzt. Obwohl seitdem positive Entwicklungen verzeichnet werden konnten, wie eine zunehmende Anzahl qualitativ hochwertiger Leitlinien im Sinne des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) und Strategien zur Implementierung von Leitlinien, gibt es nur sehr wenige Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. Dieses Fehlen wurde auch von den Delegierten des deutschen Ärztetages 2008 bemängelt und die Forderung erhoben, in Therapieempfehlungen und Leitlinien insbesondere ältere Patienten und solche mit Mehrfacherkrankungen stärker zu berücksichtigen.

5. Die Hauptursache für das bestehende Defizit ist die fehlende Evidenz. Viele randomisierte kontrollierte Studien schließen multimorbide Patienten aus. Gehbehinderte oder an Demenz erkrankte Patienten können keine Studienzentren aufsuchen. Außerdem belegen Untersuchungen, dass für wichtige Erkrankungen wie beispielsweise die Herzinsuffizienz die Einschlusskriterien nicht den klinischen Alltag widerspiegeln und somit pragmatisch angelegte Studien mit den nach Markteinführung ty-

pischen Konsumenten eines Medikaments fehlen. Große Defizite gibt es insbesondere auch im Bereich „generischer“, d. h. relativ diagnoseungebundener, Interventionen, die eine Aktivierung und Förderung des Selbstmanagements bzw. den Erhalt selbständiger Lebensführung in den Vordergrund stellen.

6. Darüber hinaus besteht ein grundsätzliches Problem darin, dass Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen anders strukturiert sein müssen als solche für einzelne Diagnosen. Sie müssen Behandlungsprioritäten setzen, an den Gesamtzustand des Patienten und seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung und individuelle Situation berücksichtigen. Sie helfen somit Entscheidungen zu treffen, nehmen diese dem Arzt aber bei der Komplexität der Situation keineswegs ab. Zusätzlich müssen sich Leitlinien auch auf die Betreuungsstruktur und den Versorgungsprozess fokussieren und konkrete Vereinbarungen an Schnittstellen beinhalten. Hierbei sollten die Entwicklung, Verbreitung und auch die Implementierung der medizinischen Leitlinien in Deutschland als Teil der Versorgung angesehen werden. Die Implementierung ist bis heute trotz einer weitgehenden Akzeptanz der Leitlinien bei den einzelnen Erkrankungen eine große Herausforderung geblieben.

7. Die Barrieren für die Implementierung sind vielfältig und beinhalten auch Vorbehalte der Leistungserbringer wie eine mögliche Begrenzung der Autonomie, eine Bevormundung und eine fehlende Praxisorientierung. Auch bei zukünftigen Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen muss dies berücksichtigt werden. Hilfe verspricht eine Kombination von Implementierungsstrategien (beispielsweise eine Verankerung in Aus-, Fort- und Weiterbildung und eine Einbeziehung der Zielgruppe und Rückmeldungen bezüglich der Anwendung zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln, kombiniert mit finanziellen Anreizen) und eine konsequente Evaluation mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Verbesserung. Da die Betreuung älterer multimorbider Patienten eine kontinuierliche, idealerweise sektorübergreifende Langzeitbetreuung durch ein Team und eine gute Koordination zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen und Versorgungsebenen erfordert, sind gemeinsame Ziele und ein strukturiertes Vorgehen entscheidend. Dies sollte die Implementierung der Leitlinien fördern.

8. Zusammenfassend wird für die Entwicklung von Leitlinien zur Versorgung bei Multimorbidität empfohlen, Studien zu initiieren, die eine Evidenz u. a. für häufige Krankheitskombinationen und Polypharmakotherapie sowie für die Priorisierung von Hauptrisiken und Gesundheitsproblemen liefern. Dabei sollte eine Patientenselektion möglichst vermieden bzw. transparent gemacht werden. Zusätzlich sollten sektorübergreifende Versorgungsverläufe und die Schnittstellen beschrieben werden sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Die Entwicklung und Aktualisierung dieser Leitlinien muss durch ein unabhängiges, multidisziplinäres Team erfolgen und adäquat finanziert werden. Bei der Implementierung der Leitlinien müssen unterschiedliche

Strategien angewandt werden, womit neben der Einbindung in Aus-, Fort- und Weiterbildung und in die Qualitätssicherung auch Strategien mit einer Rückmeldung und Beteiligung der Zielgruppe (wie in Qualitätszirkeln) sowie finanzielle Anreize gemeint sind. Eine Evaluation der Umsetzungen von Leitlinien ist dringlich zu fordern.

9. Alter ist eine der wichtigsten Determinanten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Während Kinder und jüngere Männer (0-39 Jahre) durchschnittlich zwischen 7,5 und 17,1 bzw. Frauen durchschnittlich zwischen 9,0 und 17,5mal jährlich je Altersgruppe Vertragsärzte aufsuchen, erhöht sich dieser Wert ab etwa dem 40. Lebensjahr stetig. Erwachsene im Alter von über 60 Jahren machen zwar nur etwa ein Viertel (26,7 %) aller gesetzlich Versicherten aus, auf sie entfallen aber 64 % des Verordnungsvolumens von Arzneimitteln (in DDD) bzw. 54 % des Umsatzes. Ältere Menschen erhalten jedoch Präparate mit durchschnittlich günstigeren Tagesdurchschnittskosten verordnet („bewährte“ Arzneimittel zur Behandlung chronischer Erkrankungen, die zumeist als kostengünstige Generika verfügbar sind), was den Unterschied zwischen Verordnungs- und Umsatzanteilen erklärt.

10. Die gleichzeitige Gabe von verschiedenen Arzneimitteln wird als Polypharmazie (*polypharmacy*) oder seltener als Polypragmasie bezeichnet. Nach Analysen der Arzneimittelverordnungen zu Lasten der GEK aus dem Jahr 2005 bekommen etwa 35 % der Männer und 40 % der Frauen über 65 Jahre neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie. Nach einer Studie der nationalen Pharmakovigilanzzentren entfielen 10,2 % der stationären Aufnahmen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen auf Digitalisglykosid-assoziierte Störwirkungen. Betroffen waren insbesondere ältere Frauen. Aus diesem Grund wird eine funktionsorientierte geriatrische Diagnostik (geriatrisches Basisassessment) empfohlen, um die vorhandenen Ressourcen im Hinblick auf eine Arzneitherapie sicher einschätzen zu können.

11. Bei älteren Menschen mit Demenz sind unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen von besonderer Bedeutung. Insbesondere die Verordnung von Neuroleptika bei Patienten mit Demenz ist äußerst kritisch zu beurteilen, da die Sterblichkeit bei der Anwendung dieser starken Beruhigungsmittel erhöht ist. In diesem Zusammenhang werden alle Neuroleptika genannt (z. B. Haloperidol, Olanzapin oder Risperidon). Eine Anwendung ist nur kurzfristig und nur dann vertretbar, wenn ansonsten nicht beherrschbare Gefährdungen des Patienten selbst oder seiner Umgebung auftreten könnten.

12. Bei älteren Patienten ist das Problem des Gebrauchs so genannter „unangebrachter Arzneimittel“ (im Englischen oft: *potentially inappropriate medications*, PIMs) besonders zu beachten. „Unangebracht“ bedeutet dabei, dass die Auswahl des Arzneistoffs generell oder aber die Dosierung bzw. die Dauer der Therapie nicht empfehlenswert sind, da die potenziellen Risiken einen potenziellen Nutzen überwiegen und es sichere Alternativen gibt oder die Therapie als nicht ausreichend effektiv gilt. Besondere Bedeutung erlangte im Zusammenhang mit unange-

brachtem Arzneimittelgebrauch bei älteren Patienten die von einer Gruppe amerikanischer Wissenschaftler um Mark Beers erstellte Beers-Liste. Die Adaption der „Beers-Liste“ für den deutschen Arzneimittelmarkt und deren Berücksichtigung in der Arzneimittelversorgung älterer Menschen bietet eine Möglichkeit, die Arzneimittelsicherheit bei älteren Menschen zu erhöhen. Die Erstellung und Implementierung einer solchen Liste ist daher dringend angeraten. Die Anwendungsergebnisse sollten z. B. mit Blick auf die Vermeidung von UAW-bedingten Krankenhausaufnahmen evaluiert werden, um den Nutzen einer solchen Intervention zeigen zu können.

13. Um die Therapiesicherheit bei älteren Menschen zu verbessern, sind randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zum Nachweis eines patientenrelevanten Nutzen unerlässlich. Daher ist die Forderung überfällig, dass Arzneimittel an den Patientenpopulationen geprüft werden müssen, die auch nach der Zulassung eines Arzneimittels vor allem mit diesen Mitteln behandelt werden. Bei Kindern ist in der Zwischenzeit seit dem Januar 2007 eine europäische Regelung in Kraft, die Zulassungsstudien bei Kindern fordert, wenn die jeweiligen Arzneimittel in der Pädiatrie als notwendig klassifiziert werden. Bei dem vom Umfang weit größeren Problem der adäquaten Arzneimittelversorgung für ältere Menschen steht eine solche verpflichtende Regelung nach wie vor aus.

14. Pflegebedürftigkeit ist in den Gesellschaften des langen Lebens zu einem weiteren bestimmenden Gesundheitsrisiko geworden. Der Zustand eines Menschen mit Pflegebedarf ist durch ein Höchstmaß körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität gekennzeichnet, die dazu führt, dass der Lebensalltag nur mit fremder Hilfe aufrechterhalten werden kann. Obgleich nicht übersehen werden darf, dass auch Kinder oder junge Erwachsene u. a. nach einem Unfall schwerstpflegebedürftig sein können, zeigen die altersspezifischen Pflegequoten, dass Pflegebedürftigkeit im Alter kumuliert. 82 % aller Pflegebedürftigen ist 65 Jahre alt oder älter. Jeder dritte Pflegebedürftige in Deutschland hat das 85. Lebensjahr bereits überschritten. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der deutschen Bevölkerung pflegebedürftig. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Pflegebedürftigkeit muss in Zukunft als spezifisches Gesundheitsrisiko von Frauen und Männern behandelt werden, die hochaltrig werden. Pflegebedürftigkeit ist eine Gesundheitslage, die im Vergleich zu anderen Erkrankungsrisiken komplexere Versorgungsanforderungen in medizinischen, pflegerischen, hauswirtschaftlichen, sozialen und weiteren Bereichen auslöst.

15. Derzeit sind 2,13 Millionen Bundesbürger pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Bislang liegt dem Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) ein somatisch verengter Pflegebegriff zugrunde, in dem Pflege auf Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungs- und Funktionseinbußen reduziert ist. Er benachteiligt Menschen mit anders gelagertem, etwa durch kognitive und soziale Funktionseinbußen verursachten Pflegebedarf – so vor allem demenziell und psychisch Erkrankte. Zu einer Erweiterung des verengten Pflegeverständnisses zu gelangen,

wurde daher seit langem gefordert. Ein vom BMG eingesetzter Beirat hat nunmehr – basierend auf einer Analyse unterschiedlicher Pflegebedürftigkeitsbegriffe Vorschläge für einen neuen Begriff und für ein neues Begutachtungsinstrument vorgelegt. Das neue Instrument vermeidet die Reduzierung von Pflegebedürftigkeit auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen. Es berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen: (1) Mobilität, (2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme, sich Kleiden, Körperpflege, Ausscheidungen), (5) Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und (7) soziale Kontakte, (8) außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung.

Als konstitutiv für Pflegebedürftigkeit gelten die ersten sechs Bereiche. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung hingegen werden als Hilfebedürftigkeit verstanden, da der daraus resultierende Bedarf primär nicht pflegerischen, sondern hauswirtschaftlichen oder sozialen Charakter hat.

Im Unterschied zum heutigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab für Pflegebedürftigkeit nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern die Selbständigkeit einer Person. Damit ist der tatsächliche Unterstützungsbedarf pflegebedürftiger besser abbildbar und eine Grundlage für eine angemessene Pflegeplanung geschaffen. Mit den vorgelegten Vorschlägen für einen neuen Pflegebegriff und einem neuen Begutachtungsinstrument dürfte es möglich sein, die Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgung deutlich zu verbessern. Der Rat empfiehlt, die Vorschläge des Beirats gesetzlich zu verankern und die Umsetzung zu initiieren.

16. Über die Determinanten, die letztendlich eine Pflegebedürftigkeit auslösen, ist heute noch wenig bekannt. Dieses Erkenntnisdefizit erschwert die Begründung eines Pflegebedarfs und führt dazu, dass im heutigen Bewertungsverfahren die pflegebegründende Diagnose oft einer Validität entbehrt. Psychische und Verhaltensstörungen stellen die häufigste pflegebegründende Diagnosehauptgruppe dar, wobei die Bedeutung mit Höhe der Pflegestufe deutlich ansteigt. Auch Krankheiten des Nervensystems und Neubildungen gewinnen mit steigender Pflegestufe als pflegebegründende Diagnose an Bedeutung, wobei sie bei Männern in allen Pflegestufen einen deutlich höheren Anteil aufweisen als bei Frauen. Bei Frauen hingegen kommen den Krankheiten des muskuloskelettalen Systems und des Bindegewebes, die besonders häufig in Pflegestufe I die pflegebegründende Diagnose darstellen, eine größere Bedeutung zu. Meist leiden ältere Menschen nicht nur unter einer, sondern mehreren chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Das Auftreten von Mehrfacherkrankungen stellt ein erhöhtes Risiko für funktionelle Einbußen dar. Diese verstärken sich in komplexer Weise und führen bei hochbetagten Menschen oft zu Pflegebedürftigkeit. Der Rat empfiehlt, interdisziplinär

linäre Forschungen zu den Ursachen des Auftretens einer Pflegebedürftigkeit auszubauen.

17. Die Lebenssituation eines pflegebedürftigen alten Menschen ist gekennzeichnet durch Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Ausziehen, der Toilettennutzung und der Nahrungsaufnahme. Abhängig von der Hilfe anderer sind Pflegebedürftige aber auch bei der Verrichtung instrumenteller Aktivitäten wie Einkaufen, Saubermachen, Mahlzeitenzubereitung und der Regelung finanzieller Angelegenheiten. Das Ausmaß funktioneller Einschränkungen zeigt sich noch deutlicher bei pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen. Hier haben 90 % der Bewohner Schwierigkeiten mit dem Duschen und Waschen, 50 % beim An- und Ausziehen, Wasser/Stuhl halten, selbständiger Toilettennutzung und im Zimmer umhergehen und 40 % können nicht mehr eigenständig essen und trinken. An diesen Charakteristika einer Pflegeabhängigkeit zeigt sich ebenfalls die besondere Komplexität der eingetretenen Versorgungssituation, die komplexer Antworten und integrierter Abläufe auf Seiten der versorgenden Institutionen bedarf.

18. Der Gesamtanteil von Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in Deutschland im Sinne des SGB XI hat sich in den letzten Jahren nur geringfügig erhöht. Interessant ist allerdings, dass sich die Pflegequote im Vergleich der einzelnen Bundesländer stark unterscheidet. Die höchste Pflegequote zeigt sich mit 3,06 % in Bremen und Sachsen-Anhalt, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 3,00 %. Die niedrigste Pflegequote weist Baden-Württemberg mit 2,10 % auf, gefolgt von Hamburg (2,38 %) und Rheinland-Pfalz (2,41 %). Auf kommunaler Ebene variiert die Pflegequote zwischen weniger als 1,60 % (Landkreise Böblingen und Tübingen in Baden-Württemberg sowie Erding und Freising in Bayern) bis hin zu mehr als 4,00 % (Landkreis Osterode in Niedersachsen, Werra-Meißner-Kreis in Hessen, kreisfreie Städte Passau und Hof in Bayern). Für die Sozial- und Pflegeplanung geben diese Zahlen in Verbindung mit Angaben zu den Entwicklungen der über 75-Jährigen an der Bevölkerung den kommunal Verantwortlichen deutliche Hinweise auf die zu erwartenden Anforderungen und Bedarfslagen. Der Rat empfiehlt eine stärkere Verantwortungsübernahme der Kommunen für die Absicherung einer bedarfsdeckenden Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter und eine vorausschauende kommunale Planung eines Versorgungsmixes sowie eine zugehende Unterstützung und Beratung für ältere und alte Anwohner.

19. Von den 2,13 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland sind mit 1,07 Millionen über die Hälfte in Pflegestufe I eingruppiert. Pflegestufe II liegt bei 768 093 und Pflegestufe III bei 280 693 Personen vor. Mit steigendem Lebensalter steigt bei Frauen der Anteil in den Pflegestufen II und III. Bei Männern bleibt die Verteilung im Altersgang eher konstant.

Je höher die Pflegestufe, desto kürzer ist die Überlebensdauer der Betroffenen, und trotzdem zeigt sich, dass Pflegebedürftigkeit ein oft lang andauernder Zustand ist, denn im Median liegt die Überlebensdauer der Frauen, die eine

Pflegestufe I haben, bereits bei 39 Monaten und bei den so eingestuften Männern bei 25 Monaten. Auch wenn die durchschnittliche Überlebenszeit eines Pflegebedürftigen mit einer Stufe III auf 2 Monate sinkt, kann nicht übersehen werden, dass immer noch 10 % der Männer 25 Monate und der Frauen mit diesem Pflegebedarf sogar noch 29 Monate leben. Frauen haben im Vergleich zu Männern eine generell längere Überlebensdauer bei Pflegebedürftigkeit. Für die Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens heißt das zum einen, der geschlechtsspezifischen Versorgungssituation im Alter Rechnung zu tragen und zum anderen die lang dauernde Versorgung von Pflegebedürftigkeit im Alter als ein wesentliches Versorgungsziel zu implementieren. Das bedeutet aber auch, die Frage danach zu stellen, was den altersgewandelten Gesellschaften eine gute Pflege wert ist und im Dialog mit den Betroffenen die Prämissen einer guten Pflege zu erarbeiten, einschließlich der Themen Palliativpflege und würdevolles Sterben. Der Rat empfiehlt allen Verantwortlichen im deutschen Gesundheitswesen, Möglichkeiten für solche Auseinandersetzungen bereitzustellen, die Verantwortung hierbei nicht den Ärzten oder der Pflege allein zu überlassen und eine offene Diskussion u. a. zu Patientenverfügungen, Patientenrechten oder Sterbebegleitung zu unterstützen. Dies unter anderem auch deswegen, weil glaubhaften Modellrechnungen zufolge die Zahl der Personen, die in Zukunft mit einer Pflegebedürftigkeit leben müssen, erheblich zunimmt.

20. Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland verdeutlichen, dass der Pflegesektor auch in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Dieser Befund gilt unabhängig von Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, da potenzielle Verbesserungen das Wachstum zwar einschränken, aber nicht aufhalten können.

Ein Überblick über alternative Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2050 zeigt, dass die vom Sachverständigenrat ermittelten Werte mit den Größenordnungen vergleichbarer Schätzungen weitgehend übereinstimmen. Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Status quo-Prognosen zwar von 2,61 bis 3,36 Millionen Pflegebedürftigen, bezogen auf die aktuelleren Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 bzw. 2007 verkürzt sich die Spanne aber auf 3,09 bis 3,36 Millionen, wobei die vom Rat prognostizierten 3,28 Millionen dazwischen liegen. Bei den Prognosen, die auf der Annahme der Morbiditätskompression aufbauen, gelangt das Statistische Bundesamt mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen nahezu zum gleichen Ergebnis wie die Ratsprognose (2,93 Millionen).

Für das Jahr 2050 weist die Status quo-Prognose des Rates mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen.

Derzeitige Prognosen bedürfen einer Anpassung, wenn die Empfehlungen aus dem am 26. Januar 2009 veröffentlichten Gutachten des Beirates zur Überprüfung des Pflege-

gebedürftigkeitsbegriffs umgesetzt werden und der Begriff der Pflegebedürftigkeit eine Erweiterung erfährt. Insgesamt gesehen kann auf der Basis der Prognosen kein Zweifel bestehen, dass die Entwicklung der Pflegebedürftigen die Gesundheitspolitik künftig mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert.

5.5 Literatur

Anderson, G. und Horvath, J. (2004): The growing burden of chronic disease in America. Public Health Reports 119: 263–270.

Antes, G. (2008): Es ist Wissensmarkt und keiner geht hin. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 31.12. 2008.

Aparasu, R. R. und Mort, J. R. (2000): Inappropriate prescribing for the elderly: beers criteria-based review. The Annals of Pharmacotherapy 34(3): 338-346.

arznei-telegramm (2008): Demenz: Sterblichkeit unter allen Neuroleptika erhöht. 39: 80.

Atlas, J. S., Grant, R. W., Ferris, T. G., Chang, Y. und Barry, M.J. (2009): Patient-physician connectedness and quality of primary care. Annals of Internal Medicine (150): 325-335.

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) (2005): Leitlinien-Clearingbericht „Demenz“, Niebül.

Baethe, C. (2008): S3-Leitlinien im Deutschen Ärzteblatt. Deutsches Ärzteblatt 105(24): 423.

Barker, K. N., Flynn, E. A., Pepper, G. A., Bates, D. W. und Mikeal, R. L. (2002): Medication errors observed in 36 health care facilities. Archives of Internal Medicine 162: 1897-1903.

Beckett, N. S., Peters, R., Fetcher, A. E., Staessen, J. A., Liu, L., Dumitrascu, D., Stoyanovsky, V., Antikainen R. L., Nikitin, Y., Anderson, C., Belhani, A., Forette, F., Rajkumar, C., Thijs, L., Banya, W. und Bulpitt, C.J. (for the HYVET Study Group) (2008): Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. The New England Journal of Medicine 358: 1887-1897.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2005): Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Empfehlungen der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“ der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Beyer, M., Otterbach, I., Erler, A., Muth, C. Gensichen, J. und Gerlach, F.M. (2007): Multimorbidität in der Allgemeinpraxis Teil I: Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83: 310-315.

Bischkopf, J., Busse, A. und Angermeyer, M.C. (2002): Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. Acta psychiatrica Scandinavica 106: 403-414.

Bitzer E. M., Grobe T. G., Neusser S., Dörning H. und Schwartz, F.W. (2008): GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2008, St. Augustin.

Bjerrum, L., Sogaard, J., Hallas, J. und Kragstrup, J., (1998): Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimes. European Journal of Clinical Pharmacology 54: 197-202.

Blinkert, B. und Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differenzierten Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050 (Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages), März.

Block, B. (2007): Innere Medizin – Leitlinien 2007/2008, Stuttgart/New York.

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2008): Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter“, www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1958.php (Stand 24.06.2009).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (26. Januar 2009), Bonn.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008a): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, 1995 bis 2007, Berlin.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008b): Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2007, Frauen, Berlin.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008c): Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2007, Männer, Berlin.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008d): Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Pflegestufen am 1.7.2007, Berlin.

Bodenheimer, T. (2007): Coordinating care: a major (unreimbursed) task of primary care. Annals of Internal Medicine (147): 730-731.

Borchelt, M. (2005): Wichtige Aspekte der der Pharmakotherapie beim geriatrischen Patienten. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (5): 593-598.

Borchelt, M., Hatzopoulos, K., Lüttje, D., Nemitz, G., Pientka, L., Wrobel, N. (2005): Kodierleitfaden Geriatrie 2005, Hannover (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.).

Borchert, L. und Rothgang, H. (2008): Pflegeverläufe in Deutschland Ergebnisse einer Längsschnittstudie der Jahre 1998 bis 2006, in: Schäffer, D., Behrens, J. und Görres, S. (Hrsg.): Optimierung, Kompetenzerweiterung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung, Weinheim: 268-289.

Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L. und Wu, A. W. (2005): Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid

- diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 294(6): 716–724.
- Bramlage, P., Siepmann, M. und Kirch, W. (2004): Arzneimittelinteraktionen im Alter. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 129(16): 895–900.
- Braspenning, J., Burgers, J., Casparie, T., van Everdingen, J., Grol, R. und Hulscher, M. (2001): *Implementatie 2 ed.* Maarssen (Elsevier gezondheidszorg).
- Brown, A.F., Mangione, C. M., Saliba, D. und Arkisian, C. A. (2003): Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society* 51 (Suppl. 5): 265–280.
- Büscher, A. und Wingenfeld, K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Kuhlmeier, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit*, Bern.
- Byles, J. E., D’Este, C., Parkinson, L., O’Connell, R. und Treloar, C. (2005): Singel index of multimorbidity did not predict multiple outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology* 56: 997–1005.
- Cabana, M. D., Darer, J., Boult, C., Fried, L. P., Boult, L. und Wu, A. W. (1999): Why don’t physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 282: 1358–1465.
- Chaberny, I. F., Schwab, F., Cohrs, A., Behnke, M. und Gastmeier, P. (2008): Infection control practices associated with MRSA rates of 116 German hospitals. *International Journal of Medical Microbiology* 228 (Suppl.2): 34.
- Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D. und Durieux, P. (2000): Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *The International Journal for Quality in Health Care* 12: 133–142.
- Cumming, R. und Le Couteur, D.G. (2003): Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS Drugs* 7(11): 825–837.
- Davies, E. C., Green, C. F., Taylor, S., Williamson, P. R., Mottram, D. R. und Pirmohamed, M. (2009): Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. *PLoS ONE* 4(2): e4439.
- Davis, B. R., Piller, L. B., Cutler, J. A., Furberg, C., Dunn, K. und Franklin, S. (2006): Role of diuretics in the prevention of heart failure: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. *Circulation* 113: 2201–2210.
- De Groot, V., Beckerman, H., Lankhorst, G. J. und Bouter, L. M. (2003): How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology* 56: 221–229.
- DEGAM (Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2008): DEGAM-Leitlinie Nr. 12 – Demenz, www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/053-021.pdf (Stand 20.03.2009).
- DELBI (Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung) 2005/2006, www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi (Stand 14.05.2009).
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2008): Therapie neurodegenerativer Demenzen (AWMF-Leitlinien-Register: Nr. 030/106), www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/030-106.htm (Stand 20.03.2009).
- Dietz, B. (2002): Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform, Wiesbaden.
- Dinkel, R. (1999): Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten, in: Häfner, H. (Hrsg.): *Gesundheit unser höchstes Gut*, Heidelberg: 61–82.
- Durso, S. C. (2006): Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status. *JAMA* 295: 1935–1940.
- DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (2007): *Report Altersdaten: Alter und Pflege*. Berlin.
- Eagle, K. A., Lee, T. H., Brennan, T. A., Krumholz, H. M. und Weingarten, S. (1997): Task Force 2: Guideline Implementation. *The Journal of the American College of Cardiology* 29: 1141–1148.
- Endres, H. G., Dasch, B., Lungenhausen, M., Maier, C., Smektala, R., Trampisch, H.J. und Pientka, L. (2006): Patients with femoral or distal forearm fracture in Germany: a prospective observational study on health care situation and outcome. *BMC Public Health* 6: 87.
- Estacio, R. O., Jeffers, B. W., Hiatt, W. R., Biggerstaff, S. L., Gifford, N. und Schrier, R. W. (1998): The effect of nisoldipine as compared with enalapril on cardiovascular outcomes in patients with noninsulin dependent diabetes and hypertension. *The New England Journal of Medicine* 338: 645–652.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P.R., Rimmer, E. und Sczufca, M. für Alzheimer’s Disease International (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 366 (9503): 2112–2117.
- Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., Schroll, M., Onder, G., Sørbye, L. W., Wagner, C., Reissigová, J., Bernabei, R. und AdHOC Project Research Group (2005): Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 293(11): 1348–1358.
- Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., Maclean, J. R. und Beers, M. H. (2003): Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Archives of Internal Medicine* 163(22): 2716–2724.

- Field, M. J. und Lohr, K. N. (1992): Clinical practice guidelines. Directions for a new program, Washington D. C. (Institute of Medicine).
- Flintrop, J., Gerst, T. und Stüwe, H. (2008): Der kranke Mensch muss im Mittelpunkt stehen (Interview mit Prof. Dr. J.-D. Hoppe). *Deutsches Ärzteblatt* 105: 926–929.
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, L. A. und Maltais, D. (2004): Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 51: 1–12.
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudson, C. und Vanasse, A. (2005): A Multimorbidity is common to family practice. Is it commonly researched? *Canadian Family Physician* 51: 244–245.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lopointe, L., Almirall, J., Dubois, M.-F. und Vanasse, A. (2006a): Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Life Research* 15: 83–92.
- Fortin, M., Dionne, J., Pinho, G., Gignac, J., Almirall, J. und Lapointe, L. (2006b): Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Annals of Family Medicine* 4: 104–108.
- Fries, J. F. (2003): Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. *Annals of Internal Medicine* (139): 445–459.
- Gallagher, P. und O'Mahony, D. (2008): STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing* 37(6): 673–679.
- Gallagher, P., Barry, P. und O'Mahony, D. (2007): Inappropriate prescribing in the elderly. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 32(2): 113–121.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Szecsenyi, J. und Fischer, G. C. (1998): Leitlinien in Klinik und Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 95: 1014–1021.
- GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2009): Pflegebedürftige (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Empfang von ambulanter/stationärer Pflege oder Pflegegeld, Bonn.
- Gijzen, R., Hoeymans, N., Schellevis, F.G., Rowaard, D., Satariano, W. A. und van den Bos, G. A. (2001): Causes and consequences of comorbidity: A review. *Journal of Clinical Epidemiology* 54(7): 661–674.
- Gilberg, R (1999): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, Berlin (Max-Planck-Institut für Bildungsforschung).
- Glaeske, G. und Janhsen, K. (2006): GEK-Arzneimittelreport 2006, St. Augustin.
- Glaeske, G., Schick Tanz, C. und Janhsen, K. (2008): GEK-Arzneimittelreport 2008, St. Augustin.
- Greco, P. J. und Eisenberg, J. M. (1993): Changing physicians' practices. *The New England Journal of Medicine* 329: 1271–1274.
- Grimshaw, J. M. und Russell, I. T. (1993): Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 342: 1317–1322.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsa, C. R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M. P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R. und Donaldson, C. (2004): Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol. Assess.* 8: 1–72.
- Grobe, T. G., Dörning, H. und Schwartz, F. W. (2008): GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2008 (Gmünder ErsatzKasse), St. Augustin.
- Guyatt, G. H., Sinclair, J. C., Hayward, R., Cook, D. J. und Cook, R. J. (1995): Method for grading health care recommendations. *JAMA* 274: 1800–1804.
- Häcker, J. und Raffelhüschen, B. (2006): Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“, Freiburg (Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Diskussionsbeiträge, Nr. 11).
- Häcker, J., Höfer, M. A. und Raffelhüschen, B. (2005): Reformkonzepte der Gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand, Köln (Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft).
- Hansson, L., Zanchetti, A., Carruthers, S. G., Dahlöf, B., Elmfeldt, D., Julius, S., Ménard, J., Rahn, K. H., Wedel, H. und Westerling, S. (1998): Effects of intensive blood pressure lowering and low dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 351: 1755–1762.
- Harder, S (2008): Problematische Arzneimittel bei älteren Menschen. www.gaa-arzneiforschung.de/e353/e382/e2057/infoboxContent2058/GAA_Workshop_Bericht_ger.pdf (Stand 19.03.2009).
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., Gawande, A. A. und Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009): A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine* 360(5): 491–499.
- Herings, R. M., Stricker, B. H., de Boer, A., Bakker, A. und Sturmans, F. (1995): Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. *Archives of Internal Medicine* 155(16): 1801–1807.
- Herrlinger, C. und Klotz, U. (2001): Drug metabolism and drug interactions in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 15(6): 897–918.

- Hessel, A., Gunzelmann, T., Geyer, M. und Brähler, E. (2000): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 89-99.
- Hiemke, C., Dragicevic, A., Sachse, J. und Härtter, S. (2003): Wechselwirkungen bei der Psychopharmakotherapie. *Arzneimitteltherapie* 21: 331–335.
- Hippius, M. und Hegenbart, U. (2005): Drug-induced gastrointestinal disorders in surgical patients admitted to the University Hospital Jena, Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 43: 406–410.
- Hoffmann, F. und Glaeske, G. (2006): Neugebrauch von Benzodiazepinen und das Risiko einer proximaler Femurfrakturen. Eine Case-crossover Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39(2): 143–148.
- Hoffmann, F., Glaeske, G. und Scharffetter, W. (2006): Zunehmender Hypnotikagebrauch auf Privatrezepten in Deutschland. *Sucht* 52(6): 360–366.
- Hoffmann, F., Scharffetter, W. und Glaeske, G. (2009): Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007. *Nervenarzt* (vom 25. Januar 2009), [Epub ahead of print].
- Jano, E. und Aparasu, R. R. (2007): Healthcare outcomes associated with beers' criteria: a systematic review. *The Annals of Pharmacotherapy* 41(3): 438–447.
- Kemper, C., Koller, D. und Glaeske, G. (2008): GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2008, St. Augustin.
- Knopf, H. und Melchert, H. U. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland, Berlin (Robert-Koch Institut).
- Knottnerus, J. A., Metsemakers, J., Höppener, P. und Limonard, C. (1992): Chronic illness in the community and the concept of "social prevalence". *Fam. Pract.* 9: 15–21.
- Kohler, M. und Ziese, T. (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen, Berlin (Robert Koch-Institut).
- Kühl, K.-P. und Hellweg, R. (2004): Demenzen – Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze, in: Demenz als Versorgungsproblem (Jahrbuch für Kritische Medizin, 40): 9–21.
- Kühlein, T., Laux, G., Gutscher, A. und Szecsenyi, J. (2008): Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis. Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis, München.
- Kuhlmeiy, A. (2009): Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter, in: Schaeffer, D. (Hrsg.), Bewältigung chronischer Krankheit im Lebensverlauf, Bern.
- Kuhlmeiy, A., Winter, M.-J., Maaz, A., Hofmann, W., Nordheim, J. und Borchert, C. (2003): Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – Ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36: 233–240.
- Laux, G., Kuehlein, T., Rosemann, T. und Szecsenyi, J. (2008): Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Services Research* 8: 14–21.
- Lederbogen, F., Deutschle, M. für die Kora-Studien-Gruppe (2005): Dysfunktion des Hypothalamus Hypophysen Nebennierenrinden Systems-Hintergrundvariable relevanter kardiovaskulärer Risikofaktoren? Beschreibung eines kooperativen Projektes. *Gesundheitswesen* 67 (Suppl. 1): 94–97.
- Leipzig, R. M., Cumming, R. G. und Tinetti, M. E. (1999): Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *Journal of the American Geriatrics Society* 47(1): 30–39.
- Librero, J., Peiro, S. und Ordinana, R. (1999): Chronic comorbidity and out-comes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52: 171-179.
- Linde, K., Allais, G., Brinkhaus, B., Manheimer, E., Vickers, A. und White, A. R. (2009): Acupuncture for migraine prophylaxes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1, Art. No.: CD001218.DOI: 10.1002/14651858.CD001218.pub2.
- Lindeman, R.D., Tobin, J. und Shock, N.W. (1985): Longitudinal studies on the rate of decline in renal function with age. *Journal of the American Geriatrics Society* 33(4): 278–285.
- Lorig, K. R. und Holman, H. (2003): Self-management education: history, definition, outcome and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 26(1): 1–7.
- Lu, Z. L., Neuse, J., Madigan, S. und Doshier, B. A. (2005): Fast decay of iconic memory in observers with mild cognitive impairments. *Proceedings of the National Academy of Science*, 10: 1797–1802.
- Madhusoodanan, S. und Bogunovic, O. J. (2004): Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opinion on Drug Safety* 3(5): 485–493.
- Marengoni, A., Rizzuto, D., Wang, H.X., Winblad, B. und Fratiglioni, L. (2009): Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(2): 225–230.
- Masoudi, F. A., Havranek, E. P., Wolfe, P., Gross, C. P., Rathore, S. S., Steiner, J. F., Ordin, D. L. und Krumholz, H.M. (2003): Most hospitalized older persons do not meet the enrolment criteria for clinical trials in heart failure. *American Heart Journal* 146: 250–257.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2006): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege, Essen.

- Miller, M. (1999): Altern und Wassermetabolismus bei Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(Suppl. 1): 1/20–1/26.
- Mort, J. R und Aparasu, R. R. (2002): Prescribing of psychotropics in the elderly: why is it so often inappropriate? *CNS Drugs* 16(2): 99–109.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. und Ustun, B. (2007): Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370: 851–858.
- Ollenschläger, G., Thomeczek, C., Thalau, F., Heymans, L., Thole, H., Trapp, H., Sängler, S. und Lelgemann, M. (2005): Von der Leitlinienmethodik zu Leitlinienimplementierung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99: 7–13.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, B., Pini, S., Korten, A. und Oldehinkel, T. (1994): Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 272: 1741–1748.
- Ostbye, T., Yarnall, K. S. H., Kraue, K. M., Pollak, K. I., Gradison, M. und Michener, J.L. (2005): Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Annals of Family Medicine* 3: 209–214.
- Otnad, A. (2003): Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall, Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos, München.
- Pientka, L. (1996): Geriatriische Funktionsbewertung (Geriatric Assessment), in: Füsgen, I. (Hrsg.), *Der ältere Patient: Problemorientierte Diagnostik und Therapie*, München/Wien/Baltimore: 57–73.
- Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A. K., Walley, T. J., Farrar, K., Park, B. K. und Breckenridge, A. M. (2004): Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *British Medical Journal* 329(7456): 15–19.
- Rathmann, W., Haastert, B., Icks, A., Löwel, H., Meisinger, C., Holle, R. und Giani, G. (2003): High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: Target populations for efficient screening (The KORA survey 2000). *Diabetologia* 46: 182–189.
- Rathmann, W., Haastert, B., Icks, A., Giani, G., Holle, R., Koenig, W., Löwel, H. und Meisinger, C. (2006): Prevalence of the metabolic syndrome in the elderly population according to IDF, WHO, and NCEP definitions and associations with C-reactive protein. *Diabetes Care* 29: 461.
- Ray, W. A., Griffin, M. R. und Downey, W. (1989): Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA* 262(23): 3303–3307.
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A., Aurich, C., Matschinger, H. und Angermeyer, M. C. (2001): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+), Part 1. *The British Journal of Psychiatry* 179: 250–254.
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A. und Angermeyer, M. C. (2006): The state of mental health in old-age across the 'old' European Union – a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica* 113(5):388–401.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2006): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2003): *Multimorbidität in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen*, Berlin.
- Rochon, P. A., Katz, J. N., Morrow, L. A., McGlinchey-Berroth, R., Ahlquist, M. M., Sarkarati, M. und Minaker, K. L. (1996): Comorbid illness is associated with survival and length of hospital stay in patients with chronic disability. *Medical Care* 34(11): 1093–1101.
- Rothgang, H. (2001): *Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte (Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags)*, Bremen.
- Rothgang, H., Holst, M., Kulik, D. und Unger, R. (unter Mitwirkung von Schneekloth, U.) (2008): *Finanzielle Auswirkungen der Umsetzungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und Pflegekassen (Abschlussbericht)*, Bremen.
- Rürup-Kommission (2003): *Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme Bericht der Kommission*, Berlin.
- Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S. und Weyerer, S. (2007): *Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation*, in: Schneekloth, U. und Wahl, H. W. (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“)*, München (BMFSFJ).
- Schmiedl, S., Szymanski, J., Rottenkolber, M., Hasford, J. und Thürmann, P.A. (2007a): Age- and gender-specific incidence of hospitalisation for digoxin intoxication. *Drug Safety* 30: 1171–1173.
- Schmiedl, S., Szymanski, J., Rottenkolber, M., Drewelow, B., Haase, G., Hippus, M., Reimann, I.R., Siegmund, W., May, K., Haack, S., Hasford, J., Thürmann, P. A. und Deutsche Pharmakovigilanz-Studiengruppe (2007b): *Fingerhut – ein alter Hut? Eine Analyse stationärer Aufnahmen durch digitalisassoziierte unerwünschte Arzneimittelwirkungen*. *Medizinische Klinik* 102(8): 603–611.
- Schneekloth, U. (2005): *Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten*, in: Schneekloth, U. und Wahl H. W. (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten (Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend)*, München.

- Schneekloth, U. (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV) (im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), München, www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=76422.html (Stand 31. August 2007).
- Schneeweiss, S., Hasford, J., Göttler, M., Hoffmann, A., Riethling, A.-K. und Avorn, J. (2002): Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. *European Journal of Clinical Pharmacology* 58: 285–291.
- Schnoor, M., Meyer, T., Suttorp, N., Raspe, H. und Welte, T. (im Druck): Development and evaluation of an implementation strategy for the German guideline on community acquired pneumonia. Quality and safety in health care (im Druck).
- Schoen, C., Osborn, R., How, S.K., Doty, M. M. und Peugh, J. (2009): In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs in eight countries 2008. *Health Affairs* 28: 1–16.
- Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) (2008): *Arzneiverordnungs-Report 2008*, Heidelberg.
- Schwalbe, O., Freiberg, I. und Kloft, C. (2007): Die Beers-Liste. Ein Instrument zur Optimierung der Arzneimitteltherapie geriatrischer Patienten. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten* 30(7): 244–8.
- Shekelle, P. G., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S. C., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M und Woolf, S. H: (2001): Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines. How quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 286: 1461–1467.
- Shojania, K. G., Sampson, M., Ansari, M. T., Ji, J., Doucette, S. und Moher, D. (2007): How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Annals of Internal Medicine* 147: 224–233.
- Starfield, B. (2006): Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Annals of Family Medicine* 4: 101–103.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2006): *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Kreisvergleich*, o. O. (Wiesbaden).
- Statistisches Bundesamt (2001a): *Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2001b): *Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige*, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2003a): *Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2003b): *Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige*, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005a): *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005b): *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige*, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2006a): *Ergebnisse der 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006b): *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007a): *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007b): *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008): *Demografischer Wandel in Deutschland – Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*, Wiesbaden.
- Steinhagen-Thiessen, E. und Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in: Mayer, K. U., Baltes, P. B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, Berlin: 151–183.
- Tesch-Römer, C., Engstler, H. und Wurm, S. (Hrsg.) (2006): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, Wiesbaden.
- Thürmann, P., Scymanski, J., Drewelow, B., Haase, G., Hippus, M., Reimann, I., Siegmund, W., May, K. und Hasford, J. (2006): Drug-related hospital admissions at the German pharmacovigilance centers (PVCs). *Acta Pharmacologica Sinica* 27: 201 (abstract).
- UKPDS (UK Prospective Diabetes Study Group) (1998): Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 352: 837–853.
- Van den Akker, M., van den Buntinx, F. und Knottnerus, J.A. (1996): Comorbidity or multimorbidity: what's in a name. A review of literature. *The European Journal of General Practice* 2: 65–70.
- Van den Akker, M., van den Buntinx, F., Metsemakers, J. F., Roos, S. und Knottnerus, J.A. (1998): Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology* 51: 367–375.

- Van den Akker, M., van den Buntinx, F., Roos, S. und Knottnerus, J. A. (2001a): Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology* 54(7): 675-679.
- Van den Akker, M., van den Buntinx, F., Metsemakers, J. F., van der Aa, M. und Knottnerus, J. A. (2001b): Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *Journal of psychosomatic research* 50: 95-102.
- Verstappen, W. H. (2003): Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians – a randomized trial. *JAMA* 289: 2407-2412.
- Wagner, A. und Brucker, U. (2003): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes Berichtszeitraum 2001/2002, hrsg. vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegebericht_2001-2002.pdf (Stand 14.05.2009).
- Wagner, A. K., Zhang, F., Soumerai, S. B., Walker, A. M., Gurwitz, J. H., Glynn, R. J. und Ross-Degnan, D. (2004): Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Archives of Internal Medicine* 164(14): 1567-1572.
- Wehling, M und Peiter, A (2003): Arzneimitteltherapie im Alter aus der Sicht des klinischen Pharmakologen. *Internist* 44: 1003-1009.
- Wensing, M., Broge, B., Kaufmann-Kolle, P. Andres, E. und Szecsenyi, J. (2004): Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 10: 457-466.
- Wensing, M., van der Weijden, T. und Grol, R. (1998): Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *British Journal of General Practice* 48: 991-997.
- WHO (World Health Organisation) (2004): The World Health Report 2004, www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf (Stand 14.05.2009).
- Winter, M. H., Maaz, A. und Kuhlmeiy, A. (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49(6): 575-582.
- Wolff, J. L., Starfield, B. und Anderson, G. (2002): Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine* 162: 2269-2276.
- Yusuf, S., Koon, K. T., Pogue, J., Dyal, L., Copland, I., Schumacher, H., Dagenais, G., Sleight, P., Anderson, C. (The ONTARGET Investigators) (2008): Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *The New England Journal of Medicine* 358: 1547-1559.

6 Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung

635. Bereits in vergangenen Gutachten (GA 2000/2001, III.1-7.4.7; GA 2003, II-6) hat der Rat nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die mit dem dargestellten demografischen Wandel einhergehende Veränderung des Morbiditätsspektrums zielgerichtete Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen erforderlich macht. Statt (allein) in der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wichtigste Aufgabe in Zukunft in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters und in einem Konzept einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung, die den sich wandelnden Bedürfnissen im Lebensverlauf von Patienten entspricht. Die Koordination der Versorgung wird dabei zum leitenden Prinzip. Hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen müssen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention¹⁴⁸, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll verzahnt werden.

In diesem Kapitel werden die derzeitige Situation und der Handlungsbedarf in der hausärztlichen, fachärztlichen, pflegerischen und Arzneimittelversorgung zusammengefasst.

Anschließend werden verschiedene Konzepte unter besonderer Berücksichtigung des Managed Care-Ansatzes bezüglich ihrer Eignung für die Sicherstellung einer generationenspezifischen und populationsbezogenen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen analysiert (Kapitel 7).

Schließlich wird ein Zukunftskonzept einer koordinierten und populationsbezogenen Versorgung dargestellt, das auf der Basis dieser Analyse entwickelt wurde (Kapitel 8).

6.1 Hausärztliche Versorgung

636. Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Funktionen der gesundheitlichen Primärversorgung (vgl. dazu Abschnitt 6.1.4). Auf ihre nachhaltige Funktionsfähigkeit kommt es daher entscheidend an, um die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung in Deutschland sichern zu können. Die gesonderte Betrachtung der hausärztlichen Versorgung erscheint derzeit besonders notwendig, weil auf der einen Seite ihre Nachhaltigkeit nicht gesichert erscheint (u. a. „Nachwuchsmangel“), auf der anderen Seite mit dem demografischen Wandel und der Veränderung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung gerade auf die primärmedizinische

Versorgung der häufigen Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zukommen.

637. Die auch in diesem Gutachten beschriebenen Veränderungen des Morbiditätsspektrums in Richtung auf eine langzeitige Behandlung chronischer Erkrankungen machen zielgerichtete Veränderungen (z. B. strukturierte Disease Management-Programme, DMP) im deutschen Gesundheitswesen erforderlich. In diesem Kapitel wird ergänzend verdeutlicht, dass der hausärztlichen Primärversorgung hierbei eine entscheidende Bedeutung zukommt. Das deutsche Gesundheitswesen ist derzeit immer noch stark von Mustern der Akutmedizin und der fachspezialistischen Versorgung geprägt, die – auch auf dem Gebiet der chronischen Erkrankungen – bedeutsame Fortschritte (z. B. den Rückgang der Mortalität der koronaren Herzkrankheit, KHK) zu verzeichnen hat. Das Problem einer alternden Bevölkerung¹⁴⁹ mit einer zunehmenden Zahl chronischer Erkrankungen erfordert jedoch einen Versorgungsansatz, der eine möglichst kontinuierliche (in der Regel lebenslange) und patientenorientierte Versorgung ermöglicht. Im Folgenden werden daher die Veränderung des Morbiditätsspektrums, die Reichweite der hausärztlichen Versorgung sowie die Entwicklung angemessener Behandlungs- und Betreuungsstrategien bei chronischen Erkrankungen im Zusammenhang diskutiert.

638. Während traditionell den fachspezialistischen Interventionen eine hohe Bedeutung für die Versorgung chronischer Erkrankungen¹⁵⁰ zugesprochen wird, ist die Bedeutung lebenslanger Begleitung chronisch kranker Patienten im Bereich der Primärversorgung zu wenig be-

¹⁴⁸ Hierbei sind vor allem sekundär- und tertiärpräventive Optionen, weniger die oft setting-spezifischen primärpräventiven Ansätze gemeint.

¹⁴⁹ Der Zusammenhang zwischen (individuellem) Alter und chronischer Erkrankung ist jedoch keineswegs streng kausal. Zwar „altert“ die Bevölkerung u. a. auch deswegen, weil zahlreiche (chronische) Erkrankungen heute besser beherrschbar sind. Nach einem modernen gerontologischen und geriatrischen Verständnis entwickeln sich funktionale Einschränkungen im Alter aber in einem Prozess: Physiologische und pathologische Funktions- bzw. Gesundheitseinschränkungen (impairment) führen zu manifesten Funktionsdefiziten (disabilities) und später ggf. zu Behinderungen mit besonderem Hilfsbedarf (handicap).

¹⁵⁰ Aktuelle Definitionen zu chronischen Krankheiten (auch long time conditions) sind für eine adäquate Problemerkennung und epidemiologische Beschreibung oft nicht umfassend genug. Den folgenden Ausführungen liegt die Definition, die u. a. dem Index medicus hinterlegt ist, zu Grunde: „Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation, or care.“ (Dictionary of Health Services Management 2008). In dieser Definition ist implizit bereits die subjektive Seite chronischer Krankheit, die Seite des Patienten und der therapeutischen Beziehung angesprochen: „Permanente, irreversible Veränderungen“, denen chronisch Kranke sich nicht aktionistisch („Heilung“ erwartend) oder ignorierend entziehen können, sondern mit denen sie leben, sie bewältigen müssen.

achtet worden. Dies gilt, obwohl gleichzeitig in diesem Bereich die meisten Probleme der Patienten gelöst werden, und obwohl weltweit in diesem Versorgungsbereich durch die Einführung von Konzepten strukturierter und gestufter Versorgung Fortschritte erreicht wurden, die auf die Bewältigung des Problems der Zunahme chronischer Erkrankungen mit steigendem Lebensalter hoffen lassen. In Deutschland muss der Rat hierbei – trotz der politischen Durchsetzung von einigen DMP – einen Innovationsstau verzeichnen, der sich weiter dramatisch verschärft, wenn die drohende Unterversorgung im hausärztlichen Bereich nicht bewältigt werden kann. Die folgenden Abschnitte heben auf ein Konzept der hausärztlichen Versorgung als wichtiges Element einer populationsbezogenen Versorgung ab, das insbesondere den individuellen Belangen der wachsenden Zahl chronisch Erkrankter gerecht wird, und zudem die – angesichts der Reichweite der hausärztlichen Versorgung kaum anders zu lösenden – präventiven Möglichkeiten ausschöpft.

639. All dies kann aber nur wirksam werden, wenn tragfähige Konzepte für die hausärztliche Versorgung, die in ähnlicher Weise übrigens auch in anderen Ländern (z. B. USA, Großbritannien, Niederlande) benötigt werden, gefunden werden. Zur Weiterentwicklung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung werden daher am Schluss des Kapitels detaillierte Empfehlungen formuliert.

6.1.1 Begriffsbestimmungen

Da die Begriffe Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung und Primärversorgung sowie die verschiedenen Bezeichnungen der beteiligten ärztlichen Fachgruppen (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin sowie Praktische Ärzte) häufig für Verwirrung sorgen, werden diese im folgenden näher erläutert. Die nachfolgende Tabelle gibt dazu zunächst einen Überblick.

640. Das Gebiet der Allgemeinmedizin (international auch als *general practice* oder synonym *family medicine* bezeichnet) wird von WONCA Europe, dem europäischen Zweig der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, über elf Wesensmerkmale, sechs Kernkompetenzen, drei Umsetzungsbereiche und drei grundlegende Merkmale beschrieben (WONCA Europe 2005). Die Definition gibt nicht unbedingt den bisher tatsächlich erreichten Ist-Zustand allgemeinmedizinischer Tätigkeit wieder, sondern beinhaltet eher eine Zieldefinition optimaler allgemeinärztlicher Aufgaben und Funktionen: Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin sind demnach: „A) Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person. B) Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärver-

sorgung tätigen Berufen und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patienten anliegen übernimmt. C) Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist. D) Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht. E) Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich. F) Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird. G) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten. H) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern. I) Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention. J) Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit. K) Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihren physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen.“ (WONCA Europe 2005).

Die beschriebenen elf Merkmale (A bis K) werden in Form der folgenden sechs Kernkompetenzen gruppiert: „1. Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben (a, b), 2. Personenbezogene Betreuung (c, d, e), 3. Spezifische Problemlösungsfertigkeiten (f, g), 4. Umfassender Ansatz (h, i), 5. Gemeinschaftsorientierung (j), 6. Ganzheitliches Modell (k).“ (WONCA Europe 2005).

Schließlich werden drei Umsetzungsbereiche unterschieden „(a) klinische Aufgaben, b) Kommunikation mit den Patienten und c) Praxismanagement“ sowie drei „grundlegende Merkmale (essential application features) als „fundamental für eine personenorientierte wissenschaftliche Disziplin“ hervorgehoben: „a) Der Kontext: Betrachtung des Umfelds der Person, der Familie, der Gemeinschaft und deren Kultur, b) Die Haltung: Ausdruck der beruflichen Fähigkeiten, Wertvorstellungen und moralischen Überzeugungen des Arztes und c) Der wissenschaftliche Ansatz: Anwendung einer kritischen und auf Forschung basierenden Arbeitsweise in der Praxis und Förderung derselben durch ein kontinuierliches berufsbegleitendes Lernen und Qualitätsverbesserung.“ (WONCA Europe 2005).

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) unterscheidet in ihrer Fachdefinition: Arbeitsbereich, Arbeitsweise, Arbeitsgrundlagen, Arbeitsziel und Arbeitsauftrag (DEGAM 2002). Auch in dieser Definition werden die Ziele einer optimalen allgemeinmedizinischen Versorgung definiert:

„Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztli-

Tabelle 77

Begriffsbestimmungen

Fachdisziplin/Versorgungsbereich	
Allgemeinmedizin	Medizinische Fach- bzw. Wissenschaftsdisziplin mit eigenen Merkmalen, Kernkompetenzen und Umsetzungsbereichen bzw. Tätigkeitsgebieten. Pflichtfach im deutschen Medizinstudium. International: <i>general practice</i> bzw. <i>family medicine</i> .
Hausärztliche Versorgung	In Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung definierter Tätigkeitsbereich nach § 73 Absatz 1 SGB V: „Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.“
Primärversorgung	Bereich medizinischer Grundversorgung, in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme), umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt. Die Primärversorgung umfasst die niedrigschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen. International: <i>primary (health) care</i> .
In diesen Versorgungsbereichen tätige ärztliche Fachgruppen¹⁵¹	
Praktische Ärzte	Ärzte ohne Weiterbildung in einem der nachfolgenden Gebiete (entweder ohne abgeschlossene Weiterbildung oder mit Weiterbildung in einem anderen, nicht zur hausärztlichen Versorgung geeigneten Fachgebiet). Da nicht mehr zur Niederlassung berechtigt, rückläufige Zahlen. 2007 = 7 928 vertragsärztlich tätige Praktische Ärzte (1997 noch 15 640).
Fachärzte für Allgemeinmedizin	Fachärzte mit fünfjähriger strukturierter Weiterbildung in Kliniken und Praxen nach Weiterbildungsordnung und bestandener Facharztprüfung, zur Niederlassung im hausärztlichen Bereich berechtigt. 2007 = 34 798 vertragsärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin.
Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlich tätig)	Fachärzte für Innere Medizin, die sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben. 2007 waren 14 623 vertragsärztlich tätige Internisten hausärztlich und 7 520 fachärztlich tätig. Nach einer Entschließung des Deutschen Ärztetags 2007 sollen Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt aufgrund fehlender ambulanter Weiterbildung im hausärztlichen Bereich zukünftig nur noch in Kliniken tätig werden.
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Vom Deutschen Ärztetag 2003 zur Überwindung der getrennten Weiterbildung von Fachärzten für Allgemeinmedizin einerseits und hausärztlich tätigen Fachärzten für Innere Medizin andererseits neu eingeführte Facharztbezeichnung (inzwischen durch 16 von 17 Landesärztekammern in jeweilige Weiterbildungsordnungen umgesetzt ¹⁵²). Voraussetzungen: Fünfjährige Weiterbildung (3 Jahre Innere Medizin, andere patientenversorgende Fächer werden angerechnet), 2 Jahre Allgemeinmedizin (davon ggf. ein halbes Jahr Chirurgie) und 80 Stunden Seminarweiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung.

Quelle: Eigene Darstellung; Arztzahlen: BÄK 2009

che Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.

Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologi-

sche Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).

Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Zu den Arbeitsgrundlagen gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit den daraus folgenden speziellen Bedingungen

¹⁵¹ Auch Fachärzte für Pädiatrie können zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung wählen, werden hier (wegen der eindeutigen Abgrenzung) aber nicht gesondert betrachtet.

¹⁵² Die Landesärztekammern Berlin und Mecklenburg-Vorpommern haben stattdessen den bisherigen „Facharzt für Allgemeinmedizin“ beibehalten.

der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe).

Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet:

- die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten,
- die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch),
- die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde,
- die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.“

641. Der Begriff „hausärztliche Versorgung“ ist in § 73 SGB V Absatz 1 definiert: „Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere: 1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen, 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“

6.1.2 Stellung und Leistungskriterien innerhalb des Systems der gesundheitlichen Primärversorgung

642. Primärversorgung wird von der Weltgesundheitsorganisation in der Deklaration von Alma Ata (WHO 1978) wie folgt beschrieben: „*Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit*

of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.“

Primärversorgung – ein ursprünglich in Großbritannien in den 1920er Jahren entwickeltes Konzept – geht über allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung hinaus, indem sie unter den Gesichtspunkten der Versorgungsaufgabe, verschiedener Professionen und ihrer länder- und ressourcenspezifischen Ausprägung unterschiedliche Modelle umfasst. Stellt man die Versorgungsaufgabe in den Vordergrund, kommt es u. a. darauf an, welche gewachsenen Versorgungsstrukturen zukünftig in der Lage sind, das Bedürfnis der Bürger nach primärer Versorgung aller Gesundheitsanliegen zu befriedigen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führte anlässlich des 30-jährigen Jubiläums der Deklaration von Alma Ata im Oktober 2008 eine große, internationale Konferenz in Almaty, dem ehemaligen Alma Ata (Kasachstan), durch und veröffentlichte am 14. Oktober 2008 den „World Health Report 2008“ mit dem Titel „*Primary health care: now more than ever.*“ Die WHO bewertet darin Primärversorgung wie folgt: „*In all countries, it offered a way to improve fairness in access to health care and efficiency in the way resources were used. Primary health care embraced a holistic view of health that went well beyond a narrow medical model. It recognized that many root causes of ill health and disease lie beyond the control of the health sector and thus must be tackled through a broad whole-of-society approach. Doing so would meet several objectives: better health, less disease, greater equity, and vast improvements in the performance of health systems. Today, health systems, even in the most developed countries, are falling short of these objectives.*“ Der WHO-Bericht stellt dabei u. a. auch einen direkten Zusammenhang mit den Herausforderungen einer alternden Bevölkerung und einer Zunahme chronischer Erkrankungen her: „*In short, health systems are unfair, disjointed, inefficient and less effective than they could be. Moreover, without substantial reorienting, today's struggling health systems are likely to be overwhelmed by the growing challenges of aging populations, pandemics of chronic diseases, new emerging diseases such as SARS, and the impacts of climate change.*“ Viele Gesundheitssysteme würden derzeit von einer kurzfristigen Maßnahme zur nächsten driften. Dabei sei eine zunehmende Fragmentierung der Gesundheitsversorgung zu beobachten, und ein Bewusstsein zur Vorbereitung auf die anstehenden Herausforderungen fehle häufig. Ein *business as usual* sei für Gesundheitssysteme daher keine gangbare Option. Die WHO fordert alle Staaten (inklusive der Industrieländer) auf, ihren Gesundheitssystemen eine stärkere Primary Health Care-Orientierung zu geben: „*Now, more than ever, there are opportunities to start changing*

health systems towards primary health care in all countries.“ (WHO 2008).

In aktuellen Neubewertungen der Deklaration von Alma Ata und ihrer Ziele kommen auch andere Autoren zu der Erkenntnis, dass eine „Wiederbelebung des PHC-Konzepts“ erforderlich ist (Müller/Razum 2008; Rawaf et al. 2008). Dabei wird Primary Health Care immer wieder als ein Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem betrachtet, um eine gute, kosteneffektive und (verteilungs)gerechte Versorgung bereitstellen zu können (Gilham 2008).

Die WHO hat in ihrem „World Health Report“ von 2008 erneut die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Koordinationsfunktion von Primary Health Care-Teams betont (WHO 2008). Abbildung 44 beschreibt deren Rolle als Teil eines wohnortnahen Netzwerks.

643. Der Begriff Primary Care wird von Starfield definiert als: „first-contact, continuous, comprehensive, and coordinated care provided to populations undifferentiated by gender, disease or organ system“ (Starfield 1994). Diese frühe Definition wird später weiter differenziert: „Primary care is that aspect of a health services system that assures person-focused care over time to a defined population, accessibility to facilitate receipt of care when it is first needed, comprehensiveness of care in the sense that only rare or unusual manifestations of ill health are referred elsewhere, and coordination of care such that all facets of care (wherever received) are integrated.“ (Starfield 2001).

644. Starfield beschreibt auf der Basis der Definitionen von WONCA und WHO „four main features of primary care services: first-contact access for each new need; long-term person- (not disease) focused care; comprehensive care for most health needs; coordinated care when it must be sought elsewhere. Primary care is assessed as good according to how well these four features are fulfilled. For some purposes, an orientation toward family and community is included as well.“ (Starfield et al. 2005: 458).

Die folgenden Begriffe gelten daher als wesentliche Leistungskriterien der Primärversorgung:

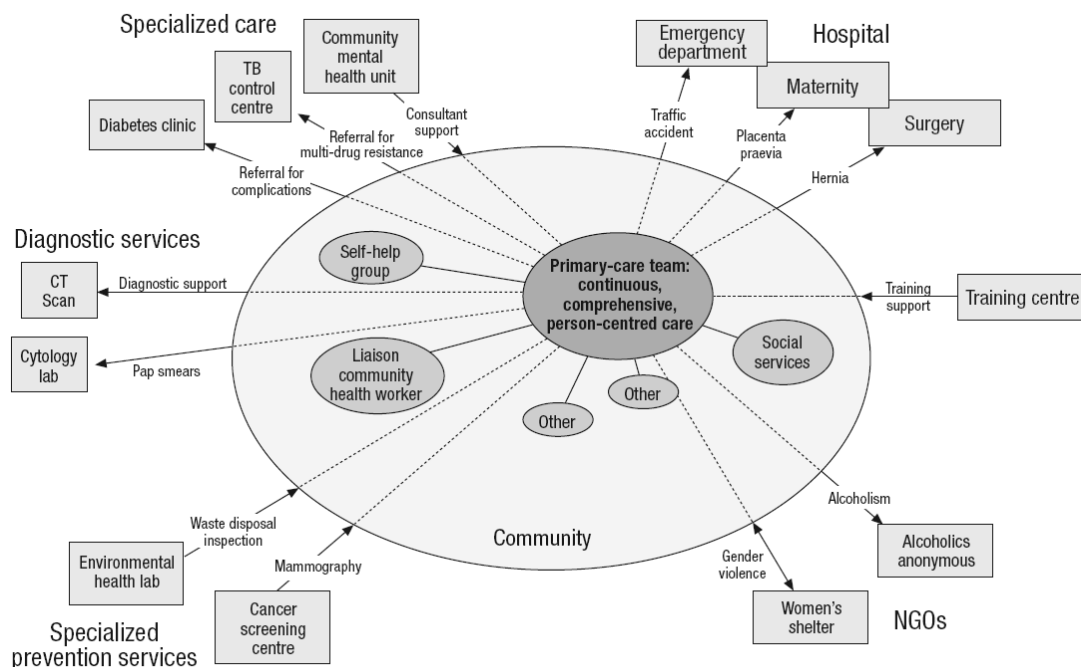
- Zugänglichkeit (*accessibility*),
- Gleichheit (*equity*),
- Angemessenheit (*appropriateness*),
- Qualität (*quality*),
- Effizienz (*efficiency*),
- Kontinuität (*long-term continuity*),
- Bevölkerungsbezug (*community/public health oriented*).

6.1.3 Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung (Meta-Review/Evidenzreport)

645. Zur Untersuchung des Beitrags einer hausarztorientierten Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung hat der Rat einen Evidenzreport in Auftrag gegeben, der von

Abbildung 44

Primärversorgung als zentraler Teil eines wohnortnahen Netzwerks



Quelle: WHO 2008: 55

Haller, Velasco-Garrido und Busse als Meta-Review durchgeführt wurde. Die nachfolgende Zusammenfassung erläutert die Fragestellung, das methodische Vorgehen und die wichtigsten Ergebnisse. Die ausführliche Fassung steht als Anlage zu diesem Gutachten auf der Webseite des Rates (www.svr-gesundheit.de) zum Download bereit.

646. In dem Evidenzreport wird der Frage nachgegangen, in welcher Form eine hausarztorientierte Versorgung tatsächlich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in einer Bevölkerung beitragen kann. Dabei ist von Interesse, welche Evidenz für den Einfluss einer hausarztorientierten Versorgung auf Gesundheitsindikatoren, auf die Zufriedenheit der Patienten (bzw. der Bevölkerung) oder auf die Kosten der Versorgung besteht.

Um den aktuellen Stand der Forschung zur Bedeutung einer hausarztorientierten Versorgung darzustellen, werden hier die Ergebnisse von 22 Übersichtsarbeiten in Form eines narrativen Reviews zusammengefasst, die nach dem Schneeballprinzip identifiziert wurden. Sechs Reviews wurden bei einer Expertenbefragung als herausragende Arbeiten identifiziert, die sich mit dem potenziellen Beitrag einer hausarztorientierten Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung befassen. Die Literaturlisten dieser Arbeiten wurden nach weiteren relevanten Reviews durchsucht. Darüber hinaus wurde eine Literaturrecherche in Medline durchgeführt. Durch diese beiden Schritte konnten insgesamt 16 weitere Reviews identifiziert werden, die verschiedene Aspekte einer hausarztorientierten Versorgung beleuchten; primäre Studien wurden nicht ausgewertet.

647. Die Ergebnisse werden in Anlehnung an die von WONCA definierten Merkmale einer hausarztorientierten Versorgung gegliedert: Zugang, Kontinuität, Arzt-Patienten-Beziehung, Koordinierung, hochwertige und umfassende Versorgung (Qualität) sowie Kosteneffektivität. Tabelle 78 gibt einen Überblick über die Themenfelder, die in den jeweiligen Übersichtsarbeiten behandelt wurden.

Zugang

648. Überraschend wenige Studien befassten sich mit dem Zugang in das medizinische Versorgungssystem. Es finden sich Untersuchungen, die belegen, dass eine hausarztorientierte Versorgung Zugangsbarrieren (einschließlich Wartezeiten) verringern kann (Atun 2004; Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005). Es liegt weiterhin Evidenz vor, dass eine hausarztorientierte Versorgung mit geringen Zugangsbeschränkungen mit einer Verbesserung von Gesundheitsindikatoren sowie mit einer verminderter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und einer niedrigeren Hospitalisierungsraten einhergehen (Engström et al. 2001; Sans-Corrales et al. 2006). Ein vereinfachter Zugang zum Gesundheitssystem scheint auch mit einer höheren Zufriedenheit assoziiert zu sein. Eine Ausweitung der Zugangsforschung, insbesondere hinsichtlich Fragen der Versorgungsgerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft erscheint wünschenswert.

Kontinuität

649. Für positive Effekte einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung gab es in zahlreichen Studien Belege, auch wenn unterschiedliche Konzepte von Kontinuität zu Grunde gelegt wurden (Cabana 2004; Reid et al. 2002). Eine hohe Kontinuität in der Versorgung, wie auch immer diese definiert wurde, zeigte sich mit besseren gesundheitlichen Outcomes (Atun 2004; Sans-Corrales et al. 2006), höherer Patientenzufriedenheit (Engström et al. 2001; Sans-Corrales et al. 2006; Starfield et al. 2005), niedrigeren Hospitalisierungsraten (Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005), verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen (Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005), weniger Laboruntersuchungen (Engström et al. 2001), häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen (Sans-Corrales et al. 2006), besserer Compliance (Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005) sowie geringeren Kosten (Engström et al. 2001; Sans-Corrales et al. 2006) assoziiert.

Arzt-Patienten-Beziehung

650. Evidenz zum Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung auf patientenrelevante Outcomes wurde von mehreren Autoren vorgestellt. Auch hier wurden unterschiedliche Aspekte untersucht. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, die sich aus Sicht der Patienten auch durch längere Konsultationszeiten auszeichnet, steht im Zusammenhang mit einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und seltener Überweisungen (Sans-Corrales et al. 2006). Ärzte mit durchschnittlich längeren Konsultationszeiten verschreiben weniger Medikamente und geben eher Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Maßnahmen (Wilson/Childs 2002). Nicht zuletzt durch die längerfristige Bindung zwischen Hausarzt und Patienten wird im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung die Etablierung einer „gesundheitsfördernden“ Arzt-Patienten Beziehung unterstützt (Di Blasi et al. 2001).

Koordinierung

651. In mehreren Arbeiten wurde die Koordinierung der Versorgung in Verbindung mit Kontinuität untersucht (Starfield et al. 2004; Stille et al. 2005). Der Wert einer koordinierten Gesundheitsversorgung scheint schwer messbar, da die Koordinierung kaum losgelöst von anderen Versorgungsaufgaben betrachtet werden kann. Verschiedene Veröffentlichungen zeigen allerdings einen positiven Effekt einer durch *primary care teams* koordinierten Versorgung auf ambulanter Ebene, insbesondere für Parameter der Prozessqualität, wie z. B. Angemessenheit, Kommunikation und Informationsfluss zwischen Leistungserbringern oder Zugang. Für Gesundheitsparameter ist die Evidenzlage uneinheitlich, sodass hier weiterer Forschungsbedarf besteht (Stille et al. 2005).

Gatekeeping stellt ein Instrument zur Förderung der Koordinierung und der Kontinuität der Versorgung dar. Die-

Tabelle 78

Übersicht der behandelten Themenfelder

Übersicht	Aspekte einer hausarztorientierten Versorgung						Internationale Vergleiche	Qualität
	Zugang	Kontinuität	Arzt-Patienten-Beziehung	Koordinierung	Qualität der Versorgung	Kosteneffektivität		
Smetana et al. 2007					X			SR
Wilson/Childs 2002			X					SR
Di Blasi et al. 2001			X					SR
Seddon et al. 2001					X			SR
Go et al. 2000					X			SR
Griffin/Kinmonth 2000					X			SR
Sans-Corrales et al. 2006	X	X	X			X		quasi SR
Atun 2004	X	X		X	X	X	X	quasi SR
Cabana/Jee 2004		X	X					quasi SR
Reid et al. 2002		X	X	X				quasi SR
Engström et al. 2001	X	X				X	X	quasi SR
Roberts/Mays 1998					X	X		quasi SR
Godber et al. 1997						X		quasi SR
Cram et al. 1998					X	X		nicht SR
Donohoe 1998					X			nicht SR
Starfield et al. 2005	X	X		X	X	X	X	nicht SR
Stille et al. 2005	X			X		X		nicht SR
Health Council of NL 2004	X				X		X	nicht SR
Starfield/Shi 2004	X	X		X			X	nicht SR
McColl et al. 1998								nicht SR
Freeman/Hjortdahl 1997	X	X						nicht SR
Bartter/Pratter 1996					X	X		nicht SR

Qualität: SR = systematische Übersichtsarbeit (wenn die wesentliche Merkmale der Recherchestrategie, Selektions- und Bewertungskriterien berichtet wurden), quasi-SR = quasi-systematische Übersichtsarbeiten (wenn wesentliche Merkmale der Recherchestrategie, Selektions- oder Bewertungskriterien berichtet wurden), nicht-SR = nicht-systematische Übersichtsarbeiten (wenn weder Recherchestrategie, Selektions- oder Bewertungskriterien berichtet wurden).

Quelle: Eigene Darstellung

ses wurde in den vorgestellten Übersichtsarbeiten unzureichend evaluiert.

Qualität

652. Eine generelle Überlegenheit der Allgemeinmediziner gegenüber Spezialisten oder vice versa in der Patientenversorgung konnte nicht festgestellt werden. Die Studienergebnisse zeigen folgende Tendenz: allgemeinmedizinische Versorgung ist besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft, ein Versorgungsvorteil durch Spezialisten scheint bei seltenen Erkrankungen und bei einigen Akuterkrankungen zu bestehen (Smetana et al. 2007).

Kosteneffektivität

653. Wiederholt wurde in mehreren der hier berücksichtigten Studien bzw. Übersichten gezeigt, dass sich durch eine hausarztorientierte Versorgung Gesundheitsausgaben reduzieren lassen. Andererseits besteht Evidenz, dass bei komplizierten Verläufen bestimmter Erkrankungen (z. B. Asthma) die Versorgung durch Experten nicht nur mit besseren klinischen Outcomes einhergehen kann, sondern auch mit niedrigeren Gesundheitsausgaben (Bartter et al. 1996).

Es besteht ein Mangel an qualitativ hochwertigen gesundheitsökonomischen Evaluationen zu Vergleichen zwischen hausarztorientierter und spezialistenbasierter Versorgung.

Limitationen

654. Einige der hier vorgestellten Übersichtsarbeiten können nicht als systematische Übersichten bezeichnet werden, sodass ihre Objektivität in Zweifel gezogen werden muss. In fast allen Arbeiten wurde die methodische Qualität der Primärstudien bemängelt. Beides erschwert eine abschließende Bewertung der Studienlage.

Aus den in den Übersichten zusammengefassten internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen lässt sich erkennen, dass Länder mit einer starken Orientierung an den Merkmalen einer hausarztorientierten Versorgung hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung im Vorteil sind. In den 22 Übersichtsarbeiten, die insgesamt mehr als 1 000 Studien zusammenfassen, finden sich Belege für die Bedeutung aller Kernelemente allgemeinmedizinischer Versorgung aus der Definition der WONCA 2002.

6.1.4 Hausärztliche Versorgung in Deutschland

6.1.4.1 Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung

655. Über 90 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland hat einen Hausarzt (Thode et al. 2005; Zok 2005), im Alter über 65 Jahre sogar 96 % (Bergmann et al. 2005). Dabei handelt es sich in 83 % der Fälle um einen Facharzt für Allgemeinmedizin (Zok 2005). Allge-

meinmediziner sind die am häufigsten konsultierte Fachgruppe. 1998 fanden 46 % aller Arztkontakte von Männern und 38 % von Frauen mit Allgemeinmedizinern statt (Thode et al. 2005). Patienten mit einem Hausarzt suchen diesen ca. viermal pro Jahr auf, also durchschnittlich einmal im Quartal. Patienten, die einen Hausarzt haben, suchen ihn häufiger auf als Menschen ohne festen Hausarzt (Bergmann et al. 2005). Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben einen höheren Anteil an Hausarztkontakten als Privatversicherte (Bergmann et al. 2005; Zok 2005). Personen mit geringerem sozialen Status haben häufiger einen Hausarzt als Angehörige höherer sozialer Schichten und suchen diesen auch häufiger auf (Thode et al. 2005; Bergmann et al. 2005). Im ersten Quartal 2005 waren 42 % der Versicherten ausschließlich beim Hausarzt, 46 % haben zuerst den Hausarzt und dann den Fachspezialisten aufgesucht, nur 11 % gingen direkt zum Fachspezialisten (Zok 2005).

656. Die wichtigsten Faktoren mit Einfluss auf die Inanspruchnahme des Hausarztes sind das Alter und die Anzahl der bei einem Patienten vorliegenden chronischen Erkrankungen. In dem nur bedingt repräsentativen telefonischen Gesundheitssurvey 2003 des Robert Koch-Instituts wurde die Häufigkeit der Kontakte von Patienten zu ihren Hausärzten (ohne Inanspruchnahme von Spezialisten) erfragt. Die Zahl der Kontakte nimmt mit dem Alter zu: Über 65-Jährige suchen demnach im Mittel sechsmal pro Jahr ihren Hausarzt auf und der Anteil von Patienten, die im letzten Quartal bei ihrem Hausarzt waren, steigt von 50 % bei den unter 50-Jährigen auf 80 % bei den über 65-Jährigen an (Bergmann et al. 2005). Die Zahl der Arztkontakte pro Jahr ist bei mehrfach erkrankten gegenüber nicht-mehrfach erkrankten Patienten doppelt so hoch (12 versus 6 Konsultationen pro Jahr) (Wiesner et al. 2003). Dabei sind Patienten mit geringerem sozialen Status besonders häufig und früh von Multimorbidität betroffen (GA 2000/2001).

6.1.4.2 Haus- und fachärztliche Inanspruchnahme am Beispiel der Diagnose Herzinsuffizienz

657. Auf Basis der vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) erhobenen ADT-Daten wurden in einer ausgewählten KV-Region aus allen ambulanten Behandlungsfällen des Jahres 2006 (n = 2,6 Millionen) 47 347 Patienten mit gesichertem ICD-10-Diagnoseneintrag „Herzinsuffizienz“ (I50) in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2006 identifiziert und ihr Inanspruchnahmeverhalten untersucht (von Stillfried/Heuer, persönliche Mitteilung 2008). 79 % der Patienten mit Herzinsuffizienz suchten wegen dieser Diagnose ausschließlich ihren Hausarzt auf, 7 % ließen sich von einem Haus- und Facharzt behandeln und 9 % gingen direkt zum Facharzt, davon 5 % zu einem Kardiologen. Wurden weitere Behandlungsanlässe einbezogen, suchten 84 % der Patienten im Untersuchungszeitraum Haus- und Fachärzte auf, in 17 % der Fälle einen Kardiologen. Bei 9 % der Patienten, die aufgrund ihrer Herzinsuffizienz direkt einen Facharzt aufsuchten, handelte es sich bei diesem nicht um einen Kardiologen, sondern um einen Internisten (40 % der Fälle)

oder Urologen (24 % der Fälle). 91 % der Patienten suchten wegen der Diagnose „Herzinsuffizienz“ lediglich einen Hausarzt auf. Werden alle Behandlungsanlässe betrachtet, ließen sich 69 % der Patienten von einem und 24 % von zwei verschiedenen Hausärzten behandeln. Patienten, die wegen ihrer Herzinsuffizienz direkt den Facharzt aufgesucht hatten, und Patienten, die von einem Kardiologen behandelt wurden, blieben fast ausnahmslos bei demselben Arzt.

Ein näherer Aufschluss über das Versorgungsgeschehen ergibt sich zudem aus den Auswertungen der bereits genannten Daten der Versicherten der Gmünder Ersatz-Kasse (GEK) (Grobe et al. 2008). Der Analyse sind alle Versicherten zugrundegelegt, die die Kriterien der HMG 80 (hierarchische Morbiditätsgruppe) des zukünftigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) erfüllen (Prävalenz = 2,8 %). Als typisch altersabhängige chronische Erkrankung steigt die Prävalenz bei den Versicherten von unter 1 Promille bei den bis 40-Jährigen, über 8 % bei den 70-Jährigen, bis zu etwa 32 % bei den 90-Jährigen an. Sehr wichtig ist das Ergebnis, dass von diesen Patienten 90,3 % mindestens einer weiteren HMG (also einer von 80 im RSA als relevant angesehenen chronischen Erkrankungen) zugeordnet sind. 72,7 % können mindestens zwei und 47,8 % sogar mindestens vier weiteren HMGs zugeordnet werden. Die auf diese Weise erfassten Patienten sind demnach sehr häufig mehrfach erkrankt und bilden insofern ein typisches Beispiel für Multimorbidität. Der Hausarzt hat hier eine Vielzahl von Krankheitszuständen und Behandlungen zu koordinieren. Ebenfalls hervorzuheben ist das typische Muster im Versorgungsbedarf: Während die weniger ausgabenintensive Hälfte der Versicherten nur 9,2 % der Gesamtausgaben erzeugt, brauchen die ausgabenintensivsten oberen 10 % knapp die Hälfte (49,3 %) der Aufwendungen für diese Patientengruppe. Deutlich über 50 % der Aufwendungen fallen für die stationäre Versorgung an. Dies unterstreicht die Bedeutung einer nachhaltigen ambulanten Versorgung zur Vermeidung zusätzlicher stationärer Einweisungen als wichtiges Versorgungsproblem. Die Kosten des obersten Dezils können nur etwa zu einem Drittel durch die Zuweisungen des Morbi-RSAs ausgeglichen werden. Nach den Modellierungen der Verfasser der Studie entfallen bei (multimorbiden) Patienten mit Herzinsuffizienz mit besonders hohem Versorgungsbedarf nur zwischen 30 und 40 % des Aufwands auf die Behandlung der Herzinsuffizienz, während über die Hälfte der Kosten für die Behandlung der Komorbiditäten aufgewendet werden.

Dieses Versorgungsbild zeigt exemplarisch die zentrale Funktion von Hausärzten bei der Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz in Deutschland. Über die Angemessenheit und Qualität der Abstimmung bzw. Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Kardiologen können auf der Basis dieser Daten keine validen Aussagen gemacht werden. Generell kann aber von der Notwendigkeit einer arbeitsteiligen, koordinierten Versorgung betroffener Patienten ausgegangen werden. So ergab eine neuere internationale Analyse von Konzepten zur Versorgung

herzinsuffizienter Patienten auf der Basis von zehn randomisierten, kontrollierten Studien, dass eine Betreuung durch multidisziplinäre Teams und mittels persönlicher statt ausschließlich telefonischer Kommunikation mit dem Patienten gegenüber einer Routineversorgung zu deutlich weniger Wiederaufnahmen und Wiederaufnahmetagen in Kliniken führt (Sochalski et al. 2009).

6.1.4.3 Hausärztliche Inanspruchnahme von Kinderärzten und Allgemeinmedizinern durch Kinder und Jugendliche

658. Zur ambulanten Inanspruchnahme bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen aus dem Bericht „Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“ des Robert Koch Instituts folgende Erkenntnisse vor: „Die Daten belegen, dass fast jedes Kind in den ersten beiden Lebensjahren einem Kinderarzt zur Früherkennung, Beratung, Diagnostik oder Behandlung vorgestellt wird (95 %). Mit zunehmendem Alter der Kinder sinken die Inanspruchnahmeraten bis auf 25 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Zugleich steigt die Rate bei Allgemeinmedizinern von 12 % auf 53 %. In ländlichen Regionen liegt die Inanspruchnahmerate der Kinderärzte deutlich unter der in Großstädten, und in den neuen Bundesländern werden Kinderärzte noch eher im Jugendalter aufgesucht als in den alten Bundesländern. Festgestellt wurde eine hohe Akzeptanz von Kinderärzten bei Personen mit Migrationshintergrund.“ (RKI 2008: 89; Kamtsiuris et al. 2007).

6.1.4.4 Krankheitslast chronischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis

659. Die Prävalenz chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung spiegelt nicht automatisch die Häufigkeit wider, mit der diese Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis versorgt werden. Daher ist die gesonderte Erhebung von Prävalenzzahlen aus der hausärztlichen Versorgung und der Vergleich mit bevölkerungsbezogenen Morbiditätsdaten notwendig.

660. In der DETECT-Studie wurde eine Stichtagserhebung in einer Zufallsstichprobe von 3 188 Hausarztpraxen und 55 518 Patienten in ganz Deutschland durchgeführt. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 53,8 Jahren. Dabei ergaben sich Stichtagsprävalenzen von 15 % für Diabetes mellitus (v. a. Typ 2), 12 % für KHK und 37 % für Hypertonie, die jeweils mit dem Alter zunahm. Die Mehrzahl der betroffenen Patienten aller Altersstufen wies gleichzeitig mehr als eine der genannten Erkrankungen auf. Bezüglich des Vorliegens kardiovaskulärer Risikofaktoren zeigte sich, dass 50 % der untersuchten Patienten einen Cholesterinwert > 190 mg/dl, 60 % einen Body-Mass-Index > 25 kg/m², 41% Blutdruckwerte \geq 140 mmHg systolisch und/oder 90 mmHg diastolisch aufwiesen. 31 % waren Raucher. Bei etwa 60 % der Patienten lagen gleichzeitig drei oder mehr kardiovaskuläre Risikofaktoren vor, d. h. es handelte sich um Hochrisikopatienten (Pieper et al. 2005).

661. Das ADT-Panel des ZI enthält pseudonymisierte Abrechnungsdaten von ca. 600 000 Patienten pro Quartal, die aus einer geschichteten Zufallsstichprobe von ca. 450 Arztpraxen aus 14 verschiedenen Fachgruppen in den KV-Bezirken Nordrhein und Brandenburg stammen. Das Panel enthält 60 allgemeinmedizinische Praxen mit ca. 70 000 Patienten. Im ersten Quartal 2008 (n=71 915 Patienten) wiesen 31 % die Abrechnungsdiagnose Hypertonie, 23 % eine Hyperlipoproteinämie, 10 % eine KHK und 9 % einen Diabetes mellitus Typ 2 auf (ZI 2008).

662. Im Projekt CONTENT der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg wird in 17 Hausarztpraxen in Baden-Württemberg ein episodensbasiertes Dokumentationssystem sowie das primärärztliche Kodierungssystem ICPC 2 (International Classification of Primary Care, Version 2) erprobt. Mit diesem Kodierungssystem ist es möglich, Behandlungsanlässe der Patienten vom Behandlungsergebnis (Diagnose) abzugrenzen und Behandlungsepisoden abzubilden. Das Konzept der Episodenbasierung bedeutet – gerade für die hausärztliche Versorgung – einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den sonst verfügbaren versorgungsepidemiologischen Daten. Mit Episode ist gemeint, dass ein Krankheitsereignis verfolgt wird, solange es besteht. Gegenüber stichtagsbezogenen oder quartalsweisen Erhebungen ergibt sich der Vorteil, gerade die langdauernden Krankheitsprozesse abbilden zu können (NHG 2004). Das geschilderte Dokumentationskonzept erlaubt es dem Hausarzt überdies, den gesundheitlichen Prozess eines Patienten (und seine auf die Patienten anliegen bezogenen Maßnahmen) geschlossen überschauen zu können. Mit dem Projekt CONTENT (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF) wird erstmals eine kontinuierliche Morbiditätsberichterstattung aus Hausarztpraxen ermöglicht, welche die methodischen Probleme von Stichtagserhebungen sowie von Sekundärdatenauswertungen umgehen kann (Kühlein et al. 2008). Deutschland befindet sich bei diesem wichtigen Forschungsinstrument der Allgemeinmedizin noch im Rückstand gegenüber Ländern wie den Niederlanden und Großbritannien, die bereits seit mehr als einem Jahrzehnt über große Morbiditätsdatenbanken aus der Primärversorgung verfügen.

663. Die Autoren der DETECT-Studie kommen zu dem Schluss, dass die hohe Prävalenz der Einzelerkrankungen sowie das hohe Ausmaß an Komorbiditäten und Hochrisikokonstellationen in der Hausarztpraxis zu einer hohen Routinebelastung führen und in komplexen Anforderungen an die Therapie und das langfristige Management dieser Patienten resultieren, die vom Hausarzt bewältigt werden müssen. Insbesondere die hohe Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren zeigt die Bedeutung des Hausarztes für (sekundär)präventive Aufgaben in diesem Bereich (Pieper et al. 2005).

664. Ein recht umfassender Überblick über die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland ergibt sich aus der Analyse der Versorgungsdaten der GEK, die diese vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG)

in Hannover durchführen lässt (Grobe et al. 2008). Die GEK hat zwar nur einen Marktanteil von etwa 2 % (entspricht 1,6 Millionen Versicherten), durch die sorgfältige Zusammenführung der unterschiedlichen Datensätze ergibt sich aber ein zusammenhängendes Bild, das die Autoren zudem über eine geschlechts- und altersspezifische Standardisierung (die einige Besonderheiten der Versichertenpopulation der GEK nivelliert) auf die gesamte GKV-Population hochrechnen.

92,6 % der Versicherten suchten innerhalb eines Jahres einen ambulant tätigen Arzt auf.¹⁵³ Während sich diese Zahl im international vergleichbaren Rahmen bewegt, sind die weiteren Ergebnisse international (vielleicht mit Ausnahme Japans) einzigartig. Ein (durchschnittlicher!) Patient in Deutschland hat im Jahr durchschnittlich 17,9 Arztkontakte und frequentiert durchschnittlich 1,8 Ärzte (alle ambulanten Fachgruppen) in jedem Quartal.¹⁵⁴ 54 % der Patienten nahmen innerhalb eines Jahres Ärzte aus mindestens vier Fachgruppen in Anspruch. Diese Inanspruchnahme hat in den letzten vier Jahren sogar noch um ca. 7 % zugenommen, obwohl u. a. durch die Einführung der Praxisgebühr Gegenteiliges zu erwarten gewesen wäre. Diese international außerordentlich hohe Kontaktfrequenz wird auch daran deutlich, dass an einem beliebigen Montag fast 8 % der Bevölkerung in Deutschland einen Arzttermin wahrnehmen. An Spitzentagen, wie dem 1. Oktober 2007, sitzen 11,75 % der Bevölkerung in Deutschland (entspricht 9,7 Millionen Personen) im Wartezimmer eines Vertragsarztes (jede Vertragsarztpraxis versorgt an diesem Tag im Durchschnitt etwa 75 Patienten). Im Jahresdurchschnitt sahen die Vertragsärzte in Deutschland die international immer noch sehr hohe Zahl von 34 Patienten pro Tag.

Unter dieser Inanspruchnahme sammelten sich im Bevölkerungsdurchschnitt pro Person innerhalb dieses Jahres 25,8 (ICD-)Abrechnungsdiagnosen an. Bereinigt man diese um Doppeldiagnosen etc., verbleiben im Durchschnitt der Bevölkerung immer noch 9,3 offenbar abklärungs- oder behandlungsbedürftige ICD-Diagnosen pro Jahr. Unabhängig von der Validität abrechnungsbegründender Diagnosen (von denen für den hausärztlichen Bereich gezeigt wurde, dass die Zuverlässigkeit befriedigend, aber das tatsächliche Versorgungsgeschehen nicht abbildend ist, Erler 2007) kann dies darauf hindeuten, dass die Versorgung der meisten Patienten fragmentiert

¹⁵³ Dies ist nicht zu verwechseln mit der Quote gesundheitlicher Probleme, die einem Arzt überhaupt vorgestellt werden. Die „Ökologie medizinischer Inanspruchnahme“ (White et al. 1961; Green et al. 2001) ergibt, dass nur bei etwa 20 bis 25 % der von den Patienten wahrgenommenen Gesundheitsstörungen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Dahinter verbirgt sich ein erhebliches Potenzial der Selbsthilfe bzw. sozialen Unterstützung, v. a. auch bei chronischen Erkrankungen, die einen wesentlichen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten und auch die objektive Notwendigkeit medizinischer Behandlung haben.

¹⁵⁴ Besonderheiten des deutschen Abrechnungssystems (der quartalsweise „Abrechnungsfall“) erschweren hier internationale Vergleiche (OECD). In den europäischen Nachbarländern (und den USA) handelt es sich zumeist um 6 bis 7 Arztkontakte pro Jahr.

unter den Bedingungen mangelnder Kooperation und Prioritätensetzung abläuft.

6.1.4.5 Akzeptanz und Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung in der Bevölkerung

665. Ergebnisse einer jährlich von der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Gesundheitsmonitors durchgeführten Befragung eines repräsentativen Bevölkerungsquerschnitts zeigten im Jahr 2007 (n = 1 482 Befragte mit einem Altersdurchschnitt von 49 Jahren), dass mehr als drei Viertel (78 %) der Befragten mit ihrem Hausarzt zufrieden waren. Insgesamt gaben nur 26 % der Befragten an, jemals ihren Hausarzt gewechselt zu haben, weil sie nicht mit der Behandlung einverstanden waren. Einflussfaktoren darauf, dass Patienten sich von ihrem Hausarzt nicht ausreichend gut behandelt fühlten, waren vor allem Zweifel an seiner fachlichen Kompetenz (OR¹⁵⁵ 1,72), mangelnde Gründlichkeit der Untersuchung (OR 1,34) und mangelnde Besserung der Beschwerden über einen längeren Behandlungszeitraum (OR 1,23) (Brinkmann et al. 2007).

666. Zu ähnlichen Resultaten kam eine vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) durchgeführte repräsentative Befragung von 3 000 gesetzlich Krankenversicherten in 2004 und 2005. 74 % der Befragten fanden, dass ihr Arzt sich genügend Zeit für sie genommen hatte. 69 % waren der Meinung, dass die Ursachen ihrer Erkrankung umfassend untersucht wurden und 77 % fühlten sich über ihre Behandlung genau informiert (Zok 2005).

667. Anhand der Daten, die im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2007 erhoben wurden, wurde speziell die Zufriedenheit der Gruppe chronisch kranker Patienten mit der hausärztlichen Versorgung (n = 715 Befragte, Altersdurchschnitt 56 Jahre) untersucht (van den Bussche et al. 2007). 96 % der chronisch Kranken gaben an, einen Hausarzt zu haben, davon 77 % schon seit mehr als fünf Jahren. 97 % der chronisch Kranken und 96 % der nicht chronisch Kranken waren mit ihrem Hausarzt sehr zufrieden. Chronisch Kranke suchten ihren Hausarzt dreimal häufiger auf als nicht chronisch Kranke (sechs versus zwei Konsultationen pro Jahr), chronisch Kranke mit Behinderung hatten sogar bis zu acht Konsultationen in den letzten zwölf Monaten. Die Anzahl der Konsultationen nahm unabhängig davon mit dem Alter zu. Chronisch Kranke gingen eher mit einer Überweisung zum Fachspezialisten als nicht chronisch Kranke (OR 2,0). Über drei Viertel der Befragten in beiden Gruppen fanden die Überweisungspraxis ihres Hausarztes angemessen (ausreichende Erklärung der Gründe für die Überweisung 80 %, richtiger Zeitpunkt > 90 %). 80 % der chronisch Kranken waren mit der Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs von

durchschnittlich 15 Minuten zufrieden. Chronisch Kranke, vor allem die Patientengruppe mit Behinderungen, nahmen im Laufe eines Jahres überdurchschnittlich häufig Fachspezialisten in Anspruch (67 % bzw. 72 % der Befragten). Dabei erlebten chronisch kranke Patienten, insbesondere die Gruppe der Befragten mit Behinderungen, deutlich häufiger Kommunikations- und Kooperationsprobleme als nicht chronisch Kranke (OR 2,1 bzw. 4,8). Die Häufigkeit von Doppeluntersuchungen war in beiden Gruppen ähnlich (21 % bzw. 24 % der Fälle). 28 % der Befragten mit den chronischen Erkrankungen Asthma bronchiale/Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Diabetes mellitus oder KHK nahmen an einem Disease Management-Programm (DMP) teil. DMP-Patienten waren insgesamt sehr zufrieden mit den Programmen und fühlten sich in 68 % der Fälle durch Ärzte besser versorgt (vgl. dazu auch Unterkapitel 6.5).

668. In dem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) für Deutschland ausgewerteten Teil einer internationalen Studie des Commonwealth Fund, in der 1 474 Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand, chronischer Erkrankung, Behinderung, Krankenhausaufenthalt bzw. schwerer Operation in den letzten zwei Jahren befragt wurden, ergab sich ebenfalls eine sehr gute Beurteilung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland aus Sicht chronisch kranker Patienten. 97 % der Befragten hatten einen Hausarzt und 78 % waren dort seit mehr als fünf Jahren in Betreuung. 44 % der chronisch kranken Patienten bewerteten die Behandlung bei ihrem Hausarzt als exzellent oder sehr gut und 48 % als gut. 99 % der Hypertoniepatienten erhielten in den letzten zwölf Monaten eine Blutdruckkontrolle und kardiovaskuläre Risikopatienten zu 95 % eine Bestimmung des Serumcholesterinwerts. Patienten mit Lungenerkrankungen, die ein Dosieraerosol (Spray) besaßen, gaben in 90 % der Fälle an, Anweisungen von ihrem Arzt zur Anpassung der Dosis bei Atemnot bekommen zu haben. Diabetespatienten hatten zu 55 % eine Messung des HbA1C-Wertes plus eine Augenhintergrund- und Fußuntersuchung erhalten, aber nur 46 % der Befragten waren zum Thema Ernährung und Bewegung beraten worden. Optimierungsbedarf besteht möglicherweise bei der Arzt-Patienten-Kommunikation: 85 % der chronisch kranken und 81 % der älteren Patienten gaben an, dass ihr Arzt nicht immer mit ihnen über ihre Medikamente spricht. 61 % aller Befragten fanden, dass ihr Arzt sie nicht immer über Behandlungsalternativen aufklärt und nach ihrer Meinung fragt. 42 % waren der Meinung, dass sie keine klaren Anweisungen bezüglich Warnsymptomen erhalten hätten. 40 % berichteten über Koordinationsprobleme zwischen verschiedenen Leistungserbringern, 20 % über Doppeluntersuchungen und 23 % über widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten zu ihrer Erkrankung (Sawicki 2005).

669. Im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2008 wurden die Angaben von 1 389 Befragten ausgewertet, die im letzten Jahr Kontakt zu ihrem Hausarzt hatten. Dabei zeigte sich, dass Patienten, die ihren Hausarzt nicht als feste Anlaufstelle im Gesundheitssystem nutzen, eine signifikant niedrigere Zufriedenheit mit der Kommunikation

¹⁵⁵ OR = Odds Ratio. Auch als Quoten- oder Chancenverhältnis bezeichnet. Die OR gibt hier die Chance an, mit der ein Zusammenhang besteht bzw. um wie viel größer die Chance (im Sinne einer Quote) bei Vorliegen einer der genannten Bedingungen ist. Das Quotenverhältnis nimmt Werte zwischen 0 und unendlich an. Ein Wert von 1 bedeutet ein gleiches Quotenverhältnis = kein Zusammenhang.

und dem Informationsverhalten des Hausarztes aufweisen (OR 5,2). Außerdem wurde die Koordination von Leistungen verschiedener Ärzte häufiger als unzureichend erlebt. Patienten mit einem Hausarzt als fester Anlaufstelle im Sinne eines Kernelementes eines *medical home* (Unterkapitel 7.2) wussten häufiger über ihre Ansprüche bezüglich Früherkennungsuntersuchungen Bescheid und ließen diese auch öfter durchführen. Sie erlebten die Zeitdauer des Arzt-Patienten-Gesprächs eher als ausreichend und waren öfter der Meinung, ihr Hausarzt habe sie gründlich genug untersucht. Darüber hinaus waren sie seltener mit der Gesundheitsversorgung insgesamt unzufrieden (Marstedt 2008).

670. Im Rahmen einer internationalen Studie der European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP) wurden 2 224 Patienten in Deutschland (Durchschnittsalter 53,7 Jahre) zu ihrer Zufriedenheit mit der Qualität der Behandlung, der Erreichbarkeit ihres Hausarztes, der Partizipation und der Information über die Therapie, den Angeboten zur Prävention und den Wartezeiten in der Praxis befragt. Dabei zeigten sich insgesamt ebenfalls sehr positive Ergebnisse. Insbesondere die Zugänglichkeit/Erreichbarkeit ihres Hausarztes (*accessibility*) bewerteten mehr als 93 % der Befragten als sehr gut (Grol et al. 2000).

Auch die deutschen Ergebnisse der oben beschriebenen Studie des Commonwealth Funds (Sawicki 2005) zeigten, dass der Zugang zur hausärztlichen Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich niedrigschwelliger und einfacher als in anderen Ländern ist: Nur ein Viertel der befragten Patienten klagte über Schwierigkeiten, außerhalb der regulären Sprechzeiten medizinische Leistungen zu bekommen, und 56 % der Befragten gaben an, dass sie noch am gleichen Tag einen Behandlungstermin bekommen hatten. 23 % der Befragten meinten, dass eine Behandlung in der stationären Notfallambulanz unnötig gewesen wäre, wenn ihr Hausarzt erreichbar gewesen wäre. Bezüglich des Leistungskriteriums Gleichheit und Gerechtigkeit (*equity*) des Zugangs zur primärmedizinischen Versorgung schnitt Deutschland ebenfalls besser ab als andere Länder: So waren Patienten mit niedrigem Einkommen häufiger (in 60 % versus 56 % der Fälle) noch am selben Tag behandelt worden.

Außerdem ergab die Studie, dass die Qualität der Versorgung in Deutschland nicht abhängig vom Versicherungsstatus ist und dass Patienten in Deutschland weniger Zahlungen zu Gesundheitsleistungen aufbringen müssen als in anderen Ländern.

Eine weitere Untersuchung des Commonwealth Funds im Jahr 2007 (Schoen et al. 2007), in der 1 407 Patienten befragt wurden, zeigte ähnlich gute Ergebnisse bezüglich Zugänglichkeit und Gleichheit und bescheinigte Deutschland darüber hinaus eine gute Qualität der hausärztlichen Versorgung: Lediglich 9 % der Befragten gaben an, dass im Zusammenhang mit ihrer Behandlung oder Medikation jemals Fehler aufgetreten waren, bei nur 6 % war ein Irrtum bei einer diagnostischen oder Laboruntersuchung entstanden, und bei 15 % waren Doppeluntersuchungen

durchgeführt worden. 75 % der Befragten schätzten die Qualität der Versorgung als hoch ein.

6.1.5 Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung in Deutschland

671. Die hausärztliche Versorgung steht in Deutschland wie auch in vielen anderen entwickelten Ländern vor erheblichen Herausforderungen. Als Stichworte seien an dieser Stelle nur die Zunahme der Versorgungslast durch chronische Krankheit und Multimorbidität einerseits und der bereits deutlich erkennbare Nachwuchsmangel andererseits genannt. Im Folgenden sollen die wichtigsten Herausforderungen genauer betrachtet werden. Inwieweit es gelingt, diese anzunehmen bzw. zu bewältigen, wird für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung von erheblicher Bedeutung sein.

6.1.5.1 Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses

672. Um die Einflussfaktoren auf die Karriere- und Lebensplanung angehender Ärzte zu untersuchen, wurden an der Berliner Charité Studierende im Praktischen Jahr befragt (Dettmer/Kuhlmey 2008): Allgemeinmedizin wird nur von 7 % der Befragten als Facharztrichtung erster Wahl angegeben. Die antizipierte Unzufriedenheit mit den ärztlichen Arbeitsbedingungen ist generell sehr hoch. Für gut 62 % ist der private Lebensbereich genauso wichtig wie der berufliche Bereich und knapp 32 % gewichten das Privatleben sogar höher als das Berufsleben. 65 % der Befragten planen die Gründung einer Familie bzw. die Geburt von Kindern unmittelbar nach dem Studium, womit eine Verzögerung des Berufseinstiegs verbunden ist. Mehr als ein Drittel (36,9 %) plant eine Tätigkeit im Ausland, annähernd die Hälfte (46,1 %) ist noch unsicher und lediglich 17 % planen derzeit keine Auslandstätigkeit.

673. Nach einer Befragung der Online-Plattform „studieren.de“ des Deutschen Ärzteblatts, unterstützt durch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), konnten sich im Frühjahr 2007 zwei Drittel der insgesamt 1 600 befragten Studierenden vorstellen, für immer auszuwandern (Richter-Kuhlmann 2008). Real ergab sich im Jahr 2008 erneut ein negatives Wanderungssaldo: rund 2 050 deutsche Ärzte emigrierten und die Zahl der in Deutschland tätigen, ausländischen Ärzte erhöhte sich um 1 350 (vor allem aus Österreich, Griechenland und Osteuropa) (Kopetsch 2009). Angesichts der weiterhin steigenden Gesamtzahl berufstätiger Ärzte (Stand 2008: rund 320 000, Kopetsch 2009) ist ein negativer Wanderungssaldo von 700 allein aber nicht besorgniserregend.

674. Angesichts einer im internationalen Vergleich insgesamt immer noch relativ hohen Ärztedichte in Deutschland muss hier das Augenmerk zukünftig stärker als bisher auf die Struktur der ärztlichen Versorgung gerichtet werden. Wie in diesem Kapitel näher beschrieben, zeichnet sich zukünftig insbesondere für die hausärztliche Versorgung ein – regional unterschiedlich ausgeprägter – Mangel in der Primär- bzw. Grundversorgung der Bevölkerung ab. Ähnliche Entwicklungen werden auch aus an-

deren europäischen Ländern berichtet. So ergab zum Beispiel eine Befragung von 439 Medizinstudierenden in der Schweiz, die sich bereits für eine Weiterbildungsrichtung entschieden hatten, dass nur 8,6 % die Absicht hatten, in der Primärversorgung tätig zu werden (Buddeberg-Fischer et al. 2006).

675. Eine Analyse von Interviews mit Medizinstudierenden und bereits hausärztlich tätigen Ärzten weist auf ein Imageproblem des Fachs Allgemeinmedizin hin: Studierende an Universitäten ohne etablierte akademische Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern sehen Allgemeinmedizin zum Teil besonders kritisch. Frühe kritische Auseinandersetzungen mit Patientenschicksalen und die Absolvierung des Blockpraktikums in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen können jedoch zu einem Einstellungswandel führen (Schmacke et al. 2008).

6.1.5.2 Veränderte Erwartungen und Einstellungen

676. Aus Sicht praktizierender Hausärzte, vor allem aber aus der Sicht potenziell interessierter Nachwuchsmediziner, werden wiederholt diverse Faktoren benannt, die eine Entscheidung für eine Tätigkeit als niedergelassener Hausarzt erschweren können.

677. Die Notwendigkeit einer nicht unerheblichen persönlichen Verschuldung bei Praxisneugründungen oder (heute häufigerem) „Einkauf“ in eine Praxis wird vielfach als Belastung gesehen, die nach Möglichkeit vermieden werden sollte. Die Vorstellung, durch langjährige Zins- und Tilgungszahlungen in seiner persönlichen Entscheidungsfreiheit und Mobilität eingeschränkt zu sein und gleichzeitig erhebliche Risiken als selbständiger „Kleinunternehmer“ zu tragen, wird als empfindliche Einschränkung wahrgenommen. Der Wunsch, diese Einschränkungen zu vermeiden, führt schon jetzt dazu, dass eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis als attraktive Alternative zu einer Niederlassung in eigener Praxis angesehen wird.

678. Nicht nur der zukünftig erheblich weiter steigende Frauenanteil unter den hausärztlich Tätigen (vgl. Unterkapitel 2.7) führt zu einem faktisch veränderten Tätigkeitsumfang. Zukünftige Hausärztinnen, aber auch männliche Nachwuchsärzte, werden voraussichtlich weniger als ihre Vorgängergenerationen bereit sein, die traditionell sehr hohen Wochenarbeitszeiten in der eigenen Praxis zu akzeptieren. Die Erwartung einer stärkeren Berücksichtigung einer ausgeglicheneren „Work-Life-Balance“, insbesondere die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, dürfte letztlich auch bei gleicher Anzahl an Ärzten zu einer geringeren Pro-Kopf-Arbeitsleistung führen. So ist schon jetzt deutlich, dass häufiger als bisher Teilzeitbeschäftigungen bevorzugt werden. Diese Entwicklung muss zukünftig auch bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, da die reine Anzahl tätiger Ärzte zur Beurteilung der Bedarfsdeckung nach bisherigen Maßstäben allein nicht ausreichend ist. Selbst bei Aufrechterhaltung gleicher Niederlassungszahlen („Köpfe“) dürfte aufgrund unterschiedlicher Vollzeitäquivalenz die damit gegebene tatsächliche Versorgungskapazität sinken. Die Berücksichti-

gung von Anrechnungen und Teilzeitanstellungen ist zwar in § 17 der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt, trotzdem vermitteln die darauf basierenden Statistiken ein unvollständiges Bild, da Ärzte zwar mit einer Vollzeitzulassung bzw. -anstellung erfasst sein können, ihr tatsächlicher Arbeitseinsatz aber durchaus geringer sein kann.

679. Der generelle Wandel sozialer Rollen (hier des Arztberufes) und der zukünftig höhere Anteil von Hausärztinnen führt zu einer weiteren Veränderung, die insbesondere mit Blick auf die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen von Bedeutung ist. Etwas überzeichnet war das traditionelle Rollenverhalten eines männlichen „Landarztes“ häufig damit verbunden, dass dieser sich nach Abschluss seiner klinischen Weiterbildung niederließ und seine Ehefrau ihrem Mann zum Ort seiner Niederlassung folgte. Ehefrauen niedergelassener Ärzte wurden sodann nicht selten ebenfalls in der Praxis tätig, je nach eigener Primärqualifikation z. B. als Arzthelferin, Krankenschwester oder Bürokräftin. Mit dem „Bundesverband der in der Praxis mitarbeitenden Arzthelferinnen e. V.“ wurde sogar eine eigene Interessenvertretung der auf diese Weise engagierten Partnerinnen niedergelassener Ärzte geschaffen. Zukünftige Ärztinnen und Ärzte werden weitaus häufiger sozial gleichgestellte, selbst akademisch gebildete Lebenspartner haben, die (in einer zunehmend globalisierten Welt) eine eigene berufliche Karriere verfolgen und insofern auf dem Land weniger bzw. keine angemessene (berufliche und persönliche) Perspektive erkennen werden. Das umgekehrte Modell von „in der Praxis mitarbeitenden Arzthemännern“ wird daher auch zukünftig voraussichtlich eine eher seltene Ausnahmeerscheinung bleiben. Im Ergebnis muss also damit gerechnet werden, dass es auch aufgrund dieses Zusammenhangs schwerer wird, Nachwuchsmedizinerinnen für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen zu gewinnen. Verschärfend kommt hinzu, dass eine als unzureichend erlebte Infrastruktur (Kindergärten, Schulen, kulturelle Angebote, Verkehrsanbindungen) die Ansiedlungsbereitschaft weiter reduzieren dürfte.

680. Steigende Patientenerwartungen bis hin zum *consumerism* (Ärzte und andere Gesundheitsberufe werden als reine Dienstleister gesehen, deren Fachkompetenz wie andere Dienstleistungen abgerufen bzw. konsumiert wird) sowie der Wandel von einem eher paternalistischen Modell hausärztlicher Tätigkeit zu einer stärker partizipativ ausgebildeten, gemeinsamen bzw. partnerschaftlichen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) führen ebenfalls zu einer erkennbaren Veränderung der konkreten Berufsübung. Die damit von allen Beteiligten verlangte Veränderungs- bzw. Anpassungsbereitschaft wird zum Teil als Belastung gesehen, welche die Wahl dieses Tätigkeitsfeldes unattraktiver erscheinen lässt.

681. Die Allgemeinmedizin ist als Fach insgesamt heterogener als andere, oft auf ein Organsystem (z. B. Kardiologie, Augenheilkunde) oder eine Technik (z. B. Radiologie, Labormedizin) bezogene Disziplinen. Real existierende hausärztliche Praxen unterscheiden sich nicht nur in ihrer Lage (z. B. Stadt versus Land) und ihrer Größe (z. B. kleine Einzelpraxis ohne oder mit nur einem Medizini-

schen Fachangestellten versus große Gemeinschaftspraxis mit zahlreichen Mitarbeitern), sondern auch nach ihrer fachlichen Ausrichtung. Diese betrifft zum einen die Primärqualifikation der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte (Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin und Praktische Ärzte), zum anderen aber auch die individuellen Praxisschwerpunkte. Das Spektrum reicht hier von der kleinen Praxis mit einem nahezu ausschließlichen Psychotherapie-Schwerpunkt über (insbesondere städtische) Praxen mit eher spezialistischen Angeboten (z. B. Sportmedizin, „IGeL-Praxen“ zu Naturheilverfahren, Reise- bzw. Ernährungsmedizin) bis hin zu (meist ländlichen) großen „Versorgerpraxen“ mit sehr breitem Spektrum (von Kinderheilkunde bis Palliativmedizin). Das damit einhergehende Selbstverständnis der hier Tätigen kann ebenfalls sehr unterschiedlich sein und reicht von einer Identität als stark technisch orientierter „kleiner Internist“ bis hin zur „sprechenden Medizin“ mit einem umfassenden (z. B. anthroposophischen) Leitbild. Ohne diese von Patienten durchaus geschätzte Vielfalt bewerten zu wollen, kann festgehalten werden, dass die im hausärztlichen Bereich besonders ausgeprägte Heterogenität von inhaltlicher Ausrichtung und konkreter Organisation die Ausbildung einer gemeinsamen Identität bis heute erheblich erschwert. Auch die Größe der Fachgruppe (insgesamt rund 58 000 hausärztlich tätige Ärzte) behindert eine gemeinsame, identitätsstiftende Orientierung innerhalb des Fachs und eine klar profilierte, nachvollziehbar attraktive Außendarstellung (u. a. gegenüber dem potenziellen Nachwuchs, anderen Fachgruppen und Kostenträgern).

6.1.5.3 Arbeitsbedingungen am Beispiel Kontaktzahlen und Dokumentation

682. In Deutschland lassen sich immer noch (im internationalen Vergleich) sehr hohe Arzt-Patienten-Kontaktzahlen (z. B. insgesamt 1,46 Milliarden ambulante Arztkontakte im Jahr 2007) beobachten, die im Ergebnis zu einer unnötig hohen Arbeitslast beitragen (vgl. Abschnitt 6.1.4). Zwar wurde die Zahl der abrechenbaren Einzelleistungen inzwischen reduziert, durch die Gebührenregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM 2000) wurde die Frequenz der Arzt-Patienten-Kontakte aber nicht wesentlich reduziert: Die Zahlung einer Versichertenpauschale je Quartal wird nur bei einem Kontakt ausgelöst, ein neu eingeführter „Chroniker-Zuschlag“ kann erst bei einem zweiten Kontakt angesetzt werden. Erst bei einer (teilweise) kontaktunabhängigen Pauschale würde der Anreiz zur regelmäßigen Wiedereinbestellung entfallen. Die weiteren Reformen des EBM 2007 bis 2009 haben die hausärztliche Versorgung ebenfalls nicht grundlegend von den Anreizen zur Mengenausweitung befreien können. Trotz der Ablösung vom System der Punktwerte fühlen sich viele hausärztliche Praxen erneut unter wirtschaftlichem Druck. Es bleibt abzuwarten, ob es gelingt, im Bereich der ab 2009 flächendeckend einzuführenden Hausarztverträge nach § 73b SGB V eine nachhaltige und berechenbare Finanzierungsgrundlage für Hausarztpraxen zu schaffen. Die mit der Ausgestaltung der Honorierung verbundene bzw. empfundene Un-

sicherheit ist ein häufiges Thema von Auseinandersetzungen innerhalb und außerhalb der Fachgruppen und führt im Ergebnis auch zur Verunsicherung des potenziellen Nachwuchses.

Bewertet man die hohe Zahl kurzer Arzt-Patienten-Kontakte im internationalen Vergleich, spiegelt dies unter der Perspektive einer erwünschten kontinuierlichen, vorgeplanten und durch evidenzbasierte Leistungen gekennzeichneten Versorgung eine hohe Fragmentierung wider. Wenn gleichzeitig 80 % der hausärztlichen Patientenkontakte sich eigentlich auf Patientenanliegen im Bereich chronischer Erkrankungen beziehen (Kühlein et al. 2008), scheint hier ein noch von der Akutmedizin geprägtes Inanspruchnahmestandard der „Tyrannei des Dringlichen“ (Gerlach et al. 2006a und b) vorzuliegen, das auch den Hausarzt unbefriedigt lässt, weil er seine Qualifikationen kaum anwenden kann. Wie exemplarisch in dem Praxisbeispiel in Abschnitt 8.2.2 gezeigt, geraten die dann meist unzureichend geplanten Konsultationen in Konflikt zu den Erfordernissen einer durchdachten und geplanten Versorgung und Betreuung chronisch Erkrankter. Gestützt auf genauere Tätigkeitsanalysen (z. B. Yarnall et al. 2003) wurde gezeigt, dass selbst Konsultationen von durchschnittlich 15 Minuten Dauer (was deutlich über dem deutschen Durchschnitt liegt) nicht ausreichen, um die präventiven und beratenden Aufgaben zu erfüllen, die bei vielen chronisch Kranken erforderlich sind (Bodenheimer/Grumbach 2007). Es wurde zudem gezeigt, dass pro hausärztlicher Konsultation bei älteren Patienten durchschnittlich 3,88, bei Patienten mit Diabetes sogar 4,6 unterschiedliche Gesundheitsprobleme bzw. Beratungsanlässe versorgt werden müssen (Beasley et al. 2004) – dies erfordert eine sorgfältige Planung und Prioritätensetzung bei der Umsetzung von entsprechenden Betreuungskonzepten chronischer Erkrankungen.

In der internationalen Diskussion wird aus dieser Lagebeschreibung zumeist die Konsequenz gezogen, dass die Versorgung chronisch Kranker zunehmend in Primary Care-Teams erfolgen muss, in denen die nichtärztlichen Praxismitarbeiter in die Versorgung einbezogen werden, erstens um die Hausärzte zeitlich zu entlasten und zweitens, um strukturierte, vorgeplante Behandlungspläne patientennah zu unterstützen. Zusätzlich sollten die Möglichkeiten alternativer Konsultationsformen (inklusive telefonischer und elektronischer Kontakte) ausgeschöpft werden. Nach Erfahrungen in US-amerikanischen Managed Care-Organisationen könnte unter diesen Bedingungen die Zahl der Arztkontakte um bis zu ein Drittel gesenkt werden, was den Ärzten entsprechend mehr Zeit für längere und umfassendere Konsultationen mit Patienten die zahlreiche oder komplexe Gesundheitsprobleme haben, ließe.

683. Der hausärztlichen Dokumentation, deren Bedeutung auch in § 73 SGB V hervorgehoben wird, kommt nicht nur bei der Zusammenführung gebietsärztlicher Befunde und Therapien eine Schlüsselrolle in der Praxis zu. Bis heute ist die Ausstattung der Hausarztpraxen mit (den Versorgungsaufgaben gegenüber) angemessenen Dokumentationsroutinen jedoch äußerst unzureichend. In der

informationstechnischen Ausstattung und in der Nutzung der Funktionalitäten einer elektronischen Patientenakte liegen die Hausarztpraxen in Deutschland im Vergleich z. B. zu denen mehrerer europäischer Nachbarländer weit zurück. Eine aktuelle Studie (Davis et al. 2008) mit einem Vergleich in sieben Ländern (6 536 befragte Ärzte) zeigte, dass z. B. in den Niederlanden 98 % der Primärärzte eine elektronische Patientenakte nutzen, in Großbritannien 89 %, in Deutschland dagegen nur 42 %. Geringer war der Nutzungsgrad nur in den USA (28 %) und Kanada. Die Studie untersuchte weiterhin die Nutzung von 14 wichtigen Funktionalitäten dieser Akte (z. B. Verordnungsunterstützung, Erinnerung an Routineuntersuchungen, Unterstützung der Kommunikation mit Patienten wie Erinnerungsmeldungen oder Übermittlung von Testergebnissen) und unterschied Systeme mit geringer Leistungsfähigkeit (max. zwei dieser Funktionalitäten) von solchen mit hoher Leistungsfähigkeit (sieben und mehr Funktionalitäten). In der Studie konnten überdies Zusammenhänge zwischen der Leistungsfähigkeit der Systeme und ihrer Nutzung sowie wichtigen Qualitäts- und Sicherheitsmerkmalen der Versorgung belegt werden. So waren 88 % der britischen, aber nur 37 % der US-amerikanischen Ärzte in der Lage, eine aktuelle Medikationsliste ihrer Patienten zu generieren, eine Funktion mit wichtigen Konsequenzen für die Abstimmung mit mitbehandelnden Ärzten und für die Arzneimittelsicherheit. Drei Viertel aller Ärzte mit sehr leistungsfähigen Systemen fühlten sich gut gerüstet für die Versorgung multimorbider Patienten, aber nur zwei Drittel der Ärzte mit Systemen mit geringer Leistungsfähigkeit. 43 % der Ärzte mit sehr leistungsfähigen Systemen hatten Routinen für die Bewältigung unerwünschter Ereignisse, aber nur 27 % der Ärzte mit leistungsschwachen. Ebenfalls berichteten 31 % der erstgenannten Ärzte über Verbesserungen in der Versorgungsqualität in den letzten fünf Jahren, aber nur 21 % der Ärzte mit leistungsschwachen Systemen. Für die USA, die über ein im Vergleich zu Deutschland ganz ähnliches marktwirtschaftliches System des Vertriebs von unterschiedlichsten Praxissoftwaresystemen ohne verbindliche nationale Standards verfügt, wird gefolgert, dass es einer – im Einzelnen wie auch immer gestalteten – *federal leadership* und einer Normsetzung bedürfe, um hier zu raschen Fortschritten zu kommen. In einem weiteren Gutachten kommt der Commonwealth Fund zu dem Ergebnis, dass es unterschiedliche Systeme gesamtstaatlicher Regulierung geben könne, die hier zu einer Lösung führen (Blumenthal 2009). Zu beachten ist aber, dass eine einheitliche elektronische Daten- und Austauschplattform (wie z. B. die elektronische Gesundheitskarte) allein nicht dazu führen muss, dass sich die Leistungsfähigkeit der im klinischen Alltag verwendeten Systeme verbessert. Hier sind gezielte Anstrengungen notwendig.

Die hausärztliche Dokumentation muss zukünftig nicht nur den Gesundheitsverlauf des individuellen Patienten in der Primärversorgung angemessen darstellen können, sondern es dem Hausarzt erstens auch erlauben, aus den vorhandenen Informationen die notwendigen Schlüsse zu ziehen (Beispiel: aus vorhandenen Labordaten, z. B. zur

Nierenfunktion, muss eine Warnung – im Idealfall automatisch – gegenüber einem bestehenden Medikationsrisiko erzeugt werden) und ihm zweitens erlauben, seiner bevölkerungsmedizinischen Funktion und seinem Auftrag zur Qualitätsförderung nachzukommen (z. B. durch die Bereitstellung entsprechender Statistiken seines Patientenkontexts). Notwendig für eine effektive primärärztliche Versorgung sind u. a. Routinen zur Unterstützung der Impfmedizin, des Monitorings von chronischen Erkrankungen oder von Arzneimitteltherapien. Auch die Unterstützung von Pfaden strukturierter Versorgung sowie Möglichkeiten des Feedbacks zur leitlinienbasierten Therapie oder zu Praxisbesonderheiten sind bislang kaum realisiert. Bis heute ist festzustellen, dass die Ausstattung der Praxen mit Informationstechnik (soweit genutzt) völlig unzureichend auf die Erfüllung der primärärztlichen Funktionen des Hausarztes abgestimmt ist. Die Schlüsselstellung der Informationstechnik für die moderne Hausarztpraxis kommt darin zum Ausdruck, dass die erhobenen Daten jeweils auch Valenzen für unterschiedliche Bereiche aufweisen (Therapiesicherheit, Qualitätsförderung, bevölkerungsmedizinische und wirtschaftliche Übersicht) und nicht nur auf die Abrechnungsbegründung zielen, die bisher zu Unrecht allein im Vordergrund stand.

684. In zahlreichen europäischen Nachbarländern (z. B. Niederlande, Großbritannien, Belgien¹⁵⁶) wurden inzwischen wegweisende Anstrengungen zur Optimierung der hausärztlichen Dokumentation unternommen. Ergebnis ist u. a., dass die Kodierung der festgestellten Erkrankungen nach ICD-10 in der primärärztlichen Versorgung insbesondere deswegen unpraktikabel ist, weil sie zu einer vorschnellen Festlegung auf diagnostische Termini zwingt, während in der Hausarztmedizin häufig Frühstadien einer Erkrankung oder sogar bloße Risikokonstellationen gesehen und behandelt werden. Die International Classification of Primary Care (ICPC 2e) bietet hier eine Alternative, insofern sie auch Patienten Anliegen und diagnostisch noch nicht klärbare Krankheitszustände zu verschlüsseln erlaubt. Eine Zusammenführungstabelle mit dem ICD-10 liegt vor (Kühlein et al. 2008). In der hausärztlichen Langzeitbetreuung spielt überdies die Dokumentation der gesundheitlichen Patienten Anliegen in Form des Episodenbezugs (abgelöst von der quartalsmäßigen Aufzeichnung eines Falls ohne Kontinuität) eine wichtige Rolle. Langzeitige Episoden können aktuell aktiv, inaktiv oder abgeschlossen sein. Diesem Gesichtspunkt hausärztlicher Dokumentation wird in Anbetracht der Flächendeckung hausärztlicher Versorgung unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sowie mit Blick auf eine stärker populationsorientierte Versorgung zukünftig sogar besondere Bedeutung zukommen, wenn es um die möglichst lückenlose und zugleich valide Dokumentation des Gesundheitszustands der Versicherten geht (Erler et al. 2009).

¹⁵⁶ In Belgien erhalten Hausärzte seit 2004 einen staatlichen Zuschuss zum Erwerb eines amtlich zertifizierten zukunftsorientierten Praxis-EDV-Systems (Verbeeke 2004).

6.1.5.4 Ausbildung

685. Mit Blick auf die Rekrutierung einer ausreichenden Zahl zukünftiger Allgemeinmediziner hat sich die universitäre Ausbildung von Ärzten als ein zentrales Handlungsfeld herausgestellt. Einige Untersuchungen lassen erkennen, inwieweit der Zugang (Zulassung) zum und die konkrete Ausgestaltung des Medizinstudium(s) die Motivation für eine spätere hausärztliche Tätigkeit und insbesondere die Bereitschaft zur entsprechenden Versorgung im ländlichen Bereich beeinflussen.

686. Alle Studienanfänger des Studienfachs Medizin (n = 344) der Universität Marburg wurden zu Beginn des Wintersemesters 2004/2005 zu ihren studienbezogenen Motiven, Zielen und Hoffnungen befragt (Sönnichsen et al. 2005). 94,8 % (n=326) aller Erstsemester beteiligten sich. Als wichtigste Motive und Wünsche der Studierenden zeigten sich das Arbeiten mit Menschen, die Hilfeleistung für andere und die Verwirklichung der eigenen Ideale. Während zwischen den Geschlechtern nur geringe Differenzen bezüglich der Berufsziele bestanden, zeigten sich deutliche Unterschiede in der Art der Hochschulzulassung: Von den Studierenden, die über das Kriterium Abiturnote zugelassen wurden, möchte der geringste Anteil hausärztlich tätig werden. Der größte Teil dieser Gruppe ist noch unentschlossen. Die Gruppe der direkt von der Hochschule (über Auswahlverfahren) Zugelassenen weist hingegen den größten Anteil an Studierenden auf, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben (Tabelle 79).

Bezogen auf den späteren Bedarf besteht damit bereits bei den Studienanfängern eine absolut unzureichende Motivation zur hausärztlichen Tätigkeit.

687. In Ländern wie Großbritannien, Niederlande und Skandinavien, in denen die Allgemeinmedizin ein hohes Ansehen und große Versorgungsanteile hat, ist dieses Fach auch als akademische Disziplin an den jeweiligen Universitäten deutlich stärker etabliert, als dies in Deutschland bislang der Fall ist. So gibt es z. B. in Großbritannien insgesamt 31 akademische Abteilungen mit zusammen 66 Professoren für Allgemeinmedizin. Etwa ein Drittel aller Allgemeinpraxen in Großbritannien ist in-

zwischen an der Ausbildung Studierender beteiligt, und die Allgemeinmedizin ist für 9 % (6 bis 12 %) des gesamten Medizincurriculums verantwortlich.

688. In mehreren Ländern (u. a. USA, Schottland, Australien, Kanada und Neuseeland) wurde auf die Gefährdung der medizinischen Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen durch eine gezielte Ausbildung von Medizinern für strukturschwache Regionen reagiert. So werden z. B. in Australien seit vielen Jahren intensive Anstrengungen unternommen, um die ärztliche Basisversorgung in abgelegenen Landesteilen sicherzustellen (Holub/Williams 1996). Neben finanziellen Förderprogrammen, Stipendien und Studienplatzkontingenten, die späteren Landärzten vorbehalten sind, haben einige medizinische Fakultäten zur Vorbereitung auf eine entsprechende Tätigkeit auch spezielle Ausbildungsprogramme etabliert (Rosenblatt et al. 1993; Rabinowitz/Paynter 2000; Rosenblatt et al. 2006). An der Universität von Philadelphia in Pennsylvania (USA) wurde bereits Mitte der siebziger Jahre ein „Physician Shortage Area Program (PSAP)“ mit durchschnittlich fünfzehn Studierenden pro Jahr etabliert, das bis heute fortgesetzt wird. Das Programm basiert zunächst darauf, dass gezielt solche Studierende rekrutiert werden, die in ländlichen Gebieten bzw. Kleinstädten aufgewachsen sind bzw. dort einen überwiegenden Teil ihres Lebens verbracht haben und die zu einer späteren Tätigkeit als Allgemeinarzt (*family doctor*) in einer ähnlichen Region bereit sind. Die Studierenden des Programms treffen sich regelmäßig als Gruppe, in der programmbezogene Themen und Karrierefragen diskutiert werden. Mentoren des Departments of Family Medicine begleiten die Studierenden durch das gesamte Studium. Programmteilnehmer werden zusätzlich mit rückzahlbaren Darlehen unterstützt, die jedoch nur einen kleinen Teil der üblichen Studien- und Lebenshaltungskosten abdecken. Im dritten und vierten Studienjahr sind jeweils längere allgemeinmedizinische Praktika (*clerkship, subinternship, preceptorship*) in Landpraxen bzw. Praxen in Kleinstädten vorgesehen. Nach Abschluss des Studiums wird von den PSAP-Studierenden erwartet, dass sie eine dreijährige allgemeinmedizinische Weiterbildung an einem Ort ihrer Wahl und eine allgemeinmedizinische Tätigkeit auf dem Land bzw. in ei-

Tabelle 79

Berufsziele von Medizinstudierenden in Abhängigkeit von der Hochschulzulassung

	Zulassung über		
	Abiturnote (n = 232)	Hochschule (n = 18)	Wartezeit (n = 48)
Hausarzt (%)	4,3	16,7	12,5
Facharzt (%)	38,4	33,3	45,8
Sonstiges Ziel (%)	6,9	5,6	4,2
Unentschlossen (%)	50,4	44,4	37,5

n = 298, keine Angabe = 28.

Quelle: Sönnichsen et al. 2005: 224

ner Kleinstadt aufnehmen. Es gibt dabei keine rechtlich verbindlichen Regelungen für die Aufnahme einer entsprechenden Weiterbildung bzw. Praxistätigkeit. Aus früheren Untersuchungen war bereits bekannt, dass PSAP-Absolventen achtmal häufiger eine allgemeinmedizinische Tätigkeit im ländlichen Raum aufnehmen als Studierende, die nicht an dem Programm teilnahmen (Rabinowitz et al. 1999). Analysen zeigten, dass ungefähr drei Viertel des Erfolgs dieses Programms auf die Zulassungskomponente (Rekrutierung von Studierenden aus dem ländlichen Raum) zurückgeführt werden kann (Rabinowitz et al. 2001). Eine Langzeitevaluation des Programms ergab, dass auch 11 bis 16 Jahre nach Durchlaufen des Programms noch 68 % der PSAP-Absolventen – gegenüber 46 % der Nicht-Teilnehmer – weiterhin als Allgemeinmediziner im ländlichen Raum tätig sind (Rabinowitz et al. 2005). Die gute Wirksamkeit von gezielten Förderprogrammen zur Gewinnung von Allgemeinärzten für ländliche Gebiete sowie Gebiete mit geringeren Durchschnittseinkommen ihrer Bewohner (*low-income areas*) konnte wiederholt gezeigt werden (Fryer et al. 2002; Krist et al. 2005).

689. Mehrere Reviews beschreiben universitäre und curriculare Einflussfaktoren für eine verbesserte Rekrutierung zukünftiger Hausärzte sowie deren Verbleib im ländlichen Bereich (Ranmthugala et al. 2007; Hsuch et al. 2004). Sie kommen zu dem Schluss, dass sich hier verschiedene Faktoren als effektiv erwiesen haben und zusammenwirken sollten: Eine entsprechende Auswahl von motivierten Studienanfängern aus dem ländlichen Raum, ein curriculärer Schwerpunkt auf dem hausärztlichen Versorgungsbereich mit Unterricht in diesem Setting (*community based teaching*) sowie Patenprogramme mit ländlichen Praxen.

690. Im Sommersemester 2008 wurden alle 151 Studierende des 10. Semesters vor und nach Absolvieren des zweiwöchigen Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt gefragt, ob sie sich „vorstellen können, Allgemeinarzt zu werden“. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala mit Bewertungen von „1 = stimme überhaupt nicht zu“ bis „6 = stimme völlig zu“ stieg der Durchschnittswert von 3,07 vor dem Praktikum auf 3,73 nach dem Praktikum ($p=0,001$). Der Geschlechtervergleich ergab bei den 58 männlichen Studierenden einen durchschnittlichen Zuwachs von 0,78 und bei den 93 weiblichen Studierenden einen Zuwachs von 0,59 (jeweils $p=0,01$). Die unterschiedliche Bewertung von weiblichen und männlichen Studierenden ist auf dem Niveau von 0,027 signifikant. Somit erscheint sicher, dass die aus drei Seminartagen und einem siebentägigen Praxisteil in einer Hausarztpraxis bestehende Unterrichtsveranstaltung Studierende zur Entscheidung für den Hausarztberuf motiviert. Männliche Studierende sind dabei signifikant stärker motivierbar als weibliche Studierende (Schäfer 2009).

691. Eine Befragung von Medizinstudierenden in Berlin kam zu folgendem Schluss (Rufer et al. 2008): „Die favorisierten Fachrichtungen im Jahr 2008 sind Innere Medizin und Chirurgie; erst an fünfter Stelle steht die Allgemeinmedizin.“ 13,38 % der Studierenden mit bereits

vorhandenem Berufswunsch geben an, eventuell als Allgemeinarzt arbeiten zu wollen. Im Jahr 1988 waren es (im Raum Freiburg) noch 27,66 %. Die Option der Kombination Niederlassung, Forschung und Lehre wird in der aktuellen Umfrage von keinem Studierenden in Betracht gezogen. Als Beweggründe für den Wunsch, Allgemeinarzt werden zu wollen, werden hauptsächlich die fachübergreifende Versorgung (40 %) und die Betreuung von Patienten in ihrem sozialen Umfeld (38 %) angegeben. Aus der 1988 durchgeführten Umfrage ist ersichtlich, dass auch dort das Interesse am Gesamtgebiet der Humanmedizin einen wichtigen Aspekt darstellte (43 %). Ein weiterer Aspekt war hier der Wunsch, im ländlichen Raum eine Praxis eröffnen zu wollen (38 % der Studierenden 1988 im Freiburger Raum; 11 % 2008 in Berlin). Folgende Teilaspekte der hausärztlichen Tätigkeit werden von einem Teil der Studierenden (in %) als gering bis sehr gering eingeschätzt (5-Punkt-Skala, Einstellung der Studierenden zur Allgemeinmedizin nach dem Blockpraktikum 2008): Karrieremöglichkeiten in der Allgemeinmedizin: 55,9 %, Verdienstmöglichkeiten des Hausarztes: 41,6 %, Ansehen des Hausarztes in der Ärzteschaft: 37,5 %. Die fachlichen Anforderungen der hausärztlichen Medizin werden von 69 % der Studierenden als hoch bis sehr hoch bewertet. Alle genannten Einschätzungen der Studierenden ändern sich durch das Absolvieren des einwöchigen Blockpraktikums in Berlin nicht signifikant. Die Schlussfolgerung der Studie lautet: Die Attraktivität einer Niederlassung im ambulanten Bereich hat in den letzten 20 Jahren erheblich abgenommen. Als Ursachen werden finanzielles Risiko, Bürokratie, massive Arbeitsbelastung und unangemessene Bezahlung genannt (Korzilius 2008).

692. Eine weitere Befragung von Studierenden der Universität Marburg nach dem zweiwöchigen Blockpraktikum in allgemeinmedizinischen Praxen der Universität Marburg bezüglich ihrer Motivation für eine hausärztliche Tätigkeit ergab die in der folgenden Abbildung dargestellten Resultate.

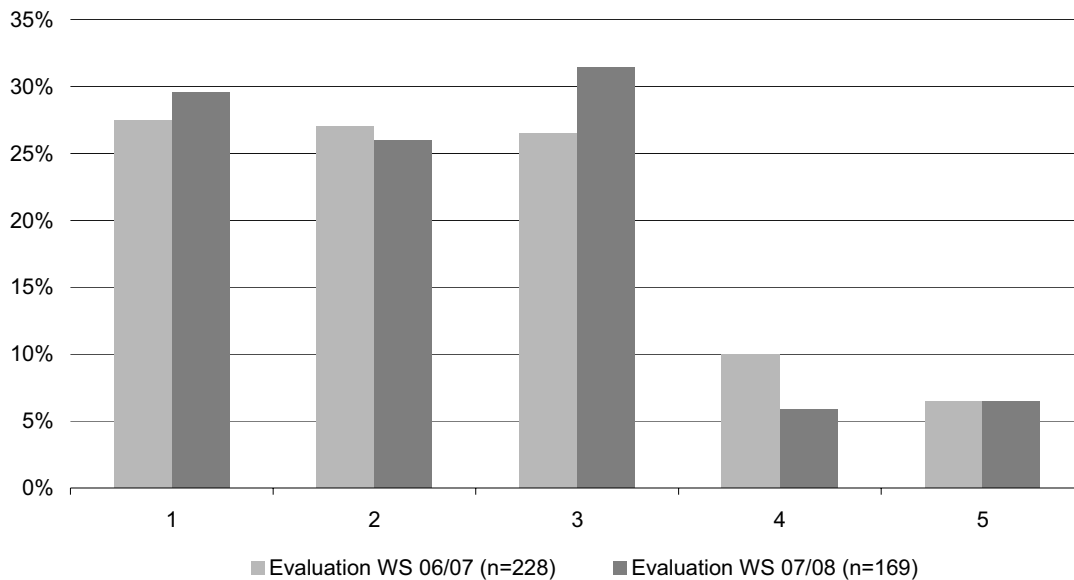
Die Befragungen zeigen, dass bei einer Dauer des Blockpraktikums über fünf Tage und intensiver Einbeziehung von Praxen aus dem ländlichen Raum, wie dies in Frankfurt und Marburg geschieht, die Motivation für das Fach deutlich gesteigert werden kann, während ein kürzeres Praktikum in dem Setting einer Großstadt keinen solchen Einfluss ergab. Möglicherweise ist die Sichtbarkeit der Allgemeinmedizin an der Universität ein weiterer wichtiger Faktor für die Akzeptanz des Faches. An den beiden erstgenannten Standorten ist die Allgemeinmedizin auch schon in der Vorklinik und in früheren klinischen Semestern in den Kursen „Berufsfelderkundung“ bzw. „Einführung in die klinische Tätigkeit“ sowie in Hauptvorlesungen, Seminaren oder Querschnittsfächern präsent.

Ähnliche Ergebnisse werden auch aus den Universitäten Magdeburg und Halle-Wittenberg berichtet. Während sich hier vor einem Blockpraktikum in allgemeinmedizinischen Praxen nur 15,3 % der befragten Studierenden vorstellen konnten, Allgemeinmediziner zu werden, stieg dieser Anteil nach der Hospitation in akademischen Lehr-

Abbildung 45

Motivation von Medizinstudierenden nach Absolvierung eines zweiwöchigen Praktikums in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen

Frage 14: Hat Sie das Blockpraktikum eher ermutigt oder abgeschreckt, Allgemeinärztin/arzt zu werden?



1 = „sehr ermutigt“ bis 5 = „sehr abgeschreckt“

Quelle: Baum 2009, persönliche Mitteilung, eigene Darstellung

praxen auf 43 % (Wintersemester 2007/2008) bzw. 40,1 % (Wintersemester 2008/2009) (Lichte 2009).

693. Eine qualitative Befragung von Medizinstudierenden des 7. Semesters an der Universität Heidelberg ergab, dass weniger die Relevanz eines Fachs in Bezug auf die tatsächliche medizinische Versorgung der Bevölkerung (welche Studierende noch kaum abschätzen können) im Mittelpunkt steht, sondern vielmehr „studiumsinnliche“ Aspekte wie insbesondere die Relevanz eines Fachs in Prüfungen wie dem Staatsexamen. Eine geringe Repräsentanz des Fachs Allgemeinmedizin in den zentralen Prüfungen geht daher auch mit einer geringeren Bedeutung in der Wahrnehmung der Studierenden einher (Götz et al. 2008). Die Einführung eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin würde gleichzeitig auch zu einer obligatorischen Staatsexamensprüfung aller Absolventen im Fach Allgemeinmedizin führen und somit die Sichtbarkeit und empfundene Relevanz der Allgemeinmedizin innerhalb des Medizinstudiums verbessern.

694. Die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin hat, hauptsächlich infolge einer Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO, Reduktion der Studienplätze, u. a. durch Einführung von Kleingruppenunterricht) in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Während 1993 noch 11 555 Studierende der Humanmedizin ihr Studium abschlossen, wurden 2007 nur noch 9 574 Absolventen gezählt (Abbildung 46).

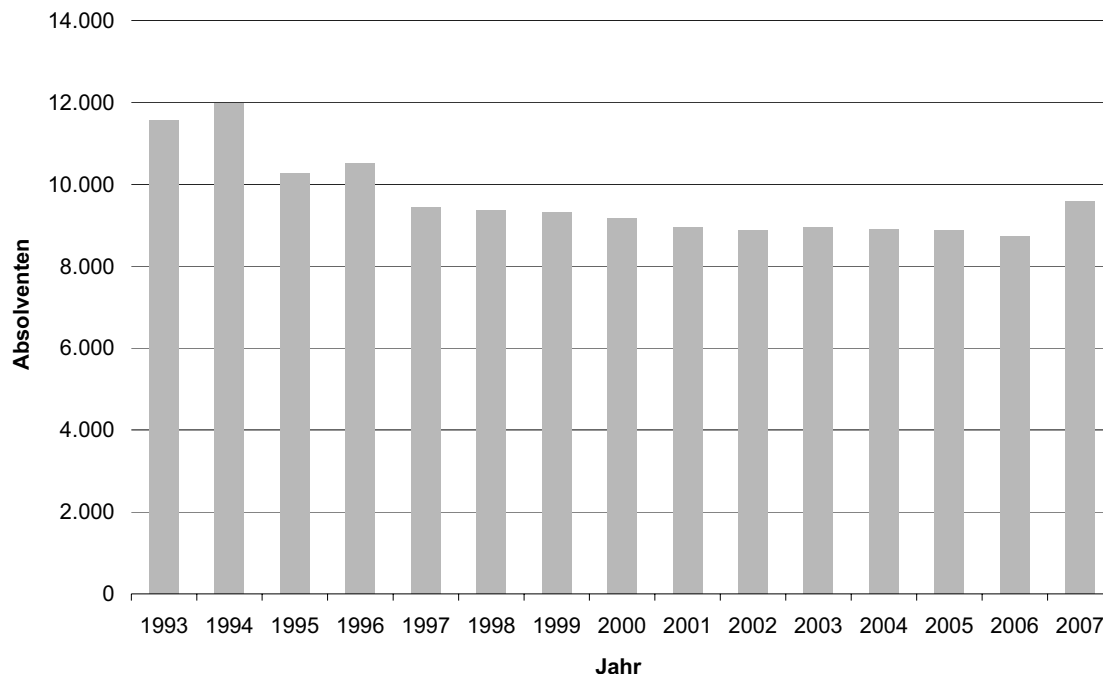
Angesichts des zukünftig weiter steigenden Bedarfs an Ärzten einerseits und der geringeren, von zukünftigen Ärzten pro Kopf erbrachten Arbeitskapazität andererseits (durch Arbeitszeitregelungen, vermehrte Teilzeitarbeit etc.) sollten im Fach Humanmedizin baldmöglichst mehr Studienplätze geschaffen werden. Wie in Unterkapitel 2.7 ausgeführt, ist zukünftig im gesamten Gesundheitswesen ein Fachkräftemangel zu erwarten, sodass auch in anderen Studien- und Ausbildungsgängen eine Kapazitätserhöhung geboten ist.

6.1.5.5 Weiterbildung

695. Diskussionen über die ärztliche Weiterbildung in Deutschland konzentrierten sich in den letzten Jahren zumeist auf berufspolitische Aspekte. Dies ist wegen der berufsrechtlichen Bedeutung der Weiterbildungsordnungen zwar verständlich, hat aber zu einer weitgehenden Vernachlässigung der inhaltlichen und didaktischen Nachwuchsförderung geführt. Aus Sicht der betroffenen Ärzte stellt sich die Weiterbildung als ein Laufbahnabschnitt dar, in dem primär Leistungen als Assistenzärzte erbracht werden müssen; gezielte Förderung, individuelles Feedback, Austausch mit einem Mentor, abgestimmte Karriere u. ä. sind bisher zumeist dem Zufall überlassen und fehlen weitgehend. Vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen mit der Weiterbildung von Ärzten werden hierzulande Chancen zur Unterstützung und Motivierung des ärztlichen Nachwuchses nicht genutzt.

Abbildung 46

**Entwicklung der Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin,
1993 bis 2007**



Quelle: Statistisches Bundesamt, zitiert nach BÄK 2009

696. Die Heilberufsgesetze der Länder haben den Ärztekammern die Verantwortung für die Weiterbildung übertragen. Die Kammern haben es bisher jedoch versäumt, die ärztliche Weiterbildung didaktisch zu gestalten. Eine didaktische Qualifikation von zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten ist in Deutschland praktisch unbekannt; Ermächtigungen werden weitgehend nach formalen Kriterien erteilt. Eine Evaluation von Weiterbildungseinrichtungen durch Ärzte in Weiterbildung selbst findet kaum statt.¹⁵⁷ Auch werden z. B. keine Begehungen von Weiterbildungseinrichtungen veranlasst, die eine substantielle Beurteilung von didaktischer Qualität und von Arbeitsbedingungen ermöglichen würden. Eine Ausnahme stellt ein systematisch entwickeltes und auf seine Gütekriterien hin evaluiertes Instrument dar, das für das Feedback an Weiterbilder in der allgemeinärztlichen Praxis zur Verfügung steht. (Donner-Banzhoff et al. 2003)

697. Wer in Deutschland Hausarzt bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin werden will, steht vor der oft nicht einfachen Aufgabe, die erforderlichen Weiterbildungsabschnitte in Kliniken und Praxen in Eigenregie möglichst nahtlos aneinanderzureihen und sich dabei inhaltlich

möglichst nah am späteren Berufsbild zu orientieren. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Organisation der Weiterbildung als Verbundsystem (so genannte „Verbund- oder Rotationsweiterbildung“) sinnvoll ist. Kernelemente sind ein vorab festgelegtes, strukturiertes Curriculum sowie ein einheitlicher und tarifgerechter Vertrag für alle stationären und ambulanten Weiterbildungsabschnitte. Dadurch

- wird den betroffenen Ärzten eine gewisse Planungssicherheit für eine ohne ungewollte Unterbrechungen zu durchlaufende Zeit ihrer Weiterbildung gegeben,
- kann die individuelle Abfolge von Weiterbildungsabschnitten auf das Weiterbildungsziel hin optimiert werden (z. B. Krankenhaus der Maximalversorgung und der Regel-/Grundversorgung zur Verbreiterung des Erfahrungsspektrums),
- kann gezielt die Qualität der Weiterbildung in den beteiligten Einrichtungen evaluiert und weiterentwickelt werden (einschließlich einer Herausnahme aus dem Weiterbildungsverbund bei wiederholt negativer Beurteilung),
- kann die Motivation junger Ärzte gezielt gefördert werden (z. B. durch Mentoren).

Für die Allgemeinmedizin gelten die Vorteile eines Verbundsystems in besonderem Maße, da von den betroffenen Ärzten zunächst „fachfremde“ Abschnitte zu durchlaufen sind. Gerade in einem Verbundsystem können

¹⁵⁷ Mit dem Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ wollen die Bundesärztekammer und 16 Landesärztekammern erstmals Stärken und Schwächen des ärztlichen Weiterbildungssystems ausloten. Befragt werden (April/Mai 2009) Weiterbildungsbefugte und Weiterbildungsassistenten. Quelle: www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.128.6936.6937 (Stand 04.04.2009).

Maßnahmen greifen, die der langfristigen Stärkung der Motivation dienen, in dem jeweils angestrebten Fach tätig zu werden. Während solche Verbundsysteme in Ländern mit qualitativ hochstehender Weiterbildung (z. B. Niederlande, Kanada, Großbritannien)¹⁵⁸ die Regel sind, bilden sie in Deutschland noch die Ausnahme (Heinrich et al. 2006). Nach Artikel 8 des zuletzt 2008 geänderten GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes können zukünftig auch regionale Projekte zur Förderung der Allgemeinmedizin vereinbart werden. Zwar hat die Bundesärztekammer ein Handlungskonzept zur Verbundweiterbildung vorgelegt; hier ist jedoch die Umsetzung durch die Landesärztekammern vielfach noch unklar.

698. Ein Beispiel für eine regionale Initiative zur Unterstützung und Koordination ist die „Koordinierungsstelle für die allgemeinmedizinische Weiterbildung (KOSTA)“ bei der Ärztekammer Sachsen-Anhalt (Petri 2008). In Baden-Württemberg wurde als netzwerkartiger Zusammenschluss der fünf medizinischen Fakultäten zur Förderung von Forschung, Lehre, Weiter- und Fortbildung in der Allgemeinmedizin ein „Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin“ etabliert (www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de). Das Kompetenzzentrum wird aus Mitteln des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg gefördert und von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg koordiniert. Ein wichtiges Ziel ist die gezielte Einrichtung und Unterstützung regionaler Weiterbildungsverbände. Neben einer zentralen Rekrutierung ist auch ein begleitendes übergeordnetes Weiterbildungsangebot für die Weiterbildungsassistenten und eine Vernetzung von Praxis, Klinik und Universität beabsichtigt. Die Weiterbildungsassistenten werden bei ihrer Karriereplanung durch Mentoren begleitet (www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de).

699. Um den Wiedereinstieg in den Beruf bereits weitergebildeter Hausärzte zu ermöglichen, soll nach einem Vorschlag der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) von 2008 eine gezielte Förderung der Wiederaufnahme einer Hausarztstätigkeit nach einem vorübergehenden Ausstieg (z. B. Elternzeit) erfolgen. (GMK 2008, vgl. auch Abschnitt 7.7.2.3)

700. Es ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil der vom Rat in seinen Gutachten wiederholt festgestellten Über-, Unter- und Fehlversorgung auch darauf zurückzuführen ist, dass die Zahl der Weiterbildungen je Fachdisziplin und die daraus resultierenden relativen Anteile unterschiedlicher Fachgruppen nicht den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen. Einerseits ist zum Beispiel ein derzeitiger bzw. künftiger Mangel an Hausärzten und Chirurgen erkennbar, andererseits kann gerade in Innenstädten bzw. Ballungszentren ein eklatanter Überschuss anderer Facharztgruppen beobachtet werden. Mit Blick auf die Zahl weitergebildeter Fachärzte und die daraus resultierenden Anteile insbeson-

dere im niedergelassenen Bereich kann daher auch von ärztlicher Über-, Unter- und Fehlversorgung gesprochen werden. Um so erstaunlicher ist es, dass in Deutschland bisher keine Diskussion zur anteiligen Steuerung des Weiterbildungsnachwuchses geführt worden ist.

701. Angesichts der demografischen Alterung und der Zunahme chronisch kranker sowie mehrfach erkrankter Patienten sieht der Rat die Notwendigkeit einer verstärkten geriatrischen Qualifizierung von Ärzten in allen Versorgungsbereichen. Da bisher nur eine sehr geringe Zahl (0,84 %) berufstätiger Ärzte über eine entsprechende geriatrische (Zusatz-) Qualifikation verfügt und insbesondere im ambulanten Bereich nur 0,32 % geriatrisch weitergebildet sind (Lübke et al. 2008), werden ergänzende geriatrische Qualifizierungen insbesondere für Hausärzte als sinnvoll angesehen. Zur Vorbereitung auf eine stärker arbeitsteilige und teamorientierte Tätigkeit in der Primärversorgung der Zukunft benötigen Hausärzte durch eine entsprechend ausgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung gezielte Unterstützung, um Führungsqualitäten und dazugehörige Fähigkeiten zur Leitung bzw. Moderation von multidisziplinären Teams sowie zur Nutzung neuer Informationstechnologien zu erwerben (u. a. Baron und Cassel 2008).

6.1.5.6 Fortbildung

702. Die in Deutschland verbreitete ärztliche Fortbildung sorgt infolge der immer noch häufigen Abhängigkeit von industriellen Interessen (Pharmazeutika, Medizinprodukte) für eine gravierende Verzerrung der Information, die den verordnenden Arzt erreicht. Ärztliche Fortbildungszeitschriften, die ausschließlich von Inseraten abhängen (so genannten „Streuzeitschriften/-zeitungen“), sind in ihrem redaktionellen Teil bezüglich aktuell vermarkteter Produkte nicht mehr unbefangen. Auch Fachgesellschaften sind zum Teil in Abhängigkeit von industriellen Interessen geraten, u. a. indem sie ihre Kosten (z. B. die Finanzierung von Kongressen) durch Spenden, Standmieten oder Satellitensymposien aus der Industrie decken.

Während internationale wissenschaftliche Publikationsorgane inzwischen dazu übergegangen sind, mögliche Interessenskonflikte obligatorisch darzulegen, fehlt diese Verpflichtung in der ärztlichen Fortbildung noch weitgehend. Tendenziöse Information wirkt sich nicht nur dadurch aus, dass Produktnamen in positiver Weise genannt werden; die übertrieben dargestellte Bedeutung eines medizinischen Problems bzw. einer Erkrankung, die Vernachlässigung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien, die unkritische Darstellung von Behandlungseffekten und Verträglichkeit können ebenfalls das Verordnungsverhalten in eine bestimmte Richtung manipulieren.

703. Positiv sind die Qualitätszirkel zu erwähnen, in denen viele niedergelassene Ärzte einen großen Teil ihrer Fortbildung gestalten. Diese Form der zumeist interaktiven Fortbildung erlaubt es, auf den Lernbedarf der Teilnehmer einzugehen, konkrete Qualitätsprobleme der Beteiligten (Praxen, Krankenhäuser, Abteilungen usw.) systematisch zu erfassen und umsetzungsnahe Lösungs-

¹⁵⁸ Dies gilt dort für alle klinischen Fächer, nicht nur für die Allgemeinmedizin.

möglichkeiten zu diskutieren. Qualitätszirkel werden teilweise in eigener Initiative betrieben, teils aber auch von kassenärztlichen Vereinigungen oder unabhängigen Instituten betreut.

704. Mit Blick auf die häufig unbefriedigende Situation ärztlicher Fortbildung in Deutschland hat die DEGAM Kriterien formuliert, denen eine allgemeinärztliche Fortbildung genügen sollte (DEGAM 2001):

- Lernerzentrierung: Ärzte übernehmen selbst die Initiative zur Feststellung eines Lernbedarfs, der Formulierung von Lernzielen sowie der Umsetzung und Evaluation eines persönlichen Lernvorhabens. Dem dienen neben dem individuellen Lernen und Veranstaltungen gerade auch Methoden wie Portfolio-Lernen, Mentorenschaften, Lernvereinbarungen, Kleingruppen-Arbeit und Hospitationen. Wenn eine Fortbildung sich an individuellen Lernbedürfnissen und Lernstilen orientiert, werden Motivation, Freude und Lernbereitschaft als Teil ärztlicher Identität gefördert.
- Kontextrelevanz: Inhalte und Darstellung müssen die Gegebenheiten der allgemeinärztlichen Praxis berücksichtigen.
- Evidenzbasierung: Veranstalter bzw. Verfasser müssen Inhalte, Empfehlungen usw. transparent begründen. Dazu gehört u. a. die systematische Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien.
- Patientenorientierung: Da in der allgemeinärztlichen Praxis die Vorstellungen, Bedürfnisse, Emotionen und Erwartungen von Patienten eine besondere Rolle spielen, sollen bei Fortbildungsthemen gerade auch Strategien einer wirksamen und fundierten Patientenberatung erlernt werden können.
- Werkzeuge statt Inhalte: Wegen der großen Zahl von in der Allgemeinpraxis relevanten Themen und Fragestellungen müssen Strategien eines praxisbezogenen Informationsmanagements vermittelt werden; damit können Allgemeinärzte schnell und flexibel ihre individuellen Fragen bearbeiten.
- Ausgewogene und transparente Finanzierung: Veranstalter, Vortragende, Verfasser usw. müssen ihre Verbindungen zu materiellen Interessen (Industrie) vollständig offenlegen, damit die Zielgruppe mögliche Interessenkonflikte abschätzen kann. Eine möglichst breite Streuung von Finanzierungsquellen in der Fortbildung ist anzustreben.

Die Prioritäten der DEGAM für ihre Aktivitäten im Bereich allgemeinärztlicher Fortbildung sind die Implementierung von Leitlinien, ein praxisbezogenes Informationsmanagement, die Entwicklung und Erprobung innovativer Lernformen und die Gestaltung von Aus- und Weiterbildung in einer Weise, dass die für ein lebenslanges Lernen nötigen Einstellungen und Fertigkeiten frühzeitig gefördert werden.

705. Die vom Gesetzgeber verlangte und von den Landesärztekammern umgesetzte Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung hat – wie nach internationalen Erfah-

rungen zu erwarten – zu vermehrter Fortbildungsaktivität geführt. Ob dies allerdings die versorgungsrelevante Kompetenz von Ärzten gefördert hat, ist nicht klar. Mehrfach hat sich gezeigt, dass Ärztekammern nicht in der Lage sind, alle ihnen vorgelegten Anträge ausreichend auf ihre inhaltliche und didaktische Qualität sowie Produktneutralität zu prüfen. Insgesamt kommt in der Fortbildung der individuelle Lernbedarf zu kurz gegenüber der Agenda von Herstellern und einseitig innovationsorientierter Wissenschaft.

Zuständige Fachgesellschaften und Organe der ärztlichen Selbstverwaltung sollten alternative Formen der Prüfung (Selbsteinschätzung), der individuellen Themenwahl, der Wahl von Lernstrategien, der kollegialen Unterstützung und der Evaluation von Ergebnissen, die in Deutschland oftmals kaum bekannt bzw. realisiert sind, stärker fördern.

6.1.5.7 Systematische Qualitätsförderung

706. Die Allgemeinmedizin hat im deutschen Gesundheitssystem eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien. Allgemeinmediziner haben bereits sehr frühzeitig (DEGAM seit 1999, Hausärztliche Leitliniengruppe Hessen seit 1998) damit begonnen, nach internationalen Vorbildern methodisch anspruchsvolle Leitlinien zu entwickeln (Gerlach et al. 1999). Inzwischen liegen für zahlreiche wichtige Krankheitsgebiete derartige Leitlinien vor. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft DEGAM unterstützt zudem die Entwicklung hochwertiger interdisziplinärer Leitlinien (S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) sowie der nationalen Versorgungsleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität, die sich vor allem auf die hochprävalenten chronischen Erkrankungen richten). Die Allgemeinmedizin war auch mit führend bei der Entwicklung und Verbreitung der Arbeit in ärztlichen Qualitätszirkeln (seit 1992, inzwischen geschätzt mehr als 8 000 Gruppen) (Bahrs et al. 1994). Derzeit beteiligen sich mehr als 50 % der niedergelassenen Ärzte an dieser Methode der praxisübergreifenden Qualitätsförderung, die für die ambulante Versorgung infolge zahlreicher kleiner Einzel- oder Gemeinschaftspraxen besonders geeignet ist. In zahlreichen Versorgungsverträgen und auch für die Teilnahme an Disease Management-Programmen ist die Mitarbeit in Qualitätszirkeln (QZ) obligatorisch. Angesichts des hohen Ordnungsanteils der Hausärzte (mehr als 60 % der Arzneimittel im ambulanten Bereich werden von Hausärzten verordnet) ist das Prinzip der strukturierten hausärztlichen Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie (mit über 7 000 teilnehmenden Ärzten insbesondere in Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt sowie in Baden-Württemberg) von besonderer Bedeutung für die Qualitätsförderung in hausärztlichen Praxen. Der Effekt von strukturierten Qualitätszirkelprogrammen auf Verordnungskosten und -qualität konnte hierzulande wiederholt bestätigt werden (Wensing et al. 2004; 2009). Diese QZ sind zugleich eine wichtige Verbreitungsmethode für hausärztliche Leitlinien, die in diesen Zirkeln

diskutiert werden. Gleichzeitig erhalten die Teilnehmer in Form so genannter Verordnungsspiegel ein individuelles und neutrales Feedback über ihr individuelles Verschreibungsverhalten.¹⁵⁹

Angesichts der nicht einfachen Implementierung in die tägliche Praxis (vgl. Unterkapitel 5.1) sollten Leitlinien für die Praxis und Maßnahmen zur systematischen Qualitätsförderung jeweils so konzipiert werden, dass sie die Bewältigung von typischen Herausforderungen der konkreten allgemeinmedizinischen Alltagspraxis auf praktische und effektive Weise unterstützen.

707. Seit 2004 ist durch Änderung des SGB V (§ 135a Absatz 2) die schrittweise Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements verbindlich gemacht worden. Mehrere zum Teil anspruchsvolle und zugleich praxisnahe Modelle, an denen sich schon jetzt die Mehrzahl aller hausärztlichen Praxen beteiligt, werden auf der Basis entsprechender Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) umgesetzt. Welche Modelle zukünftig einen effektiven Einfluss auf die Versorgungsqualität in hausärztlichen Praxen gewinnen werden, ist derzeit noch nicht abschließend zu beurteilen.

Mit Blick auf die in diesem Gutachten vorgeschlagenen Strukturen einer koordinierten, populationsorientierten Versorgung sollten zukünftig solche Konzepte bevorzugt werden, die eine auf Qualitäts- und Patientensicherheits-Indikatoren gestützte Beschreibung sowie Vergleiche der Versorgungsqualität erlauben. Geeignete Qualitätsmanagementsysteme sollten darüber hinaus die besonderen Bedingungen gesundheitlicher Versorgung berücksichtigen und an Hand von Evaluationsstudien nachweisen können, inwieweit diese die Versorgungsqualität tatsächlich beeinflussen.

708. Von erheblicher Bedeutung für die Versorgungsqualität bei chronischen Erkrankungen war die seit 2002 gesetzlich geforderte Einführung von DMPs für die Krankheiten Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit (später zusätzlich auch mit einem Modul für Herzinsuffizienz) und Asthma/COPD. Der Gesetzgeber stützte sich dabei auf die dringlichen Hinweise, die der Rat in seinem Sondergutachten von 2000/2001 gegeben hatte. Durch die Koppelung an den Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wurde ein erheblicher Anreiz zur besseren Versorgung dieser chronischen Erkrankungen gegeben, gleichzeitig wurden allerdings, anfangs besonders ausgeprägte, administrative Hürden aufgerichtet. Ein zusätzliches Problem ergab sich daraus, dass die Maßnahmen vor der flächendeckenden Einführung nicht erprobt werden konnten. Die Evaluation beschränkt sich bis heute leider auf das administrativ Notwendige, eine systematische, kontrollierte Bewertung der Ergebnisse ist hierdurch erschwert. Nur in einem kleinen Bereich ist für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eine kontrollierte Studie durchgeführt worden (Evaluation of a large scale implementation of disease management programmes for pati-

ents with type 2 diabetes, ELSID-Studie¹⁶⁰). Jedoch weisen bereits die Ergebnisse der Reevaluation darauf hin, dass die Versorgung der genannten chronischen Erkrankungen auf einem weitgehend hohen Niveau stattfindet und dass in wichtigen Teilbereichen auch noch Fortschritte zu verzeichnen waren. Ein wichtiges Element der DMP war die Hausarztbasierung der meisten Programme, die vielfach zu einer Flächendeckung und zur Einführung evidenzbasierter Therapiegrundlagen in der Regelversorgung chronisch Kranker führte. Inzwischen werden diese Programme international als vom Volumen her beispielhaft angesehen.

Die DMPs sollten in den nächsten Jahren auf weitere Krankheitsbereiche ausgedehnt werden. Obwohl es derzeit noch ein erhebliches Erkenntnisdefizit zur Epidemiologie und den Therapieoptionen bei Multimorbidität gibt, spielen häufig bestehende Mehrfacherkrankungen eine zunehmend größere Rolle. Neben der gezielten Berücksichtigung von häufigen Komorbiditäten einer Indexerkrankung erstreckt sich dieses Defizit auch auf „generische Interventionen“ wie z. B. das Case Management. Wenn, wie oben begründet, Multimorbidität in der Hausarztpraxis eher der Regelfall als die Ausnahme ist, kommt solchen generischen Leistungen in der Langzeitbetreuung zukünftig besondere Bedeutung zu. Daher müssen die DMP in den kommenden Jahren verstärkt auf das Problem der Multimorbidität hin fortentwickelt werden, da ein großer Teil der chronisch kranken Patienten gleichzeitig von mehreren Konditionen (und deren einschränkenden Randbedingungen) betroffen ist.

709. Der Rat hatte bereits in den letzten beiden Gutachten den Gesichtspunkt der Patientensicherheit, der insbesondere seit der Veröffentlichung des Institute of Medicine-Berichts „To Err is Human“ (1998) verstärkt in die öffentliche Diskussion gekommen ist, besonders betont. Inzwischen gründete sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit, in das alle wesentlichen Akteure einbezogen sind, und das Bundesministerium für Gesundheit hat im November 2007 einen Aktionsplan speziell zur Arzneimitteltherapiesicherheit veröffentlicht. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung, als einem der ersten hier aktiven medizinischen Fachgebiete in Deutschland, besteht bereits seit 2004 kontinuierlich ein Fehlerberichts- und Lernsystem (www.jeder-fehler-zaehlt.de).

6.1.5.8 Honorierung

710. Zur Sicherung der Grundversorgung der Bevölkerung ist eine ausreichende Zahl von Leistungserbringern zwingend erforderlich. Solange eine fachspezialistische Tätigkeit in der Sekundär- oder Tertiärversorgung jedoch mit größeren Einkommenserwartungen verbunden ist, erscheint eine Tätigkeit in der Primärversorgung vergleichsweise weniger attraktiv. Die Gesundheitsministerkonferenz hat daher eine relative Besserstellung der Vergütung

¹⁵⁹ A-QZ-Pharmakotherapie: s. www.a-qz.de (Stand 20.06.2009).

¹⁶⁰ Studienprotokoll unter: www.biomedcentral.com/1471-2458/5/99 (Stand 20.06.2009).

von Hausärzten gegenüber anderen Facharztgruppen gefördert (GMK 2008).

711. Eine nachhaltig abschreckende Wirkung auf die Entscheidung des potenziellen Nachwuchses für eine Tätigkeit in der Primärversorgung haben auch die regelmäßigen Androhungen von Regressen, insbesondere im Arzneimittelbereich. Da Hausärzte aufgrund ihres Tätigkeitsspektrums für den größten Teil der ambulanten Arzneimittelverordnungen verantwortlich sind (Schwabe/Paffrath 2008), führt das damit unmittelbar verbundene Risiko zu einem verbreiteten Gefühl von Unsicherheit. Bei der Festlegung entsprechender Budgets muss die besondere Versorgungssituation von Hausarztpraxen, insbesondere solcher in ländlichen Gebieten, adäquat berücksichtigt werden. Ungewissheit und (potenzielle) Regressrisiken führen im derzeitigen System nicht nur zu einem Gefühl der Bedrohung bestehender Praxen, auf diese Weise wird auch der dringend benötigte Nachwuchs demotiviert, in diesem Versorgungsbereich tätig zu werden.

712. Der EBM 2009 gibt Regelleistungsvolumina (RLV) vor, die auf Praxisebene nur erreicht werden, wenn eine bestimmte Anzahl von Einzelleistungen (Sonographie, Langzeit-Blutdruck-Messungen etc.) erbracht wird. So ist z. B. – ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Bedarf – eine bestimmte Anzahl von Sonographien je Quartal notwendig, um das RLV auszuschöpfen. Auf diese Weise werden in großem Umfang erneut (im hausärztlichen Bereich bereits teilweise überwunden geglaubte) „Hamsterradefekte“ provoziert.

6.1.6 Zwischenfazit und Empfehlungen

713. Der Rat stellt zwei, sich prinzipiell verschärfende Tendenzen fest: Die demografische Alterung der Bevölkerung führt zu einer erheblichen Veränderung des Krankheitsspektrums, die mit einer absoluten und relativen Zunahme chronisch Kranker und insbesondere Mehrfach erkrankter einhergeht. Die daraus resultierende Veränderung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen macht einen Ausbau der damit verstärkt geforderten hausärztlichen Primärversorgung erforderlich. Obgleich eine deutlich höhere Inanspruchnahme zu erwarten ist, zeichnet sich jedoch bereits heute ab, dass die Anzahl und Arbeitskapazität (durchschnittliche Pro-Kopf-Leistung) der im hausärztlichen Bereich Tätigen zurückgeht. Ein ausgeprägter Mangel an zukünftigen Hausärzten wird nach den jetzt vorliegenden Daten bundesweit, insbesondere in ländlichen Regionen, zu empfindlichen Versorgungslücken führen.

Wichtige Ursachen dieses Mangels sind veränderte Erwartungen bzw. Einstellungen von derzeit tätigen Hausärzten und potenziellen Nachwuchsmedizinern sowie herausfordernde Arbeitsbedingungen, deren Bewältigung bislang zum Teil nur unzureichend unterstützt wird. Aufgrund vorliegender Erfahrungen ist damit zu rechnen, dass junge Ärzte ihre Zukunft vor allem immer weniger als Vollversorger in einer ländlichen Einzelpraxis sehen. Hier sind teilweise neue Strukturen und Konzepte erforderlich, die diesen Herausforderungen angemessen begegnen.

Im Folgenden werden verschiedene Maßnahmen insbesondere zur Aus-, Weiter- und Fortbildung und damit auch zur Weiterentwicklung und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Primärversorgung empfohlen.

714. Vor dem Hintergrund der im Abschnitt 6.1.5.4 dargestellten Erfahrungen sollten im Fach Humanmedizin baldmöglichst gezielte Förderprogramme eingeführt werden, die insbesondere solche Bewerber unterstützen, die zu einer späteren Tätigkeit als Allgemeinarzt in einer ländlichen Region bzw. Kleinstadt bereit sind. Die Erfahrungen zeigen, dass Studierende, die in ländlichen Gebieten bzw. Kleinstädten aufgewachsen sind oder dort einen überwiegenden Teil ihres Lebens verbracht haben, hier besonders motivierbar sind. Folgende Optionen kommen in Frage:

- Studierende, die zu einer hausärztlichen Tätigkeit in ländlichen bzw. unterversorgten Gebieten bereit sind, sollten gezielte finanzielle Anreize (zum Beispiel durch Finanzierung des Studiums) erhalten. Diese könnten mit einer Rückzahlungsverpflichtung verbunden werden, wenn auf diese Weise geförderte Absolventen später nicht bestimmte Zeiträume (z. B. vier oder fünf Jahre) in entsprechend ausgewiesenen Gebieten tätig sind.
- An den medizinischen Fakultäten sollten für Studierende gleichzeitig spezielle studienbegleitende Programme etabliert und gefördert werden (Programme zur Exzellenz in der Lehre), in denen eine gezielte Vorbereitung auf eine spätere Tätigkeit in ländlichen Gebieten bzw. Kleinstädten erfolgt.
- Interessierten Studierenden sollten Patenprogramme mit Famulaturen und Praktika in ländlichen Hausarztpraxen sowie ein verstärkter Unterricht in diesem Setting angeboten werden.
- Im Interesse einer auch zukünftig gesicherten Primärversorgung müssen den Universitäten, die nachweislich spezielle Programme für zukünftige Allgemeinmediziner anbieten, die dabei anfallenden Programmkosten z. B. durch eine entsprechende Erhöhung der Lehrmittel (Landeszuschuss), zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Regelmäßige Nachfolgeuntersuchungen (Verbleibstudien) könnten den Erfolg der Maßnahmen (z. B. fünf Jahre nach Beendigung des Studiums) evaluieren und zeigen, inwieweit es den verschiedenen medizinischen Fakultäten tatsächlich gelingt, Absolventen zu einer hausärztlichen Tätigkeit (im ländlichen Raum) zu motivieren.

715. Sinnvoll erscheint dabei auch die finanzielle Unterstützung durch betroffene Kommunen und Länder schon während der Ausbildung, wenn diese darauf abzielt, die Bereitschaft zu erhöhen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen (Vorschlag GMK 2008, Abschnitt 7.7.2.3). Beispielhaft wurde eine solche gezielte Förderung der Ausbildung bereits ab 2009 als Stipendienprogramm in Sachsen eingeführt. Studierende des Studiengangs Medizin, die an einer Universität in Deutschland eingeschrieben sind, erhalten ab dem 3. Studienjahr (nach

erfolgreicher Absolvierung des ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach der ÄAppO) bis zu 600 Euro monatliches Stipendium, wenn diese sich verpflichten, nach Abschluss ihres Studiums mindestens vier Jahre in einem unterdurchschnittlich versorgten Gebiet in Sachsen zu arbeiten. Teilnehmende Studierende werden durch einen Paten unterstützt (Arzt mit der Weiterbildungsbefugnis zum Facharzt für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin zur hausärztlichen Versorgung), der ihnen Einblicke in den hausärztlichen Arbeitsalltag gewährt und sie auf die Laufbahn eines Hausarztes in Sachsen vorbereitet. Teilnehmer sollen im ersten und zweiten Jahr der Förderung monatlich 300 Euro erhalten. Im dritten Jahr werden 400 Euro und im vierten Jahr 600 Euro je Monat gezahlt. Die Finanzierung dieses Programms (insgesamt 2,88 Millionen Euro, bis zu 19 200 Euro/Medizinstudierendem) wird gemeinsam von Krankenkassen (60 %), Kassenärztlicher Vereinigung (25 %) und dem Sozialministerium (15 %) sichergestellt. Insgesamt können maximal 150 Studierende eine Förderung erhalten. (KV Sachsen 2009)

716. Diese Empfehlungen decken sich zum Teil mit entsprechenden Vorschlägen von Schmacke et al. (2008). Es ist zu berücksichtigen, dass solche Maßnahmen sinnvoll, allein aber nicht ausreichend sein dürften und auch erst verzögert wirksam werden. Konkrete Auswirkungen auf die Versorgungssituation sind frühestens nach etwa elf Jahren zu erwarten (sechs Jahre Studium und fünf Jahre Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin). Zu prüfen ist (auch daher), ob ein nachweislich verstärkter Unterricht im hausärztlichen Setting während des Studiums (Teilnahme an einem speziellen Programm) auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden und diese damit z. B. um bis zu einem Jahr verkürzt werden könnte.

717. Wie bereits in einem früheren Gutachten (GA 2000/2001, II, Ziffer 21ff.) empfiehlt der Rat im Einklang mit dem Wissenschaftsrat (1999), dass die Allgemeinmedizin an allen Hochschulstandorten mit medizinischen Fakultäten als akademisches Kernfach in Forschung und Lehre etabliert werden sollte. Der Kontakt mit der Allgemeinmedizin sollte in verschiedenen Abschnitten der Ausbildung (ab der Vorklinik) erfolgen und ausführlich Gelegenheit bieten, in akademischen Lehrpraxen die Diagnostik und Therapie häufiger, insbesondere chronischer Erkrankungen auch unter den Bedingungen der hausärztlichen Alltagspraxis kennenzulernen.

718. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hatte 2005 einstimmig empfohlen, dass das Fach Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr in die ÄAppO aufgenommen werden soll (GMK 2005). Gegenwärtig können Studierende im Praktischen Jahr ihres Studiums neben den obligatorischen Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie ein Wahlfach absolvieren (§ 3 Absatz 1 Satz 4 ÄAppO: Allgemeinmedizin oder ein anderes klinisch-praktisches Fach, außer Innere Medizin und Chirurgie). Wie oben dargelegt, beeinflusst die Gelegenheit zum intensiven Kennenlernen hausärztlicher Praxis bereits während des Studiums die Berufswahl der späteren Absolventen maßgeblich. Durch die Einführung der All-

gemeinmedizin als zusätzliches Pflichtfach für alle Studierenden im Praktischen Jahr würde eine deutlich bessere Möglichkeit zum klinisch-praktischen Kennenlernen hausärztlicher Tätigkeiten eröffnet. Auf diese Weise kann auch das gegenseitige Verständnis der verschiedenen Versorgungsebenen füreinander gefördert werden. Mit dem Ziel eines besseren Verständnisses für die hausärztliche Versorgung und zur Unterstützung einer besseren Kooperation muss z. B. in Dänemark jeder Fachspezialist sechs Monate seiner Weiterbildung in einer Hausarztpraxis verbringen (Dansk Selskab for Almen Medicin 2007). Von den klinisch-praktischen Fächern verfügt neben der Inneren Medizin und der Chirurgie nur noch die Allgemeinmedizin über ein breites Patientenspektrum, sie ist zudem im Gegensatz zu allen anderen klinischen Fachgebieten ausschließlich ambulant tätig.

Der Rat schließt sich der Empfehlung der GMK zur Einführung der Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr an. Die entsprechend erforderliche Änderung der ÄAppO könnte konkret eine Umstellung des Praktischen Jahrs auf Quartale (statt bisher Tertiale) vorsehen. Die Länge der einzelnen Abschnitte des Praktischen Jahres würde damit auf drei (statt bisher vier) Monate gekürzt und das Fach Allgemeinmedizin als weiteres Pflichtfach ausgewiesen. Im Ergebnis würden statt drei Tertialen mit je vier Monaten Dauer zukünftig vier Quartale zu je drei Monaten zu absolvieren sein (Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin als Pflichtfächer sowie ein Wahlfach, wobei im vierten Wahlfach-Quartal auch eines der drei Pflichtfächer – über dann insgesamt sechs Monate – absolviert werden kann). Die Ausbildungszeit würde dadurch nicht verlängert werden. Die Umsetzung einer solchen Entscheidung erfordert von den medizinischen Fakultäten umfangreiche Vorbereitungen und die klinikums- bzw. fachbereichsinterne Umverteilung von Ressourcen. Um eine ausreichende Zahl geeigneter akademischer Lehrpraxen zu rekrutieren und auf diese Aufgabe gezielt vorzubereiten, sollte eine schrittweise Einführung vorgesehen werden.

719. Ähnlich wie in vielen Nachbarländern, wo die Universitäten bzw. Universitätskliniken nicht nur für die Ausbildung (Studium, *under graduate education*), sondern auch für die ärztliche Weiterbildung (*post graduate education, vocational training*) zuständig sind, könnte eine entsprechende Verlagerung der Zuständigkeiten auch für Deutschland eine Option sein. Vor dem Hintergrund der bisherigen Versäumnisse der für die Weiterbildung zuständigen Landesärztekammern sollten daher die in Baden-Württemberg gemachten Erfahrungen des „Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin“ der fünf medizinischen Fakultäten (www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de) sorgfältig ausgewertet und beachtet werden. Konzepte zur allgemeinmedizinischen Verbund- oder Rotationsweiterbildung sollten baldmöglichst und flächendeckend etabliert werden. Insbesondere die bislang vernachlässigten qualitäts- und didaktikorientierten Komponenten sind hier noch zu stärken. Zur Sicherung der fachlichen Qualität und Kontinuität sollten Vorhaben zur Verbundweiterbildung grundsätzlich unter der Leitung von Verantwortlichen des jeweiligen Fachgebietes stehen, d. h. solche für die Allge-

meinmedizin unter Federführung eines zur Weiterbildung ermächtigten Allgemeinarztes. Angesichts nationaler und internationaler Erfahrungen sollten die Landesärztekammern erwägen, Weiterbildungsaufgaben auf fachspezifische, universitäre Einrichtungen zu verlagern.

720. Die Entwicklung einer langfristigen Bedarfsprognose zur ärztlichen Versorgung ist überfällig. Diese darf nicht lediglich die bestehenden Zahlenverhältnisse fortzuschreiben, sondern muss sachliche Versorgungsnotwendigkeiten berücksichtigen. Ärztliche Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik und -verwaltung (BMG, Länder, ggf. regionale Gebietskörperschaften) sind gehalten, entsprechende Anhaltzahlen zu entwickeln. In einem zweiten Schritt sind Steuerungsmechanismen zu diskutieren, die eine Annäherung der tatsächlichen Absolventenzahlen (Facharztprüfungen) an die zuvor festgelegten Zielwerte bewirken. Diese sollten nicht grundsätzlich bestimmte Laufbahnen einschränken, sondern mit Hilfe von Anreizen dazu führen, dass solche Fachlaufbahnen stärker gewählt werden, in denen ein Mangel entweder besteht oder zu erwarten ist.

721. Der Rat begrüßt die Ergänzungen in Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes, durch die wichtige Barrieren einer sinnvollen Förderung abgebaut und neue Optionen einer flexiblen Ausgestaltung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung geschaffen wurden. Sowohl die Sicherstellung einer angemessenen Vergütung von jährlich mindestens 5 000 Weiterzubildenden in Kliniken und Praxen als auch die neu geschaffene Möglichkeit der Förderung regionaler Projekte weisen in die richtige Richtung. Die ebenfalls enthaltenen Maßnahmen zur zeitlichen und regionalen Übertragung nicht ausgeschöpfter Mittel (auch zwischen dem ambulanten und stationären Sektor) beseitigen bisherige Engpässe. Es ist nunmehr dringlich, die tatsächliche Umsetzung der vom Gesetzgeber angestoßenen Maßnahmen zu evaluieren und, falls notwendig, gegebenenfalls frühzeitig weitere Maßnahmen zur Nachjustierung zu ergreifen.

722. Neben dem vermehrten Angebot geriatrischer (Zusatz-)Qualifikationen für bereits berufstätige Ärzte, muss eine weitere Stärkung qualifizierter generalistischer bzw. allgemeinmedizinischer Kompetenzen und deren akademischer Vertretung schon im Studium erfolgen.

723. Als erster Schritt zu mehr Transparenz und Unabhängigkeit in der ärztlichen Fortbildung sollten Printmedien und Veranstalter verpflichtet werden, Informationen über mögliche Interessenskonflikte grundsätzlich zu veröffentlichen.

724. Die von der DEGAM formulierten Kriterien (Lernerzentrierung, Kontextrelevanz, Evidenzbasierung, Patientenorientierung, Werkzeuge statt Inhalte sowie ausgewogene und transparente Finanzierung) für allgemeinärztliche Fortbildungen sollten verbreitet und beachtet werden. Zuständige Fachgesellschaften und Organe der ärztlichen Selbstverwaltung sollten alternative Formen der Prüfung (Selbsteinschätzung), der individuellen Themenwahl, der Wahl von Lernstrategien, der kollegialen Unterstützung und der Evaluation von Ergebnissen, die in Deutschland

oftmals kaum bekannt bzw. realisiert sind, stärker fördern.

725. Um den Wiedereinstieg in den Beruf zu ermöglichen, soll nach einem Vorschlag der GMK von 2008 eine gezielte Förderung der Wiederaufnahme einer Hausarzt-tätigkeit nach einem vorübergehenden Ausstieg (z. B. Elternzeit) erfolgen.

726. Angesichts der nicht einfachen Implementierung in die tägliche Praxis sollten Leitlinien und Maßnahmen zur systematischen Qualitätsförderung jeweils so konzipiert werden, dass sie die Bewältigung von typischen Herausforderungen der konkreten allgemeinmedizinischen Alltagspraxis auf praktikable und effektive Weise unterstützen.

727. Nachdem das Thema Patientensicherheit auf der gesundheits- und forschungspolitischen Agenda wieder etwas zurückgefallen erscheint, sind weitere Fortschritte, vor allem auf dem Gebiet der Implementierung erwiesenermaßen protektiver Maßnahmen und bei der Stärkung der inhärenten Sicherheitskultur der Versorgungseinrichtungen, erforderlich. So sollte geprüft werden, wie zukünftig präzisiertere Zulassungskriterien für hausärztliche Praxis-EDV-Systeme mit den Leitgedanken der Therapiesicherheit, der Qualitätsförderung sowie der bevölkerungsmedizinischen und wirtschaftlichen Übersicht in Kraft gesetzt werden können.

728. Der Rat schließt sich den für hausärztliche Praxen gemachten Vorschlägen zur Ausgestaltung einer Honorierung in neuen Versorgungskonzepten an (Robert Graham Center 2007; vgl. dazu Unterkapitel 8.4, Ziffer 1183). Entsprechend der Forderung der GMK sollte zur Sicherstellung der Grundversorgung der Bevölkerung eine relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten und anderen beratungsintensiven, patientennah erbrachten Leistungen erfolgen. Da Regressandrohungen insbesondere gegenüber dem potenziellen Nachwuchs abschreckende Wirkungen haben, sollten schon kurzfristig alternative Wege (z. B. Beratungskonzepte) zur Verringerung individueller finanzieller Risiken sowie zur Mengenbegrenzung beschränkt werden.

6.2 Fachärztliche Versorgung

6.2.1 Die Entwicklung der vertrags- und fachärztlichen Versorgung

729. Die Probleme der fachärztlichen Versorgung können nur verständlich werden, wenn man sich einige Begriffe aus dem ärztlichen Berufsrecht vergegenwärtigt. Die Ausbildung des Arztes erfolgt im Universitätsstudium, dessen rechtlicher Rahmen von einer nur für diese akademische Berufsgruppe geltenden Approbationsordnung herzuleiten ist. Hieran schließt sich im Regelfall die fachärztliche Weiterbildung an, unter welcher man „das geregelte und strukturierte Erlernen spezieller ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten in einzelnen Fachgebieten der Medizin versteht, welche über die im Medizinstudium erworbenen medizinischen Grundkenntnisse hinausgehen“ (Scholz 2009). Diese in anderen akademischen Berufen nicht übliche Qualifizierungsphase bezieht ihre Struktur aus der Musterweiterbildungsordnung der Bun-

des Ärztekammer sowie aus den sich aus diesen ergebenden Weiterbildungsordnungen der einzelnen Landesärztekammern. Diese Regularien sehen die Ableistung von Mindestweiterbildungszeiten unter der Supervision von weiterbildungsermächtigten Fachärzten an zugelassenen Weiterbildungsstätten vor. Weitere Komponenten der fachärztlichen Weiterbildung können theoretische Unterweisungen in Kursen sein. Vom Weiterbildungsrecht her obligat ist nach dem Abschluss der Weiterbildung das Bestehen einer Prüfung mit der nachfolgenden Anerkennung einer Facharztbezeichnung, wodurch dem Arzt für den Rest seines Berufslebens in der Außendarstellung eine entsprechende Kompetenz in seinem Gebiet und in gegebenenfalls zusätzlich erworbenen Schwerpunktanerkennungen bescheinigt wird. Eine Notwendigkeit zur Rezertifizierung gibt es in Deutschland im Gegensatz zu vielen Ländern nicht (bereits in seinem Gutachten 2000/2001 plädierte der Rat für eine Rezertifizierung nach internationalem Vorbild, die hiermit gleichzeitig die Probleme erübrigen würde, die sich aus der Notwendigkeit der Überwachung des Erwerbs von *continuing medical education* (CME)-Punkten zur Dokumentation einer kontinuierlichen Fortbildung ergeben). Aus den geschilderten rechtlichen Regularien ergeben sich unter anderem haftungsrechtliche Konsequenzen, da die meisten Kammergesetze der Länder Berufsausübungen vorschreiben, nach denen sich ein Arzt, der eine Facharztbezeichnung führt, grundsätzlich auf eine Tätigkeit in diesem Gebiet zu beschränken hat. Hierdurch sind Sorgfaltsstandards bedingt, die auch unter haftungsrechtlichen Aspekten für Ärzte die Notwendigkeit zur Überweisung an einen (anderen) Facharzt mit oder ohne Schwerpunktbezeichnung beinhalten.

730. Grundsätzlich können nur Ärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in Krankenhäusern muss in den jeweiligen Abteilungen der Facharztstandard gewährleistet werden. Aus diesen Gründen durchlaufen nahezu alle Ärzte, die sich nach dem Abschluss ihres Studiums für eine kurative Tätigkeit entscheiden, eine fachärztliche Weiterbildung (Scholz 2009).

731. Aktuell findet innerhalb der Ärzteschaft eine breite berufspolitische Diskussion hinsichtlich der Notwendigkeit von neuen Finanzierungsmodellen der Weiterbildung statt. Auch führt der Konzentrationsprozess im stationären Sektor zu einer Verringerung der Weiterbildungsmöglichkeiten (kurze Liegezeiten, Vor- und Nachuntersuchungen finden nicht stationär statt) und möglicherweise auch der Weiterbildungsqualität. In diesem Sinne ist die von den Ärztekammern geplante Umfrage zur Situation der Weiterbildung längst überfällig (Hibbeler/Korzilius 2009). Dabei sollen Weiterzubildende und Weiterbilder befragt werden. Allerdings besteht hier die Befürchtung der Manipulation aus Angst vor einer schlechten Bewertung von Weiterbildungsstätten (dies gilt allerdings auch für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, s. Abschnitt 6.1.5.5). Enttäuschend ist auch die fehlende Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse. Die bereits jetzt auch in Form von Leserbriefen und Artikeln geäußerten Vorwürfe bezüglich der Weiterbildung sind: fehlende Konzepte, uneinheitliche Dokumentationsvorgä-

ben (z. B. von Fachgesellschaften und Ärztekammern), fehlende Anleitung durch die Weiterbilder, fehlende Rotation in verschiedene Abteilungen, unerfüllbare Anforderungskataloge (Korzilius 2009). In diesem Zusammenhang sind die Anstrengungen der Ärztekammer Niedersachsen zum Aufbau eines Weiterbildungskatasters begrüßenswert, an dem auch Nordrhein und Westfalen-Lippe beteiligt sind (Voigt 2009). Hierbei sollen die derzeitige Weiterbildungsrealität und die Weiterbildungsmöglichkeiten erfasst werden, indem unter anderem mit Hilfe der Qualitätsberichte der Kliniken die in der Weiterbildungsordnung geforderten Richtzahlen mit den von den Häusern genannten Verfahren und Untersuchungen abgeglichen werden. Hiermit soll Transparenz und eine Grundlage für eine mögliche Anpassung der Richtzahlen der Weiterbildungsordnung an die Realität geschaffen werden. In Zukunft wird Weiterbildung vermehrt im ambulanten Sektor stattfinden (Praxen und seit 2004 auch medizinische Versorgungszentren, MVZ). So ist auch eine Weiterbildung (jeweils auf Teilzeitbasis) parallel in einem Krankenhaus und in einem MVZ im selben Fachgebiet möglich und zu begrüßen, da sie dem Assistenten erlaubt, längerfristige Krankheitsverläufe jenseits der Sektorengrenzen kennenzulernen (Scholz 2009).

732. Zum 31. Dezember 2007 waren 413 696 Ärzte bei den Landesärztekammern gemeldet, darunter 98 784 ohne ärztliche Tätigkeit. Von den 314 912 berufstätigen Ärzten waren 43,68 % im ambulanten und 47,84 % im stationären Bereich tätig (Abbildung 47).

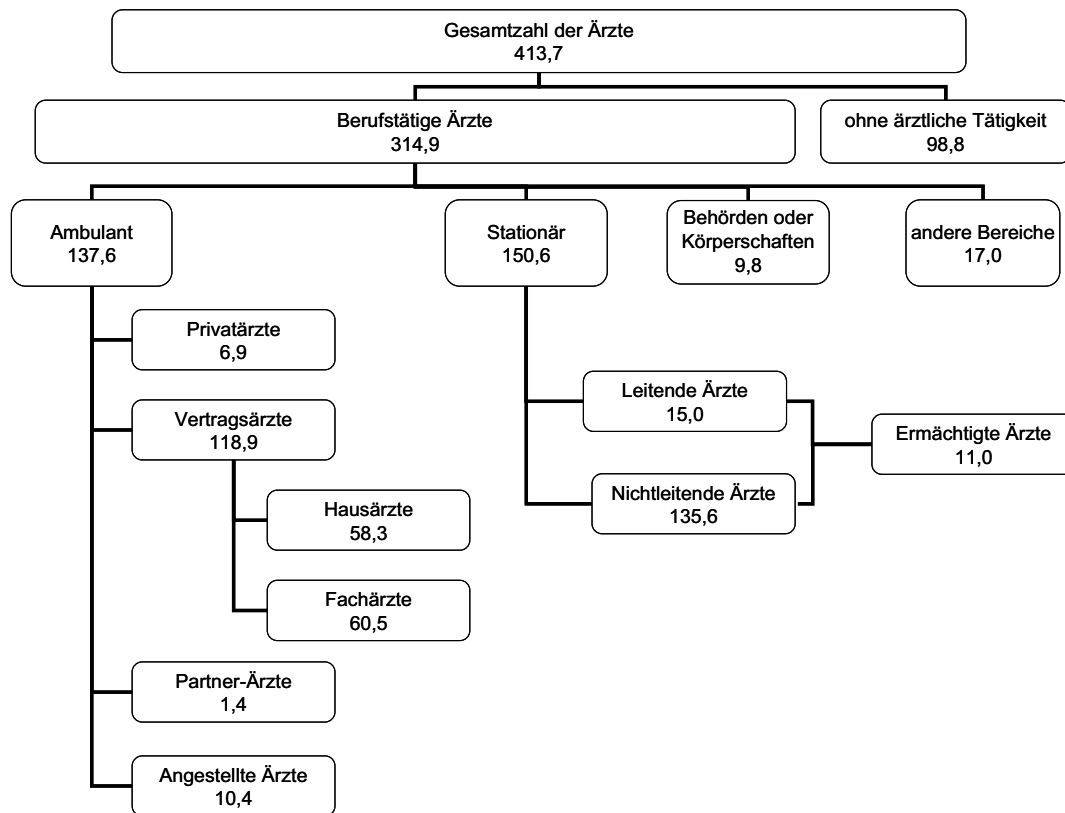
733. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst alle ambulanten ärztlichen Leistungen, die zu Lasten der GKV erbracht werden können, und gliedert sich entsprechend gesetzlicher Vorgabe seit 1996 in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (§ 73 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte unterscheiden sich gemäß ihrem Teilnahmestatus in Vertrags-, Partner-, angestellte und ermächtigte Ärzte. Der Teilnahmestatus „Partner-Arzt“ wurde durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 eingeführt. Es ermöglicht die (beschränkte) Zulassung eines Arztes in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich, sofern der niederlassungswillige Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder derselben Facharztbezeichnung ausübt, und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten. Entsprechend der gesetzlichen Regelung darf der bisherige Praxisumfang nicht wesentlich überschritten werden (§ 101 Absatz 1 Nummer 4, Absatz 3 Satz 1 SGB V). In die Ermittlung des Versorgungsgrades werden Partner-Ärzte nicht einbezogen (vgl. § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V).

Im Jahr 2007, mit Stand zum 31. Dezember, nahmen 134 172 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teil; darunter 118 858 Vertragsärzte, 1 374 Partner-Ärzte, 2 963 angestellte¹⁶¹ sowie 10 977 ermächtigte Ärzte (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008).

¹⁶¹ Ohne Praxisassistenten.

Abbildung 47

Struktur der Ärzteschaft zum 31. Dezember 2007 (in Tausend)



Angestellte Ärzte: einschließlich Praxisassistenten.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Darstellung

734. Differenziert nach Leistungssektoren stellt sich die zahlenmäßige Entwicklung seit 1993 entsprechend Abbildung 48 dar. Die Zahl der Vertragsärzte ist von 104 556 im Jahre 1993 um 13,08 % auf 118 277 in 2006 gestiegen; die Zahl der Krankenhausärzte hat sich im selben Zeitraum von 111 608 auf 133 649 erhöht, was einem Anstieg von 19,75 % entspricht. Den stärksten Nettozuwachs verzeichneten die Vertragsärzte 1998 mit 2,07 % im Vergleich zum Vorjahr. Aus einer Veröffentlichung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geht allerdings hervor, dass die Bestandsrechnung zum 31. Dezember 1998 die Arztlzahlenentwicklung nicht realistisch abbildet. Aufgrund gesetzlicher Regelung mussten Vertragsärzte, die zum 1. Januar 1999 68 Jahre oder älter waren, ihren Vertragsarztsitz aufgeben. Für diese im Vorfeld bekannten Abgänge wurden häufig Zulassungen bereits im Dezember 1998 ausgesprochen, sodass die Stichzugsbetrachtung Doppelzählungen enthält (Thust/Lieschke 1999). Seit 2002 liegt das Wachstum der Krankenhausärzte deutlich über dem der Vertragsärzte: Während die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Vertragsärzte 0,59 % beträgt, ist sie im stationären Bereich mit 1,42 % mehr als doppelt so hoch.

735. Vor dem Hintergrund der besonderen Versorgungsformen, insbesondere der hausarztzentrierten Versorgung

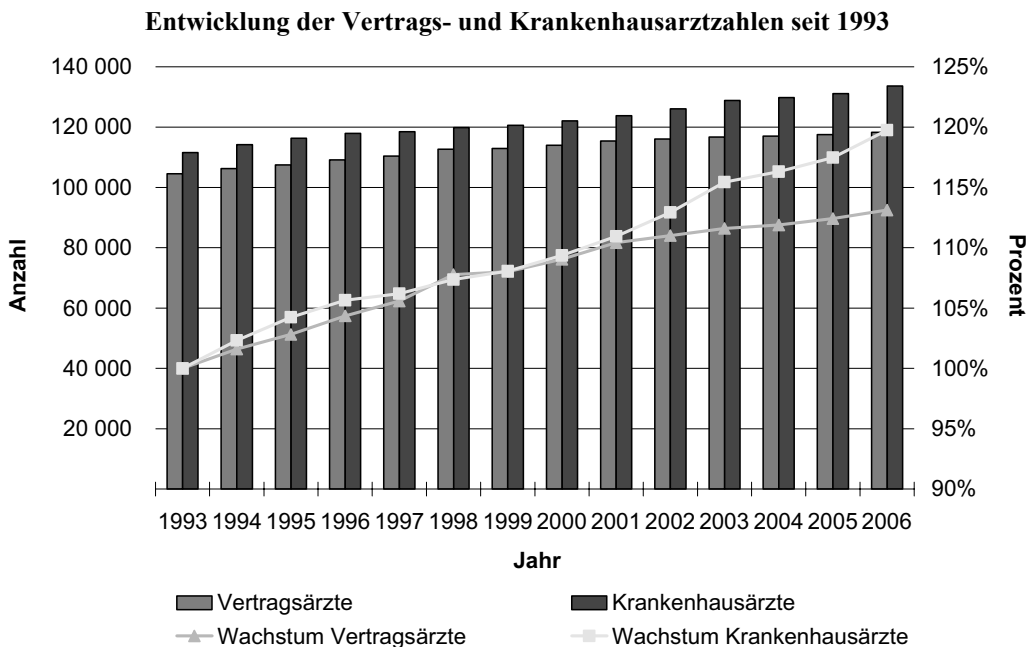
nach § 73b SGB V, erscheint die Aufteilung der Vertragsärzte auf die haus- und fachärztliche Versorgung gemäß § 73 SGB V von besonderer Bedeutung und relevanter als die Trennung in Allgemein- und Praktische Ärzte auf der einen und Gebietsärzte auf der anderen Seite. An der hausärztlichen Versorgung partizipieren neben Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung¹⁶² auch Kinderärzte¹⁶³ sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, sofern sich Letztere für eine derartige Teilnahme entscheiden.¹⁶⁴ Dem fachärztlichen Versorgungsbereich werden die übrigen Fachärzte zugeordnet (§ 73 Absatz 1a Satz 1f. SGB V und Abschnitt 6.1.1). Im Jahr 2007 nahmen insgesamt 58 304 Vertragsärzte an der hausärztlichen Versorgung teil, darunter 41 253 Allgemein- und Praktische Ärzte, 11 378 Internisten und 5 673 Kinderärzte. An der fachärztlichen Versorgung partizipierten insgesamt 60 554 Vertrags-

¹⁶² Im Folgenden Allgemein- und Praktische Ärzte genannt.

¹⁶³ Kinderärzte werden seit dem 1. Januar 2000 dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können jedoch zugleich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 73 Absatz 1a Satz 4 SGB V).

¹⁶⁴ Ausnahmen hiervon sind in § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V geregelt.

Abbildung 48



Krankenhausärzte: bis 30. September 2004 hauptamtliche Ärzte (Leitende Ärzte, Oberärzte, Assistenzärzte) und Ärzte im Praktikum; ab 1 Oktober 2004 hauptamtliche Ärzte.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen, eigene Darstellung

ärzte, darunter 7 347 Internisten¹⁶⁵ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008).

736. Wie Tabelle 80 ausweist, stieg im Zeitraum von 1993 bis 2007 die Zahl der Fachärzte von 42 181 auf

60 554, d. h. um 43,6 % an, während die Zahl der Hausärzte im gleichen Zeitraum von 62 375 auf 58 304, d. h. um 6,5 %, abnahm. Ab 1997 schwächte sich diese Entwicklung insofern etwas ab, als die Zahl der Fachärzte um 20,7 % anwuchs und jene der Hausärzte um 3,2 % zurückging.

¹⁶⁵ Die Gesundheitsberichterstattung weist für das Jahr 2007 7 347 fachärztlich tätige Internisten aus; die KBV in ihren aktualisierten Grunddaten dagegen 7 564. Die Differenz von 217 Ärzten entspricht der Zahl der Lungenärzte im Jahre 2007, die – anders als in der Gesundheitsberichterstattung – in den Grunddaten der KBV zu den fachärztlich tätigen Internisten gezählt werden.

Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie setzt eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten voraus; bei einer prozentualen Relation von 60 zu 40 gilt die Versorgungsstruktur als ausgewogen (§ 35

Tabelle 80

Verteilung der Vertragsärzte auf die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

Jahr	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung	
	Allgemein-/Praktische Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Alle anderen Facharztgruppen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991	44 521	60,1%	29 542	39,9%
1992	45 831	59,3%	31 445	40,7%
1993	62 375	59,7%	42 181	40,3%
1994	62 340	58,7%	43 900	41,3%
1995	62 477	58,1%	45 020	41,9%
1996	59 828	54,8%	49 290	45,2%
1997	60 244	54,6%	50 151	45,4%
1998	59 120	52,5%	53 563	47,5%
1999	59 188	52,4%	53 746	47,6%

noch Tabelle 80

Jahr	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung	
	Allgemein-/Praktische Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Alle anderen Facharztgruppen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
2000	59 601	52,3%	54 418	47,7%
2001	59 555	51,6%	55 890	48,4%
2002	58 844	50,7%	57 221	49,3%
2003	58 718	50,3%	57 977	49,7%
2004	58 837	50,3%	58 153	49,7%
2005	58 698	49,9%	58 849	50,1%
2006	58 602	49,5%	59 675	50,5%
2007	58 304	49,1%	60 554	50,9%

Gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1f. SGB V, ohne Partner-Ärzte.
Bis 1992: alte Bundesländer.

Ab 1996: Aufgrund der gesetzlich geforderten Entscheidung zur hausärztlichen Versorgung (Gesundheitsstrukturgesetz 1993): „Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen bis zum 31. Dezember 1994, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen“. Vor dem Jahre 1996 wurden die Internisten ohne Schwerpunkt dem Gebiet der hausärztlichen Versorgung und die mit Schwerpunkt dem Gebiet der fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

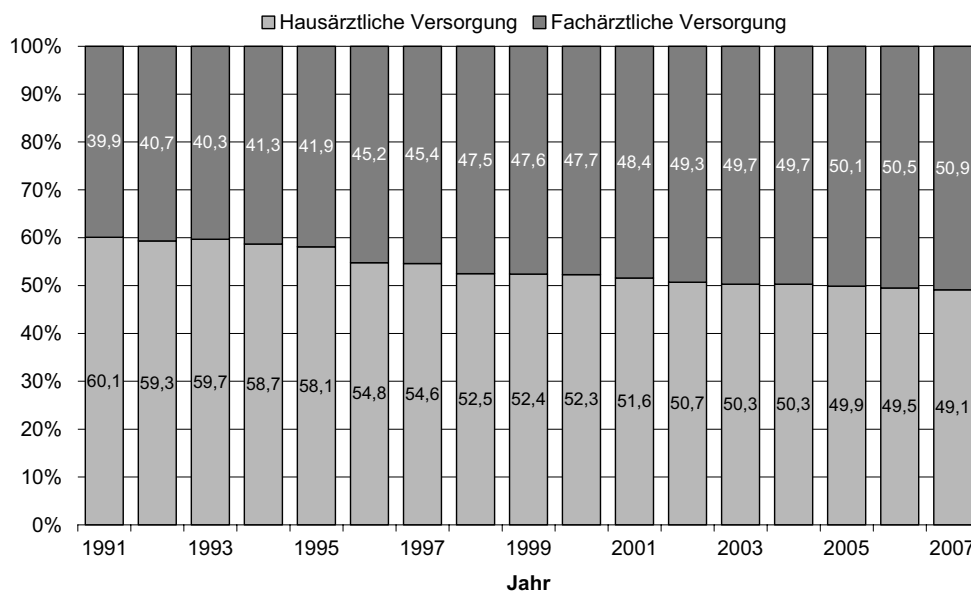
Quelle: Kopetsch 2003: 44; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen

Nummer 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Abbildung 49 lässt erkennen, dass eine derartige Relation im Jahre 1991 bestand, diese sich jedoch seither kontinuierlich zugunsten der Fachärzte verschoben hat. Obwohl den KVen seit 1993 die Aufgabe zukommt, im Rahmen der Niederlassungs-

beratung auf das entsprechende Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten hinzuwirken (§ 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie), erhöhte sich der Anteil der Fachärzte im Zeitraum von 1993 bzw. 1997 bis 2007 um 10,6 % bzw. 5,5 Prozentpunkte.

Abbildung 49

Verteilung der Vertragsärzte auf die haus- und fachärztliche Versorgung



Gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1f. SGB V, ohne Partner-Ärzte.

Bis 1992: alte Bundesländer.

Ab 1996: Aufgrund der gesetzlich geforderten Entscheidung zur hausärztlichen Versorgung (Gesundheitsstrukturgesetz 1993): „Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen bis zum 31. Dezember 1994, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen“. Vor dem Jahre 1996 wurden die Internisten ohne Schwerpunkt dem Gebiet der hausärztlichen Versorgung und die mit Schwerpunkt dem Gebiet der fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

Quelle: Kopetsch 2003: 44; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen

6.2.2 Die Fachärzte nach Arztgruppen

737. Die Vertragsärzte der fachärztlichen Versorgung verteilen sich im Jahr 2007 auf die folgenden Arztgruppen:

Bei der Betrachtung von Tabelle 81 fällt auf, dass sich die Arztgruppen bzw. die arztgruppenspezifischen Leistungen hinsichtlich ihres Spezialisierungsgrades unterscheiden. An der fachärztlichen Versorgung nehmen sowohl Vertragsärzte teil, die hausarztnahe Leistungen erbringen

Tabelle 81

Vertragsärzte in der fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen

	2007	1996	Veränderung gegenüber 1996	Mittlere jährl. Wachstumsrate
Allgemein-, Praktische Ärzte ¹⁾	185	767	-75,88%	-12,13%
Anästhesisten	2 751	1 465	87,78%	5,90%
Augenärzte	5 183	5 121	1,21%	0,11%
Chirurgen	3 796	3 377	12,41%	1,07%
Frauenärzte	9 676	9 406	2,87%	0,26%
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	3 920	3 825	2,48%	0,22%
Hautärzte	3 283	3 218	2,02%	0,18%
Internisten	7 347	3 682	99,54%	6,48%
Kinderärzte ²⁾	-	188	-	-
Kinder- und Jugendpsychiater	654	253	158,50%	9,02%
Laborärzte	740	566	30,74%	2,47%
Lungenärzte	217	330	-34,24%	-3,74%
Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgen	982	588	67,01%	4,77%
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	4 792	4 496	6,58%	0,58%
Neurochirurgen	419	106	295,28%	13,31%
Nuklearmediziner	577	217	165,90%	9,30%
Orthopäden	5 062	4 655	8,74%	0,76%
Pathologen	615	396	55,30%	4,08%
Ärztliche Psychotherapeuten	4 496	2 052	119,10%	7,39%
Radiologen, Diagnostische Radiologen	2 708	2 088	29,69%	2,39%
Urologen	2 611	2 416	8,07%	0,71%
Sonstige Arztgruppen ³⁾	540	78	592,31%	19,23%
Summe	60 554	49 290	22,85%	1,89%

¹⁾ Allgemein- und Praktische Ärzte können auf Antrag zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen werden, sofern sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen (siehe § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V).

²⁾ 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1999: Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen; Kinderärzte mit Teilgebietsbezeichnung nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Ab 1. Januar 2000: Kinderärzte nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil; Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

³⁾ Sonstige Arztgruppen: u. a. Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Hygieniker, Immunologen, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner.

– wie Augenärzte, Frauenärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Hautärzte – als auch solche, die hoch spezialisierte und damit krankenhausahe Leistungen anbieten. Die Krankenhausahe der Spezialisten – zu ihnen zählen beispielsweise Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Anästhesisten – äußert sich darin, dass sie in der Regel auf Veranlassung anderer Fachärzte, Hausärzte aber auch Krankenhausärzte tätig werden.

738. Abbildung 50 verdeutlicht, dass sich die Facharztgruppen auch hinsichtlich ihrer mittleren jährlichen Wachstumsraten zum Teil deutlich unterscheiden. Während die hausarztnahen Facharztgruppen tendenziell relativ niedrige Zuwächse verzeichneten, wiesen die krankenhausahe Spezialisten in der Tendenz vergleichsweise hohe Wachstumsraten auf.

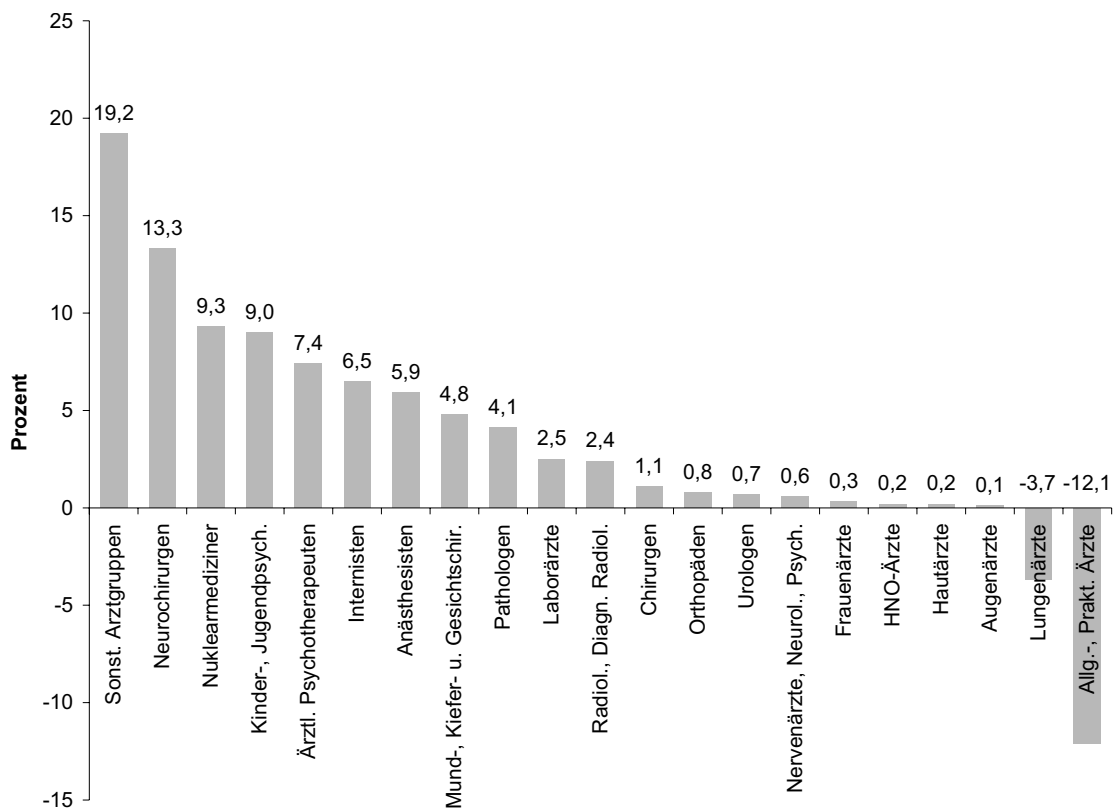
739. Für eine Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist die regionale Verteilung der verschiedenen Haus- und Fachärzte und auch die Behandlung besonders bedürftiger Patientengruppen ein wichtiger Indikator. Als Beispiel sei hier die Betreuung in Pflegeheimen genannt. So besteht in Pflegeheimen ein deutlicher

Mangel an fachärztlicher Versorgung (siehe hierzu die SÄVIP-Studie (Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen), die über 10 % aller Heimbewohner in Deutschland erfasst und als repräsentativ gelten kann (Hallauer et al. 2005)). Aufgrund eingeschränkter Mobilität (ca. 75 %) und Demenz (53 % der Bewohner) suchen ca. 80 % der Heimbewohner keinen Arzt außerhalb des Heims auf. Die ärztliche Versorgung der Heime wird fast ausschließlich durch Allgemeinmediziner durchgeführt. Die fachärztliche Versorgung bleibt bei vielen Bewohnern aus. So wurden 38,2 % der Heime von keinem Gynäkologen besucht, 18,2 % der Heime machten keine Angaben und dies, obwohl 80 % der Heimbewohner Frauen sind. Auch blieben fast ein Drittel der Heime ohne den Besuch eines Augenarztes und 36 % ohne einen HNO-Arzt. Nur ca. ein Drittel der Patienten werden von Neurologen und Psychiatern betreut (Ressourcen des sekundären Sektors und des stationären Sektors werden fast nicht genutzt, vgl. Ziffer 829ff.).

740. Versorgungsdefizite zeigt auch der Pflegereport 2008 der Gmünder ErsatzKasse. So liegt die Behandlungsquote von Pflegebedürftigen durch Augenärzte um

Abbildung 50

Mittlere jährliche Wachstumsraten der Zahl der Vertragsärzte in der fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen 1996 bis 2007



Sonst. Arztgruppen: u. a. Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Hygieniker, Immunologen, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner.

Quelle: Daten für 1996 von der KBV erfragt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen, eigene Darstellung

ca. 50 % niedriger als bei nicht pflegebedürftigen Personen, wobei pflegebedürftige Heimbewohner eine signifikant geringere augenärztliche Versorgung erfahren als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Besonders deutlich sind die Unterschiede bei der Versorgung durch Orthopäden, aber auch andere fachärztliche Bereiche wie Gynäkologen und Urologen sind unterrepräsentiert (Rothgang et al. 2008).

Als Ursachen werden Probleme bei der Organisation (die Arztbesuche werden fast ausschließlich von Mitarbeitern der Heime veranlasst), unzureichende Vergütung und die Festlegung, dass Fachärzte nur auf Veranlassung des Hausarztes in Alten- und Pflegeheimen tätig werden können, genannt. Die Organisation der Facharztversorgung in Heimen muss verbessert werden (vgl. Unterkapitel 6.4).

741. Auch in ihren gesundheitspolitischen Leitsätzen (BÄK 2008) weisen die Ärzte darauf hin, dass Patienten einen Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche Versorgung haben sowie einen angemessenen Zugang zur Behandlung nach Facharztstandard. In strukturschwachen Gegenden wird dies nur in Kooperation mit einem Krankenhaus möglich sein mit beispielsweise gemeinsamer Nutzung von Großgeräten, Operationssälen und einem Konsiliar- und Belegarztsystem.

6.2.3 Medizinische Versorgungszentren

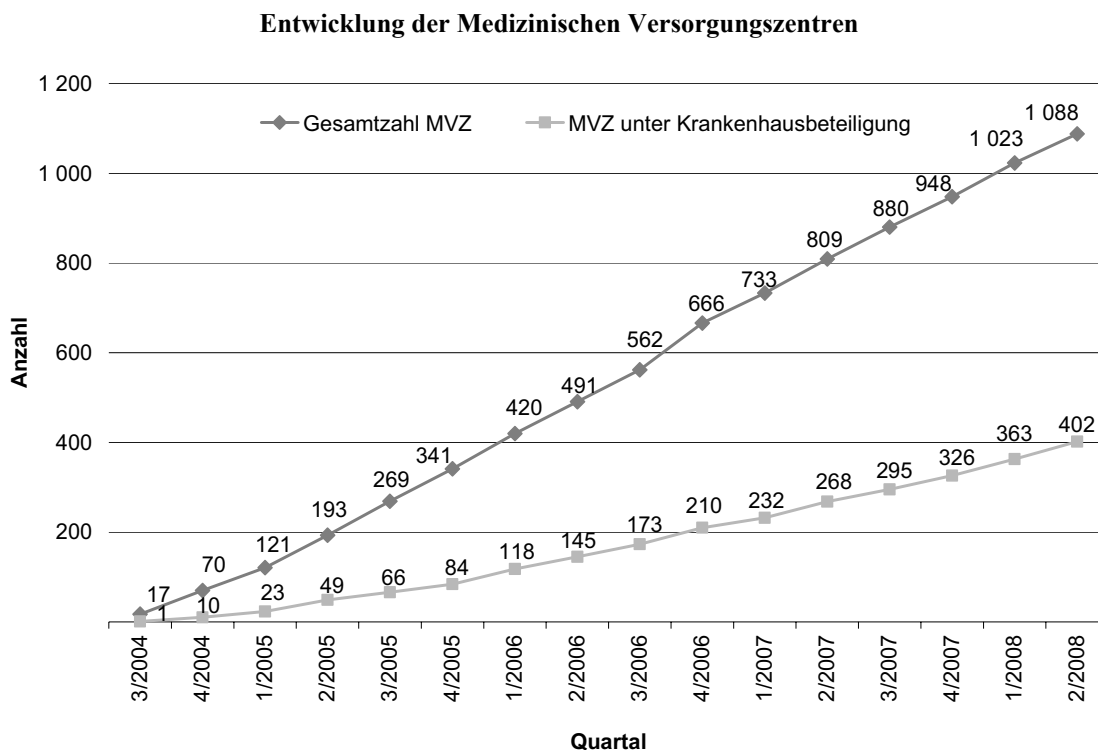
742. Seit dem 1. Januar 2004, dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, können so ge-

nannte Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, um den Patienten eine Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen (vgl. Bundestagsdrucksache 15/1170: 82). Dabei handelt es sich um fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen im Arztregister eingetragene Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Als fachübergreifend gelten dabei Einrichtungen mit mindestens zwei Ärzten unterschiedlicher Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen – wobei diesbezüglich die Unterscheidung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung gemäß § 73 SGB V unter Berücksichtigung des § 101 Absatz 4f. zu beachten ist (§ 95 Absatz 1 Satz 2f. SGB V).

743. Wie Abbildung 51 zeigt, steigt die Gesamtzahl der MVZ stetig. Mit 325 Neugründungen war 2006 das Jahr mit dem höchsten absoluten Zuwachs. Im Jahre 2005 wurden 271 MVZ gegründet, 2007 waren es 282.

744. Als Gründer eines MVZ – das sich jeder zulässigen Organisationsform bedienen kann – kommen all jene Leistungserbringer infrage, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen (§ 95 Absatz 1 Satz 6). Der Kreis der Gründungsberechtigten ist dementsprechend groß und besteht sowohl aus ärztlichen als auch aus nichtärztlichen Leistungserbringern. Neben Vertragsärzten, ermächtigten Krankenhausärzten und zugelassenen Krankenhäusern sind z. B. auch Vertragszahnärzte, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer zur Gründung eines

Abbildung 51



Quelle: KBV 2008a: 3

MVZ berechtigt (KBV 2006a). Seit ihrer Einführung befindet sich die Mehrheit der MVZ in der Trägerschaft von Vertragsärzten. Allerdings ist Abbildung 51 zu entnehmen, dass der Anteil der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, stetig steigt. Im 2. Quartal 2008 befanden sich 55,8 % der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten, 36,9 % in Krankenhausträgerschaft und lediglich 7,3 % in sonstiger Trägerschaft (KBV 2008a).

745. Die Motivation zur Gründung eines MVZ ist abhängig von persönlichen Präferenzen und der Ausgangssituation des jeweiligen Leistungserbringers. Aus vertragsärztlicher Sicht gibt es z. B. folgende Beweggründe (KBV 2006a; 2006b):

- Steigerung der Effizienz durch Realisierung von Kostendegressionspotenzialen und Synergieeffekten,
- Stärkung bzw. Erweiterung der eigenen Position am Markt und dadurch verbesserte Marketingmöglichkeiten sowie verbesserte Startposition für Selektivverträge, insbesondere für Verträge zur integrierten Versorgung,
- verringertes Investitionsrisiko bei gleichzeitiger Wertsteigerung der Praxis,
- Entlastung von Verwaltungsaufgaben,
- flexiblere Arbeitszeiten.

746. Krankenhäuser sehen in der mit einem MVZ einhergehenden verstärkten Kooperation mit dem ambulanten Sektor eine Möglichkeit zur Verbesserung der eigenen Wettbewerbssituation im stationären Bereich. Die Beteiligung an einem MVZ ermöglicht die (KBV 2006a; Flintrop 2006):

- Verlagerung vor- und nachstationärer Leistungen an das MVZ. Dies senkt die Kosten im Krankenhaus und erhöht somit die mit der jeweiligen DRG erzielten Deckungsbeiträge,
- Erzielung zusätzlicher Einnahmen außerhalb des Krankenhausbudgets,
- Generierung von Patientenströmen, wenn das MVZ bei entsprechendem stationären Behandlungsbedarf als Einweiser fungiert,
- die Weiterbildung der im Krankenhaus angestellten Assistenten bezüglich der ambulanten Patientenversorgung.

747. Dass Klinikbetreiber dem MVZ große Bedeutung im Konkurrenzkampf der Krankenhäuser beimessen, zeigt sich zum einen am stetigen Anstieg der Krankenhausbeteiligungen an MVZ und zum anderen an den geäußerten strategischen Zielen bzw. getätigten Investitionen. In einem in 2006 geführten Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt äußerte Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, die Klinikette plane, an jedem Klinikstandort ein MVZ einzurichten (Flintrop 2006). Auf der Internetseite des Konzerns ist von einem neuen Versorgungsmodell die Rede, bei dem einfache Krankheitsfälle einer ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung zugeordnet würden. Bei dieser handle es sich um eine Verbundversorgung aus so genannten Portalkliniken und

MVZ, bei der MVZ-Ärzte die komplette ärztliche Versorgung übernehmen. Dadurch würden „die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor faktisch aufgehoben“ (Rhön-Klinikum AG 2008). Darüber hinaus strebt die Klinikette über Verbünde von Krankenhäusern und MVZ langfristig eine flächendeckende Vollversorgung an, bei der jeder Patient innerhalb von 60 bis 90 Minuten eine Konzerneinrichtung erreichen kann (Jachertz 2007).

748. Während sich die Gründung von MVZ für Krankenhäuser betriebswirtschaftlich zu lohnen scheint, reduzierten sich aus vertragsärztlicher Sicht die Vorteile eines MVZ gegenüber klassischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) im Januar 2007. Seither dürfen auch Vertragsärzte in Einzel- und Gemeinschaftspraxen Ärzte anstellen, sofern für die entsprechende Arztgruppe keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Zudem gilt das Niederlassungsprivileg nach fünfjähriger Tätigkeit im MVZ nur noch für Ärzte, die ihre Tätigkeit vor dem 1. Januar 2007 aufgenommen. Ärzte, die erst seit dem 1. Januar 2007 in einem MVZ tätig sind, bleibt eine spätere Niederlassung im Planungsbereich des MVZ verwehrt, wenn für diesen zum entsprechenden Zeitpunkt Zulassungsbeschränkungen gelten (Bausch 2007; § 103 Absatz 4a Satz 4).

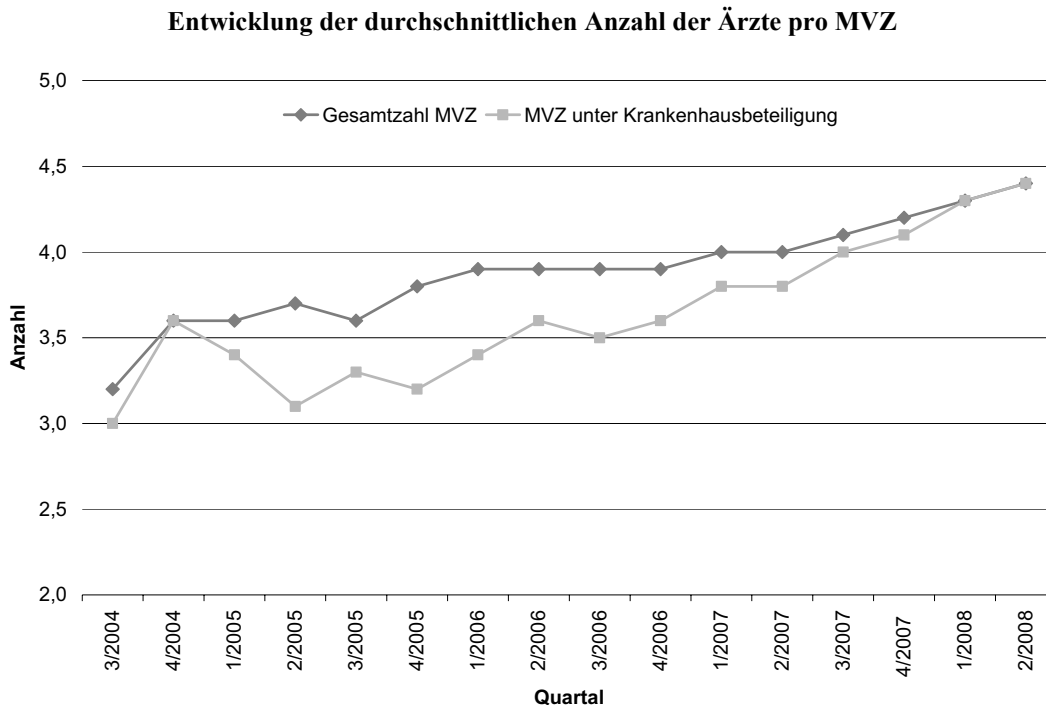
749. Im 2. Quartal 2008 waren insgesamt 4 803 Ärzte in MVZ tätig, was bei einer Gesamtzahl von 1 088 MVZ eine durchschnittliche Arbeitsgröße von 4,4 Ärzten je MVZ impliziert. Im 3. Quartal 2004 arbeiteten, wie Abbildung 52 veranschaulicht, in einem MVZ durchschnittlich 3,2 Ärzte. Vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber intendierten Versorgung „aus einer Hand“ ist die durchschnittliche Arbeitsgröße durchaus kritisch zu sehen, dürfte das Spektrum ärztlicher Leistungen bisher bei der Mehrheit der MVZ kaum breiter gefächert sein als das Angebot fachübergreifender Gemeinschaftspraxen (Spieth 2007).

750. Erste Hinweise auf das Leistungsangebot der MVZ liefert in Abbildung 53 eine Übersicht über die am häufigsten in MVZ vertretenen Arztgruppen. Aus ihr kann allerdings nicht geschlossen werden, welche Fächergruppen in den einzelnen MVZ kooperieren. Da eine derartige Auflistung nicht zur Verfügung steht, kann keine Aussage über das tatsächlich vorzufindende Leistungsspektrum der MVZ getroffen werden.

Im 2. Quartal 2008 waren Hausärzte, Internisten und Chirurgen die am häufigsten vertretenen Facharztgruppen – und zwar sowohl hinsichtlich der Anzahl der Ärzte als auch hinsichtlich der Anzahl der MVZ, in denen die jeweilige Arztgruppe vertreten ist.

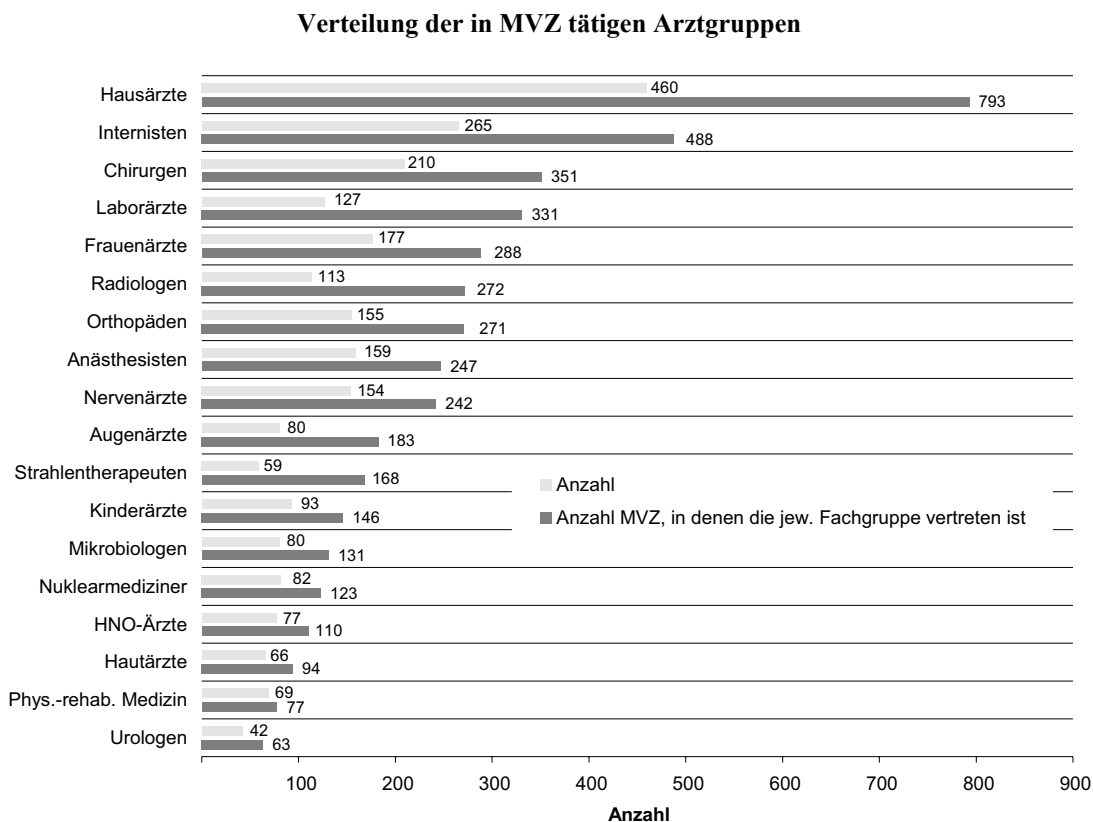
751. Abbildung 54 gibt Aufschluss über die Art der Berufsausübung in den MVZ. Bis zum 4. Quartal 2005 war das zahlenmäßige Verhältnis von Vertrags- und angestellten Ärzten nahezu ausgeglichen. Seither veränderte sich die Zusammensetzung zugunsten der Ärzte im Anstellungsverhältnis. Im 2. Quartal 2008 betrug ihr Anteil 74,4 %. Zu dieser Entwicklung trug der bereits erwähnte stetig steigende Anteil der Krankenhausbeteiligungen bei, da MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses, wie Abbildung 55 zeigt, nahezu ausschließlich mit angestellten Ärzten arbeiten.

Abbildung 52



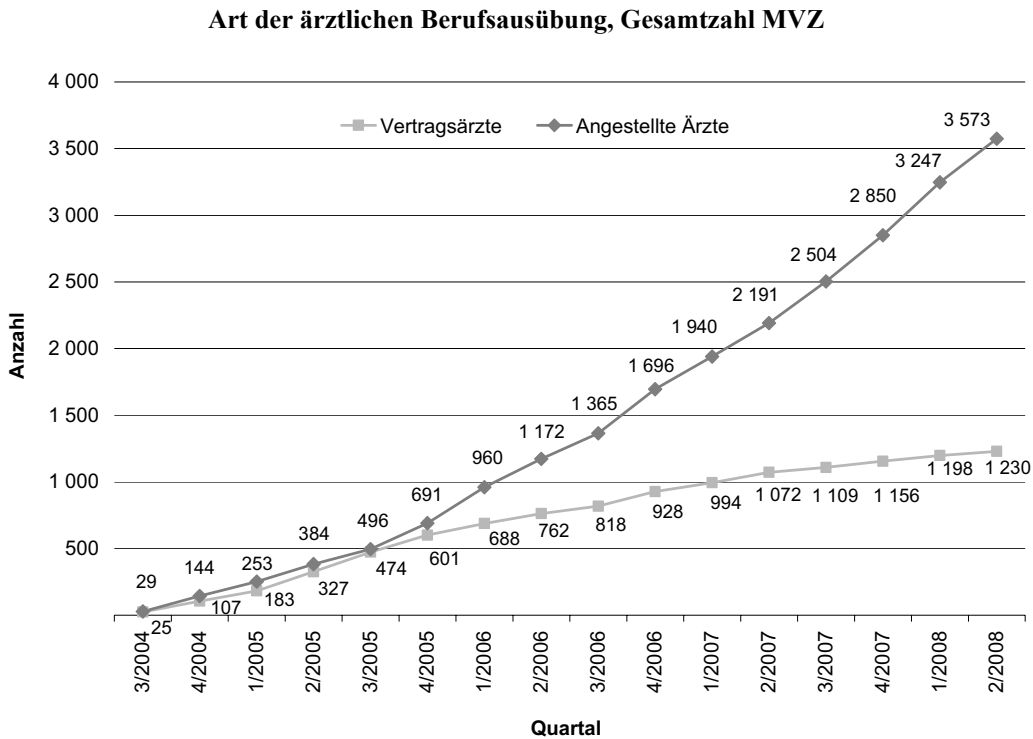
Quelle: KBV 2008a: 9

Abbildung 53



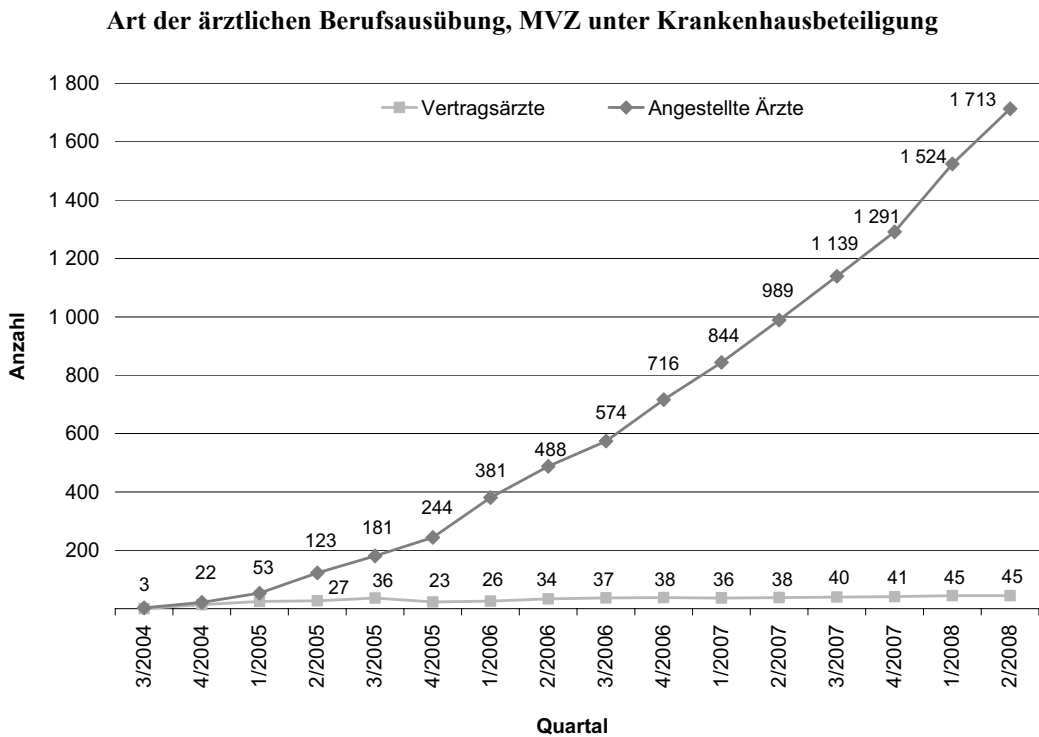
Quelle: KBV 2008a: 7, eigene Darstellung

Abbildung 54



Quelle: KBV 2008a: 5

Abbildung 55



Quelle: KBV 2008a: 6

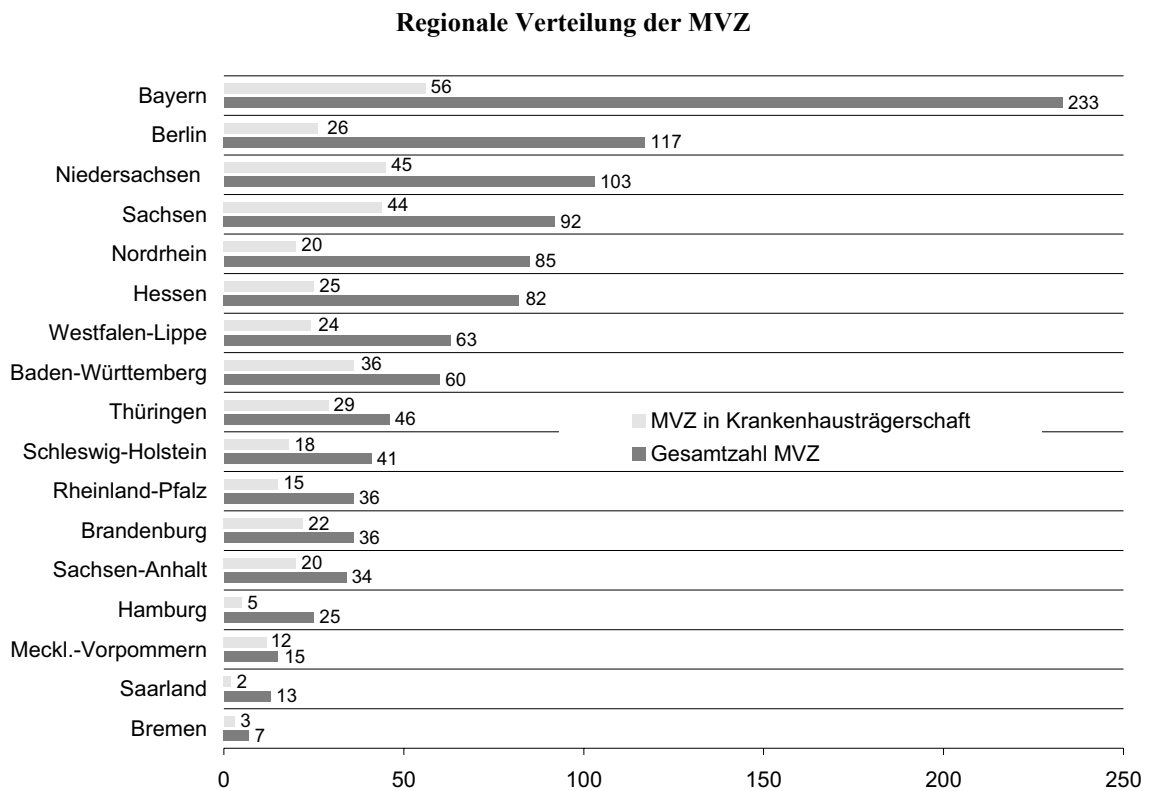
752. Mit Blick auf die innerdeutsche Versorgungssituation interessieren vor allem die regionale und die räumliche Verteilung der MVZ. Abbildung 56 ordnet die KV-Regionen nach der Anzahl der MVZ-Zulassungen. Im regionalen Vergleich liegt Bayern an der Spitze, gefolgt von Berlin und Niedersachsen. Hinsichtlich der Trägerstruktur unterscheiden sich west- und ostdeutsche Bundesländer: Der Anteil der MVZ unter Krankenhausbeteiligung ist in den östlichen Bundesländern mit 57 % deutlich höher als in den anderen Bundesländern¹⁶⁶ (30,2 %). Eine

¹⁶⁶ Die KV Berlin wird zu den westdeutschen Bundesländern gezählt.

Analyse der Zulassungen nach räumlichen Gesichtspunkten offenbart, dass sich 57 % aller MVZ in städtischen, 36 % in ländlichen und 7 % in halbstädtischen Regionen befinden (Tabelle 82).

753. Auch in Zukunft werden niedergelassene Fachärzte im Versorgungssystem wichtige Funktionen übernehmen zwischen der nichtspezialisierten Versorgung durch Primärärzte und der häufig hochspezialisierten stationären Behandlung. Wie positiv die Einschätzung der ambulanten Facharztversorgung im Vergleich mit der Betreuung durch Hausärzte ist, hat eine kürzlich vorgestellte Befragung von 2 000 Patienten gezeigt (Ernst & Young

Abbildung 56



Quelle: KBV 2008a: 6

Tabelle 82

Räumliche Ansiedlung

Regionaltyp	Einwohnerzahl	Einwohnerdichte in Einw./km ²	Anteil an MVZ-Gesamtzahl
ländlich	unter 50 000	unter 100	36%
halbstädtisch	mindestens 50 000	100 - 500	7%
städtisch	über 50 000	über 500	57%

Quelle: KBV 2008a: 4

2009). So ist das Vertrauen von Patienten in Gesundheitsfragen zum Facharzt mit 89 % fast ebenso hoch wie zum Hausarzt mit 93 %.

6.2.4 Zwischenfazit

754. Für die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung stellen weniger das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten als vielmehr die absolute Zahl und die regionale Verteilung der jeweiligen Arztgruppen relevante Indikatoren dar. In dieser Hinsicht gibt die im Beobachtungszeitraum absolut und relativ sogar deutlich sinkende Zahl von Hausärzten sowie das relativ schwache Wachstum der Fachärzte, die hausarztnahe Leistungen erbringen, Anlass zur Besorgnis. Dies gilt umso mehr, als die Hausärzte derzeit auch innerhalb der Ärzteschaft eine überdurchschnittliche Alterung aufweisen (s. Unterkapitel 2.7). Um künftig eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, bedarf es daher zum einen einer umfassenden Förderung des hausärztlichen Berufes und zum anderen vielfältiger Anreize, um Hausärzte in strukturschwachen Regionen zur Niederlassung oder zumindest zur Übernahme der Versorgung an einigen Tagen in der Woche zu bewegen (s. ausführlicher Unterkapitel 6.1).

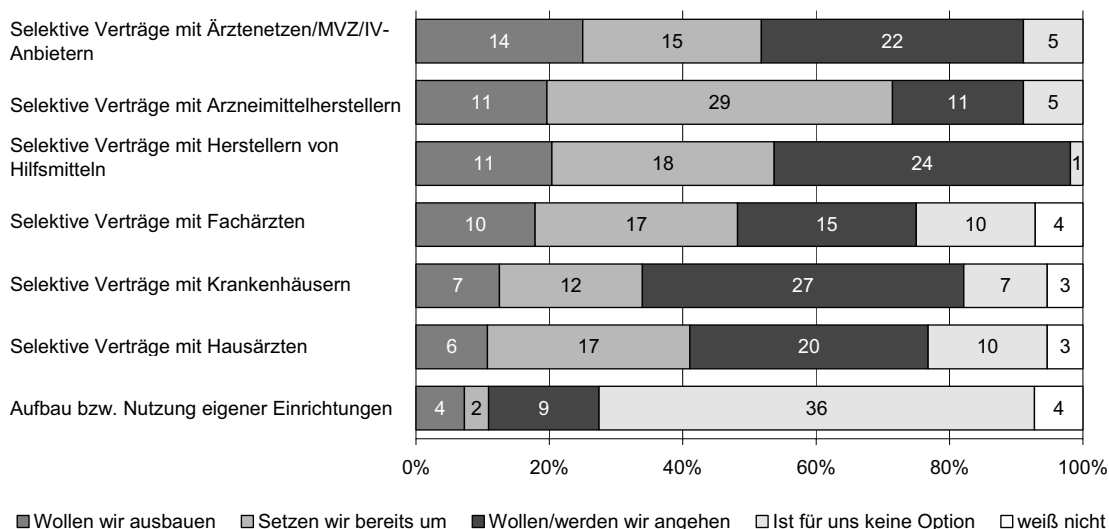
755. Eine überdurchschnittliche Zunahme von hochspezialisierten Fachärzten, die als Vertragsärzte krankenhaunahe Leistungen anbieten, bildet per se noch kein Indiz für eine ineffiziente oder ineffektive Gesundheitsversorgung. Wie Abbildung 57 zeigt, rangieren die Fachärzte als präferierte Leistungserbringer der Krankenkassen bei selektiven Verträgen nicht hinter den Hausärzten und spürbar vor den Krankenhäusern (Ulrich/Wille 2008). Dies impliziert, dass sich die Krankenkassen von selektiven Verträgen mit Gruppen von preisgünstigen bzw. über-

durchschnittlich qualifizierten Fachärzten eine effizientere bzw. effektivere Versorgung versprechen. Das Problem liegt nicht primär in der zu hohen Zahl von ambulanten Fachärzten, sondern in der mangelnden Verzahnung der Behandlung insbesondere mit dem stationären Sektor sowie in dem unzureichenden Wettbewerb zwischen den Vertragsärzten und den Krankenhäusern bei ambulanten Leistungen. Darüber hinaus bestehen Defizite in einzelnen Bereichen wie den Pflegeheimen und in strukturschwachen Gegenden, sodass hier eine hochwertige fachärztliche Versorgung nicht erreicht ist bzw. gefährdet erscheint.

756. Vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung und den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts gewinnt die ambulante Behandlung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zunehmend an Bedeutung. Damit nimmt auch die Notwendigkeit zu, in diesem Bereich durch einen funktionsgerechten Wettbewerb das vorhandene Effizienz- und Effektivitätspotenzial auszuschöpfen. Hier mangelt es noch an fairen Wettbewerbsbedingungen für die konkurrierenden Leistungserbringer, d. h. für Krankenhäuser und (Fach-)Ärzte. Eine sektorübergreifende Optimierung der Versorgung mit Hilfe einer Intensivierung des Wettbewerbs erfordert eine Vereinheitlichung hinsichtlich der Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten, Genehmigung neuer Behandlungsmethoden, Preisen von veranlassten Leistungen und eventuellen Regulierungen, wie z. B. Mindestmengen oder Mengenbegrenzungen (so auch Knieps 2008). Unter diesen Bedingungen könnten dann auch Verbünde aus Krankenhäusern und MVZ oder Zusammenschlüsse aus Krankenhäusern und ambulanten Praxisgemeinschaften nach

Abbildung 57

Präferierte Leistungserbringer der Krankenkassen bei selektiven Verträgen



Quelle: Ulrich/Wille 2008

dem VÄndG ihr Rationalisierungspotenzial besser ausschöpfen und zumindest für eine gewisse Zeit zu „Treibern“ einer sektorübergreifenden Versorgung avancieren. Die Facharztweiterbildung muss sich diesen neuen Bedingungen anpassen, wobei zukünftig ein größerer Teil im ambulanten Sektor stattfinden wird, möglicherweise sogar parallel zu einer stationären Weiterbildung, sodass für diese junge Arztgeneration eine sektorübergreifende Patientenbetreuung schon früh in der Weiterbildung Realität wird.

6.3 Arzneimittelversorgung

757. Die Vergrößerung des Primärversorgungsbereichs und des Bereichs der sekundären fachärztlichen Versorgung bei gleichzeitiger Reduzierung und Konzentration der Krankenhäuser auf die stationäre Akut- und Notfallbehandlung sowie auf schwerwiegende Komplikationen bei chronischen Erkrankungen wird den Anteil und die Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie gegenüber der derzeitigen Situation erhöhen. Arzneimittel sind die am häufigsten eingesetzte Therapieform in der ambulanten Versorgung und gehören, richtig angewendet, zu den wirksamsten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Ihr Einsatzbereich reicht von akuten Gesundheitsstörungen über chronische Krankheiten, die Verhinderung und Verzögerung kurzfristiger und ferner Krankheitskomplikationen bis zur rein palliativen Schmerztherapie. Insbesondere die präventive Zielrichtung zur Minderung der Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Hypertonie- bzw. atherothrombotisch bedingter irreversibler Ereignisse wie Schlaganfall oder Herzinfarkt stellt in den westlichen Gesellschaften versorgungsepidemiologisch eines der umfangreichsten ambulanten Anwendungsfelder für Arzneimittel dar. Dabei soll allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass insbesondere in Gesellschaften höherer Lebenserwartung die Dauer der Behandlung chronischer Krankheiten steigt, die Menschen leiden dann über mehr Jahre ihres Lebens an Bluthochdruck, Diabetes oder anderen chronischen Erkrankungen und werden dementsprechend auch länger behandelt. Arzneimittel werden damit zu jahrelangen Begleitern chronisch kranker Menschen, sie „kontrollieren“ bestenfalls die Krankheit, ohne sie letztlich „heilen“ zu können (Kuhlmeier et al. 2003). Die Hoffnungen vieler Patienten, die an schwerwiegenden, bisher nur symptomatisch behandelbaren Krankheiten leiden, richten sich daher auf die Entwicklung neuer Medikamente. Erwartet werden in Zukunft z. B. Neuentwicklungen gegen Demenz oder bösartige Erkrankungen (Krebs). Der Anteil gentechnisch entwickelter Medikamente ist ständig im Wachsen begriffen (Biologicals bzw. deren Nachfolgeprodukte Biosimilars z. B. gegen rheumatoide Arthritis oder Multiple Sklerose), derzeit sind bereits 74 biotechnologisch hergestellte Arzneimittel auf dem deutschen Markt verfügbar, pro Jahr kommen 4 bis 5 neue Biopharmazeutika hinzu. Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat derzeit Kenntnis über die Erforschung von allein mehr als zehn Wirkstoffen zur Behandlung sehr seltener Krankheiten (*orphan drugs*). Schon jetzt fallen 13 % der Arzneimittelausgaben von

knapp 26 Milliarden Euro (2008) in der GKV auf Biopharmazeutika, 2020 sollen es bereits 21 % sein (Häussler 2008). Die Arzneimittelversorgung wird sich daher im Charakter verändern: Neben den bisherigen, symptomatisch orientierten chronischen Behandlungen werden sehr viel mehr individualisierte Therapien angeboten werden, die z. B. in genetisch oder enzymatisch bedingte Krankheitsprozesse mit Wirkstoffen eingreifen, die den natürlich im Körper vorkommenden nachgeahmt sind.

758. Neben den schon vorhandenen effektiven Arzneimitteln zur Behandlung chronischer Erkrankungen erweitern vor allem die gentechnologisch hergestellten Biologicals und Biosimilars die Möglichkeiten, schwere Erkrankungen, die bislang bei Exacerbationen häufig einen stationären Aufenthalt notwendig machten, auch ambulant zu behandeln. Zudem erhöhen sie die Überlebenszeit vieler Patienten mit Krebs- oder Autoimmunerkrankungen und damit die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie auch auf lange Zeit hin kompetent und qualifiziert zu begleiten. Diese neuen Arzneimittel greifen zum Teil hochselektiv in Stoffwechselforgänge und Funktionen des Organismus ein. Die Informationsvermittlung über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken bekommt daher wachsende Relevanz. Schließlich sind Effektivität und Effizienz der Arzneimitteltherapie nur dann zu erwarten, wenn vor der Therapie eine angemessene Nutzen- und Schadenabwägung in die Entscheidung einbezogen werden kann.

759. Wegen der steigenden Bedeutung der Arzneimitteltherapie als Folge der erweiterten Möglichkeiten der Behandlung in der ambulanten primär- und sekundärmedizinischen Versorgung wird sich auch die Notwendigkeit der interdisziplinären und fachübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne der Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche verstärken müssen. Diese Entwicklung folgt den Anforderungen des § 140b SGB V, nach denen im Rahmen einer integrierten Versorgung von allen Partnern ausdrücklich eine Verpflichtung zu „qualitätsgesicherter, wirksamer, ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Versorgung der Versicherten“ gefordert wird. Hierfür notwendig sind u. a. „eine ausreichende Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss.“ (§ 140b Absatz 3 SGB V)

760. Im Rahmen einer zweckmäßigen und immer komplexer werdenden Arzneimittelversorgung ist die Beteiligung von Apotheken unverzichtbar. Dazu müssen aber bestimmte Voraussetzungen im Hinblick auf Qualität und Qualifikation in der Kooperation und Kommunikation erfüllt werden. Im Jahre 2007 gab es in Deutschland 21 570 Apotheken (davon hatten 2 356 den Status einer Filialapotheke; jeder Apotheker kann neben seiner eigenen Apotheke weitere drei Filialapotheken im Besitz haben), das waren 370 mehr als im Vorjahr. 351 Apotheken wurden im Jahre 2007 geschlossen (ABDA 2008), es blieb also im Jahre 2007 ein Nettozuwachs von 19 Apotheken gegenüber 2006. Die Aufgabe der Apotheken liegt vor allem in der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Ordnungsgemäß bedeutet in diesem Zu-

sammenhang, die notwendigen und von den Patienten und Verbrauchern gewünschten Arzneimittel vorrätig zu halten, die Voraussetzungen bei der Abgabe eines Arzneimittels zu berücksichtigen (z. B. die Rezeptpflicht zu beachten) und adäquate Hinweise zur Anwendung, zur Aufbewahrung und zu den erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu geben. Auf diese Weise soll die Therapiesicherheit erhöht, der bestimmungsgemäße Gebrauch gefördert und der nicht-bestimmungsgemäße Gebrauch, der z. B. zu unerwünschten Ereignissen wie Überdosierung, Missbrauch oder Abhängigkeit führen kann, vermieden oder zumindest verringert werden. Bei einer Einbindung in ein Konzept der integrierten Versorgung geht es aber um die Erweiterung dieses allgemeinen Auftrags, z. B. um die gemeinsam mit den Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (z. B. aus dem Bereich der Pflege) umzusetzende und arbeitsteilig organisierte pharmazeutische Betreuung (*pharmaceutical care*) chronisch Kranker ebenso wie um die Zusammenführung und Bewertung von Versorgungsdaten aus dem privat finanzierten Bereich (z. B. dem Arzneimittelkonsum im Rahmen der Selbstmedikation oder der privaten Verordnungen). Der Zugang oder die Nutzungsmöglichkeit einer bisher nur in wenigen Projekten erprobten arzneimittelbezogenen Patientendatei ist vor allem im Hinblick auf die Medikation allgemein bzw. das individuelle Medikationsprofil von besonderer Bedeutung: Interaktions-Checks (Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln oder Nahrungsmitteln) oder die Anwendung eines so genannten CAVE-Checks (Prüfung auf bestimmte arzneimittelbezogene Probleme im Zusammenhang mit dem Alter, dem Geschlecht oder bestimmten Erkrankungen wie Allergien) sind dabei ebenso wichtig wie die daraus folgenden arzneimittelbezogenen Beratungsgespräche oder die Umsetzung der pharmazeutischen Betreuung und Schulungen (z. B. bei Hilfsmitteln wie Injektionshilfen für Insulin oder Blutzuckermessgeräten). Apotheker übernehmen somit in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung als Fachleute für Arzneimittel die Begleitung und Betreuung der Einnahme oder Anwendung von verordneten und selbstgekauften Medikamenten. Eine solche verbesserte Patientenorientierung ist letztlich das Ziel einer zukünftigen Primärversorgung; Apotheken werden somit im Rahmen eines Behandlungsnetzes oder einer integrierten Versorgung zu Beratungszentren in der Arzneimitteltherapie, sowohl für die Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als auch insbesondere für die Patienten und Verbraucher.

761. Ausländische Beispiele zeigen vielfältige Möglichkeiten für Kooperationen, in die Apotheken einbezogen sein können (s. Dreischulte et al. 2008). In Großbritannien existieren neben den üblichen Aufgaben der Apotheken weiterentwickelte und auch gesondert honorierte Dienstleistungen wie z. B. der *medicines use review* (MUR), der im Bezug auf die verordneten Arzneimittel eine ausführliche Erläuterung der Einnahmemodalitäten für den Patienten anbietet. Der behandelnde Arzt erhält eine Rückmeldung über das Ergebnis der Beratung, um es bei der nächsten Konsultation mit dem jeweiligen Patienten besprechen zu können. Apotheker sind auch einge-

bunden in Programme zur Raucherentwöhnung und in einen *full medication review* zur Bewertung des gesamten einzunehmenden Arzneimittelspektrums. Daneben bekommen Apotheker in bestimmten Kooperationsprojekten auch nachgeordnete und mit den Ärzten vereinbarte Verschreibungsbefugnisse, wenn z. B. eine Asthma- oder Diabetestherapie wegen Verträglichkeitsproblemen umgestellt werden muss (*supplementary prescribing*). Allerdings ist für die Teilnahme an solchen Projekten der Nachweis der Teilnahme an bestimmten Postgraduiertenprogrammen erforderlich. Erst dann wird den Apothekern die Beteiligung an diesen zusätzlichen Aufgaben und der Abrechnung eines Honorars für diese Tätigkeiten erlaubt.

762. Im französischsprachigen Teil der Schweiz sind gemeinsame Qualitätszirkel von Ärzten und Apothekern so erfolgreich umgesetzt worden, dass diese Aktivitäten nun landesweit angeboten werden sollen. Diese Qualitätszirkel stehen unter der Leitung eines speziell hierfür im Rahmen einer Weiterbildung qualifizierten Apothekers, der mit den Ärzten an Hand von Verordnungsanalysen über die Verbesserung von Effizienz und Sicherheit in der jeweiligen Arzneimitteltherapie einzelner Ärzte diskutiert (Bugnon et al. 2006).

763. In den Niederlanden existiert schon seit langem das Konzept der gemeinsamen Qualitätszirkel von Apothekern aus öffentlichen Apotheken und niedergelassenen Allgemeinärzten. Der Durchführung dieser Qualitätszirkel kommt zugute, dass nahezu alle Niederländer nicht nur bei einem Hausarzt, sondern auch in einer Hausapotheke eingeschrieben sind und dass daher in großem Umfang Medikationsdateien vorliegen, die einen Einblick in die verordneten und selbstgekauften Arzneimittel bieten. Auf dieser Basis können notwendige Veränderungen der Arzneimitteltherapie oder Maßnahmen gegen Über- und Fehlversorgung oder gegen Missbrauch eingeleitet werden (van Mil 2005).

764. In Australien wird seit vielen Jahren das Konzept eines *home medicines review* (auch *home medication review* (HMR) genannt) umgesetzt, das auf der Kooperation von Ärzten und Apothekern basiert (Benrimoj/Roberts 2005). Vom Hausarzt werden dem Apotheker solche Patienten genannt, bei denen wegen der Menge oder der Komplexität der verordneten Arzneimittel ein HMR sinnvoll und notwendig erscheint. Der Apotheker führt dann zuhause beim Patienten eine Analyse der im Gebrauch befindlichen Arzneimittel durch und prüft, ob eine Umstellung bei bestimmten Mitteln notwendig ist, weil z. B. Wechselwirkungen oder unerwünschte Wirkungen drohen. Neben dieser Maßnahme bei ambulant behandelten Patienten gibt es auch einen Medikamentenreview in den Alten- und Pflegeheimen (*residential medication management review*), bei dem ebenfalls die qualifizierte Bewertung des angewendeten Arzneimittelsortiments im Mittelpunkt steht. Für diese Zusatzleistungen bekommen Apotheker mit einer nachzuweisenden zusätzlichen Qualifikation ein Honorar ausgezahlt (ca. 104 Euro für jeden vom Arzt verordneten Review) (Australian Government 2008, 2009).

765. In keinem der hier vorgestellten Beispiele einer qualifizierten Kooperation von Apothekern mit den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten Angehörigen ärztlicher oder nichtärztlicher Gesundheitsberufe spielen Organisationsform und Besitzverhältnisse der Apotheke eine erkennbare Rolle (eigentümergeführte Apotheke, Versandapotheken, Apotheke im Fremdbesitz wie z. B. eine Kettenapotheke), weder behindernd noch fördernd. Es geht vielmehr um die Übernahme von professioneller Verantwortung durch die Apotheker und ihren Beitrag einer arzneimittelorientierten Kompetenz im Rahmen der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern. Erkennbar ist allerdings in all diesen Projekten, dass die beteiligten Apotheker bestimmte qualifikationsfördernde Ausbildungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen durchlaufen haben und dass die Medikationsübersicht transparent und vollständig vorliegt. Unter diesen Voraussetzungen sollten sich Apotheken auch im anzustrebenden deutschen System einer sektorübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung als Institutionen positionieren, die in Kooperation mit Haus- und Fachärzten, möglicherweise auch stärker als heute mit stationären Einrichtungen, die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen (*community pharmacies*). Apotheken sind dann eingebunden in ein integratives Versorgungsnetz mit einer versichertenbezogenen, populationsorientierten, pauschalen Honorierung (Capitation). In diesem Zusammenhang kann innerhalb des Versorgungsnetzwerkes auch darüber mitbestimmt werden, in welcher Größenordnung der Fixaufschlag („Abgabehonorar“) pro Arzneimittel zu berechnen ist. Dieser Aufschlag beträgt derzeit allgemein 8,10 Euro pro abgegebenem Arzneimittel, für die GKV allerdings nur 5,80 Euro, da ein Rabatt von 2,30 Euro gesetzlich festgelegt wurde. Je nach Einkaufskonditionen kann die Apotheke in einem populationsbezogenen Versorgungsnetz aber auch mit einer „Funktionspauschale“ pro Arzneimittel auskommen, die deutlich unter der derzeitigen Abgabepauschale liegt („Apothekenindividuelle Handelsspanne“, Cassel/Wille 2007). Auf diese Weise wird die prospektiv von den Kassen gezahlte Honorierung (Capitation), die auch die Apothekenhonorierung enthält, entlastet und der positive Deckungsbeitrag für den einzelnen eingeschriebenen Versicherten erhöht werden. Dass Apotheker eine solche Rolle bezüglich des qualitativen und gleichzeitig wirtschaftlichen Einkaufs von Arzneimitteln stärker übernehmen könnten, sieht auch bereits der § 130a Absatz 8 Satz 5 SGB V vor. Danach können die Krankenkassen oder ihre Verbände Leistungserbringer oder Dritte am Abschluss von Verträgen nach Satz 1 (Rabattverträge für Arzneimittel) beteiligen oder diese mit dem Abschluss solcher Verträge beauftragen (*Pharmaceutical Benefit Management*, PBM). Bei dieser Regelung wurde vor allem an die Mitwirkung von Apothekern gedacht, die mit ihrer Kompetenz die notwendigen Anforderungen und Voraussetzungen für die indikationsbezogene Auswahl und die Qualität der in Rabattverträge aufzunehmenden Arzneimittel definieren können. Diese Qualifikation könnte auch im Rahmen der schon oftmals als Vorschlag unterbreiteten Strategie der kassenspezifischen Vertrags-

listen für Arzneimittel (kassenspezifischen Positivlisten) eine Rolle spielen.

766. Bei einer Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hin zu einer koordinierten, generationenspezifischen und regional differenzierten Versorgung muss eine Apotheke als Teil der Primärversorgung im Rahmen integrierter Konzepte zusammen mit den Ärzten die Verantwortung für die Auswahl und Bereitstellung der Arzneimittel übernehmen und sich an einer patientenorientierten pharmazeutischen Betreuung und Begleitung (*pharmaceutical care, medication reviews* usw.) aktiv beteiligen. Die Honorierung der Apotheken ist in diesem Fall, wie die der beteiligten Ärzte und nichtärztlichen Berufe, im Rahmen des Capitation-Modells nach intern vereinbarten Verteilungsmustern geregelt. Die Aufgaben einer Apotheke liegen dabei sowohl im Bereich der Wirtschaftlichkeit wie im Bereich der Arzneimittelsicherheit: Die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung wird z. B. durch erfolgreiche Verhandlungen des Apothekers mit den pharmazeutischen Herstellern erreicht (ähnlich wie heute im Krankenhaus, wobei sich die Rolle einer Netzapotheke ohnehin in manchen Bereichen der Rolle einer Krankenhausapotheke annähern würde, z. B. im Hinblick auf eine „Netzorientierte Positivliste“), die erhöhte Therapiesicherheit z. B. durch die konsequente Berücksichtigung von Patientensicherheitsindikatoren (s. GA 2007, Ziffern 651ff.). Vermiedene unerwünschte Ereignisse, die üblicherweise zu teuren stationären Behandlungen führen, können auf diese Weise zur Entlastung der von den Krankenkassen prospektiv gezahlten Honorierung (Capitation) beitragen. Apotheken sollen in diesem Zusammenhang als Netzapotheke mit Dependancen (heute maximal drei Filialapotheken) die Arzneimittelversorgung in der integrierten Versorgung bzw. den entsprechenden Versorgungseinheiten (vereinigt unter einem „ökonomischen Dach“; GA 2007, Ziffer 399ff. sowie Unterkapitel 8.5) organisieren und steuern. Zu diesen Versorgungseinheiten können auch medizinische Versorgungszentren gehören. Insgesamt macht es im Rahmen der Integrierten Versorgung aus Effizienzgründen Sinn, die Arzneimittelversorgung über eine eigene (interne) Arzneimitteldistribution anstelle der Einbeziehung externer öffentlicher Apotheken umzusetzen (Glaeske et al. 2003).

767. Solche Versorgungseinheiten können sich sowohl regional als auch überregional organisieren, in solchen Fällen wären Verbände von Apotheken (derzeit noch „virtuelle Ketten“, solange der Mehrbesitz nur eingeschränkt und der Fremdbesitz gar nicht erlaubt ist – s. auch erneut das EuGH-Urteil vom 19. Mai 2009), die sich intern auf kommunizierbare und überprüfbare Qualitätsstandards verständigen, eine sinnvolle Lösung. Wenn Netzapotheken für sich genommen keine ausreichende finanzielle Basis in dünner besiedelten Gegenden haben, könnten Filialapotheken solcher Verbände dort die Arzneimittelversorgung übernehmen. Andere Möglichkeiten, die Arzneimittelversorgung aufrecht zu erhalten, liegen im Versandhandel aus Apotheken oder in Rezeptsammelstellen der Netzapotheken vor Ort (pick-up-Stationen, z. B. in Supermärkten, unter gesetzlich geregelten Auflagen): Die gesammelten Rezepte werden von Mitarbeitern

der Netzapothek abgeholt und die verordneten Arzneimittel dann am nächsten Tag in der Rezeptsammelstelle ausgegeben. In solchen Fällen ist allerdings sicherzustellen, dass zumindest eine telefonische Beratung jederzeit möglich ist.

768. Grundsätzlich besteht auch weiterhin die Freiheit für alle Apotheker, ihre Apotheke als Kleinunternehmen ohne Netzanbindung zu führen und sich an der Arzneimittelversorgung von GKV- und PKV-Versicherten sowie von Verbrauchern zu beteiligen. Die Anbindung an Netzstrukturen erfordert zusätzliche Qualifikationen und die Bereitschaft, patientenorientiert im Team Verantwortung für die Effektivität und Effizienz der Versorgung zu übernehmen. Außerhalb dieser Kooperationsmodelle sind auch die Netzapotheken frei, z. B. im Rahmen der Selbstmedikation oder für Privatversicherte Leistungen zu erbringen. Die besonderen Voraussetzungen liegen sowohl in der professionellen Qualifikation (essentiell z. B. Ausbildung oder Absolvierung eines Postgraduierten-Studiengangs im Fach Klinische Pharmazie) als auch in kommunikativen Fähigkeiten gegenüber allen Netzkollegen, Patienten und Versicherten.

769. Die Förderung einer solchen Entwicklung wird zu einer Differenzierung der Apotheken und zur Liberalisierung des bislang bestehenden „Kollektivvertrags“ (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V) für die an der GKV-Versorgung beteiligten Apotheken führen. Der dann mögliche Wettbewerb um Vertragsmodelle in der Arzneimittelversorgung wird ähnlich wie in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung zu mehr Integration und Kooperation in den medizinischen Behandlungsabläufen und im Rahmen des Professionenmixes zu einer stärkeren Einbindung der Apotheken in die Verantwortung für die Versorgung der Versicherten führen. Damit hat die Arzneimittelversorgung ähnlich wie die Pflege und Prävention eine sektorübergreifende Funktion, in der die Apotheken unabhängig von der Versorgungsebene für die durchgängige Qualität und Effizienz der Pharmakotherapie mitverantwortlich sind. Auf diese Weise ändert sich die Rolle der Apotheken von einer derzeit eher passiven Institution für die Arzneimittel-distribution zu einer Institution, die gemeinsam mit den Ärzten und den Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe im Rahmen veränderter Organisations- und Finanzierungsstrukturen (z. B. Managed Care mit Capitation) aktiv in den erfolgreichen Einkauf, in die richtige Auswahl, in die effektive Anwendung, in die Vermittlung industriunabhängiger und auf den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin beruhender Informationen sowie in das Monitoring der Arzneimitteltherapie eingebunden ist.

6.4 Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter

770. Um dem künftigen Bedarfszuwachs der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter standzuhalten, sind unterschiedlich gelagerte Herausforderungen zu bewältigen (vgl. Abschnitt 5.3). Hohe Priorität kommt erstens der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftig-

keit im Alter und generell dem Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zu (Abschnitt 6.4.1). Zweitens hängt die Lebensqualität pflegebedürftiger alter Menschen entscheidend davon ab, wie ihre Versorgung heute und in Zukunft gestaltet ist (Abschnitt 6.4.2). Obschon in den vergangenen Jahren Reformen zur Verbesserung der Infrastruktur und Qualität der Versorgung bei Pflegebedarf im Alter initiiert wurden, stehen noch zahlreiche Herausforderungen an (Abschnitt 6.4.3).

6.4.1 Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter

771. Einerseits ist Pflegebedürftigkeit keine unabdingbare Konsequenz des Alters. Altern ist ein normaler physiologischer Prozess und keine Krankheit (Kuhlmey et al. 2003; Kuhlmey et al 2008; Kuhlmey 2009). Andererseits treten viele, vor allem chronische Erkrankungen, verstärkt in hohen Lebensjahren auf. Diese führen häufig in ihrer Kombination zu vulnerablen Gesundheitszuständen, die die betroffenen Frauen und Männer von Hilfe und Pflege abhängig machen. Werden diese Tatsachen nicht konsequent getrennt, entsteht die Gefahr, Pflegebedürftigkeit als unvermeidbar hinzunehmen und vorhandene Ressourcen und Potenziale eines alten Menschen nicht mehr wahrzunehmen. Angesichts der hohen Prävalenz von Pflegebedürftigkeit im Alter ist es wichtig, die Möglichkeiten zur Prävention einer Pflegeabhängigkeit intensiver als bislang zu erkennen und umzusetzen.

772. Altwerden ohne Pflegebedarf ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu zählen das persönliche Gesundheitsverhalten (Renner/Staudinger 2008) ebenso wie die Verhältnisse des Gesundheits- und Versorgungssystems, die sozialen Ressourcen, die im Lebenslauf erworben wurden (von der Knesebeck 2008), genauso wie biografische Ereignisse, die erst im Alter auftreten. Nicht zuletzt korreliert der Gesundheitszustand im Alter mit den Verhältnissen, die eine Gesellschaft für Menschen in höheren Lebensjahren bereithält, beispielsweise durch die Einbeziehung ins Arbeitsleben (Wurm/Tesch-Römer 2008), durch materielle Absicherungen eines Lebens nach Aufgabe der Berufsarbeit oder durch Rahmenbedingungen für die soziale Teilhabe.

773. Die Erhaltung der Gesundheit und der Unabhängigkeit wird von alten Menschen als eines der wichtigsten Lebensziele genannt. Analysiert man über die gesamte Lebensspanne die Bereiche, in die der Mensch investiert, so nimmt die Bedeutung der Gesundheit mit zunehmendem Alter zu. Im höheren und sehr hohen Alter steht schließlich die Gesundheit an oberster Stelle des Investments (Staudinger 1996). Dieser Zusammenhang wird durch Daten des Gesundheitsmonitors 2008 bestätigt: Während nur 42,6 % der 18- bis 34-Jährigen ihre eigene Gesundheit als einen sehr wichtigen Lebensbereich angaben, bewerteten 82,8 % der Befragten ab 65 Jahre ihre Gesundheit als „sehr wichtig“. Gleichzeitig kann eine Verschiebung der Relevanz unterschiedlicher Lebensbereiche von Partnerschaft als wichtigster Bereich für 18- bis 34-Jährige und 35- bis 44-Jährige hin zu Gesundheit als der Lebensbereich mit dem

höchsten Stellenwert für die Befragten ab 45 Jahre konstatiert werden. 74,3 % der 45- bis 64-Jährigen bzw. 82,8 % der 65-bis 79-Jährigen bewerten ihre Gesundheit als den wichtigsten Lebensbereich (Tabelle 83) (Kuhlmeiy et al. 2008).

774. Das Altern der Bevölkerung verändert Möglichkeiten und Ziele der Prävention. Das Ziel der Prävention im Alter ist eine verbesserte Vitalität und Lebensqualität sowie der Erhalt der Autonomie. Präventive Maßnahmen sollten dazu beitragen, den negativen Aspekten des Alterns entgegenzuwirken. Dabei scheint das gesunde, normale Altern als eine Phase frei von jeglichen Funktionseinschränkungen nach wie vor ein umstrittenes, nicht erreichbares Konstrukt darzustellen. Unstrittig ist aber, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung eine Verhinderung, zumindest aber Verzögerung chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit erreicht werden kann (Kruse 2002; 2006; Renner/Staudinger 2008; Walter 2008; Garms-Homolová 2008). Dabei ist es mit Blick auf die Generation der älteren und alten Menschen nicht ausreichend, einzig Strategien zur Verminderung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Vielmehr bedürfen Maßnahmen zur Erhaltung bereits beeinträchtigter Gesundheit und Funktionsfähigkeit besonderer Beachtung, um Ausweitungsgefahren einer Pflegeabhängigkeit zu begrenzen. Oder anders ausgedrückt: Notwendig ist, mehr als bislang in jedem Verlaufsstadium eines Krankheitsgeschehens präventive Potenziale alter Frauen und Männer auszuschöpfen (vgl. GA 2000/2001).

775. Für ein heute noch nicht ausgeschöpftes präventives Potenzial alter Menschen sprechen die beträchtlichen Unterschiede im Anteil der Lebenszeit, die in gutem Gesundheitszustand verbracht werden, die von 45 % bis über 80 % bei Männern und bei Frauen von 37 % bis 76 % reichen (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996; BMFSFJ 2002).

776. Darüber hinaus gibt es empirische Belege für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alter. So konnte gezeigt werden, dass regelmäßige Aktivitäten, wie

z. B. Radio hören, Zeitung lesen, Museen besuchen etc. stark die kognitive Leistungsfähigkeit beeinflussen (Wilson et al. 1999). Kruse (2008) belegte, dass körperliche Aktivität auf die kognitiven Fähigkeiten wirkt. Demnach kann eine erhöhte körperliche Aktivität zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistungen um 35 % führen (Kruse 2008). Die positiven Effekte der körperlichen Aktivität auf die physische Gesundheit älterer Menschen sind ebenso empirisch belegt. Bereits das Gehen über zwei Meilen und mehr pro Tag konnte die Lebenserwartung in einer Gruppe von älteren gesunden Männern im Durchschnitt um fünf Jahre verlängern (Hakim et al. 1998). Das Herzinfarkttrisiko von 40- bis 65-jährigen Frauen wurde mit mindestens drei Stunden Walking (zügiges Gehen) pro Woche gegenüber inaktiven Frauen um 30 % bis 40 % verringert (Rockhill et al. 2001). Weiter trägt eine moderate körperliche Aktivität bei älteren Menschen signifikant zur Verringerung von Spätfolgen und Folgeerkrankungen eines Myokardinfarkts und der Gesamtmorbidität in den letzten Lebensjahren bei (Thompson et al. 2003). Einen positiven Effekt auf die Gesunderhaltung in den höheren Lebensjahren haben außerdem eine fettarme Ernährung sowie der Verzehr von Obst und Gemüse. Eine Studie an Personen der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen belegt eine Verringerung der Gesamtmortalität durch eine fettarme Ernährung; ebenso wird hierdurch die Häufigkeit von koronaren Erkrankungen reduziert. Der Verzehr von Obst und Gemüse senkt zudem die Häufigkeit von Darm- und Blasenkrebs (Ornish et al. 1998; Renner/Staudinger 2008).

777. Verschiedene empirische Studien weisen darauf hin, dass Morbidität und Mortalität auch dann noch beeinflusst werden können, wenn Menschen erst im höheren Erwachsenenalter ihren Lebensstil ändern. So ist evident, dass Personen, die mit 65 Jahren aufgehört haben zu rauchen, gegenüber Personen, die weiter rauchen, eine höhere Lebenserwartung haben (vgl. dazu Renner/Staudinger 2008).

778. Reserven für die Gesunderhaltung und die Hinauszögerung einer Pflegeabhängigkeit sind aber nicht nur im

Tabelle 83

Die fünf wichtigsten Lebensbereiche

18- bis 34-Jährige	35- bis 44-Jährige	45- bis 64-Jährige	65- bis 79-Jährige	Gesamt
1. Partner	1. Partner	1. Gesundheit	1. Gesundheit	1. Partner
2. Familie	2. Familie	2. Partner	2. Familie	2. Familie
3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie
4. finanzielle Sicherheit	4. finanzielle Sicherheit	4. Familie	4. Partner	4. Gesundheit
5. Beruf	5. Gesundheit	5. finanzielle Sicherheit	5. finanzielle Sicherheit	5. finanzielle Sicherheit

Quelle: eigene Darstellung, Kuhlmeiy et al. 2008

Verhalten der alten Frauen und Männer zu suchen. Ebenso liegen diese in den Verhältnissen des Gesundheitssystems. So werden insbesondere weibliche biografische Stationen im Alter im Rahmen der medizinischen Versorgung als Krankheit umdefiniert: Zeiten von Lebensveränderungen, wie die *empty nest*-Phase nach dem Auszug der Kinder oder die Meno- und Postmenopause sind heute anfällig für medizinische Interventionen. Ein verändertes Ordnungsverhalten der Ärzte zum Beispiel könnte Frauen im Alter helfen, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Der hohe Medikamentenverbrauch vieler Frauen, insbesondere der Verbrauch von Beruhigungsmitteln und Psychopharmaka hat letztendlich auch mit den geschlechtsspezifischen Zuschreibungen vieler Ärzte zu tun. Sie neigen bei Frauen eher dazu, Symptome wie „psychische Überforderung“ oder „(Klimakteriums-)Depressionen“ zu diagnostizieren. Studien konnten zeigen, dass die häufigeren Medikamentenverordnungen für Frauen mit deren häufigeren Arztbesuchen zusammenhängen. An diesem Punkt schließt sich ein Kreislauf: Frauen äußern mehr Beeinträchtigungen des seelischen und körperlichen Befindens. Frauen gehen häufiger zum Arzt, Frauen bekommen häufiger Medikamente verschrieben, besonders solche, die im psycho-vegetativen Bereich wirken (Glaeske 2002; Grande 2009).

Ein anderes Beispiel für eine erfolgreiche Verhältnisprävention von Pflegeabhängigkeit sind präventive Hausbesuche. Metaanalysen und systematischen Reviews zufolge liegt eine Evidenz für die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche hinsichtlich einer Reduktion der Mortalität und der Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen vor (van Haastregt et al. 2000; Ploeg et al. 2005; Walter 2008).

779. Darüber hinaus zeigte ein Modellprojekt zur integrierten wohnortnahen Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen im Sinne der Aufrechterhaltung eines besseren Gesundheitsstatus trotz Pflegebedürftigkeit (Woltering 2007; s. auch www.kaa-ahlen.de). Pflegebedürftige in einem solchen Versorgungssetting wurden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne wohnortnahe Pflegeberatung länger ambulant und weniger stationär gepflegt und verblieben länger in einer niedrigeren Pflegestufe. Des Weiteren konnten Kosteneinsparungen (u. a. durch vermiedene Krankenhausaufenthalte) für beratene Personen und eine sehr hohe Zufriedenheit der Angehörigen nachgewiesen werden.

780. Die Verhinderung oder Hinauszögerung einer Pflegebedürftigkeit ist abhängig von den sozialen Ressourcen, die ein Mensch im Verlauf seines Lebens erwerben konnte. Evident ist z. B., dass die Prävalenz der Multimorbidität im Alter mit abnehmender sozialer Schicht ansteigt und in der unteren sozialen Schicht am höchsten ist (Helmert/Shea 1994). Darüber hinaus zeigen Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Statusindikatoren Einkommen und Berufsprestige und der subjektiven Gesundheit im Alter: So schätzen 51 % der Befragten mit einem Haushaltseinkommen über 35 000 Euro ihre Gesundheit als „sehr gut/gut“ ein, je-

doch nur 35,4 % mit einem Haushaltseinkommen kleiner als 30 000 Euro (von der Knesebeck 2004). Analysen zur Bedeutung von Risikofaktoren für das Auftreten einer Demenz nennen den Faktor „geringe formale Bildung“. Einige Studien zeigten, dass eine geringere bzw. kürzere Schulbildung mit einer höheren Prävalenz der Alzheimer-Demenz einhergeht.¹⁶⁷ Die höchste Prävalenz weisen Menschen auf, die Analphabeten sind bzw. keine Schulbildung hatten. Die Ergebnisse lassen sich am ehesten auf Trainingseffekte bei geistiger Arbeit zurückführen, möglich wäre jedoch auch eine gewisse Verzerrung. Besser Ausgebildete könnten in kognitiven Tests deshalb besser abschneiden, weil ihnen die Logik der erwarteten Lösung bekannt ist. Dies dürfte die Unterschiede jedoch nicht gänzlich erklären (Callahan et al. 1996; Seidler 2004).

781. Für ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben im Alter ist die soziale Einbindung ein wichtiger Faktor. Aktivität, soziale Teilhabe und Sinnerfüllung stellen wichtige Einflussgrößen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit im Alter dar (RKI 2002). In welchem Umfang der Mensch seine jeweils vorhandenen Kompetenzen in spezifischen Situationen verwirklicht, hängt zum einen von seiner Motivation ab und zum anderen von den Bedingungen der sozialen, institutionellen und räumlichen Umwelt. Inwieweit fördern Letztere die Verwirklichung der Kompetenz? Kompetenz meint dabei die Fähigkeit des Menschen zu einem selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Leben in einem anregenden, unterstützenden und die effektive Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden Umfeld (Kruse 1996). Wenn Kompetenzen nicht mehr ausgeübt werden können, verkümmern sie und sind nicht mehr verfügbar, sodass geringere Kompetenzen und man könnte ebenso formulieren: geringere Gesundheit oder geringere Autonomie im Alter oft nicht Folge ihres Nichtvorhandenseins, sondern Folge ihres Nichtabgerufenwerdens sind. Die soziale Partizipation hat zum Beispiel positive Auswirkungen auf die Entwicklung kognitiver Funktionen im Alter. Je höher das Engagement eines alten Menschen ist, desto größer sind seine Kompensationsmöglichkeiten. Nicht zuletzt korreliert ein engagierter Lebensstil mit vermehrter körperlicher Aktivität und gesünderer Ernährung (Lövdén et al. 2005).

782. Präventionsmaßnahmen, die das Ziel haben, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern, müssen sich zum einen an Personen wenden, bei denen die Neuerkrankungsrate gesenkt werden soll. So gibt es auch bei Hochbetagten vermeidbare Neuerkrankungen, welche in keinem (direkten) Zusammenhang mit einer eventuell vorhandenen Multimorbidität und funktionellen Abhängigkeit stehen, dennoch aber schwerwiegende Folgen für die weitere Entwicklung des alten Menschen haben. Zu

¹⁶⁷ Diese Ergebnisse führten zur Bildung der Reservekapazitäts-Hypothese. Dieser Hypothese folgend verfügen Personen mit höherer Bildung über eine größere Reservekapazität des Gehirns als Personen mit niedrigerer Bildung (Seidler 2004). Es gibt Hinweise, dass intensives Lernen die Zahl der synaptischen Verbindungen erhöht und dadurch die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessern kann (Katzman 1993).

nennen ist beispielsweise die Pneumonie, die als häufige Folge der Influenza bei alten Menschen auftritt. Schutzimpfungen haben sich für diesen Personenkreis als sehr erfolgreich erwiesen (Garms-Homolová 2008). Zum anderen sind Maßnahmen, die eine frühzeitige Entdeckung von Erkrankungen und Funktionsverlusten ermöglichen oder den Wiedereintritt von Krankheitsereignissen und krisenhaften Zuspitzungen verhindern, erfolgversprechend und bilden einen zentralen Aufgabenbereich bei multimorbiden Personen mit Pflegebedarf. Regelmäßige Augenuntersuchungen bei alten Menschen sowie Patienten der Langzeitpflege sind hier zu nennen. Diese dienen der Identifizierung behandlungsbedürftiger Personen und helfen Zustände akuter Verwirrtheit zu vermeiden; zudem dienen sie der Sturzprophylaxe. Hörtests sind ebenfalls bedeutsam, da eine reduzierte Hörfähigkeit bei alten Menschen zu großen Problemen im affektiven, zwischenmenschlichen sowie kognitiven Bereich führen. Präventive Hörtests dienen nicht nur der Identifikation eines drohenden Hörverlusts und einer Beeinträchtigung der Kommunikation, sondern auch der Vermeidung von Depressionen sowie der Reduktion von kognitiven Leistungen. Die regelmäßige Untersuchung des Zahn- und Mundstatus (vgl. Ziffer 829) gilt gerade bei alten Menschen als erforderlich, deren Selbständigkeit im Bereich der persönlichen Hygiene und der Bewegung beeinträchtigt ist oder die sensorische bzw. kognitive Defizite zeigen. So beeinträchtigte alte Frauen und Männer sollten mindestens einmal im Jahr zahnmedizinisch untersucht werden, denn schlecht oder gar nicht prothetisch versorgte Personen sind am häufigsten unterernährt (Garms-Homolová 2008).

783. Einer Verschlechterung der gesundheitlichen Konstitution und einem weiteren funktionalen Abbau des Hilfebedürftigen kann mit Maßnahmen im Bereich der Sturz- bzw. Unfallprävention sowie mit der Prävention von Druckgeschwüren vorgebeugt werden. Dabei sind folgende Schritte für die Unfallprävention unverzichtbar: Identifizierung von Risikopersonen, Identifizierung der Risiken, Schaffung einer sicheren Umgebung, Beseitigung von Gefahren (z. B. Beleuchtung, Handläufer, komfortable Möbel usw.), Anpassung der Interventionsstrategie auf die individuellen Risiken der gefährdeten Person (angemessene Hilfsmittel, geeignetes Schuhwerk, Geh- und Transfertraining etc.), Training und Aufklärung von Mitarbeitern, Evaluation der Maßnahmen sowie eine Verlaufüberwachung von Risiken und Risikopersonen (Garms-Homolová 2008).

Von Druckgeschwüren¹⁶⁸ sind, je nach Setting, ein Viertel aller Personen in den Einrichtungen der Krankenversorgung und Langzeitpflege betroffen und dies, obgleich es pflegerische Qualitätsstandards zur Vermeidung von Druckgeschwüren gibt (GA 2005). Sie entstehen durch eine Vielzahl von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, besonders jedoch durch die Bettlägerigkeit. Die Prävention von Druckgeschwüren erfordert die Identifizie-

rung von Risikopersonen und Risiken. Risikopersonen sind u. a. Personen, welche früher bereits einen Dekubitus entwickelt haben, immobile Personen, alte Menschen mit Ernährungs- oder Trinkproblemen und fast alle, deren Selbstkontrolle und alltägliche Funktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist. Die Prävention des Druckgeschwürs ist schwierig und sollte folgende Maßnahmen beinhalten: die Identifizierung von Risikopersonen, die tägliche Untersuchung sowie Kontrolle gefährdeter Regionen, die Verwendung anerkannter Einstufungsinstrumente, Förderung von Aktivität, Maßnahmen zur Mobilisierung, Vermeidung von Kontrakturen, regelmäßiges Umlagern, Druckentlastung, eine angemessene Ernährung, ausreichendes Trinken, Verzicht auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen, eine möglichst optimale Kooperation mit der betroffenen Person (Garms-Homolová 2008).

784. Neben den genannten Maßnahmen zur Sturz- und Dekubitusprophylaxe umschließt die Prävention für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen aber ebenso die Vorbeugung einer akuten Verwirrtheit sowie die Vermeidung der Chronifizierung von Schmerz. Gefährdet von der akuten Verwirrtheit sind alte Menschen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, viele Medikamente einnehmen und sich verschiedenen Behandlungen unterziehen müssen. Die Inzidenzraten steigen mit zunehmendem Alter erheblich an. Vorbeugende Maßnahmen umfassen in diesem Fall die Bereitstellung einer angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Berücksichtigung einer Infektions- und Unfallprophylaxe, die Schaffung bzw. Beibehaltung eines vertrauten Milieus durch die Vermeidung des Wechsels von Bezugspersonen und des Ortes, aber auch schlafhygienische Maßnahmen oder den Verzicht auf nicht dringend indizierte Krankenhausweisungen. Die Vermeidung der Chronifizierung von Schmerz setzt das Ernstnehmen von Schmerzen alter Menschen voraus. Der Gefahr der Chronifizierung kann durch eine optimale Medikation schon bei vorübergehenden Schmerzen sowie gutem Informationsfluss auf Seiten der behandelnden Fachkräfte wie Ärzten und Pflegern entgegen gewirkt werden. Präventiv wirken für Hochbetagte hier: die Beibehaltung körperlicher Aktivität (soweit machbar), die Aktivierung und Beschäftigung, das Bekämpfen von Depressionen, die Vermeidung sozialer Isolation, der Verzicht auf Freiheitsbeschränkungen sowie die Ausbildung des Pflegepersonals in palliativer Pflege (Garms-Homolová 2008).

785. Hochaltrige Menschen mit Pflegebedarf sind besonders anfällig für externe pathogene Einflüsse und Gefährdungen wie Lebensmittelvergiftungen oder die Besiedlung von Kathetern und Haut sowie Schleimhäuten mit Metriticillin-resistenten Staphylokokken (MRSA). Die qualitativ gute Pflege sowie eine externe Kontrolle durch Gesundheitsbehörden und die Heimaufsicht sind eine bedeutsame Prophylaxe, ebenso die Befähigung von Mitarbeitern. Von den Pflegekräften selbst konzipierte Handwasch- und Umkleideprogramme zur Vermeidung einer Infektionsverbreitung sowie die Reorganisation der innerbetrieblichen pflegerischen Arbeitsabläufe zur Durchführung der Infektionsschutzmaßnahmen haben sich im All-

¹⁶⁸ Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in Pflege (DNQP) hat einen Standard zur Dekubitusprophylaxe verabschiedet.

tag bewährt (Garms-Homolová 2008). Auch vermindert die Dekontamination von Menschen mit MRSA-Besiedlung die Weiterverbreitung dieser Keime im Pflegeheim.

6.4.2 Infrastruktur der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter

Ende 2005 gab es in Deutschland 21 421 zugelassene Pflegeeinrichtungen: 10 997 ambulante Pflegedienste und 10 424 voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime (Statistisches Bundesamt 2007).¹⁶⁹

Struktur der ambulanten pflegerischen Versorgung

786. In der ambulanten Pflege hat sich seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) eine bedeutende Kapazitätsausweitung vollzogen. So hat sich zwischen Anfang und Ende der 1990er Jahre die Zahl der ambulanten Pflegedienste bzw. Sozialstationen fast verdreifacht. Existierten 1992 bundesweit ca. 4 000 Pflegedienste, stieg die Anzahl in den folgenden fünf Jahren bereits auf 10 700 an (BMAS 1998). Diese Zahl hat sich seither nur noch geringfügig verändert (Statistisches Bundesamt 2007).

787. Die ambulanten Pflegedienste befinden sich zu 57,6 % in privater und zu 40,6 % in freigemeinnütziger Trägerschaft. Lediglich 1,8 % der ambulanten Pflegedienste werden öffentlich getragen.

788. Durchschnittlich betreut ein ambulanter Pflegedienst 43 Pflegebedürftige, wobei die privaten Dienste mit durchschnittlich 32 Pflegebedürftigen deutlich weniger Personen versorgen als die freigemeinnützigen (58 Pflegebedürftige). Insgesamt werden 472 000 Pflegebedürftige durch ambulante Dienste betreut.

789. Einhergehend mit der Kapazitätsausweitung der Pflegedienste stieg auch die Zahl der in der ambulanten Pflege tätigen Mitarbeiter (vgl. Tabelle 86). Sie ist seit Einführung des PflegeVG um insgesamt 60 000 bis

70 000 Beschäftigte gewachsen (BMAS 1998). Der amtlichen Pflegestatistik zufolge stieg die Beschäftigtenzahl zwischen 2001 und 2003 um 6 % auf 201 000 und zwischen 2003 und 2005 nochmals um 6,7 % auf 214 000 (Statistisches Bundesamt 2005; 2007). Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Schnitt mehr als 70 % der Beschäftigten in der ambulanten Pflege teilzeitbeschäftigt sind, mit einer Schwankungsbreite von ca. 60 % in Sachsen-Anhalt und 80 % in Bayern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Bei einer Umrechnung in Vollzeitäquivalente ergeben sich insgesamt 140 000 Beschäftigte. Die Mehrheit der Beschäftigten ist weiblich (88 %).

790. Auch die Versorgungsdichte hat sich aufgrund der Kapazitätsausweitungen in der ambulanten Pflege in den vergangenen Jahren deutlich verbessert (Gerste/Rehbein 1998), wobei die städtischen Ballungsräume bundesweit eine tendenziell höhere Versorgungsdichte aufweisen als die ländlichen Regionen (BMFSFJ 2001).

791. Der Ausbau der ambulanten pflegerischen Infrastruktur geht mit einem stetigen Zuwachs der Inanspruchnahme professioneller Angebote und einem Rückgang der familialen Pflegekapazitäten – obgleich diese noch immer fast 50 % aller Versorgungsfälle erfasst – einher (Tabelle 84). Allerdings übersteigt der Nutzungszuwachs im Bereich der stationären Pflege den der ambulanten noch.

Struktur der stationären pflegerischen Versorgung

792. Auch im Heimsektor hat sich eine Kapazitätsausweitung vollzogen. Heute existieren ca. 10 500 Heime mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI, die insgesamt über 757 186 Plätze verfügen (Statistisches Bundesamt 2007).

793. Die Entwicklung der Heimkapazitäten verdeutlicht eine beständig steigende Nachfrage und scheint zugleich Prognosen zu bestätigen, die übereinstimmend davon ausgehen, dass dieser Prozess in einem bislang nie da gewesenen Ausmaß weiter voranschreiten wird, wenn es nicht zum weiteren Ausbau alternativer Versorgungsformen kommt (DIW 2001; KDA 2001) (Tabelle 85). Während die Zahl der ambulanten Dienste zwischen 1999 und 2005 lediglich um 2 % zugenommen hat, verzeichnet der Heimsektor einen Zuwachs von 18 %, d. h., es sind 1 565 Heime mit rund 11 200 Plätzen entstanden. Die überwie-

¹⁶⁹ Die amtliche Pflegestatistik erscheint nur alle zwei Jahre. Die Zahlen, die 2007 publiziert wurden, stammen aus dem Jahr 2005 und waren zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Gutachtenabschnitts die aktuellsten. Die Daten für 2007 wurden erst im Februar 2009 veröffentlicht.

Tabelle 84

Versorgung bei Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) 1999 und 2005

Versorgungsart	1999	2005	Veränderungen 1999 zu 2005 in %
Pflege ausschließlich durch Angehörige (Pflegegeldempfänger)	1 030 000	980 000	- 4,6
Pflege durch ambulante Dienste	415 000	472 000	+ 13,5
Pflege im Heim	573 000	677 000	+ 18,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2007, eigene Darstellung

Tabelle 85

Entwicklung der Heimkapazitäten

Heimkapazitäten	1999	2001	Veränderungen 1999 zu 2001 in %	2003	2005	Veränderungen 2003 zu 2005 in %
Pflegeheime insgesamt	8 859	9 165	3,5	9 743	10 424	7,0
Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege	8 073	8 331	3,2	8 775	9 414	7,3
Verfügbare Plätze insgesamt	645 456	674 292	4,5	713 195	757 186	6,2
Plätze der vollstationären Dauerpflege	621 502	648 543	4,4	683 941	726 448	6,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007, eigene Darstellung

gende Mehrheit der Einrichtungen (9 400) widmet ihre Kapazitäten vorrangig der vollstationären Dauerpflege, sodass 96 % des Platzangebotes auf diese Versorgungsform entfällt, die zu 89 % mit Pflegebedürftigen nach SGB XI ausgelastet ist. 44 % der Dauerpflegeplätze befinden sich in einem 2-Bett-Zimmer und etwa die Hälfte (51 %) in 1-Bett-Zimmern, die 2005 im Vergleich zu 2003 um 11 % zugenommen haben. Darüber hinaus sind 19 % der Heime organisatorisch mit einem Altenwohnheim verbunden oder bieten betreutes Wohnen an, wo überwiegend Personen ohne Pflegeversicherungsleistungen betreut werden.

794. Mehr als jedes zweite Heim (55 %) befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft und weitere 38 % werden von privaten Trägern betrieben. Sie konnten ihren Marktanteil, wie schon in den Vorjahren, überproportional steigern und verzeichnen zwischen 2003 und 2005 einen Zuwachs von 10 %. Mit Blick auf den zu betreuenden Personenkreis sind freigemeinnützige Häuser tendenziell etwas größer als privat betriebene Heime. Der Pflegestatistik zufolge leben in einem Pflegeheim im Mittel 65 Bewohner (Stand 2005) (Statistisches Bundesamt 2007). Dieser Wert zeigt sich zwar seit Jahren weitgehend konstant (DZA 2007), kann allerdings nicht über den Wandel der Bewohnerschaft und ihrer Pflegebedarfe sowie die damit verbundene wachsende Anforderung in der stationären Altenpflege hinwegtäuschen. Darüber hinaus lassen die statistisch erfassten Strukturmerkmale der Heime zahlreiche Aspekte unberücksichtigt, die aufzeigen könnten, inwieweit sich die Einrichtungen inzwischen vom Prototyp einer „totalen Institution“ unterscheiden. Zukünftige Erhebungen sollten daher vor allem Fragen nach beispielsweise Möglichkeiten der eigenständigen Lebensführung der Bewohner nachgehen sowie die infrastrukturelle Anbindung der Heime, den Grad ihrer kommunalen Integration im Sinne einer Öffnung ins Gemeinwesen und den Umfang alltagsweltlich ausgerichteter Betreuungskonzepte eruieren.

795. In Pflegeheimen waren im Jahr 2005 insgesamt 546 000 Personen beschäftigt, was 405 000 Vollzeitbe-

schäftigten entspricht (Tabelle 86). Wie im ambulanten Bereich war auch hier mit 85 % der überwiegende Anteil der Beschäftigten weiblich. Der Anteil Teilzeitbeschäftigter war mit 54 % deutlich niedriger als im ambulanten Bereich. Im Jahr 2005 wurden 677 000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen versorgt.

796. Seit etwa 2003 übertrifft die Kapazitätserweiterung die Zunahme der Bewohnerzahlen. Während die Anzahl der Bewohner um 32 000 stieg, war eine Kapazitätsausweitung von 42 500 Plätzen zu verzeichnen. Der Anteil der nicht belegten Plätze wuchs in diesem Zeitraum von 10,5 % auf 11,3 %. Diese Entwicklung hat in manchen Regionen bereits zu spürbaren Auslastungsproblemen und in der Folge zu schärferem Wettbewerb geführt. Da dieser Wettbewerb in aller Regel über die Pflegesätze ausgefochten wird und deren Höhe direkten Einfluss auf die Personalausstattung hat, sind die Bewohner häufig die Leidtragenden, da die ohnehin knapp bemessene Zeit für die pflegerische Versorgung und weitergehende Unterstützungsmaßnahmen damit noch weiter beschnitten wird.

797. Im Rahmen der Infratest-Heimerhebung im Jahr 2005 gaben 28 % der befragten Einrichtungen an, zur Betreuung demenzkranker Pflegebedürftiger mit segregativen Wohnkonzepten zu arbeiten. Hierbei werden die Bewohner in gesonderten, zum Teil mit spezifischer Ausstattung versehenen Bereichen versorgt. Überwiegend (53 %) weisen die Einrichtungen jedoch integrative Konzepte auf. 15 % verfügen über gemischte Angebote (Schneekloth 2006).

798. Rund 20 % der Einrichtungen bieten neben der vollstationären Pflege auch Kurzzeitpflege und/oder teilstationäre Versorgung (Tages-/Nachtpflege) an. Für die Kurzzeitpflege waren für 2005 rund 33 000 Plätze ausgewiesen. Etwa zwei Drittel davon sind vollstationäre Plätze, die bei Bedarf flexibel für die Kurzzeitpflege benutzt werden können. Im Bereich der teilstationären Tagespflege waren bundesweit 19 000 Plätze verfügbar. Für die Nachtpflege sind lediglich 327 Plätze ausgewiesen,

Tabelle 86

Personal^{a)} in der Pflege nach Pflegeform und Geschlecht

Berufsabschluss	Ambulant			Stationär			insgesamt
	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt	
Personal insgesamt	26 429	187 878	214 307	82 168	464 229	546 397	760 704
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	4 397	32 087	36 484	17 759	104 574	122 333	158 817
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	377	4 633	5 010	1 526	15 001	16 527	21 537
Krankenschwester, Krankenpfleger	7 848	63 577	71 425	6 096	55 142	61 238	132 663
Krankenpflegehelfer/in	777	7 921	8 698	1 802	16 761	18 563	27 261
Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	152	6 157	6 309	105	3 659	3 764	10 073
Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in	126	603	729	432	1 815	2 247	2 976
Heilerziehungspflegehelfer/in	61	129	190	110	340	450	640
Heilpädagogin, Heilpädagoge	12	85	97	51	304	355	452
Ergotherapeut/in	25	204	229	496	4 288	4 784	5 013
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	225	2 846	3 071	506	3 333	3 839	6 910
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	287	1 198	1 485	1 457	5 198	6 655	8 140
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	32	1 787	1 819	44	1 372	1 416	3 235
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	1	129	130	3	103	106	236
Pflegewissenschaftlicher Abschluss an Fachhochschule oder Universität	195	463	658	541	1 092	1 633	2 291
sonstiger pflegerischer Beruf	1 117	17 808	18 925	2 581	31 591	34 172	53 097
Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	9	863	872	92	1 401	1 493	2 365
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	134	4 301	4 435	2 864	20 792	23 656	28 091
sonstiger Berufsabschluss	5 528	30 866	36 394	25 728	104 282	130 010	166 404
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	5 126	12 221	17 347	19 975	93 181	113 156	130 503

a) Personen, die in Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind und Leistungen ganz oder teilweise nach dem SGB XI erbringen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007

die zudem nur einen sehr geringen Auslastungsgrad aufweisen. Die stationäre Nachtpflege spielt in Deutschland also keine nennenswerte Rolle.

799. Nicht vergessen werden sollten niedrigschwellige Angebote zur Versorgung Pflegebedürftiger (§ 45c SGB XI),

insbesondere mit einer demenziellen Erkrankung. Die Kommunen haben damit die Möglichkeit, einen Zuschuss für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf zu erhalten.

Pflegestützpunkte als neues Strukturelement der ambulanten Versorgung

800. Seit langem wird die qualitative Weiterentwicklung in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger gefordert (Schaeffer et al. 2008). Mit der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festgeschriebenen Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI werden dazu Chancen eröffnet. Solche Anlaufzentren für Menschen mit Pflegebedarf – über deren Einrichtung allerdings die Bundesländer eigenständig entscheiden dürfen – könnten zum wesentlichen Strukturelement einer modernen Gesundheitsversorgung altersgewandelter Gesellschaften werden, wenn sie sich tatsächlich zu Einrichtungen entwickeln, in denen Bedürftige und ihre Angehörigen eine unabhängige, kompetente Beratung und (Langzeit-)Unterstützung aus einer Hand erhalten. Um das zu ermöglichen, ist es erforderlich, die Ziele und Aufgaben der Pflegestützpunkte zu klären und Standards für die Arbeitsweise festzulegen (Schaeffer/Kuhlmeier 2008).

801. Die Unübersichtlichkeit und Zersplitterung der ambulanten Versorgung gehört zu ihren Defiziten, denn sie erschwert Pflegebedürftigen den Zugang zu angemessenen Versorgungs- und Pflegeangeboten. Ist die Helferstruktur für Menschen, die an Krankheitssymptomen leiden, noch relativ übersichtlich – sie gehen zum niedergelassenen Arzt oder ins Krankenhaus – so sehen sich Pflegebedürftige keiner klar strukturierten Versorgungslandschaft gegenüber. Daraus erwachsen für den Aufbau von Pflegestützpunkten als neuem Strukturelement der ambulanten Versorgung folgende Ziele. Sie sollten

- als wohnortnahe Anlaufstelle für alle Menschen mit kurzzeitigem oder langfristigem Pflegebedarf dienen und
- pflegerische Versorgungszentren für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen darstellen, in denen alle Dienste, die zur Aufrechterhaltung des Lebens mit Pflegebedarf im eigenen Haushalt oder im Haushalt der privaten Pflegeperson vorgehalten, gebündelt oder vermittelt werden können.

802. Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sollten sich an den genannten Zielen orientieren und dazu beitragen, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen direkt und ohne lange Umwege Zugang zur pflegerischen Versorgung erhalten und dort die richtige Antwort für ihre Probleme finden. Sie umfassen damit nutzer- und systembezogene Elemente. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollten die Pflegestützpunkte

1. als Informationsstelle bei allen pflegerelevanten Fragen zur Verfügung stehen,
2. Beratung und Unterstützung bei der Suche und Auswahl geeigneter Dienste und pflegerischer Versorgungsangebote leisten,
3. Zugang zur Pflege, pflegeergänzenden Diensten und anderen Versorgungsangeboten ermöglichen,

4. Aufgaben der individuellen Versorgungsplanung und -organisation wahrnehmen, passgenaue Versorgungspakete schnüren und die nötigen Dienste mobilisieren,
5. zur Sicherung von Versorgungskontinuität beitragen, z. B. durch fortlaufende Anpassung der pflegerischen Versorgung an Veränderungen im Pflegeverlauf,
6. als Begleitinstanz auf dem oft langen Weg durch Pflegebedürftigkeit und Krankheit zur Verfügung stehen und durch ein angemessenes Case Management für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung während des Pflegeverlaufs sorgen,
7. Unterstützung lebensweltlicher Pflegearrangements und informeller Helfer leisten.

Zu den systembezogenen Aufgaben der Pflegestützpunkte gehören:

1. Bündelung und Integration der für eine umfassende wohnortnahe pflegerische Versorgung erforderlichen Versorgungsdienste und -angebote in der jeweiligen Region,
2. Herstellung enger Kooperationsbeziehungen zu anderen Instanzen und Diensten der pflegerischen Versorgung, ebenso zur medizinischen und rehabilitativen Versorgung,
3. Initiierung von Vernetzungs- und Koordinationsprozessen,
4. Regionale Versorgungsplanung: *community health assessment*, Identifizierung von Lücken und Defiziten in der regionalen (pflegerischen) Versorgungsstruktur, Initiierung von Maßnahmen zur Schließung bestehender Versorgungslücken,
5. Initiierung und Einbindung bürgerschaftlichen Engagements.

803. Bei der Umsetzung dieser Aufgaben sind folgende Standards für die Organisation und Arbeitsweise der Pflegestützpunkte zu beachten:

1. Wohnortnähe: Wichtig ist, dass die Pflegestützpunkte dort angesiedelt sind, wo die Menschen leben. Sie sollten sich an zentraler Stelle im Wohnquartier befinden, gut sichtbar, leicht auffindbar problemlos erreichbar und barrierefrei zugänglich sein. Des Weiteren sollten die Pflegestützpunkte möglichst niederschwellig organisiert sein: direkte Ansprechbarkeit, gute telefonische Erreichbarkeit, nutzerfreundliche Öffnungszeiten sicherstellen und auch über zugehende mobile Beratung verfügen (vor allem im ländlichen Raum).
2. Anbindung an vertraute Versorgungsstrukturen: Mit der Schaffung der Pflegestützpunkte dürfen keine additiven Strukturen entstehen. Es muss also vermieden werden, für den Nutzer die Zahl anzulaufernder und zu findender Versorgungsdienste weiter zu erhöhen. Wichtig ist daher, dass die Pflegestützpunkte an bereits bestehende und den Nutzern vertraute und von ihnen genutzte Dienste angebunden werden – an ambulante Pflegedienste, an stationäre Versorgungseinrichtungen der Altenhilfe oder an Krankenhäuser, an bereits beste-

hende und gut verankerte (medizinische) Versorgungszentren, kommunale Beratungszentren etc.

3. Neutralität und Unabhängigkeit: Gemeint ist vor allem, dass die Stützpunkte ideell und organisatorisch ungebunden sein sollten. Neutralität ist in erster Linie als Ausweis und Merkmal von Professionalität zu betrachten und muss durch die Arbeitsweise der Pflegestützpunkte und die Qualifikation der dort tätigen Mitarbeiter sichergestellt werden. Die Pflegestützpunkte sollten sich dennoch (vertraglich) zur Neutralität gegenüber jeglichen spezifischen Träger- und Anbieterinteressen verpflichten und strikt im Interesse der Pflegebedürftigen und Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisangemessenen Versorgung agieren.
4. Qualifikationsanforderungen an die Pflegeberater/Case Manager: Die Umsetzung der Aufgaben der Pflegestützpunkte soll durch die mit der Reform neu eingeführten Pflegeberater/Case Manager erfolgen. Ihre Aufgabe besteht vor allem in der Begleitung Pflegebedürftiger während des gesamten Verlaufs von Pflegebedürftigkeit, Krankheit und Behinderung hinweg und der Sicherung einer bedarfsgerechten, lückenlosen und kontinuierlichen Versorgung, in der Ressourcen gezielt und effizient eingesetzt werden. Dabei müssen Grenzen von Organisationen und Professionen überschritten und enge Kooperationen mit allen an der Versorgung beteiligten Instanzen/Gesundheitsprofessionen hergestellt werden. Zur Ausübung dieser komplexen Aufgaben bedarf es einer speziellen Qualifizierung, für die international auf akademischem Niveau ausgebildet wird. Aus wissenschaftlicher Sicht ist das auch hierzulande anzustreben.

804. Zum Stand der Implementierung der Pflegestützpunkte kann festgehalten werden, dass zu Beginn des Jahres 2009 die meisten Bundesländer einen Beschluss zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verabschiedet haben, einige prüfen das Vorgehen noch. Lediglich das Bundesland Sachsen sprach sich bislang gegen die Einrichtung aus, mit den Argumenten, bestehende Beratungsangebote weiter ausbauen bzw. Doppelstrukturen vermeiden zu wollen. Der Beirat des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), dem die wissenschaftliche Begleitung des Modellversuchs „Werkstatt Pflegestützpunkte“ obliegt, veröffentlichte erste Eckpunkte. Denen zufolge wurden deutschlandweit 16 Pflegestützpunkte als Piloten eingerichtet, die pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, aber auch allen anderen Rat- und Hilfesuchenden, eine neutrale, kostenlose und umfassende Beratung und Begleitung in allen Fragen zur Pflege anbieten. Die meisten dieser Pilotstützpunkte knüpfen an bestehende Strukturen an – z. B. an Koordinierungsstellen des Landes Baden-Württemberg – und müssen sich die Frage gefallen lassen, ob bereits bestehende Beratungsstellen nur zu Stützpunkten umdeklariert wurden oder ob es konzeptionelle Neuorientierungen gab. Die 16 Pilotstützpunkte wurden in den ersten sechs Monaten ihres Bestehens ca. 13 000-mal von Ratsuchenden kontaktiert. Pro Stützpunkt variierten die Kontaktaufnahmen allerdings sehr stark. Große Spannweiten der Kontaktaufnahmen sind bereits aus den Beratungsprojekten nach § 65b SGB V bekannt und führten schon damals

zu der Forderung, die Arbeitsweisen der beratenden Stellen zu prüfen und konzeptionelle Fehler auszumachen. Für den Aufbau der Stützpunkte zeigt dieses Beispiel, dass dringend die Erfahrungen aus der wissenschaftlichen Begleitung zur Beratung nach § 65b SGB V in den jetzigen Aufbau der Pflegeberatungsstruktur einfließen müssen. Die meisten Kontakte zu den Pilot-Pflegestützpunkten waren kurzfristig, nur ca. 10 % der Ratsuchenden nutzten die Anlaufstelle begleitend. Viele Anfragende wendeten sich im Vorfeld der Nutzung von Pflegeleistungen an die Beratungsstelle und wollten leistungsrechtliche Probleme klären. Die Anfragenden setzen sich zu zwei Dritteln aus Angehörigen und einem Drittel aus selbst von Pflegebedürftigkeit Betroffenen zusammen (KDA 2009).

805. Die private Pflegepflichtversicherung (PPV) stellt für ihre Versicherten durch ein eigenes Unternehmen (COMPASS Private Pflegeberatung GmbH) seit dem 1. Januar 2009 bundesweit den Anspruch auf Pflegeberatung sicher. Dies geschieht durch eigens geschultes Fachpersonal (Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter, Sozialversicherungsfachangestellte) über ein flächendeckendes Netz von „Pflegeberatern vor Ort“ und durch das Angebot einer unabhängigen telefonischen Pflegeberatung, welche über eine zentrale, kostenfreie Nummer allen Ratsuchenden zur Verfügung steht. Grundlage des Pflegeberatungskonzepts stellt das Case und Care Management dar, wodurch die geforderte hohe Fachlichkeit und Klientenzentrierung sichergestellt werden soll. Durch die örtliche Anbindung des Pflegeberatungsangebots und begleitendes Networking in der Region beteiligt sich die PPV mit ihrem Konzept der Pflegeberatung an der vom Gesetzgeber geforderten strukturellen Weiterentwicklung der Pflege, insbesondere auf der kommunalen Ebene. In den ersten drei Monaten seit dem Start haben über 8 000 Ratsuchende das unabhängige Angebot der telefonischen Pflegeberatung wahrgenommen, und es wurden mehr als 2 000 aufsuchende Pflegeberatungen deutschlandweit im häuslichen Umfeld der Klienten durchgeführt (Beikirch/Suhr 2009).

6.4.3 Ist-Stand der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter

Situation der ambulanten pflegerischen Versorgung

806. Vor allem zur Aufrechterhaltung einer autonomen Lebensführung alter Menschen mit und trotz Krankheit und Beeinträchtigung kommt dem Ausbau der ambulanten Pflege höchste Priorität zu. Zugleich entspricht dies dem Wunsch der Bevölkerung: Eine repräsentative Befragung unter 2 000 Personen aus Deutschland im Jahr 2003 zeigte, dass lediglich 10,8 % der Befragten in einem Heim leben möchten, wenn der Lebensalltag nicht mehr allein zu bewältigen ist. 30,1 % der Befragten möchten in diesem Fall zu Hause mit professioneller Unterstützung leben, 21,3 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und 29,3 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und professioneller Hilfe (Dorbritz et al. 2005).

807. Dem quantitativen Ausbau der ambulanten Pflege folgte bislang die qualitative Ausdifferenzierung noch nicht. Die Leistungs- und Angebotsprofile ambulanter

Pflegedienste sind eng konturiert und haben mit den Entwicklungen des Bedarfs nicht mitgehalten (BMFSFJ 2001; Schaeffer et al. 2008). Die Mehrheit der ambulanten Pflegedienste hat sich auf den klassischen (meist hochbetagten) Pflegeversicherungspatienten eingestellt. Pflegebedürftige mit abweichenden Problem- und Bedarfslagen stoßen dagegen auf Schwierigkeiten – so vor allem demenziell Erkrankte, chronisch progredient Erkrankte in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, Schwerstkranke und Sterbende, behinderte alte Menschen, Migranten und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung (Landtag NRW 2005). Hier zu einer Veränderung zu gelangen und die qualitative Weiterentwicklung anzustoßen, gehört zu den großen Herausforderungen in der ambulanten Pflege.¹⁷⁰

809. Entsprechende Rahmenbedingungen vorausgesetzt könnte der ambulanten Pflege etwa bei der Versorgung demenziell Erkrankter eine zentrale Bedeutung zukommen. Gerade demenziell Erkrankte sind infolge von Begleitsymptomen der Krankheit wie Orientierungsstö-

¹⁷⁰ Noch keineswegs befriedigend ist auch die ambulante Versorgung meist schwer pflegebedürftiger Kinder, die vielfach technikintensiven Pflegebedarf aufweisen und gerade damit auf Schwierigkeiten in der ambulanten Pflege stoßen – u. a. Resultat dessen, dass sich der Bereich high tech home care infolge struktureller und rechtlicher Hürden hierzulande noch nicht recht entwickeln konnte (Ewers 2003). Schwierigkeiten resultieren auch aus einer anderen Bedarfsbesonderheit, denn zu den zentralen Aufgaben der Versorgung pflegebedürftiger Kinder gehört die Unterstützung und Anleitung pflegender Angehöriger – eine Aufgabe, die sich freilich auch bei anderen Nutzergruppen stellt und die bislang jedoch auf Struktur- und Qualifikationsprobleme stößt.

rungen, Verlust von Alltagskompetenzen, selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, motorische Unruhe etc. in hohem Maß auf ein supervidierendes Monitoring, Tagesstrukturierung und Maßnahmen, die den Verlust an Alltags- und Selbststeuerungskompetenz kompensieren, dessen Folgen abmildern und auf Kompetenzerhalt zielen, verwiesen (Schlemm/Kuhlmeiy 2005).

810. Anders gelagert stellt sich der Bedarf bei der wachsenden Gruppe an älteren Behinderten dar. Mittlerweile sind 75 % der Schwerbehinderten 55 Jahre und älter – eine Situation, die es in Deutschland erst seit einigen Jahren (wieder) gibt. Trotz defizitärer Datenlage ist zu konstatieren, dass bei Menschen mit Behinderung ab dem 50. Lebensjahr ein höherer Pflegebedarf auftritt als bei Menschen ohne Behinderung und sich bei den 60-jährigen Behinderten mehr Mobilitätseinschränkungen zeigen. Aus dieser Situation erwachsen für die ambulante Pflege eine Reihe von neuen Anforderungen. Behinderte benötigen über technisch-instrumentelle Pflegeleistungen hinaus Hilfen zur autonomen Lebensgestaltung, zur Mobilitätsförderung und zum Erhalt sozialer Teilhabe.

811. Die Beispiele zeigen, dass weitere Veränderungen notwendig sind, um die ambulante Pflege in die Lage zu versetzen, dass sie künftig alle in der Bevölkerung bzw. im Lebenslauf vorfindbaren Bedarfslagen abzudecken vermag und auch das ganze dazu nötige Spektrum an Pflegestrategien (von der präventiven über die kurative, rehabilitative bis hin zur palliativen Pflege) umfasst.

812. Darüber hinaus ist erforderlich, dass die ambulante Pflege sich künftig nicht nur auf die individuelle Patientenbetreuung konzentriert, sondern auch der Familie wid-

Exkurs: Zur Spezifik der Pflegebedürftigkeit älterer und alter Migranten

808. Die extremen gesundheitlichen Belastungen im Erwerbsleben haben oftmals einen vergleichsweise frühen Übergang der Arbeitsmigranten in den Ruhestand zur Folge. Zudem legen empirische Befunde einen teilweise erhöhten Pflegebedarf nahe. Mit einem deutlichen Anstieg wird im Verlauf der nächsten Dekade gerechnet, wenn ein Teil der Arbeitsmigranten der ersten Generation das achte Lebensjahrzehnt vollendet. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass nicht nur Gesundheit und Krankheit kulturell geprägt sind, sondern auch die Vorstellungen über das Altern und die Pflege und dies keineswegs homogen in der Migrantenbevölkerung. Tendenziell werden bei Migranten stärker an der Familie und auch an der Religion ausgerichtete, eher tradierte Konzepte angenommen, die mit Konzepten eines positiven und aktiven Alterns wenig vereinbar sind. Als Potenziale für die Pflege werden größere soziale Netzwerke und der höhere familiäre Zusammenhalt genannt (Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005). Erfahrungsberichte aus der medizinischen und Pflegepraxis dokumentieren aber auch fehlende Ressourcen im häuslichen Pflegealltag türkischer Familien, die u. a. aus unzulänglichen wohnräumlichen Bedingungen, einer Überforderung der Angehörigen und der Tabuisierung von Themenfeldern, die für die Pflege wichtig sind, resultieren (Algül/Mielck 2005). Damit korrespondieren Befürchtungen älterer zugewanderter Frauen, dass die Kinder ihre Pflege nicht übernehmen können beziehungsweise werden (Matthäi 2004). Unter der „Ambivalenz der starken sozialen Netze“ werden positive Aspekte wie die Gewährung von Schutz und Funktionen im Familienband, als Kehrseite aber gleichzeitig das Angewiesensein auf die Familie und damit einhergehende Abhängigkeiten und Ängste diskutiert. Gegenläufig zur These vom hohen „intergenerativen Solidarpotenzial“ in Migrantenfamilien gibt es die Annahme von einem zunehmenden Konfliktpotenzial zwischen den Generationen und einer Auflösung großfamiliärer Strukturen in der Migration. Zur besseren Information von Migranten über bestehende Angebote sowie zu einer bedarfsgerechteren Ausrichtung der Altenhilfe wurden verschiedene Projekte wie die Informationsreihe „Älter werden in Deutschland“ und der „Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenhilfe“ initiiert. Kontrovers diskutiert wird die interkulturelle Öffnung der Pflegedienste gegenüber der Entwicklung kulturspezifischer Angebote. Eine kultursensible Weiterentwicklung der Altenhilfe muss Spezifika der Migrantenpopulationen wie eine Verankerung in der ethnischen Community oder das Phänomen der Transmigration berücksichtigen, ohne Differenzen zu vergrößern (Schenk 2008).

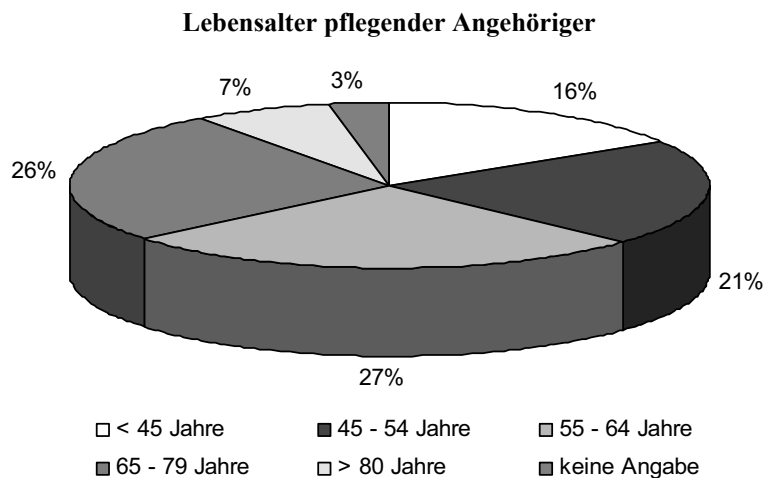
met und sich außerdem auf kommunaler Ebene betätigt, um auch dort die Voraussetzungen für eine bedarfsge- rechte pflegerische Versorgung zu schaffen. Damit einher gehen für die ambulante Pflege ebenfalls neue Aufgaben: Netzwerkarbeit, Ressourcenförderung und Anleitung, Un- terstützung und Supervision pflegender Angehöriger und

informeller Helfer werden deutlich an Stellenwert gewin- nen. Die Umsetzung all dieser Aufgaben setzt allerdings ein Umdenken voraus und bedarf nicht einzig patien- tenbezogener, sondern familienorientierter Pflegekonzepte, wie etwa des Family Health Nursing Konzepts der WHO (2000).

Exkurs: Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen durch Familien

813. Familien bilden in Deutschland noch immer den größten „Pflegedienst“: Nahezu 90 % aller Pflegebedürftigen und chronisch kranken älteren Menschen in Privathaushalten werden von ihren Angehörigen aus dem engeren Familienkreis betreut. Pflegepersonen im Sinne des SGB XI „sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt“ (§ 19 SGB XI). Diese Pflegenden sind häufig selbst schon in einem höheren Lebensalter (vgl. Abbildung 58).

Abbildung 58



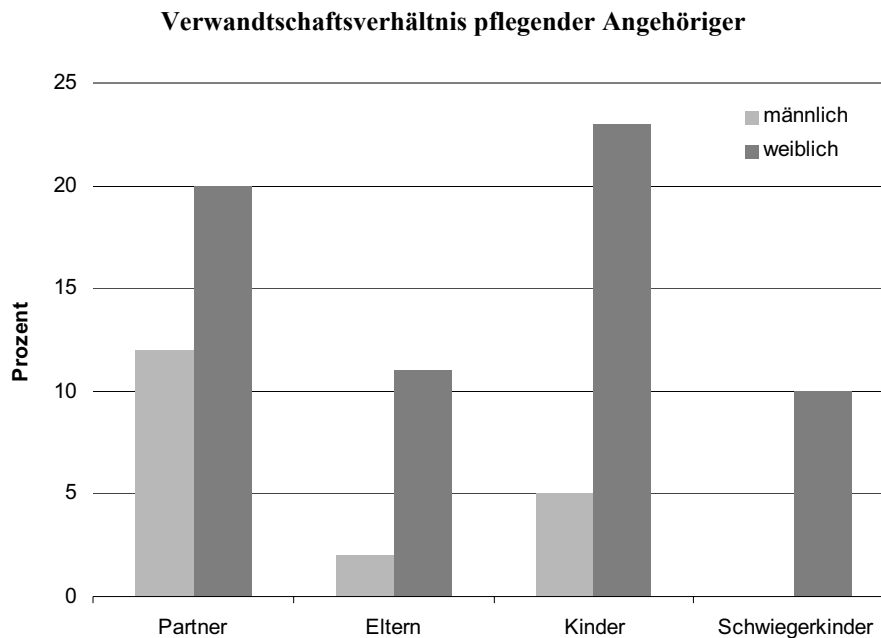
Quelle: Schneekloth/Wahl 2005

Bei einem Drittel der Betreuten ist die Hauptpflegeperson die Partnerin (20 %) oder der Partner (12 %), bei einem weiteren Drittel eine Tochter (23 %) oder Schwiegertochter (10 %) (Schneekloth/Müller 2000). Knapp zwei Drittel der Pflegepersonen sind im erwerbsfähigen Alter und ca. ein Drittel 65 Jahre und älter (Schneekloth/Wahl 2005). Familiäre Pflege beginnt gewöhnlich mit der Partnerpflege. Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Verlagerung der Hilfen von den Ehegatten zu den Kindern (BMFSFJ 2002). Männliche pflegende Angehörige sind bisher eine Minderheit. Ihr Anteil an den Hauptpflegepersonen in Privathaushalten liegt in Deutschland bei 19 % (Schneekloth/Müller 2000) (vgl. Abbildung 59 auf Seite 362).

Seit ca. 20 Jahren gibt es Befunde zu den spezifischen Belastungen pflegender Angehöriger und zu ihrem im Vergleich mit nicht Pflegenden signifikant schlechteren Gesundheitszustand (vgl. Aarsland et al. 1999; Adler et al. 1996; Articus/Karolus 1985; BMFSFJ 1996; Boeger/Pickartz 1998; Bracker et al. 1988; Gräbel 1998; Gunzelmann 1991; Hedtke-Becker 1990; Hedtke-Becker/Schmidtke 1985; Kruse 1987; Kruse 1994; Martinez-Martin et al. 2005; Schneekloth et al. 1996; Shewchuk et al. 2004; Wand 1986).

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffallend mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden. So belegen Studien beispielsweise einen herabgesetzten Immunstatus bei pflegenden Angehörigen (Kiecolt-Glaser et al. 1996; Vedhara et al. 1999). Drei Viertel aller pflegenden Frauen ist von mindestens einer Krankheit betroffen. Dabei handelt es sich häufig um Rückenschmerzen/Bandscheibenschäden, Schilddrüsenerkrankungen und Osteoporose, 40 % aller Pflegenden leiden an Krankheiten des Herz-/Kreislauf- und des Muskel-/Skelettsystems. Besonders ausgeprägt sind weiterhin Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden (z. B. Adler et al. 1996; Gräbel 1998). Allgemeine Erschöpfung äußert sich in psychosomatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen und depressiven Verstimmungen.

Abbildung 59



Quelle: BMFSFJ 2002

Hinzu kommen Ängste vor der weiteren Entwicklung der Lebenssituation. Insgesamt wird bei pflegenden Angehörigen nach dem Beginn der Pflegesituation vielfach ein erhöhter Medikamentenkonsum beobachtet. Dazu zählen vorwiegend Schlafmittel, Beruhigungsmittel und Schmerzmittel. Zwei Drittel aller pflegenden Frauen nehmen somatrotropische Medikamente, zudem greifen Frauen häufiger zu Psychopharmaka als Männer (Adler et al. 1996; Gräbel 1998). Negative Emotionen beeinträchtigen vielfach die physische, psychische und soziale Befindlichkeit der Pflegenden und beeinflussen dadurch auch generell Krankheitsverläufe negativ. Insgesamt scheinen Frauen sich stärker belastet zu fühlen als Männer, was sich vor allem in körperlicher Erschöpfung, ausgeprägten Rollenkonflikten und deutlich verändertem Selbstempfinden im Sinne von Depersonalisierungstendenzen äußert (Miller/Cafasso 1992; Gräbel 1998; BMFSFJ 2001; 2002).

Alle Studien zeigen, dass der zeitliche Aufwand der Hauptpflegepersonen für die pflegerischen Leistungen hoch ist. Durchschnittlich stehen 80 % von ihnen rund um die Uhr dem zu Pflegenden zur Verfügung (BMFSFJ 1996; Schneekloth et al. 1996; Boeger/Pickartz 1998; Gräbel 1998). Die reine Pflegezeit beträgt zwischen drei und sechs Stunden täglich (Boeger/Pickartz 1998; Gräbel 1998). Etwa die Hälfte der Pflegenden muss den Nachtschlaf wegen Hilfs- und Pflegeaktivitäten unterbrechen, 76 % von ihnen sogar mehr als einmal pro Nacht. Zur Illustration der Belastungen soll auf das Beispiel Demenz-Pflege eingegangen werden: Die Pflege Demenzkranker ist für pflegende Angehörige besonders zeitintensiv und belastend (Gräbel 1998). Die Pflegenden leiden unter dem „Auslöschen“ der gemeinsamen Biographie und bislang gültiger Familienregeln, doch ebenso unter der eingeschränkten Kommunikation, der Mehrarbeit durch die wachsende Unfähigkeit des Erkrankten, alltägliche Selbstversorgungsaufgaben eigenständig zu bewältigen und nicht zuletzt unter der ständigen Suche nach Gegenständen, die von der gepflegten Person verlegt werden, darunter, dass sie immer im Dienst sind (Vetter et al. 1997). Als besonders belastend werden die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit und die Ruhestörungen in der Nacht empfunden (Matter/Späth 1998), denn pflegende Angehörige demenziell Erkrankter sind immer im Dienst.

Das Beispiel zeigt, wie wichtig die Unterstützung und der Ressourcenerhalt pflegender Angehöriger ist und dass er künftig mehr Beachtung als bislang verlangt. Prognosen zufolge ist nämlich zu erwarten, dass das Pflegepotenzial von Familien allein aufgrund des Altersstruktureffekts abnehmen wird (Rothgang 2004). Zugleich ist zu erwarten, dass es instabiler sein wird, denn die künftig selbst alten Kinder hochbetagter Eltern werden sich ihrerseits oft in einer vulnerablen Gesundheitssituation befinden. Eine Ablösung familialer Pflege durch professionelle Pflege dürfte indes aus Kosten- und Kapazitätsgründen nicht möglich sein. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist daher entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, gemischte Pflegearrangements herzustellen und trotz der schwierigeren Bedingungen zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller und informeller Hilfe (sei sie familialer, wahlfamilialer, nachbarschaftlicher oder ehrenamtlicher Art) zu gelangen.

Die Pflegeversicherung spiegelt in ihrer Konzeption und in ihren Leistungen den besonderen Beitrag von Angehörigen zur pflegerischen Versorgung wider und ist geradezu um den Kern privater – insbesondere familiärer – Solidarität herum angelegt (vgl. z. B. Klie 1999; Blüher 2005). So sind Leistungen konzipiert, die speziell zur Entlastung der familiär Pflegenden beitragen sollen, wie z. B. die Kurzzeitpflege oder die Verhinderungspflege, dennoch bleibt die Hauptlast der Pflege angesichts der Leistungsbegrenzungen des PflegeVG bei den informellen Helfern, die auf einen konsequenten Ausbau von Entlastungsangeboten angewiesen sind. Hierzu gehören neben besserer Finanzierung und dem Ausbau von ambulanten Leistungen und Angeboten im Bereich der teilstationären Versorgung und Kurzzeitpflege vor allem auch die Verbesserung und Intensivierung von (Informations-)Angeboten im Hinblick auf präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen bei pflegenden Angehörigen (z. B. Schneekloth/Müller 2000). Letzteres setzt voraus, den individuellen Präventionsbedarf von Angehörigen in jedem spezifischen Pflegearrangement ermitteln zu können.

Unterschiedliche Angebote sollten pflegende Angehörige bedarfsgerecht im Sinne einer „Pflege der Pflegenden“ unterstützen. Heute bestehende Angebote weisen Schwächen auf, die sich nicht zuletzt in einer viel zu geringen Inanspruchnahme durch die Angehörigen äußern. So wurden in einer Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (Dörpinghaus/Weidner 2006) Pflegekurse als ein Angebot zur Unterstützung pflegender Angehöriger in den Blick genommen. Neben der generell zu geringen Inanspruchnahme zeigt sich hierbei vor allem, dass die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen in den Kursen nicht ausreichend Berücksichtigung finden.

814. Auch in anderer Hinsicht fallen der Pflege künftig eine Reihe neuer Aufgaben zu. So wird Fallverantwortung eine der Kernaufgaben in der ambulanten Pflege sein – speziell wenn es darum geht, die oft langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufe alter Menschen stabil zu halten und vor Diskontinuitäts- und Desintegrationsercheinungen zu bewahren. Damit diese Aufgabe angemessen realisiert werden kann, ist der Aufbau von Case und Care Management Strukturen erforderlich (Ewers/Schaeffer 2005; Schaeffer et al. 2008; Powell 2000). Allein um die Kontinuität der Versorgung sicherstellen zu können und zu einer patientenorientierten, effektiven und effizienten Steuerung der oft lang andauernden Versorgungs- und Pflegeverläufe zu gelangen, oder aber, um während des gesamten Verlaufs eine dem individuellen Bedarf entsprechende, passgenaue und ineinandergreifende Versorgung zu realisieren, sind Case und Care Management-Strukturen unerlässlich¹⁷¹ (vgl. Kapitel 7) Nicht weniger wichtig wird sein, Aufgaben wie Selbstmanagementunterstützung und Kompetenzförderung der Pflegebedürftigen ein weitaus höheres Gewicht als bislang zu verleihen. Solche „edukativen“ Konzepte spielen international in der Pflege inzwischen eine wichtige Rolle und dies schlägt sich auch im beruflichen Selbstverständnis nieder. „*Nursing is teaching*“ – so lautet etwa das Selbst- und Aufgabenverständnis der amerikanischen Pflege. In Deutschland kollidiert die Umsetzung solcher edukativen und kommunikativen Aufgaben bislang mit dem verengten Pflegeverständnis, das auf körpernahe Unterstützung und handwerkliche Aufgaben reduziert ist. Zugleich reibt auch sie sich an qualifikatorischen Hürden.

815. Nochmals zeigt diese Aufgabenerweiterung in der ambulanten Pflege, dass auf der Ebene der Qualifizierung ein Umdenken erforderlich ist, um die Qualifikationsprofile in der Pflege an die veränderten Aufgaben und Nutzerrealitäten anpassen zu können (Winter 2005). Dass da-

bei in vielen Bereichen hohe Fachexpertise gefragt ist, zeigt wiederum das Beispiel Demenz. So neigen angeleitete oder schlecht ausgebildete Pflegekräfte im Umgang mit Demenzkranken häufiger zu einschränkenden Maßnahmen, weil sie schneller überlastet sind und nicht angemessen auf spezifische Verhaltensweisen der Betroffenen mit adäquaten Mitteln zu reagieren vermögen (Schwerdt/Tschainer 2002). Das Beispiel ließe sich durch viele andere ergänzen und deutet an, dass die dringend nötige Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege auch ein ausdifferenziertes Qualifikationsspektrum bedingt.

816. Die Etablierung einer ineinandergreifenden Versorgung birgt eine Reihe neuer Aufgaben für die ambulante Pflege in sich. So ist beispielsweise notwendig, nahtlose Übergänge zwischen dem Krankenhaussektor und der ambulanten Versorgung und Pflege herzustellen, ebenso zwischen der ambulanten Pflege und dem Heimbereich etc., denn die starre Trennung zwischen den Versorgungsbereichen führt – wie Versorgungsverlaufsstudien immer wieder neu belegen – zu Versorgungsbrüchen und löst Drehtüreffekte und Karrieredynamiken aus (Kuhlmey et al. 2003; Roth/Rüschemann 1999; Schaeffer 2004a,b, 2006; Schaeffer/Moers 2003). Doch auch in der fragmentierten ambulanten Versorgung selbst harren viele Integrationsaufgaben der Bewältigung – speziell dann, wenn es darum geht, bei Patienten mit komplexem und mehrschichtigem Versorgungs- und Pflegebedarf aufeinander abgestimmte integrierte Versorgungspakte zu schnüren. Um diese und andere Integrationsaufgaben anzugehen, wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Anstrengungen in der Pflege unternommen. So wurde beispielsweise ein nationaler Expertenstandard zum Entlassungs- bzw. Übergangsmanagement entwickelt und erprobt (DNQP 2002; Wingenfeld 2005) und Lösungen zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen erarbeitet. Weitaus weniger Erfolg war allerdings den Bemühungen beschieden, die Pflege in Modelle zur „integrierten Versorgung“ einzubinden. Jüngste Reformen im Gesundheitswesen griffen dieses Defizit auf und bezogen die Pflege ausdrücklich in die integrierte Versorgung ein.

¹⁷¹ Care Management zielt darüber hinaus auf die Sicherung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen.

Doch wird den Integrationsbemühungen nur dann Erfolg beschieden sein, wenn auch die eigentlichen Herausforderungen – die längst nicht mehr tragfähigen Kooperationsroutinen und Arbeitsteilungen – angegangen und überkommene hierarchische und separatistische Muster der Kooperation und Aufgabenteilung verändert werden (GA 2007).

Situation der stationären Versorgung Pflegebedürftiger

817. Die Situation von Heimbewohnern unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von derjenigen zu Hause Gepflegter, denn es handelt sich um durchschnittlich ältere, stärker beeinträchtigte, d. h. häufiger schwerstpflegebedürftige sowie demenziell veränderte Menschen in der letzten Lebensphase. Allerdings ist die Gesamtdatenlage zu diesem Personenkreis nach wie vor unzureichend, da zu zahlreichen Lebensbereichen wenige und/oder kaum verlässliche bzw. aktuelle Erkenntnisse vorliegen. Nicht zuletzt aufgrund der veränderten Leistungsvergütung im Krankenhaus scheint der Umzug in ein Heim heute häufiger als in der Vergangenheit aus dem häuslichen Umfeld heraus zu erfolgen sowie eine prinzipielle Überlastung dieses Pflegesettings zu kennzeichnen. So zeigen die Begutachtungserfahrungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), dass etwa drei von vier Antragstellern eine ambulante Betreuung bevorzugen, im Verlauf der Pflegebedürftigkeit dann jedoch der Betreuungsbedarf in jedem zweiten Fall steigt und oftmals zum Umzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung führt (DZA 2007; MDS 2007). Anderen Studien zufolge lebt die Hälfte aller Pflegebedürftigen zum Zeitpunkt der erstmaligen Leistungsbeantragung im Kreis von Familienangehörigen und jeder Dritte selbständig im eigenen Haushalt (Gröning 2007). Eine ältere Infratest-Erhebung konnte zudem als Motive für eine Heimübersiedelung zu 63 % den steigenden Hilfe- und Pflegebedarf ermitteln sowie zu 43 % eine Überlastung der häuslichen Pflegesituation und bei 35 % der Betroffenen den Wunsch nach geeigneter Betreuung (Schneekloth/Müller 1998 zitiert nach BMFSFJ 2006).

818. In den weitaus meisten Fällen ist das Heim dann der dauerhafte, bis zum Tod letzte Wohnort. Obgleich die verfügbaren Daten kein durchschnittliches Eintrittsalter der Heimbewohner abbilden, lassen die demografischen Entwicklungen zusammen mit den Motiven des Heimeinzugs vermuten, dass dieser in einem immer höheren, stärker gesundheitlich belasteten Alter und in größerer Nähe zum Lebensende stattfindet. Infolgedessen entwickeln sich Heime de facto immer mehr zu Orten des Sterbens, da es, unter anderem durch die verkürzte Krankenhausverweildauer, zu einer stetigen Verlagerung des Sterbens aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim kommt. Expertenmeinungen zufolge finden mit steigender Tendenz bereits 10 bis 20 % aller Sterbefälle in einer stationären Alteinrichtung statt (BMFSFJ 2006). Diese Einschätzungen werden zum einen durch Befunde gestützt, die ein deutlich höheres Durchschnittsalter der Heimbewohner im Vergleich zu ambulant betreuten Pflegebedürftigen belegen: Unter ausschließlicher Berücksichtigung über 70-jähriger Pflegebedürftiger sind 70 % aller Heimbewohner

gegenüber knapp jedem zweiten (46 %) ambulant versorgten Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt. Pflegebedürftige Frauen, die im Heim leben, sind mit durchschnittlich 85 Jahren rund 9 Jahre älter als diejenigen, die zu Hause betreut werden. Für Männer fällt dieser Altersunterschied mit 11 Jahren zugunsten der Heimbewohner noch höher aus, denn zu Hause Gepflegte sind im Mittel 64 Jahre und Heimbewohner 75 Jahre alt (DZA 2007).

819. Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten ist des Weiteren zu konstatieren, dass ein Leben im Heim insbesondere Frauen betrifft, die einen Anteil von fast 80 % an der Bewohnerschaft ausmachen, wobei jedoch die Zahl der Männer in den letzten Jahren konstant zunimmt. Darüber hinaus sind insgesamt zwei Drittel aller Bewohner verwitwet. Dies gilt wiederum sehr viel häufiger für Frauen (73 %) als für Männer (38 %).

820. Der Gesundheitsstatus von Heimbewohnern wird in Deutschland bisher nicht systematisch erhoben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass er im Wesentlichen durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität gekennzeichnet ist. Darüber hinaus gelten schätzungsweise die Hälfte bis zwei Drittel aller Bewohner als psychisch krank, wobei es sich überwiegend um demenzielle Veränderungen handelt (BMFSFJ 2006). Infolgedessen ist der Großteil der Heime inzwischen zu Versorgungseinrichtungen für Demenzkranke geworden, in denen auch alte Menschen mit ausschließlich körperlichen Einbußen betreut werden (Bruder 2002; Wingefeld 2008). Zum anderen dominieren schwere und schwerste Pflegebedarfe die Situation der Bewohner, denn mehr als zwei Dritteln wurden die Pflegestufen II (43 %) oder III (21 %) zuerkannt. Erwartungsgemäß sind diese Pflegestufen bei der Pflege durch Angehörige oder ambulante Dienste deutlich seltener (39 % bzw. 49 %) (Statistisches Bundesamt 2007). Noch deutlicher fallen die Unterschiede aus, wenn Pflegestufen und Versorgungsart der über 70-jährigen Pflegebedürftigen im Zeitverlauf verglichen werden.

821. Hier zeigt sich eine insgesamt deutlich steigende Nachfrage nach stationärer Versorgung, und zwar über alle drei Pflegestufen hinweg, wobei die Steigerungen bei den Schwerstpflegebedürftigen am größten sind. Von daher ist ein Großteil der Heimbewohner auf teils erhebliche Hilfen bei verschiedensten Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen. So benötigen beispielsweise fast 90 % Unterstützung bei der Körperpflege, mehr als jeder Zweite hat Probleme, sich an- bzw. auszukleiden, seine Ausscheidungen zu kontrollieren, allein die Toilette aufzusuchen sowie sich selbständig im Zimmer oder in der Einrichtung zu bewegen und knapp 40 % brauchen Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme (Schneekloth 2006; Kuhlmei 2008).

822. Aktuelle Informationen zur durchschnittlichen Verweildauer der Heimbewohner liegen demgegenüber nicht vor. 1998 lebten die Bewohner im Schnitt 52 Monate in den stationären Einrichtungen, wobei jeder Fünfte bereits ein Jahr und ebenso viele zwischen 3 und 5 Jahren dort wohnte. Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass die Verweildauer inzwischen auf 30 bis 40 Monate gesunken ist (BMFSFJ 2006). Die spezifische Situation der

Heimbewohner weist sie einerseits als klassische gesellschaftliche Randgruppe aus; andererseits steht sie in unmittelbarem Zusammenhang mit dem wachsenden Phänomen der Hochaltrigkeit, dessen Belastungen die Leistungsfähigkeit nicht institutioneller Versorgungsmöglichkeiten offenbar an vielen Stellen immer noch überschreiten.

823. Einer repräsentativen Befragung von Führungskräften in der stationären Altenhilfe zufolge ist die Pflegesituation in den Heimen von einer deutlichen Arbeitsverdichtung gekennzeichnet, da die dort Beschäftigten mit einer komplexen Zunahme unterschiedlichster Anforderungen und Ansprüche konfrontiert sind. Hierzu zählen in erster Linie der allgemeine Anstieg der Pflegebedürftigkeit sowie der wachsende Bedarf der Bewohner an medizinisch-pflegerischen sowie gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen. Darüber hinaus müssen vermehrt Anstrengungen zur Erfüllung gesetzlicher Auflagen im Hinblick auf die Qualitätssicherung unternommen werden, die wiederum zu größerem bürokratischen Aufwand führen. Ferner berichten die Leitungskräfte von gewachsenen Ansprüchen der Bewohner und ihrer Angehörigen (DIP 2003). Die personellen Ressourcen werden trotz der Arbeitsverdichtung jedoch als stagnierend bzw. abnehmend charakterisiert. Dabei scheint vor allem die vergleichsweise kleine Zahl der Pflegefachkräfte die Gestaltungsspielräume bei der gleichmäßigen Verteilung zusätzlicher Arbeitsbelastungen unter den Beschäftigten zu erschweren. Die befragten Führungskräfte sehen allerdings keine Möglichkeiten, dieser Situation mit Neueinstellungen zu begegnen und können sie nur teilweise durch gering qualifizierte Beschäftigte ausgleichen, sodass eher die Strategie vorherrscht, die Fachkraftquote abzusenken als nicht fest angestellte Aushilfen dauerhaft zu beschäftigen.

824. Insgesamt erfordert die Personalrekrutierung für das Heimmanagement zunehmenden Aufwand, da nicht nur die Anzahl der Bewerber, sondern auch ihre Qualifikation abnimmt. Infolgedessen nehmen Vorkommen und Dauer krankheitsbedingter Personalausfälle sowie die Zahl der Überstunden zu, während jedoch die Fluktuationsrate leicht rückläufig ist. Zumindest für 2003 wurden etwa neun Millionen Überstunden in den Einrichtungen nachgewiesen, die den Autoren der Studie zufolge mehr als 5 000 Vollzeitstellen entsprechen. Unter Berücksichtigung offener Stellen und der zusätzlich entstehenden Versorgungsaufgaben wird von einem Bedarf an 20 000 Pflegekräften ausgegangen sowie davon, dass die Gesamtsituation die Prozesse in der stationären Altenpflege zunehmend unter Druck geraten lässt (DIP 2003).

825. Diese Einschätzung wird durch aktuelle Qualitätsberichte untermauert, die neben einigen positiven Veränderungen im Vergleich zu 2003 nach wie vor teils gravierende Qualitätsdefizite in den Heimen belegen. Einerseits nehmen die verantwortlichen Pflegefachkräfte inzwischen ihre Managementaufgaben im Rahmen der Pflegeprozessplanung und -dokumentation sowie der Dienstplangestaltung und der Durchführung von Dienstbesprechungen besser wahr, sodass die Einrichtungen auf der Basis niedriger Ausgangswerte des Vergleichsjahres 2003 erkenn-

bare Fortschritte bei der Realisierung des Pflegeprozesses erzielt haben und der allgemeine Pflegezustand der Bewohner zu 90 % als angemessen charakterisiert wird (MDS 2007). Darüber hinaus führt die überwiegende Mehrheit der Heime interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch und hält Angebote zur sozialen Betreuung vor. Andererseits findet der Mitarbeiterinsatz in knapp jedem vierten Heim nicht qualifikationsadäquat statt, sodass Beschäftigte Aufgaben übernehmen, ohne über die dafür notwendige Ausbildung zu verfügen. Zudem setzt ein knappes Fünftel der Heime keine Konzepte zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter um und in 44 % der Einrichtungen mangelt es an geeigneten Instrumenten zur fachlichen Überprüfung der Pflegekräfte, wie beispielsweise Pflegevisiten.

826. In ebenso vielen Heimen sind die pflegerischen Maßnahmen nicht nachvollziehbar am individuellen Bedarf der Bewohner ausgerichtet; in gut jedem dritten Fall konnte keine geeignete Evaluation des Pflegeprozesses ermittelt werden und in einem Viertel der Heime waren die internen, konzeptionellen Grundlagen der Pflege den Beschäftigten unbekannt. Darüber hinaus erscheint das situationsangemessene Handeln bei Akutereignissen verbesserungswürdig, denn bei immerhin 14 % der Bewohner wurde beim Auftreten eines kritischen Ereignisses (beispielsweise Sturz) weder eine Ursachenanalyse betrieben noch der behandelnde Arzt informiert. Die pflegerische Versorgung der Bewohner weist insbesondere bei spezifischen Pflegeproblemen Qualitätsdefizite auf, die in ernsthafte gesundheitliche Gefährdungen münden können. Demnach ist gut jeder dritte zu Pflegenden (34 %) in einem unangemessen schlechten Ernährungszustand und bei etwa einer gleich großen Gruppe finden sich Defizite bei der Dekubitusprophylaxe. Des Weiteren gilt die Inkontinenzversorgung bei rund 16 % der Betroffenen als defizitär und knapp ein Drittel der Bewohner mit gerontopsychiatrischem Pflegebedarf wird nicht adäquat versorgt. In diesem Kontext ist auch festzustellen, dass Angebote der sozialen Betreuung in drei von zehn Einrichtungen nicht an der Bewohnerschaft ausgerichtet sind und somit nur einen Teil der Pflegebedürftigen erreichen. Auffallend ist ferner der Befund, dass Heime mit einem zertifizierten Qualitätsmanagement zwar ihre entsprechenden Aktivitäten besser dokumentieren als nicht zertifizierte Einrichtungen, keineswegs jedoch eine höhere Versorgungsqualität erzielen (MDS 2007).

827. Die medizinische Versorgung der Heimbewohner erfolgt, obgleich die neue Gesetzeslage anderes ermöglicht, noch immer fast ausschließlich durch ihre ambulant tätigen Hausärzte. Während die allgemeinmedizinische Versorgungssituation noch als befriedigend gilt, besteht bei der fachärztlichen Versorgung Optimierungsbedarf etwa hinsichtlich ihrer effektiveren Koordination sowie gezielter Weiterbildungen der Pflegenden zu Demenz, Depression und Sturz (BMFSFJ 2006; vgl. Unterkapitel 6.2). Im Hinblick auf die spezifische Versorgungssituation Sterbender liegen für die stationäre Langzeitpflege bisher nur geringe Informationen vor. Sie verweisen, trotz verschiedenster Initiativen auf regionaler Ebene darauf, dass eine bedarfsgerechte, qualitativ befriedigende Ster-

begleitung in den Einrichtungen erst ansatzweise realisiert ist und palliativ-pflegerische Kompetenzen nach wie vor unterrepräsentiert sind. Infolgedessen besteht Konsens über einen allgemeinen Handlungsbedarf, der sowohl die Personalqualifikation als auch die Ablauforganisation und die baulich-räumliche Gestaltung der Heime betrifft. Konkret wünschen sich die Beschäftigten hauptsächlich mehr Zeit für die Betreuung Sterbender, eine bessere Schmerztherapie dieser Personen sowie mehr Fachpersonal, eine optimierte Kooperation mit Angehörigen, Hospizdiensten, Seelsorgern und Ehrenamtlichen, räumliche Verbesserungen in Form von beispielsweise Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige sowie eine verbesserte Anleitung und Begleitung. Vor diesem Hintergrund treten politisch Verantwortliche inzwischen für die Entwicklung struktureller sowie prozessualer Mindeststandards bei der Begleitung sterbender Heimbewohner ein (BMFSFJ 2006).

828. Angesichts der insgesamt wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung der stationären Langzeitpflege sollte zudem versucht werden, bürgerschaftliches Engagement stärker in die staatlich-fachlichen Kontrollmechanismen zu integrieren, indem zum Beispiel aktuell unbeteiligte Bürger an der Qualitätserhebung beteiligt oder für eine Tätigkeit in einem externen Beirat gewonnen werden (vgl. § 87b SGB XI „Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“). Auf diese Weise könnte es unter Umständen zu einer breiter angelegten Auseinandersetzung mit der

Lebenswelt Pflegeheim kommen, als es derzeit der Fall ist.

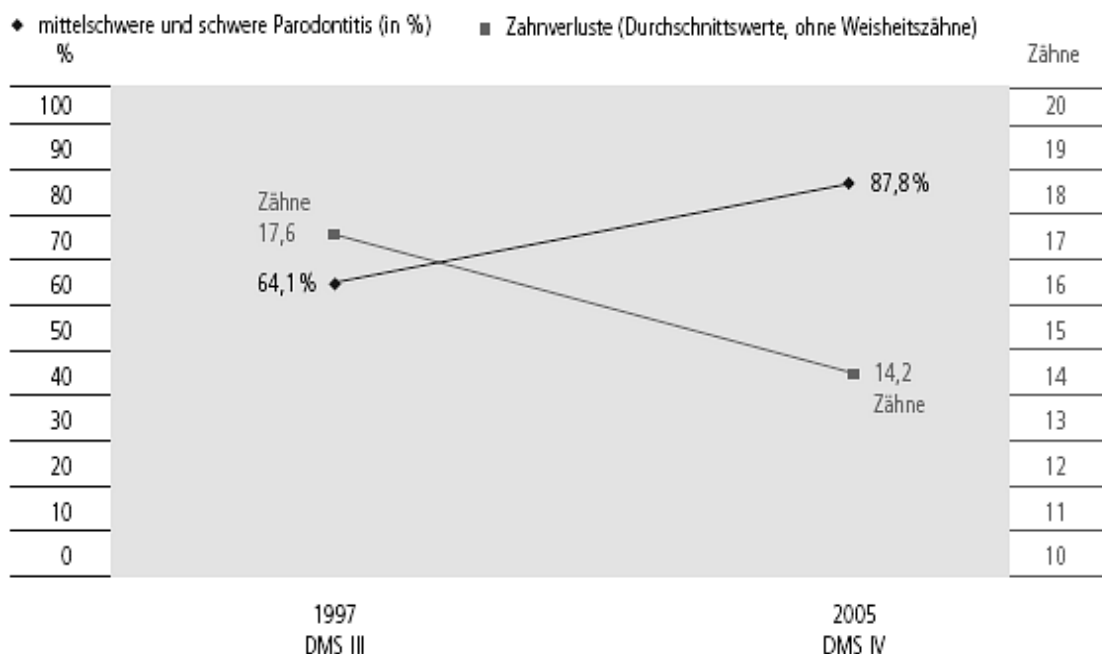
Situation der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung für Pflegebedürftige im Alter

829. Prävention ist die Grundlage einer wissenschaftlich abgesicherten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Mit ihrer konsequenten Umsetzung wurden große Fortschritte in der Mundgesundheit der Bevölkerung in Deutschland erzielt (Bauer et al. 2009). Pflegebedürftige sind von diesem Fortschritt jedoch oftmals noch ausgeklammert. Aus Sicht der Zahnmedizin ergeben sich aktuell für die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen drei Problembereiche.

830. Der erste Problembereich ist der hohe Bedarf an Prävention und Versorgung. Ein wichtiger zahnmedizinischer Trend besteht darin, dass ältere Menschen immer mehr natürliche Zähne besitzen. Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV, Micheelis/Schiffner 2006) aus dem Jahr 2005 zeigt, dass unter den Senioren die Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodontitis) am weitesten verbreitet ist. 48,0 % dieser Altersgruppe sind von einer mittelschweren und 39,8 % von einer schweren Ausprägung der Krankheit betroffen. Das entspricht einer Zunahme von 23,7 Prozentpunkten im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 1997 (Abbildung 60). Allerdings relativiert sich dieser Anstieg, je nach Erkrankungsdefinition (Hoffmann 2006). Aktuelle Arbeiten zur Mundgesundheit und zahnmedizinischen Versorgung in Deutsch-

Abbildung 60

Entwicklung von mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen sowie Zahnverlusten bei 65- bis 74-jährigen Senioren von 1997 bis 2005



Quelle: Hoffmann 2006

land zeigen im Hinblick auf Parodontalerkrankungen bei Senioren eine geringere Dynamik und Behandlungsbedürftigkeit (Bauer et al. 2009).

831. In der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen zeigt sich am deutlichsten der Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Zahnverluste und der Zunahme von Parodontalerkrankungen. Welche Bedeutung diesem Zusammenhang zukommt, ist aufgrund der oben beschriebenen Diskussion zur Prävalenz der Parodontitis im Alter noch offen. Eine aktuelle Studie weist anhand internationaler Vergleiche nach, dass es keineswegs zwingend ist, bei steigender „Eigenbezahnung“ im Alter schlechtere Parodontalverhältnisse aufzuweisen (Bauer et al. 2009). Gleichzeitig wächst die Zahl hochwertiger Versorgungen: Senioren haben die höchste Implantatquote in Deutschland und die Zahl fest-sitzender Versorgungen (Brücken) ist gegenüber 1997 um 12,5 % gestiegen (Micheelis/Schiffner 2006). Besonders problematisch ist die Zunahme der Erkrankungen des Zahnhalteapparats (Parodontitis), weil diese orale Erkrankung in der wissenschaftlichen Literatur deutliche Interaktionen zu bedeutsamen medizinischen Erkrankungen aufweist und über beträchtliche Wundflächen Infektionsrisiken aufzeigt.

832. Ein besonderes Problem entsteht, wenn ältere Menschen pflegebedürftig werden. Eigene Zähne und hochwertige Zahnversorgungen verstärken präventive und Versorgungsprobleme (Nordenram/Ljunhnen 2002; Rademakers/Gorter 2008; Samson et al. 2008). Unterbleibt die Mundpflege oder ist diese deutlich eingeschränkt, wird sehr schnell zerstört, was aufwändig versorgt wurde. Schmerzen entstehen, die Kaufunktion und damit einhergehende Lebensqualität gehen unwiederbringlich verloren. Zahnersatz (Prothesen, Implantate, Brücken) ist aufgrund der geringen Adaptionsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen meist nicht mehr möglich. Ergebnisse einer Studie zur Zahn- und Mundhygiene pflegebedürftiger Bewohner Berliner Behinderteneinrichtungen belegen, dass die häusliche Mundhygiene bei Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung nur unzureichend durchgeführt wird. So hatten im Gegensatz zur Bevölkerung der gleichen Altersgruppe mit fast 60 % nur 21 % der Menschen mit Behinderungen keine sichtbaren Beläge. Die registrierten Befunde belegen die bisher ineffektive Durchführung der Mundhygiene in der Gruppe der Heimbewohner (Kaschke et al. 2004). Die Ergebnisse einer Erhebung in 173 Altenpflegeheimen in der Rhein-Neckar-Region (Bock-Hensley et al. 2006) und eine Untersuchung in 41 Altenpflegeheimen in Sachsen (Gmyrek 2004) mahnen verstärkte Fortbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte und regelmäßige zahnärztliche Betreuung und Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen an.

833. Der zweite Problembereich zahnmedizinischer Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen fokussiert auf den Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und allgemeiner Gesundheit. Einen ganz wichtigen Einfluss hat die Mundgesundheit auf internistische Erkrankungen. Die Mundhöhle ist Haupteintrittspforte für Bakterien. Orale Biofilme (Plaque) – der bakterielle Belag auf unzureichend gepflegten eigenen Zähnen, aber auch Zahnersatz –

können ebenso via Aspiration in den Respirationstrakt gelangen wie über entzündete Bereiche des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut in die Blutbahn (Kreissl et al. 2008). In Pflegeheimen gehören Pneumonien mit einer Prävalenz von 13 bis 48 % zu den häufigsten Infektionskrankheiten und weisen zudem eine hohe Mortalitätsrate auf. In Querschnittsstudien wurde bei Patienten mit schlechter Mundhygiene ein signifikant erhöhtes Risiko für Pneumonien gefunden (Abe et al. 2005). Untersuchungen in Pflegeeinrichtungen weisen darauf hin, dass durch regelmäßige Zahn- und Prothesenreinigung sowie Desinfektion der Mundhöhle die Pneumonieinzidenz bei den Bewohnern signifikant gesenkt werden kann, wobei die Zahl der Fiebertage und Todesfälle abnimmt (Abe et al. 2005; Kreissl et al. 2008; Scannapieco et al. 2003). Wirksamer als die reine pharmakologische Desinfektion ist dabei die professionelle mechanische Reinigung (Abe et al. 2001; Adachi et al. 2002; Ishikawa et al. 2008). In verschiedenen Studien konnte zudem gezeigt werden, dass Mundhöhlenerkrankungen, insbesondere Parodontitis, mit einem erhöhten Risiko für Herzinfarkt- und Schlaganfall sowie für Diabetes mellitus einhergehen (Desvarieux et al. 2003, 2004, 2005).

834. Ein dritter Problembereich der zahnmedizinischen Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen umfasst die dezentrale Therapie und finanzielle Situation Pflegebedürftiger. Die Zahnmedizin als hoch spezialisierte medizinische Disziplin ist in der Diagnostik und Therapie auf eine aufwändige Ausstattung angewiesen, die dem Zahnarzt bislang nur am Ort seiner Praxis zur Verfügung steht. Pflegebedürftige Menschen können zahnärztliche Praxen oftmals nicht selbständig aufsuchen, sondern benötigen dafür Transporte. Es ist heute durchaus möglich, dass Zahnärzte mobil arbeiten, dies erfordert jedoch einen zusätzlichen organisatorischen, apparativen und zeitlichen Aufwand, der mit den vorhandenen Vergütungspositionen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht ausreichend abgedeckt wird. Darüber hinaus gehören die zahnmedizinisch-präventiven Maßnahmen bei erwachsenen Menschen nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Präventive Leistungen werden derzeit nur im Kindes- und Jugendalter übernommen. Präventive Leistungen im Erwachsenen- und Seniorenbereich sind, bis auf die jährliche Zahnsteinentfernung, durch den Patienten selbst zu finanzieren. Pflegebedürftigen steht dieses Geld jedoch oftmals nicht mehr zur Verfügung.

835. Inzwischen gibt es eine Reihe von Praxisprojekten, die zeigen, dass die Qualität der zahnärztlichen Versorgung für Pflegebedürftige verbessert werden kann. Dabei definiert sich die zahnmedizinische Prophylaxe als untrennbarer Dualismus der individuellen, häuslichen Mundpflege des Patienten und regelmäßigen professionellen Maßnahmen. Einerseits sollte den Pflegebedürftigen die Möglichkeit gegeben werden, professionelle Hilfe leicht in Anspruch zu nehmen. Andererseits steht Pflegebedürftigen oftmals nur die individuelle Seite dieses Konzepts zur Verfügung (Petersen/Nortov 1994; 1995). Fehlen ihnen die manuellen, mentalen und unterstützenden Möglichkeiten, bedarf es einer deutlich verbesserten Unterstützung durch die Pflegenden, die dafür häufig nicht

ausgebildet wurden (Benz/Haffner 2005; Pietrokovski 1990). Es sind inzwischen (z. B. in Bayern (Michel 2005), Berlin (Kaschke et al. 2004), Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Westfalen-Lippe) Initiativen der Landeszahnärztekammern entstanden, die regelmäßig wiederholte Schulungen von Pflegepersonal während und nach der Ausbildung, aber auch im Rahmen der Fortbildung durch Zahnärzte bzw. Prophylaxeassistenten durchführen, wobei sich häufig zahnärztlich-patenschaftliche Betreuung von Pflegeeinrichtungen durch die schulenden Zahnärzte entwickeln. Die Schulungen erfolgen momentan rein ehrenamtlich ohne Vergütung und ohne Einbindung in ein systematisches Ausbildungs- und Fortbildungskonzept des Pflegepersonals. Das Personal von Pflegeeinrichtungen kann beispielsweise im Rahmen von Fortbildungs- und Kompetenzangeboten über das „Handbuch der Mundhygiene für das Pflegepersonal“ (BZÄK 2002) und das individuell anwendbare, computergestützte Trainingsprogramm „Gesund im Alter – auch im Mund“ geschult werden (Nitschke/Reiber 2004).

836. Der zahnärztliche Berufsstand und die Wissenschaft haben zudem verschiedene Projekte zur Verbesserung der Mundgesundheit der Senioren initiiert: Mit dem Leitfaden „Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“ liefert die Bundeszahnärztekammer den Zahnärzten eine wissenschaftlich begründete und praxisnahe Orientierungshilfe (BZÄK 2002). Das Projekt „Teamwerk Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen“ beschreibt ein umfangreiches zahnmedizinisches Prophylaxeprojekt für Pflegebedürftige in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landeszahnärztekammer und der AOK Bayern unter wissenschaftlicher Begleitung durch die Universität München, das bereits mit verschiedenen Preisen ausgezeichnet wurde (Starsocial, Deutscher Präventionspreis, Wrigley-Prophylaxepreis). Seit 2002 werden durch ein „duales Konzept“ immobile pflegebedürftige Patienten in neun Einrichtungen in München zahnärztlich versorgt. Das Modul „Prävention“ verbindet die Schulung von Pflegekräften mit einer regelmäßigen Prophylaxebetreuung durch mobile Prophylaxeteams. Das Modul „Therapie“ sichert zahnmedizinische und allgemeinmedizinische Versorgung durch dezentral tätige „Patenzahnärzte“ und zahnmedizinische Kompetenzzentren. Mit aktuell 1 450 Pflegebedürftigen über nunmehr zwei Jahre lässt sich der medizinische, aber auch der wirtschaftliche Nutzen klar belegen: Bei 40 % der Probanden konnte eine signifikant bessere Mundhygiene nach sechs Monaten (Benz et al. 2005), bei 52 % nach einem Jahr (Benz/Haffner 2007), 56 % weniger Notfallbehandlungen nach einem Jahr, 65 % nach zwei Jahren, 70 % weniger Zahnextraktionen nach zwei Jahren (Teamwerk-AOK-Projekt), durchschnittlich 40 % weniger Lungenerkrankungen in der Metaanalyse (vgl. Scanapicco 2003) und 22 % weniger Kosten im Umfeld der zahnärztlichen Versorgung (Transporte, Narkose) nachgewiesen werden (Benz/Haffner 2008).

Qualitätssicherung und -messung der Versorgung Pflegebedürftiger

837. Die Debatte um die Qualitätssicherung und -messung in der Pflege ist durch veröffentlichte Pflegemängel

und die Reaktionen des Gesetzgebers im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) erneut sehr aktuell. Erst im Jahr 1995 wurde durch das Inkrafttreten des PflegeVG die Qualitätssicherung in der Pflege verpflichtend und es begann eine noch immer andauernde breite Debatte um Fragen der Qualität in der Pflege (s. auch GA 2000/2001, II, Ziffer 390; GA 2005, II-5.4.) Seit 1995 haben verschiedene Reformen der Pflegeversicherung stattgefunden, die auch einen Bezug zur Pflegequalität, ihrer Sicherung und Messung hatten. So traten 2001 das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) und 2008 das PFWG in Kraft. Neben diesen gesetzlichen Regelungen gab und gibt es in der Pflege zahlreiche Maßnahmen und Initiativen zur Verbesserung der Pflegequalität wie beispielsweise die Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege. Und doch besteht noch Weiterentwicklungsbedarf (siehe vorausgehende Abschnitte). Vor allem die Entwicklung fachlicher Qualität – etwa im Umgang mit Schmerz, Aspekten der Symptomkontrolle, mit Medikamentenregimen, Sturzgefahren, Ernährungsfragen, Vernachlässigungsmerkmalen, aber auch im Umgang mit Sterbenden – bedarf nach wie vor der Aufmerksamkeit (Igl et al. 2002; Landtag Nordrhein-Westfalen 2005).

838. Das gleiche gilt auch und besonders für die Frage der Nutzerorientierung, die im Rahmen der Qualitätsbemühungen noch immer zu wenig Beachtung findet. Was aber ist „gute Pflege“ aus der Perspektive der gegenwärtigen und zukünftigen Nutzer von Pflegedienstleistungen? Gute Pflege ist u. a. gekennzeichnet durch: Zeit für Gespräche, Beachtung einer persönlichen Intimsphäre sowie die Freundlichkeit der Pflegeperson. Darüber hinaus wünschen sich 63 % der Männer und 71 % der Frauen die Pflege durch eine Person gleichen Geschlechts (Held/Markert 2006). Qualitative Untersuchungen zeigten, dass zu Beginn der pflegerischen Versorgung nur wenige Vorstellungen dazu existieren, wann die ambulante Versorgung gut ist und Erwartungen sich erst im weiteren Versorgungsgeschehen entwickeln. Pflegebedürftigkeit geht mit einer weitreichenden Verunsicherung einher, die die Betroffenen abmildern wollen. Dabei sind nicht so sehr fachliche Qualitäten der Pflegenden von Bedeutung, sondern die Herstellung des Gefühls der Sicherheit, das aus Sicht des Leistungsnutzers drei Dimensionen berührt: generelle Verfügbarkeit, Verlässlichkeit und Erreichbarkeit. Zweitens kommt es in der Pflegesituation zu einer unvermeidlichen Verletzung der Intimsphäre. In diesem Zusammenhang ist die Erwartungshaltung des Pflegebedürftigen auf Qualitätskategorien wie persönliche, vertrauensvolle Beziehung und personelle Kontinuität gerichtet. Zur Aufrechterhaltung und Stärkung des Selbstkonzeptes bedarf es der Wertschätzung und emotionalen Entlastung. Diese Erwartungen werden nicht erfüllt, wenn eine Pflege auf körperliche Probleme und technisch manuelle Handlungen ausgerichtet ist. Neben den psychischen Belastungen ist die Pflegebedürftigkeit durch körperliche Belastungen geprägt: einerseits durch funktionelle Einschränkungen und nachlassende Kräfte, andererseits hervorgerufen durch die Pflegesituation. Daraus resultiert aus der Nutzerperspektive die Anforderung an eine umfassende, gründliche Versorgung und Entlastung unter Schonung

des Patienten. Pflegebedürftige beurteilen die Versorgung letztendlich danach, ob Wohlbefinden erlangt wird. Das Verständnis, was gute Pflege ausmacht – und damit bedeutsame Qualitätsmerkmale aus der Nutzerperspektive – bezieht sich sowohl auf Fragen der Personal- und Einsatzorganisation als auch auf Aspekte der Versorgung, wie Kommunikation und die Durchführung körperbezogener Pflegemaßnahmen. Es geht im Hinblick auf gute Pflege nicht nur um Freundlichkeit und Aufgeschlossenheit, sondern auch um Beziehungsgestaltung und Personenorientierung. Eine schematische Versorgung wird von Pflegebedürftigen abgelehnt, vielmehr fordern sie die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche, verbunden mit dem Eingehen auf ihre aktuelle Befindlichkeit (Wingefeld 2003).

839. Für die Auswahl eines Heimplatzes werden folgende Qualitätskriterien von potenziellen Nutzern genannt: Pflegequalität (93 %) und gut ausgebildetes Personal (94 %) (TNS Emnid 2007). Interessant sind diese Befunde vor dem Hintergrund einer Zufriedenheitsbefragung von Angehörigen, deren Partner oder Verwandter bereits im Pflegeheim lebt: die Nähe zu den Verwandten (53,2 %) und die Nähe zum früheren Wohnort (32 %) werden als maßgeblich für die Auswahl des Heimes angegeben (Nübling et al. 2005). Mit dem Altenpflege-Monitor wurden Personen befragt, die bereits eine Heimauswahl getroffen hatten. Diese Befragten bestätigen zu 76 %, dass die örtliche Nähe des Heimes ausschlaggebend war (Deutscher Altenpflege-Monitor 2007/08). Maßstab für die Qualität in Pflegeheimen ist der eigene Eindruck durch persönliche Besuche. 97 % der Angehörigen vertrauen ihrem eigenen Urteil und nur 64 % den Qualitätsberichten von Heimbetreibern (TNS Emnid 2008). Befragte des Altenpflege-Monitors nennen schwer fassbare subjektive Qualitätsindikatoren, wie „Klima und Umgang“ (55 %), „Gute Pflege“ (46 %) und „Eindruck der Mitarbeiter“ (38 %). Objektive Parameter, wie das medizinisch-therapeutische Angebot (8 %), Freizeitangebote (11 %) oder Lage/Umgebung (9 %) erscheinen eher bedeutungslos. Selbst Verpflegung, Ausstattung und Sauberkeit – die klassischen Zufriedenheitsparameter – stehen hinter den subjektiven Indikatoren weit zurück.

840. Qualitätssicherung der Pflege in Deutschland: In deutschen Gesetzestexten und Vereinbarungen der Selbstverwaltung wird der Begriff Qualitätssicherung für die Gesamtheit aller qualitätsorientierten Maßnahmen und Zielsetzungen verwendet. Qualitätsmanagement wird dagegen als eine Umsetzungsmethode verstanden bzw. nur auf einrichtungsinterne Qualitätsbemühungen bezogen. Übereinkünfte in internationalen Normungsgremien, die auch in Deutschland übernommen wurden, sehen hingegen vor, dass die Benennung Qualitätsmanagement zukünftig an die Stelle des Begriffs Qualitätssicherung tritt (GA 2000/2001, II-2.1.3). Diese unterschiedlichen Begriffe werden häufig mit unterschiedlichen Qualitätsphilosophien in Verbindung gebracht. In der als Erfüllungsparadigma umschriebenen Vorgehensweise geht es hauptsächlich darum, festgelegte Kriterien und Standards zu erfüllen. Dem wird das Optimierungsparadigma gegenübergestellt, das sich auf eine ständige Weiterentwick-

lung von Struktur, Prozess und Ergebnissen richtet. Die Qualitätskontrolle bzw. die so genannte externe Qualitätssicherung steht danach für den Erfüllungsansatz, der vorrangig retrospektiv vorgeht, auf die Erfassung von Fehlern zielt und häufig in der Hand externer Qualitätssicherungsspezialisten liegt. Demgegenüber wird das Qualitätsmanagement bzw. die so genannte interne Qualitätssicherung als ein Ansatz der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung verstanden, bei dem es primär um die Optimierung von Prozessen geht. Das Vorgehen ist eher prospektiv, die Mitverantwortung aller Mitarbeiter wird betont (GA 2000/2001, II-2.1.3). Eine Kombination beider Vorgehensweisen erscheint geboten, um eine hohe Versorgungsqualität in der Pflege zu erreichen.

841. Für die Pflege finden sich sowohl Regelungen und Initiativen, die sich auf die externe als auch auf die interne Qualitätssicherung beziehen. Die Bedeutung und das Zusammenspiel dieser beiden Bereiche der Qualitätssicherung haben sich seit Einführung der Pflegeversicherung gewandelt. Das PflegeVG verpflichtete zunächst zur externen, überprüfenden Qualitätssicherung durch Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die durch die Selbstverwaltung¹⁷² vereinbarten Qualitätsrichtlinien waren jedoch auch auf interne Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgerichtet und präferierten diese sogar (Dangel/Korporal 2002). Neben der Vereinbarung von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und die Qualitätssicherung, die schon das PflegeVG verlangte, erforderte das PQsG von der Selbstverwaltung auch die Vereinbarung ebensolcher für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist (§ 80 SGB XI in seiner damaligen Fassung). Die interne Qualitätssicherung wurde also gesetzlich gestärkt. Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden durch das PQsG durch einen hoheitlich agierenden MDK und unabhängige Prüfstellen und Sachverständige in ihrer Bedeutung gestärkt. Die wichtigsten externen Qualitätsprüfer in Deutschland sind die Heimaufsicht und der MDK. Daneben findet sich eine Vielzahl von Zertifizierungs- und Beratungseinrichtungen, die freiwillige externe Qualitätsprüfungen vornehmen.

842. Die in der Pflegeversicherung verankerten Konzepte der Qualitätssicherung in der Laienpflege und der professionellen Pflege sind sehr unterschiedlich.

Bezieher von Pflegegeld sind selbst für die Sicherstellung ihrer Pflege verantwortlich. Qualitätssicherung stellt sich dementsprechend als Überprüfung der Sicherstellung der Pflege dar (Dangel/Korporal 2002). Diese Sicherstellung beginnt mit der Erst- bzw. Wiederholungsbegutachtung

¹⁷² Dies sind der GKV-Spitzenverband, der zugleich auch der Spitzenverband der Pflegekassen ist, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen und es soll eng mit dem PKV-Verband, den Berufsverbänden Pflege und den Verbänden der Behinderten und Pflegebedürftigen zusammengearbeitet werden.

zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK. Die Gutachter sind in diesem Verfahren angehalten, eine professionelle Pflege zu empfehlen, wenn sie zu der Einschätzung gelangen, dass eine angemessene Versorgung und Betreuung im häuslichen Umfeld nicht gewährleistet werden kann. Es finden sich in diesem Zusammenhang allerdings keine Kriterien der Beurteilung. Weiteres Instrument der Qualitätssicherung in der Laienpflege ist der Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Die Beratung wird durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung durchgeführt und soll der Qualitätssicherung und Unterstützung der häuslich Pflegenden dienen. Bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I oder II erfolgt sie halbjährlich, bei Pflegestufe III vierteljährlich. Dies dient häufig jedoch nicht der effektiven Kontrolle der Familienpflege, sondern vielmehr dem Eigenmarketing des Pflegedienstes (Döhner/Rothgang 2006). Die Qualitätssicherung in der Laienpflege kann also als Absicherung der Pflege auf nahezu niedrigstem Niveau bezeichnet werden (Dangel/Korporal 2002).

843. Im Sinne der internen Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements könnten Pflegekurse¹⁷³ für Angehörige qualitätsverbessernde Effekte haben. Studien zeigen allerdings, dass diese Qualifizierungsangebote nur von 2,1 % (Lamura et al. 2006, Datenerhebung im Jahr 2004) bis 8,7 % (Runde et al. 2003, Datenerhebung im Jahr 2002) der Pflegenden genutzt werden.

844. Die Qualitätssicherung in der professionellen Pflege hingegen ist wesentlich weitreichender und umfasst auch eine Überprüfung der Pflegequalität. Darüber hinaus ist gesetzlich festgelegt, dass professionelle Pflege durch „geeignete Pflegekräfte“ zu erfolgen hat. Konkretisierungen liefert das Gesetz allerdings nicht. Alle nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Qualitätssicherung der professionellen Pflege.

845. Qualitätsprüfung in der Pflege: Die verpflichtende, externe Qualitätssicherung wird durch den MDK, die Heimaufsicht und durch von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige durchgeführt.

Die MDK sind in jedem Bundesland selbständig und kassenübergreifend organisiert. Die Aufgaben des MDK umfassen unter anderem die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und die Mitwirkung bei der Qualitätssicherung. MDK-Prüfer werden im Auftrag der Pflegekassen tätig. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des MDS schreiben vor, dass Prüfer Pflegefachkräfte oder andere Sachverständige, z. B. Ärzte, sein sollen. Sie müssen über pflegfachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfeteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vergleichbare Qualifikation verfügen.

846. Die Heimaufsicht kontrolliert und berät Heime im Sinne des Heimgesetzes (HeimG). Mit der Föderalismusreform ist das Heimrecht in die Zuständigkeit der Länder

gewechselt. Bereits vor der Reform war die Zuständigkeit für die Heimaufsicht in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich organisiert. Zu den Aufgaben der Heimaufsicht gehören u. a. die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Sicherstellung der angemessenen Qualität der Betreuung und Pflege sowie die Beseitigung von Mängeln durch Anordnungen und Auflagen. Prüfungen können sowohl angemeldet als auch unangemeldet erfolgen, wobei die Anteile je nach Bundesland stark variieren. Bislang ist die Rolle der Heimaufsicht bei der Qualitätssicherung in der Pflege nur unzureichend untersucht worden (Schmitz/Schnabel 2006).

Weiterhin sind freiwillige Qualitätsprüfungen durch den TÜV, Verbände oder diverse Beratungsunternehmen möglich.

Nachfolgend soll primär auf den MDK im Zusammenhang mit externen Qualitätsprüfungen eingegangen werden.

847. Bis zum Inkrafttreten des PFWG erfolgten Qualitätsprüfungen als Einzelprüfungen (oder anlassbezogene Prüfungen), wenn z. B. Beschwerden vorlagen, als Stichprobenprüfungen nach repräsentativen Auswahlverfahren und als Evaluationsprüfungen, um z. B. die Beseitigung von festgestellten Qualitätsdefiziten zu überprüfen. Auch vergleichende Prüfungen waren möglich.

848. Durch das PFWG werden jährliche Regelprüfungen ab dem Jahre 2011 eingeführt. Bis Ende 2010 soll jede zugelassene Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft werden. Diese Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Der Schwerpunkt der Prüfungen durch den MDK liegt auf der Ergebnisqualität, d. h. auf dem Pflegezustand und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Diese Ergebnisqualitätsprüfung findet grundsätzlich immer durch den MDK statt, hingegen können Prüfergebnisse aus Zertifizierungen für die Struktur- und Prozessqualität als Ersatz der MDK Prüfung anerkannt werden.

Wiederholungsprüfungen, die z. B. wegen schlechter Prüfergebnisse notwendig werden oder von Einrichtungen selbst angefragt werden, sind kostenpflichtig.

Neben der Qualitätsprüfung kommt dem MDK bzw. den bestellten Sachverständigen auch die Aufgabe zu, die Einrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten und damit auch auf die interne Qualitätssicherung einzuwirken.

849. Im letzten Berichtszeitraum des MDS (2004 bis 2006) waren im ambulanten Bereich 46 % der Prüfungen Stichprobenprüfungen, 19 % anlassbezogene Einzelprüfungen (meist ausgelöst durch Beschwerden) und 35 % Wiederholungsprüfungen (um z. B. die Beseitigung zuvor festgestellter Qualitätsdefizite zu überprüfen). Im stationären Bereich waren 33 % der Prüfungen Stichprobenprüfungen, 24 % anlassbezogen und 44 % Wiederholungsprüfungen (MDS 2007). Hier kann also tendenziell von einer Negativauslese ausgegangen werden, die zwangsläufig einen Einfluss auf die durchschnittliche Qualität der Pflegeeinrichtungen, die in den Pflegeberichten des MDS dargestellt werden, hat.

¹⁷³ Pflegekassen sind zur Durchführung von kostenlosen Pflegekursen verpflichtet (§ 45 SGB XI), können dies aber an geeignete Pflegedienste und Wohlfahrtsverbände abgeben.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Rat die eingeführten Regelprüfungen jeder Einrichtung durch das PFWG.

850. Die Prüfgrundlagen (Qualitätsprüfungs-Richtlinien, QPR) für den MDK wurden durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und den MDS erstmalig 1996 erstellt und in den Jahren 2000 und 2006 überarbeitet. In der aktuellsten Version wurde versucht, die Ergebnisqualität stärker zu betonen. Der folgende Exkurskasten gibt das Erhebungsinstrument des MDK für den stationären Pflegebereich wieder. Durch einen beratungsorientierten Ansatz wird zusätzlich angestrebt, das interne Qualitätsmanagement zu stärken und zu unterstützen. (MDS 2006)

851. Zum Prüfumfang bzw. Stichprobenumfang, hier am Beispiel der stationären Pflege detailliert beschrieben, geben die QPR folgendes vor: Bei Einrichtungen, die für weniger als 50 Bewohner ausgelegt sind, sollen mindestens fünf Personen und ansonsten mindestens 10 % der Bewohner in die Prüfung einbezogen werden. In die Stichprobe sollen einbezogen werden: Bewohner mit Pflegeproblemen (z. B. Dekubitus, Inkontinenz oder PEG (Ernährungssonde)), für die Zufriedenheitsbefragung auch auskunftsfähige Personen und zusätzlich soll die Pflegestufenverteilung, Wohndauer, vorausgegangener Krankenhausaufenthalt berücksichtigt werden. Voraussetzung ist eine Einwilligung der Person oder des Betreuers.

Exkurs: Der Erhebungsbogen des MDK zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege¹⁷⁴

852. Das Prüfinstrument des MDK zur externen Qualitätssicherung in der stationären Pflege ist in zwei Teile gegliedert:

1. Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität),
2. Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität).

Beide Teile zusammen bilden ein umfangreiches Erhebungsinstrument von über 50 Seiten. Die im ersten Teil angebotenen Antwortkategorien sind überwiegend „ja“ oder „nein“. Es wird also lediglich erhoben, ob beispielsweise ein Beschwerdemanagement vorliegt, jedoch nicht dessen Qualität. Im zweiten Teil sind teilweise differenziertere Skalen im Einsatz. Die Fragen nach der Zufriedenheit sind beispielsweise auf einer vierstufigen Skala zu beantworten. Die zu machenden Angaben gliedern sich in folgende Unterbereiche:

Prüfung der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität):

- Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung,
- Allgemeine Angaben (z. B. Defizite in der Ausstattung, Berücksichtigung der Bewohnerwünsche, durchgängige Möglichkeit zum Verlassen/Betreten der Einrichtung),
- Aufbauorganisation Personal (z. B. Regelung der Verantwortungsbereiche, Qualifikationen),
- Ablauforganisation (z. B. Aufgabenwahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft, Dienstpläne),
- Konzeptionelle Grundlage (z. B. Pflegekonzept, hauswirtschaftliches Konzept),
- Qualitätsmanagement,
- Pflegedokumentationssystem,
- Hygiene,
- Verpflegung,
- Soziale Betreuung.

Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität):

- Allgemeine Angaben,
- Bewohnerzufriedenheit (20 Fragen, z. B. zu Höflichkeit des Personals, Zeit für Pflegemaßnahmen, Zufriedenheit mit den Mahlzeiten und dem Speisenangebot, Beschäftigungsangeboten, Erscheinen der Pflegekraft nach dem Klingeln, Hausreinigung, Umgang mit Beschwerden),
- Pflegesituation (z. B. Body-Mass-Index (BMI), Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung, Bewegungsfähigkeit, Sturzrisiko, chronische Schmerzen, Mundzustand, Haare, Nägel, Hautzustand, Dekubitusrisiko, Wunden),
- Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation,

¹⁷⁴ Es existiert auch ein entsprechender Erhebungsbogen für den Bereich der ambulanten Pflege.

- Behandlungspflege (Medikamentendokumentation, Umgang mit Medikamenten, Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen, Umgang mit chronischen Wunden),
- Bewohnerbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität (Umgang mit Dekubitusgefahr oder Dekubitus, Umgang mit Inkontinenz oder Blasenkatheter, Umgang mit Sturzrisiko, Umgang mit Kontrakturgefahr, Schmerzmanagement, Umgang mit eingeschränkter selbständiger Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme und PEG-Sonde, Umgang mit gerontopsychiatrisch Beeinträchtigten, Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, Körperpflege, Mund- und Zahnpflege).

853. Die Prüfinstrumente des MDK stehen immer wieder in der Kritik. Insbesondere wird bemängelt, dass sie die Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend erfassen (z. B. Görres et al. 2008; Döhner/Rothgang 2006). Weitere Kritikpunkte sind das Fehlen einer Methodenforschung bezüglich der Qualitätsindikatoren im Pflegebereich in Deutschland und das Fehlen einer Evidenzbasierung und einer pflegewissenschaftlichen Fundierung der MDK-Indikatoren (Görres et al. 2008). Auch, so wird bemängelt, bestehe Unklarheit über Validität und Reliabilität des MDK-Instruments, was die Qualitätsberichte teilweise subjektiv erscheinen lässt. Schließlich wird die Qualifikation der Gutachter nicht immer als ausreichend erachtet (Görres et al. 2008).

Der Rat unterstützt die Reform im PFWG, die in § 113 SGB XI die Entwicklung methodisch verlässlicher Prüf- und Zertifizierungsverfahren verlangt.

854. Seit 1999 erarbeitet das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat so genannte nationale Expertenstandards in der Pflege. Das DNQP definiert Expertenstandard als ein „professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege mit einschließt.“ Laut DNQP verfolgen die Expertenstandards damit einen weitergehenden Anspruch als ärztliche Leitlinien, die weniger auf das abgestimmte professionelle Leistungsniveau der Berufsgruppe, sondern mehr auf Orientierungs- und Entscheidungshilfe im Einzelfall zielen (DNQP 2007). Der Begriff Standard beruht laut DNQP auf internationalem Sprachgebrauch von Pflegepraxis und -wissenschaft. Die Standards werden monodisziplinär und nach evidenzbasierten Kriterien entwickelt. Bisher wurden Pflegestandards zu folgenden Themenschwerpunkten entwickelt, konsentiert und modellhaft implementiert: Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz und Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Zwei weitere Standards zu bedürfnis- und bedarfsgerechter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei pflegebedürftigen Menschen sowie zu Schmerzmanagement bei chronisch nicht-malignen Schmerzen werden momentan entwickelt (vgl. § 113a SGB XI „Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege“).

855. Neben den Expertenstandards in der Pflege wurden in einem Modellvorhaben zwischen 2002 und 2006 im Rahmen der Bundeskonferenz Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS) drei nationale Qualitätsniveaus (Leitlinien) in der Pflege und Betreuung entwickelt. Sie wurden zu zentralen Versorgungsaspekten in der stationären Altenhilfe entwickelt und bearbeiteten folgende Themen: Mobilität und Sicherung bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen, orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung sowie Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf. Bei der Leitlinienentwicklung wurde ein multidisziplinärer Ansatz gewählt und den methodischen Empfehlungen des Europarats zur Entwicklung medizinischer Leitlinien aus dem Jahr 2001 gefolgt (Beikirch/Klie 2007).

856. Im Jahr 2004 haben 10 % der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ein freiwilliges externes Qualitätssiegel erworben (Gerste/Schwinger 2004). Da der Markt einer erheblichen Dynamik unterliegt, dürfte der Anteil inzwischen wesentlich höher liegen. Es wurden zahlreiche Qualitätssiegel durch unterschiedliche Anbieter entwickelt. Der Markt erscheint jedoch unübersichtlich und wenig standardisiert. Qualitätssiegel können darum nicht pauschal für eine hohe Pflegequalität garantieren (Gerste/Schwinger 2004). 14 der angebotenen Produkte wurden in einer Studie näher untersucht (Gerste/Schwinger 2004). Am häufigsten wurde bis zum Jahr 2004 das Siegel „Pflege-TÜV“ nachgefragt. Alle untersuchten Anbieter geben an, dass sie mit ihren Prüfungen die gesetzlichen Vorgaben nach SGB V, SGB XI und der Heimaufsicht berücksichtigen und erfüllen. Die meisten Anbieter führen neben der Prüfung auch eine mehr oder weniger intensive Beratung zum internen Qualitätsmanagement durch.

857. Das PFWG zielt auch darauf ab, die Transparenz der Pflegequalität für den Verbraucher zu erhöhen. Dazu stellen die Landesverbände der Pflegekassen, kommunale Spitzenverbände und Pflegeanbieter sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Über diese „Transparenzkriterien“ für verbraucherfreundliche Qualitätsberichte gibt es seit dem Dezember 2008 eine Einigung (§ 115 Absatz 1a

SGB XI), ebenso darüber, dass die Bewertung anhand eines Schulnoten-Schemas erfolgt. Diese Note dient der Erkennung der Pflegequalität einer Einrichtung und muss ebenso wie die Ergebnisse des letzten MDK-Prüfberichtes sichtbar ausgehängt werden. Trotz der erreichten Einigung gibt es weiterhin Meinungsverschiedenheiten und Probleme bei der Umsetzung, die vor allem methodische Aspekte betreffen, aber auch die Frage, ob die vereinbarte Bildung einer Gesamtnote für den gesamten Prüfprozess schon vertretbar ist. Ein vom BMG und BMFSFJ in Auftrag gegebenes Modellprojekt soll im Jahr 2010 ein methodisch fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen liefern. Die Vertragspartner haben beschlossen, die derzeitige Lösung anhand der Ergebnisse dieses Projektes ggf. zu revidieren.

6.4.4 Zwischenfazit und Empfehlungen

1. Die Verlängerung der Lebenszeit und die Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen erfordert Anpassungen auf allen Ebenen der Gesellschaft – das Gesundheitswesen ist hiervon in besonderer Weise betroffen. Es sind noch zahlreiche Herausforderungen zu bewältigen, um zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung für alle Generationen, insbesondere aber auch für die immer größere Zahl alter Menschen mit Pflegebedarf zu gelangen. Das ist umso nachhaltiger zu unterstreichen, als die Zahl Pflegebedürftiger in den kommenden Jahren stark steigt und im Pflege-sektor mit einem deutlichen Bedarfszuwachs zu rechnen ist. Der Modellrechnung des Rates zufolge steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von heute bis zum Jahre 2050 auf 4,35 Millionen an, d. h., der Zuwachs beträgt ca. 94 %. Selbst unter der Annahme, dass die Morbidität weiter komprimiert werden kann, nachfolgende Generationen gesünder in die hohe Lebensjahre kommen und auch erst später als heute pflegebedürftig werden, steigt die Zahl der Personen, die Pflege und Hilfe brauchen, auf etwa 3,5 Millionen im Jahre 2050 (vgl. Abschnitt 5.3.3).
2. Die Versorgung einer Pflegebedürftigkeit ist eine Langzeitaufgabe. Die Langzeitversorgung hat im Vergleich zur Akutversorgung andere Charakteristika und andere Ziele. Das Ziel der Versorgung pflegebedürftiger alter Frauen und Männer ist die Wiederherstellung bzw. der Erhalt einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Um dem künftigen Bedarfszuwachs der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter decken zu können, sind unterschiedlich gelagerte Herausforderungen zu bewältigen. Hohe Priorität kommt dabei zunächst der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter und generell dem Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zu.
3. Die Verlängerung der Lebenszeit hat vielen Menschen einen Gewinn an gesunden Lebensjahren gebracht. Dies führt zu der Tatsache, dass ein heute 70-Jähriger in vieler Hinsicht einem 65-Jährigen der Generation davor gleicht. Beschränkt ist diese Entwicklung bislang vor allem auf das jüngere Alter. In sehr hohen Lebensjahren steigen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Gesundheitseinbußen und der Anteil derer, die unter Funktionseinschränkungen, chronischer Krankheit, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit leiden. Die Zeit des gesunden Alterns auszudehnen und dem Eintritt von Gesundheits- und Funktionseinbußen wie auch von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder diese zumindest zu verzögern, ist eine wichtige Aufgabe der Prävention und altersspezifischen Gesundheitsförderung. Ihr gegenwärtig zu geringer Stellenwert im Gesundheitshandeln bedarf dringend der Korrektur (vgl. GA 2007, II-6.2.2). Allerdings wird es nicht ausreichen, einzig Strategien zur Verminderung des Eintritts von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Vielmehr bedarf das Leben mit „bedingter Gesundheit“ größerer Beachtung und es sind gerade im Alter Maßnahmen zur Erhaltung eines Zustandes mit bereits beeinträchtigter Gesundheit erforderlich, um Folgen und Ausmaß eingeschränkter Gesundheit zu begrenzen und die Aufrechterhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit mit und trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen erreichen zu können.
4. Für ein nicht ausgeschöpftes präventives Potenzial alter Menschen sprechen die beträchtlichen Unterschiede im Anteil der Lebenszeit, die in gutem Gesundheitszustand verbracht werden, die von 45 % bis über 80 % bei Männern und bei Frauen von 37 % bis 76 % reichen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche empirische Belege für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alter. So ist evident, dass körperliche Aktivitäten auf die kognitiven Fähigkeiten wirken. Demnach kann eine erhöhte körperliche Aktivität zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistungen um 35 % führen. Nicht nur Änderungen im Verhalten der alten Menschen wirken präventiv. Erfolge in der Verhältnisprävention von Pflegeabhängigkeit zeigen auch Metaanalysen und systematische Reviews zum Beispiel zum „präventiven Hausbesuch“. Danach liegt eine Evidenz für die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche hinsichtlich einer Reduktion der Mortalität und der Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen vor. Um diese Gesundheitsreserven zu heben, ist es dringend erforderlich, die bislang brachliegenden präventiven Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen zu entwickeln und auszuschöpfen und zu einem präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Versorgungswesen – Preventive Health Care System – zu gelangen. Das schließt insbesondere auch die Pflege ein, deren präventive Orientierung zwar im PflegeVG festgeschrieben, aber bislang eher Postulat denn Realität ist. Der Rat empfiehlt, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären.
5. Inwieweit die Lebensphase Alter – auch mit eingeschränkter Gesundheit – zukünftig eine gute Lebensqualität aufweist, ob hochbetagte Menschen trotz

- Pflegebedarf selbständig leben können, hängt mit entscheidend davon ab, wie die pflegerische Versorgung gestaltet ist. In den vergangenen Jahren wurde viel zur Verbesserung der Infrastruktur und Qualität der pflegerischen Versorgung initiiert und dennoch stehen zahlreiche Entwicklungs Herausforderungen an. Eine bedarfsgerechte Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen setzt zum einen hinreichende Kapazitäten in der pflegerischen Versorgung voraus. Dazu wurden mit dem PflegeVG zahlreiche Anreize gesetzt, in deren Folge sich eine deutliche Ausweitung des Angebots an Pflege vollzogen hat. Nach der Pflegestatistik 2007 gibt es in Deutschland 21 421 zugelassene Pflegeeinrichtungen: 10 997 ambulante Pflegedienste und 10 424 voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Ob diese Kapazitäten jedoch ausreichen, um dem zu erwartenden Bedarfszuwachs standzuhalten, muss angezweifelt werden. Nach eigenen Berechnungen gibt es zudem Verschiebungen des Bedarfs hin zur professionellen Pflege im ambulanten aber auch im stationären Sektor. Auch künftig werden die pflegerischen Versorgungsinstitutionen daher weiter auszubauen sein. Diese Institutionen werden aber nur erfolgreich arbeiten können, wenn sie ausreichend und gut qualifiziertes Personal haben. Der Rat empfiehlt den Start einer Kampagne zur Werbung von Nachwuchskräften für alle Gesundheitsberufe, zugleich aber auch die Initiierung eines Maßnahmenkatalogs, der dazu beiträgt, dass die Fluktuation in den Gesundheitsberufen zurückgedrängt wird, Frauen und Männer mit Kindern durch Teilzeitarbeit und Kinderbetreuungsmöglichkeiten im Gesundheitsberuf verbleiben können, ehemalige Berufsaussteiger die Chance zum Wiedereinstieg erhalten und insgesamt die Attraktivität von Gesundheitsberufen erhöht wird.
6. Ein bloßer Ausbau der ambulanten Versorgungsinfrastruktur nach dem Motto "Immer mehr des Gleichen" wird die bestehenden Probleme nicht lösen. Vielmehr sind neue Modelle und Konzepte gefragt, damit pflegerische Versorgung angemessene Antworten auf die gesundheitlichen Probleme im Alter und auf die Prioritätensetzungen der alt werdenden Menschen zu geben vermag. So bevorzugt ein Großteil alter Menschen im Fall von Pflegebedürftigkeit schon heute einen Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung. Eine repräsentative Umfrage zeigt, dass lediglich 10 % der befragten Deutschen in einem Heim leben möchten, wenn der Lebensalltag nicht mehr allein zu bewältigen ist. 30 % der Befragten möchten in diesem Fall zu Hause mit professioneller Unterstützung leben, 21 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und 29 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und professioneller Hilfe. Diese Entwicklung wird sich Prognosen zufolge künftig fortsetzen und hat schon heute in allen Bereichen der Pflege weitreichende Veränderungen nach sich gezogen, mit denen die pflegerische Versorgung nicht Schritt gehalten hat.
7. Das heutige Leistungs- und Angebotsprofil ambulanter Pflegedienste ist relativ eng und wird vielen Problemlagen nicht gerecht. Vor allem demenziell Erkrankte, chronisch Kranke in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, Schwerkranke mit technikintensivem Pflegebedarf und Sterbende, aber auch alleinlebende Ältere, Behinderte, Migranten und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung stoßen auf Versorgungslücken. Lediglich für demenziell Erkrankte und Sterbende sind daraus bereits Anknüpfungspunkte der Politik geworden. In der ambulanten Pflege die Voraussetzungen dafür zu schaffen, flexibel und kompetent auf alle künftig noch an Bedeutung gewinnenden Nutzergruppen reagieren zu können, gehört zu den großen Entwicklungs Herausforderungen. Dazu ist u. a. notwendig, die überfällige qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Pflege voranzutreiben und auf Leistungs- und Angebotsprofile im ambulanten Pflege-sektor hinzuwirken, die der gesamten Bandbreite des Bedarfs entsprechen und das dazu nötige Spektrum an Pflegestrategien umfassen (von gesundheitsförderlicher bis hin zu palliativer Pflege).
8. Ältere und alte Menschen, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und/ oder Pflegebedürftigkeit leiden, sind auf eine integrierte und kontinuierliche Langzeitversorgung angewiesen. Um während der langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufe den Zustand der Betroffenen stabil zu halten und die Versorgungsverläufe so zu steuern, dass eine passgenaue abgestimmte Versorgung ohne Über-, Unter- oder Fehlversorgungserscheinungen ermöglicht wird, ist es u. a. notwendig, Leistungen unterschiedlicher Institutionen und Anbieter zu koordinieren, aufeinander abzustimmen und zu integrieren. Dabei sind eine Vielzahl von Schnittstellen zu überwinden und Patienteninformationen weiterzuleiten – eine im ambulanten Versorgungssektor aufgrund der hier vorfindbaren Zersplitterung besonders schwierige Aufgabe. Diese sektorübergreifenden Versorgungsabläufe müssen auch in Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen im Allgemeinen und Pflegebedürftiger im Besonderen aufgegriffen werden.
- Die Pflege war lange Zeit nicht in die Bemühungen zur Herstellung integrierter Versorgungsmodelle eingebunden. Eine Korrektur erfolgte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (vgl. § 92b SGB XI „Integrierte Versorgung“). Mit ihm wie auch mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Schritte zur Verbesserung der Schnittstellenüberbrückung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eingeleitet. Die Konsequenzen dieser rechtlichen Möglichkeiten sind derzeit noch nicht klar abzusehen. Doch deuten die zurückliegenden Erfahrungen an, dass viele der Reformanreize zur Verbesserung der Integration nicht auf die erhoffte Resonanz stoßen, weil die Kooperationsroutinen und tradierten Muster der Arbeits- und Aufgabenteilung im deutschen Ge-

- sundheitswesen veränderungsresistent sind. Vor allem die Veränderung der professionsübergreifenden Kooperation gestaltet sich schwieriger und kollidiert mit dem in Deutschland stärker als in anderen Ländern ausgeprägten hierarchischen Gefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen. Der Rat empfiehlt allen Gesundheitsberufen die Möglichkeiten der Modellversuche zur Erprobung von *collaborative care* zu nutzen und neue Formen der Zusammenarbeit und der Arbeitsteilung im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung zu erproben (GA 2007; PFWG; § 63b, 63c SGB V).
9. Case- und Care Management sind Elemente einer qualitativ guten Versorgung bei Pflegebedürftigkeit: Fallverantwortung wird eine Kernaufgabe, wenn es darum geht, die oft langwierigen Pflegeverläufe alter Menschen zu stützen und die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen. Mit dem PFWG wurden die Weichen für die Einführung von Case Management gestellt, das in den gegenwärtig entstehenden Pflegestützpunkten hohen Stellenwert erhalten soll. Inwieweit es gelingt, mit diesen Reformen nachhaltige Effekte zu zeitigen, wird entscheidend davon abhängen, wie die Implementation der Stützpunkte gelingt. Dieser Prozess dürfte ohne systematische Evaluation nur schwer zu bewältigen sein. Es empfiehlt sich daher, über die laufende wissenschaftliche Begleitung hinaus eine systematische wissenschaftliche Evaluation der Einführung der Pflegestützpunkte und des Case Managements durchzuführen.
 10. Beratung kann einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Nutzerposition und zu mehr Lebensqualität leisten. Aus dieser Perspektive bietet sich die Einrichtung der Pflegestützpunkte als neues Strukturelement einer qualitativ guten ambulanten Pflege und Versorgung an. Die bereitgestellten Informationen müssen aber jederzeit erreichbar, leicht zugänglich, zielgruppenspezifisch zugeschnitten und verständlich aufbereitet sein. Mehr als bislang sind dabei einerseits neue Informationsmedien – wie das Internet – einzu beziehen und andererseits Informationswege zu suchen, die auch vulnerable Bevölkerungsgruppen erreichen. Die Schaffung von Informationsangeboten allein ist nicht ausreichend.
 11. Gute Pflegeberatung steht nicht nur im Vorfeld der Nutzung von pflegerischen Diensten und ebenso nicht nur kurzfristig bzw. punktuell bei der Behebung einer akuten Problemsituation oder von Informationsdefiziten zur Verfügung, sondern hat längerfristige, über Beratung im engeren Sinn hinausgehende Aufgaben der Begleitung und individuellen Versorgungsplanung und -steuerung: Während des gesamten Verlaufs von Beeinträchtigung und Hilfebedürftigkeit sollte sie Pflegebedürftigen als Begleitinstanz zur Seite stehen und dafür Sorge tragen, dass Pflegebedürftige eine ihrem individuellen Bedarf entsprechende und auf sie zugeschnittene Versorgung erhalten. Das setzt voraus, dass die Existenz dieser Möglichkeit hinreichend im Bewusstsein der Bevölkerung/Versicherten verankert ist und eine einschlägige Expertise und Qualifikation für eine solche Arbeit vorhanden ist.
 12. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist künftig außerdem entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, das informelle Hilfpotenzial zu stärken und zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller und informeller Hilfe zu gelangen.

Pflegerische Angehörige stellen nach wie vor den größten Teil der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland sicher. Dabei obliegt ihnen häufig nicht nur die Hauptlast der Pflege, sondern auch der Versorgungsverantwortung: Meist steuern sie das gesamte Pflege- und Versorgungsgeschehen und bilden die zentrale Säule der Versorgung. Wie Studien zeigen, leiden pflegende Angehörige vielfach unter Überforderungen und oft auch unter Gesundheitsstörungen infolge von Überlastungen. Um solche Erscheinungen zu vermeiden und zur Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements beizutragen, bedarf die Entwicklung tragfähiger Konzepte zum Ressourcenerhalt wie auch zur Kompetenzförderung und Entlastung pflegender Angehöriger weiterhin intensiver Aufmerksamkeit.
 13. Die Förderung der Unterstützungs- und Pflegepotenziale von Familien und die Kooperation mit pflegenden Angehörigen bedarf auch deshalb besonderer Beachtung, weil vorliegenden Prognosen zufolge davon auszugehen ist, dass das Pflegepotenzial von Familien künftig allein aufgrund des Alterstruktureffekts instabiler werden wird, weil die selbst alten Kinder hochbetagter Eltern sich ihrerseits oft in vulnerablen Gesundheitssituationen befinden. Daher ist es notwendig, künftig vermehrt zu gemischten Pflegearrangements zu gelangen. Solche Arrangements setzen ein integriertes Zusammenwirken von professioneller und informeller Pflege voraus. Sie erfordern seitens der Pflege eine Überwindung der individuenzentrierten zugunsten einer familienorientierten Arbeitsweise – wie sie dem Family Health Nursing Konzept der WHO zugrunde liegt.
 14. Der Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger sollte zukünftig anhand standardisierter Assessments möglichst genau eingeschätzt werden, um passende Hilfen, wie z. B. Pflegekurse, anbieten zu können. Vor dem Hintergrund einer heute geringen Inanspruchnahme von Pflegekursen durch Angehörige sollten Unterstützungsmaßnahmen künftig individuell und bedürfnisorientiert gestaltet werden und Kassen und Präventionsanbieter verstärkt auf Angebote setzen, die das spezifische Pflegearrangement und die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen in den Blick nehmen.
 15. Die meisten pflegenden Angehörigen (Pflegerpersonen) können zu Beginn der Pflegesituation kaum überschauen, welche Folgen die Entscheidung für sie und ihre Familien haben wird. Vielfach besteht eine

- Diskrepanz zwischen der Erwartung, die Anforderungen bestehen zu können, und der Realität der Pflegesituation. Wichtig ist, dass bereits in frühen Phasen der Übernahme einer Pflege den Hauptpflegepersonen unterstützende Angebote gemacht werden. Die für die hausärztliche Praxis entwickelte Leitlinie „pflegende Angehörige“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) unterstreicht ihre Fokussierung auf den Gesundheitszustand pflegender Angehöriger mit dem Leitsatz „Pflege kann nur gut gehen, wenn es den Pflegenden selbst gut geht“. Damit hat die Leitlinie folgende Ziele: Patienten, die infolge ihrer Funktion als „pflegende Angehörige“ gesundheitsgefährdet oder erkrankt sind, zu erkennen, eine sinnvolle Diagnostik sicherzustellen, präventive Maßnahmen einzuleiten, eine wirksame, angemessene und kostengünstige Betreuung in der hausärztlichen Praxis zu gewährleisten; sie weist somit in die richtige Richtung.
16. Die momentane Infrastruktur, Leistungsfähigkeit und Qualität der ambulanten pflegerischen Versorgung alter Menschen sowie die steigende Komplexität ihres Betreuungsbedarfs lassen es fraglich erscheinen, ob der Übergang in eine stationäre Alteneinrichtung in jedem Fall die schlechtere Alternative darstellt. Der Einzug in ein Heim kann schließlich auch Ausdruck einer selbstbestimmten, geplanten Entscheidung sein; zumal häusliche Pflegesituationen keinesfalls defizitfrei sowie oftmals von gravierenden Überlastungen der Pflegenden und/oder starkem Einsamkeitserleben der Pflegebedürftigen geprägt sind. Darüber hinaus kann nach gegenwärtigem Bevölkerungsstatus maximal ein Drittel aller Erwerbstätigen im Fall von Pflegebedürftigkeit mit der Unterstützung durch eigene Kinder rechnen und vorhandene pflegende Angehörige sind aufgrund der steigenden Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Übernahme pflegerischer Leistungen selbst immer älter. Insofern werden Boom und Diversifizierung des Heimsektors aller Voraussicht nach zunächst weiter voranschreiten.
 17. Nicht weniger große Herausforderungen wie im ambulanten Pflegesektor harren in der stationären Langzeitversorgung, dem Heimsektor. Er ist in den vergangenen Jahren zusehends unter Problemdruck geraten, weil sich die Klientel in den Pflegeheimen grundlegend verändert hat: Sie ist älter geworden (das Heimeintrittsalter ist gestiegen), sie ist kränker und verbleibt kürzer (oft weniger als zwei Jahre). Statt Stätte langjährigen Wohnens – wie einst postuliert – sind die Heime heute längst Stätte der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spätstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende geworden und damit weitreichenden Bedarfsveränderungen ausgesetzt, mit denen die Konzepte und Pflegestrategien nicht Schritt gehalten haben. Wie dringlich es ist, den gewandelten Bedarf mit neuen Konzepten anzugehen, zeigt die prognostizierte Zuwachsrate der Nutzung; Bedarfsschätzungen gehen von einer Zunahme zwischen 50 und 60 % für den stationären Sektor aus.
 18. Heime als Stätten der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende benötigen eine Ausstattung mit ausreichendem und ausreichend qualifiziertem Personal sowie eine stärkere Verschränkung von Organisationskonzepten und Personalentwicklung, aber auch eine stärkere Professionalität im Pflegehandeln, was einerseits die Umsetzung längst bekannter fachlicher Standards betrifft (Assessment und Pflegeplanung, Risikoeinschätzung und Prävention) und andererseits eine Weiterentwicklung der Fachlichkeit im Umgang mit kognitiven Einbußen, psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten, einschließlich der hierzu erforderlichen Optimierung der Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination meint. Darüber hinaus muss eine ressourcenorientierte Pflege mit Hilfe evidenzbasierter Konzepte und Angebote umgesetzt werden, die sowohl Mobilitätsförderung als auch die Förderung kognitiver Ressourcen einschließen. Die Entwicklung und Umsetzung geeigneter Konzepte für die nächtliche Versorgung und zur professionellen Begleitung sterbender Heimbewohner zählen ebenso zu den heute wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Einrichtungen.
 19. Die Versorgungsrealitäten in zahlreichen Heimen machen einen nachhaltigen Innovationsschub dringend erforderlich. Zu diesem Zweck scheint es zunächst notwendig, die Transparenz des Leistungsgeschehens sowie der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Heimen grundlegend zu erhöhen und die allgemeine Aufmerksamkeit dafür zu steigern. Bislang fällt es nicht nur potenziellen Nutzern schwer, einen verlässlichen Überblick über die Qualität der stationären Versorgung zu erhalten, sondern auch Wissenschaft und Politik sind an vielen Stellen mit unzureichenden Daten bzw. Einschätzungen konfrontiert.
 20. Die Versorgungsqualität in den Pflegeheimen ist eng mit den vorhandenen personellen Ressourcen, d. h. Zahl, Qualifikation sowie Kompetenz der Mitarbeiter verknüpft. Angesichts des gestiegenen medizinisch-pflegerischen Betreuungsbedarfs der Heimbewohner sind Überlegungen zu einer dauerhaften ärztlichen Präsenz in den Pflegeheimen – die inzwischen vom Gesetzgeber ermöglicht wird – angezeigt. Vor- und Nachteile verschiedener Modelle der ärztlichen Versorgung in den Heimen müssen dabei ebenso abgewogen werden (u. a. die Versorgung aller Bewohner durch den gleichen Arzt versus Fortsetzung langjähriger Betreuungsverhältnisse durch den Arzt des persönlichen Vertrauens) wie regionale und lokale Besonderheiten und Bedarfssituationen. Die Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung ist weiterhin eine ergebnisoffene Zukunftsaufgabe der Pflegeheime. Dabei geht es insbesondere um eine bessere Integration von pflegerischer, haus- und fachärztlicher Versorgung, um die am alten Patienten orientierte Ausgestaltung der Versorgungs-

schnittstelle zwischen Pflegeheim und Krankenhaus sowie um eine systematische Verbesserung der Angehörigenarbeit.

21. Die in den Heimen steigenden Arbeitsanforderungen und -verdichtungen werden begleitet von einem wachsenden Personalbedarf, der aufgrund mangelnder finanzieller Möglichkeiten häufig nicht ausreichend gedeckt werden kann. Darüber hinaus wird es offenbar immer schwerer, geeignetes Personal zu finden und auch die für Leitungspositionen vorgeschriebene Weiterbildung erweist sich an vielen Stellen als unzureichend. Insofern sollten prinzipiell begrüßenswerte Initiativen zu den Umschulungsmaßnahmen von Langzeitarbeitslosen zu Pflegeassistenten den Blick für den wachsenden Bedarf an pflegefachlicher Expertise nicht verstellen. Schließlich werden die absehbaren Folgen des demografischen Wandels alle Beteiligten gleichermaßen auch weiterhin zwingen, in einen Dialog darüber einzutreten, wie das Leistungsniveau der Heime zukünftig gestaltet und finanziert werden kann.
22. Die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen muss verbessert werden. Wissenschaftlich begleitete Prophylaxe-Programme für Pflegebedürftige belegen, dass „Vorbeugung“ im Alter durchaus sinnvoll ist. Im Qualitätsmanagement (QM) der Altenpflegeeinrichtungen sollten deshalb zahnärztlich-prophylaktische Maßnahmen am Patienten genau definiert werden, denn der Stellenwert der Mundhygiene im Rahmen der Hygienemaßnahmen am Patienten ist aus Gründen des Zeitmangels und eines Wissensdefizits beim Pflegepersonal häufig sehr nachrangig. Die in den Rahmenlehrplänen für den Pflegeberuf definierten Mundhygienemaßnahmen sollten überprüft und durch ein modulares Ausbildungs- und Fortbildungssystem in den Pflegeschulen unterlegt werden, denn es besteht häufig ein erkennbares Informationsdefizit im Bereich der Mund- und Zahnersatzhygiene auch bei ausgebildeten Altenpflegern. Die zahnärztlichen Mundhygieneschulungen des Pflegepersonals und bei alten Menschen können auf Dauer nicht ehrenamtlich erbracht werden. Es ist deshalb erforderlich, entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die Finanzierung dieser Projekte bundeseinheitlich sicherzustellen. Die zahnmedizinischen Erfolge der zahnärztlichen Mundhygieneschulungen durch Pflegepersonal sowie von alten Menschen sind wissenschaftlich belegt. Bislang werden diese Schulungen von Zahnärzten ehrenamtlich durchgeführt. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit steigendem Bedarf an diesen Schulungen zu rechnen.
23. Der § 22 SGB V könnte dahingehend verändert werden, dass die Allokation von Mitteln der gesetzlichen Krankenkasse sich an den Prinzipien des Bedarfes der Zielgruppe orientiert. Es ist sinnvoll, selbstbestimmte lebenden Erwachsenen die Verantwortung für ihre zahnmedizinische Vorbeugung zu übertragen. Bei Pflegebedürftigen, denen die Pflegekosten oftmals keinen finanziellen Spielraum mehr lassen, macht dies keinen Sinn. Die Prophylaxebetreuung Pflegebedürftiger würde an zentraler Stelle wichtige Probleme der gesamten zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger lösen:
 - a) Der regelmäßige Kontakt des Pflegebedürftigen zum Zahnarzt lässt Präventions- und Therapiebedarf frühzeitig erkennen. Damit entstehen weniger Notfallbehandlungen, die kostenintensiv und schwierig zu organisieren sind und meist zum Zahnverlust führen.
 - b) Das Pflegepersonal lernt den Zahnarzt als Partner und ersten Ansprechpartner kennen, der wichtige Fragen im Umfeld der Mund- und Prothesenhygiene zum Nutzen der Pflegebedürftigen und der Pflegenden klären kann.
 - c) Bestimmte Prophylaxeleistungen können von speziell fortgebildeten Teammitarbeiter (Delegationsgrundsätze beachten) durchgeführt werden, wobei die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) derzeit gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) Musterfortbildungskonzepte für die zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege abstimmt. Delegierbare Leistungen ermöglichen dem Zahnarzt eine genaue Planung und Organisation des präventiven Versorgungsbedarfes in der Hand von kompetenten Fachkräften. Auch hierfür bedarf es einer entsprechenden finanziellen Absicherung durch Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.
24. Die Debatte um die Qualität in der Pflege ist durch veröffentlichte Pflegemängel und die Reaktionen des Gesetzgebers im PFWG erneut sehr aktuell. Seit Jahren mangelt es an Evidenzbasierung für das pflegerische Versorgungsgeschehen, sind messbare Ergebnisse einer qualitativ guten Pflege kaum erforscht, die Messinstrumente nicht valide und die Standardentwicklung zur Qualitätsbeurteilung zu wenig patientenorientiert. Diese Aufgaben sind allerdings ohne weitere kontinuierliche Investition in die Qualitätsentwicklung und die dazu nötige Pflegeforschung nicht zu lösen. Dies zeigen beispielsweise die Erfahrungen mit den für die Entwicklung der Pflegequalität so wichtigen „Nationalen Expertenstandards in der Pflege“, aber auch den „Referenzmodellen in NRW“. All diese Versuche haben nur dann nachhaltige Wirkung, wenn sie kontinuierlich weiterentwickelt werden. In der Medizin und auch in der Pflege bedarf Qualitätsentwicklung daher nicht nur punktueller, sondern dauerhafter Aufmerksamkeit und einer entsprechenden finanziellen Förderung. Dies erfordert eine Förderung der Grundlagenforschung der Pflege-Qualitätssicherung und der Evidenzbasierung durch die Pflegewissenschaft.
25. Seit Einführung des PflegeVG gibt es eine Pflicht zur externen überprüfenden Qualitätssicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Durch das PQsG wurde das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement

forciert. Die Qualität in der Pflege wird von unterschiedlichen Instanzen geprüft: MDK (im Auftrag der Pflegekassen), Heimaufsicht oder Prüfunternehmen. Das PFWG führt jährliche Regelprüfungen für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen ein und stellt die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt. Kritisch sind noch immer die Prozesse der Entwicklung der Prüfinstrumente einzuschätzen. Die Neuregelungen versprechen eine größere Transparenz der Prüfergebnisse durch die Schaffung verbraucherfreundlicher Bewertungssysteme – z. B. Schulnoten – und die Forcierung der Erstellung von Qualitätskriterien aus der Nutzerperspektive sowie eine verstärkte Förderung von Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen.

26. Die Qualitätssicherung in der häuslichen informellen Pflege ist heute lediglich eine Überprüfung der Sicherstellung der Pflege. Kriterien zur Beurteilung der Qualität fehlen.
27. Die Nutzerorientierung findet im Rahmen der Qualitätsbemühungen in der Pflege noch immer zu wenig Beachtung. Ein relativ großes Versorgungsangebot einerseits stellt andererseits die Nutzer vor die Schwierigkeit, das für sie geeignete Angebot ausfindig zu machen. Den gewonnenen Jahren mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität zu geben macht es auch erforderlich, in Deutschland die Position der Nutzer weiter zu stärken. Zwar sind in den vergangenen Jahren Bemühungen zu verzeichnen, sich von paternalistischen Vorstellungen der Patientenbehandlung zu verabschieden, Patienten und Nutzern mehr Entscheidungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen und sie in die Lage zu versetzen, mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Die dazu nötigen Informations- und Beratungsangebote sind ebenfalls geschaffen (§ 65b SGB V; geplante Pflegestützpunkte etc.). Breitenwirksam haben diese Bemühungen jedoch den Versorgungsalltag noch nicht verändert. Auch die international geführte Diskussion über die Wichtigkeit, künftig zu einem „Consumer Driven Health Care System“ (also einem nutzergesteuerten Gesundheitswesen) zu gelangen, wird hierzulande bislang sehr zaghaft aufgegriffen. Es wird allein aufgrund des Bedarfszuwachses bei steigenden Kosten wichtig sein, Nutzer mehr als bislang in ihrer Gesundheitskompetenz sowie ihren Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern und ihre Position zu stärken. Dazu sind der Ausbau von unabhängigen Informations- und Beratungsangeboten und die Gewährleistung von Informationstransparenz unverzichtbar. Dabei darf nicht übersehen werden, dass viele Bevölkerungsgruppen – so auch teilweise ältere und pflegebedürftige Menschen – nicht über die nötigen Ressourcen verfügen, sich Information zu erschließen und anzueignen. Für sie bedarf es besonderer, zielgruppenspezifischer geschnittener Maßnahmen.
28. Die Prioritäten der Betroffenen in eine gute pflegerische Versorgung einzubeziehen heißt, folgende Kriterien zu beachten: vertrauensvolle, persönliche, durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnete Bezie-

hung zwischen Pflegenden und Patienten, Personensorientierung und Kommunikation auch jenseits von Versorgung, ausreichend Zeit, personelle Kontinuität, Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit, Sorgfalt, Behutsamkeit und Engagement des Pflegepersonals, umfassende Unterstützung und Entlastung.

6.5 Integrierte Versorgung

6.5.1 Die besonderen Versorgungsformen als Grundlage selektiver Vertragsgestaltung

858. Um eine sektorübergreifende Versorgung zu realisieren und zugleich den Wettbewerb im Leistungsbereich zu erhöhen, implementierte der Gesetzgeber seit Ende der 1990er Jahre mehrere Regelungen, die es den Krankenkassen und den Leistungserbringern erlauben, von der herkömmlichen Versorgung¹⁷⁵ mit ihrer kollektivvertraglichen Organisation abzuweichen. Entsprechend ihren zentralen Anliegen, die Sektorengrenzen der zuvor abgeschotteten Leistungsbereiche zu überwinden, wurde die entsprechende Thematik unter der Überschrift bzw. dem Titel „Integrierte Versorgung“ erörtert und teilweise kontrovers diskutiert (so auch die Titel von Amelung et al. 2008 und Weatherly et al. 2007 sowie GA 2007, Ziffer 275ff.). Dabei verzichtete der Gesetzgeber auf eine abschließende Definition des Begriffs und bezeichnet nur die Regelung in § 140a bis d SGB V als „integrierte Versorgung“ bzw. „Verträge zu integrierten Versorgungsformen“. Diese Terminologie erscheint insofern etwas missverständlich gewählt, als sich die inzwischen bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zu einer sektorübergreifenden Versorgung und zu selektivem Kontrahieren keineswegs auf diese „integrierten Versorgungsformen“¹⁷⁶ beschränken.

859. Elemente von Managed Care (vgl. dazu ausführlicher Unterkapitel 7.7) und damit auch die Möglichkeit zu einer sektorübergreifenden Versorgung und zu selektivem Kontrahieren beinhalten die so genannten besonderen Versorgungsformen, über die Tabelle 87 einen synoptischen Überblick gibt. Dabei unterscheiden sich die besonderen Versorgungsformen jeweils durch ein oder mehrere Managed Care-Elemente von der „herkömmlichen Versorgung“, die obligatorisch auf Kollektivverträgen basiert. Die besonderen Versorgungsformen umfassen nach § 53 Absatz 3 SGB V auch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, obgleich diese wegen fehlender fach- und sektorübergreifender Orientierung als solche in keinem Fall zur integrierten Versorgung gehört (s. auch Abschnitt 7.7.1.1). Die hausarztzentrierte Versorgung kann aber im Rahmen einiger spezieller Organisationsformen integrierter Versorgung, z. B. bei den integrierten Versorgungsformen nach § 140a bis d SGB V, einen integralen und

¹⁷⁵ Da mit Ausnahme der Modellvorhaben (s. Tabelle 87) alle besonderen Versorgungsformen in rechtlicher Hinsicht zur Regelversorgung gehören, bezeichnen wir die kollektivvertragliche Organisationsform im folgenden als „herkömmliche Versorgung“.

¹⁷⁶ Im folgenden sprechen wir im Rahmen des § 140a bis d SGB V von „integrierten Versorgungsformen“ und benutzen den Terminus „integrierte Versorgung“ als Oberbegriff für sektorübergreifende Kooperations- und Koordinationsprozesse; s. auch Abschnitt 7.7.1.1.

Tabelle 87

Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Struktur- verträge	Modell- vorhaben	Hausarzt- zentrierte Versorgung	besondere ambu- lante Versorgung	integrierte Versor- gungs- formen	strukturierte Behand- lungspro- gramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63 – 65	§ 73b	§ 73c	§ 140a – d	§ 137f – g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	X ³⁾
Verträge mit KVen möglich	X	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation möglich		X	X	(X) ²⁾	(X) ²⁾	X	

¹⁾ Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

²⁾ Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

³⁾ Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

Quelle: In Anlehnung an GA 2007, Ziffer 380 sowie Wille 2007: 87

zentralen Bestandteil bilden. Mit Ausnahme der hausarztzentrierten Versorgung ermöglichen alle besonderen Versorgungsformen eine interdisziplinär fachübergreifende Ausrichtung, aber nur die Modellvorhaben, integrierten Versorgungsformen und strukturierten Behandlungsprogramme¹⁷⁷ besitzen jeweils eine sektorübergreifende Orientierung. Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen und den integrierten Versorgungsformen setzte der Gesetzgeber bis Ende 2008 zudem spezielle finanzielle Anreize, die diesen beiden Varianten in den letzten Jahren bei Krankenkassen und Leistungserbringern eine besondere Attraktivität verliehen.

860. Die besonderen Versorgungsformen eröffnen den Vertragspartnern, d. h. Krankenkassen und Leistungserbringern, somit die Option, abweichend von der herkömmlichen kollektivvertraglichen eine spezifische Versorgung anzubieten. Mit Ausnahme der Strukturverträge¹⁷⁸ erlau-

ben alle besonderen Versorgungsformen ein selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, auch wenn dies bei den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f bis g SGB V vom Anreizsystem her kaum eine Relevanz besitzt. Die Gesetzeslage ermöglicht somit bei vier Versorgungsformen selektives Kontrahieren ohne Einbezug der KVen, schließt deren Beteiligung als Vertragspartner aber nur im Falle der integrierten Versorgungsformen nach § 140a bis d SGB V grundsätzlich aus. Die KVen können auch im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung als Vertragspartner fungieren, sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer sie hierzu ermächtigen. Insoweit die KVen als Vertragspartner der Krankenkassen an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, geschieht dies allerdings nicht im Rahmen von Kollektivverträgen. Die KVen agieren dann unter den gleichen Bedingungen wie z. B. Gruppen von Leistungserbringern. Die hausarztzentrierte Versorgung stellt die einzige besondere Versorgungsform dar, bei der für die Krankenkassen eine Verpflichtung zum Angebot besteht. Der Sicherstellungsauftrag kann bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren, was aber wohl erst bei einem signifikanten Anteil an Versicherten und Patienten, die solche Versorgungsformen wählen,

¹⁷⁷ Diese werden auch als Disease Management-Programme (DMP) bezeichnet.

¹⁷⁸ Der § 53 Absatz 3 SGB V subsumiert die Strukturverträge auch nicht unter die besonderen Versorgungsformen. Gleichwohl gehören sie zu den ersten gesetzlichen Möglichkeiten, um von der herkömmlichen Versorgung abweichende Vereinbarungen zu treffen.

Relevanz erlangen dürfte. Zur Regelversorgung gehören alle Versorgungsformen mit Ausnahme der zeitlich befristeten Modellvorhaben. Diese und die strukturierten Behandlungsprogramme schreiben als einzige Versorgungsformen eine obligatorische Evaluation der Projekte durch unabhängige Sachverständige vor.

861. Neben den besonderen Versorgungsformen zielen auch die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 Absatz 1 SGB V als „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ auf eine integrierte Versorgung mit zumindest interdisziplinärer fachübergreifender Orientierung. Sofern sie sich im Eigentum von Krankenhäusern befinden, liegt zudem eine sektorübergreifende Kooperation nahe. Dabei stieg der Anteil der MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern in den letzten Jahren stetig an und liegt derzeit bei 36,9 % (2. Quartal 2008; siehe KBV 2008b). Da die MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, stehen sie im Wettbewerb mit Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Ambulante Ärzte können sich aber auch, ohne auf MVZ zurückzugreifen, zu größeren Leistungseinheiten zusammenschließen, denn das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22. Dezember 2006 erlaubt die Anstellung von Ärzten auch fachgebietsübergreifend ohne zahlenmäßige Begrenzung. MVZ und die Optionen des VÄndG versprechen nicht nur eine Intensivierung des Wettbewerbs im ambulanten Bereich, sondern auch an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

862. Schließlich können die KVen nach § 136 Absatz 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen. Diese legen dann für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte, elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale fest, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. Die Finanzierung dieser Mehrleistungen erfolgt durch einen entsprechenden Abschlag von den vereinbarten Punktwerten, der bei den nicht an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten anfällt. Diese Regelung gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Behandlung einen Qualitätswettbewerb zu implementieren.

6.5.2 Der bisherige Stand von sektorübergreifender Versorgung und selektiven Verträgen

863. Die integrierte Versorgung bildet ähnlich wie das selektive Kontrahieren keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument bzw. Instrumentenbündel zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Unter diesem Aspekt erscheint es sinnvoll und für die folgenden Ausführungen hilfreich, im Rahmen von Versorgungsprozessen zunächst zwischen Koordination, Kooperation und Integration in funktionaler Hinsicht zu unterscheiden.

864. Die Koordination von Versorgungsprozessen setzt zunächst Absprachen zwischen den zu beteiligenden Akteuren voraus. Sie kann sowohl innerhalb einer Organisa-

tion und Institution, wie z. B. einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus, als auch zwischen ökonomisch und rechtlich voneinander unabhängigen Versorgungseinheiten erfolgen. Koordinationsprozesse bezwecken zumeist die Realisierung eines bestimmten Zieles und ihre Notwendigkeit nimmt in dieser Hinsicht mit einer fortschreitenden Spezialisierung und Arbeitsteilung zu.

865. Die Kooperation beinhaltet Koordinationsprozesse zwischen wirtschaftlich und rechtlich unabhängigen Versorgungseinheiten, z. B. zwischen Arztpraxen oder zwischen Krankenhäusern oder auch zwischen diesen und Arztpraxen. Die Koordination stellt damit eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für die Existenz einer Kooperation dar. Kooperationen können somit sowohl zwischen Versorgungseinheiten innerhalb eines Leistungssektors als auch sektorübergreifend stattfinden. So geht es z. B. bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe überwiegend um adäquate Koordinationsprozesse innerhalb einer wirtschaftlich selbständigen Versorgungseinheit. Dies gilt für die Delegation von Leistungen nahezu immer und trifft auch häufig bei der Substitution zu. Die Substitution von Gesundheitsleistungen kann aber auch zwischen selbständigen Versorgungseinheiten, wie z. B. dem Arzt auf der einen und dem Apotheker oder Physiotherapeuten auf der anderen Seite stattfinden, was parallele Kooperationen nicht ausschließt.

866. Erst wenn die Kooperation und die mit ihnen einhergehenden Koordinationsprozesse die sektorübergreifende Ebene erreichen, wollen wir von Integration sprechen (so auch Ernst 2008). Im Unterschied zu Handlungsweisen, deren Rationalitäten sich an sektorspezifischen Rahmenbedingungen orientieren, zielt die integrierte Versorgung auf die Systemrationalität der gesundheitlichen Leistungserstellung als einem „übergreifenden Ganzen“ ab (ähnlich Wiegand et al. 2009). Die integrierte Versorgung basiert somit auf Koordinationsprozessen und bezogen auf den Status quo der Versorgung zum weit überwiegenden Teil auch auf Kooperationen zwischen selbständigen Versorgungseinheiten. Im Rahmen der Integration bedarf es allerdings der Kooperation nicht mehr, wenn die betreffende Versorgungseinheit Elemente mehrerer Leistungssektoren umfasst. Diese umfassende Versorgungseinheit bietet dann ein integriertes Leistungsangebot an, und die zugehörigen Koordinationsprozesse laufen „unter einem organisatorischen Dach“ ab. Die Kooperation bildet insofern häufig, aber nicht zwangsläufig eine Voraussetzung für die integrierte Versorgung. Diese gründet sich allerdings wie die Kooperation immer auf Koordinationsprozesse.

867. Die Koordinationsprozesse nehmen an Komplexität und Vielschichtigkeit von der Koordination innerhalb einer abgegrenzten Versorgungseinheit über die Kooperation zwischen verschiedenen Leistungseinheiten bis zur integrierten Versorgung zu. Diese Feststellung bezieht sich allerdings nur auf das Koordinationsspektrum bzw. die organisatorischen Anforderungen und möglicherweise auch auf den Anspruch, den die Versorgungseinheit an diese Koordinationsprozesse knüpft. Sie bedeutet keine zielorientierte Wertung der jeweiligen Koordinati-

onsprozesse hinsichtlich Effizienz und Effektivität der mit ihnen erreichten Versorgung. Diese Terminologie impliziert insofern noch keine Wertungen, als sie nicht ausschließt, dass unter Zielaspekten die Koordination innerhalb einer sektorbezogenen Versorgungseinheit zu guten, bei einer Kooperation zu mittelmäßigen und im Rahmen einer integrierten Versorgung zu schlechten Ergebnissen führen kann. Über die Zielerreichung der jeweiligen Koordinationsprozesse vermögen nur spezifische Evaluationen Aufschluss zu geben.

868. Die konzeptionellen Bedingungen einer integrierten Versorgung werden somit nur von einem Teil der besonderen Versorgungsformen erfüllt. Unter ihnen beinhalten zwar auch

- die Strukturverträge nach § 73a SGB V,
- die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V sowie
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V

zahlreiche Koordinationsprozesse und möglicherweise auch Kooperationen zwischen einzelnen Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination und damit in unserer Terminologie auch keine integrierte Versorgung. Diese ermöglichen von ihrem konzeptionellen Ansatz her nur

- die Modellvorhaben nach §§ 63 bis 65 SGB V,

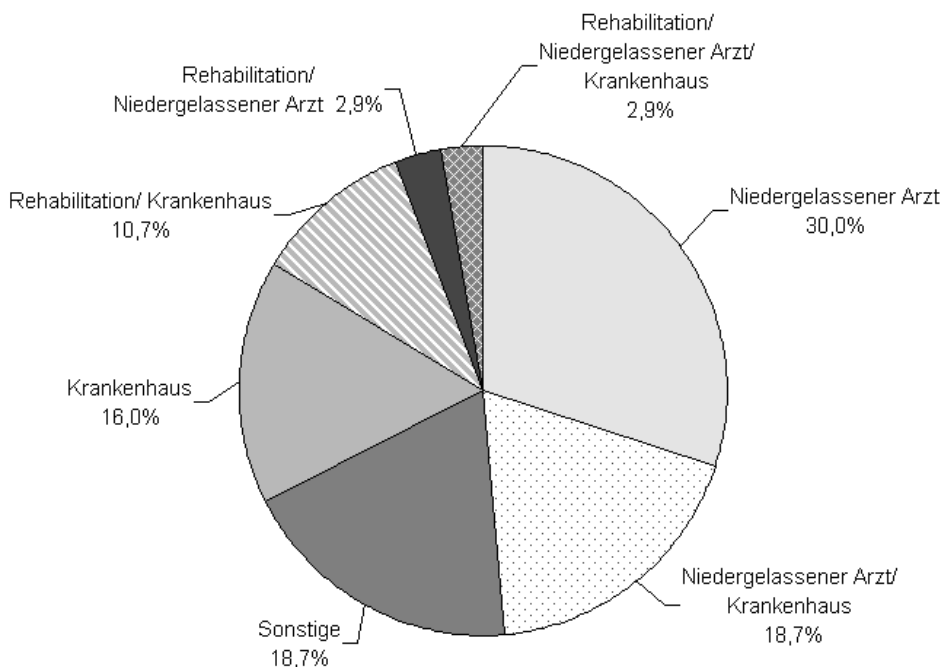
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140a bis d SGB V sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f bis g SGB V.

869. Die Modellvorhaben, integrierten Versorgungsformen und strukturierten Behandlungsprogramme schaffen zwar gesetzliche Grundlagen für sektorübergreifende Koordinationsprozesse, garantieren aber noch keine integrierte Versorgung. Alle diese drei Varianten der besonderen Versorgungsformen können sich auch auf rein sektorale Koordinationen und Kooperationen beschränken. So postulieren die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V „Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“.

Wie Tabelle 94 zeigt, schlossen die Krankenkassen hier zu 46 % Verträge entweder mit niedergelassenen Ärzten oder mit Krankenhäusern. Da der Anteil der sonstigen Vertragsabschlüsse noch 18,7 % beträgt, darf man davon ausgehen, dass im Rahmen der integrierten Versorgungsformen zu über 50 % keine sektorübergreifende Koordination und damit im eigentlichen Sinne auch keine integrierte Versorgung stattfand (s. auch Ziffer 883ff.). Angesichts der Tatsache, dass der Gesetzgeber die integrierten Versorgungsformen zwischen 2004 und 2008 über eine Anschubfinanzierung speziell förderte (§ 140 d SGB V), geht die kritische Feststellung hinsicht-

Abbildung 61

Anteile der Kombinationen von Vertragspartnern der Krankenkassen an den gemeldeten Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen, Stand 31. Dezember 2008



Quelle: BQS 2009

lich des Fehlens sektorübergreifender Orientierung eines beachtlichen Teils dieser Verträge in Verbindung mit einem äußerst geringen Populationsbezug über definitivische Petitesse hinaus. Das Erfordernis einer Koordination und Kooperation zwischen mindestens zwei verschiedenen (Fach-)Ärzten bildet in konzeptioneller und normativer Hinsicht eine allzu bescheidene Benchmark für das doch anspruchsvolle Konstrukt „integrierte Versorgung“. Diese Bedingung erfüllen bereits die medizinischen Versorgungszentren als „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ (§ 95 Absatz 1 SGB V). Eine derart kurzgreifende Koordination und Kooperation vermag zudem das explizite Ziel des § 140a SGB V, „eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung (zu) ermöglichen“, sicherlich nicht zu realisieren. Die gleichen Einschränkungen treffen dann auch für die entsprechenden selektiven Verträge zu. Die Herausforderung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung lassen sich ohne zielorientierte sektorübergreifende Koordinationsprozesse kaum bewältigen. Es erscheint daher angezeigt, das Anforderungsprofil an die integrierte Versorgung etwas anspruchsvoller auszugestalten und dem auch schon begrifflich Rechnung zu tragen. Dies gilt vor allem für den Fall, dass der Gesetzgeber die integrierte Versorgung künftig in irgendeiner Form wieder speziell fördern möchte.

870. Der Befund, dass die bisherigen integrierten Versorgungsformen nur zu einem Teil einen sektorübergreifenden und kaum einen populationsorientierten Versichererbesitz besitzen, bedeutet allerdings nicht, dass sich der Gesetzgeber mit seinen vielfältigen Optionen zur integrierten Versorgung und zum selektiven Kontrahieren nicht grundsätzlich auf dem richtigen ordnungspolitischen Weg befindet. Im Unterschied zur Situation vor etwa zehn Jahren ermöglichen die besonderen Versorgungsformen die Inangriffnahme einer Vielzahl von neuen und innovativen Versorgungsformen. Im Zuge dieser Entwicklung gelang es in vergleichsweise kurzer Zeit, sowohl die verkrusteten sektoralen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens an manchen Stellen aufzubrechen als auch selektives Kontrahieren zum festen Bestandteil der vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu machen (ähnlich Amelung et al. 2008). Wenn die bisher vorliegende Informationsbasis zu den gemachten Erfahrungen gleichwohl keine empirisch fundierte Zwischenbilanz und kaum darauf aufbauende Lerneffekte erlaubt, so liegt dies zunächst an einer unzureichenden Zahl von Evaluationen durch unabhängige Sachverständige (vgl. GA 2007, Ziffer 276). Die integrierten Versorgungsformen sehen als Regelversorgung keine obligatorische Evaluation der Projekte vor, sodass die bisher auf freiwilliger Basis durchgeführten Evaluationen und vor allem die Publikationen ihrer Ergebnisse eine selektive Auswahl darstellen. Da die meisten Projekte im Rahmen der integrierten Versorgungsformen erst in den Jahren 2005 bis 2007 starteten, können sich ihre Effekte auch noch nicht in einem größeren Umfang quantitativ messbar und mit signifikanter Wirkung in den Versorgungsergebnissen niederschlagen. Das gilt insbesondere für Initiativen im Bereich der Prävention, aber auch generell, z. B. bei der Versorgung von chronisch erkrank-

ten Patienten (vgl. Lütke-Handjery 2008). So beträgt die Laufzeit des Modells „Gesundes Kinzigtal“, das u. a. auf kostensenkende Präventionsmaßnahmen setzt, neun Jahre (vgl. Seiler 2007).

871. Dass eine Änderung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern umgehende Reaktionen auslösen kann, belegt die Entwicklung der Verträge zu den integrierten Versorgungsformen. Die Straffung des § 140a bis d SGB V sowie die Anschubfinanzierung lösten bei den zuvor nahezu brachliegenden Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen eine stürmische Entwicklung aus. In ähnlicher Weise stimulierte die Anreizstruktur in Form einer Anbindung an den Risikostrukturausgleich (RSA) die Inangriff- und Zunahme der strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f bis g SGB V. Obgleich § 137f Absatz 4 den Krankenkassen bei diesen Disease Management-Programmen eine externe Evaluation durch unabhängige Sachverständige „auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards“ vorschreibt, gibt es bisher keine umfassende valide Berichterstattung über die Resultate der entsprechenden Programme, sondern lediglich einige selektive Publikationen (s. hierzu Graf 2008).

872. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die wenigen veröffentlichten Untersuchungen von eingetretenen Verbesserungen der Versorgung chronisch Erkrankter berichten. Unbeschadet tatsächlicher Behandlungserfolge einiger Disease Management-Programme lässt die vorhandene Informationsbasis immer noch offen, ob die strukturierten Behandlungsprogramme insgesamt stärker Qualitätsverbesserungen oder, wie vielfach befürchtet (vgl. Häußler/Berger 2004; GA 2007, Ziffer 318; Wille 2007; Graf 2008), eher einen Einschreibewettbewerb um Patienten verursachten. Bei einer Bewertung dieser Programme gilt es auch, die Opportunitätskosten zu berücksichtigen, die durch den erheblichen Verwaltungsaufwand anfielen und dadurch für eine andere nutzenstiftende Verwendung entfielen. Das verständliche fiskalische Interesse der Krankenkassen, über eine Einbindung möglichst vieler Patienten in diese Programme entsprechende Zahlungen aus dem RSA zu erhalten, führte überwiegend zu uniformen Verträgen mit den KVen. Im Unterschied zu den integrierten Versorgungsformen spielte das selektive Kontrahieren im Rahmen der Disease Management-Programme daher nahezu keine Rolle.

873. Die Anschubfinanzierung bei den integrierten Versorgungsformen lief Ende 2008 ebenso aus wie die Anbindung der strukturierten Behandlungs- bzw. Disease Management-Programme an den RSA. Es herrscht insofern derzeit Unklarheit über den Fortbestand bzw. die Fortführung der vielfältigen Projekte. Zudem dürften die Unsicherheiten, die für die Krankenkassen mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 einhergehen und hier insbesondere die Furcht vor wettbewerbsschädlichen Zusatzbeiträgen die Neigung der Krankenkassen, ohne zusätzliche finanzielle Anreize in integrierte Versorgungsprojekte zu investieren, spürbar abschwächen. Bei selektiven Verträgen mit Leistungserbringern stehen dann für die Krankenkassen eher der

Preiswettbewerb und weniger der Qualitätswettbewerb mit innovativen Versorgungsformen im Vordergrund. Bei den Disease Management-Programmen fällt dieser Aspekt insofern weniger als bei den integrierten Versorgungsformen ins Gewicht, als hier der stärker morbiditätsorientierte RSA an die Stelle einer Anbindung dieser Programme an den RSA tritt.

Gegen die Anschubfinanzierung im Rahmen der integrierten Versorgungsformen lässt sich auch einwenden, dass die Ausgliederung der betreffenden finanziellen Mittel aus den ambulanten und stationären Budgets keine verursachungsgerechte Bereinigung darstellt (Cassel et al. 2006). Diese erfordert eine Verminderung der jeweiligen Gesamtvergütungen um jene Beträge, die bei der alternativen herkömmlichen Versorgung im kollektivvertraglichen System für die im Netz eingeschriebenen Versicherten angefallen wären. Gleichwohl steht bei einer solchen verursachungsgerechten Bereinigung das Auslaufen bzw. die Unterlassung von innovativen Versorgungsprojekten zu befürchten, die wie präventive Maßnahmen schon zu Beginn einen relevanten Aufwand verursachen, aber erst mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung einen Nutzen in Form von Minderausgaben und/oder Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes stiften.¹⁷⁹ In dieser Hinsicht bleibt die künftige Finanzierung der integrierten Versorgung „auf der Tagesordnung der kommenden Gesundheitsreform“ (Knieps 2008: 25). Unabhängig davon, ob man hierzu ein zeitlich befristetes Hilfsmittel wie eine weitere Anschubfinanzierung (ähnlich GA 2007, Ziffer 396) oder einen Innovationsfonds (so die Forderung des Bundesverbandes Managed Care; Amelung et al. 2008) wählt, die finanzielle Unterstützung sollte in jedem Fall nicht nur nach eindeutigen, sondern auch nach anspruchsvolleren Kriterien als in der Vergangenheit erfolgen. Eine solche Förderung verdienen grundsätzlich nur Projekte mit einer sektorübergreifenden Orientierung und unter ihnen speziell solche mit einem populationsorientierten Versichertenbezug. Zudem sollte diese Förderung in Abhängigkeit von Qualitätskriterien und Erfolgswachweisen mit einer obligatorischen Projektevaluation erfolgen (so auch Hildebrandt et al. 2008; Eikötter/Greiner 2008).

6.5.3 Ergebnisse einer Umfrage unter den Krankenkassen der GKV

874. Über den Status quo populationsbezogener Versorgungsmodelle in Deutschland ist nur wenig bekannt. Eine im Auftrag des BMG regelmäßig erstellte Übersicht der Hausarztmodelle in Deutschland (vgl. Bundestagsdrucksache 16/7662) wurde mittlerweile eingestellt. Ohnehin enthielt diese Aufstellung keine Details zu den Inhalten der Verträge. Aus der Presse und anderen Veröffentlichungen ließen sich zwar Beschreibungen einzelner Verträge zusammentragen, jedoch wurde ein Vergleich erschwert aufgrund des unterschiedlichen Detaillierungs-

grads der Darstellungen. Aus diesem Grund führte der Rat eine Umfrage unter allen gesetzlichen Krankenkassen durch und fragte nach den abgeschlossenen bzw. geplanten populationsbezogenen Verträgen sowie deren Vertragsinhalten. Die Befragung fand in der Zeit vom 20. Juni 2008 bis 30. September 2008 statt, wobei für alle Angaben der Krankenkassen der Stichtag 1. Juli 2008 galt.¹⁸⁰ Es wurden 219 Krankenkassen¹⁸¹ und zusätzlich die acht BKK-Landesverbände angeschrieben, deren Vertragsarbeitsgemeinschaften auf Landesebene in erster Linie die Verträge mit den Leistungserbringern abschließen. Insgesamt haben 101 Krankenkassen und alle acht BKK-Landesverbände geantwortet. Auf Basis der Mitgliederzahlen wurde eine Rücklaufquote in Höhe von 92,6 % erreicht (Tabelle 88).

875. In der Summe wurden 102 populationsbezogene und indikationsübergreifende Verträge gemeldet. Die anschließende Plausibilitätsprüfung ergab, dass eine Reihe der Verträge von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen und mehrfach gemeldet wurden. Bereinigt man den Datensatz um diese Doppelungen ergibt sich eine Gesamtzahl von 81 gemeldeten Verträgen, die der folgenden Analyse zu Grunde liegen.

Tabelle 88

Rücklauf der SVR-Umfrage auf Mitgliederbasis

	Mitgliederzahlen nach Kassenart*	Mitgliederzahlen der Krankenkassen, die geantwortet haben*
AOK	17 571 893	17 404 180
Ersatzkassen	17 469 526	15 647 366
BKK**	9 757 039	9 757 039
IKK	4 586 086	2 939 673
Knappschaft/Seckrankenkasse	1 354 353	1 354 353
LKK	588 689	436 139
Gesamt	51 327 586	47 538 750
Rücklaufquote		92,6 %

* Stand 1. Oktober 2008, dfg 2008.

** Da alle acht Landesverbände des BKK-Systems auf den Fragebogen geantwortet haben, wurde vereinfacht unterstellt, dass sämtliche Mitglieder repräsentiert sind.

Quelle: Eigene Berechnungen

876. Die Auswertung der Antworten soll zum einen in der Summe aller Verträge erfolgen und zum anderen getrennt nach der gesetzlichen Grundlage des gemeldeten Vertrags. Dazu wurden alle Verträge, die ausschließlich

¹⁷⁹ Diese kurzfristige bzw. zeitlich isolierte Betrachtungsweise der Krankenkassen resultiert teilweise aus ihren ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, die stark auf die momentane wettbewerbliche Situation abstellen.

¹⁸⁰ Der Fragebogen kann auf der Internetseite des Sachverständigenrates unter www.svr-gesundheit.de eingesehen werden.

¹⁸¹ Mittlerweile ist die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland weiter zurückgegangen auf 196 (Stand 1. April 2009, GKV Spitzenverband, www.gkv-spitzenverband.de).

nach § 73b SGB V abgeschlossen wurden, in die Gruppe „HZV“ eingeordnet. Es handelt sich dabei um rein hausarztzentrierte Versorgungsmodelle, die alle gesetzlichen Krankenkassen seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ihren Versicherten anbieten müssen. In der Literatur wurde bemängelt, dass die Angebotspflicht dazu führe, dass lediglich die im Gesetz vorgeschriebenen Vertragselemente umgesetzt würden und so für weitergehende, möglicherweise innovativere Konzepte Ressourcen unnötig gebunden würden. Begründet wird dies mit dem Umstand, dass die Leistungserbringer im Gegensatz zu den Krankenkassen nicht zu einem Vertragsabschluss nach § 73b SGB V gezwungen sind (Cassel et al. 2006).

Alle anderen Modelle wurden der Gruppe „Kombi“ zugeordnet. Bei diesen Modellen handelt es sich zum überwiegenden Teil um Integrationsverträge nach § 140a bis d SGB V. Zum Teil basieren sie aber auch auf Kombinationen mehrerer Paragraphen (Tabelle 89). Im Gegensatz zur hausarztzentrierten Versorgung sind in diesen Verträgen die Krankenkassen nicht zu einem Abschluss gezwungen. Zudem können die Verträge regional begrenzt sein. Das erlaubt es den Krankenkassen, gemeinsam mit interessierten Leistungserbringern (und umgekehrt) unterschiedliche Vertragselemente umzusetzen und so in der Praxis zu erproben. Die getrennte Auswertung der HZV- und Kombiverträge soll ermöglichen, die Unterschiede zwischen den beiden Vertragsformen zu identifizieren, wie sie sich in der Versorgungslandschaft tatsächlich darstellen.

877. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese Umfrage nur einen temporären Ausschnitt aus einer Vertragslandschaft darstellt, die sich dynamisch entwickelt und beständig dem sich ändernden gesetzlichen Rahmen anpassen muss. So wurde insbesondere der § 73b SGB V zum 1. Januar 2009 (nach dem Stichtag dieser Erhebung) neu gefasst. Die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Vertragsgestaltung konnten hier noch nicht berücksichtigt werden. Dem wurde zwar zum Teil Rechnung getragen, indem die Krankenkassen auch geplante Modelle bzw. Vertragselemente nennen konnten. Trotzdem sind die gesetzlichen Möglichkeiten für das selektive Kontrahieren noch relativ jung und die Akteure auf beiden Seiten befinden sich in einer neuen Situation zueinander, die Lernprozesse erforderlich macht. Ein abschließendes Urteil über das selektive Kontrahieren und den Vertragswettbewerb lässt sich daher aus dieser Umfrage nicht ableiten.

Es sollte zudem aus den im Fragebogen enthaltenen Fragen nicht der Schluss gezogen werden, dass der Rat das jeweilige Instrument bzw. Vertragselement als notwendig bzw. sinnvoll erachtet. Evidenzbasierte Aussagen zu einzelnen Instrumenten im Versorgungsmanagement liegen nur bedingt vor, was eine abschließende Beurteilung nicht erlaubt.¹⁸² Die vielfältigen Vertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gestatten es aber, speziell in den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens einzelne Instrumente zu testen und auf ihr

Potenzial zu untersuchen, die Gesundheitsversorgung wirtschaftlicher und qualitativ hochwertiger zu gestalten. Insofern liegt der Gewinn dieser Umfrage in erster Linie darin, festzuhalten, in welchem Umfang die international zum Teil bereits genutzten bzw. in der Versorgungsforschung diskutierten Instrumente tatsächlich angewendet werden.

Allgemeine Angaben

878. Bei den 81 gemeldeten Verträgen handelt es sich zum überwiegenden Teil um Verträge zur integrierten Versorgung (Tabelle 89). Die zweite große Gruppe sind Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Eine untergeordnete Rolle spielen die Modellverträge nach § 64 SGB V und bislang auch die Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V). Die Gruppe der rein hausarztzentrierten Verträge umfasst 26 Modelle, die der Kombiverträge 55 Modelle.

879. Aus den allgemeinen Angaben lässt sich ableiten, dass die HZV-Verträge typischerweise bundeslandweit abgeschlossen wurden, auf die Initiative der Krankenkasse zurückgehen und nahezu ausschließlich entweder mit einer Kassenärztlichen Vereinigung (69,2 %) oder einem Ärzteverband (23,1 %) wie dem Deutschen Hausärzteverband oder dem Medi-Verbund vereinbart wurden. Dagegen sind die Kombiverträge überwiegend regional orientiert und wurden deutlich mehr auch auf Initiative der Leistungserbringer geschlossen, wobei der Vertragspartner zu 63,6 % der Verträge ein Ärztenetz war wie etwa die Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH (UGOM, Bayern) oder das Ärztenetz Medizin und Mehr (MuM, NRW).

880. Die HZV-Verträge wurden in größerem Umfang erst seit dem Jahr 2007 abgeschlossen (Abbildung 62, links). In diesem Jahr sind gleichzeitig auch 17 neue Kombimodelle gestartet. Diese Dynamik schwächte sich im Jahr 2008 deutlich ab, in dem erstmals mehr HZV- als Kombiverträge geschlossen wurden. Von den 81 Verträgen wurden 16 (19,8 %) von vornherein mit einer befristeten Laufzeit geschlossen, von denen wiederum 9 Verträge im Jahr 2008 auslaufen (Abbildung 62, rechts). Die überwiegende Mehrzahl der Verträge sind dagegen unbefristet.

881. Auch in der Größe der Versorgungsmodelle – gemessen an der Zahl der beteiligten Ärzte und der teilnehmenden Versicherten – unterscheiden sich HZV- und Kombiverträge. In der Summe beteiligen sich nach den Angaben der Krankenkassen 88 545 Hausärzte¹⁸³ und 3 983 Fachärzte an populationsbezogenen Versorgungsverträgen und fast 4 Millionen Versicherte sind eingeschrieben. In den HZV-Verträgen liegt die Zahl der Hausärzte zu 34,6 % zwischen 101 und 2 000 sowie zu 42,3 % zwischen 2 001 und 5 000. Dagegen sind die Kombiverträge deutlich kleiner: 34,5 % dieser Verträge hat zwischen 1 und 100 Hausärzte integriert. Dies spiegelt sich auch in der Gesamtzahl der beteiligten Hausärzte wieder,

¹⁸² Vergleiche dazu auch die systematischen Reviews in diesem Gutachten zu den Themen Managed Care und Qualität bzw. Gatekeeping in den Abschnitten 7.7.2.2 und 7.7.2.3.

¹⁸³ Im Durchschnitt ist somit bei einer Gesamtzahl von rund 58 000 Hausärzten in Deutschland jeder Hausarzt an 1,5 populationsorientierten Verträgen beteiligt.

Tabelle 89

Allgemeine Angaben

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Gesetzliche Grundlage* (SGB V)	§ 64	2	2,5	0	100,0	2	3,6
	§ 73b	35	43,2	26		9	16,4
	§ 73c	7	8,6	0		7	12,7
	§ 140a–d	51	63,0	0		51	92,7
Bezugsgebiet	regional	42	51,9	5	19,2	37	67,3
	landesweit	34	42,0	16	61,5	18	32,7
	bundesweit	5	6,2	5	19,2	0	
Initiative ging aus von* Keine Angaben = 4	Krankenkasse	65	80,2	22	84,6	43	78,2
	Leistungserbringer	25	30,9	2	7,7	23	41,8
	Dritten	6	7,4	1	3,8	5	9,1
Vertragspartner	KV-Beteiligung	20	24,7	18	69,2	2	3,6
	Ärzteverband	15	18,5	6	23,1	9	16,4
	Ärztetz	35	43,2	0		35	63,6
	Sonstige	11	13,6	2	7,7	9	16,4
Teilnehmende Hausärzte Keine Angaben = 17	0	4	4,9	0		4	7,3
	1–100	21	25,9	2	7,7	19	34,5
	101–2 000	24	29,6	9	34,6	15	27,3
	2 001–5 000	14	17,3	11	42,3	3	5,5
	> 5 000	1	1,2	1	3,8	0	
	Summe		88 545		68 228		20 317
Teilnehmende Fachärzte Keine Angaben = 53	Summe		3 983		1 044		2 939
Teilnehmende Versi- cherte** Keine Angaben = 23	0	3	2,9	0		3	5,2
	1–1 000	20	19,6	15	34,1	5	8,6
	101–10 000	23	22,5	1	2,3	22	37,9
	10 001–100 000	21	20,6	13	29,5	8	13,8
	> 100 000	12	11,8	7	15,9	5	8,6
	Summe		3 945 593		2 330 536		1 615 057

Fettgedruckt sind die jeweils höchsten Prozentwerte.

* Mehrere Antworten möglich.

** Da die Krankenkassen die Zahl ihrer teilnehmenden Versicherten meldeten, wurden bei dieser Auswertung alle $N_{\text{Gesamt}}=102$ gemeldeten Verträge inklusive der doppelten Verträge ausgewertet, mit $N_{\text{HZV}}=44$ und $N_{\text{Kombi}}=58$.

Quelle: Eigene Berechnungen

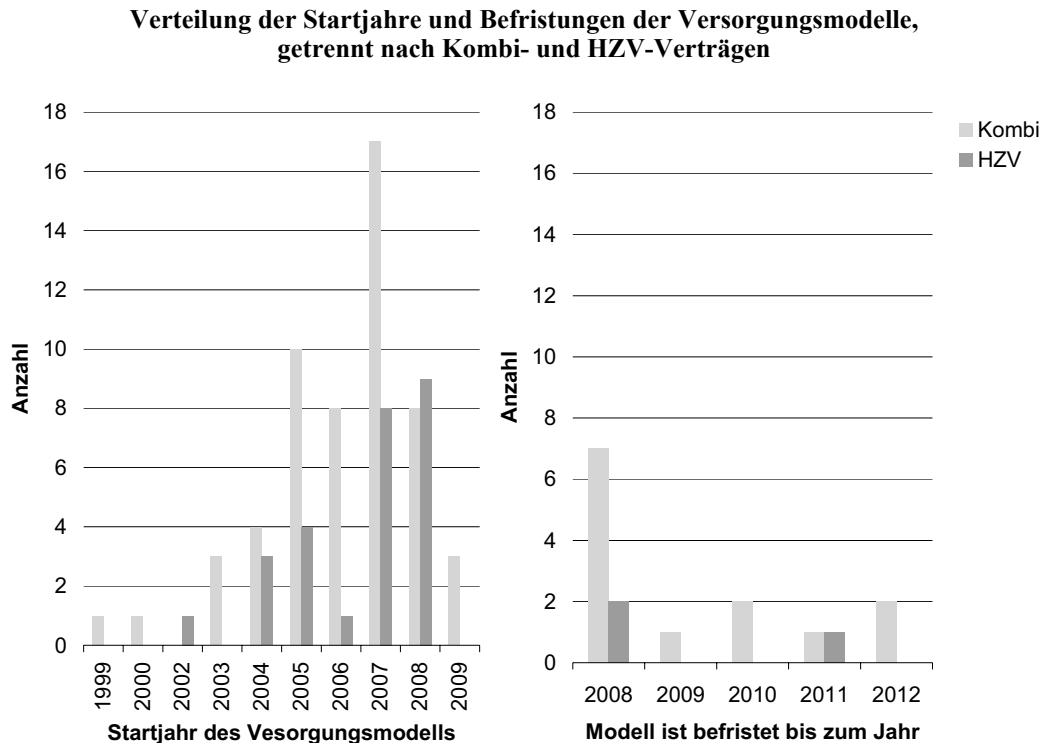
wonach 68 228 an den HZV-Verträgen und 20 317 Hausärzte an den Kombiverträgen teilnehmen.

Einen Hinweis darauf, dass die Integration der Sektoren in den Kombiverträgen fortgeschrittener ist als in den rein hausarztzentrierten Verträgen, gibt die Summe der beteiligten Fachärzte, die in den Kombiverträgen 2 939 und in der HZV 1 044 beträgt. Der Aspekt der Integration wird in Ziffer 883ff. noch näher untersucht.

An den HZV-Modellen (insgesamt 2 330 536 Versicherte) nehmen im Durchschnitt mehr Versicherte teil als an den

Kombiverträgen (insgesamt 1 651 057 Versicherte). Die Zahl der Versicherten liegt bei den Kombiverträgen überwiegend zwischen 101 und 10 000 Versicherten, während bei den HZV-Verträgen zu 34,1 % der Verträge die Teilnehmerzahl zwischen 1 und 1 000 bzw. zu 29,5 % zwischen 10 001 und 100 000 liegt. In beiden Vertragsformen existieren bereits Modelle mit über 100 000 teilnehmenden Versicherten. Das sind zum Beispiel in der HZV die Verträge der Ersatzkassen mit der KV in Hessen, Nordrhein und Niedersachsen sowie bei den Kombiverträgen das „prosper“-Netz der Knappschaft.

Abbildung 62



Quelle: Eigene Darstellung

Exkurs: Hausarztzentrierte Versorgung der AOK in Baden-Württemberg

882. Zum 1. Juli 2008 startete in Baden-Württemberg der erste Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V in einem bundesdeutschen Flächenland ohne die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung. Vertragspartner sind die AOK Baden-Württemberg, die Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) und die Medi-verbund Dienstleistungs- GmbH (Medi). Dieser Vertrag unterscheidet sich von den mit KV-Beteiligung abgeschlossenen Verträgen insbesondere in der Vergütung und dem Einsatz von Computertechnologien.

Das Versorgungsmodell ist zum Zeitpunkt der Befragung das einzige populationsbezogene und indikationsübergreifende Modell, in dem die Leistungserbringer für (nahezu) alle ambulanten Leistungen eine Pauschale erhalten.¹⁸⁴ Die Pauschale setzt sich aus drei additiven Bestandteilen zusammen (vgl. AOK Baden-Württemberg et al. 2008):

1. Eine kontaktunabhängige Pauschale, die 65 Euro pro Jahr und eingeschriebenen Versicherten beträgt und unabhängig davon gezahlt wird, ob der Versicherte die Leistungen des Hausarztes in Anspruch nimmt. Die Pauschale soll die Kosten für die Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung sicherstellen.
2. Eine kontaktabhängige Behandlungspauschale in Höhe von 40 Euro pro Quartal, die die komplette hausärztliche Versorgung abdecken soll, wenn ein eingeschriebener Versicherter in einem Quartal die Leistungen seines Hausarztes in Anspruch nimmt.
3. Eine kontaktabhängige Pauschale für die Behandlung chronisch kranker Patienten in Höhe von 25 Euro pro Quartal.

Für bestimmte Qualifikationen des Hausarztes werden Zuschläge gewährt (Sonografie-, Psychosomatik-Zuschlag usw.).

Erstmals wurde auch ein Zuschlag zur Betreuung chronisch Kranker durch besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte (Versorgungsassistenten der Hausarztpraxis, VERAH) vereinbart. Der Zuschlag für chronisch Kranke von 25 Euro pro Quartal kann um weitere 5 Euro gesteigert werden, wenn die Praxis eine zertifizierte und besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte hat, die im Rahmen der Betreuung chronisch erkrankter Patienten spezielle Case Management-Aufgaben übernimmt.

¹⁸⁴ In der Zwischenzeit ist in Bayern ein ähnliches Modell zwischen der AOK Bayern und dem Bayerischen Hausärzterverband an den Start gegangen.

Ein weiterer wesentlicher Vertragsgegenstand ist die Verpflichtung der teilnehmenden Hausärzte, internetfähige Rechner vorzuhalten und auf diesen nur ausgewählte Vertragssoftware zu verwenden. Damit soll sichergestellt werden, dass die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit der AOK ausschließlich auf elektronischem Weg geschieht. Zudem soll die Arzneimitteltherapie über ein entsprechendes Softwaremodul gesteuert werden, über das die Hausärzte Arzneimittelempfehlungen erhalten, die auch die von der AOK abgeschlossenen Rabattverträge berücksichtigen. Pharmazeutische Werbung in der Vertragssoftware wird untersagt. Die Vertragssoftware soll auch die Führung einer elektronischen Patientenakte ermöglichen.

Integration der Sektoren

883. Die Integration mehrerer Sektoren in einem Versorgungsmodell soll ermöglichen, Schnittstellenprobleme etwa beim Übergang von der ambulanten in die stationäre Versorgung zu mindern. In der integrierten Versorgung nach § 140a bis d SGB V gilt die Integration als Voraussetzung für den Abschluss und die Gewährung der Anschubfinanzierung.¹⁸⁵ In der hausarztzentrierten Versor-

gung liegt der Fokus dagegen allein auf dem ambulanten Bereich, wobei eine Kombination mit der integrierten Versorgung möglich, aber keine Bedingung ist. Diese Unterschiede in den gesetzlichen Grundlagen spiegeln sich erwartungsgemäß in der Umsetzung wider (Tabelle 90). So ist bei 61,5 % der rein hausarztzentrierten Versorgungsverträge die Beteiligung von Fachärzten nicht geplant und die Integration des stationären Sektors sowie weiterer Bereiche wie etwa der Pflege oder Rehabilitation nur vereinzelt umgesetzt bzw. geplant. Demgegenüber ist in den Kombiverträgen die Beteiligung von Fachärzten zu 83,6 % und von Krankenhäusern zu 54,5 % bereits umgesetzt. In den anderen Bereichen wird die Integration zumindest geplant.

¹⁸⁵ Allerdings genügt laut § 140a Absatz 1 SGB V bereits eine interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit als integrierte Versorgung (vgl. Abschnitt 6.5.2).

Tabelle 90

Integration der Sektoren

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Hausärzte	Bereits umgesetzt	70	86,4	23	88,5	47	85,5
	Geplant	7	8,6	1	3,8	6	10,9
	Nicht geplant	4	4,9	2	7,7	2	3,6
Fachärzte Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	51	63,0	5	19,2	46	83,6
	Geplant	12	14,8	5	19,2	7	12,7
	Nicht geplant	17	21,0	16	61,5	1	1,8
Krankenhäuser Keine Angaben = 3	Bereits umgesetzt	30	37,0	0		30	54,5
	Geplant	15	18,5	0		15	27,3
	Nicht geplant	33	40,7	24	92,3	9	16,4
Pflegedienste/-heime Keine Angaben = 4	Bereits umgesetzt	5	6,2	0		5	9,1
	Geplant	22	27,2	1	3,8	21	38,2
	Nicht geplant	50	61,7	23	88,5	27	49,1
Rehabilitation Keine Angaben = 3	Bereits umgesetzt	7	8,6	0		7	12,7
	Geplant	19	23,5	0		19	34,5
	Nicht geplant	52	64,2	24	92,3	28	50,9
Heilmittelerbringer Keine Angaben = 4	Bereits umgesetzt	5	6,2	0		5	9,1
	Geplant	20	24,7	1	3,8	19	34,5
	Nicht geplant	52	64,2	23	88,5	29	52,7

n o c h Tabelle 90

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Psychotherapeuten Keine Angaben = 4	Bereits umgesetzt	14	17,3	1	3,8	13	23,6
	Geplant	18	22,2	0		18	32,7
	Nicht geplant	45	55,6	23	88,5	22	40,0
Apotheken Keine Angaben = 4	Bereits umgesetzt	7	8,6	0		7	12,7
	Geplant	21	25,9	1	3,8	20	36,4
	Nicht geplant	49	60,5	23	88,5	26	47,3
Soziale/kommunale Dienste Keine Angaben = 4	Bereits umgesetzt	2	2,5	0		2	3,6
	Geplant	16	19,8	0		16	29,1
	Nicht geplant	59	72,8	24	92,3	35	63,6

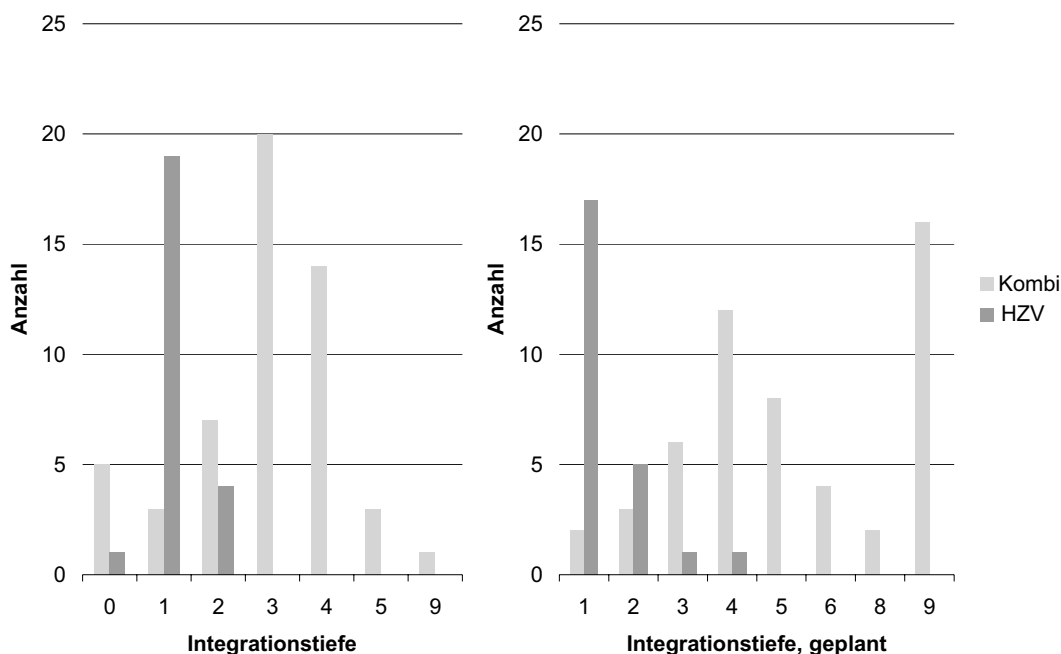
Quelle: Eigene Berechnungen

884. Die Integrationstiefe, – gemessen als Anzahl der Sektoren, die in einem Versorgungsmodell integriert werden, – liegt in den Kombimodellen im Durchschnitt bei 3 Sektoren und in der HZV bei 1,1, wenn man ausschließlich die bereits eingeschlossenen Sektoren berücksichtigt (Abbildung 63, links). Dabei integrieren von den 55

Kombimodellen 29 Modelle (52,7%) mindestens die hausärztliche, die fachärztliche und die stationäre Versorgung. Geplant wird, die Integration in Zukunft weiter zu vertiefen, mit einer dann durchschnittlichen Integrations-tiefe von 5,6 Sektoren in den Kombimodellen und 1,4 in den HZV-Verträgen (Abbildung 63, rechts).

Abbildung 63

Verteilung der Integrationstiefe* der Versorgungsmodelle, getrennt nach Kombi- und HZV-Verträgen



* Die Integrationstiefe gibt die Zahl der Sektoren an, die Bestandteil des jeweiligen Versorgungsmodells sind (vgl. dazu auch Tabelle 90). In der linken Abbildung wurden nur die Sektoren berücksichtigt, die laut Angaben der befragten Krankenkassen bereits in das Versorgungsmodell integriert wurden. In der rechten Abbildung sind zusätzlich auch die Sektoren berücksichtigt, die zukünftig integriert werden sollen.

Quelle: Eigene Darstellung

Exkurs: Das Modell „Gesundes Kinzigtal“

885. Im Jahr 2006 wurde das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ ins Leben gerufen, befristet auf zunächst neun Jahre. Das Modell beruht auf einem Vertrag zur integrierten Versorgung zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Managementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal“ GmbH. Mittlerweile ist auch die LKK Baden-Württemberg Vertragspartner. Gesellschafter der GmbH ist zu zwei Dritteln ein lokales Ärztenetz aus niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten und Krankenhausärzten. Das restliche Drittel wird von einer Hamburger Beratungsgesellschaft gehalten, die sich auf die integrierte Versorgung spezialisiert hat (Hermann et al. 2006; Weatherly et al. 2007).

Das Versorgungsmodell weist zahlreiche Besonderheiten auf, die es zu einem „Leuchtturm“ für die Möglichkeiten (und Grenzen) integrierter Vollversorgung in Deutschland machten (Weatherly et al. 2007). So sind in dem Modell nach Angaben der AOK Baden-Württemberg alle in Tabelle 90 genannten Sektoren bereits integriert. Dabei wird die Wahl der Leistungserbringer für die teilnehmenden Versicherten nicht eingeschränkt. Jedoch erhalten die Versicherten keine finanzielle Anreize, an dem Modell teilzunehmen. Vielmehr sollen die Versicherten über die Qualität der erbrachten Leistungen für das Modell gewonnen werden (Hermann et al. 2006; Weatherly et al. 2007).

Entsprechend orientiert sich die Finanzierung der Managementgesellschaft nicht an der Zahl der eingeschriebenen Versicherten, sondern an allen circa 32 000 AOK- und LKK-Versicherten in der Region. Dazu werden die tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben mit einem virtuellen Budget verglichen, das den Leistungsausgaben einer morbiditätsadjustierten Vergleichspopulation entspricht und an die Gesamtkostenentwicklung in Deutschland gekoppelt ist. Die gegenüber der Vergleichspopulation erzielten Einsparungen werden zwischen den Krankenkassen und der Managementgesellschaft geteilt. Aus den so generierten Einnahmen finanziert die „Gesundes Kinzigtal“ GmbH Maßnahmen zur Optimierung der Leistungsabläufe innerhalb und zwischen den Sektoren. Zusätzlich werden die Leistungserbringer zur gezielten Steuerung extrabudgetär für bestimmte Leistungen vergütet. Die Grundvergütung der beteiligten Leistungserbringer findet dagegen weiterhin nach den jeweiligen Regeln der einzelnen Sektoren statt (Hermann et al. 2006; Weatherly et al. 2007).

Zu den besonderen Leistungen, die den teilnehmenden Versicherten angeboten werden, zählt eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung, die innerhalb von drei Monaten nach der Einschreibung erfolgt und alle zwei Jahre wiederholt wird. Daraus leiten der behandelnde Arzt bzw. Psychotherapeut und der Patient gemeinsam Präventions- und Therapieziele ab. Des Weiteren führt die Managementgesellschaft Präventionsprogramme durch, – etwa ein Ernährungs- und Bewegungsprogramm für Familien mit adipösen Kindern, ein Programm zur Erkennung des Metabolischen Syndroms oder ein Programm zur Raucherentwöhnung (Weatherly et al. 2007). Das „Gesunde Kinzigtal“-Modell gehört zu den wenigen Modellen, die einen Patientenbeirat und einen Ombudsmann für die Patienten etabliert haben.

An dem Modell „Gesundes Kinzigtal“ sind nach Angaben der AOK Baden-Württemberg 22 Hausärzte und 20 Fachärzte beteiligt. Insgesamt haben sich bislang 3 060 Versicherte für eine Teilnahme entschieden.

886. In der Ausgestaltung der Integration sind die Kombiverträge der rein hausarztzentrierten Versorgung voraus (Tabelle 91). Auf die Frage, welche Maßnahmen der Vertrag vorsieht, den Hausarzt eines Versicherten gegebenenfalls über alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen anderer Leistungserbringer zu informieren, gaben die Krankenkassen an, dass in knapp drei Vierteln der Kombiverträge strukturierte Überweisungsinformationen, in etwas mehr als der Hälfte strukturierte Einwei-

sungs- und Entlassungsinformationen und in 34,5 % eine gemeinsame elektronische Patientenakte bereits umgesetzt wurde. Auch weil in der hausarztzentrierten Versorgung eine Integration der Sektoren gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, sind solche Maßnahmen dort nur wenig verbreitet, abgesehen von den strukturierten Überweisungsinformationen, die zu 42,3 % auch in den HZV-Verträgen bereits umgesetzt sind.

Tabelle 91

Informationen des Hausarztes

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Strukturierte Überweisungsinformationen Keine Angaben = 3	Bereits umgesetzt	53	65,4	11	42,3	42	76,4
	Geplant	10	12,3	2	7,7	8	14,5
	Nicht geplant	15	18,5	12	46,2	3	5,5

noch Tabelle 91

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Strukturierte Einweisungs- und Entlassungsinformationen Keine Angaben = 3	Bereits umgesetzt	34	42,0	5	19,2	29	52,7
	Geplant	22	27,2	3	11,5	19	34,5
	Nicht geplant	22	27,2	17	65,4	5	9,1
Gemeinsame elektronische Patientenakte	Bereits umgesetzt	19	23,5	0		19	34,5
	Geplant	25	30,9	0		25	45,5
	Nicht geplant	37	45,7	26	100,0	11	20,0

Fettgedruckt sind die jeweils höchsten Prozentwerte.

Quelle: Eigene Berechnungen

Vergütung der Leistungserbringer

887. Bei der Vergütung der Leistungserbringer wird in den populationsbezogenen Versorgungsmodellen bisher nur vereinzelt von der bisherigen Praxis abgewichen; so werden in 85,2 % aller Verträge die Leistungserbringer im Rahmen der Gesamtvergütung entlohnt, wobei für zusätzliche Leistungen, die aus dem Versorgungsvertrag

herrühren, eine gesonderte Vergütung vereinbart wurde (Tabelle 92). Eine Kopfpauschale (Capitation) als Vergütung ist dagegen bisher nur von der AOK Baden-Württemberg im Rahmen eines HZV-Vertrags (s. Ziffer 882) in die Praxis umgesetzt worden, wobei die Pauschale allerdings auf den hausärztlichen Bereich begrenzt ist. Bei den Kombiverträgen ist in knapp 30 % der Modelle eine Kopfpauschale über alle Leistungssektoren hin-

Tabelle 92

Vergütung der Leistungserbringer

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Im Rahmen der Gesamtvergütung, gesonderte Vergütung für zusätzliche Leistungen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	69	85,2	24	92,3	45	81,8
	Geplant	6	7,4	1	3,8	5	9,1
	Nicht geplant	5	6,2	0		5	9,1
Kopfpauschale über alle Leistungen aller Sektoren Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	0		0		0	
	Geplant	16	19,8	0		16	29,1
	Nicht geplant	63	77,8	24	92,3	39	70,9
Kopfpauschale über alle haus- ärztlichen Leistungen Keine Angaben = 3	Bereits umgesetzt	1	1,2	1	3,8	0	
	Geplant	11	13,6	0		11	20,0
	Nicht geplant	66	81,5	24	92,3	42	76,4
Beteiligung an erzielten finanziellen Einsparungen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	28	34,6	4	15,4	24	43,6
	Geplant	26	32,1	2	7,7	24	43,6
	Nicht geplant	26	32,1	19	73,1	7	12,7
Qualitätsorientierte Vergütung (<i>pay for performance</i>) Keine Angaben = 3	Bereits umgesetzt	13	16,0	3	11,5	10	18,2
	Geplant	18	22,2	0		18	32,7
	Nicht geplant	47	58,0	22	84,6	25	45,5

Fettgedruckt sind die jeweils höchsten Prozentwerte. Dies gilt auch für die nachfolgenden Tabellen.

Quelle: Eigene Berechnungen

weg und bei 20 % eine Pauschale für alle hausärztlichen Leistungen in Planung.

Die Vergütung der Leistungserbringer kann zudem an das Erreichen finanzieller oder qualitativer Ziele gekoppelt werden. In 28 der 81 Versorgungsverträge (34,6 %) existiert

eine Einsparbeteiligung, wobei davon 24 Kombiverträge sind. Auch eine qualitätsorientierte Vergütung der Leistungserbringer (*pay for performance*) findet sich eher in den Kombiverträgen. Sie ist insgesamt aber weniger verbreitet als die Einsparbeteiligung.

Exkurs: Das „prosper“-Netz der Knappschaft

888. Im Jahr 1999 startete die Knappschaft in Bottrop das erste populationsbezogene und indikationsübergreifende Versorgungsmodell Deutschlands (Greve 2006). Aufgrund des überdurchschnittlichen Alters und der damit einhergehenden erhöhten (Multi-)Morbidity des Versichertenbestandes war der Kostendruck für die Knappschaft stärker ausgeprägt und die Koordinationsdefizite in der Regelversorgung offenkundiger als bei den übrigen gesetzlichen Krankenkassen. Die Besonderheiten des aus der Tradition der bergmännischen Solidarität entstandenen Knappschaftssystems erleichterten den Einstieg in die integrierte Vollversorgung: Zum einen ist die Knappschaft-Bahn-See Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung in einem. Sie ist zudem Träger mehrerer Krankenhäuser und Reha-Kliniken, unterhält einen sozialmedizinischen Dienst und übernimmt für die Knappschaftsärzte die Rolle einer kassenärztlichen Vereinigung. So waren in der Startregion Bottrop im Jahr 1999 36 900 Personen bei der Knappschaft versichert, es gab 52 Knappschaftsärzte und ein Knappschaftskrankenhaus (Weatherly et al. 2007). Mittlerweile existieren „prosper“-Netze in vier weiteren Regionen: in Gelsenkirchen/Gladbach, in Recklinghausen, im Saarland und in der Lausitz, an denen auch Vertragsärzte und Krankenhäuser beteiligt sind, die nicht zum Knappschaftssystem gehören. Nach eigenen Angaben sind bislang 738 Hausärzte und 555 Fachärzte in den Netzen tätig, mit fast 170 000 eingeschriebenen Versicherten.

Das „prosper“-Modell zeichnet sich durch seinen klar definierten regionalen Bezug aus, in dem sich die beteiligten Leistungserbringer als Versorgungsteam verstehen. Die niedergelassenen Ärzte und Krankenhausärzte stimmen sich in Arbeitsgruppen, Qualitätszirkeln und Netzwerkkonferenzen ab, wobei hauptamtliche Koordinatoren das Netzwerkmanagement organisieren (Weatherly et al. 2007).

Im „prosper“-Modell sind die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung, die stationäre Versorgung sowie die Rehabilitation nach § 140a bis d SGB V integriert. Die Versicherten können sich freiwillig einschreiben, worauf ihnen die Praxisgebühr erlassen wird. Sie wählen einen Hausarzt ihres Vertrauens und können weitere Ärzte nur nach dessen Überweisung aufsuchen. In Bottrop wurde im Rahmen einer dreijährigen Pilotphase die gemeinsame elektronische Patientenakte eingeführt, die den Anforderungen der künftig bundesweiten Gesundheitskarte der Gematik entspricht (Krüger-Brand 2009).

Die Finanzierung des Netzes erfolgt ähnlich der Finanzierung der „Gesundes Kinzigtal“ GmbH (s. Ziffer 885): Die Vergütung der Leistungserbringer folgt zunächst den Regeln der jeweiligen Sektoren. Im Netz gegenüber einer morbiditätsadjustierten Vergleichspopulation erzielte Einsparungen werden darüber hinaus zu einem Teil an die beteiligten Leistungserbringer extrabudgetär ausgeschüttet. Der Rest verbleibt der Knappschaft. Nach den Angaben der Knappschaft werden in den Netzen aufgrund der engeren Verzahnung und Kooperation innerhalb und zwischen den Sektoren im Schnitt 10 % niedrigere Ausgaben getätigt als in der Regelversorgung (Greve 2006; Weatherly et al. 2007).

Steuerung der Inanspruchnahme

889. Die Teilnahme an einem populationsbezogenen Versorgungsvertrag ist nicht in jedem Fall mit einem finanziellen Vorteil für die Versicherten verbunden, worin sich HZV- und Kombiverträge kaum unterscheiden (Tabelle 93). Bei 51 der insgesamt 81 gemeldeten Verträgen (63 %) ist entweder geplant bzw. bereits umgesetzt, dass sich für die Versicherten bei Teilnahme die Praxisgebühr reduziert bzw. entfällt. Ein reduzierter Versicherungsbeitrag oder eine geringere Zuzahlung bei Medikamenten ist nur vereinzelt vorgesehen.

890. Die Wahl eines Hausarztes, der vor der Inanspruchnahme weiterer ambulanter fachärztlicher Versorgung durch den Versicherten eine Überweisung ausstellen muss, ist ein wesentliches Merkmal der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Absatz 3 Satz 2 SGB V). Dement-

sprechend ist bei allen gemeldeten HZV-Verträgen die freie Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt (Tabelle 94). Differenzierter stellt sich das Bild bei den Kombiverträgen dar: Hier gaben die Krankenkassen an, dass in 26 der 55 Verträge (47,3 %) keinerlei Einschränkung der Leistungserbringerwahl stattfindet. Ein prominentes Beispiel ist der Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der „Gesundes Kinzigtal“ GmbH (s. Ziffer 885).

Die Inanspruchnahme sowohl der netzexternen als auch der netzinternen Leistungserbringer wird überwiegend durch die Überweisung des zuvor gewählten Vertrauensarztes gesteuert. Eine finanzielle Steuerung durch eine erhöhte Eigenbeteiligung bzw. durch den Wegfall von Bonuszahlungen ist nur bei den Kombiverträgen verbreitet. Dagegen findet man eine vollständige Kostenübernahme durch den Versicherten nur in Einzelfällen (Tabelle 94).

Tabelle 93

Finanzielle Boni für die Versicherten

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Reduzierte Praxisgebühr Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	46	56,8	15	57,7	31	56,4
	Geplant	5	6,2	0		5	9,1
	Nicht geplant	28	34,6	9	34,6	19	34,5
Reduzierter Versicherungsbeitrag Keine Angaben = 11	Bereits umgesetzt	1	1,2	0		1	1,8
	Geplant	5	6,2	0		5	9,1
	Nicht geplant	64	79,0	23	88,5	41	74,5
Reduzierte Zuzahlung bei Medikamenten Keine Angaben = 12	Bereits umgesetzt	1	1,2	0		1	1,8
	Geplant	0		0		0	
	Nicht geplant	68	84,0	23	88,5	45	81,8

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 94

Einschränkungen in der Wahl der Leistungserbringer

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Leistungserbringerwahl Keine Angaben = 4	Nicht eingeschränkt	26	32,1	0		26	47,3
	Eingeschränkt	51	63,0	23	88,5	28	50,9
Inanspruchnahme netzexterner Leistungserbringer:		N = 51		N = 23		N = 28	
Überweisung muss vorliegen	Bereits umgesetzt	39	76,5	22	95,7	17	60,7
	Geplant	3	5,9	1	4,3	2	7,1
	Nicht geplant	9	17,6	0		9	32,1
Erhöhte Eigenbeteiligung bzw. Wegfall von Boni, wenn keine Überweisung vorliegt Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	16	31,4	3	13,0	13	46,4
	Geplant	2	3,9	0		2	7,1
	Nicht geplant	31	60,8	19	82,6	12	42,9
Vollständige Kostenübernahme durch den Versicherten, wenn keine Überweisung vorliegt Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	2	3,9	1	4,3	1	3,6
	Geplant	1	2,0	0		1	3,6
	Nicht geplant	46	90,2	21	91,3	25	89,3
Inanspruchnahme netzinterner Leistungserbringer:		N = 51		N = 23		N = 28	
Überweisung vom Vertrauensarzt muss vorliegen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	25	49,0	5	21,7	20	71,4
	Geplant	3	5,9	1	4,3	2	7,1
	Nicht geplant	22	43,1	16	69,6	6	21,4
Erhöhte Eigenbeteiligung bzw. Wegfall von Boni, wenn keine Überweisung vorliegt Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	12	23,5	2	8,7	10	35,7
	Geplant	1	2,0	0		1	3,6
	Nicht geplant	36	70,6	20	87,0	16	57,1
Vollständige Kostenübernahme durch den Versicherten, wenn keine Überweisung vorliegt Keine Angaben = 3	Bereits umgesetzt	1	2,0	1	4,3	0	
	Geplant	1	2,0	0		1	3,6
	Nicht geplant	46	90,2	21	91,3	25	89,3

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 95

Autorisierung durch die Krankenkasse

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Bestimmte Leistungen müssen durch die Krankenkasse oder eine entsprechenden Instanz erst autorisiert werden	Bereits umgesetzt	9	11,1	0		9	16,4
	Geplant	7	8,6	1	3,8	6	10,9
	Nicht Geplant	65	80,2	25	96,2	40	72,7
Bereiche der Autorisierung:		N = 16		N = 1		N = 15	
Ambulante Leistungen	Bereits umgesetzt	1	6,3	0		1	6,7
	Geplant	4	25,0	0		4	26,7
	Nicht geplant	11	68,8	1	100,0	10	66,7
Facharztüberweisungen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	0		0		0	
	Geplant	3	18,8	0		3	20,0
	Nicht geplant	12	75,0	1	100,0	11	73,3
Medikamenten- oder Hilfsmittelverschreibungen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	7	43,8	0		7	46,7
	Geplant	5	31,3	1	100,0	4	26,7
	Nicht geplant	3	18,8	0		3	20,0
Krankenhausweisung Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	0		0		0	
	Geplant	4	25,0	0		4	26,7
	Nicht geplant	11	68,8	1	100,0	10	66,7

Quelle: Eigene Berechnungen

891. Als weiteres Instrument zur Steuerung des Leistungsgeschehens kann im Versorgungsmodell vereinbart sein, dass bestimmte Leistungen vor deren Inanspruchnahme von der Krankenkasse oder einer entsprechenden Instanz (etwa einer Managementgesellschaft) autorisiert werden müssen (*utilization review*). Dieses Instrument wird bisher nur vereinzelt in den Kombiverträgen und hier vor allem im Bereich der Medikamenten- bzw. Hilfsmittelverschreibung eingesetzt (Abbildung 62). In einem HZV-Vertrag ist solch eine Maßnahmen bisher geplant.

892. Das Instrument der Zweitmeinung ist in den populationsbezogenen Versorgungsmodellen kaum verbreitet, lediglich in 9 der 81 Verträge (11,1 %) ist dies umgesetzt oder geplant (Tabelle 96).

In über drei Viertel aller Modelle wird bzw. soll in Zukunft das Überweisungs- und Verschreibungsverhalten der beteiligten Leistungserbringer systematisch erfasst und ausgewertet werden, um die Versorgung der teilnehmenden

Versicherten besser steuern zu können (Tabelle 96). In der rein hausarztzentrierten Versorgung ist man dabei in der Umsetzung (42,3 %) schon etwas weiter als in den Kombiverträgen (32,7 %).

Zur Optimierung der Pharmakotherapie wurde in 11 der 81 Verträge (13,6 %) ein bestimmter Generikaanteil der Verschreibungen vereinbart (Tabelle 96). In 35 weiteren Modellen ist dies geplant (43,2 %), von denen 32 zu den Kombiverträgen gehören. Auch der (geplante) Einsatz einer Positivliste ist unter den Kombiverträgen deutlich weiter verbreitet. Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie sollten in allen hausarztzentrierten Versorgungsmodellen Vertragsbestandteil sein, da diese nach § 73b Absatz 2 Nummer 1 SGB V zu den gesetzlichen Anforderungen zählen. Die befragten Krankenkassen gaben allerdings in 6 der 26 HZV-Verträge an, Qualitätszirkel nicht einmal geplant zu haben. Möglicherweise wurde hier die Frage anders interpretiert als intendiert war.

Tabelle 96

Weitere Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Zweitmeinung für bestimmte Leistungen	Bereits umgesetzt	7	8,6	2	7,7	5	9,1
	Geplant	2	2,5	0		2	3,6
	Nicht Geplant	72	88,9	24	92,3	48	87,3
Überweisungs- und Verschreibungsverhalten wird erfasst und ausgewertet	Bereits umgesetzt	29	35,8	11	42,3	18	32,7
	Geplant	33	40,7	8	30,8	25	45,5
	Nicht geplant	19	23,5	7	26,9	12	21,8
Maßnahmen zur Optimierung der Pharmakotherapie:							
Bestimmter Generikaanteil Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	11	13,6	5	19,2	6	10,9
	Geplant	35	43,2	3	11,5	32	58,2
	Nicht geplant	34	42,0	18	69,2	16	29,1
Positivliste Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	12	14,8	1	3,8	11	20,0
	Geplant	28	34,6	2	7,7	26	47,3
	Nicht geplant	39	48,1	22	84,6	17	30,9
Qualitätszirkel Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	46	56,8	17	65,4	29	52,7
	Geplant	22	27,2	2	7,7	20	36,4
	Nicht geplant	12	14,8	6	23,1	6	10,9

Quelle: Eigene Berechnungen

Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung

893. Eine weitere gesetzliche Anforderung ist nach § 73b Absatz 2 Nummer 3 SGB Veine regelmäßige Fortbildung der beteiligten Leistungserbringer speziell für hausarzttypische Behandlungsprobleme. Dies ist in 24 der 26 HZV-Verträge bereits umgesetzt (Tabelle 97). Auch bei den Kombiverträgen ist zu 65,5 % eine regelmäßige hausartspezifische Fortbildung vereinbart. In weiteren 25,5 % der Kombimodelle ist dies geplant.

Etwas allgemeiner als im Falle der Pharmakotherapie wurden die Krankenkassen auch befragt, ob sich die Leistungserbringer in dem Versorgungsmodell regelmäßig zu gemeinsamen Qualitätszirkeln treffen, in denen die Qualität der erbrachten Leistungen und der verwendeten Prozesse reflektiert werden. Dies scheint tatsächlich ein verbreitetes Instrument zu sein: In 63 der 81 gemeldeten Modelle (77,8 %) sind diese Zirkel umgesetzt und in 13 weiteren sind sie geplant (Tabelle 97). Hierin unterscheiden sich die HZV- und die Kombiverträge kaum. Bei 16 der 22 HZV-Verträge (72,7 %), die solche Qualitätszirkel umgesetzt haben bzw. planen, werden darin auch struktu-

riert aufbereitete Daten sowie evidenzbasierte Informationen verwandt, wodurch eine systematische Analyse der Versorgung erst ermöglicht wird. In den Kombiverträgen geschieht dies bereits in 25 Modellen (46,3 %) und ist in weiteren 28 Modellen (51,9 %) geplant.

894. Ein systematisches Fehlermanagement gehört noch nicht zum Alltag in den populationsbezogenen Versorgungsmodellen. So sind spezifische Maßnahmen zur Erkennung und Vermeidung von Fehlern lediglich in 10 aller 81 gemeldeten Verträge (12,3 %) bereits umgesetzt (Tabelle 98). In 33 weiteren Modellen (40,7 %), wovon 32 auf Kombiverträgen basieren, wird ein Fehlermanagement aber geplant.

Weiter verbreitet ist dagegen die kontinuierliche Erfassung und Auswertung von Qualitätsindikatoren (Tabelle 98), insbesondere in den Kombiverträgen, von denen 45 der 55 Modelle (81,8 %) Qualitätsindikatoren einsetzen bzw. planen einzusetzen. Bei den HZV-Verträgen geschieht dies in 14 der 26 Modelle (53,8 %). Nach den Angaben der Krankenkassen sind die bereits verwendeten bzw. geplanten Qualitätsindikatoren sowohl prozess- als

Tabelle 97

Fortbildung und Qualitätszirkel

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Regelmäßige Fortbildung der Leistungserbringer zu hausarzt-typischen Behandlungsproblemen Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	60	74,1	24	92,3	36	65,5
	Geplant	15	18,5	1	3,8	14	25,5
	Nicht Geplant	4	4,9	1	3,8	3	5,5
Regelmäßige Qualitätszirkel	Bereits umgesetzt	63	77,8	20	76,9	43	78,2
	Geplant	13	16,0	2	7,7	11	20,0
	Nicht Geplant	5	6,2	4	15,4	1	1,8
davon:		N = 76		N = 22		N = 54	
Strukturiert aufbereitete Daten sowie evidenzbasierte Informationen werden in den Qualitätszirkeln verwandt	Bereits umgesetzt	41	53,9	16	72,7	25	46,3
	Geplant	31	40,8	3	13,6	28	51,9
	Nicht geplant	4	5,3	3	13,6	1	1,9

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 98

Fehlermanagement und Qualitätsindikatoren

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Spezifische Maßnahmen zur Erkennung und Vermeidung von Fehlern Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	10	12,3	4	15,4	6	10,9
	Geplant	33	40,7	1	3,8	32	58,2
	Nicht geplant	36	44,4	20	76,9	16	29,1
Kontinuierliche Erfassung und Auswertung von Qualitätsindikatoren	Bereits umgesetzt	34	42,0	6	23,1	28	50,9
	Geplant	25	30,9	8	30,8	17	30,9
	Nicht geplant	22	27,2	12	46,2	10	18,2
Qualitätsindikatoren sind		N = 59		N = 14		N = 45	
Prozessorientiert Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	26	44,1	6	42,9	20	44,4
	Geplant	20	33,9	3	21,4	17	37,8
	Nicht geplant	11	18,6	4	28,6	7	15,6
Ergebnisorientiert Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	24	40,7	2	14,3	22	48,9
	Geplant	23	39,0	3	21,4	20	44,4
	Nicht geplant	11	18,6	8	57,1	3	6,7

Quelle: Eigene Berechnungen

auch ergebnisorientiert. Letztere finden sich dabei vor allem in den Kombimodellen.

895. Auch die Behandlung der teilnehmenden Versicherten „nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien“ gehört nach § 73b Absatz 2 Nummer 2 SGB V zu den Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung. Nach deren Umsetzung wurden die Krankenkassen ebenfalls befragt (Tabelle 99). In 63 der 81 populationsbezogenen Modelle (77,8 %) gibt es bereits Leitlinien für einzelne Erkrankungen und in 15 weiteren Modellen sind Leitlinien geplant. In diesem Punkt und in der Frage, ob die Leitlinien evidenzbasiert sind, unterscheiden sich HZV- und Kombiverträge nur unwesentlich. Die Unterschiede in der gesetzlichen Grundlage auf denen HZV- und Kombiverträge basieren, spiegeln sich dagegen in der Frage wider, ob die Leitlinien speziell für die hausärztliche Versorgung konzipiert und zuvor in Hausarztpraxen erprobt wurden. Dies ist in 70,8 % bzw. 58,3 % der HZV-Verträge der Fall, bei den Kombiverträgen aber nur in jeweils 14,8 % der Modelle. Auf der anderen Seite werden in 53,7 % der Kombiverträge auch sektorübergreifende Leitlinien verwendet und 29,6 % der Kombimodelle pla-

nen dies. In den HZV-Verträgen findet man demgegenüber nur vereinzelt sektorübergreifende Leitlinien.

Weitere Elemente populationsbezogener Versorgungsmodelle

896. Der Fragebogen enthielt auch drei Fragen zu den präventiven Maßnahmen in den Versorgungsmodellen (Tabelle 100). Die Versicherten aktiv für eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung zu gewinnen, wird in 42 der 81 gemeldeten Verträge (51,9 %) versucht, wovon mit 34 die überwiegende Zahl Kombiverträge sind. Auch die Vereinbarung von Gesundheits- und Präventionszielen ist bei den Kombiverträgen weiter verbreitet. Über die Hälfte dieser Modelle planen eine solche Maßnahme oder haben sie bereits vertraglich vereinbart. Präventive Hausbesuche für bestimmte Patientengruppen sind insgesamt noch nicht weit verbreitet. Lediglich in 14 aller 81 Verträge (17,3 %) sind sie umgesetzt, von denen 12 Kombimodelle sind.

897. Chronisch erkrankte Patienten werden in Zukunft eine noch größere Bedeutung im Versorgungsgeschehen haben, als dies heute ohnehin schon der Fall ist. Gerade

Tabelle 99

Leitlinien

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Für einzelne Erkrankungen existieren Leitlinien	Bereits umgesetzt	63	77,8	20	76,9	43	78,2
	Geplant	15	18,5	4	15,4	11	20,0
	Nicht geplant	3	3,7	2	7,7	1	1,8
Die Leitlinien sind:		N = 78		N = 24		N = 54	
Evidenzbasiert Keine Angaben = 2	Bereits umgesetzt	60	76,9	21	87,5	39	72,2
	Geplant	15	19,2	2	8,3	13	24,1
	Nicht geplant	1	1,3	1	4,2	0	
Speziell für die hausärztliche Versorgung konzipiert Keine Angaben = 10	Bereits umgesetzt	25	32,1	17	70,8	8	14,8
	Geplant	8	10,3	2	8,3	6	11,1
	Nicht geplant	35	44,9	4	16,7	31	57,4
Zuvor in Hausarztpraxen erprobt worden Keine Angaben = 8	Bereits umgesetzt	22	28,2	14	58,3	8	14,8
	Geplant	2	2,6	0		2	3,7
	Nicht geplant	46	59,0	8	33,3	38	70,4
Sektorübergreifend Keine Angaben = 7	Bereits umgesetzt	31	39,7	2	8,3	29	53,7
	Geplant	17	21,8	1	4,2	16	29,6
	Nicht geplant	23	29,5	18	75,0	5	9,3

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 100

Prävention

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Aktive Ansprache der Versicherten für eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung	Bereits umgesetzt	42	51,9	8	30,8	34	61,8
	Geplant	6	7,4	2	7,7	4	7,3
	Nicht geplant	33	40,7	16	61,5	17	30,9
Vereinbarung von Gesundheits- und Präventionszielen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	18	22,2	4	15,4	14	25,5
	Geplant	19	23,5	3	11,5	16	29,1
	Nicht geplant	43	53,1	18	69,2	25	45,5
Präventive Hausbesuche für bestimmte Patientengruppen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	14	17,3	2	7,7	12	21,8
	Geplant	8	9,9	0		8	14,5
	Nicht geplant	58	71,6	24	92,3	34	61,8

Quelle: Eigene Berechnungen

von den besonderen Versorgungsmodellen wird hier eine kontinuierlichere und gezieltere Betreuung erwartet. Welche einzelnen Maßnahmen in den Modellen umgesetzt bzw. geplant sind, stellt Tabelle 101 dar. Danach werden nach Angaben der Krankenkassen vor allem in den Kombimodellen Patienten gezielt geschult, um mit ihrer Krankheit besser umgehen zu können. In 25 der 55 gemeldeten Kombiverträge (45,5 %) wurde dies bereits umgesetzt, in 16 (29,1 %) ist es geplant. Auch einen Patientenpass zum Selbstmonitoring erhalten die Versicherten eher, wenn sie sich in einen Kombivertrag eingeschrieben haben. Dieses Instrument setzen dort 14 der 55 Versorgungsmodelle (25,5 %) bereits ein, in 18 weiteren Modellen (32,7 %) ist die Umsetzung geplant. Nur vereinzelt sind Patientenpässe in den HZV-Verträgen umgesetzt oder geplant.

Die Patienten mit Hilfe eines Wiederbestellungssystems an ihre Termine zu erinnern, ist in 50 aller 81 gemeldeten Verträge (61,7 %) umgesetzt oder geplant (Tabelle 101). Die Umsetzung ist dabei in den HZV-Verträgen fortgeschrittener als in den Kombimodellen. Demgegenüber werden Leistungserbringer eher in den Kombiverträgen an Folgeuntersuchungen systematisch erinnert. Dies geschieht nach Angaben der Krankenkassen bereits in 18 der 55 Kombiverträge (32,7 %) und ist zudem in weiteren 18 Modellen geplant. Über 80 % der HZV-Modelle planen eine solche Maßnahme nicht.

Eine Sprechstunde speziell für chronisch Erkrankte ist bisher nur wenig verbreitet: in 7 der insgesamt 81 Verträge (8,6 %). Dabei handelt es sich ausschließlich um Kombiverträge. In 21 Verträgen (25,9 %), von denen nur

einer zur Gruppe der HZV-Modelle gehört, werden solche Chronikersprechstunden aber geplant. Deutlich ist auch der Unterschied in der Verbreitung des Case Managements für spezielle Patienten bzw. Patientengruppen, welches nahezu ausschließlich in den Kombiverträgen umgesetzt (34,5 %) oder geplant (38,2 %) ist.

898. Schließlich wurden die Krankenkassen nach speziellen Serviceleistungen für die Versicherten gefragt, und wie die Versicherten an den Entscheidungen im Versorgungsmodell beteiligt werden (Tabelle 102).

In der Woche mindestens einmal Abendsprechstunden anzubieten, ist vor allem unter den HZV-Verträgen verbreitet. 14 der 26 HZV-Modelle (53,8 %) können ihren Versicherten eine solche Serviceleistung bereits bieten, während dies lediglich in 29,1 % der Kombimodelle der Fall ist. Ähnlich stellt sich die Situation bei der Garantie maximaler Wartezeiten dar.

Umgekehrt können die Versicherten eher in den Kombiverträgen mit einer garantierten Terminvergabe innerhalb weniger Tage rechnen. Diese Leistung wird hier bereits in 25 der 55 Modelle (45,5 %) angeboten und ist in 22 weiteren Modellen (40,0 %) geplant. Ein Beratungstelefon für die Versicherten ist ebenfalls vor allem in den Kombimodellen umgesetzt (40,0 %) oder geplant (20,0 %).

Der Einfluss der Versicherten auf die Entscheidungen in den Versorgungsmodellen, sei es durch eine unabhängige Ombudsstelle oder einen Patientenrat, ist bisher nur vereinzelt gegeben. In den HZV-Verträgen wird dies auch nicht geplant.

Tabelle 101

Betreuung chronisch erkrankter Patienten

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Patientenschulungen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	29	35,8	4	15,4	25	45,5
	Geplant	18	22,2	2	7,7	16	29,1
	Nicht geplant	33	40,7	19	73,1	14	25,5
Patientenpass zum Selbstmonitoring Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	16	19,8	2	7,7	14	25,5
	Geplant	18	22,2	0		18	32,7
	Nicht geplant	46	56,8	23	88,5	23	41,8
Terminerinnerung mittels Wiederbestellungssystem Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	25	30,9	12	46,2	13	23,6
	Geplant	25	30,9	1	3,8	24	43,6
	Nicht geplant	30	37,0	12	46,2	18	32,7
Systematische Erinnerung der Leistungserbringer an Folge- untersuchungen Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	21	25,9	3	11,5	18	32,7
	Geplant	19	23,5	1	3,8	18	32,7
	Nicht geplant	40	49,4	21	80,8	19	34,5
Chronikersprechstunde Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	7	8,6	0		7	12,7
	Geplant	21	25,9	1	3,8	20	36,4
	Nicht geplant	52	64,2	24	92,3	28	50,9
Case Management Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	20	24,7	1	3,8	19	34,5
	Geplant	22	27,2	1	3,8	21	38,2
	Nicht geplant	38	46,9	23	88,5	15	27,3

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 102

Serviceleistungen und Versichertenbeteiligung

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Abendsprechstunden mindestens einmal pro Woche	Bereits umgesetzt	30	37,0	14	53,8	16	29,1
	Geplant	7	8,6	1	3,8	6	10,9
	Nicht geplant	44	54,3	11	42,3	33	60,0
Garantierte maximale Wartezeiten Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	32	39,5	14	53,8	18	32,7
	Geplant	14	17,3	3	11,5	11	20,0
	Nicht geplant	34	42,0	9	34,6	25	45,5
Garantierte Terminvergabe innerhalb weniger Tage	Bereits umgesetzt	32	39,5	7	26,9	25	45,5
	Geplant	25	30,9	3	11,5	22	40,0
	Nicht geplant	24	29,6	16	61,5	8	14,5

noch Tabelle 102

		Gesamt N = 81		HZV N = 26		Kombi N = 55	
		n	%	n	%	n	%
Beratungstelefon für Patienten Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	24	29,6	2	7,7	22	40,0
	Geplant	11	13,6	0		11	20,0
	Nicht geplant	45	55,6	23	88,5	22	40,0
Unabhängige Ombudsstelle Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	4	4,9	0		4	7,3
	Geplant	3	3,7	0		3	5,5
	Nicht geplant	73	90,1	26	100,0	47	85,5
Patientenrat mit Einfluss auf die Entscheidungen im Netz Keine Angaben = 1	Bereits umgesetzt	2	2,5	0		2	3,6
	Geplant	12	14,8	0		12	21,8
	Nicht geplant	66	81,5	26	100,0	40	72,7

Quelle: Eigene Berechnungen

Fazit der Umfrage

899. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Bedeutung der populationsbezogenen und indikationsübergreifenden Modelle für das Versorgungsgeschehen in Deutschland mit bisher knapp 4 Millionen teilnehmenden Versicherten noch relativ gering ist. Modelle, in denen die gesamte medizinische Versorgung aus einer Hand angeboten wird, gibt es nur vereinzelt. Sie sind zudem meist auf spezielle Umstände zurückzuführen, wie etwa bei dem „prosper“-Modell der Knappschaft, wo die Krankenversicherung eigene Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen unterhält (s. Ziffer 888). In der Vergütung der Leistungserbringer wird ebenfalls nur geringfügig von der bisherigen Praxis der Gesamtvergütung abgewichen. Einzig die Beteiligung der Leistungserbringer an den finanziellen Einsparungen findet sich relativ häufig. Dagegen spielt eine kontaktunabhängige Finanzierung über Kopfpauschalen (Capitation) bislang praktisch keine Rolle. Diese wurde bis zum Stichtag der Befragung (1. Juli 2008) lediglich einmal umgesetzt (HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg für den ambulanten Sektor, vgl. Ziffer 885), war aber bereits 4-mal für den ambulanten und 16-mal für alle Sektoren geplant.

Finanziell lohnt es sich für die Versicherten kaum, an den Versorgungsmodellen teilzunehmen und dafür die sonst freie Wahl der Leistungserbringer aufzugeben. Ob sie als Patienten in den Modellen auch tatsächlich eine qualitativ höhere Versorgung erwartet, wird sich aus ihrer Sicht zum Teil nur schwer beurteilen lassen. Erkennbar für die Patienten werden zumindest die angebotenen Serviceleistungen sein, wie Abendsprechstunden und verkürzte Wartezeiten. Auch weisen die in den Modellen schon relativ weitverbreiteten Instrumente zur Steigerung der Qualität (Qualitätszirkel, Leitlinien, Qualitätsindikatoren) und der

weitgehende Verzicht auf die Inanspruchnahme begrenzende Managed Care-Elemente, wie etwa die Vorab-Autorisierung bestimmter Leistungen darauf hin, dass die Krankenkassen von einer restriktiven Steuerung der Inanspruchnahme absehen und eher die Qualität der medizinischen Leistungen im Vordergrund steht.

Der Vergleich zwischen den Verträgen, die ausschließlich auf § 73b SGB V (in der alten, bis Ende 2008 geltenden Fassung) basieren, und den restlichen Verträgen ergab Folgendes: Die These, dass die Verpflichtung der Krankenkassen, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, nur dazu führe, dass lediglich die gesetzlichen Anforderung umgesetzt würden, konnte nicht widerlegt werden. Darüber hinaus gehende Maßnahmen etwa zur Prävention und zur spezifischen Betreuung von chronisch Kranken fanden sich in den HZV-Modellen nur vereinzelt, während in den Kombiverträgen diese Maßnahmen weiter verbreitet sind. Umgekehrt werden auch in den Kombiverträgen bestimmte Anforderungen der hausarztzentrierten Versorgung (Qualitätszirkel, Leitlinien, Fortbildung) erfüllt.

6.5.4 Hindernisse und Erfolgsbedingungen integrierter Versorgung

900. Die jüngsten Gesundheitsreformen vermochten, vor allem mit dem Institut der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V und den Optionen des VÄndG, die Voraussetzungen für eine Erfolg versprechende integrierte Versorgung und eine Intensivierung des Wettbewerbs im ambulanten Bereich sowie an der Schnittstelle zum stationären Sektor deutlich zu verbessern. So besitzen z. B. die Krankenhäuser vielfältige Möglichkeiten, um an der ambulanten Versorgung teilzu-

nehmen und damit in Konkurrenz zu den ambulanten (Fach-)Ärzten zu treten (vgl. GA 2007, Ziffer 293). Der Gesetzgeber hat damit den Krankenkassen und den Leistungserbringern im Prinzip eine hinreichende Anzahl an geeigneten Wettbewerbsparametern, d. h. Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge, gegeben. Es besteht derzeit weniger hinsichtlich des Umfangs der Wettbewerbsparameter der Krankenkassen als bezüglich der üblichen rechtlichen Rahmenbedingungen weiterer Handlungsbedarf, um insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren eine effiziente Koordination in Verbindung mit einem funktionsfähigen Wettbewerb zu realisieren (vgl. GA 2007, Ziffer 278; Wille 2009):

1. Infolge der mangelnden Outcomeorientierung der Gesundheitsversorgung dominieren Ressourcen- und instrumentale Gesichtspunkte, denen unter Zielaspekten nur eine nachrangige Bedeutung zukommt. Die nationalen Berichtssysteme informieren ausführlich über die monetären und physischen Inputs, die in die Gesundheitsversorgung eingehen, aber noch zu wenig über Entwicklung und Stand der Outcomeindikatoren.
2. Um gezielte Wahlentscheidungen treffen und damit den Wettbewerb unter den Leistungserbringern stimulieren zu können, besitzen die Versicherten eine zu geringe Transparenz über Behandlungsalternativen und Leistungsqualitäten. Ein valides System von Patientensicherheits- und Qualitätsindikatoren könnte im Falle einer Offenlegung dieser Daten den Patienten als Informationsgrundlage für ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dienen. Die Leistungserbringer verfügen ihrerseits noch über zu geringe Möglichkeiten, um mit spezifischen Qualifikationen und Fertigkeiten um die Patienten und um selektive Verträge mit den Krankenkassen zu werben (vgl. Mörsch 2005).
3. Gesundheitsförderung und Prävention fristen sowohl hinsichtlich des Ausgabenvolumens als auch in qualitativer Hinsicht weiterhin ein stiefmütterliches Dasein. Effektive Maßnahmen im Bereich der primären, sekundären und tertiären Prävention gewinnen vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden demografischen Wandels und hier vor allem der steigenden Lebenserwartung künftig insofern noch an Bedeutung, als sie eine der zentralen Ursachen für die Gültigkeit der These von der Morbiditätskompression darstellen. Abgesehen von den fiskalischen Implikationen und Effekten dieser These erhöhen im Rahmen einer steigenden Lebenserwartung mehr gesund verbrachte Lebensjahre die Lebensqualität und damit die individuelle Wohlfahrt der Bürger. Der neue RSA reduziert wie nahezu alle stärker morbiditätsorientierten Ausgleichssysteme die Anreize für Krankenkassen zu Investitionen in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (vgl. Wille et al. 2007). Er verschlechtert für integrierte Versorgungsprojekte, die präventive Maßnahmen gezielt fördern, die interne Nutzen-Kosten-Relation.
4. Der neue stärker morbiditätsorientierte RSA hebt unbeschadet bestehender Manipulationsgefahren (vgl. Malin et al. 2009) die bisherige willkürliche Anbindung einiger Indikationen an den (alten) RSA auf. Die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f bis g SGB V stellen unter medizinischen wie ökonomischen Kriterien eine Variante der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V dar und ließen sich insofern unter die integrierten Versorgungsformen subsumieren. Nach Aufhebung ihrer Anbindung an den RSA spricht gegen ihre rechtliche Sonderstellung auch, dass wie bei den integrierten Versorgungsformen der „sektor-übergreifende Versorgungsbedarf“ nach § 137f Absatz 1 SGB V ein zentrales Kriterium für die Auswahl dieser chronischen Krankheiten bildet. Die Subsumierung dieser Disease Management-Programme unter die integrierten Versorgungsformen bietet zudem die Chance, diese Programme im Unterschied zur bisherigen Praxis stärker der selektivvertraglichen Organisation zuzuführen. Sofern die integrierten Versorgungsformen eine spezielle Förderung erhalten (s. hierzu Abschnitt 6.5.2), erfolgt eine Gleichbehandlung der Disease Management-Programme mit anderen integrierten, sektorübergreifenden Versorgungsprogrammen.
5. Die bisherigen Disease Management-Programme umfassten zunächst alle Patienten einer Indikation nach dem „Gießkannenprinzip“ und konzentrierten die Versorgung zu wenig auf homogene Subgruppen mit speziellen Risiken (vgl. Lütke-Handjery 2008). Ein zielgerichtetes Management von multimorbiden, kostenintensiven chronisch Erkrankten verspricht die Ausschöpfung des größten Effizienzpotenzials (vgl. Braun et al. 2008). Bei einem Vergleich der Versorgung von chronisch kranken Patienten in acht Ländern auf der Basis einer Patientenbefragung schnitt Deutschland insgesamt durchschnittlich ab, fiel aber durch die äußerst geringe Einbeziehung von *nurses* in den Behandlungsprozess auf (s. Schoen et al. 2008). Eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit einer rechtlich abgesicherten stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern sowie mit Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen in Verbindung mit einer stärkeren Fokussierung der Disease Management-Programme dürfte zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung führen (s. GA 2007, Ziffer 65ff.).
6. Schon vor der Änderung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Organisationsstrukturgesetz) verpflichtete der § 73b SGB V die Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Diese Regelung widersprach bereits damals sowohl ordnungspolitischen Vorstellungen vom Wettbewerb der Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung. Es existiert derzeit keine in jeder Hinsicht überlegene Variante einer integrierten Versorgung, sodass auch keine Notwendigkeit für das obligatorische Angebot einer bestimmten besonderen Versorgungsform vorliegt (ähnlich Oberender/Linke 2008). Zudem deuten die bisher vorliegenden Evaluationen darauf hin, dass bei den hierzulande vereinbarten Hausarztmodellen eine besonders große Kluft zwischen Wunsch und Wirk-

lichkeit klafft (s. Böcken 2008 und Abschnitt 6.5.3).¹⁸⁶ Im Sinne eines funktionsgerechten Wettbewerbs reicht es aus, den Krankenkassen und den Leistungsanbietern ein Spektrum von Vertragsoptionen zu eröffnen und ihnen die Auswahl der präferierten Varianten als Suchprozess zu überlassen.

Das GKV-OrgWG hat diese Problematik noch erheblich verschärft, denn es zwingt nun die Krankenkassen gemäß § 73b Absatz 4 SGB V, „Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten“. Kommt eine Einigung zwischen den Vertragsparteien nicht zustande, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen versetzt diese Regelung die Hausarztverbände de facto in eine monopolistische Position und gewährt ihnen einen Anspruch auf Vertragsabschluss, den sie bei Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen missbrauchen können. Der Gesetzgeber verlagert damit im Rahmen dieser Vertragsform die frühere Alleinstellung der KVen auf die Hausarztverbände. Dies konfliktiert sowohl mit den wettbewerblichen Intentionen einer selektiven Vertragsgestaltung als auch mit den Zielen einer integrierten Versorgung. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass diese Privilegierung einer bestimmten Berufsgruppe der Segmentierung der Gesundheitsversorgung Vorschub leistet. Die Tatsache, dass nun ein privater (Interessen-)Verband als obligatorischer Vertragspartner an die Stelle einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes tritt, verschärft diese Problematik. Insgesamt besitzt diese Regelung sowohl gegenüber Kollektivverträgen mit KVen als auch im Vergleich mit selektiven Verträgen deutliche Nachteile und bedarf daher dringend einer Korrektur.

7. Selektive Verträge bilden unter Zielaspekten ähnlich wie der Wettbewerb keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Realisierung allokativer und distributiver Funktionen. Im Rahmen der integrierten Versorgung kann es deshalb nicht darum gehen, kollektive Vertragsformen „um jeden Preis“ durch selektive zu ersetzen. Es kommt vielmehr auf die jeweilige komparative Leistungsfähigkeit dieser beiden konkurrierenden Vertragsformen an (vgl. GA 2007, Ziffer 92ff.; Wille 2008; Cobbers 2006). Eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit der selektiven Vertragsgestaltung im Vergleich zur kollektiven sieht sich u. a. mit dem Problem konfrontiert, dass es hierzu bisher weder für Deutschland noch international eine belastbare empirische Informationsbasis gibt.

Allokative Aspekte, insbesondere solche der Innovationsfähigkeit und Qualitätssteigerung, sprechen gleichwohl dafür, die kollektive Vertragsgestaltung stärker um Elemente der selektiven zu ergänzen. Dezentrale

Wettbewerbsprozesse können sich aber auch in einem kollektiven Rahmen entfalten. So besitzen die KVen und Kammern schon heute die Möglichkeit, mit Hilfe von (Mindest-)Qualitätsstandards, obligatorischen Zertifizierungen und ergebnisorientierten Vergütungen einen Qualitätswettbewerb unter ihren Mitgliedern auszulösen. In einigen KVen existieren bereits entsprechende Ansätze. Die bisherigen Erfahrungen sprechen insofern weniger dafür, die KVen in ihrer monopolistischen Position durch Hausarztverbände zu ersetzen, sondern die komparativen Vorzüge der kollektiven Vertragsgestaltung zu erhalten. Ein Übergang zu selektiven Vertragsformen verursacht mit hoher Wahrscheinlichkeit steigende Transaktionskosten (vgl. Rebscher 2005). Zudem drohen bei einem weitgehenden oder gar totalen Übergang zu selektivvertraglichen Regelungen in stärkerem Maße relevante, insbesondere regionale Differenzen hinsichtlich des Qualitätsniveaus der medizinischen Versorgung. Gleichwohl gilt es über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse zu vermeiden, dass die immanenten Schwächen der kollektiven Vertragsgestaltung effizienz- und qualitätssteigernde Prozesse be- oder verhindern.

Sofern sich die selektiven Vertragsformen hinsichtlich ihrer Attraktivität für die Patienten bzw. Versicherten allerdings als erfolgreich erweisen, dürfte das Verhalten im kollektivvertraglichen System für die ambulanten Ärzte und Krankenhäuser mit Einkommenseinbußen einhergehen. Die im Zuge von selektiven Verträgen gebildeten Versorgungsnetze konkurrieren dann nicht nur untereinander, sondern auch mit dem kollektivvertraglichen System. Der Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung entscheidet dann über das zukünftige Verhältnis von selektiven und kollektiven Verträgen. Dieser Wettbewerb führte bereits in den letzten Jahren zu einer spürbar gestiegenen teilweise wohl auch erzwungenen Reformbereitschaft vieler KVen, sodass das zukünftige Verhältnis zwischen kollektiven und selektiven Vertragsformen aus heutiger Sicht offen bleibt. Zu einer optimalen Mischung dieser beiden Vertragsformen, die sich auch im Zeitablauf zu ändern vermag, kann der Gesetzgeber durch eine adäquate wettbewerbliche Rahmenordnung beitragen.

8. Wie schon in Abschnitt 6.2.4 angedeutet, bedarf im Sinne eines fairen Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und ambulanten (Fach-)Ärzten u. a. die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden einer sektorübergreifend einheitlichen Ausgestaltung. Die Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im ambulanten und des Verbotsvorbehaltes im stationären Sektor entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten der gesundheitlichen Leistungserstellung in diesen Bereichen. Größere MVZ und ähnliche ambulante Einheiten verfügen zunehmend über die notwendigen Voraussetzungen, um moderne Behandlungsmethoden ebenso qualifiziert anzuwenden wie Krankenhäuser. Die Krankenhäuser, die ihren Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen auf Landesebene kassenartenübergreifend und gemein-

¹⁸⁶ Über die Effekte der jüngsten Vereinbarungen zwischen Hausarztverbänden und Krankenkassen können noch keine Erfahrungsberichte vorliegen.

sam vereinbaren, sehen sich in ihrem Bereich im Unterschied zu den ambulanten (Fach-)Ärzten nicht mit selektiven Verträgen konfrontiert. Infolge der dualen Finanzierung orientieren sich ihre Investitionen zu sehr an landespolitischen und zu wenig an betriebswirtschaftlichen Aspekten. Faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern untereinander sowie zwischen ihnen und den (Fach-)Ärzten setzen neben einer monistischen Finanzierung auch voraus, dass öffentliche Träger Defizite nicht unlimitiert dauerhaft abdecken.

9. Im Rahmen der GKV können sowohl an der kollektivvertraglich als auch an der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung nur zugelassene Leistungserbringer teilnehmen. Die jeweiligen Zulassungen von Vertragsärzten und Krankenhäusern beruhen aber nicht primär auf Qualitätsaspekten, sondern auf zeitpunktbezogenen regionalen Kapazitätsberechnungen. Die zu einem bestimmten Zeitpunkt zugelassenen Leistungserbringer bieten somit nicht erwie-senermaßen eine höhere Versorgungsqualität als jene, die hier ausgeschlossen bleiben. Um den Wettbewerb um Effizienz und Effektivität der Versorgung zu stimulieren, sollten auch jene niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser, die keine Zulassung besitzen, aber die von den Krankenkassen geforderten (Qualitäts-)Kriterien erfüllen, im Rahmen der selektiv organisierten Gesundheitsversorgung ihre Leistungen anbieten, d. h. mit den Krankenkassen selektiv kontrahieren können (ähnlich GA 2005, Ziffer 109; Wille 2009) Um hier etwaigen Selektionseffekten vorzubeugen, sollten nur jene niedergelassenen Ärzte und Krankenkassen diese Option erhalten, die auch die Bereitschaft besitzen, bei Bedarf an der kollektivvertraglichen Versorgung teilzunehmen.

10. Im Rahmen der selektiven Vertragsgestaltung steht neben den integrierten Versorgungskonzepten derzeit die Arzneimittelversorgung im Mittelpunkt des Interesses der Krankenkassen. Dabei stellen die Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V als solche ein wettbewerbskonformes Instrument dar. Sie befinden sich jedoch in einem überregulierten GKV-Arzneimittelmarkt. Die Interdependenzen, die zwischen den über 25 Regulierungsinstrumenten bestehen, lassen sich kaum noch überblicken. So duplizieren, erübrigen oder beeinträchtigen die Rabattverträge mehrere dieser Regulierungsinstrumente. Zudem konzentrieren sich diese Verträge noch zu einseitig auf den reinen Preiswettbewerb und klammern qualitative Elemente, von ersten bescheidenen Ansätzen abgesehen (vgl. Dietz 2008), noch weitgehend aus.

Es können z. B. im Rahmen von Risk-Sharing-Verträgen die Hersteller mit den Krankenkassen einen bestimmten Erfolg, z. B. die Realisierung von Surrogatparametern oder sogar von gesundheitlichen Outcomes, vereinbaren. Bei Verfehlung dieses Zieles erhält die Krankenkasse die Ausgaben für das betreffende Medikament teilweise oder ganz vom Hersteller zurückerstattet. Ferner besteht die Möglichkeit, „Mehr-

wertverträge“ abzuschließen und diese in integrierte Versorgungsverträge einzubinden. Als Mehrwert, der über das Arzneimittel als solches hinausgeht, können die Hersteller spezielle Versorgungsprogramme und gemeinsame Projekte im Rahmen des Case Management anbieten. Schließlich sehen im Rahmen von Capitation (s. ausführlicher in Abschnitt 7.7.2.1) Cost-Sharing-Verträge eine Deckelung des Umsatzes oder eine deutliche Abstufung der Preise vor. Als Gegenleistung für die freiwillige Umsatzbegrenzung kann die Krankenkasse dem Hersteller Garantien für einen bestimmten Mindestabsatz geben. Derzeit verhindert noch ein vielfach mangelndes Vertrauensverhältnis zwischen den Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern solche qualitätsorientierten Verträge.

6.6 Fazit und Empfehlungen

Primärärztliche Versorgung

322. Die demografische Alterung der Bevölkerung geht mit einer absoluten und relativen Zunahme chronisch Kranker und insbesondere Mehrfach erkrankter einher. Die damit steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen macht insbesondere einen Ausbau der so verstärkt geforderten hausärztlichen Primärversorgung erforderlich. Während eine deutlich höhere Inanspruchnahme zu erwarten ist, zeichnet sich ein ausgeprägter Mangel an zukünftigen Hausärzten ab, der nach den jetzt vorliegenden Informationen bundesweit, insbesondere in ländlichen Regionen, zu empfindlichen Versorgungsengpässen führen kann.

Wichtige Ursachen dieses Mangels sind veränderte Erwartungen bzw. Einstellungen von derzeit tätigen Hausärzten und potenziellen Nachwuchsmedizinerinnen sowie herausfordernde Arbeitsbedingungen, deren Bewältigung bislang zum Teil nur unzureichend unterstützt wird. Aufgrund vorliegender Erfahrungen ist damit zu rechnen, dass junge Ärzte ihre Zukunft vor allem immer weniger als Vollversorger in einer ländlichen Einzelpraxis sehen. Hier sind teilweise neue Strukturen und Konzepte erforderlich, die diesen Herausforderung angemessen begegnen.

Im Folgenden werden verschiedene Maßnahmen insbesondere zur Aus-, Weiter- und Fortbildung und damit auch zur Weiterentwicklung und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Primärversorgung empfohlen.

901. Im Fach Humanmedizin sollten baldmöglichst gezielte Förderprogramme eingeführt werden, die insbesondere solche Bewerber unterstützen, die zu einer späteren Tätigkeit als Allgemeinarzt in einer ländlichen Region bzw. Kleinstadt bereit sind. Folgende Optionen kommen in Frage:

- Studierende, die zu einer hausärztlichen Tätigkeit in ländlichen bzw. unterversorgten Gebieten bereit sind, sollten gezielte finanzielle Anreize (zum Beispiel durch Finanzierung des Studiums) erhalten. Diese könnten mit einer Rückzahlungsverpflichtung verbunden werden, wenn auf diese Weise geförderte Absol-

- venten später nicht bestimmte Zeiträume (z. B. vier oder fünf Jahre) in entsprechend ausgewiesenen Gebieten tätig sind.
- An den medizinischen Fakultäten sollten für Studierende gleichzeitig spezielle studienbegleitende Programme etabliert und gefördert werden, in denen eine gezielte Vorbereitung auf eine spätere Tätigkeit in ländlichen Gebieten bzw. Kleinstädten erfolgt.
 - Interessierten Studierenden, sollten Patenprogramme mit Famulaturen und Praktika in ländlichen Hausarztpraxen sowie ein verstärkter Unterricht in diesem Setting angeboten werden.
 - Im Interesse einer auch zukünftig gesicherten Primärversorgung müssen den Universitäten, die nachweislich spezielle Programme für zukünftige Allgemeinmediziner anbieten, die dabei anfallenden Programmkosten z. B. durch eine entsprechende Erhöhung der Lehrmittel (Landeszuschuss), zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Regelmäßige Nachfolgeuntersuchungen (Verbleibstudien) könnten den Erfolg der Maßnahmen evaluieren.
- 902.** Sinnvoll erscheint auch die finanzielle Unterstützung durch betroffene Kommunen und Länder schon während der Ausbildung, wenn diese darauf abzielt, die Bereitschaft zu erhöhen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen.
- 903.** Zu prüfen ist, ob ein nachweislich verstärkter Unterricht im hausärztlichen Setting während des Studiums (Teilnahme an einem speziellen Programm) auf die Weiterbildungszeit angerechnet und diese damit z. B. um bis zu einem Jahr verkürzt werden könnte.
- 904.** Die Allgemeinmedizin sollte an allen medizinischen Fakultäten als akademisches Kernfach in Forschung und Lehre etabliert werden. Der Kontakt mit der Allgemeinmedizin sollte in verschiedenen Abschnitten der Ausbildung erfolgen und ausführlich Gelegenheit bieten, in akademischen Lehrpraxen die Diagnostik und Therapie häufiger, insbesondere chronischer Erkrankungen auch unter den Bedingungen der hausärztlichen Alltagspraxis kennenzulernen.
- 905.** Durch die Einführung der Allgemeinmedizin als zusätzliches Pflichtfach für alle Studierenden im Praktischen Jahr würde eine deutlich bessere Möglichkeit zum klinisch-praktischen Kennenlernen hausärztlicher Tätigkeiten eröffnet. Auf diese Weise kann auch das gegenseitige Verständnis der verschiedenen Versorgungsebenen füreinander gefördert werden. Der Rat schließt sich der Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz zur Einführung der Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr an. Die entsprechend erforderliche Änderung der ÄAppO könnte konkret eine Umstellung des Praktischen Jahrs auf Quartale (statt bisher Tertiale) vorsehen. Die Länge der einzelnen Abschnitte des Praktischen Jahres würde damit auf drei (statt bisher vier) Monate gekürzt und das Fach Allgemeinmedizin als weiteres Pflichtfach ausgewiesen. Um eine ausreichende Zahl geeigneter akademischer Lehrpraxen zu rekrutieren und auf

diese Aufgabe gezielt vorzubereiten, sollte eine schrittweise Einführung vorgesehen werden.

906. Ähnlich wie in vielen Nachbarländern, wo die Universitäten bzw. Universitätskliniken nicht nur für die Ausbildung, sondern auch für die ärztliche Weiterbildung zuständig sind, könnte eine entsprechende Verlagerung der Zuständigkeiten auch für Deutschland eine Option sein. Vor dem Hintergrund der bisherigen Versäumnisse der für die Weiterbildung zuständigen Landesärztekammern sollten daher die in Baden-Württemberg gemachten Erfahrungen des „Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin“ der fünf medizinischen Fakultäten sorgfältig ausgewertet und beachtet werden. Konzepte zur allgemeinmedizinischen Verbund- oder Rotationsweiterbildung sollten baldmöglichst und flächendeckend etabliert werden. Insbesondere die bislang vernachlässigten qualitäts- und didaktikorientierten Komponenten sind hier noch zu stärken. Angesichts nationaler und internationaler Erfahrungen sollten die Landesärztekammern erwägen, Weiterbildungsaufgaben auf fachspezifische universitäre Einrichtungen zu verlagern.

907. Die Entwicklung einer langfristigen Bedarfsprognose zur ärztlichen Versorgung ist überfällig. Diese darf nicht lediglich die bestehenden Zahlenverhältnisse fortschreiben, sondern muss sachliche Versorgungsnotwendigkeiten berücksichtigen. Ärztliche Selbstverwaltung, Gesundheitspolitik und -verwaltung (BMG, Länder, ggf. regionale Gebietskörperschaften) sind gehalten, entsprechende Anhaltszahlen zu entwickeln. In einem zweiten Schritt sind Steuerungsmechanismen zu diskutieren, die eine Annäherung der tatsächlichen Absolventenzahlen (Facharztprüfungen) an die zuvor festgelegten Zielwerte bewirken.

908. Der Rat begrüßt die Ergänzungen in Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes, durch die wichtige Barrieren einer sinnvollen Förderung abgebaut und neue Optionen einer flexiblen Ausgestaltung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung geschaffen wurden. Es ist nunmehr dringlich, die tatsächliche Umsetzung der vom Gesetzgeber angestoßenen Maßnahmen zu evaluieren und, falls notwendig, gegebenenfalls frühzeitig weitere Maßnahmen zur Nachjustierung zu ergreifen.

909. Als erster Schritt zu mehr Transparenz und Unabhängigkeit in der ärztlichen Fortbildung sollten Printmedien und Veranstalter verpflichtet werden, Informationen über mögliche Interessenskonflikte grundsätzlich zu veröffentlichen.

910. Die von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) formulierten Kriterien für allgemeinärztliche Fortbildungen (Lernerorientierung, Kontextrelevanz, Evidenzbasierung, Patientenorientierung, Werkzeuge statt Inhalte sowie ausgewogene und transparente Finanzierung) sollten verbreitet und beachtet werden.

911. Um den Wiedereinstieg in den Beruf zu ermöglichen, soll eine gezielte Förderung der Wiederaufnahme einer Hausarztpraxis nach einem vorübergehenden Ausstieg (z. B. Elternzeit) erfolgen.

912. Es sollte geprüft werden, wie zukünftig präzisierete Zulassungskriterien für hausärztliche Praxis-EDV-Systeme mit den Leitgedanken der Therapiesicherheit, Qualitätsförderung, bevölkerungsmedizinischer und wirtschaftlicher Übersicht in Kraft gesetzt werden können.

913. Der Rat schließt sich den für hausärztliche Praxen gemachten Vorschlägen zur Ausgestaltung einer Honorierung in neuen Versorgungskonzepten an (Robert Graham Center 2007, vgl. Unterkapitel 8.4). Entsprechend der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz sollte zur Sicherstellung der Grundversorgung der Bevölkerung eine relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten und anderen beratungsintensiven, patientennah erbrachten Leistungen erfolgen.

Fachärztliche Versorgung

914. Die niedergelassenen Fachärzte können auch künftig wichtige Funktionen zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung übernehmen. Hinsichtlich der Entwicklung der vertrags- und fachärztlichen Versorgung deutete die in den letzten zehn Jahren sinkende Zahl von Hausärzten und das schwache Wachstum der Fachärzte, die hausarzneiliche Leistungen erbringen, vor allem auf künftige Versorgungsprobleme in strukturschwachen Regionen hin. Um hier eine flächendeckende Versorgung auf dem angestrebten Niveau sicherzustellen, bedarf es zum einen einer umfassenden Förderung des hausärztlichen Berufes, zum anderen aber auch für die Fachärzte vielfältige Anreize, sich in diesen Gebieten niederzulassen oder zumindest an einigen Tagen in der Woche dort die Versorgung zu übernehmen. Daneben bestehen bezüglich einer hochwertigen fachärztlichen Versorgung schon heute Defizite in Pflegeheimen. Die Problematik im Bereich der fachärztlichen Versorgung liegt nicht primär in der zu hohen Ärztezahl, sondern vielmehr in ihrer regionalen Verteilung, der mangelnden Verzahnung der Behandlung insbesondere mit dem stationären Sektor sowie dem mangelnden Wettbewerb zwischen Vertragsärzten und den Krankenhäusern im Bereich der ambulanten Versorgung.

915. Vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung und den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts gewinnt die ambulante Behandlung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zunehmend an Bedeutung. An dieser Stelle mangelt es noch an funktionsgerechten und fairen Wettbewerbsbedingungen für die konkurrierenden Leistungserbringer, d. h. für Krankenhäuser und (Fach-)Ärzte. Eine sektorübergreifende Optimierung der Versorgung mithilfe einer Intensivierung des Wettbewerbs erfordert eine Vereinheitlichung hinsichtlich der Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten, Genehmigung neuer Behandlungsmethoden, Preise von veranlassten Leistungen und eventuellen Regulierungen, wie z. B. Mindestmengen oder Mengenbegrenzungen. Unter diesen Bedingungen könnten dann auch Verbände aus Krankenhäusern und MVZ oder Zusammenschlüsse aus Krankenhäusern und ambulanten Praxisgemeinschaften

nach dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz ihr Rationalisierungspotenzial besser ausschöpfen und zu „Treibern“ einer sektorübergreifenden Versorgung avancieren. Die Weiterbildung sollte sich diesen gewandelten Bedingungen anpassen, wobei zukünftig ein größerer Teil im ambulanten Sektor, möglicherweise parallel zur stationären Weiterbildung, erfolgt. Die nachrückende Ärztergeneration lernt dann eine sektorübergreifende Patientenbetreuung schon in einer frühen Phase ihrer Weiterbildung.

Arzneimittelversorgung

916. Die Arzneimittelversorgung steht seit einigen Jahren an der zweiten Stelle der GKV-relevanten Ausgaben (16,8 %), nach den Ausgaben für die stationäre Versorgung (33 %), aber vor den Ausgaben für die ambulante Behandlung (15 %). Daher steht die Arzneimittelversorgung auch mehr und mehr im Mittelpunkt des Interesses der Krankenkassen und es werden Anstrengungen unternommen, die Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie durch neue Vertragskonzepte zu verbessern. Dabei stellen z. B. die Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V als solche ein wettbewerbskonformes Instrument dar. Sie befinden sich jedoch in einem stark überregulierten GKV-Arzneimittelmarkt. Die Interdependenzen, die zwischen den über 25 Regulierungsinstrumenten bestehen, lassen sich kaum noch überblicken. So duplizieren, erübrigen oder beeinträchtigen die Rabattverträge mehrere dieser Regulierungsinstrumente. Zudem konzentrieren sich diese Verträge noch zu einseitig auf den reinen Preiswettbewerb und klammern qualitative Elemente aus, von ersten bescheidenen Ansätzen abgesehen. Weitere Optionen finden sich bei Risk-Sharing-Verträgen.

917. Die Ausweitung des Primärversorgungsbereichs und des Bereichs der sekundären fachärztlichen Versorgung bei einem gleichzeitigen Anstieg chronischer Krankheiten in einer Gesellschaft mit höherer Lebenserwartung wird ohne Zweifel den Anteil und die Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie erhöhen, es wird sich aber auch eine verstärkte Notwendigkeit der interdisziplinären und fachübergreifenden Zusammenarbeit ergeben. Die Ziele einer verbesserten Koordination liegen in der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in Deutschland, in der Förderung von Therapiesicherheit und bestimmungsgemäßem Gebrauch, in der pharmazeutischen Betreuung (*pharmaceutical care*) chronisch Kranker sowie in der Prävention von unerwünschten Wirkungen und Wechselwirkungen (Interaktionschecks, CAVE-Check u. ä.). Apotheken werden somit im Rahmen eines Behandlungsnetzes oder einer integrierten Versorgung zu Beratungszentren in der Arzneimitteltherapie, sowohl für die Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als auch insbesondere für die Patienten und Verbraucher.

918. Ausländische Beispiele (z. B. aus Großbritannien, den Niederlanden oder Australien) zeigen vielfältige Möglichkeiten für Kooperationen, in die Apotheken einbezogen sein können. In keinem dieser Beispiele spielen Organisationsform und Besitzverhältnisse der Apotheke eine erkennbare Rolle (eigentümergeführte Apotheke, Versandapotheken, Apotheke im Fremdbesitz wie z. B.

eine Kettenapotheke), weder behindernd noch fördernd. Die Übernahme professioneller Verantwortung durch die Apotheker und ihren Beitrag einer arzneimittelorientierten Kompetenz im Rahmen der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern ist allerdings an bestimmte qualifikationsfördernde Ausbildungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen gebunden.

919. Apotheken müssen sich in einem zukünftigen System einer sektorübergreifenden populationsbezogenen Versorgung als Institutionen positionieren, die stärker als heute die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen (*community pharmacies*). Sie sind dann eingebunden in ein integriertes Versorgungsnetz mit einer versichertenbezogenen populationsorientierten pauschalen Honorierung (*Capitation*), die der Strategie der Aufhebung des *provider-payer-splits* folgt. Sie sind dann mitverantwortlich für die finanziellen und qualitativen Auswirkungen der Arzneimitteltherapie für die jeweilige Population. In diese Verantwortung gehört auch die Aufgabe eines Pharmaceutical Benefit Managements (Preis- und Liefervereinbarungen für ein bestimmtes Arzneimittelsortiment, „Netz-Positivliste“). Die Honorierung der Apotheken wird in diesem Fall wie die der beteiligten Ärzte und nichtärztlichen Berufsangehörigen im Rahmen des *Capitation*-Modells nach intern abgestimmten Verteilungsmustern geregelt.

920. Zukünftige Versorgungseinheiten können sich sowohl regional als auch überregional organisieren, in solchen Fällen wären Verbünde von Apotheken, die sich auf kommunizierbare und überprüfbare Qualitätsstandards verständigen, eine sinnvolle Lösung. In dünner besiedelten Gegenden können Filialapotheken solcher Verbünde die Arzneimittelversorgung übernehmen. Andere Möglichkeiten, die Arzneimittelversorgung aufrecht zu erhalten, liegen im Versandhandel aus Apotheken oder in Rezeptsammelstellen der Netzapotheken „vor Ort“ (pick-up-Stationen, z. B. in Supermärkten). Grundsätzlich besteht auch weiterhin die Freiheit für alle Apotheker, ihre Apotheke als Kleinunternehmen ohne Netzanbindung zu führen und sich an der Arzneimittelversorgung von GKV- und PKV-Versicherten sowie von Verbrauchern zu beteiligen. Aber auch Netzapotheken sind frei, z. B. im Rahmen der Selbstmedikation oder für private Versicherte Leistungen außerhalb des Netzes zu erbringen. Eine Kooperation mit Ärzten im Rahmen einer populationsbezogenen Versorgung lässt besondere professionelle Qualifikation als unverzichtbar erscheinen (z. B. im Fach Klinische Pharmazie). Die resultierende Differenzierung der Apotheken und Liberalisierung des bislang bestehenden „Kollektivvertrags“ (Rahmenvertrag nach § 129 SGB V) für die an der GKV-Versorgung tätigen Apotheken mit Wettbewerb um Vertragsmodelle in der Arzneimittelversorgung wird ähnlich wie in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung zu mehr Integration und Kooperation in den medizinischen Behandlungsabläufen führen. Die Rolle der Apotheken wandelt sich von der passiven Arzneimitteldistribution zu einer aktiv agierenden Institution, die gemeinsam mit den Ärzten und den Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe im Rahmen veränderter Organisations- und Finanzierungsstrukturen (z. B.

Managed Care mit *Capitation*) für den erfolgreichen Einkauf, die richtige Auswahl, die effektive Anwendung, die Vermittlung industrieunabhängiger und auf den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin beruhender Informationen sowie für das Monitoring der Arzneimitteltherapie verantwortlich ist.

Versorgung bei Pflegebedarf im Alter

921. Der Modellrechnung des Rates zufolge steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von heute bis zum Jahre 2050 auf 4,35 Millionen an, d. h., der Zuwachs beträgt ca. 94 % (s. Abschnitt 5.3.3). Selbst unter der Annahme einer weiteren Morbiditätskompression steigt die Zahl der Personen, die Pflege und Hilfe brauchen, auf etwa 3,5 Millionen im Jahre 2050. Die Verlängerung der Lebenszeit und die Zunahme der älteren und alten Menschen erfordert daher Anpassungen auf allen Ebenen der Gesellschaft – das Gesundheitswesen ist hiervon in besonderer Weise betroffen. Die Versorgung einer Pflegebedürftigkeit ist eine Langzeitaufgabe und hat im Vergleich zur Akutversorgung andere Charakteristika und andere Ziele: die Wiederherstellung bzw. der Erhalt einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Um dem künftigen Bedarfszuwachs der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter Stand zu halten, sind unterschiedlich gelagerte Herausforderungen zu bewältigen.

922. Hohe Priorität kommt dabei zunächst der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter und generell dem Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zu. Allerdings wird es nicht ausreichend sein, einzig Strategien zur Verminderung des Eintritts von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, vielmehr bedarf das Leben mit „bedingter Gesundheit“ größerer Beachtung. Es gibt zahlreiche empirische Belege für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alter, so z. B. von erhöhten körperlichen Aktivitäten bezüglich der Verbesserung der kognitive Leistungsfähigkeit oder zum „präventiven Hausbesuch“ hinsichtlich einer Reduktion der Mortalität und der Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimeinweisungen. Um diese Gesundheitsreserven zu heben, ist es dringend erforderlich, die bislang brachliegenden präventiven Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen auszuschöpfen und zu einem präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Versorgungswesen – Preventive Health Care System – zu gelangen. Das schließt insbesondere auch die Pflege ein, deren präventive Orientierung zwar im PflegeVG festgeschrieben, aber bislang eher Postulat denn Realität ist. Der Rat empfiehlt, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären.

923. Ein bloßer Ausbau der ambulanten Versorgungsinfrastruktur nach dem Motto „Immer mehr des Gleichen“ wird die bestehenden Probleme nicht lösen. Die zukünftige Infrastruktur der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter setzt nicht nur hinreichende Kapazitäten in der pflegerischen Versorgung und ausreichend sowie gut qualifiziertes Personal voraus, sondern auch neue Strukturen insbesondere in Verbindung von familiärer und professio-

neller Hilfe im ambulanten Kontext. Der Rat empfiehlt den Start einer Kampagne zur Werbung von Nachwuchskräften für alle Gesundheitsberufe, zugleich aber auch die Initiierung eines Maßnahmenkatalogs, der dazu beiträgt, dass die Fluktuation in den Gesundheitsberufen zurückgedrängt wird (Teilzeitarbeit und Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Wiedereinstieg).

924. Das heutige Leistungs- und Angebotsprofil ambulanter Pflegedienste ist relativ eng und weist Versorgungslücken für spezielle Nutzergruppen auf (z. B. demenziell Erkrankte). Die Qualität der ambulanten Versorgung und ihre Verbesserung ist daher ein vordringliches Ziel, insbesondere hinsichtlich der integrierten und kontinuierlichen Langzeitversorgung, auf die ältere und alte Menschen, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit leiden, angewiesen sind. Da die ambulante Pflege erst durch das GKV-WSG auch formal in die integrierte Versorgung eingebunden wurde und auch die gesetzlichen Grundlagen für Care und Case Management erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz gegeben waren, sind erst jetzt systematische Erfahrungen mit der Rolle der Pflege in diesen Versorgungskonzepten möglich. Einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Nutzerposition und zu mehr Lebensqualität leistet die Beratung in Zusammenhang mit Begleitung und der individuellen Versorgungsplanung und -steuerung. Aus dieser Perspektive befürwortet der Rat ausdrücklich die Einrichtung der Pflegestützpunkte als neues Strukturelement einer qualitativ guten ambulanten Pflege und Versorgung.

925. Der Rat empfiehlt, der pflegerischen Versorgung durch die Familien und den pflegenden Angehörigen mehr Beachtung zu schenken, denn sie stellen nach wie vor den größten Teil der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland sicher. Angehörige leiden vielfach unter Überforderungen und oft auch unter Gesundheitsstörungen infolge von Überlastungen. Die Entwicklung tragfähiger Konzepte zum Ressourcenerhalt wie auch zur Kompetenzförderung und Entlastung pflegender Angehöriger bedarf weiterhin intensiver Aufmerksamkeit, auch weil das Pflegepotenzial von Familien künftig allein aufgrund des Alterstruktureffekts instabiler werden wird. Für die Pflege ist daher die Überwindung der individuenzentrierten zugunsten einer familienorientierten Arbeitsweise notwendig (Family Health Nursing Konzept der WHO). Der Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger sollte zukünftig anhand standardisierter Assessments möglichst genau eingeschätzt werden, um den Hauptpflegepersonen bereits früh professionelle und nichtprofessionelle Unterstützer zur Verfügung zu stellen: „Pflege kann nur gut gehen, wenn es den Pflegenden selbst gut geht“.

926. Statt Stätte langjährigen Wohnens – wie einst postuliert – sind die Heime heute längst Stätte der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spätstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende geworden und damit weitreichenden Bedarfsveränderungen ausgesetzt, mit denen die Konzepte und Strategien nicht Schritt gehalten haben. Die Qualität der stationären Versorgung und ihre Verbesserung ist daher von hoher Aktualität. Heime als Stätten der Pflege und Krankheitsbewältigung in den

Spät- und Endstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende benötigen eine Ausstattung mit ausreichendem und ausreichend qualifiziertem Personal sowie eine stärkere Verschränkung von Organisationskonzepten und Personalentwicklung, aber auch eine stärkere Professionalität im Pflegehandeln, was einerseits die Umsetzung längst bekannter fachlicher Standards betrifft (Assessment und Pflegeplanung, Risikoeinschätzung und Prävention) und andererseits eine Weiterentwicklung der Fachlichkeit im Umgang mit kognitiven Einbußen, psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten, einschließlich der hierzu erforderlichen Optimierung der Pflegeprozessessteuerung und Versorgungskoordination meint. Darüber hinaus muss eine ressourcenorientierte Pflege mit Hilfe durchdachter, evidenzbasierter Konzepte und Angebote umgesetzt werden. Die Transparenz des Leistungsgeschehens sowie der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Heimen ist grundlegend zu erhöhen und die allgemeine Aufmerksamkeit dafür zu steigern. Auch die fachärztliche Versorgung in den Pflegeheimen muss verbessert werden, da 80 % aller Heimbewohner keine Ärzte außerhalb des Heims aufsuchen. Die ärztliche Versorgung der Heime wird fast ausschließlich von Allgemeinmedizinern durchgeführt. Eine dauerhafte ärztliche Präsenz in den Heimen – die inzwischen vom Gesetzgeber ermöglicht wird – sowie eine durchdachte, konzeptionell gestützte Gestaltung der Schnittstellen zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung, insbesondere eine bessere Integration von Pflege, haus- und fachärztlicher Behandlung sowie eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Ausgestaltung des Überleitungsgeschehens bei notwendigen Krankenhausaufenthalten ist zu empfehlen.

927. Die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen muss verbessert werden. Im Qualitätsmanagement der Altenpflegeeinrichtungen sollten deshalb zahnärztlich-prophylaktische Maßnahmen am Patienten genau definiert werden. Die in den Rahmenlehrplänen für den Pflegeberuf definierten Mundhygienemaßnahmen sollten überprüft und durch ein modulares Ausbildungs- und Fortbildungssystem in den Pflegeschulen unterlegt werden, die Ressourcen sind bereit zu stellen. Der regelmäßige Kontakt des Pflegebedürftigen zum Zahnarzt lässt Präventions- und Therapiebedarf frühzeitig erkennen, sodass Notfallbehandlungen vermieden werden können. Bestimmte Prophylaxeleistungen können von speziell fortgebildeten Teammitarbeitern unter Anweisung und Aufsicht durch den Zahnarzt (Delegationsgrundsätze) durchgeführt werden.

928. Die Debatte um die Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung ist durch veröffentlichte Pflegemängel und die Reaktionen des Gesetzgebers im Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz erneut sehr aktuell. Evidenzbasierung für das pflegerische Versorgungsgeschehen, messbare Ergebnisse einer qualitativ guten Pflege, Messinstrumente und die Standardentwicklung zur Qualitätsbeurteilung bedürfen einer weiteren kontinuierlichen Investition in die Qualitätsentwicklung und die dazu nötige Pflegeforschung. Durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz wurde das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement forciert, kritisch sind jedoch noch immer

die Prozesse der Entwicklung der Prüfinstrumente einzuschätzen. Der Rat begrüßt die größere Transparenz der Prüfergebnisse durch die Schaffung verbraucherfreundlicher Bewertungssysteme – Schulnoten – und empfiehlt die Erstellung von Qualitätskriterien aus der Nutzerperspektive zu forcieren sowie Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen verstärkt zu fördern. Insgesamt findet die Nutzerorientierung im Rahmen der Qualitätsbemühungen in der Pflege noch immer zu wenig Beachtung. Die Prioritäten der Betroffenen für eine gute pflegerische Versorgung einzubeziehen heißt, folgende Kriterien zu beachten: vertrauensvolle, persönliche, durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnete Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten, Personenorientierung und Kommunikation auch jenseits von Versorgung, ausreichend Zeit, personelle Kontinuität, Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit, Sorgfalt, Behutsamkeit und Engagement des Pflegepersonals, umfassende Unterstützung und Entlastung.

Integrierte Versorgung

929. Um die sektorübergreifende Versorgung zu fördern und den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu intensivieren, implementierte der Gesetzgeber in den letzten zehn Jahren mehrere Regelungen, auf deren Grundlage die Krankenkassen und die Leistungserbringer von der herkömmlichen Versorgung mit ihrer kollektivvertraglichen Organisation abweichen und stattdessen selektive Verträge abschließen können. Mit Ausnahme der Strukturverträge erlauben alle besonderen Versorgungsformen ein selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Der Sicherstellungsauftrag der KVen kann bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren; insoweit sie als Vertragspartner der Krankenkassen an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, geschieht dies nicht im Rahmen von Kollektivverträgen. Die hausarztzentrierte Versorgung stellt die einzige besondere Versorgungsform dar, bei der für die Krankenkassen eine Verpflichtung zum Angebot besteht. Neben den besonderen Versorgungsformen zielen auch die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ auf eine integrierte Versorgung mit interdisziplinärer fachübergreifender Orientierung, zumindest sofern sie sich im Eigentum von Krankenhäusern befinden. Schließlich können die KVen nach § 136 Absatz 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, die für bestimmte Leistungen eine qualitätsbezogene Vergütung (P4P) vorsehen (Qualitätswettbewerb).

930. Es besteht derzeit weniger hinsichtlich der Wettbewerbsparameter der Krankenkassen als bezüglich der übrigen rechtlichen Rahmenbedingungen weiterer Handlungsbedarf, um insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren eine effiziente Koordination in Verbindung mit einem funktionsfähigen Wettbewerb zu realisieren. Im Einzelnen empfiehlt der Rat folgende Interventionen:

- Die Versicherten besitzen nach wie vor eine zu geringe Transparenz über Behandlungsalternativen und allfällige Leistungsqualitäten, stattdessen dominieren Ressourcen- und instrumentale Gesichtspunkte, denen unter Zielaspekten nur eine nachrangige Bedeutung zukommt. Ein valides System von Patientensicherheits- und Qualitätsindikatoren könnte im Falle einer Offenlegung dieser Daten (*public disclosure*) den Patienten als Informationsgrundlage für ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dienen. Die Leistungserbringer verfügen ihrerseits noch über zu geringe Möglichkeiten, um mit spezifischen Qualifikationen und Fertigkeiten um die Patienten und um selektive Verträge mit den Krankenkassen zu werben.
- Gesundheitsförderung und Prävention fristen sowohl hinsichtlich des Ausgabenvolumens als auch in qualitativer Hinsicht weiterhin ein stiefmütterliches Dasein. Effektive Maßnahmen im Bereich der primären, sekundären und tertiären Prävention gewinnen vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden demografischen Wandels und hier vor allem der steigenden Lebenserwartung künftig insofern noch an Bedeutung, als sie eine der zentralen Ursachen für die Gültigkeit der These von der Morbiditätskompression darstellen.
- Der neue RSA reduziert wie nahezu alle stärker morbiditätsorientierten Ausgleichssysteme die Anreize zu Investitionen in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Er verschlechtert für integrierte Versorgungsprojekte, die präventive Maßnahmen gezielt fördern, die interne Nutzen-Kosten-Relation. Der neue stärker morbiditätsorientierte RSA hebt andererseits unbeschadet bestehender Manipulationsgefahren die bisherige ziemlich willkürliche Anbindung einiger Indikationen an den (alten) RSA auf. Die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f bis g SGB V stellen unter medizinischen wie ökonomischen Kriterien eine Variante der integrierten Versorgung nach § 140a bis d dar und sollten insofern unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.
- Eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit einer – rechtlich abgesicherten – stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern sowie mit Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen in Verbindung mit einer stärkeren Fokussierung der Disease Management-Programme dürfte zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung führen.
- Im Sinne eines funktionsgerechten Wettbewerbs sollten Krankenkassen und Leistungsanbietern ein Spektrum von Vertragsoptionen zur Verfügung stehen und ihnen die Auswahl der präferierten Varianten als Suchprozess überlassen werden. Es existiert derzeit keine in jeder Hinsicht überlegene Variante einer integrierten Versorgung, sodass auch keine Notwendigkeit für das obligatorische Angebot einer bestimmten besonderen Versorgungsform wie der hausarztzentrierten Versorgung vorliegt.

- Allokative Aspekte, insbesondere solche der Innovationsfähigkeit und Qualitätssteigerung, sprechen dafür, die kollektive Vertragsgestaltung stärker um Elemente des selektiven Kontrahierens zu ergänzen. KVen und Kammern besitzen schon heute die Möglichkeit, mit Hilfe von (Mindest-)Qualitätsstandards, obligatorischen Zertifizierungen und ergebnisorientierten Vergütungen einen Qualitätswettbewerb unter ihren Mitgliedern auszulösen. Die bisherigen Erfahrungen sprechen insofern weniger dafür, die KVen in ihrer monopolistischen Position durch Hausärzterverbände zu ersetzen, sondern die komparativen Vorzüge der kollektiven Vertragsgestaltung zu erhalten. Ein Übergang zu selektiven Vertragsformen verursacht mit hoher Wahrscheinlichkeit steigende Transaktionskosten, auch sind relevante, insbesondere regionale Differenzen hinsichtlich des Qualitätsniveaus der medizinischen Versorgung nicht ausgeschlossen. Gleichwohl gilt es über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse zu vermeiden, dass die immannten Schwächen der kollektiven Vertragsgestaltung effizienz- und qualitätssteigernde Prozesse be- oder verhindern. Sofern sich die selektiven Vertragsformen hinsichtlich ihrer Attraktivität für die Patienten bzw. Versicherten allerdings als erfolgreich erweisen, dürfte das Verharren im kollektivvertraglichen System für die ambulanten Ärzte und Krankenhäuser mit Einkommenseinbußen einhergehen.
- Vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung und den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts gewinnt die gesundheitliche Leistungserstellung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zunehmend an Bedeutung. Damit nimmt auch die Notwendigkeit zu, in diesem Bereich durch einen funktionsgerechten Wettbewerb das vorhandene Effizienz- und Effektivitätspotenzial auszuschöpfen. In dieser Hinsicht mangelt es weniger an einer hinreichenden Anzahl von Wettbewerbsparametern der Krankenkassen, sondern an gleichen und fairen Wettbewerbsbedingungen für die konkurrierenden Leistungserbringer, d. h. für Krankenhäuser und Sekundärfachärzte. Eine sektorübergreifende Optimierung der Versorgung mit Hilfe einer Intensivierung des Wettbewerbs erfordert einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-) Qualitätsstandards, eine vergleichbare Vergütung gleicher Leistungen unter Berücksichtigung der Vorhaltskosten und der Investitionsfinanzierung.
- Die Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im ambulanten und des Verbotsvorbehaltes im stationären Sektor entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten der gesundheitlichen Leistungserstellung in diesen Bereichen. Faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern untereinander sowie zwischen ihnen und den (Fach-) Ärzten setzen neben einer monetarischen Finanzierung auch voraus, dass bestimmte öffentliche Träger allfällige Defizite nicht unlimitiert dauerhaft abdecken.

6.7 Literatur

- Aarsland, D., Larsen, J. P., Karisen, K. und Tandberg, E. (1999): Mental symptoms in Parkinson's disease are important contributors to caregiver distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14: 866–874.
- ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) (2008): Zahlen, Daten. Fakten. Berlin.
- Abe, S., Ishihara, K. und Okuda, K. (2001): Prevalence of potential respiratory pathogens in mouth of elderly patients and effect of professional care. *Arch Gerodontol Geriatr* 32(1): 45–55.
- Abe, S., Ishihara, K., Adachi, M., Sasaki, H., Tanaka, K. und Okuda, K. (2005): Professional oral care reduces influenza infection in elderly. *Arch Gerodontol Geriatr*, December 1: Vorabdruck.
- Adachi, S., Ishihara, K., Abe, S., Okuda, K. und Ishikawa, T. (2002): Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 94 (2): 191–195.
- Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C., Schumacher, J. und Wilz, G. (1996): Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29(2): 143–149.
- Algül, H. und Mielck, A. (2005): Türkische Gastarbeiter als Patienten im deutschen Gesundheitssystem. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 11/12: 45–55.
- Amelung, V. E., Lägel, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R. und Weatherly, J. N. (2008): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, 2. Aufl., Berlin.
- AOK Baden-Württemberg, HÄVG eG und Medi-Verbund Dienstleistungs GmbH (2008): Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG, 08.05.2008.
- Articus, S und Karolus, S. (1985): Pflegebedürftige alte Menschen in der Familie. Probleme und Belastungen pflegender Angehöriger und die Möglichkeiten ihrer Unterstützung im Rahmen kommunaler Sozialpolitik. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 65(2): 41–48.
- Atun, R. (2004): What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. HEN Synthesis Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Australian Government (2008): Home Medicines Review Program. Fact Sheet, Department of Health and Ageing.
- Australian Government (2009): Home Medicines Review (HMR), www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/fourth-agreement/hmr.jsp (Stand 20.06.2009).
- Bahrs, O., Gerlach, F. M. und Szecsenyi, J. (Hrsg) (1994): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. 1. Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

- BÄK (Bundesärztekammer) (2008): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier – Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Ulmer_Papier_DAEt_2008-1.pdf (Stand 20.06.2009).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2009): Ärztestatistik 2008. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.7128 (Stand 01.05.2009).
- Baron, R. J. und Cassel, C. K. (2008): 21st-century primary care. New physician roles need new payment models. *JAMA* 299: 1595–1597.
- Bartter, T. und Pratter, M. R. (1996): Asthma: better outcome at lower cost? The role of the expert in the care system. *Chest* 196 110: 1589–96.
- Bauer, J., Neumann, T. und Saekel, R. (2009): Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme, Bern: Huber.
- Baum, E. (2008): Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Universität Marburg. Persönliche Mitteilung vom 22. November 2008.
- Bausch, F. (2007): Was ändert sich für das MVZ? *Deutsches Ärzteblatt* 104(10): A621.
- Beikirch, E. und Klie, T. (2007): Nationale Qualitätsniveaus – Multidisziplinäre Strategien zur Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. *Z Gerontol Geriat* 40(3): 147–157.
- Beikirch, E. und Suhr, R. (2009): Die Pflegeberatung der Privaten – COMPASS, ein Beitrag zur Weiterentwicklung in der Pflege. *Padua* 4(1).
- Benrimoj, S. I. und Roberts, A. S. (2005): Provision of patient care in community pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother* 39(11): 1911–1917.
- Benz, C. und Haffner, C. (2007): Jahresbericht 2006 für das AOK-Modellprojekt: „Zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen in Münchner Pflegeeinrichtungen“, AOK-Bericht.
- Benz, C. und Haffner, C. (2005): Zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege – Das Teamwerk-Konzept. *Quintessenz*: 56–67.
- Benz, C. und Haffner, C. (2008): Wissenschaftliche Analyse zur finanziellen Auswirkung des AOK-Teamwerk-Modellprojekts. AOK-Bericht.
- Bergmann, E., Kalcklosch, M. und Tiemann, F. (2005): Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48: 1365–1373.
- Blüher, S. (2005): Integration und Solidarität. Pflege im Alter – theoretische Überlegungen, empirische Befunde und praktische Konsequenzen. Münster: LIT Verlag.
- Blumenthal, D. (2009): The federal role in promoting health information technology. The Commonwealth Fund. www.commonwealthfund.org (Stand 05.02.2009).
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (1998): Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend) (1996):
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend) (2001): Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag der älteren Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Berlin.
- Böcken, J. (2008): Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsqualität, in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Gütersloh: 105–121, Bertelsmann Stiftung.
- Bock-Hensley, O., Niekusch, U. und Wendt, C. (2006): Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg – Ergebnisse einer Umfrage. *Hygiene und Medizin* 31:12–15.
- Boeger, A. und Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. *Pflege* 11: 319–323.
- Bracker, M., Dallinger, U., Karden, G. und Tegethoff, U. (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen, Wiesbaden.
- Braun, G. E., Gröbner, M. und Seitz, R. (2008): Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 13(6): 358–364.
- Brinkmann, A., Jung, J. und Pfaff, H. (2007): Wie bewerten Patienten die Qualität in der ambulanten Versorgung? in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2007*, Gütersloh: 35–53, Bertelsmann Stiftung.
- Bruder, J. (2002): Anforderungen an die Pflege Demenzkranker, in: Hallauer J., Kurz A. (Hrsg.): *Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*, Stuttgart: 87–89, Thieme-Verlag.

- Bugnon, O., Repond, C. und Nyffeler, R. (2006): Die Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker, oder wie lokale Netzwerke die Effizienz der ärztlichen Verschreibung erhöhen. *Manag Care* 3: 6–9.
- BZÄK (Bundeszahnärztekammer), (Hrsg.) (2002): Handbuch der Mundhygiene für betagte Menschen, chronisch Kranke, Behinderte – Ein Ratgeber für das Pflegepersonal, Bonn-Berlin: Köllen Druck + Verlag.
- Cabana, M. D. (2004): Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 53: 974–980.
- Callahan, C. M., Hall, K. S., Hui, S. L., Musick, B. S., Unverzagt, F. W. and Hendrie, H. C. (1996): Relationship of age, education, and occupation with dementia among a community-based sample of african Americans. *Arch Neurol* 52: 134–140.
- Cassel, D. und Wille, E. (2007): Für mehr Markt und Wettbewerb in der GKV-Arzneimittelversorgung. *GGW* 1(7): 23–30.
- Cassel, D., Ebsen, I., Groß, S., Jacobs, K., Schulze, S. und Wasem, J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2006.
- Cobbers, B. (2006): Selektives Kontrahieren in der akuten stationären Versorgung. Möglichkeiten, Probleme und Grenzen. Baden-Baden: Nomos.
- Cram, P. und Ettinger, W. H. (1998): Generalists or specialists--who does it better? *Physician Exec* 24: 40–45.
- Dangel, B. und Korporal, J. (2002): Konzepte und Verfahren der Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung, in: Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B. und Klose, J. (Hrsg.), *Qualität in der Pflege*, Stuttgart: 35–63.
- Dansk, S. for Almen Medicin (2007): General Practice – the Danish model: www.dsam.dk/flx/udvalg/forum_for_yngre_almenmedicinere/hippokrates/danmark/ (Stand 05.04.2009).
- Davis, K., Doty, M. M., Shea, K. und Stremikis, K. (2008): Health Information Technology and Physician Perceptions of Quality of Care and Satisfaction. *Health Policy: online publiziert*, 25. November 2008.
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2001): Professionelles Lernen ein Leben lang. Stellungnahme der DEGAM zur ärztlichen Fortbildung. September 2001: www.degam.de/alt/cme/index_cm.htm (Stand 29.11.2008).
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2002): Fachdefinition. Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002: www.degam.de/fachdefinition.html (Stand 23.09.2008).
- Desvarieux, M., Demmer, R. T., Rundek, T., Boden-Albala, B., Jacobs, D. R. Jr., Papapanou, P. N. und Sacco, R. L. (2003): Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Stroke* 34(9): 2120–2125.
- Desvarieux, M., Demmert, R. T., Rundek, T., Boden-Albala, B., Jacobs, D. R. Jr., Sacco, R. L. und Papapanou, P. N. (2005): Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Circulation*: 111(5): 576–582.
- Desvarieux, M., Schwahn, C., Vozke, H., Demmert, R. T., Ludermann J., Kessler, C., Jacobs, D. R. Jr., John, U. und Kocher T. (2004): Gender differences in the relationship between periodontal disease, tooth loss and atherosclerosis. *Stroke* 35 (9): 2029–2035.
- Dettmer, S. und Kuhlmei, A. (2008): Karriere- und Lebensplanung angehender Ärztinnen und Ärzte. Berichte aus dem Arbeitsbereich Professionalisierung, Kooperation und Laufbahnentwicklung in den Gesundheitsberufen am Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Nr. 3.
- Deutscher Altenpflege-Monitor 2007/08: Hannover: Vincentz Network.
- Deutscher Bundestag Drucksache 15/1170 (Bundestagsdrucksache 15/1170) (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG).
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A. und Kleijnen, J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 357: 757–762.
- Dictionary of Health Services Management (2008): MeSH-Term der National Library of Medicine: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=mesh&list_uids=68002908&dopt=Full (Stand 22.12.2008).
- Dietz, U. (2008): Kurze Geschichte der Arzneimittel-Rabattverträge und Mutmaßungen über die weitere Entwicklung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 62(4): 41–47.
- Dietzel-Papakyrikou, M. und Olbermann, E. (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland, in Marschalck, P. und Wiedl, K. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*, Göttingen: 283–311, V&R unipress.
- DIP (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung) (2003): *Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in der stationäre Altenhilfe in Deutschland*, Köln.
- DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2001): Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW Diskussionspapier Nr. 24, Berlin.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2002): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“, Osnabrück.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2007): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege, Osnabrück.

- Döhner, H. und Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit – Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 6: 583–594.
- Donner-Banzhoff, N., Merle, H., Baum, E. und Basler, H. D. (2003): Feedback for general practice trainers: developing and testing a standardised instrument using the importance-quality-score method. Medical Education 37: 772–777.
- Donohoe, M. T. (1998): Comparing generalist and specialty care: discrepancies, deficiencies, and excesses. Arch Intern Med 158: 1596–608.
- Dorbritz, J., Lengerer, A. und Ruckdeschel, K. (2005): Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken – Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland. Sonderheft der Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden.
- Dörpinghaus, S. und Weidner, F. (2006): Pflegekonzepte im Blickpunkt. Strukturen – Konzepte – Erfahrungen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Dreischulte, T., Schwalbe, O. und Simons, S. (2008): Die richtige Medizin. Deutsche Apotheker Zeitung 44: 56–61.
- DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (2007): Report Altersdaten: Alter und Pflege, Berlin.
- Eikötter, T. und Greiner, W. (2008): Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität in der integrierten Versorgung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 13(1): 25–31.
- Engström, S., Foldevi, M. und Borgquist, L. (2001): Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care 19: 131–144.
- Erler, A. (2007): Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen als Voraussetzung für die Einführung eines diagnosebasierten risiko-adjustierten Vergütungssystems. Diss med. Charité Universitätsmedizin, Berlin.
- Erler, A., Beyer, M., Muth, C., Gerlach, F. M. und Brenecke, R. (2009): Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen. Gesundheitswesen (im Druck).
- Ernst & Young. Gesundheitsbarometer 2009 Zugriff unter [www.ey.com/Global/assets.nsf/Germany/Studie_Gesundheitsbarometer_2009/\\$file/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf](http://www.ey.com/Global/assets.nsf/Germany/Studie_Gesundheitsbarometer_2009/$file/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf)
- Ernst, S. (2008): Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung. Erfolgsfaktoren und Strategien, Baden-Baden.
- Ewers, M. (2003): High-Tech Home Care: Optionen für die Pflege. Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie. Bern: Huber.
- Ewers, M. und Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern: Huber.
- Flintrop, J. (2006): Wolfgang Pföhler. Die Vollversorgung in der Fläche ist das Ziel. Deutsches Ärzteblatt 103 (1–2): A11f.
- Freeman, G. und Hjortdahl, P. (1997): What future for continuity of care in general practice? BMJ 314: 1870–1873.
- Fryer, G. E. Jr., Meyers, D. S., Krol, D. M., Phillips, R. L., Green, L. A., Dovey, S. M. und Miyoshi, T. J. (2002): The association of Title VII funding to departments of family medicine with choice of physician speciality and practice location. Fam Med 34: 436–440.
- Garms-Homolová, V. (2008): Prävention bei Hochbetagten, in: Kuhlmei, A., Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern, 263–275, Huber.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Berndt, M., Szecsenyi, J., Abholz, H. H. und Fischer, G. C. (1999): Das DEGAM-Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 93: 111–120.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Muth, C., Saal, K. und Gensichen, J. (2006a): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. Z ärztl Fortbild Qual Ges wes 100: 335–343.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Saal, K., Peitz, M. und Gensichen, J. (2006b): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. Z ärztl Fortbild Qual Ges wes 100: 345–352.
- Gerste, B. und Schwinger, A. (2004): Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen, GGW 4(4): 7–15.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008): www.gbe-bund.de (Stand 20.11.2008).
- Gillam, S. (2008): Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ 336: 536–538.
- Glaeske, G. (2002): Auffälligkeiten der geschlechtsspezifischen Versorgung in der GKV, in: Hurrelmann, K. und Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Glaeske, G., Klauber, J., Lankes, C. und Selke, G. W. (2003): Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2005): Beschluss der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 01.07.2005 (TOP 9.1): Bericht zur Qualifizierung für das Gebiet „Allgemeinmedizin“: www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_78&id=78_09.01 (Stand 03.01.2009).

- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. Beschluß der 81. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 3. Juli 2008: www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_05.01 (Stand 03.01.2009).
- Gmyrek, U. (2004): Studie zur Mundhygiene und zum Gebisszustand von betreuten Seniorinnen. *Zahnärzteblatt Sachsen* 11: 14–15.
- Godber, E., Robinson, R. und Steiner A. (1997): Economic evaluation and the shifting balance towards primary care: definitions, evidence and methodological issues. *Health Econ* 6: 275–294.
- Görres, S., Hasseler, M. und Mittnacht, B. (2008): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V., Bremen.
- Götz, K., Natanzon, I., Szecsenyi, J. und Joos, S. (2008): Zukunftsperspektive Allgemeinmedizin aus Sicht von Studierenden. Ergebnisse einer qualitativen Studie. Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Persönliche Mitteilung vom 3. Dezember 2008, Publikation in Vorbereitung.
- Graf, C. (2008): Verbesserung der Chronikerversorgung: Welchen Einfluss haben DMP und Hausarztmodelle?, in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Gütersloh: 122–141, Bertelsmann Stiftung.
- Grande, G. (2009): Chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter Geschlechtsspezifische Aspekte. in: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebensverlauf*, Bern: 321–340, Huber.
- Gräbel, E. (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter, *Deutsche Hochschulschriften* 1134, Egelsbach: Dr. Hänsel-Hohenhausen.
- Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D. und Dovey, S. M. (2001): The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 344: 2021–2025.
- Greve, G. (2006): Das Integrierte Versorgungssystem prosper, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 3–4: 23–28.
- Griffin, S. und Kinmonth, A.L. (2000): Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* (2000): CD000541.
- Grobe, T. G., Dörning, H. und Schwartz, F. W. (2008): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008, Gmünder ErsatzKasse (Hrsg.), St. Augustin: Asgard.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M. und Szecsenyi, J. (2000): Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 50: 882–887.
- Gröning, K. (2007): Das Pflegeheim als Lebensphase. Anmerkungen zur Soziologie des Heimes. *Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe* 32(169): 39–42.
- Gunzelmann, T. (1991): Problemsituation und Beratung von Angehörigen demenziell erkrankter älterer Menschen. Stand der Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4(1): 41–56.
- Hakim, A. A., Petrovitch, H., Burchfiel, C. M., Ross, G. W., Rodrigez, B. L., White, L. R., Yano, K., Crub, J.D. und Abbott, R. D. (1998): Effects of walking on mortality among non-smoking men. *The New England Journal of Medicine* 338: 94–99.
- Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U. und Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service.
- Häussler, B. (2008): Biosimilars im Arzneimittelmarkt. Dokumentation eines Sandoz/Hexal-Symposiums am 27. November 2008, Holzkirchen: 12–13.
- Häussler, B. und Berger, U. (2004): Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung, Baden-Baden.
- Health Council of the Netherlands (2004): *European Primary Care*, Publication No. 2004/20E, Den Haag.
- Hedtke-Becker, A. und Schmidtke, C. (1985): *Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege*, Frankfurt a. M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Hedtke-Becker, A. (1990): *Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. Eine Arbeitshilfe*, Freiburg: Lambertus.
- Heinrich, W., Czypionka, B., Baum, E. und Donner-Banzhoff, N. (2006): Weiterbildungsverbände Allgemeinmedizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. *Z Allg med* 82: 441–445.
- Held, H. und Markert, P. (2006): Am Kundenwunsch orientiert. Die Studie „Profit goes Social“ zeigt Potenziale des Marktes für haushaltsnahe Dienste. *Häusliche Pflege* 15(11): 16–21.
- Helmert, U. und Shea, S. (1994): Social inequalities and health status in Western Germany. *Public Health* 108: 341–356.
- Hermann, C., Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, F. W., Witzenrath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparungsvertrags, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 5–6: 11–29.

- Hibbeler, B. und Korzilius, H. (2009): Erkennen, wo der Schuh drückt. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 6: 223–224.
- Hildebrandt, H., Kolzau, T. und Bischoff-Everding, C. (2008): Forschungs- und Entwicklungspflicht als Nachfolger der Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung? Recht und Politik im Gesundheitswesen 14(1): 11–14.
- Hoffmann, T. (2006): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Senioren (65–74 Jahre) – Parodontalerkrankungen, in: Micheelis, W. und Schiffner, U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln: 334–353, Deutscher Zahnärzte-Verlag.
- Holub, L. und Williams, B. (1996): The General Practice Rural Incentives Program, development and implementation: progress to date. Aust J Rural Health 4(2): 117–127.
- Hsueh, W., Wilkinson, T. und Bills, J. (2004): What evidence-based undergraduate interventions promote rural health? N Z Med J 117(1204): U1117.
- Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B. und Klose, J. (Hrsg.) (2002): Qualität in der Pflege, Stuttgart.
- Ishikawa, A., Yoneyama, T., Hirota, K., Miyake, Y. und Miyatake, K. (2008): Professional oral health care reduces the number of oropharyngeal bacteria. J Dent Res 87, 594.
- Jachertz, N. (2007): Rhön-Klinikum AG. Cluster kollidieren mit Kartellrecht. Der Klinikkonzern strebt die flächendeckende Vollversorgung an. Deutsches Ärzteblatt 104(18): 1210–1212.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. und Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50(5/6): 836–850.
- Kaschke I., Jahn K. R. und Liere M.: A comparative study of oral health in people with disabilities and non-disabled patients aged 35–44 in Germany. Spec Care Dentist 24(3): 144.
- Katzman, R. (1993): Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. Neurology 43: 13–20.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2006a): Medizinische Versorgungszentren. Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung und den Betrieb eines MVZ, www.kbv.de/publikationen/8527.html.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2006b): MVZ-Survey 2005. Eine Analyse der strategischen Positionierung Medizinischer Versorgungszentren, www.kbv.de/publikationen/8732.html.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2008a): Medizinische Versorgungszentren aktuell. 2. Quartal 2008. Nach Bundesverband Medizinische Versorgungszentren Gesundheitszentren Integrierte Versorgung e. V.: www.bmvz.de/pdf/Statistik/2008-06%20Quartalsstatistik.pdf (Stand 30.01.2009).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2008b): Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Stand: Juni 2008, Berlin.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (2001): Neue Modellberechnungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe: Jährlich 10 000 zusätzliche Pflegeheimplätze benötigt, Pressemitteilung vom 21. März 2001, Nürnberg.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (2009): unveröffentlichter Bericht (Vortragsmitschrift) zur Arbeit der Modell-Pflegestützpunkte, Köln.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Gravenstein, S., Malarkey, W. B. und Sheridan, J. (1996): Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 93: 3043–3047.
- Klie, T. (1999): Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung, in: Klie, T., Schmidt, R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Bern, Göttingen, Toronto: 11–31, Huber Verlag.
- Knieps, F. (2008): Die Perspektive für das Gesundheitswesen. Versorgungsforschung 04/08: 24–28.
- Korzilius, H. (2009): Ärzte in der Weiterbildung: Gefordert, aber nicht gefördert. Deutsches Ärzteblatt 106(11): 487.
- Korzilius, H. und Rabatta, S. (2008): Ärzte können nicht alles selbst machen. Deutsches Ärzteblatt 105(45): A2360–2361.
- Kreissl, M., Eckardt, R. und Nitschke, I. (2008): Mundgesundheit und Pneumonie. Quintessenz 59: 1079.
- Krist, A. H., Johnson, R. E., Callahan, D., Woolf, S. H. und Marsland, D. (2005): Title VII funding and physician practice in rural or low-income areas. J Rural Health 21: 3–11.
- Krüger-Brand, H. E. (2009): Knappschaft startet Patientennakte, Deutsches Ärzteblatt 106(2): 60.
- Kruse, A. (1987): Familiäre Hilfeleistungen – eine kritische Analyse des Begriffes der „Pflegebedürftigkeit“. Zeitschrift für Gerontologie 20(5): 283–291.
- Kruse, A. (1994): Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen – Beiträge aus empirischen Untersuchungen. Zeitschrift für Gerontologie 27(1): 42–51.
- Kruse, A. (1996): Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz, in: Balthes, M. und Montada, L. (Hrsg.): Produktives Alter, Frankfurt/M.–New York: 344–373, Campus Verlag.
- Kruse, A. (2002): Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, A. (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. Bildungsforschung 3(2): www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/gesundheit/ (Stand 01.05.2009).

- Kruse, A. (2008): Psychologische Veränderungen im Alter, in: Kuhlmei, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*, Bern: 15–32, Huber.
- Kühlein, T., Laux, G., Gutscher, A. und Szecsenyi, J. (2008): Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis, München: Urban und Vogel.
- Kuhlmei, A. (2009): Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter, in: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebensverlauf*, Bern: 357–368, Huber.
- Kuhlmei, A., Hitzblech, T. und Schnitzer, S. (2008): Alter und Gesundheit: Vorstellungen in unterschiedlichen Generationen, in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kuhlmei, A., Winter, H. J., Maaz, A., Hofmann, W., Nordheim, J. und Borchert, C. (2003): Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36(3): 233–240.
- Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L. und Döhner, H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. *Z Gerontol Geriat* 39(6): 429–442.
- Landtag NRW (2005): Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Düsseldorf.
- Lichte, T. (2009): Evaluation des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (BPAM). Wintersemester 2007/2008 und 2008/2009. Persönliche Mitteilung. 11.02.2009.
- Lövdén, M., Ghisletta, P. und Lindenberger, U. (2005): Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging* 20: 423–434.
- Lübke, N., Ziegert, S. und Meinck, M. (2008): Geriatrie: Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung, *Deutsches Ärzteblatt* 105: A1120–A1122.
- Lüdtke-Handjery, M. (2008): Disease-Management-Programme im Morbi-RSA. Zukunftsfähiges Versorgungskonzept oder Auslaufmodell? *Die Krankenversicherung* 60(7/8): 193–196.
- Malin, E. M., Hernold, P. und König, W. (2009): Stolperstart in den Gesundheitsfonds: Zusatzbeitrag vornehmlich für Gesunde? Fehlsteuerung durch unsachgemäße Umsetzung des Morbi-RSA, *Die BKK* 97(1): 8–16.
- Martinez-Martin, P., Benito-Leon, J., Alonso, F., Catalan M. J., Pondal, M., Zamarbide, I., Tobías, A. und de Pedro, J. (2005): Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. *Quality of life research* 14(2): 463–472.
- Matter, C. und Späth, C. (1998): Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2: 51–59.
- Matthäi, I. (2004): Lebenssituation der älteren alleinstehenden Migrantinnen, in: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.): Berlin: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/aeltremigrantinnen-langfassung.
- McColl, A., Roderick, P., Gabbay, J., Smith, H. und Moore, M. (1998): Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 317: 1354–1360.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (Hrsg.) (2006): *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*, Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (Hrsg.) (2007): *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Absatz 4 SGB XI*, Essen: www.mds-ev.org/media/pdf/2._Bericht_des_MDS.pdf (Stand 01.05.2009).
- Micheelis, W. und Schiffner, U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln: Deutscher Zahnärzte-Verlag.
- Michel, H. (2005): Die BLZK macht mobil. *Bayrisches Zahnärzteblatt* 4: 8–9.
- Miller, B. und Carasso, L. (1992): Gender differences in caregiving. Fact or artifact? *The Gerontologist* 32(4): 498–507.
- Mörsch, M. (2005): *Qualitätstransparenz für ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen*, Frankfurt.
- Müller, O. und Razum, O. (2008): 30 Jahre Primary Health Care. Die Neuaufgabe einer revolutionären Idee. *Deutsches Ärzteblatt* 105(36): A1841–1843.
- NHG (Nederlandse Huisarts Genootschap) (2004): *Richtlijn adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier*, Utrecht.
- Nitschke, I. und Reiber, T. (2004): Ein computergestütztes Trainingsprogramm zur Verbesserung des Wissensstandes über die Mundgesundheit für Pflegekräfte, Ärzte und pflegende Angehörige. *Quintessenz* 55: 287–295.
- Nordenram, G. und Ljunggren, G. (2002): Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. *Oral Dis* 8: 296.
- Nübling, R., Kress, G., Kriz, D., Steffanowski, A. und Schrempf, C. (2005): *Angehörigenbefragung 2004/2005. Einrichtungübergreifender Ergebnisbericht. Befragung in 45 Altenpflegeeinrichtungen der Marseille-Kliniken AG, Karlsruhe: Privatinstitut f. Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen.*
- Oberender, P. und Linke, C. (2008): Die Anschubfinanzierung – der Motor für medizinische Leistungsstrukturinnovationen. *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 14(4): 129–141.

- Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Gould, K. L., Merritt, T. A., Sparler, S., Armstrong, W. T., Prots, T. A., Kirkeeide, R. L., Hogeboom, C. und Brand, R. J. (1998): Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association* 280: 2001–2007.
- Petersen, P. und Nørtov, B. (1994): Evaluation of a dental public health program for old-age pensioners in Denmark. *J Public Health Dent* 54–73.
- Petersen, P. und Nørtov, B. (2005): The effect of a three-year trial of a community dental care program for aged pensioners in Denmark. *Ugeskr Laeger* 157: 2712.
- Petri, A. (2008): KOSTA gegründet! Ein Konzept gegen den Hausärztemangel. *Der Hausarzt* 45(14): 15.
- Pieper, L., Wittchen, H.-U., Glaesmer, H., Klotsche, J., März, W., Stalla, G. K., Lehnert, H., Zeiher, A. M., Silber, S., Koch, U., Böhler, S., Pittrow, D. und Ruf, G. (2005): Kardiovaskuläre Hochrisikokonstellationen in der primärärztlichen Versorgung: DETECT Studie 2003. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 12: 1374–1382.
- Pietrokovski, J., Levy, F., Azuelos, J., Tau, S., Tamari, I. und Mostavoy, R. (1990): Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries. II. Soft tissue lesions and denture wearing habits. *Gerodontology* 9: 75–81.
- Ploeg, J., Feightner, J., Hutchinson, B., Patterson, C., Sigouin, C. und Gauld, M. (2005): Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people. *Metaanalysis of randomized controlled trials. Can Fam Physician*, 51(9): 1244–1245.
- Powell, S. K. (2000): *Advanced Case Management. Outcomes and Beyond*, Baltimore: Lippincott.
- Rabinowitz, H. K. und Paynter, N.P. (2000): The role of the medical school in rural graduate medical education: pipeline or control valve? *J Rural Health* 16: 249–253.
- Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W. und Hazelwood, C. E. (1999): A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *JAMA* 281: 255–260.
- Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W. und Paynter, N. P. (2001): Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA* 286: 1041–1048.
- Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W. und Rabinowitz, C. (2005): Longterm retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic Medicine* 80: 728–732.
- Rademakers, L. und Gorter, R. (2008): Ageing and oral health care in The Netherlands. An explorative study. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 115: 527.
- Ranmuthugala, G., Humphreys, J., Solarsh, B., Walters, L., Worley, P., Wakerman, J., Dunbar J. A. und Solarsh, G. (2007): Where is the evidence that rural exposure increases uptake of rural medical practice? *Aust J Rural Health* 15(5): 285–288.
- Rawaf, S., Maeseneer, J. und Starfield, B. (2008): From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 372: 1365–1367.
- Rebscher, H. (2005): Perspektiven des solidarischen Gesundheitssystems. *Gesellschaftspolitische Kommentare* 46(12): 6–9.
- Reid, R., Haggerty, J. und McKendry, R. (2002): *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*, Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Renner, B., Staudinger, U. M. (2008): Gesundheitsverhalten alter Menschen, in: Kuhlmeiy, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*, Bern: 193–206, Huber.
- Rhön-Klinikum AG (2008): Informationen zur Strategie des Konzerns: www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/27455.html (Stand 01.05.2009).
- Richter-Kuhlmann, E. (2008): *Medizinstudium: Einbahnstraße ins Ausland*. *Dtsch Aerztebl* 105: A2547.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2002): *Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10*, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2008): *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Bericht für den Sachverständigenrat im Gesundheitswesen*, Berlin.
- Robert Graham Center (2007): *The patient centered medical home*. Washington DC: www.adfammed.org/documents/grahamcentermedicalhome.pdf (Stand 09.12.2008).
- Roberts, E. und Mays, N. (1998): Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy* 44: 191–214.
- Rockhill, B., Willett, W. C., Manson, J. E., Leitzmann, M. F., Stampfer, M. J., Hunter, D. J. und Colditz, G. A. (2001): Physical activity and mortality: A prospective study among women. *American Journal of Public Health* 91: 578–583.
- Rosenblatt, R.A., Andrilla, C.H., Curtin, T. und Hart, L. G. (2006): Shortages of medical personnel at community health centers: implications for planned expansion. *JAMA* 295: 1042–1049.
- Rosenblatt, R. A., Whitcomb, M. E., Cullen, T. J., Lishner, T. J. und Hart, L. G. (1993): The effect of federal grants on medical schools' production of primary care physicians. *Am J Public Health* 83: 322–328.
- Roth, A. und Rüschemann, H. H. (1999): *Ökonomisches Plädoyer für integrative Versorgung – Patientenkarrieren chronisch Kranker in Schleswig-Holstein*, in: Arnold, M., Litsch, M., Schwartz, F. W. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report '99*. Stuttgart: 93–118, Schattauer.

- Rothgang, H. (2004): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag der Enquêtekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Bremen.
- Rothgang, H., Borchert, L., Müller, R. und Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66, Schwäbisch Gmünd; GEK edition.
- Runde, P., Giese, R. und Stierle, C. (2003): Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg.
- Samson, H., Strand, G., Haugejorden, O. (2008): Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand* 66(6): 368–373.
- Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gene-Badia, J., Pazarin-Rua, M. I., Iglesias-Perez, B. und Casajuana-Brunet, J. (2006): Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 23: 308–316.
- Sawicki, P. T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Med Klin* 100: 755–768.
- Scannapieco, F., Bush, R. und Paju, S. (2003): Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Periodontol* 8(1): 54–69.
- Schaeffer, D. (2004a): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit, Bern: Huber.
- Schaeffer, D. (2004b): Gesundheitspolitische Relevanz des Entlassungsmanagements, in: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück: 11–26.
- Schaeffer, D. und Kuhlmeiy, A. (2008): Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. *Z. Gerontol Geriat* 41: 1–5
- Schaeffer, D. und Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege, in: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Studienausgabe, Weinheim: 447–483, Juventa.
- Schaeffer, D., Behrens, J. und Görres, S. (Hrsg.) (2008): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung, Weinheim: Juventa.
- Schaeffer, D., Büscher, A. und Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen, in: Kuhlmeiy, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern: 352–369, Huber.
- Schäfer, H. M. (2009): Motivation zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Absolvierung eines Blockpraktikums in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen. Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt, statistische Berechnung durch das Institut für Biomathematik und Statistik der Universität Rostock (Publikation in Vorbereitung).
- Schenk, L. (2008): Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten, in: Kuhlmeiy, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: 156–174, Huber.
- Schlemm, S. und Kuhlmeiy, A. (2005): Demenz – medizinische und pflegerische Versorgung. *Gesundh ökon Qual manag* 10: 238–244.
- Schmacke, N., Niehus, H., Stamer, M. und Berger, B. (2008): Wanted: Der Hausarzt. *Gesundh Gesellsch* 11 (7–8): 37–42.
- Schmitz, K. und Schnabel, E. (2006): Staatliche Heimaufsicht und Qualität in der stationären Pflege. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins* 4: 170–178.
- Schneekloth, U. (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-alteneinrichtungen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (Stand 01.05.2009).
- Schneekloth, U. und Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, U. und Wahl, H. W. (Hrsg.), (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). München.
- Schneekloth, U., Pothhoff, P. und Piekara, R. (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Endbericht, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J. und Murukutla, N. (2007): Toward higher-performance health systems: adults’ health care experiences in seven countries. *Health Affairs* 26: w717–w734.
- Scholz, K. (2009): Ärztliche Weiterbildung in medizinischen Versorgungszentren, in: Ahrens, H. J., von Bar, C., Fischer, G., Spickhoff, A. und Taupitz, J. (Hrsg.): Medizin und Haftung, Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag, Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Schwabe, U. und Paffrath, D. (2008): Arzneiverordnungsreport 2008, Heidelberg: Springer.
- Schwerdt, R. und Tschainer, S. (2002): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.):

- Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Hannover: 181–287.
- Seddon, M. E., Marshall, M. N., Campbell, S. M. und Roland, M. O. (2001): Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care* 10: 152–158.
- Seidler, A. (2004): Können psychosoziale Faktoren vor der späteren Entwicklung einer Demenzerkrankung schützen? *Jahrbuch für Kritische Medizin* 40: 40–48.
- Seiler, R. (2007): Die Schwarzwaldformel – das Modell „Gesundes Kinzigtal“, in: Weatherly, J. N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Läger, R., Amelung, V. E. (Hrsg.): *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 139–147.
- Shewchuk, R. M., Rivera, P. A., Elliott, T. R. und Adams, A. M. (2004): Using Cognitive Mapping to Understand Problems Experienced by Family Caregivers of Persons with Severe Physical Disabilities. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 11(3): 141–150.
- Smetana, G. W., Landon, B. E., Bindman, A. B., Burstin, H., Davis, R. B., Tjia, J. und Rich, E. C. (2007): A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Arch Intern Med* 167(1): 10–20.
- Sochalski, J., Jaarsma, T., Krumholz, H.M., Laramée, A., McMurray, J. J. V., Naylor, M. D., Rich, M. W., Riegel, B. und Stewart, S. (2009): What Works in Chronic Care Management: The Case of Heart Failure. *Health Affairs* 28: 179–189.
- Sönnichsen, A. C., Donner-Banzhoff, N. und Baum, E. (2005): Motive, Berufsziele und Hoffnungen von Studienanfängern im Fach Medizin. *Z Allg Med* 81: 222–225.
- Spieth, F. (2007): Medizinische Versorgungszentren. Sie halten nicht was sie versprechen; in: *Gesellschaftspolitische Kommentare* 9: 24–25.
- Starfield, B. (1994): Is primary care essential? *Lancet* 344: 1129–1133.
- Starfield, B. (2001): Basic concepts in population health and health care. *Epidemiol Community Health* 55: 452–454.
- Starfield, B. und Shi, L. (2004): The Medical Home. Access to Care and Insurance: A Review of Evidence. *Pediatrics* 113 (5 Supple): 1493–1498.
- Starfield, B., Shi, L. und Macinko, J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83: 457–502.
- Statistisches Bundesamt (2005): 3. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Staudinger, U. M. (1996): Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter, in: Baltes, M. und Montada, L. (Hrsg.): *Produktives Alter*, Frankfurt am Main, New York: 344–373, Campus Verlag.
- Steinhagen-Thiessen, E. und Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in: Mayer, K. U. und Baltes, P. B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*, Berlin: 151–183, Akademie Verlag.
- Stille, C. J., Jerant, A., Bell, D., Meltzer, D. und Elmore, J. G. (2005): Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med* 142: 700–708.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. und Kurth, B. M. (2005): Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48: 296–306.
- Thompson, P. D., Buchner, D., Pina, M. D., Balady, G. J., Williams, M. A., Marcus, B. H., Berra, K., Blair, S. N., Costa, F., Franklin, B., Fletcher, G. F., Gordon, N. F., Pate, R. R., Rodriguez, B. L., Yancey, A. K. und Wenger, N. K. (2003): Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. *Circulation* 107: 3109–3116.
- Thust, W. und Lieschke, L. (1999): Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen 1999, zum Deutschen Ärzteblatt 26-Supplement: 12–15.
- TNS Emnid (2007): Die Pflegesituation in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter der Bevölkerung in Deutschland im Auftrag der Marseille-Kliniken AG. Bielefeld: TNS Emnid.
- TNS Emnid (2008): Die Pflegesituation in Deutschland – die Sicht der Betroffenen. Bundesweite TNS Emnid-Studie im Auftrag der Marseille-Kliniken AG. Bielefeld: TNS Emnid.
- Ulrich, V. und Wille, E. (2008): Fokus Krankenversicherungsmarkt. Herausforderungen der jüngsten Gesundheitsreform, im Auftrag von Accenture, Kronberg im Taunus.
- Van den Bussche, H., Eisele, M., Schäfer, I., Bachmann, C. und Kaduszkiewicz, H. (2007): Die chronisch Kranken und ihre speziellen Versorgungsprobleme, in: Böcken, J., Braun, B. und Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2007*, Gütersloh: 54–75, Bertelsmann Stiftung.
- Van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P. und Crebolder, H. F. J. M. (2000): Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*, 320: 754–758.

- Van Mill .W. (2005): Pharmaceutical Care in community pharmacy: practice and research in the Netherlands. *Ann Pharmacother* 39 (10): 1720–1725.
- Vedhara, K., Cox, N. K. M., Wilcock, G. K., Perks, P., Hunt, M., Anderson, S., Lightman, S.L. und Shanks, N. M. (1999): Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *The Lancet*, 353: 627–631.
- Verbeeke, M. (2004): Dept. of General Practice, Universität Gent. Persönliche Mitteilung vom 11. Februar 2004.
- Vetter, P., Steiner, O., Kraus, S. und Kropp, P. (1997): Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10: 175–183.
- Voigt, G. (2009): Licht im Dunkel. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 5:10
- Von der Knesebeck, O. (2004): Sozialer Status und subjektive Gesundheit im Alter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8(3): 262–272.
- Von der Knesebeck, O. (2008): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter, in: Kuhlmei, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*, Bern: 120–130, Huber.
- von Stillfried, D. und Heuer, J. (2008): Ambulante Behandlung von Patienten mit „gesichertem“ Diagnosenottrag Herzinsuffizienz. Persönliche Mitteilung von Auswertungsergebnissen auf Basis der Daten des ADT-Panels 2006.
- Walter, U. (2008): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. in: Kuhlmei, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber, Bern, 245–262.
- Wand, E. (1986): Ältere Töchter alter Eltern. Zur Situation von Töchtern im 6. und 7. Lebensjahrzehnt, Stuttgart: Kohlhammer.
- Weatherly, J. N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägél, R. und Amelung, V. E. (Hrsg.) (2007): *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care.
- Wensing M., Broge B., Kaufmann-Kolle P., Andres, E., und Szecsenyi, J. (2004) Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract* 10: 457–466.
- Wensing, M., Broge, B., Riens, B., Kaufmann-Kolle, P., Akkermans, R., Grol, R. und Szecsenyi, J. (2009): Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, in Druck: doi: 10.1002/pds.1778.
- White, K. L., Williams, T. F. und Greenberg, B. G. (1961): The ecology of medical care. *The N Engl J Med* 265: 885–892.
- WHO – World Health Organization (2000): *The Family Health Nurse Context. Conceptual Framework and Curriculum*. Kopenhagen: WHO.
- WHO (World Health Organization) (1978): *Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (Stand 13.08.2008).
- WHO (World Health Organization) (2008): *The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever*. World Health Organization, Geneva: www.who.int/whr/2008/en/index.html (Stand 19.10.2008).
- Wiegand, B., Jung, E. und Heuzeroth, V. (2009): *Die Integrierte Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Leitfaden*, Berlin.
- Wiesner, G., Grimm, J., Bittner, E. und Kurth, B. M. (2003): *Multimorbidität in Deutschland. Stand-Entwicklung-Folgen*. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Wille, E. (2007): *Die integrierte Versorgung: Stand und Entwicklungsperspektiven*, in: Oberender, Peter und Straub, Christoph (Hrsg.), *Auf der Suche nach der besseren Lösung. Festschrift zum 60. Geburtstag von Norbert Klusen*, Baden-Baden, : 81–94.
- Wille, E. (2008): *Korporativismus und Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem*, in: *Consilium der Bundeszahnärztekammer (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und Regulierung*, Berlin et al.: 1–12.
- Wille, E. (2009): *Die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur integrierten Versorgung*, in: Wille, Eberhard und Knabner, Klaus (Hrsg.), *Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer*, Frankfurt et al.: 91–123.
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2007): *Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich*, in: Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (Hrsg.), *Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich*, Baden-Baden: 15–67.
- Wilson, A. und Childs, S. (2002): *The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review*. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 1012–20.
- Wilson, R. S., Bennett, D. A., Beckett, L. A., Morris, M. C., Gilley, D. W., Bienais, J. L., Scherr, P. A. und Evans, D. A. (1999): *Cognitive activity in older persons from a geographically defined population*. *Journal of Gerontology*, 54: 155–160.
- Wingenfeld, K. (2003): *Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P03–124 (erweiterte Neuauflage)*. Bielefeld: IPW.
- Wingenfeld, K. (2005): *Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. Bern: Huber.

Wingenfeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. in: Kuhlmeier, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Huber: Bern, 370–381.

Winter, M. H.-J. (2005): Pflege in prekärer Sonderstellung: berufssoziologische Aspekte, in: Schroeter, K. R. und Rosenthal, T. (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim: Juventa: 279–297.

Wissenschaftsrat (1999): *Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen*.

Woltering, U. (2007): *Qualitätshandbuch der KAA-Pflege- und Wohnberatungsstelle Ahlen*. www.kaa-ahlen.de (Stand 14.05.2009).

WONCA Europe (2002): *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. WONCA Europe 2002.

WONCA Europe (2005): *The European definition of General Practice/Family Medicine*: www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm (Stand 06.09.2008).

Wurm, S., Tesch-Römer, C. (2008): *Gesundheit älterer Erwerbstätiger*. in: Kuhlmeier, A. und Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber, Bern, 131–143.

Yarnall, K. S., Pollak, K. I., Ostbye, T., Krause, K. M. und Michener, J. L. (2003): *Primary care: is there enough time for prevention?* *Am J Public Health*. 93: 635–641.

ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland) (2008): *ZI-ADT-Panel Basisstatistik: Diagnosespektrum von Allgemeinarztpatienten im I. Quartal 2008*. www.zi-berlin.de. (Stand 12.02.2008).

Zok, K. (2005): *Akzeptanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter 3 000 GKV-Versicherten*. *WIdO-monitor* 2005, 2 (3), 1–7.

7 Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung

Im Folgenden werden ausgewählte Ansätze aus unterschiedlichen Ländern dargestellt, die zur Entwicklung eines koordinierten, populationsbezogenen Versorgungsmodells in Deutschland beitragen könnten. Dabei wird besonders ausführlich auf das aus den USA stammende Managed Care-Konzept eingegangen, da es bereits viele Elemente enthält, die für ein zukünftiges Versorgungsmodell in Deutschland sinnvoll erscheinen.

7.1 EU-Konzept zur Primärversorgung

931. Zur Vorbereitung der niederländischen EU-Ratspräsidentschaft im zweiten Halbjahr 2004 gab das niederländische Gesundheitsministerium beim nationalen „Gezondheidsraad“ ein Gutachten über die Leistungsfähigkeit und Fortentwicklung der Primärversorgung in Auftrag. Das Ergebnis wurde auf der EU-Konferenz „Shaping the EU Health Community“ im September 2004 in Den Haag präsentiert (Health Council of the Netherlands 2004). Fragestellung des Gutachtens war es, angesichts unterschiedlicher, zum Teil jedoch auch konvergierender Primärversorgungssysteme in den Ländern der EU zu bestimmen, welches die Kerncharakteristika einer guten Primärversorgung und ihres Beitrags zu einer insgesamt hochwertigen Gesundheitsversorgung sind, welche Auswirkungen die unterschiedlichen Ausprägungen der Primärversorgung in den europäischen Ländern haben, und welche Entwicklungspfade in Zukunft für die Primärversorgung wünschenswert sind und empfohlen werden können. Das Gutachten knüpft an positive Erfahrungen mit einem hochwertigen System hausärztlicher Versorgung in den Niederlanden an, benennt zugleich aber auch die Herausforderungen, denen sich die Primärversorgung international zu stellen hat. Der erste Teil des Gutachtens gibt den internationalen wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Primärversorgung wieder und wurde bereits oben im Meta-Review in Abschnitt 6.1.3 berücksichtigt.

932. Die Niederlande sind ein gutes Beispiel dafür, wie erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in verschiedenen Ländern (daneben z. B. in Großbritannien, Dänemark, später auch z. B. in Spanien, Slowenien, Belgien, Finnland) eine moderne primärmedizinische Versorgung mit zentraler Stellung des Hausarztes entwickelt wurde. Insbesondere seit Mitte der siebziger Jahre erfolgte eine Verankerung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten und im Medizinstudium, die Einführung einer strukturierten Facharztweiterbildung für Hausärzte, die Stärkung der hausärztlichen Vereinigungen (wissenschaftlich: Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG, berufspolitisch: Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV), die auch die fast ausschließlichen Träger der Fortbildung und Qualitätszirkelarbeit sind, sowie die Stärkung der Hausarztrolle als Lotse bzw. Gatekeeper der Pa-

tienten. Ab Mitte der achtziger Jahre profilierten sich die Hausärzte weiter durch die Entwicklung hausärztlicher Leitlinien, ein vorbildliches System der Patientendokumentation und das Qualitätsmanagement. Niederländische Hausärzte praktizieren inzwischen zum weit überwiegenden Teil in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen.

Der Vergleich der Primärversorgungssysteme in den EU-Ländern zeigt, dass die weit überwiegende Anzahl eine entwickelte hausärztliche Versorgung aufweist, obwohl die systemischen Rahmenbedingungen (z. B. staats-/steuerfinanzierte versus sozialversicherungs-basierte Versorgung, Einzelleistungs- versus Capitation-basierte oder qualitätsorientierte Vergütung) ganz unterschiedlich sind. Staatsfinanzierte Versorgungssysteme haben eine gewisse Tendenz zu einer stärkeren Stellung (insbesondere mit Gatekeeping-Funktion) des Hausarztes. Ein wesentliches Element der Hausarztbeziehung ist die obligatorische Registrierung der Patienten in einer Hausarztpraxis (Patientenliste, welche per se nicht mit einem Gatekeeping gleichzusetzen ist¹⁸⁷), weil es die Patientenbindung an die Praxis verstärkt und den Patienten einen zuverlässigen ersten Ansprechpartner (im Sinne einer festen Anlaufstelle oder eines Medical Home, vgl. Abschnitt 7.2) nachweist. Zahlreiche weitere Unterschiede in den EU-Ländern finden sich bei der Praxisart und -größe, bei dem Tätigkeitszuschnitt und den Qualifikationen der Hausärzte, der Zugänglichkeit der Sprechstunde (z. B. Wartezeiten) und der Kooperation mit nichtärztlichen, pflegenden und sozialarbeiterischen Leistungserbringern in und außerhalb der Hausarztpraxis.

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz wie auch des Systemvergleichs in den EU-Ländern werden die Zentrierung um einen weitergebildeten Hausarzt, obligatorische Registrierung und ein zumindest weitgehend pauschaliertes Vergütungssystem als wünschenswerte Kernelemente der Primärversorgung angesehen.

933. Die demografische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen, daneben aber auch die Individualisierung und eine veränderte Anspruchshaltung der Patienten bei gleichzeitig zunehmender kultureller Diversität durch Migration werden als Herausforderungen für die zukünftige Entwicklung der Primärversorgung benannt, die in ähnlicher Weise alle EU-Länder betreffen werden. Die Primärversorgung wird zukünftig verstärkt an Patientensicherheit, Qualitätsorientierung und Verantwortlichkeit (*accountability*) gemessen werden. Die wis-

¹⁸⁷ Die Autoren stellen fest, dass ein Registrierungssystem auch dann, wenn kein – zumindest striktes – Gatekeeping stattfindet, zur Zugänglichkeit und Kontinuität der Versorgung beiträgt und zudem die natürliche Grundlage eines (zumindest teilweise) pauschalierten Vergütungssystems ist.

senschaftlich-technische Entwicklung wird im Bereich der Informationstechnologie/E-Health neue Herausforderungen stellen, gleichzeitig aber auch Möglichkeiten besserer Kommunikation mit den Patienten und eines besseren Praxis- und Qualitätsmanagements bieten. Nach Auffassung der Autoren wird sich durch die neuen technischen Möglichkeiten der Zuschnitt häuslicher Pflege besonders stark (z. B. Tele-Monitoring) verändern. In vielen europäischen Ländern und nicht nur in Deutschland ist eine Verknappung der (ärztlichen wie auch nichtärztlichen) Arbeitskräfte in der Primärversorgung, bedingt durch u. a. sinkende Arbeitszufriedenheit und Nachwuchsmangel, zu erwarten.

934. Die Autoren entwickeln aus ihrer Analyse eine ganze Reihe von Empfehlungen, die über die Niederlande hinaus für die Weiterentwicklung der Primärversorgung in den EU-Ländern von Bedeutung sind:

- Die Rolle der Primärversorgung und ihrer Problemlösungskompetenz sollte in allen Ländern gestärkt werden. Zwischen den Selbsthilfekompetenzen des einzelnen Bürgers und dem Zugang zur spezialistischen Versorgung stehend, sollten sich auch weiterhin mehr als 90 % der gesundheitlichen Probleme, mit denen die Bürger sich an einen Arzt wenden, innerhalb der Primärversorgung lösen lassen, womit die Primärversorgung einen wichtigen Beitrag zur Effizienz im gesamten Gesundheitssystem leistet. Insbesondere müsse analysiert werden, wo Selbst- und Laienhilfepotenziale (z. B. durch den Verlust von Familienbindungen oder soziale Fragmentierung) bedroht erscheinen und durch den Familien- und Gemeindebezug der Primärversorgung kompensiert werden müssen.
- In diesem Sinne müsse die Primärversorgung ihre Patientenorientierung verstärken, um auch den veränderten Ansprüchen und Erwartungen und dem gestiegenen Informationsniveau der Bevölkerung gerecht zu werden. Im Einzelnen wird hier die klare Evidenzbasierung des hausärztlichen Handelns genannt, die sich in einer verbesserten Fort- und Weiterbildung sowie in hausärztlichen Leitlinien niederschlagen muss. Die Leitlinien müssen zunehmend auch komplexere Gesundheitsprobleme, wie z. B. Multimorbidität sowie das interprofessionelle Handeln zwischen Hausärzten, Pflege und anderen Leistungserbringern behandeln und Patientenpräferenzen stärker berücksichtigen. Zur vollen Erfüllung der primärärztlichen Aufgaben ist zudem ein verstärkter Akzent auf vollständiger und befriedigender Patienteninformation sowie die Entwicklung des inhärenten Public Health-Bezuges (z. B. in der Prävention) notwendig. Die höheren Erwartungen der Bevölkerung an verantwortliches Handeln in der Heilkunde erfordern auch verstärkte Anstrengungen in den Bereichen der Darlegung zu Patientensicherheit, Qualität und Effizienz.
- Sowohl die Erwartungen der Bevölkerung wie auch die wissenschaftlichen Entwicklungen in der Allgemeinmedizin gehen dahin, dass der partizipativen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) zukünftig eine zentrale Rolle im Kontakt zwischen Primärmedizin und Patient zukommt. Dem muss vom frühen Ausbildungsprozess bis zur eventuellen professionellen Requalifikation Rechnung getragen werden.
- Die erfolgreiche und nachhaltige Versorgung chronischer Erkrankungen erfordert einen multidisziplinären und integrierten Ansatz (*shared and structured care*) auch in der Primärversorgung. Dabei sollte der Hausarzt der kontinuierliche Koordinations- und Rückkehrpunkt der Versorgung bleiben und sich nicht auf ungezielte Überweisungen beschränken. *Stepped care*, also die gezielte Nutzung der Potenziale der Sekundärversorgung, muss nicht nur durch interdisziplinäre Leitlinien, sondern z. B. auch durch geeignete ökonomische Anreizsysteme unterstützt werden.
- Im Rahmen der Primärversorgung müssen Hausarztpraxen zunehmend ihre Kooperation mit anderen Leistungserbringern entwickeln, also in einer Teamversorgung denken, was national je nach den Bedingungen des einzelnen Gesundheitssystems unterschiedlich zu realisieren ist. Neben der Koordination mit pflegerischen Leistungen spielt hierbei die Kooperation mit sozialarbeiterischen Potenzialen, die Berücksichtigung der Prävention und v. a. eine angemessene Berücksichtigung von psychischen Gesundheitsproblemen eine Rolle. Längerfristig wird der Teamgedanke in der Primärversorgung veränderte Organisationsstrukturen erforderlich machen, die auch die administrativen Abläufe absichern. An zahlreichen Stellen des vorliegenden Gutachtens für die EU werden von jeweils unterschiedlichen gesundheitspolitischen, gesundheitsökonomischen und auch praxisstrukturellen Ausgangspunkten aus entsprechende Impulse gegeben, die jeweils darauf zu prüfen sind, ob sie eine leistungsfähige hausärztliche/Primärversorgung zu fördern in der Lage sind. Es wird zudem davon ausgegangen, dass eine zukünftige leistungsfähige Hausarztpraxis etwa 10 000 bis 15 000 Menschen versorgen, d. h. fünf bis sieben Hausärzte umfassen sollte.
- Zur Stärkung der hausärztlichen Rolle in der Primärversorgung gehen die Autoren nicht so weit, eine allgemeine Anwendung des Gatekeeping-Prinzips durch Hausärzte zu fordern. Wünschenswert ist aber zumindest eine obligatorische Einschreibung zur Versorgung einer definierten Population durch den Hausarzt, eine Regulierung des Zugangs zur spezialistischen Inanspruchnahme und vor allem eine Stärkung der Koordinations- bzw. Navigationsfunktion der Hausarztpraxis, wie sie auch in Deutschland in den letzten Jahren bereits eingeleitet wurde, ohne die freie Arztwahl prinzipiell auszuschließen. Bedrohungen dieser kontinuierlichen, koordinativen Funktion der Hausarztpraxis werden zudem nicht nur durch eine ungezielte gebietsärztliche Inanspruchnahme ausgelöst, sondern ebenfalls durch Unklarheiten in der notdienstlichen Versorgung, durch – wie sich v. a. an US-amerikanischen, teilweise aber auch britischen Beispielen zeigt – die Nutzung von Direkt-Zugängen und Notaufnahmen sowie durch andere fragmentierende Versorgungsmodalitäten.

- Weitere Empfehlungen des Konzepts beziehen sich auf die Nachwuchsförderung im Hausarztberuf durch die Eröffnung adäquater Karrierechancen sowie die weiterhin notwendige Förderung der allgemeinmedizinischen Forschung (u. a. zur Gewinnung belastbarer praxisepidemiologischer Daten) und des internationalen Austauschs.

7.2 Patient-Centered Medical Home

935. Das Konzept eines Medical Homes wurde erstmals 1967 von der American Academy for Pediatrics (AAP) für die Versorgung von Kindern mit besonderen Bedarfen beschrieben (Starfield/Shi 2004). Von der American Academy of Family Physicians (AAFP) wurde es später im Rahmen des Future of Family Medicine Projects zum Konzept Advanced Medical Home als umfassende primäre Gesundheitsversorgung für alle Patientengruppen erweitert (Future of Family Medicine Project Leadership Committee 2004). Zuletzt wurde es von den Fachgesellschaften AAP, AAFP, American College of Physicians (ACP) und der American Osteopathic Association (AOA) gemeinsam zum Patient-Centered Medical Home mit besonderer Patientenorientierung fortentwickelt (Sia et al. 2004). Alle Modelle gehen davon aus, dass zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung nicht die episodischen, krankheits-, oder beschwerdebezogene Versorgung weiterführt, sondern letztlich eine patientenorientierte, von einem persönlichen Arzt koordinierte, auf die Langzeitbegleitung ausgerichtete medizinische Versorgung erforderlich ist. Grundlegend ist dabei eine auf Kontinuität ausgerichtete Beziehung (*healing relationship*), in der die individuellen Bedürfnisse und Werte des Patienten einen zentralen Stellenwert haben und die in unterschiedlichen Settings unterschiedlich ausgestaltet werden kann. Entscheidend ist, dass Ärzte und Versorgungsteams ihre Patienten koordinierend und stärkend durch das komplexe Versorgungssystem begleiten. Solange Patienten dazu in der Lage sind, sollen sie eigene informierte Entscheidungen treffen und dafür mit verständlichen Informationen unterstützt werden. Enge Kooperationen zwischen Arztpraxen und z. B. Hauskrankenpflege, Sozialarbeit, Physiotherapie und Apotheke sind fester Bestandteil des Konzepts.

Die sieben Kernelemente dieses Konzepts sind (Robert Graham Center 2007):

1. Jeder Patient hat einen persönlichen Arzt.
2. Der persönliche Arzt leitet ein Team von Gesundheitsprofessionals, welches als Gesamtheit für die Behandlung verantwortlich ist.
3. Der persönliche Arzt ist verantwortlich für die „ganze Person“.
4. Die Patientenversorgung ist über ihr gesamtes Kontinuum im Gesundheitswesen und in der Gemeinde abgestimmt (*care is coordinated and/or integrated*).
5. Qualität und Sicherheit sind die entscheidenden Merkmale der medizinischen Praxis.

6. Verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch offene Termingestaltung, erweiterte Öffnungszeiten und durch neue Optionen wie Gruppensprechstunden, Telefonsprechstunden ermöglicht.
7. Diese neuen Werte müssen sich in der Vergütung abbilden.

Einen umfassenden Überblick über die Konkretisierung des Medical Home-Konzepts in einem *New Practice Model for Primary Care* und die notwendigen Entwicklungsschritte geben Bodenheimer und Grumbach (2007).

Die Fachgesellschaften fordern Praxen, die sich an dem Konzept eines Medical Home orientieren wollen, auf:

- a) evidenzbasierte Leitlinien anzuwenden,
- b) alle Praxisabläufe, nicht nur solche für Patienten mit chronischen Erkrankungen, nach den Prinzipien des Chronic Care-Modells (Unterkapitel 7.5) zu gestalten,
- c) einen mit allen Behandlern und Angehörigen abgestimmten individuellen Behandlungsplan für den Patienten zu erstellen,
- d) verbesserte und längere Arztkontakte, u. a. auch über Telefon oder E-Mail zu ermöglichen,
- e) die klinische Arbeit und deren Entwicklung über geeignete patienten- und praxisbezogene Indikatoren abzubilden,
- f) angemessene Informationstechnologien in der Praxis zu nutzen, um eine hochwertige Versorgung und sicheren Informationsaustausch bei gleichzeitig gewährleistetem Datenschutz zu ermöglichen,
- g) an Programmen teilzunehmen, die anhand von Feedback und Fortbildung zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

936. Das Konzept des Medical Home unterscheidet sich von krankheitsbezogenen Disease Management-Konzepten vor allem durch seinen umfassend angelegten Ansatz. Während Disease Management-Programme auf eine einzelne Krankheit fokussieren, stellt das Chronic Care-Modell als Leitidee des Medical Home den einzelnen Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Vordergrund. Das Medical Home führt dieses ursprünglich nur für chronisch Kranke entwickelte Konzept in die Regelversorgung aller Patienten (inklusive Kinder und ihrer Familien) ein. Insbesondere Kinderärzte, Allgemeinmediziner und Geriater unterstützen das Konzept.

937. Ein narrativer Review, basierend auf 200 internationalen Untersuchungen, folgert, dass Patienten, die ein Medical Home haben, eine verbesserte Behandlungsqualität, weniger Behandlungsfehler und höhere Zufriedenheit erfahren (Rosenthal 2008). Eine Untersuchung des Commonwealth Fund machte deutlich, dass auch der Zugang zu einer qualitativ guten Versorgung auf diese Weise (unabhängig von Versicherungsstatus, ethnischen Hintergrund oder Herkunft) verbessert wird (Beal 2007). Die Patientenzufriedenheit ist erhöht, insbesondere, wenn dabei weiterhin die Freiheit der Arztwahl gewährleistet ist. Eine international vergleichende Befragung des Com-

monwealth Fund von 11 000 erwachsenen Patienten in sieben Industrieländern (darunter Deutschland) ergab, dass Patienten, die im Sinne eines Medical Homes eine feste, koordinierende Anlaufstelle im Versorgungssystem haben, in allen Ländern deutlich (signifikant) zufriedener mit der Therapie sowie der Arzt-Patienten-Kommunikation sind und seltener Behandlungsfehler und unnötige Doppeluntersuchungen erleben (Schoen et al. 2007). Auch in einer Befragung des „Gesundheitsmonitors“ der Bertelsmann Stiftung im Frühjahr 2007 ergaben sich für Deutschland ähnliche Ergebnisse: „Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen, dass Patienten, die einen Hausarzt als feste Anlaufstelle im Versorgungssystem nutzen, deutlich zufriedener sind (...).“ (Gesundheitsmonitor 2008: 5).

938. Das amerikanische National Committee for Quality Assurance (NCQA) hat 2008 in Form von neun *standards* und achtzehn *measures* Anforderungen an Patient-Centred Medical Homes operationalisiert und publiziert (NCQA 2008). Neben der geforderten Umsetzung des Chronic Care-Modells und Maßnahmen zur Fehlervermeidung wurden dabei zusätzlich folgende Aspekte spezifiziert: *patient access and communication, patient tracking and registry functions, care management, patient self-management support, electronic prescribing, tracking of patient tests, referral tracking, performance reporting and improvement, and advanced electronic communications*. Zahlreiche US-Organisationen (darunter Medicare, diverse HMOs/Managed Care-Organisationen und Fachgesellschaften) erproben derzeit landesweit etwas unterschiedlich ausgeprägte, aber den gleichen Prinzipien folgende Medical Home-Konzepte.

939. Wie in dem vom Rat veranlassten Evidenzreport zur hausarztorientierten Versorgung deutlich wird (vgl. Abschnitt 6.1.3 „Kontinuität“), ist eine hohe Kontinuität in der Versorgung, wie auch immer diese im Detail definiert wurde, mit besseren gesundheitlichen Outcomes, höherer Patientenzufriedenheit, niedrigeren Hospitalisierungsraten, verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, weniger Laboruntersuchungen, häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen, besserer Compliance sowie geringeren Kosten assoziiert. Auch diese Belege sprechen für die Sinnhaftigkeit eines patientenzentrierten Medical Home, das für Patienten aller Altersgruppen als feste Anlaufstelle fungiert und diese koordinierend und in ihren Eigenkompetenzen unterstützend durch das komplexe Versorgungssystem begleitet.

7.3 Das Bellagio-Modell

940. Eine Expertengruppe zur bevölkerungsorientierten Primärversorgung stellte 2008 fest, dass zur Sicherung der primärmedizinischen Versorgung chronisch Kranker nicht nur adäquate therapeutische Interventionen, sondern zum Teil auch ein Umbau systemspezifischer Versorgungsstrukturen notwendig ist. Auch hier wurde vor dem Hintergrund evidenzbasierter Studien festgestellt, dass eine hausärztliche Basierung der Versorgung chronisch Erkrankter erforderlich ist. Die adäquate Versorgung dieser Patienten erfordert demgemäß ein Systemdenken, in

das sämtliche Berufsgruppen eingeschlossen sind, in dem aber auch eine an Multimorbidität orientierte Primärversorgung von allen Akteuren im Gesundheitswesen als „erste Linie“ der Versorgung gefördert werden muss.

Das als „Bellagio-Modell zur bevölkerungsorientierten Primärversorgung“ bezeichnete Konzept dient als länder- und systemübergreifender Referenzrahmen zur Stärkung einer sicher zugänglichen, kontinuierlichen und umfassenden primären Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert (Bellagio Primary Care Conference 2008; Schlette et al. 2009). Es stellt die Kooperation zwischen Gesundheitsberufen und anderen Professionen sicher, überwindet so die Grenzen zwischen Versorgungssektoren und Institutionen und zielt auf die Unterstützung von Patienten und ihren Versorgern. Das Bellagio-Modell stellt insbesondere eine Antwort auf die Bedürfnisse von Patienten mit chronischen Erkrankungen dar, ist aber als Konzept der Primärversorgung ein Modell für die gesamte Population. Das Modell ist nach dem italienischen Ort am Comer See benannt, an dem es von einer Expertengruppe (24 Kliniker, Wissenschaftler und Politikberater aus England, Schottland, Dänemark, Spanien, USA, Niederlande, Deutschland, Frankreich, Polen und Estland) im April 2008 entwickelt wurde.

Die Kombination von zehn sich ergänzenden und verstärkenden Kernelementen wird als entscheidend für das Gelingen dieses umfassenden Ansatzes einer bevölkerungsorientierten Primärversorgung identifiziert:

1. Die gemeinsam getragene Führung (*shared leadership*): Leistungserbringer, Kostenträger, Gesundheitsexperten und politische Entscheider entwickeln gemeinsam eine Vision für die primäre Gesundheitsversorgung eines Landes bzw. einer Region. Dabei geben unabhängige Steuerungsgremien, die von Land zu Land institutionell ganz unterschiedlich verankert sein können, strategische Unterstützung für die Neuausrichtung der Primärversorgung.
2. Das öffentliche Vertrauen der Bevölkerung in die Verlässlichkeit von Politik, politisch Verantwortlichen und Entscheidungsstrukturen sowie in die Zuverlässigkeit und Transparenz des Gesundheitswesens ist unabdingbar. Öffentliches Vertrauen im Gesundheitswesen beruht auf unmittelbar positiven Erfahrungen mit Leistungserbringern bzw. auf den sicher zugänglichen, qualitativ hochwertigen und sicheren Gesundheitsangeboten.
3. Ein bevölkerungsorientiertes Management entlang des Kontinuums der Gesundheitsversorgung begleitet aktiv sowohl gesunde Bevölkerungsgruppen (Prävention) als auch akut erkrankte sowie chronisch kranke Patienten.
4. Die vertikale und horizontale Integration von Gesundheits- und Sozialprofessionen in der Gemeinde bzw. Region ist zu stärken (horizontal), und die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Primärversorgern und Sekundärversorgung ist auszubauen (vertikal).

5. Die Bildung von lokalen Netzwerken (*networking of professionals*), wie z. B. Praxisnetze, Qualitätszirkel oder Berufsausübungsgemeinschaften, bietet die Möglichkeit zur gemeinsamen Fortbildung und Qualitätsförderung, aber auch zur Teilung gemeinsamer Kosten für z. B. Geräte oder Patientenschulungen.
6. Die Infrastruktur der Primärversorgung kann durch Bereitstellung von über die Sektoren und Settings hinweg angelegte evidenzbasierte Leitlinien und Informationstechnologien ausgebaut werden. Individuelle Patientenbegleitung durch nichtärztliches Gesundheitspersonal oder integrierte Disease Management-Programme und die Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten stärken die Infrastruktur der Primärversorgung.
7. Ein Vergütungsmix auf der Basis von Kopfpauschalen (*capitation fee*) für grundlegende, klar definierte präventive und kurative Leistungen wird mit zusätzlichen Anreizen für eine optimale Patientenversorgung ergänzt.
8. Die standardisierte Datenerhebung mit systematischer Entwicklung und Evaluation von Indikatoren zum sicheren Zugang, zur Qualität, zur Sicherheit und zur Effizienz in der Primärversorgung dient der evidenzbasierten Entscheidungsfindung auf allen Ebenen.
9. Forschung und Entwicklung, die Kombination von Studien zur Anwendungsforschung in der klinischen Praxis (*effectiveness*) mit Untersuchungen zur bevölkerungsorientierten Versorgungsforschung, trägt zu angemessenen Entscheidungen und Planungen für Kliniker und Manager bei. Auch hier ist die Informationstechnologie eine wesentliche Hilfe.
10. Aktive Praxisverbesserungsprogramme dienen der Verbesserung der täglichen Arbeit auf allen Ebenen des Systems. Instrumente des Qualitätszyklus können hier unterstützend wirken (z. B. Prinzip des *plan, do, study, act*).

Diese in einigen Ländern z. T. bereits etablierten Elemente werden in der hier vorgestellten, synergistisch wirkenden Kombination von der in Bellagio gegründeten „Bellagio Primary Care Group“ als innovativ und notwendig definiert, um eine bevölkerungsorientierte Primärversorgung im 21. Jahrhundert nachhaltig zu stärken.

Dabei wird politischer Wille mit struktureller Förderung und Wandel im Versorgungsalltag verbunden: auf Steuerungs(*governance*)- bzw. politischer Entscheidungsebene (makro), auf Managementebene (meso) und nicht zuletzt auf der Ebene der alltäglichen klinischen Arbeit (mikro). In diesem Sinne soll das Bellagio-Modell eine international konsenterte, strategische Unterstützung liefern, die der Überwindung ineffektiver Konkurrenzen zwischen gesundheitsbezogenen und anderen Professionen in Richtung einer am Bedarf der Bevölkerung orientierten, funktional koordinierten Versorgung dienen soll (Bellagio Primary Care Conference 2008).

7.4 Roadmap des Royal College of General Practitioners (RCGP)

941. Das britische Primärversorgungssystem ist eines der am besten etablierten und akzeptierten hausarztzentrierten Primärversorgungssysteme der Welt. Dennoch steht auch dieses vor ganz erheblichen Herausforderungen, die in einem Entwicklungsplan („*The future direction of primary care – A roadmap*“) der wissenschaftlichen Fachgesellschaft thematisiert werden (Royal College of General Practitioners 2007). Mit der Regierungsübernahme durch Premierminister Blair (1997) und die „New Labour“-Politik wurden auch im staatlichen britischen Gesundheitswesen grundlegende Reformen eingeleitet (so genanntes „White Paper“). Für die Primärversorgung bedeutete dies vor allem, dass sie eine besondere Beachtung erhielt und dass auf die Gesichtspunkte der Evidenzbasierung, der Qualität, der Zugänglichkeit und auch der Sicherheit besonderer Wert gelegt wurde. Die Konzeption eines *fund-holding*-Prinzips der konservativen Vorgängerregierung wurde verlassen. In den letzten Jahren wurde vor allem die Finanzierung der hausärztlichen Versorgung so verbessert, dass britische Hausärzte in Europa zu den Einkommens-Spitzenreitern zählen dürften (und etwa 50 % mehr Einkommen erzielen als ihre deutschen Kollegen). Ein wesentlicher Teil dieser Aufstockung wurde über ein qualitätsorientiertes *pay for performance*-Programm (*quality and outcomes framework*, QOF) verteilt. Gleichzeitig war jedoch die Frage des Zugangs, der sozialen Gerechtigkeit (bzw. der Flächendeckung) etc. eine ständig virulente, welche die Regierung zunehmend zu gewagteren Experimenten veranlasste, zumal die Hausärzte aus ihrer zeitlich unbegrenzten Bereitschaftsverpflichtung entlassen wurden. Im Bemühen um eine möglichst niedrigschwellige Zugänglichkeit der Primärversorgung wurden Direktzugänge (wie z. B. „NHS direct“, teilweise direkt über das Internet) geschaffen, die allerdings stark umstritten sind, weil sie neue Fragmentierungen in die primärmedizinische Versorgung bringen. Da sich zunehmend auch in Großbritannien eine Nachwuchsknappheit bei Hausärzten abzeichnete und man außerdem den Wettbewerb stimulieren wollte, wurde zudem der Markt für Außenstehende geöffnet, und die ersten amerikanischen Managed Care-Organisationen ergriffen die Gelegenheit, britische Hausarztstühle zu ersteigern.

942. Die Ausgangssituation bezüglich der Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung erscheint in Großbritannien in vieler Hinsicht ähnlich wie in Deutschland: Der gesellschaftspolitische Wertewandel, z. B. bezüglich der Arzt- und Patientenrolle, die Globalisierung und die zunehmende Nutzung des Internets schaffen ein Klima der kontinuierlichen Veränderung und führen zu steigenden Erwartungen der Patienten an die Gesundheitsversorgung. Ein veränderter Lebensstil, technischer Fortschritt und der demografische Wandel führen zu vermehrter Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Auf der anderen Seite herrscht auch in Großbritannien insbesondere bei jüngeren Hausärzten Unzufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen: Sie arbeiten meist im Angestelltenverhältnis, und die Gelegenheit, Praxispartner zu

werden, ist rar. Dies gilt vor allem für Frauen, obwohl der Frauenanteil unter den General Practitioners (GPs) kontinuierlich zunimmt. Der britische National Health Service (NHS) versucht mittels verschiedener Reformen, die an Angebots- und Nachfrageseite, Finanzierung und „Systems Management“ ansetzen, eine Modernisierung und Effizienzsteigerung des Systems zu erreichen, um Defizite zu beheben und für zukünftige Entwicklungen gerüstet zu sein. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft (RCGP) initiiert derzeit Reformen der hausärztlichen Weiterbildung und verabschiedete kürzlich ein neues Curriculum (inklusive *specialty training*) für GPs. Die Hauptprobleme des NHS sind systemspezifisch allerdings andere als in Deutschland: So existieren immer noch lange Wartezeiten für technische Untersuchungen und Interventionen (*access*), außerdem Probleme, beim eigenen Hausarzt im Notfall schnell einen Termin zu bekommen (*continuity of care*), und zu kurze Konsultationszeiten (*patient centredness*). Patienten wünschen sich vor allem ein breiteres Leistungsspektrum an ihrem Wohnort und eine verbesserte Koordination der Behandlung.

943. Um das Primärversorgungssystem in Großbritannien auf eine Weise fortzuentwickeln, dass es den Herausforderungen der Zukunft gewachsen ist, schlägt das RCGP eine Reihe von Maßnahmen vor. Einige dieser Ansätze erscheinen potenziell auch auf deutsche Verhältnisse übertragbar und werden daher im Folgenden dargestellt.

- Verbesserung der Infrastruktur von Hausarztpraxen und Kooperationen: Empfohlen wird der Zusammenschluss von Hausarztpraxen zu größeren Einheiten mit erweitertem Leistungsangebot, dazu müssen allerdings geeignete Räumlichkeiten für solche Einheiten bereitgestellt werden.
- Flexible und je nach Region unterschiedliche Kooperationsmodelle: Dabei sind auch virtuelle Zusammenschlüsse von verschiedenen Einrichtungen denkbar, die eine bestimmte Population gemeinsam versorgen und für diese die Versorgung verantwortlich organisieren (*federated model*, in Anlehnung an das *division model* in Australien und Neuseeland). Als Voraussetzung hierfür soll das britische Einschreibemodell (*registered lists*) beibehalten werden. Auf diese Weise ist ein breiteres und besser koordiniertes Leistungsangebot möglich als für einzelne Praxen. Solche Zusammenschlüsse können Fachspezialisten, Apotheker, psychiatrische und soziale Liaisondienste enthalten und bedürfen professionellen Managements und einer entsprechenden Leitung, die sinnvollerweise durch den Hausarzt erfolgen sollte. Dazu müssen Hausärzte entsprechend fortgebildet werden (z. B. Master of Business Administration, MBA) und/oder externe professionelle Unterstützung erhalten. Gemeinsames Kennzeichen solcher Modelle ist der Erhalt der Hausarztorientierung und -perspektive der Versorgung, d. h. Patientenorientierung statt Krankheitsorientierung und eine geringere Fragmentierung der Versorgung durch eine bessere, hausarztgeleitete Kooperation. Dabei wird ebenfalls die Einbeziehung von

Patienten und der lokalen Gesundheitspolitik bei der Planung des Versorgungsbedarfs und geeigneter Maßnahmen empfohlen. Für die Etablierung neuer Versorgungsmodelle soll die vorliegende wissenschaftliche Evidenz berücksichtigt und eine begleitende Evaluation vorgenommen werden. Durch den Zusammenschluss von Praxen könnten beispielsweise für die Bevölkerung einer bestimmten Versorgungsregion längere Öffnungszeiten angeboten oder eine Notfall-sprechstunde eingerichtet werden, bei der Patienten von einem interdisziplinären Team behandelt und der eigene Hausarzt bei Bedarf hinzugezogen werden kann bzw. auf jeden Fall über die Behandlungsergebnisse seines Patienten informiert wird. Ziel ist es, möglichst alle Gesundheitsprobleme der Bevölkerung auf der Ebene der primärärztlichen Versorgung zu behandeln und nur, wo notwendig, Überweisungen zu höheren Versorgungsebenen vorzunehmen (*comprehensiveness of care*).

- Versorgung des Patienten durch hausarztgeleitete interdisziplinäre Primärversorgungsteams (*primary health care teams*): Für eine bessere Koordination und Kontinuität soll eine Versorgung des Patienten durch hausarztgeleitete interdisziplinäre *primary health care teams* erfolgen, mittels derer Schnittstellen abgebaut werden können. Eine Voraussetzung hierfür ist eine gemeinsame elektronische Patientenakte. Weitere Möglichkeiten könnte die Einführung von integrierten klinischen Versorgungspfaden bieten. Dabei sollten sich Patienten weiterhin ihren Hausarzt aussuchen können und im Sinne des Medical Home-Konzepts auch langfristig in erster Linie von diesem betreut werden. Kennzeichen eines funktionierenden und effektiv arbeitenden Primärversorgungsteams sind:
 - Die Teammitglieder arbeiten an einer gemeinsamen Aufgabe und stellen die Bedürfnisse der Patienten über individuelle oder organisatorische Bedürfnisse oder Profitstreben, sie verfügen über eine gemeinsame reale oder virtuelle Arbeitsumgebung und treffen sich regelmäßig, die Kommunikation und Kooperation ist gut, die Organisation der Aufgabenverteilung, und die Abstimmung von Arbeitsmethoden und Zeitmanagement wird im Team vorgenommen, es existiert eine anerkannte Teamleitung, Teammitglieder haben Einfluss auf Personalentscheidungen, und ihre Fort- und Weiterbildung wird aktiv unterstützt und organisiert.
 - Einsatz von nichtärztlichem Personal: Um Hausärzte zu entlasten und Zugänglichkeit (*access*) und Konsultationsdauer zu verbessern, wird der Einsatz von nichtärztlichem Personal zur Übernahme von geeigneten Aufgaben in der Patientenversorgung empfohlen. Vor allem in unterversorgten Gebieten haben Hausärzte häufig zu wenig Zeit pro Konsultation zur Verfügung und könnten durch eine enge Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Mitarbeitern erheblich entlastet werden.
 - Integration von Public Health-Ansätzen: Im Rahmen der Versorgung von Populationen mittels Pri-

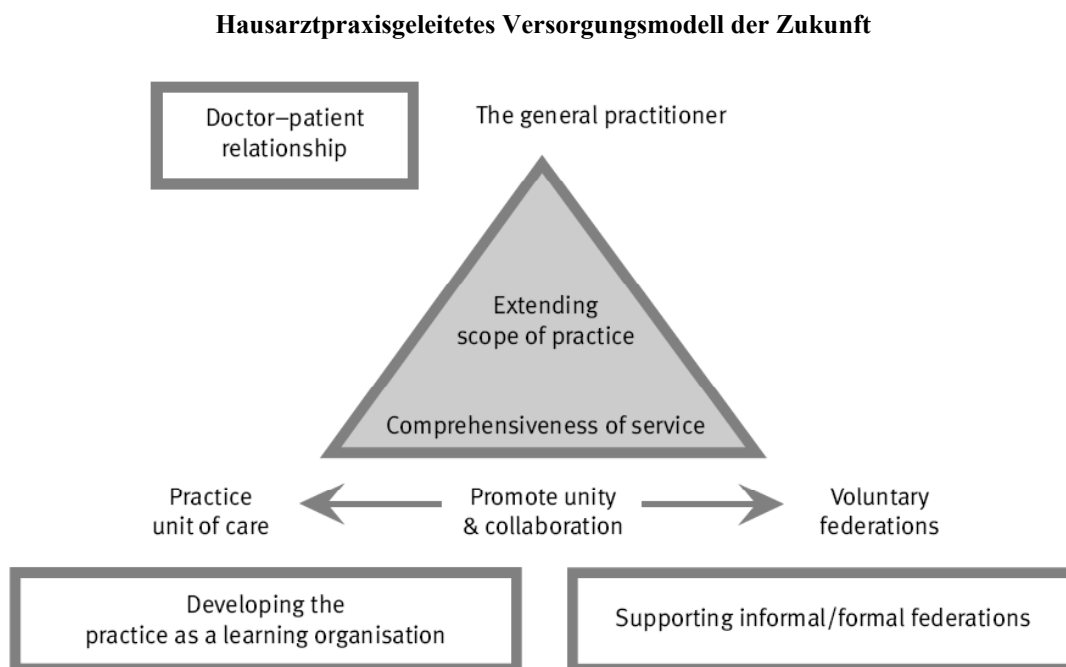
märversorgungsteams können ebenfalls Public Health-Themen und Ansätze zur Gesundheitsförderung (z. B. in Schulen und am Arbeitsplatz) integriert und adressiert werden (z. B. Mortalitäts-senkung durch Identifizierung und Prävention von Risikofaktoren, Anlegen von regionalen Krankheitsregistern).

- Neue Konzepte in der hausärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung: Um derzeitige und zukünftige Hausärzte auf die Anforderungen der Arbeit in einem solchen Team (bzw. seiner Leitung) vorzubereiten, bedarf es neuer Konzepte in der hausärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Die Zusammenarbeit von Hausarztpraxen mit universitären Zentren der medizinischen Ausbildung und der postgraduierten Weiterbildung soll verbessert und ausgebaut werden. Vom RCGP wurde ein neues Weiterbildungscurriculum entwickelt, das eine dreijährige Weiterbildung umfasst, davon mindesten 18 Monate in einer hausärztlichen Praxis und kurze (z. B. viermonatige) Abschnitte in anderen Fachgebieten. Die Organisation und Supervision der Weiterbildungsabschnitte soll – auch während der Klinikzeiten – durch den betreuenden Hausarzt erfolgen. Da eine zukünftige Hauptaufgabe des Hausarztes in der Betreuung und im zunehmend komplexeren Management von chronisch kranken Patienten liegen wird, insbesondere in der Diagnostik, medikamentösen Therapie und Koordination der Therapie, ist die Entwicklung von innovativen Aus- und Fortbildungsmodellen notwendig.

- Die nachfolgende Abbildung 64 zeigt das in der Zusammenfassung der genannten Empfehlungen vom RCGP entwickelte "hausarztpraxisgeleitete Versorgungsmodell der Zukunft", das auf drei Säulen ruht: 1. Der Qualität der Interaktion und der Beziehung zwischen Patient und seinem gewählten Hausarzt im Sinne des Medical Home-Konzepts, 2. der Hausarztpraxis als einer lernenden Organisation, sowie 3. der Zusammenarbeit verschiedener Versorger im Sinne eines erweiterten, integrierten Primärversorgungsteams und dem Zusammenschluss von Praxen einer Versorgungsregion im Sinne eines *federated model*.

Für die Umsetzung dieses Modells werden unter anderem folgende Voraussetzungen als notwendig erachtet: Hausarztpraxen müssen sich einem grundlegenden Prozess der Organisationsentwicklung unterziehen, um zu einer „lernenden Organisation“ zu werden. Hausärzte brauchen Unterstützung, um Führungsqualitäten und die dazugehörigen Fähigkeiten zu erwerben. Dazu sollten entsprechende Programme konzipiert und Hausärzten zugänglich gemacht werden, die bei der Umsetzung des neuen Versorgungsmodells Unterstützung bieten, wie sie z. B. in Kanada in Form eines „Werkzeugkastens“ zur Entwicklung von Leitungs-, Steuerungs- und Organisationsfähigkeiten für Hausärzte vom *College of Family Physicians* zur Verfügung gestellt wurde (The College of Family Physicians of Canada 2006). Darüber hinaus wird eine enge Zusammenarbeit mit medizinischen Fakultäten empfohlen, um die notwendigen Änderungen und Entwicklungen in Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die akademische Forschung in der Allgemeinmedizin weiter voranzutreiben.

Abbildung 64



Quelle: Royal College of General Practitioners 2007: 35

7.5 Das Chronic Care-Modell (CCM) zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker

944. Noch viel zuwenig ist erkannt, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen inzwischen die weit überwiegende Herausforderung für die Primärversorgung darstellen. Chronische Erkrankungen sind (s. Abschnitt 6.1.4.4.) insbesondere in der alternden Bevölkerung hochprävalent und erfordern einen Versorgungsstil, der sich nicht an den kurzfristigen Zuspitzungen solcher Erkrankungen allein orientiert, sondern das gesamte Vorfeld von Risikofaktoren langfristig berücksichtigt. Aufgrund der hohen Inanspruchnahme können (nur) Hausärzte diese Rolle erfüllen. Inzwischen ist außerdem bekannt, dass erstens die patientenseitige Motivation und die erforderlichen Fähigkeiten, mit einer Krankheit zu leben, von hoher Bedeutung für den Therapieerfolg sind, und dass zweitens nur eine nicht reaktiv-symptomgebundene, sondern eine proaktive langfristige Beratung und Betreuung aussichtsreich ist, um derartige Erkrankungen zu kontrollieren.

Eines der wenigen theoretischen Konzepte, das diese Tatsachen umfassend auswertet und inzwischen weltweite Anerkennung gefunden hat, ist das Chronic Care-Modell nach Ed Wagner (Wagner et al. 2001). Ursprünglich als Handlungskonzept einer mittelgroßen US-HMO entwickelt, hat es inzwischen umfassende empirische Bestätigung erfahren (Coleman et al. 2009). Nachdem bereits zahlreiche kontrollierte Studien die Wirksamkeit der empfohlenen Einzelelemente des Modells bestätigten, konnte eine umfassende Metaanalyse von 112 Studien zeigen, dass Interventionen, die mindestens ein CCM-Element enthalten, klinische Outcomes und Versorgungsprozesse – in geringerem Ausmaß auch die Lebensqualität – von Patienten mit chronischen Erkrankungen verbessern (Tsai et al 2005; vgl. auch Bodenheimer/Grumbach 2007).

945. Chronische Krankheiten (*long time conditions*) werden definiert als: „Krankheiten, die eine oder mehrere der folgenden Charakteristika haben: Sie sind permanent, verursachen bleibende Behinderung/Beeinträchtigungen, werden durch irreversible pathologische Veränderungen verursacht, erfordern ein spezielles rehabilitatives Patiententraining oder lassen eine Langzeitbeobachtung, -betreuung und -versorgung erwarten“ (Dictionary of Health Services Management 2008). Die optimale Behandlung einer chronischen Erkrankung wird zwar wesentlich durch die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung bestimmt. Allerdings werden große Defizite in der diagnoseübergreifenden Patientenversorgung deutlich. Wagner fasst sie als „Chronic Care Crisis“ (Wagner 2005) zusammen:

1. Prävalenz: Der Anstieg der Prävalenz von chronischen Krankheiten im Verhältnis zu Akuterkrankungen verändert die medizinische Tätigkeit – insbesondere in der Primärversorgung.
2. Klinische Versorgung: Der medizinische Fortschritt führt zu neuen Optionen in Diagnostik und Therapie, die immer komplexer werden. Diagnostik und Thera-

pie werden noch immer großenteils ohne ausreichende Evidenz durchgeführt.

3. Patientenrolle: Patienten sind noch mehrheitlich passive Objekte im Behandlungsgeschehen. Ihre Bedürfnisse werden nicht ausreichend berücksichtigt (u. a. Umgang mit den Symptomen, Emotionen, komplexer Medikation, Anpassung des Lebensstils und Behandlungsoptionen). Patienten erhalten hierbei selten effektive Hilfen (Patientenschulung, Selbstmanagement).
4. Koordination: Patienten werden von unterschiedlichen Akteuren behandelt, die unzureichend kommunizieren und somit eine Fragmentierung der Versorgung und unnötige Mehrfachbehandlungen verursachen (u. a. Bodenheimer 2008b).
5. Kontinuität: Die Fokussierung auf die Akutmedizin (Bodenheimer et al. 2002, Gerlach et al. 2006a und 2006b) vernachlässigt das systematische Beobachten (Follow up/ Monitoring) der Behandlungsergebnisse. Aus der Analyse dieser so genannten „Chronic Care-Krise“ wurde in Seattle das „Chronic Care-Modell“ entwickelt (Wagner et al. 1999 und 2001). Es ist interdisziplinär und multidimensional angelegt und bezieht alle Ebenen gesundheitlicher Entscheidungsfindung und Versorgung ein. Das Modell fasst den aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Verbesserung der Behandlungsqualität von Patienten mit chronischen Erkrankungen in einem Modell zusammen. Aus dieser Reduktion der Versorgungswirklichkeit werden deren Prozesse, lokale Ressourcen der Praxis und des Gemeinwesens erkennbar. Das Modell erlaubt, daraus konkrete Empfehlungen zur (Neu-) Organisation abzuleiten.

946. Die Überwindung der bestehenden Defizite bedeutet (als Maximalforderung) eine grundsätzliche Umorientierung der derzeit primär zumeist reagierenden Krankenversorgung hin zu einem vorausschauenden (pro-aktiven) Behandlungsansatz. Bessere (funktionelle und klinische) Ergebnisse werden in diesem Modell erreicht, wenn aktivierte Patienten und vorausschauende (pro-aktiv handelnde) Praxisteams in eine stimmige und produktive Interaktion mit dem Patienten treten. Dies kann sowohl durch Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens (z. B. finanzielle Anreize) als auch durch lokale Gemeindefressourcen (z. B. Selbsthilfe) unterstützt werden. Hinzu kommen organisatorische und strukturelle Maßnahmen, z. B. die Einführung von Entscheidungshilfen oder auch Spezialsprechstunden für bestimmte Indikationen (von der Akutversorgung bewusst abgetrennte Chronikersprechstunden). Schließlich bereitet die Patientenschulung mit Fokus auf Self-Monitoring und Self-Management den Patienten auf seine neue Rolle als zentralen Entscheidungsträger und Mitgestalter seiner Erkrankung vor. Das Chronic Care-Modell wurde für Deutschland als ein Bezugsrahmen zur Verbesserung der primärmedizinischen Versorgung von chronischen Krankheiten adaptiert (Gensichen et al. 2006).

Abbildung 65

Das Chronic Care-Modell



Quelle: Wagner et al. 2001, Deutsche Adaption nach Gensichen et al. 2006

947. Im Folgenden werden die Kernbegriffe des Modells erläutert:

- Verbesserte Ergebnisse (Outcomes) sind klinische Ergebnisse oder Konsequenzen (z. B. Symptome oder Laborergebnisse), aber auch funktionelle Ergebnisse, wie z. B. Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Versorgung und schließlich wirtschaftliche Ergebnisse wie Kostensenkung/Kosteneffizienz. Verbesserungen können nur innerhalb einer produktiven Beziehung zwischen Patient und Versorgungs-/Praxisteam erreicht werden.
- Der informierte und aktivierte Patient kann auf der Grundlage umfassender Kenntnisse über seine Erkrankung Handlungsoptionen und deren Auswirkung auf das eigene Leben bewerten und damit stärker die Rolle eines „Gestalters“ (Managers) für seine eigene Erkrankung und sein Wohlbefinden übernehmen.
- Das vorbereitete, pro-aktive Versorgungs- bzw. Praxisteam ist besonders qualifiziert und mit den Anforderungen der Behandlung chronischer Erkrankungen vertraut. Neben klinischen Besonderheiten sind übergreifende Behandlungsprinzipien wichtig, wie z. B. das systematische und regelmäßige Erfassen der Behandlungsergebnisse oder die vorausschauende Planung „aus einem Guss“ im Behandlungsalltag. Dies gilt sowohl für die interdisziplinäre bzw. hausärztliche Praxis in der ambulanten Versorgung (Praxisteam) als auch für gesundheitliche Einrichtungen mit komplexem

Leistungsspektrum (Sekundär- und Folgeebenen, z. B. Rehabilitation (Versorgungsteam)).

- Produktive Interaktionen werden auf der Grundlage der persönlichen Beziehung zwischen Versorgungs- bzw. Praxisteam und Patient erreicht. Hier ist im medizinpsychologischen Sinne die gelungene partnerschaftliche Kommunikation zwischen allen Beteiligten angesprochen; aus Patientensicht erfolgt eine partizipative Entscheidungsfindung (*shared decision making*).

948. Interaktionen zwischen Versorgungs- bzw. Praxisteam und Patient können nur produktiv sein, wenn das Gesundheitssystem die folgenden vier Bereiche der Versorgungs-/Behandlungspraxis ausreichend entwickelt hat. Für jeden dieser Bereiche belegen kontrollierte Studien einen positiven Einfluss auf die Versorgung chronisch Kranker.

- Die Unterstützung des Selbstmanagements ermöglicht dem chronisch Kranken und ggf. seinen Angehörigen die Hilfe zur Selbsthilfe. Ziel ist die Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz (*empowerment*). Hierzu zählen Hilfen für das regelmäßige Selbstbeobachten von klinischen Ergebnissen, aber auch Hilfen für den sicheren Umgang mit deren Konsequenzen. Grundsätzlich geht es also darum, den Patienten im alltäglichen Leben mit seiner Erkrankung zu unterstützen. Wagner: „*How do we help patients live with their conditions?*“

- Die Gestaltung der Leistungserbringung bedeutet eine (Neu-)Konzipierung der Versorgungsabläufe, insbesondere durch eine verantwortliche und effektive Aufgabenteilung innerhalb des Versorgungs-/Praxisteams, z. B. durch die Einrichtung einer Chroniker-Sprechstunde oder durch ein regelmäßiges, nachgehendes Follow up durch Case Management. Hierzu gehört auch der *stepped care* genannte Ansatz: Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern und Versorgungsstufen werden genau definiert und auf die Komplexität des gesundheitlichen Problems und Versorgungsbedarfs des einzelnen Patienten zugeschnitten. Wagner: „*Who's on the health care team and in what ways do we interact with patients?*“
- Gezielte Entscheidungsunterstützung liegt zum Beispiel in Form von evidenzbasierten Leitlinien für Ärzte, Entscheidungshilfen für Patienten, aber auch durch bessere Kooperation mit Fachspezialisten vor. Wagner: „*What is the best care and how do we make it happen every time?*“
- Klinische Informationssysteme beginnen schon mit einem einfachen Patientenregister, das alle Patienten mit einer bestimmten chronischen Erkrankung erfasst. Auch individuelle Patientenpässe, Therapiepläne oder Remindersysteme gehören dazu. Wagner: „*How do we capture and use critical information for clinical care?*“

949. Die genannten vier Aspekte der Versorgungs- bzw. Behandlungspraxis finden in den einzelnen Organisationen der Gesundheitsversorgung statt, z. B. in der ambulanten Arzt- oder Physiotherapiepraxis. Diese Organisationen bzw. Einrichtungen und ihre Verantwortlichen können eine Kultur der Qualitätsmessung und -verbesserung fördern und über differenzierte Anreize die Versorgungs-/Behandlungspraxis entsprechend steuern. Eine so gestufte Versorgung (*stepped care*), die zum Teil durch geeignete Leitlinien, zum Teil durch das klinische Urteil eines Primärarztes induziert wird, ermöglicht die optimale Ausnutzung der Kompetenzen auf jeder Stufe der Versorgung. Die Strukturen, Aufgaben und Aktivitäten der einzelnen Organisationen der Gesundheitsversorgung stehen dabei immer im größeren, vor allem gesetzlich geregelten Zusammenhang des gesamten Gesundheitssystems. Mit Gemeinwesen sind das kommunale Umfeld und die individuelle Lebenswelt eines Patienten gemeint (*community*). Alle Gesundheitsakteure sind Teil dieses Gemeinwesens; hierzu gehören auch lokale Ressourcen und gemeindenahe Angebote, z. B. soziale Dienste oder Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus wirken übergreifende Initiativen wie Präventionskampagnen, wobei die jeweiligen Kompetenzen, Entscheidungsstrukturen und -prozesse der Kommunal-, Landes- und Bundespolitik zur gesundheitlichen Versorgung für Handlungsspielräume im Gemeinwesen den Rahmen setzen.

950. Die erforderliche Veränderungsbereitschaft der Akteure, z. B. zur Übernahme neuer Rollen innerhalb des Praxisteams, aber auch zwischen Ärzten und Patienten, muss als Limitation des Chronic Care-Modells berücksichtigt werden. Im Zentrum der aktuellen Forschung stehen Elemente, wie z. B. das Case Management, welche

die Hausarztpraxis in ihrer Neuorientierung auf eine proaktive Behandlung unterstützen können. Mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004, der Einrichtung von Disease Management-Programmen – DMPs (Busse 2004) und der Regelungen zur integrierten Versorgung (Hahne 2005) wurden unterstützende Rahmenbedingungen geschaffen. Innerhalb der DMPs werden zum Teil bereits einzelne Elemente des Chronic Care-Modells verwirklicht, wie z. B. der Einsatz von evidenzbasierten Leitlinien, dennoch sind diese Programme verbesserungswürdig. Ein gezieltes Anliegen zu ihrer Weiterentwicklung besteht darin, Multimorbidität und individuellen Versorgungsbedarf von Patienten mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen besser abzubilden und ihrer praktischen Umsetzung in der hausärztlichen Alltagspraxis besser gerecht zu werden. Eine Unterstützung dieses neuen Fokus hausärztlicher Tätigkeit erfordert die Anpassung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und den richtigen Einsatz von finanziellen Anreizsystemen. Insbesondere ist eine gezielte Forschung und Weiterentwicklung dieser Programme hin zu integrierten Programmen für Patienten mit gleichzeitigem Vorliegen mehrerer chronischer Krankheiten notwendig.

7.6 Kooperation mit anderen Berufsgruppen

951. Die wachsenden Herausforderungen einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung erfordern eine hausärztliche Primärversorgung, die zukünftig stärker arbeitsteilig, interdisziplinär und professionsübergreifend ausgerichtet sein muss. Die in den Unterkapiteln 7.1 bis 7.5 dargestellten internationalen Vorschläge sehen hier zumeist ein *primary health care team* vor, das auf der Basis eines veränderten *skill mix* (Laurant 2007) insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker eng zusammenarbeitet. Während die Teambildung und Arbeitsteilung innerhalb der Hausarztpraxis primär auf die Kernprozesse der primärmedizinischen, patientenzentrierten Versorgung v. a. chronischer Erkrankungen und ggf. (Sekundär-)Präventionsleistungen konzentriert sind, wird über die Praxisgrenzen hinaus eine Kooperation mit Fachspezialisten, nichtärztlichen Gesundheitsberufen und Pflege, aber auch mit gemeindenahen Ressourcen z. B. im sozialarbeiterischen oder sportlichen Bereich gefordert.

Ein Zwischenbereich zwischen medizinischer Krankenversorgung und Pflege, nämlich die Erbringung primärmedizinischer Versorgungsleistungen außerhalb der eigentlichen Hausarztpraxis (durch Hausbesuche) hat derzeit in Deutschland besondere Aufmerksamkeit erlangt. Im Folgenden werden einige in Deutschland bereits etablierte Modelle vorgestellt, bei denen neue Formen der Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen in der hausärztlichen Primärversorgung erprobt werden.

7.6.1 Modellprojekt Arztentlastende Gemeindenahe E-healthgestützte Systemische Intervention (AGnES) in Mecklenburg-Vorpommern

952. Um einer drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, wurde in Mecklen-

burg-Vorpommern auf Initiative des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und mit einer Finanzierung aus Landesmitteln eine Machbarkeitsstudie zur Wiedereinführung der Gemeindeschwester in Auftrag gegeben. Diese Studie wurde im Zeitraum von August 2005 bis März 2007 vom Institut für Community Health der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald in Zusammenarbeit mit der Hochschule Neubrandenburg in einer (nicht unterversorgten) Modellregion auf der Insel Rügen durchgeführt. In Anlehnung an die „Gemeindeschwester Agnes“, Hauptdarstellerin einer Fernsehserie in der DDR, wurde das Projekt AGnES (Arztentlastende Gemeindefnahe E-healthgestützte Systemische Intervention) genannt. Das Modell ist vor allem für Patienten gedacht, bei denen präventive Leistungen, eine regelmäßige Überwachung der Therapie oder ein Monitoring des Gesundheitszustands erforderlich sind. Daten über den Gesundheitszustand des Patienten werden vor Ort elektronisch dokumentiert und per Datenfernübertragung direkt in die Praxis-EDV des Hausarztes eingespeist. AGnES-Mitarbeiter sind dazu mit Behandlungskoffer und Notebook für eine standardisierte Dokumentation ausgerüstet, inzwischen werden sogar Videokonferenzen mit dem Hausarzt durchgeführt. Auch die Patienten selbst können im Rahmen eines Telemonitorings Messwerte an die Praxis übermitteln und werden diesbezüglich geschult (van den Berg et al. 2007). Darüber hinaus wird eine ausführliche Medikamentenanamnese in der Häuslichkeit sowie eine Prüfung möglicher Interaktionen durch die beteiligte Apotheke vorgenommen, und anschließend erfolgt ein Abgleich mit den Verordnungsinformationen des Hausarztes. Im Rahmen des Projekts wurde ein Curriculum für eine Qualifizierung zur Community Medicine Nurse (CMN) an der Universität Greifswald entwickelt, das erstmals von Januar 2006 bis Dezember 2008 mit 17 Teilnehmerinnen durchgeführt wurde. Es beinhaltet 274 Stunden Präsenzunterricht und Selbststudium sowie ein zwölfwöchiges Praktikum in einer Arztpraxis. Nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung kann eine CMN über 300 arztentlastende Tätigkeiten ausführen, die beispielsweise eine Messung des Blutdrucks und anderer Körperfunktionen, aber auch eine Sturzprophylaxe, Impfungen und Beratungsleistungen umfassen (Schnack 2008).

7.6.2 Modellprojekt Arztentlastende Gemeindefnahe E-healthgestützte Systemische Intervention (AGnES) in Brandenburg

953. Ausgehend von den Erfahrungen der Machbarkeitsstudie in Mecklenburg-Vorpommern wurde AGnES ab Juli 2006 bis Ende 2008 in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in Lübbenau (Brandenburg) mit drei Gemeindeschwestern und sechs Hausärzten mit Fördermitteln aus dem Europäischen Sozialfonds als Modellprojekt fortgeführt. 174 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 79 Jahren wurden betreut. Fast drei Viertel von ihnen sind zwar in ihrer Mobilität stark eingeschränkt, aber nicht pflegebedürftig und leiden an Hypertonie, Diabetes, Herzinsuffizienz, Demenz oder

Hyperlipidämie bzw. an mehreren dieser Erkrankungen im Sinne einer Multimorbidität. Die Pflegekräfte besuchen die Patienten im Auftrag von Hausärzten, die am Medizinischen Zentrum Lübbenau arbeiten. Manche der angestellten Ärzte des Zentrums haben die Hälfte ihrer Hausbesuche an die Pflegekräfte abgegeben. Beim Projektstart wurde allerdings kritisiert, dass das Modell nicht den geplanten Einsatzbedingungen entspricht: Statt einer Landarztpraxis in einer unterversorgten Region wurde ein Versorgungszentrum in einem ausreichend versorgten Gebiet gewählt (Mißbeck 2007). Ab 2009 wird das Projekt in einer Übergangslösung für zwei Quartale durch die KV Brandenburg mit jeweils maximal 5 000 Euro finanziert, bis die Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Bundesebene über eine langfristige Kostenübernahme abgeschlossen sind (ÄZ 2008a).

7.6.3 Modellprojekt Arztentlastende Gemeindefnahe E-healthgestützte Systemische Intervention (AGnES) in Sachsen

954. Ab dem 1. April 2007 wurde erstmals eine real von Unterversorgung betroffene Region in Sachsen einbezogen. Die Finanzierung erfolgte ebenfalls aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds des Freistaates Sachsen, sowie durch die Beteiligung verschiedener Kostenträger, wie Kassenärztliche Vereinigung, Staatsministerium für Soziales und verschiedene Krankenkassen. Neben einer Verbesserung der flächendeckenden Versorgung der Region sollen die laufenden Modellprojekte zur Optimierung der Curriculumsinhalte für die Qualifizierung zur Community Medicine Nurse genutzt werden. (Einicke 2007).

955. An den verschiedenen AGnES-Projekten beteiligen sich bislang insgesamt 53 Hausärzte, 40 Pflegekräfte und Praxismitarbeiter. Bis Oktober 2008 wurden bei mehr als 10 000 Hausbesuchen rund 1 500 im Durchschnitt 79 Jahre alte Patienten versorgt, die mit durchschnittlich sechs Diagnosen überwiegend multimorbide waren. Die Ergebnisse der begleitenden deskriptiven (nicht kontrollierten) Evaluation durch die Universität Greifswald zeigen eine hohe Akzeptanz bei den beteiligten Ärzten und Patienten. 90 % der Hausärzte empfinden die neue Versorgungsstruktur als Entlastung, 88 % sehen eine Verbesserung der Compliance durch den Einsatz der Gemeindeschwester. 99 % der Patienten halten sie für eine kompetente Ansprechpartnerin, und 94 % können sich vorstellen, dass der Hausarzt nur noch in dringenden Fällen selbst zum Hausbesuch kommt (ÄZ 2008b). Eine weitere vorläufige Auswertung zeigt eine verbesserte Lebensqualität und dauerhafte Blutdrucksenkungen bei den betreuten Patienten. Das Projekt stellt keine Konkurrenz für ambulante Pflegedienste dar, wie von diesen befürchtet wurde. In mehreren Fällen wurde erst durch AGnES bei Projektpatienten ein erhöhter Pflegebedarf festgestellt und die Beauftragung eines Pflegedienstes unterstützt (ÄZ 2008c). Die Autoren der Evaluation bestehender AGnES-Modellprojekte betonen, dass die Anbindung der AGnES an Hausarztpraxen einer Entstehung von Doppelstrukturen effektiv entgegenwirkt (van den Berg et al. 2009).

7.6.4 Modellprojekt Mobile Praxisassistentinnen (MoPras) in Sachsen-Anhalt

956. terversorgung betroffenen Regionen Börde, Harz und Altmark wird seit Ende 2007 das Modellprojekt der „Mobilen Praxisassistentin (MoPra)“ erprobt. Die Integration in die Hausarztpraxen ist der wesentliche Unterschied des MoPra- zu den AGnES-Projekten. MoPras sind in den Hausarztpraxen angestellt und haben dort weiterhin ihre festen Aufgaben als Medizinische Fachangestellte. Da sich Patienten und MoPras oftmals schon lange aus der Praxis kennen, ist das Vertrauensverhältnis meist sehr gut. Auf Anweisung der Ärzte betreuen sie vorwiegend chronisch kranke Patienten, die mindestens 65 Jahre alt sind und beispielsweise Schwierigkeiten haben, in die Praxis zu kommen. Entsprechend der ärztlichen Anordnungen reichen die Aufgaben von Blutentnahmen, Blutdruck- und Blutzuckermessungen, EKG, über Wund- und Verlaufskontrollen nach Schlaganfällen oder Herzinfarkten bis zu Injektionen oder Verbandswechseln. Daneben werden Akutkranke besucht, die vorübergehend nicht mobil sind. Jeder Hausbesuch wird noch am selben Tag mit dem behandelnden Arzt ausgewertet (Zieler 2007). Ist eine weitere Befunderhebung notwendig, führt der Arzt selbst einen weiteren Besuch durch. Bei Bedarf wird ein Pflegedienst eingeschaltet. Das Modellprojekt ist zunächst auf drei Jahre begrenzt und wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, dem Landesgesundheitsministerium und der AOK Sachsen-Anhalt initiiert. Inzwischen ist auch die Gmünder ErsatzKasse dem Vertrag beigetreten. Die Finanzierung erfolgt durch die beteiligten Partner, wobei der Hauptanteil von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und den Krankenkassen getragen wird. Im Gegensatz zum üblichen Hausbesuch, für den ein Arzt in Sachsen-Anhalt im Schnitt ungefähr fünf Euro bekommt, beträgt die Vergütung im Modellprojekt jeweils 20 Euro pro Besuch zuzüglich Wegepauschale. Das beteiligte nichtärztliche Personal wird am Hausärztlichen Institut für Fortbildung in Sachsen in einer 160 Stunden umfassenden Zusatzausbildung geschult (ÄZ 2008d). 2 000 Euro können die beteiligten Ärzte je MoPra für Weiterbildungs-, Unterbringungs- und Fahrtkosten beantragen (Zieler 2008).

7.6.5 Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH)

957. Ärzteverbände, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Hausärzteverband sowie der Verband medizinischer Fachberufe, (VmF) befürchten eine Zunahme von Bürokratie und Abstimmungsproblemen durch das AGnES-Modell, da hierdurch eine zusätzliche Schnittstelle in der Versorgung entsteht. Stattdessen erscheint ihnen eine Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der Hausarztpraxis für diese Aufgabe sinnvoller, weil die Zusammenarbeit des Arztes mit der eigenen Mitarbeiterin mehr Patientensicherheit und die notwendige enge Abstimmung gewährleistet (Korzilius/Rabbata 2008). Durch ihre Einbindung in die Praxis und ihre

Kenntnis der Patienten sind MFA besonders geeignet, um beispielsweise in die langfristige Therapieüberwachung chronisch kranker Patienten einbezogen zu werden. So könnten speziell geschulte Praxismitarbeiter künftig Patienten zu Hause aufsuchen, um Routinetätigkeiten zu erledigen, die Alltagskompetenz der Patienten einzuschätzen und ihnen Verhaltensweisen und Techniken zu vermitteln, um das Leben mit der Krankheit zu erleichtern. Arztentlastende Tätigkeiten könnten aber auch in der Praxis selbst von MFA übernommen werden, beispielsweise die Durchführung von Chroniker-Sprechstunden oder die Unterstützung bei der Untersuchung multimorbider Patienten. Um MFA auf diese Tätigkeiten vorzubereiten, hat das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) in Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe ein 200-stündiges Curriculum entwickelt, das zu der verbandstragenen Bezeichnung „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)“ führt. Es besteht aus acht Modulen mit den Inhalten Case- und Praxismanagement, Präventions- und Gesundheitsmanagement sowie Notfall- und Wundmanagement. Dabei kann entweder das gesamte Curriculum durchlaufen oder es können Einzelmodule für Schwerpunktsetzungen belegt werden. Dieses Bausteinprinzip gewährleistet eine flexible Umsetzung innerhalb der Praxis. In gemeinsamen Veranstaltungen werden die acht Themenblöcke flächendeckend in Deutschland angeboten. Ein 40-stündiges Praktikum schließt die Qualifizierung ab. Die sächsische Landesärztekammer hat das VERAH-Curriculum bereits zertifiziert. Der VmF und der Deutsche Hausärzteverband stellen schon jetzt fest, dass dieses Curriculum auf großes Interesse bei den Praxisteams stößt (Deutscher Hausärzteverband 2009).

958. Die Delegation von Hausbesuchen an Mitarbeiter nichtärztlicher Gesundheitsberufe wird durch eine Änderung des § 63 SGB V im Rahmen des zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ermöglicht. Mit der Änderung des § 87 SGB V wurde außerdem vorgeschrieben, dass bis zum 1. Januar 2009 eine Vergütungsregelung für die in ärztlichem Auftrag in der Häuslichkeit des Patienten erbrachten Leistungen zu treffen ist. Auf diese Weise können die in den verschiedenen Modellprojekten erprobten Hausbesuche durch geschulte Pflegekräfte oder Praxisassistentinnen in die Regelversorgung überführt werden. Die dazu erforderlichen Veränderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und in den Bundesmantelverträgen (BMV-Ä/EKV) waren zum Stichtag noch nicht vereinbart bzw. in Kraft. Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich erst im März 2009 im Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 SGB V auf eine entsprechende Honorierung geeinigt. Danach sollen ab dem 1. April 2009 „je Sitzung“ 17 Euro für den Erstbesuch einer dafür qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistentin und 12,50 Euro für den Besuch eines weiteren Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft (auch in Alten- oder Pflegeheimen) erstattet werden. Die Kostenpauschalen sollen sowohl die ärztlich angeordneten Hilfeleistungen anderer

Personen als auch die entfernungsunabhängigen Wegekosten umfassen. Eine – unnötige und unverständliche – Einschränkung ergibt sich aus der Beschränkung, diese Leistungen nur in solchen Gebieten zu erstatten, in denen nach Feststellung des jeweiligen Landesausschusses (lokale) Unterversorgung existiert oder droht. Zu den dabei erbrachten Leistungen zählen das Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung, Testverfahren bei Demenzverdacht, die Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests, die Bestimmung von Laborparametern und die arztunterstützte Abstimmung mit anderen Leistungserbringern. Die Leistungen können im Haushalt des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen erbracht werden. Eine nichtärztliche Praxisassistentin muss nach der Berufsausbildung zur medizinischen Fachangestellten mindestens drei Jahre in einer Hausarztpraxis gearbeitet und eine Fortbildung absolviert haben. Die Dauer der Fortbildung richtet sich nach der Berufserfahrung. Der Theorieteil umfasst mindestens 150 Stunden (mehr als zehn Jahre Erfahrung) und höchstens 200 Stunden (weniger als fünf Jahre). Die praktische Stundenzahl liegt zwischen 20 und 50 Stunden, plus 20 Stunden Notfallmanagement (KBV 2009).

959. Ein internationales Beispiel (Health Partners in Minneapolis) macht deutlich, dass es bei dieser Kooperation mit nichtärztlichen Berufsgruppen nicht allein um die Delegation von ausgewählten Hausbesuchen gehen sollte (nach Bodenheimer 2008a). In Minneapolis wird der Praxisbesuch eines Patienten in verschiedene Betreuungsphasen und Aufgaben bzw. Zuständigkeiten unterteilt:

- Besuchsvorbereitung (*pre-visit care*): Hier prüft ein nichtärztlicher Praxismitarbeiter (*medical assistant*), dass an alle anstehenden Aufgaben zur präventiven und kurativen Betreuung gedacht wurde. Dazu gehört auch eine Bestandsaufnahme aller tatsächlich eingenommenen bzw. zuvor verordneten Medikamente (*medication reconciliation*).
- Der eigentliche Besuch (*visit*) unterscheidet sich ansonsten kaum von einem traditionellen Arzt-Patienten-Kontakt.
- Besuchsnachbereitung (*post-visit care*): Ein nichtärztlicher Praxismitarbeiter vergewissert sich, ob der Patient während des Besuchs alles verstanden bzw. noch Fragen hat. Da viele Patienten (in Minneapolis etwa 50 %) nicht verstehen, was während eines Besuchs passiert, besteht so die Möglichkeit, bestimmte Aspekte (z. B. Empfehlungen zur Lebensführung, zur Einnahme von Medikamenten, zur Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen) noch einmal in Ruhe zu erklären.

Zwischen den Besuchen (*between-visit care*) dienen geplante Telefonanrufe nichtärztlicher Mitarbeiter zur Klärung typischer Fragen: Haben Sie die verordneten Medikamente erhalten? Hatte Sie Probleme mit Zuzahlungen? Haben Sie irgendwelche Probleme bei der Einnahme?

Wissen Sie noch, wie Sie die Medikamente einnehmen sollen? Nehmen Sie die Medikamente ein? Falls nicht, warum nicht und wie können wir Ihnen statt dessen helfen?

In Anknüpfung an seine Ausführungen im Gutachten 2007 begrüßt der Rat die Erprobung neuer Formen der Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. Aus der Perspektive der hausärztlichen Versorgung ist die hausärztliche Arbeitskraft zukünftig zu knapp (und mit Bezug auf einfache Routineaufgaben auch zu teuer), um alle heute von einer hochwertigen Primärversorgung zu erbringenden Leistungen sicherstellen zu können. In der Hausarztpraxis der Zukunft muss daher eine Neubewertung bestimmter Leistungen – vor allem in den Bereichen (Sekundär-)Prävention, Patientenaktivierung, Patientenzentriertheit, Routinemonitoring – erfolgen, die in der Folge eine stärkere Umstrukturierung der Prozesse und Arbeitsteilung im Praxisteam nach sich ziehen wird. Die in diesem Gutachten bereits vorgeschlagenen Veränderungen hausärztlicher Primärversorgung sind insofern als Beitrag zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen in einer Gesellschaft des längeren Lebens gedacht. Welche Modelle sich letztlich durchsetzen, sollte von regionalen Erfordernissen sowie den Ergebnissen der begleitenden Evaluation abhängig gemacht werden. Entsprechende Kooperationen sollten nicht auf die Delegation von Hausbesuchen beschränkt werden, sondern vor allem die gesamte Gestaltung hausärztlicher Versorgung innerhalb der Praxen betreffen.

7.7 Managed Care

7.7.1 Einführende Begriffsbestimmung

7.7.1.1 Zum Integrationsgrad gesundheitlicher Leistungserstellung

960. Der Gesetzgeber schuf zwar in den letzten zehn Jahren für die Krankenkassen und die Leistungserbringer einige Optionen, eine sektorübergreifende Versorgung im Rahmen selektiver Verträge zu vereinbaren (s. Unterkapitel 6.5), die Umsetzung dieser Möglichkeiten blieb aber insgesamt gesehen quantitativ unbefriedigend und qualitativ intransparent. Die medizinisch und ökonomisch immer noch weitgehende Abschottung der Leistungssektoren stellt nach wie vor eines der zentralen Hindernisse für die Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung dar. Diese Segmentierung der Rahmenbedingungen gesundheitlicher Leistungserstellung setzt z. B. Anreize, bei sektoraler Budgetierung ausgabenintensive Leistungen nach Möglichkeit in andere Sektoren zu verschieben. Solche Handlungsweisen entsprechen unter den gegebenen sektoralen Rahmenbedingungen durchaus einem rationalen Entscheidungskalkül der jeweiligen Akteure, konfliktieren aber mit der Systemrationalität einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Die Überwindung dieser Sektorisierung durch eine integrierte Versorgung zielt somit darauf ab, die Produktion der einzelnen Gesundheitsleistungen jeweils jenen Leistungserbringern zu übertragen, die diese am qualifiziertesten und/oder kostengünstigsten erstellen können (GA 2007,

Ziffer 65ff.). Zudem gilt es in diesem Kontext, Anreize für eine wirksame Prävention¹⁸⁸ zu schaffen.

961. Eine Klassifikation der Versorgung nach Indikationstiefe und Indikationsbreite vermag, wie Tabelle 103 synoptisch zusammenfasst, Aufschlüsse über den Integrationsgrad der gesundheitlichen Leistungserstellung zu liefern. Dabei nimmt die Integrationstiefe mit der Anzahl der eingebundenen Leistungssektoren zu und die Indikationsbreite steigt mit der Anzahl der behandelten Indikationen. Bei dieser Kombination von Leistungssektoren und Indikationen weist die sektorspezifische Versorgung, die sich auf eine Indikation beschränkt (Feld I), offensichtlich den niedrigsten und die sektor- und indikationsübergreifende Versorgung (Feld VI) den höchsten Integrationsgrad auf. Die sektorspezifische Versorgung kann statt eine Indikation auch mehrere (Feld II) oder alle Krankheitsbilder (Feld III) einschließen. Eine indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung (Feld III) bieten die meisten ambulanten Ärztenetze (Fleßa/Wendler 2008) an, die zwar interdisziplinär-fächerübergreifend agieren können, denen aber die sektorübergreifende Orientierung

¹⁸⁸ Hierbei handelt es sich wie auch im folgenden vornehmlich um die sekundäre und tertiäre Prävention. Dies schließt nicht aus, dass die an der gesundheitlichen Leistungserstellung Beteiligten auch im Bereich der primären Prävention ihre Potenziale ausschöpfen und Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens bei deren Bemühungen unterstützen sollten.

fehlt. Setzt sich ein Ärztenetz nur aus Hausärzten zusammen, so nimmt mit dieser Segmentierung – sofern keine anderen Integrationselemente hinzutreten¹⁸⁹ – der Integrationsgrad innerhalb der indikationsübergreifenden sektorspezifischen Versorgung noch einmal ab. Zudem bleibt offen, ob Hausärztenetze die Patienten über alle Indikationen adäquat behandeln können.

962. Die partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung (Feld IV) überwindet bei der Behandlung eines Krankheitsbildes zwar eine oder mehrere Sektorengrenze(n), mögliche Schnittstellenprobleme mit den übrigen Leistungsbereichen bleiben aber ungelöst. Bei der vollständig sektorübergreifenden indikations-spezifischen Versorgung (Feld V) erfolgt die Betreuung und Behandlung über alle Leistungsbereiche hinweg, d. h. von der Prävention bis zur Pflege. Hierunter fallen ambitionierte Disease Management-Konzepte, die sich als indikationsbezogene Verträge neben Vergütungsfragen vor allem auf Qualitäts- und Behandlungsstandards beziehen (Thorenz 2007; Knappe 2008). Die sektor- und indikationsübergreifende Versorgung (Feld VI) stellt mit ihrer umfassenden Populationsorientierung unter Integrationsaspekten das anspruchsvollste Konzept aller Kombinationen von Indikationstiefe und -breite dar. Der § 140a

¹⁸⁹ Hausärztenetze können darüber hinaus integrale Bestandteile einer fach- und sektorübergreifenden Versorgung (von Feld III bis VI) bilden.

Tabelle 103

Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite

Indikationstiefe Indikationsbreite	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Leistungssektoren
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische, partiell indikationsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung IV				
mehrere Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V					
Alle Indikationen		indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung III				sektor- und indikationsübergreifende Versorgung VI

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baumann 2006: 206

Absatz 1 SGB V postuliert als Sollvorschrift eine solche „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung“¹⁹⁰, die mit regionalem Bezug auf eine integrierte Vollversorgung hinausläuft.¹⁹¹

7.7.1.2 Managed Care: Konzept und Definitionen

963. Auf eine Integration der gesundheitlichen Leistungserstellung und einen Populationsbezug innerhalb des jeweiligen Versichertenkreises zielen auch die meisten Varianten von Managed Care. Der Rat hat sich mit dem Begriff Managed Care und den entsprechenden Optionen zur Umsetzung solcher Versorgungskonzepte in seinem Gutachten 2007 (Ziffer 285ff.) ausführlich beschäftigt. Die US-amerikanische (Berwick 1996; Dudley 2001) und die deutsche Literatur (Amelung/Schumacher 1999; Amelung 2007; Jacobs/Schulze 2006; Seitz et al. 1997) enthalten eine fast unüberschaubare Vielzahl von Definitionen zu Managed Care. Die vorhandenen Definitionsansätze aus den USA, den europäischen Ländern und aus Deutschland verwenden in verschiedenen Konstellationen

- einzelne Finanzierungselemente wie z. B. Capitation,
- Zielvorgaben wie z. B. Integration der Versorgung, Verbesserung der Prävention und Steigerung der Effizienz bzw. Kosteneinsparung,
- selektives Kontrahieren,
- organisatorische Strukturen (verbesserte Steuerung),
- gesonderte Organisationsformen von Managed Care (z. B. Health Maintenance Organisation),
- Instrumente des Managed Care wie Gatekeeping, *utilization review* oder sonstige Einschränkung der freien Arztwahl.

964. Weiterhin wird (richtigerweise) die Vielfalt der Umsetzungsformen von Managed Care hervorgehoben. Diese Vielfalt hat die Folge, dass die definitorischen Elemente in den diversen Spielarten der Managed Care-Ansätze in sehr unterschiedlicher Ausprägung auftreten. Erschwerend kommt hinzu, dass andere, verwandte Versorgungsformen wie z. B. Disease Management große Überschneidungen mit dem Begriff Managed Care aufweisen. Im Zusammenhang mit der Thematik „Koordination“ und vor dem Hintergrund der Definition im Gutachten 2007 wird daher eine Gewichtung der verschiedenen Charakteristika der Managed Care-Versorgung nach ihrer Spezifität hinsichtlich der Abgrenzung zu anderen Versorgungs- und Finanzierungsformen vorgenommen. Im Mittelpunkt steht als Kriterium mit der höchsten Spezifi-

tät die Aufhebung des *provider-payer-splits*, an zweiter Stelle die prospektive Pauschalierung (Capitation), an dritter Stelle rangieren die erklärten Ziele (z. B. Outcome- und Effizienzverbesserung, in der Folge auch Integration und Prävention), gefolgt von Strukturen und Instrumenten (Tabelle 104)¹⁹².

965. Im Hinblick auf die in diesem Gutachten behandelte Problematik erscheint daher die folgende Definition sinnvoll:

Definition: Als Managed Care wird ein Versorgungssystem bezeichnet, das die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß zusammenfasst. Dabei sieht es ein prospektiv pauschaliertes Finanzierungssystem vor. Managed Care verfolgt die Ziele, Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer regionalen, Outcome-orientierten Gesundheitsversorgung zu integrieren, sowie deren Effizienz u. a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern. In der Umsetzung werden selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern eingesetzt. Die Arztwahl kann in unterschiedlichem Maße eingeschränkt sein, Instrumente wie Gatekeeping, Disease Management, Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien und *utilization review* kommen in verschiedenen Kombinationen und wechselndem Umfang zur Anwendung.

966. Während Präventionsorientierung ein genuines und bereits in den Ursprüngen von Managed Care verfolgtes Ziel darstellt, rückt dieses Gutachten die Generationenorientierung in den Vordergrund, um die Optionen von Managed Care in Bezug auf die demografische Problematik zu diskutieren. Die Verbesserung der Prävention entspricht hier dem gemeinsamen Ziel aller Beteiligten, diese den kurativen Ansätzen voranzustellen, und bezieht sich in erster Linie auf präventive Verfahren, die Managed Care-Programme von ihrem Potenzial her zu verwirklichen vermögen.

967. Grob kann man davon ausgehen, dass das Ausmaß der Integration von Leistungserbringung und Finanzierung und generell der Grad des Durchgriffs der Finanzierungsebene auf die Behandlung der Patienten von den Health Maintenance Organisations (HMO) über die Preferred Provider Organizations (PPO) und die Independent Physician Associations (IPA) bis zu den Point of Service-Programmen (POS), bei denen die Arztwahl außerhalb des Netzes lediglich einen Aufschlag auf die Prämie bzw. höhere Zuzahlungen erfordert, schrittweise abnimmt. In diesem Zusammenhang ändern sich folglich auch jeweils die verwirklichtbaren Ziele, die Umsetzungsstrukturen und die konkreten Instrumente, die im Rahmen des jeweiligen Plans eingesetzt werden. Für die weitere Analyse ist es außerdem wichtig zu berücksichtigen, dass es gerade bei den HMO *for profit*- und *non profit*-Varianten gibt.

¹⁹⁰ Der ursprüngliche Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG sah noch vor, die Anschubfinanzierung und damit die Förderungswürdigkeit der Versicherungsverträge an den Bevölkerungsbezug zu knüpfen. In weiteren Gesetzgebungsverfahren verzichtete man dann auf diese Bedingung (vgl. Fraktionen der CDU/CSU und SPD 2006: 94).

¹⁹¹ Der Gesetzestext bezieht die Populationsorientierung offensichtlich auf die Versicherten der Krankenkasse, die entsprechende Verträge schließt, und nicht auf alle Bürger einer Region.

¹⁹² Diese Gewichtung kann sich in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen anders darstellen.

Tabelle 104

Das Konzept Managed Care im Überblick

A		Interne Finanzierung
	1	Integration von Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion (Aufhebung Trennung <i>provider/payer</i>) in unterschiedlicher Ausprägung
	2	Versichertenbezogene prospektive Pauschalen (<i>prospective capitation payment</i>)
B		Erklärte Ziele
	1	Outcome-Orientierung, <i>equity</i>
	2	Effizienz verbessern, Kosteneinsparung
	3	Integration der Sektoren und der regionalen Leistungsanbieter erhöhen
	4	Präventionsorientierung
	5	Im Kontext des Gutachtens: generationenbezogene Versorgung ermöglichen
C		Strukturen
	1	Populationsbezug statt Erkrankungsbezug
	2	Regionaler Bezug
	3	Selektives Kontrahieren mit Leistungserbringern möglich
	4	Qualitätsbezogene Vergütungsanreize (P4P)
	5	Leistungs- und Vertragsgestaltung basiert auf Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern
D		Instrumente
	1	Beschränkung der Arztwahl
	2	Gatekeeping durch Haus-/Primärärzte
	3	Disease Management innerhalb des Managed Care-Programmes
	4	Case Management innerhalb des Programmes
	5	Qualitätsmanagement, Indikatoren (einschließlich <i>area</i> -Indikatoren) und <i>public disclosure</i>
	6	Leitlinien und Behandlungspfade
	7	<i>Utilization review</i> insbesondere bei seltenen und teuren Leistungen

Quelle: Eigene Darstellung

968. Die historischen Wurzeln des Managed Care-Gedankens reichen bis in die 1960er und 1970er Jahre zurück (Ellwood 1971) und haben dazu geführt, dass alle Beteiligten im Vergleich zur traditionellen Form der Gesundheitsversorgung eine deutliche Veränderung ihrer jeweiligen Rollen hinnehmen mussten (Jacobs 2006):

- die Krankenversicherer waren gezwungen, die Gesundheitsversorgung sehr viel aktiver als bei der Einzelfall- bzw. Einzelleistungsabrechnung zu planen und zu steuern,
- die Leistungserbringer, also in erster Linie die Ärzte in den Praxen und die Krankenhäuser, mussten sich den Erwartungen der Managed Care-Organisationen stel-

len und in unterschiedlichem Maße das Komorbiditäts- und Komplikationsrisiko mit übernehmen, und

- die Patienten waren der Erwartung ausgesetzt, dass sie sich über die unterschiedlichen Programme informieren und die richtige Wahl treffen, die für ihren aktuellen Gesundheitszustand, aber auch für ihren zukünftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen adäquat ist.

Die Arbeitgeber, die für die Managed Care-Organisationen als Ansprechpartner zum Teil eine wichtigere Rolle einnahmen als die Patienten, da die MCO mit den Arbeitgebern Verträge abschlossen, die diese dann an ihre Angestellten weitergaben, besaßen allerdings einen besseren Überblick und klarere Wahlmöglichkeiten, insbesondere

da bald Zertifizierungs- und Qualitätssicherungsprogramme entstanden (Amelung/ Schumacher 1999).

969. Ein wichtiger Entwicklungsschritt erfolgte durch die Einbeziehung von Medicare¹⁹³ durch den Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA) im Jahr 1982 und die im gleichen Jahr gegebene Möglichkeit z. B. in Kalifornien, selektiv mit Leistungserbringern zu kontrahieren (Brown et al. 1993; Dudley 2001). Durch den Balance Budget Act im Jahr 1997 und die Einführung der „Medicare+Choice“-Programme wurden Einsparungen größeren Ausmaßes für den öffentlichen Sektor realisiert (Ginzberg 1999). In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wandte sich jedoch die öffentliche Meinung in den USA gegen die Managed Care-Programme (so genannter Managed Care backlash), gefolgt z. B. von Haftpflichtprozessen gegen MCOs wegen der Vorenthaltung von Leistungen, obwohl solche Klagen ursprünglich gesetzlich verboten waren (Blendon et al. 1998). Managed Care kann jedoch in den USA nicht als gescheitert angesehen werden; das zunehmende Selbstbewusstsein der Patienten und amerikanischen Verbraucher (*consumerism*) führte jedoch zu einer Veränderung der Strategie der Managed Care-Organisationen (Robinson 2001). Sie legten flexiblere Programme auf, die insbesondere die Beschränkung der Arztwahl weniger rigide gestalteten und für den Patienten größere Wahlmöglichkeiten eröffneten (Draper et al. 2002).

970. Wie in Abschnitt 7.7.3 noch weiter ausgeführt wird, liegen die Chancen des Managed Care-Konzeptes in der Aufhebung der Fragmentierung der Versorgung und der Steigerung der Integrationsfähigkeit. Ebenso besteht die Erwartung, dass Systeminnovationen, die jenseits der medizinischen oder technischen Ebene relevant werden, sich in einem Managed Care-System schneller und besser umsetzen lassen (Berwick 1996; Simonet 2003). Dies wird in erster Linie erreicht durch die graduell unterschiedliche Aufhebung des so genannten *provider-payer-split*, also der Trennung von Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion. In dem klassischen Review von Miller/Luft (1997) lautete eines der Einschlusskriterien daher auch, dass es sich um Konzepte handeln sollte, wo die Intervention als „*focused on managed care plans whose providers were responsible for much of the premium dollar*“ beschrieben war. Das Morbiditäts-, Komorbiditäts- und das mit neuen Behandlungsmethoden verbundene finanzielle Risiko wird zwischen Versicherern und Leistungserbringern geteilt oder ganz auf Letztere verlagert (Simonet 2003).

971. Die Integration von Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion stellt bereits in den vor mehr als 35 Jahren diskutierten und im HMO Act von 1973 in den USA umgesetzten Konzepten von Managed Care den entscheidenden Anreiz dar, um die angebotsinduzierte Nachfrage, die den auf Einzelleistungsförderung und Leistungspauschalen beruhenden Finanzierungssystemen innewohnt, zu vermeiden und durch einen auf Prävention und Effizienz zielenden Anreiz zu ersetzen (Ellwood

1971; Slaughter 1973; McCleary et al. 1995). Dieses auch im weiteren Sinne als *risk sharing* (die Leistungserbringer übernehmen zumindest einen Teil des Morbiditätsrisikos) bezeichnete Instrument ist eng verbunden mit der prospektiv gestalteten Pauschalierung der Vergütung je Versicherten (Capitation), die unter Umständen als Pauschale an die Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern weitergeleitet werden (Roemer/Shonick 1973).

972. Vermittelt wird diese Neujustierung des Risikos durch die prospektive Finanzierung nach Kopfpauschalen (Capitation) (Robinson/Casalino 1996), wobei gleichzeitig Anreize für Systemintegration und -innovation gesetzt werden (Berwick 1996). Die HMO besitzen allerdings auch andere Möglichkeiten, um die Leistungen der Ärzte zu vergüten (Berwick 1996) – prinzipiell ist sogar eine Einzelleistungsvergütung möglich, falls das *risk sharing* über andere Anreize erfolgen kann. Da es sich bei den Vertragspartnern auf der Seite der Leistungserbringer um unterschiedliche Institutionen handeln kann – die Spannweite reicht von einzelnen Arztpraxen über Ärztenetze, Krankenhaus-gestützte Ärztenetze bis zu Managementgesellschaften – ist das Ausmaß, in dem die Anreizwirkung der Capitation zu den eigentlichen Leistungserbringern „durchdringt“, sehr unterschiedlich. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass die Managementgesellschaft die Pauschalen verhandelt, im Innenverhältnis zu den Ärztes der MCO aber nach anderen Modalitäten finanziert. Im Vergleich ist dies bei den HMO nur selten der Fall, bei den IPA kommt der Zusammenfall von Finanzierung und Leistungserbringung sehr viel häufiger vor (Berwick 1996). Als Anreize sind grundsätzlich in Betracht zu ziehen (Rice 1997):

- ein Teil der prospektiv an die MCO gezahlten Pauschalen wird zurückgehalten und erst dann an die Ärzte ausgeschüttet, wenn bestimmte Grenzwerte, z. B. hinsichtlich Hospitalisierung oder Überweisung an spezialisierte Fachärzte, nicht überschritten werden,
- es werden bei Erreichung bestimmter Ziele Boni an die Ärzte ausgeschüttet,
- bei der Verordnung von Untersuchungen oder Prozeduren werden die Ärzte am Risiko beteiligt.

Unabhängig von diesen Anreizstrukturen kann man ermesen, welche Bedeutung der prospektiven Finanzierung zukommt, denn in den 1970er Jahren rechnete ein noch größerer Teil der Bevölkerung in den USA als heute ohne Versicherungsschutz direkt mit Ärzten ab. Diese Patienten mussten von den Vorteilen eines Versicherungsschutzes unabhängig von der aktuell anfallenden Leistungsinanspruchnahme erst überzeugt werden.

973. Über die Ziele eines Managed Care-Ansatzes hinsichtlich Effizienz, Integration und Präventionsorientierung besteht wenig Dissonanz. Eine Steigerung der Effizienz und Kosteneinsparungen gehören zu den Zielen von Managed Care, über deren Erfolg am wenigsten Zweifel geäußert werden (Simonet 2003). Erreicht werden die Einsparungen in erster Linie durch eine Verminderung der Krankenhausverweildauer (Ashton 2003), im Medi-

¹⁹³ Staatliches Krankenversicherungsprogramm insbesondere für ab 65-Jährige.

care-System nach den Zahlen der Health Care Financing Administration (HCFA) um 1,5 Tage oder knapp 17 % (Brown et al. 1993). Die Auswirkungen auf die Zahl der Krankenhauseinweisungen sind nicht so eindeutig, teilweise weil gleichzeitig andere Änderungen wie die Einführung des *prospective payment*-/DRG-Systems im Medicare-Bereich stattfanden, sodass sich die Effekte überlagerten und Instrumente wie das Case Management auch aus anderen Gründen genutzt wurden. Die finanziellen Auswirkungen fallen in erster Linie zu Beginn der Managed Care-Einführung an, weil sie dann verhältnismäßig leicht zu erreichen sind, werden im Verlauf aber immer weniger relevant (Miller/Luft 1997). Wichtig ist es, bei der Beurteilung des Ausgabeneffekts von Managed Care auch die Aufwendungen, die auf die Einführung des Managed Care-Plans¹⁹⁴ zurückgehen, sowie die Kostensteigerung für verbliebene, nach traditionellem Muster versicherte Patienten mit einzubeziehen und nicht nur die Kosten der Managed Care-Patienten (Brown et al. 1993). Der Grund liegt darin, dass Patienten selbst nur dann in den Plan wechseln oder für einen Plan umworben werden, wenn sie ein niedriges Risiko aufweisen.

974. Wie oben ausgeführt, besteht eines der wichtigsten Ziele des Managed Care-Ansatzes in der verbesserten horizontalen und vertikalen Integration (Robinson/Casalino 1996), hierauf wird in Abschnitt 7.7.3 ausführlich eingegangen. Hinsichtlich des Präventionsanreizes sei an dieser Stelle nur vermerkt, dass zwar grundsätzlich immer wieder hervorgehoben wird, dass unter Managed Care der Prävention ein höherer Stellenwert zukommt, sich dies aber nur bei längerfristig planenden Programmen und bei einem geringen Wechsel der Versicherten (*disenrollment*) nachweisen lässt (Stano 1997). Die MCO besitzen offensichtlich kein Interesse daran, in Präventionsmaßnahmen zu investieren, deren Nutzen zu einem Zeitpunkt anfällt, an dem die Versicherten die Versicherung bzw. den Managed Care-Plan schon verlassen haben. In Abschnitt 7.7.3 wird weiterhin diskutiert, inwieweit sich ein Anreiz für eine generationenbezogene Versorgung findet. Grundlage bildet die Outcome-Orientierung, die den Schwerpunkt auf die für den Patienten relevanten Versorgungsergebnisse legt (Ellwood 1988) und auch auf die Chancengleichheit der unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen abzielt.

975. Die Umsetzung der genannten Ziele erfordert veränderte Strukturen. Allen Ansätzen ist der Populationsbezug statt des individuellen Versichertenbezugs sowie der regionale Bezug gemeinsam, der hinsichtlich des Generationenbezugs eine wichtige Rolle spielt (Simonet 2003). Wie der Begriff Managed Care bereits insinuiert, bedeutet die Abkehr von der Einzelfall- bzw. Einzelleistungsvergütung von allen Beteiligten ein Mehr an Steuerung, insbesondere auch für die Versicherungen, die sich von der Rolle der Kostenerstattungsstelle wegbewegen und zu aktiven Gestaltern der Versorgung werden: „Managed Care heißt zunächst einmal nur, das Gesundheitswesen mit modernen Führungsinstrumentarien zu steuern“ (Knieps

1996). Dieser Managementbezug umfasst das selektive Kontrahieren mit den Leistungserbringern und den Einsatz von finanziellen Anreizstrukturen wie *pay for performance* (Gilmore et al. 2007).

976. Die Steuerung bzw. der Managementbezug bezweckt vor allem eine kontinuierlichere, besser abgestimmte Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Patienten: *“Managed care aims to shift the locus of medicine away from the acute inpatient facility to the outpatient office, the subacute facility, and the patient’s home”* (Robinson/Casalino 1996). Zu den Konzepten der koordinierten ambulanten Versorgung und zum Gatekeeping wird in den Unterkapiteln 7.1 bis 7.6 und in Abschnitt 7.7.2.3 ausführlich Stellung genommen; hier sei nur darauf hingewiesen, dass die Einbeziehung von Spezialisten durchaus als *make or buy*-Option angesehen werden kann (Robinson/Casalino 1996); entweder werden Spezialisten in das Netz aufgenommen, oder der Plan schließt Verträge mit externen Partnern. In jedem Fall existiert eine graduell unterschiedliche Einschränkung der Arztwahl, die bei den Point of Service-Programmen allerdings nur in erhöhten Prämien bzw. Zuzahlungen besteht (Mays 2004). Die Entwicklung geht hier in Richtung so genannten *tiered networks*, bei denen die Arztwahl schrittweise erweitert werden kann.

Leistungen des Plans werden einem *utilization review* unterworfen, um die Kosten kontrollieren zu können (Mays 2004). Um Qualität und Leitlinienadhärenz zu erhalten, wird intensiv mit Qualitätsmanagement, Case und Disease Management gearbeitet. Instrumente bzw. Konzepte, die auch außerhalb von Managed Care ihre Bedeutung haben, in Managed Care-Programmen jedoch sehr häufig zum Einsatz gelangen.

7.7.2 Instrumente und Auswirkungen von Managed Care

7.7.2.1 Capitation

977. Bei Capitation handelt es sich um ein prospektives Vergütungssystem, bei dem die Krankenkassen durch eine ex ante entrichtete Pauschale das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer übertragen. Die (Voraus-)Bezahlung kann auch unabhängig von der späteren tatsächlichen Inanspruchnahme erfolgen (vgl. Marcinko/Hetico 2006).

978. Im Vergleich zu einer ex post orientierten Vergütung von Einzelleistungen oder gar dem Kostenerstattungsprinzip können nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Produktion, Moral Hazard und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren, von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer übergehen. Die Krankenkassen versuchen mit Hilfe von Capitation die Leistungserbringer aus eigenem Interesse zu einem effizienten Handeln zu veranlassen, und hinsichtlich ihrer Ausgaben größtmögliche Planungssicherheit zu gewinnen. Die Leistungserbringer können ihrerseits im Vertragszeitraum mit sicheren Einnahmen rechnen und damit u. a. ihre Investitionstätigkeit besser planen.

¹⁹⁴ Die verschiedenen Versicherungstarifmodelle werden als *plan* bezeichnet.

979. Die Wirkungen der verschiedenen Varianten von Capitation hängen zunächst vom Personenkreis, auf den sich die pauschalierte Vergütung erstreckt, sowie von Art und Umfang der einbezogenen Leistungen ab. Hinsichtlich des Personenkreises, über den die Vertragsparteien den pauschalierten Vergütungsvertrag abschließen, kann Capitation grundsätzlich ansetzen an

- einem Patienten mit einer spezifischen diagnostizierten Krankheit,
- einer Gruppe von Patienten mit der gleichen, meist chronischen Krankheit,
- einer Gruppe von Versicherten einer bestimmten Alters- oder Berufsgruppe,
- allen eingeschriebenen Versicherten oder
- allen Versicherten in der betreffenden Region.

980. Der Leistungsumfang kann im Prinzip einschließen

- eine spezielle Leistung einer Behandlungsart, z. B. ein Arznei- oder Hilfsmittel,
- ein Bündel von Leistungen einer Behandlungsart, z. B. alle Arzneimittel für die Behandlung im Rahmen einer Indikation oder alle indikationsspezifischen Leistungen einer Facharztgruppe (vgl. Mühlbacher/Acherschott 2007),
- alle Leistungen pro diagnostiziertem Fall, z. B. Diagnosis Related Groups (DRGs),
- behandlungsarten- bzw. sektorübergreifend alle Leistungen, die der Behandlung einer oder mehrerer Indikationsgruppe(n) dienen oder
- alle im Vertragszeitraum anfallenden Leistungen.

981. Tabelle 105 umfasst synoptisch alle Varianten von prospektiven Vergütungssystemen bzw. (in weiter Abgrenzung) von Capitation, die sich aus den Kombinationen der oben aufgelisteten Personenkreise und Leistungsbündel ergeben. Diese Übersicht zeigt zunächst, dass der Grad der Verlagerung des finanziellen Risikos von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer von den Varianten bzw. Feldern von links oben nach rechts unten zunimmt. Dabei macht die Konstellation in Feld 1, in dem die Krankenkasse für die Inanspruchnahme einer Leistung, z. B. eines Arzneimittels, durch nur einen Patienten eine ex ante Pauschalierung mit dem Hersteller vereinbart, unter Nutzen-Kosten-Aspekten schon vom Verwaltungsaufwand her wenig Sinn. Wenn die Krankenkasse für ein Arzneimittel einen fixen Erstattungsbetrag in Form eines Fest- oder Höchstbetrages festlegt, handelt es sich nicht um eine Form von Capitation, da hier keine Verlagerung des finanziellen Risikos durch eine ex ante vereinbarte Pauschalierung stattfindet. Anders verhält es sich, wenn die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen für eine Gruppe von Patienten bzw. Versicherten oder gar für alle Versicherten eine Cost Sharing-Vereinbarung über eine (maximale) Pauschale als finanzielle (Ober-)Grenze für die Inanspruchnahme eines sehr teuren Medikamentes trifft (Felder 2 bis 5). Im Rahmen einer solchen Drug-Capitation besteht als Alternative zur fixen Pauschale noch die Möglichkeit, den bestehenden Preis ab Erreichen des vereinbarten Ausgabenvolumens abzustaffeln. Diese Variante beugt einer eventuellen Unterversorgung mit der betreffenden Leistung vor. Schließlich kann der Hersteller vereinbarungsgemäß auch einen Kostenanteil seines Medikamentes übernehmen, wenn dessen Menge eine zuvor festgelegte Dosis pro Patient überschreitet.

Tabelle 105

Varianten von Capitation nach betroffenem Personenkreis und einbezogenen Leistungen

Personenkreis Leistungen	ein Patient	Gruppe von Patienten mit gleicher Krankheit	Gruppe von Versicherten	alle eingeschriebenen Versicherten	alle Versicherten der Region
eine spezielle Leistung	(1)	2	3	4	5
Bündel von Leistungen einer Behandlungsart	6	7	8	9	10
alle Leistungen pro diagnostiziertem Fall	11	12	13	14	15
alle Leistungen einer (mehrerer) Indikationsgruppe(n)	16	17	18	19	20
alle anfallenden Leistungen	21	22	23	24	25

Quelle: Eigene Darstellung

982. Cost Sharing-Verträge über ein Bündel von Leistungen einer Behandlungsart können bestimmte Diagnosen, therapeutische Behandlungen sowie Arznei- und Heilmittel beinhalten. Die mögliche Ausgestaltung von Capitation reicht hier von einem Patienten, der diese Leistungen in Anspruch nimmt (Feld 6), bis zu allen Versicherten der Krankenkassen in der betreffenden Region (Feld 10). Bei diesen Cost Sharing-Verträgen liegt vor allem eine indikationsspezifische Ausrichtung auf eine Gruppe von Patienten mit gleicher chronischer Krankheit nahe (Feld 7). Solche indikationsspezifischen Leistungen können Krankenhäuser, bestimmte Facharztgruppen, aber auch Hausärzte, Heilmittelerbringer oder pharmazeutische Unternehmen, die über ein bestimmtes Medikamentenportfolio verfügen, gegen Zahlung einer Jahrespauschale anbieten. Da die benötigten bzw. einzuplanenden Leistungen von der Intensität der jeweiligen Krankheit abhängen, verbessert sich die Informationsgrundlage, auf der die Kalkulation der Leistungserbringer aufbaut, mit der Größe der Patientengruppe; dies gilt in der Tendenz auch für die Varianten bzw. Felder 12, 17 und 22. In ähnlicher Weise steigt bei Capitation, das auf Versicherte abstellt (Feld 8 bis 10), mit deren Gruppengröße für die Kalkulation der Vertragsparteien der Grad der Risiko-neutralität. Zudem deuten die Bedingungen, die schon Capitation bei nur einem Leistungsbündel einer bestimmten Behandlungsart erfordert, auf die Notwendigkeit einer (Mindest-) Größe der Leistungserbringer bzw. auf Konzentrationsprozesse hin. So besitzen pharmazeutische Unternehmen mit einem breiten indikationsspezifischen Medikamentenspektrum und größere ambulante Versorgungseinheiten überhaupt erst die notwendigen bzw. bessere Voraussetzungen zum Abschluss solcher Verträge.

983. Wenn eine Krankenkasse für alle Leistungen, die ein Patient pro diagnostiziertem Fall benötigt, eine Pauschale entrichtet (Feld 11) handelt es sich um Diagnosis Related Groups (DRGs), die schon derzeit – wenn auch nicht in reiner Form¹⁹⁵ – bei der Vergütung von stationären Leistungen zum Einsatz kommen. Das Krankenhaus trägt hier das finanzielle Risiko pro individuellem Fall, nicht aber das entsprechende Risiko für die Anzahl der Fälle, das bei der jeweiligen Krankenkasse verbleibt. Das finanzielle Risiko für alle Leistungen pro diagnostiziertem Fall geht schrittweise stärker auf die Leistungsanbieter über, wenn sich Capitation nicht auf einen Patienten, sondern auf eine Gruppe von Patienten bzw. Versicherten oder gar auf alle Versicherten der Krankenkasse (Felder 12 bis 15) erstreckt. Bei Einbezug aller Versicherten einer Krankenkasse (Feld 15) besitzen die Leistungserbringer keinerlei Interesse mehr an einer (nicht oder kaum indizierten) Ausweitung der Fälle. Die Kalkulation einer Jahrespauschale pro diagnostiziertem Fall für alle Versicherten einer Krankenkasse stellt allerdings höhere Anforderungen an die Vertragsparteien, die hierzu ihrerseits u. a. eine va-

lide Informationsbasis hinsichtlich der Morbiditätsstruktur der jeweiligen Versichertengemeinschaft benötigen.

984. Im Vergleich zur Fallpauschale nehmen die kalkulatorischen Herausforderungen zu, wenn sich Capitation auf alle Leistungen einer oder mehrerer Indikationsgruppe(n) erstreckt (Felder 16 bis 20). Dabei steigen auch hier für die Berechnung der jeweiligen Pauschale die Anforderungen an eine valide Informationsbasis von der Variante, die an einem Patienten ansetzt (Feld 16), bis zur Variante, die alle Versicherten der Krankenkasse in der Region einschließt (Feld 20), sukzessiv an. Angesichts der bestehenden Unsicherheiten über Umfang, Struktur und Intensität der künftigen Krankheitsfälle, stellt sich hier, d. h. vornehmlich bei den Varianten 18 bis 20 sowie 23 bis 25, das Problem möglicher asymmetrischer Informationsbeziehungen in besonders ausgeprägter Form. Sofern die Leistungserbringer über die Morbiditätsstruktur und die erforderlichen Behandlungsmethoden gegenüber der kontrahierenden Krankenkasse einen deutlichen Informationsvorsprung besitzen, gewährt ihnen eine umfassende prospektive Entlohnung höchstwahrscheinlich eine hohe (Informations-)Rente (Breyer et al. 2005). Um dieser Gefahr vorzubeugen, verfügen die Krankenkassen neben dem Aufbau einer validen Datenbasis zunächst über die Möglichkeit, durch Attrahierung oder Konsultation von Sachverständigen ein mögliches Informationsdefizit zu beseitigen, zumindest erheblich zu verringern. Zudem hängt die Relevanz, die diesem Informationsdefizit für die zu vereinbarende Pauschale zukommt, stark von der bestehenden Wettbewerbsintensität ab. Sofern auf Seiten der Leistungserbringer ein funktionsfähiger Wettbewerb herrscht, bleibt die (Informations-)Rente der Leistungserbringer zwangsläufig begrenzt. Zudem schwächt sich diese Problematik asymmetrischer Information in dynamischer Sicht insofern ab, als hohe (Informations-)Renten bestimmter Leistungserbringer den Krankenkassen nicht verborgen bleiben dürften. Leistungserbringer, die dauerhaft gute Vertragsbeziehungen mit einer Krankenkasse anstreben, können sich von der kurzfristigen Ausnutzung eines Informationsvorsprungs im Sinne einer tragfähigen Strategie kaum Vorteile versprechen.

985. Bei der Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer greift Capitation offensichtlich am weitesten, wenn alle anfallenden Leistungen in die vereinbarte prospektive Pauschale eingehen (Capitation im engeren Sinne). Bei Einbezug aller (eingeschriebenen) Versicherten besitzt Capitation einen populationsorientierten Versichertenbezug¹⁹⁶ (Felder 24 und 25). Sofern nur ein Teil der Versicherten einer Krankenkasse dem selektiven Vertrag durch Einschreibung beitrifft (Feld 24), bedarf es einer morbiditätsorientierten Bereinigung der kollektiven Budgets.¹⁹⁷ Diese kann sich an den Normkostenprofilen des neuen, stärker morbiditätsorientierten RSA orientieren und dabei etwaige regionale Besonderheiten durch Zu- oder Abschläge berücksichtigen

¹⁹⁵ Die bundesdeutschen DRGs stellen insofern kein reines prospektives Fallpauschalensystem dar, als sie neben den Diagnosen in zunehmendem Maße auch Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes und im Rahmen der Behandlung erbrachte Prozeduren berücksichtigen (Breyer et al. 2005).

¹⁹⁶ Sofern in einer Region nur eine Krankenkasse ihre Leistungen anbietet, liegt ein umfassender Populationsbezug vor.

¹⁹⁷ Dies kann sich auch schon bei den Varianten 9, 14 und 19 anbieten bzw. als notwendig erweisen.

(Hermann 2006). Zu- und Abschläge von den RSA-Normkostenprofilen bieten sich bei selektiven Verträgen in über- bzw. unterdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen an. Es geht bei der Budgetbereinigung letztlich darum, dem integrierten Versorgungsnetz, das auf einer selektiven Vertragsgestaltung basiert, für die Kalkulation jene finanziellen Mittel zukommen zu lassen, die seine eingeschriebenen Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten, herkömmlichen Versorgung beansprucht hätten. Für den Fall etwaiger Überschüsse oder Defizite können spezielle Vergütungsvereinbarungen eine Aufteilung der Differenzen sowohl für das gesamte Ausgabenvolumen als auch für Teilbudgets unter den Vertragspartnern vorsehen. Dies geschieht, wie bei dem Modell „Gesundes Kinzigtal“ (vgl. Seiler 2007) und dem „Praxisnetz Nürnberg Nord e.V.“ (vgl. Schmid/Wambach 2007), zumeist für erwartete Überschüsse. Ein solches „Einsparcontracting“ im Falle von Überschüssen zielt u. a. darauf ab, die Leistungsanbieter zu einer effizienten Versorgung zu motivieren.

986. Während *pay for performance*-Verträge, die finanzielle Anreize zur Verbesserung der Prozessqualität der Versorgung – z. B. durch höhere Vergütung einer leitlinienorientierten Behandlung – setzen, das finanzielle Risiko der Krankenkassen nicht auf die Leistungserbringer verlagern, weisen Risk Sharing-Verträge gewisse Elemente von Capitation auf. Im Rahmen dieser outcomeorientierten Verträge sichern die Leistungserbringer dem Kostenträger eine bestimmte therapeutische Wirkung ihrer Behandlung bzw. ihres Produktes zu. Treten im Verlauf der Behandlung die vertraglich garantierten Effekte nicht bzw. nicht in dem zugesicherten Umfang ein, erhält der Kostenträger bzw. die Krankenkasse die entsprechenden Ausgaben ganz oder teilweise zurückerstattet. Dieses *payment by results* (Garber/McClellan 2007) bietet sich vor allem dann an, wenn beim Kostenträger Unsicherheit über den therapeutischen (Zusatz-)Nutzens einer Behandlung oder eines Arzneimittels herrscht und der Leistungserbringer die Chance sieht, die proklamierten Effekte nachzuweisen. Es handelt sich hier insofern um eine gewisse Form von Capitation, als sich die Krankenkasse ex ante gegenüber den finanziellen Konsequenzen absichert, die aus einer Therapie mit unzureichender Wirkung resultieren. Das Erfolgs- und mit ihm das finanzielle Risiko tragen zum vereinbarten Teil die Leistungserbringer.

987. Risk-Sharing-Verträge können sich auf einen einzelnen Patienten oder ein Patientenkollektiv beziehen und als Erfolg das Nicht-Eintreten eines Schadensfalles oder das Erreichen eines bestimmten outcomenahen (Surrogat-)Parameterwertes definieren. Bei einem Patientenkollektiv kann die Vereinbarung auch die finanzielle Veranschlagung von Teilerfolgen, z. B. Realisierung des zugesicherten Ergebnisses bei 50 % der Patienten, vorsehen. Sofern es sich um stetige Parameter handelt, kommt auch ein im Durchschnitt erreichter Schwellenwert als Erfolgskriterium in Frage. Um externe Störgrößen im häufig komplexen Ursache-Wirkungsgeflecht gesundheitlicher Leistungserstellung weitmöglichst auszuschalten, bieten

sich solche Verträge vornehmlich für Therapien an, deren Erfolg – wie z. B. bei Zahnersatz und Operationen von Hernien, Fisteln und Hämorrhoiden – nicht von der Compliance der Patienten abhängt. Sofern das Verhalten der Patienten die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlung in einem relevanten Maße beeinflusst, besitzen die Leistungserbringer bei Risk Sharing-Verträgen ein virulentes Interesse, an einer Steigerung der Patientencompliance engagiert mitzuwirken.

7.7.2.2 Systematischer Review: Managed Care und Qualität

Einleitung

988. Seit der Einführung in den 1970er Jahren (HMO Act 1972) hat die Managed Care-Versorgung in den USA eine große Bedeutung gewonnen, die Struktur der Versorgung hat sich maßgeblich verändert. In den 1990er Jahren fand in den USA eine intensive Debatte über die Auswirkungen von Managed Care auf die Qualität der Versorgung statt, in deren Mittelpunkt die Tendenz zur Vorenthaltung von Leistungen und die Versorgung chronisch Kranker stand (Berwick 1996; Blendon 1998; Dalen 2000; Ginzberg 1999).

Der Rat ist in seinem Gutachten 2007 auf die Frage eingegangen, ob und inwieweit sich entsprechende Regelungen auch in der deutschen Sozialgesetzgebung identifizieren lassen (GA 2007, Ziffer 378f). Als Ergebnis dieser Überlegungen konnte festgehalten werden, dass alle Instrumente für eine Managed Care-Versorgung in Deutschland gegeben sind. In den letzten zwei Jahren konnte nun in Deutschland eine stürmische Entwicklung beobachtet werden, die vor allem vom ambulanten Sektor ausgeht und auch den Krankenhausbereich mit erfasst hat. Die Frage nach der Qualität der Versorgung durch Ärztenetze, auf Basis von populationsbezogenen Integrationsverträgen und sektorübergreifenden Versorgungsangeboten von großen Krankenhausträgern, ist daher aktueller denn je. Aus diesem Grund hat der Rat einen systematischen Review zum Einfluss von Managed Care auf die Qualität der Versorgung durchgeführt.

Systematischer Review Methodik

989. Der systematische Review bezieht sich auf die Methodik des Evidence-Based Health Care (EBHC)-Ansatzes (Cochrane Collaboration 2008; Gerhardus et al. 2008; Rychetnik et al. 2002, 2004) und gliedert sich in fünf Schritte (CRD 2009; Khan et al. 2004):

1. Formulierung der Reviewfrage, Ein- und Ausschlusskriterien der Studien,
2. Identifikation relevanter Literatur,
3. Extraktion der eingeschlossenen Literatur,
4. Darstellung der Ergebnisse der Studien,
5. Diskussion und Wertung.

1. Formulierung der Fragestellung und Ein-/Ausschlusskriterien

990. Das Ziel des vorliegenden systematischen Reviews ist es, den Einfluss von Managed Care auf die Qualität der Gesundheitsversorgung darzustellen: Welche Auswirkungen hat Managed Care auf die Qualität der Gesundheitsversorgung? In einer Sekundäranalyse werden in univariaten explorativen Auswertungen der Einfluss demografischer Faktoren, der Länder, in denen die Studie durchgeführt wurde, des Publikationsjahrs, des Studiendesigns, der Zahl und Art der Endpunkte, der Unterformen der Managed Care-Versorgung, der Art der Vergleichsgruppe von Medicare- bzw. Medicaid¹⁹⁸-Versorgung, des Alters der Patienten und der Chronizität der Erkrankung sowie der Perspektive (lokal, regional, national) untersucht.

Einschlusskriterien

991. Die in den Review eingeschlossenen Studien müssen den folgenden Einschlusskriterien genügen:

- kontrollierte Studien,
- definierte Populationen,
- unterschiedliche Formen der Managed Care-Versorgung (Intervention),
- Vergleich mit anderen Finanzierungssystemen,
- gemessen an definierten Endpunkten (Indikatoren),
- Untersuchung an Primärdaten oder an definierten Daten, die aus anderem Grund erhoben und für die Zwecke der Studie analysiert wurden.

Population

992. Es werden Studien mit Versicherten bzw. Patienten aller Altersgruppen, Geschlechter und Ethnien eingeschlossen und keine Einschränkungen bezüglich der Population vorgenommen. Die einzuschließenden Studien weisen somit einen Versichertenbezug und keinen Erkrankungsbezug auf.

Intervention

993. Managed Care wird entsprechend der Definition in Ziffer 965 für die Literatursuche operationalisiert als populationsbezogene Versorgung mit einer unterschiedlich ausgeprägten Aufhebung des *provider-payer-splits* und Capitation, bei der mit unterschiedlichen Methoden eine Steuerung der Behandlung vorgenommen wird. Es werden folgende Formen der Managed Care-Organisationen (MCO) berücksichtigt:

- a) Versicherungsorientierte MCO
- Health Maintenance Organizations (HMO)
 - Staff-HMO
 - Group-HMO

- IPA-HMO
 - Point of Service Products (POS)
- b) Anbieterorientierte MCO
- Preferred Provider Organizations (PPO)
 - Exclusive Provider Organisations (EPO)
 - Physicians Hospital Organisations (PHO)
 - Independent Practice Associations (IPA)

Endpunkte

994. Bei den Endpunkten muss es sich um definierte Qualitätsindikatoren handeln. Es ist dabei zulässig, dass der Wirksamkeitsvergleich an Indikatoren aus einer Krankheitsgruppe, die in der Population prävalent ist, durchgeführt wird (z. B. Diabetesversorgung als Indikator für die Qualität der Gesamtversorgung).

Studiendesign

995. Es werden alle Formen von kontrollierten Studie berücksichtigt, also von der Kohorten- über die Querschnittsstudie und das quasi-experimentelle Design bis zur randomisierten Studie.

Ausschlusskriterien

996. Ausgeschlossen werden Studien mit nicht genau definierten Populationen, Berichte über Daten, bei denen die Datenquelle nicht identifizierbar ist oder bei denen es sich um Sekundärdaten handelt sowie Doppelpublikationen.

2. Identifikation der relevanten Literatur

997. Das Vorgehen ist in Abbildung 66 dargestellt, der Suchalgorithmus ist im Anhang dieses Kapitels, der auf der Homepage des Rates unter www.svr-gesundheit.de zum Download bereit steht, angegeben. Die Suche war auf die Datenbank PubMed beschränkt. Durch Screening der in PubMed identifizierten Titel und Abstracts durch zwei unabhängige Reviewer wurden zunächst Literaturstellen zur Volltextanalyse ausgewählt. Die Literaturverzeichnisse der identifizierten Volltextstudien, von anderen Reviews und aus Expertenangaben ergaben weitere Studien. Beide Gruppen von Studien wurden einer Volltextanalyse unterzogen und dabei weitere Studien ausgeschlossen, die den Einschlusskriterien nicht entsprachen oder Ausschlusskriterien erfüllten. Die restlichen Studien wurden in eine Datenbank aufgenommen und analysiert (Zahlenangaben s. und Ergebnisse Ziffer 1000ff.).

3. Extraktion der eingeschlossenen Literaturdaten

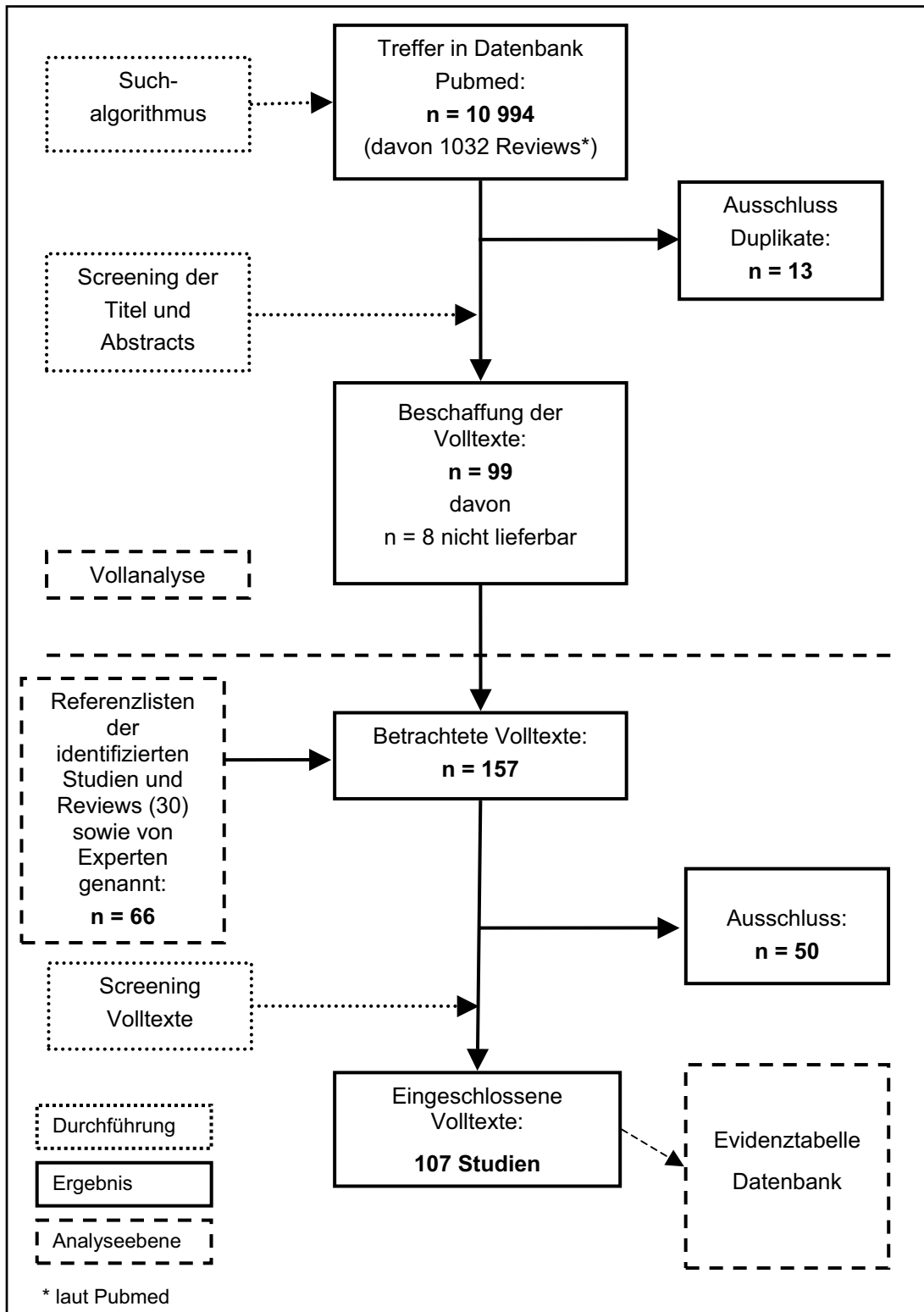
998. Die Volltexte wurden einschließlich der bibliografischen Kennung in eine Datenbank eingegeben (Access 2003). Die Ergebnisse der Studien wurden bewertet nach

- positiv für bessere Qualität durch die Intervention (+)
- überwiegend positiv (0/+)
- neutral (0)

¹⁹⁸ Staatliches Krankenversicherungsprogramm für sozial Schwache.

Abbildung 66

Systematischer Review: Identifikation der Studien, Vorgehen



Quelle: Darstellung nach Entwurf von Reinert 2009

- überwiegend negativ (0/-)
- negative Auswirkung auf Qualität (-)

999. Für die univariate explorative Auswertung wurde der Einfluss von folgenden Faktoren (unabhängigen Variablen) dokumentiert:

- Demografische Faktoren (Größe der untersuchten Population, Geschlecht, Alter, soziale Situation),
- Länder, in denen die Studie durchgeführt wurde,
- Jahr der Publikation und Beobachtungszeitraum,
- Studiendesign (randomisiert, quasi-experimentell, prospektive parallel-vergleichende Kohortenstudie, retrospektive parallel-vergleichende Kohortenstudie, Querschnittsstudie, andere),
- Zahl und Art der Endpunkte (einfacher Endpunkt versus multipler Endpunkt),
- Unterformen der Managed Care-Versorgung (Managed Care nicht weiter spezifiziert, HMO allgemein, Staff-HMO, Group-HMO, PPO, IPA, POS, andere),
- Art der Vergleichsgruppe (*fee for service*, privatversichert oder Managed Care),
- Medicare- bzw. Medicaid-Versorgung,
- Alter,
- Chronizität,
- Perspektive (lokal, regional, national).

Systematischer Review – Ergebnisse

Ergebnis der systematischen Literatursuche

1000. Unter Anwendung des Suchalgorithmus (s. Anhang dieses Kapitels auf der Homepage des Rates unter www.svr-gesundheit.de) ergaben sich in der zur Recherche ausgewählten Datenbank PubMed 10 994 Literaturstellen, unter denen sich 1 032 Reviews befanden. Dreizehn Duplikate wurden ausgeschlossen. Unter den verbleibenden 10 981 Studien wurden insgesamt 99 Studien identifiziert, die im Hinblick auf die Forschungsfrage und unter Berücksichtigung aller Einschluss- und Ausschlusskriterien als relevant zu bewerten waren. Bei der Beschaffung der Volltexte erwiesen sich davon allerdings acht als nicht lieferbar, sodass als Ergebnis der primären Auswahl letztlich 91 Studien berücksichtigt werden konnten. Außerdem konnten 30 Reviews identifiziert werden.

In einem zweiten Schritt wurden die Literaturangaben aller berücksichtigten Studien der Primärselektion und die Studien- bzw. Referenzlisten der 30 relevanten Reviews ausgewertet und weitere Vorschläge von Experten berücksichtigt. Hieraus ergaben sich 66 weitere Studien, welche zusätzlich eingeschlossen wurden. Somit umfasste der Einschluss insgesamt 157 Studien.

Die Volltextanalyse dieser Quellen ergab, dass davon weitere 50 auszuschließen waren. Zum einen handelte es sich dabei zwar um thematisch relevante Texte, die jedoch keine Studien im engeren Sinne darstellten zum

Beispiel Kommentare zu aktuellen Entwicklungen, Herausgeberhinweise u. ä.; zum anderen zeigte erst die Vollanalyse dieser Texte, dass diese nicht in vollem Umfang den Einschlusskriterien genügten und zum Beispiel keine klar definierten Vergleichsinterventionen beinhalteten, nicht eigentlich als Primärstudien zu betrachten waren oder aber dem Endpunkt Qualität der Versorgung nicht entsprachen.

Somit verblieben 107 Studien, welche im Volltext analysiert und im Hinblick auf die Ausgangsfrage und den zu ihrer Beantwortung entwickelten Kriterien ausgewertet wurden.

Beschreibung der eingeschlossenen Studien

Größe der untersuchten Population und Geschlecht

1001. Die Größe der Populationen, die in den eingeschlossenen und ausgewerteten Studien untersucht wurden, zeigt eine weite Streuung. Die Anzahl der in den einzelnen Studien jeweils analysierten Versicherten bzw. Patienten reicht dabei von etwa 60 Versicherten (bei Leach et al. 2001 oder bei Rocha/Kabalka 1999) bis zu mehreren Millionen (bei Catalano et al. 2000, die insgesamt 3,4 Millionen Personen untersuchten, oder bei Beatty/Dhont 2001, die ein Subsample des Medicare Current Beneficiary Surveys, MCBS, erhoben).

Nur knapp 80 % der eingeschlossenen und ausgewerteten Studien (n=82) wiesen explizit das Geschlecht der untersuchten Population aus. 74 von 82 Studien untersuchten Frauen und Männer, acht Studien untersuchten ausschließlich weibliche Versicherte, vor allem Brustkrebspatientinnen, Schwangere und Mütter, unter Umständen zusammen mit den Neugeborenen.

Studien, die ausschließlich Männer behandeln, wurden nicht identifiziert. Bei den gemischten Studien wiesen Interventions- und Kontrollgruppe keinen offensichtlichen Unterschied in der Geschlechterzusammensetzung auf.

Angaben zu Alter und sozialem Status waren in den Studien enthalten, jedoch nicht durchgängig in auswertbarer Form.

Geographische Herkunft der Studien

1002. Alle 107 Studien wurden in den USA durchgeführt. Unter den ausgeschlossenen Studien befanden sich zunächst zwar jeweils eine Studie aus Frankreich, Großbritannien, Israel und aus der Schweiz, die Studien entsprachen den Einschlusskriterien jedoch nicht in vollem Umfang.

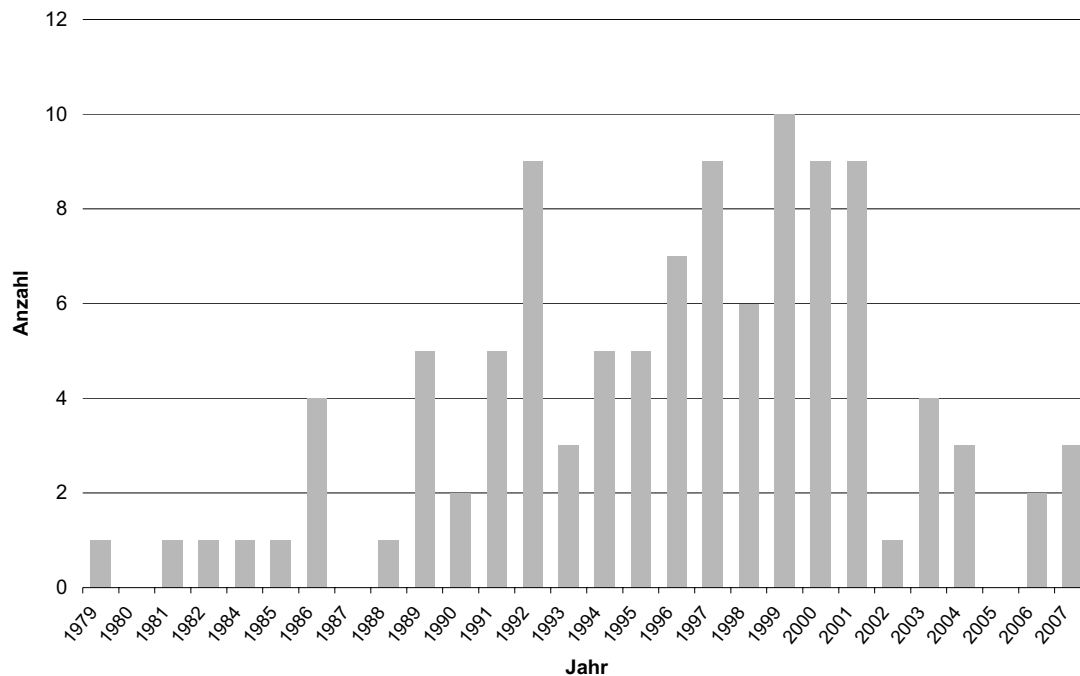
Publikationsjahr und Durchführungszeitraum

1003. In die Recherche in der Datenbank Pubmed wurden Studien bis 30. September 2008 aufgenommen, die eingeschlossenen und ausgewerteten Studien umfassen den Publikationszeitraum zwischen 1979 und 2007. Es zeigen sich hinsichtlich der Publikationsjahre deutliche Häufungen Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre, in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre und zu Beginn des neuen Jahrtausends (s. Abbildung 67).

Der Beobachtungszeitraum der eingeschlossenen Studien reicht bis zu einer Dauer von sieben Jahren.

Abbildung 67

Verteilung der eingeschlossenen Studien nach Publikationsjahr



Quelle: Eigene Darstellung

Studiendesign

1004. In dem Review wurden ausschließlich Studien zu Primärdaten oder nach definiertem Prozedere ausgewertete Sekundärdaten eingeschlossen. Die 107 ausgewerteten Studien können folgendermaßen kategorisiert werden:

- Randomisiert kontrollierte Studien (RCT) n = 6
- Quasi-experimentelle Studien (Quexp) n = 5
- Prospektive parallel-vergleichende Kohortenstudie (ProKohort) n = 2
- Retrospektive parallel-vergleichende Kohortenstudien (RetroKohort) n = 37
- Querschnittsstudien (CS) n = 34
- Andere n = 4

Von den 34 Querschnittsstudien waren 7 als Surveys angelegt und zwei als Case Control-Studien. Unter den vier Studien mit „anderen“ Studiendesigns befindet sich eine historisch kontrollierte Studie.

Zahl der Endpunkte

1005. In der Auswertung der Studien zeigte sich, dass hinsichtlich des Untersuchungszieles „Qualität der gesundheitlichen Versorgung“ sehr unterschiedliche Endpunkte genutzt wurden. Um die Bedeutung komplexer Endpunkte zu beschreiben, wurde eine grobe Klassifizierung in „einfache“ und „komplexe“ Endpunkte vorge-

nommen. Studien mit einfachen Endpunkten untersuchen einen einzigen Qualitätsparameter, Studien mit komplexen Endpunkten zwei und mehr Qualitätsparameter. Danach weisen 40 der ausgewerteten Studien einfache und 67 Studien komplexe Endpunkte auf. Studien mit einfachen Endpunkten sind dabei insbesondere Querschnittsstudien (19).

Art der Endpunkte

1006. Studien mit einfachen Endpunkten untersuchen vornehmlich die Patientenzufriedenheit, das Angebot bzw. die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, einzelne Qualitätsindikatoren für die Diagnose, den Zugang zur Versorgung von psychischen Erkrankungen, das Auftreten von Beschwerden nach einer Behandlung, Diagnosezeitpunkte schwerer Erkrankungen, Risiken für das Auftreten bestimmter Komplikationen, Impf- und Sterblichkeitsraten.

Studien mit komplexen Endpunkten sind oftmals auf kombinierte Outcomemessungen fokussiert, auf Zusammenhänge zwischen Morbiditätsindikatoren, Behandlungsprozeduren und Behandlungserfolg, auf Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit von unterschiedlichen Zugangsindikatoren u. ä.

Unterform der Managed Care-Versorgung

1007. Die in den Studien jeweils untersuchten Unterformen der Managed Care-Versorgung lassen sich wegen der

Gruppengröße lediglich in drei Gruppen einteilen, in die Gruppe der nicht spezifizierten Managed Care-Formen (n=32), in die Gruppe der unterschiedlichen Formen von HMO (n=72) sowie in eine Gruppe anderer Managed Care-Versorgungsformen (n=3). Von den 72 HMO-Studien umfassten 7 Studien zusätzlich eine IPA, zwei Studien zusätzlich eine PPO und eine weitere Studie zusätzlich ein POS-Programm. In der Gruppe der anderen Formen wurden jeweils in einer Studie eine PPO und eine IPA untersucht, in einer weiteren Studie eine PPO sowie ein POS.

Art der Vergleichsgruppe

1008. Als Vergleichsgruppe zur Managed Care-Intervention wurden andere Versicherungsformen gewählt, im Allgemeinen die Einzelleistungsvergütung (*fee-for-service*, FFS). Im vorliegenden Review wiesen alle zum Vergleich herangezogenen Populationen eine Versicherung nach dem FFS-Prinzip auf. Dabei kann es sich um Populationen handeln, die in staatlichen Programmen der Krankenversicherung eingebunden sind, aber ebenso um privat Versicherte. In 11 der 107 Studien wurden bei der Vergleichsgruppe explizit private Versicherungsformen erwähnt, in drei Studien traditionelle Formen von Medicare nach dem *fee-for-service*-Prinzip; in einer Studie wurden Populationen in Gemeindegesundheitszentren zum Vergleich untersucht (Shi et al. 2003), in drei Studien war lediglich von „Non-HMO“ die Rede, in einer weiteren Studie wurden bei den Populationen mit einer FFS-Versicherungsform explizit Eigenbeteiligungen genannt (Murray 1988).

Medicare und Medicaid

1009. Etwas mehr als die Hälfte der identifizierten Studien (n=58), welche die Wirkung von Managed Care auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung behandeln, untersuchen in Medicaid oder in Medicare eingeschlossene Populationen. Bei der Studie von Kroll/Neri (2003) handelt es sich um in Medicare versicherte erwachsene, nicht unbedingt ältere, Behinderte.

Managed Care und Ältere

1010. Aus 16 Studien konnten relevante Ergebnisparameter mit einem Bezug zur Versorgung von Älteren ex-

trahiert werden. Davon weisen sieben Studien einen einfachen Endpunkt mit Blick auf die Versorgung von Älteren auf, und neun Studien behandeln diese im Kontext komplexer Endpunkte.

Managed Care und Kinder

1011. Aus dreizehn Studien konnten relevante Ergebnisparameter mit einem Bezug zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen extrahiert werden. Davon weisen acht Studien einen komplexen, und fünf Studien einen einfachen Endpunkt auf. In sechs Studien steht ein alleiniger Bezug zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Mittelpunkt, und sieben Studien behandeln diese im Zusammenhang mit der Versorgung von Schwangeren sowie bei Geburt.

Managed Care und chronisch Erkrankte

1012. Aus zwölf Studien konnten relevante Ergebnisparameter mit einem Bezug zur Versorgung von chronisch Erkrankten extrahiert werden. Davon behandeln sechs Studien psychiatrische Krankheitsbilder (insbesondere Abhängigkeitserkrankungen), und sechs Studien unterschiedliche chronische Erkrankungen.

Perspektive lokal, regional, national

1013. Innerhalb der USA wurde zwischen nationalen, regionalen und lokalen Studien unterschieden. In 17 Studien wurden USA-weite Untersuchungen vorgenommen, in 70 Studien steht der regionale Bezug im Fokus, und in 20 Studien ein lokaler Bezug. Bei den USA-weiten Untersuchungen handelt es sich typischer Weise um Surveys und um modellhafte Versorgungsstudien, wohingegen regionsspezifische Bezüge insbesondere zu interregionalen Vergleichen genutzt werden. Bei den lokalen Untersuchungen steht typischerweise ein bestimmter Gesundheitsversorger (Krankenhaus, HMO u. ä.) im Mittelpunkt.

Ergebnis: Qualität der Managed Care-Versorgung

1014. Ein erstes Gesamtbild der Auswertung ergibt folgende Tendenzen hinsichtlich der Wirkung von Managed Care (Tabelle 106).

Tabelle 106

Gesamtergebnis des Reviews: Anzahl der Studien und Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	Anzahl der Studien	Anteil der Studien in %
positiv	18	16,8
überwiegend positiv	21	19,6
neutral	40	37,4
überwiegend negativ	11	10,3
negativ	17	15,9
Gesamt	107	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

Es stellt sich in der Gesamtsicht eine fast symmetrische Verteilung dar. 18 Studien weisen eine positive und 17 Studien eine negative Wirkung von Managed Care auf die Qualität der Versorgung auf, weitere 21 Studien zeigen eine überwiegend positive und elf Studien eine überwiegend negative Wirkung. In 40 Studien (annähernd 38 %) ist kein Effekt festzustellen.

Univariate deskriptive Analyse

Demografische Faktoren

1015. Bei den acht auf Frauen (und Neugeborene) fokussierten Studien fungieren oftmals Outcomes als qualitätsrelevante Parameter. Es fällt auf, dass diese Studien insgesamt eine Tendenz zu einer positiven Wirkung von Managed Care aufweisen: in fünf Studien wurden positive (Riley et al. 1999) bzw. überwiegend positive Ergebnisse gefunden (Wilner et al. 1981; Weinick/Beauregard 1997; Levinson/Ullman 1998; Aitken et al. 1997), in einer Studie ein neutraler Effekt (Kulkarni et al. 1989) und nur in zwei Studien ein überwiegend negativer (Lee-Feldstein et al. 2001) bzw. negativer (Hadley/Mitchell 1997) Effekt.

Herkunft der Studien

1016. Da alle eingeschlossenen Studien in den USA durchgeführt wurden, kann keine Aussage über die Bedeutung des jeweiligen Gesundheitssystems gemacht werden. Die Übertragung der Ergebnisse auf Länder mit anderen Finanzierungssystemen (z. B. Deutschland) ist somit nur mit Einschränkungen möglich.

Publikationsjahr und Durchführungszeit

1017. Insgesamt kann die Aktualität des Einschlusses als zufriedenstellend betrachtet werden, allerdings hat die Anzahl der jährlich veröffentlichten Studien in den letzten Jahren abgenommen (Tabelle 107).

Die Veröffentlichung der Studien kann in drei Phasen eingeteilt werden. Alle Studien, die bis zum Jahr 1985 publi-

ziert wurden, weisen eine neutrale bis positive Wirkung von Managed Care aus (LoGerfo et al. 1979; Wilner et al. 1981; Roemer 1982; Francis et al. 1984; Yelin et al. 1985). Die zwischen 1986 bis einschließlich 1990 erstellten Studien zeigen ein deutlich differenzierteres Bild der Wirkung von Managed Care, zum Teil ergaben sich Verbesserungen der Versorgungsparameter, zum Teil Verschlechterungen. Dieses unklare Muster hinsichtlich der Wirkung von Managed Care besteht ebenso in den 1990er Jahren fort und hält auch noch zu Beginn des 21. Jahrhunderts an. Erst die in den letzten fünf Jahren publizierten Studien (2003 bis 2007) nähern sich wieder einem einheitlicheren Bild an. Die seit dem Jahr 2003 publizierten zwölf Studien tendieren deutlich zu einer positiven Wirkung von Managed Care auf die Qualität der Versorgung. Mit Ausnahme der Studie von Shi et al. (2003), die eine Verschlechterung der medizinischen Grundversorgung bei der in Managed Care (einer HMO nach dem IPA-Modell) eingeschlossenen Population im Vergleich zu der Versorgung der Population nach *fee-for-service* in einem Gemeindeggesundheitszentrum feststellte, weisen alle anderen Untersuchungen auf einen neutralen (Kroll/Neri 2003; Landon et al. 2004), auf einen überwiegend positiven (Hughes et al. 2003; Etnner et al. 2003; Basu/Friedman/Burstin 2006; Basu et al.; Singhal et al. 2007) oder aber auf einen positiven Effekt hin (Kirschke et al. 2004; Sung et al. 2004; Roohan et al. 2006; Yelin et al. 2007).

Studiendesign

1018. Ein Zusammenhang zwischen Studiendesign und Ergebnis lässt sich insgesamt nicht erkennen. Bei den sechs randomisiert kontrollierten Studien stehen vier Studien mit neutralem Ergebnis je einer Studie mit einem überwiegend positiven und einem negativen Ergebnis gegenüber. Die fünf quasi-experimentellen Studien zeigen insgesamt eine eher positive Wirkung (Tabelle 108). Die 21 prospektiv parallel-vergleichenden Kohortenstudien lassen insgesamt eher eine Tendenz zu einer neutralen Wirkung erkennen (zwölf Studien). Bei 17 der 37 retro-

Tabelle 107

Effekt auf Qualität nach Publikationsjahren

Effekt auf Qualität	Studien bis 1985	Studien 1986 bis 1990	Studien 1991 bis 1995	Studien 1996 bis 2000	Studien ab 2001	Gesamt
positiv	0	2	3	5	8	18
überwiegend positiv	2	0	4	10	5	21
neutral	3	7	12	13	5	40
überwiegend negativ	0	1	6	4	0	11
negativ	0	2	2	9	4	17
Gesamt	5	12	27	41	22	n=107

Quelle: Eigene Berechnung

spektiv parallel-vergleichenden Kohortenstudien ist eine Tendenz zu positiver Wirkung zu erkennen. Bei den insgesamt 34 Querschnittsstudien ist ein symmetrisches Muster der Wirkungsrichtung zu erkennen. Von den vier Studien mit „anderen“ Designs weisen jeweils eine Studie eine positive bzw. eine negative Wirkung nach, und zwei Studien eine neutrale. Die Querschnittsstudien mit Follow up weisen eine neutrale bis positive Wirkungsrichtung auf.

Fasst man die randomisierten, quasi-experimentellen und prospektiven Studien zu einer Gruppe zusammen, zeigen hier nur fünf von 32 einen negativen oder überwiegend negativen Effekt, während dies bei 23 von 71 der Studien

mit einem geringerwertigen Studiendesigns der Fall ist (9 von 32 versus 29 von 71 zeigen ein positives Ergebnis). Die einzig zulässige Interpretation dieser Daten ist, dass Studien mit einem geringerwertigen Studiendesign den positiven Effekt von Managed Care nicht überschätzen, es also keinen Bias zuungunsten strengerer Studiendesigns gibt.

Zahl der Endpunkte

1019. Es zeigt sich in den Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung kein Unterschied zwischen Studien mit einfachem und komplexem Endpunkt (Tabelle 109).

Tabelle 108

Effekt auf Qualität nach verwendeten Studiendesigns

Effekt auf Qualität	RCT	Quexp	Pro-Kohort*	Retro-Kohort	CS**	Andere	Gesamt
positiv	0	1	2	8	6	1	18
überwiegend positiv	1	2	3	9	6	0	21
neutral	4	2	12	10	10	2	40
überwiegend negativ	0	0	1	4	6	0	11
negativ	1	0	3	6	6	1	17
Gesamt	6	5	21	37	34	4	n=107

* Hierzu werden auch Prospektive Kohortenstudien gezählt.

** Hierzu werden auch zwei Fall-Kontroll-Studien gezählt.

Quelle: Eigene Berechnung

Tabelle 109

Effekt auf Qualität und Endpunktcharakteristik (einfach versus komplex)

Effekt auf Qualität	Einfacher Endpunkt	Komplexe Endpunkte	Gesamt
positiv	9	9	18
überwiegend positiv	6	15	21
neutral	12	28	40
überwiegend negativ	4	7	11
negativ	9	8	17
Gesamt	40	67	n=107

Quelle: Eigene Berechnung

Art der Endpunkte

1020. Die Wirkung von Managed Care auf einzelne Endpunkte ist nicht zu spezifizieren, da die in den Studien verwendeten, relevanten Qualitätsparameter zu unterschiedlich sind, zu unterschiedlich definiert sind oder in zu kleinen Zahlen vorkommen. Es lassen sich nur zu zwei Indikatoren bzw. Bereichen Aussagen machen: zur Patientenzufriedenheit und zur Prävention.

1021. Patientenzufriedenheit wird in insgesamt 17 Studien untersucht, und zwar in sieben Studien im Kontext von komplexen Endpunkten, und in zehn Studien als einfacher Endpunkt (Tabelle 110). Die Wirkungsrichtung von Managed Care ist in den Studien mit dem einfachen Endpunkt Patientenzufriedenheit eher neutral mit einer leichten Tendenz zu negativen Ergebnissen, und in Studien mit komplexen Endpunkten eher gemischt. Insgesamt kann also bei Studien mit dem Endpunkt Patienten-

zufriedenheit keine durchschlagende negative Wirkung von Managed Care festgestellt werden, es bleibt aber der Befund, dass es trotzdem eine nicht zu vernachlässigende Zahl von Studien gibt, die einen negativen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit zeigen.

1022. Ebenfalls 17 Studien befassen sich mit medizinischen Präventionsangeboten (Tabelle 111), hiervon weisen sieben Studien einen einfachen Endpunkt auf, und zehn einen komplexen. Es zeigt sich eine positive Wirkung der Managed Care-Versorgung in zehn von 17 Studien, wobei dieser positive Effekt in den Studien mit einfachem Endpunkt deutlicher zum Ausdruck kommt.

Unterform der Managed Care-Versorgung

1023. Ein Zusammenhang zwischen der Unterform von Managed Care (insbesondere HMO vs. nicht spezifiziert) lässt sich nicht erkennen (Tabelle 112).

Tabelle 110

Endpunkt Patientenzufriedenheit: Effekt je nach Endpunktcharakteristik (einfach vs. komplex)

Effekt auf Qualität bei Studien mit dem Endpunkt Patientenzufriedenheit	(...) als einfacher Endpunkt	(...) als komplexer Endpunkt	Gesamt
positiv und überwiegend positiv	1	3	4
neutral	6	2	8
überwiegend negativ und negativ	3	2	5
Gesamt	10	7	n=17

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 111

Ergebnis der Studien mit dem Endpunkt Prävention

Effekt auf Qualität bei Studien mit dem Endpunkt Prävention	(...) als einfacher Endpunkt	(...) als komplexer Endpunkt	Gesamt
positiv und überwiegend positiv	5	5	10
neutral	1	5	6
überwiegend negativ und negativ	1	0	1
Gesamt	7	10	n=17

Quelle: Eigene Berechnung

Tabelle 112

Unterform der Managed Care-Versorgung: Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	nicht spezifiziert	HMOs	andere	Gesamt
positiv	7	10	1	18
überwiegend positiv	7	14	0	21
neutral	11	28	1	40
überwiegend negativ	1	10	0	11
negativ	6	10	1	17
Gesamt	32	72	3	n=107

Quelle: Eigene Berechnung

Art der Vergleichsgruppe

1024. Managed Care schneidet ungünstiger ab, wenn als Vergleichsgruppe eine private FFS-Versicherung herangezogen wird, als wenn die Vergleichsgruppe ein FFS-Programm von Medicare bzw. Medicaid ist (Tabelle 113). In den 11 Studien, in denen explizit private Versicherungsformen als Komparator fungieren, zeigen über die Hälfte (sechs von elf Studien) negative oder überwiegend negative Effekte der Managed Care-Versicherungsform, gegenüber weniger als ein Viertel (22 von 96 der Studien) mit anderen Vergleichsgruppen (positive Befunde: kein Unterschied).

Medicare und Medicaid

1025. 58 Studien (rund 54 %) wurden bei Medicare- bzw. Medicaid-Versicherten durchgeführt (Tabelle 114). 26 dieser 58 Studien (knapp 45 %) zeigten ein positives

oder überwiegend positives Ergebnis gegenüber dreizehn von 49 Studien (rund 26 %) in Nicht-Medicare- bzw. Nicht-Medicaid-versicherten Populationen. Es fällt ebenso auf, dass sich eine vergleichsweise hohe Anzahl der Studien mit den in Medicaid und Medicare versicherten, vulnerablen Bevölkerungsgruppen (also vornehmlich einkommensarme Erwachsene und ihre Kinder, höhere Anteile von Afro-Amerikanern und Hispanics sowie behinderte und ältere Menschen) beschäftigt.

Managed Care und ältere Versicherte

1026. In 16 Studien wurden relevante Ergebnisparameter mit einem Bezug zur Versorgung von Älteren berichtet, wovon sieben Studien einen einfachen Endpunkt mit Blick auf die Versorgung von Älteren aufweisen, und neun Studien die Versorgung Älterer im Kontext komplexer Endpunkte behandeln (Tabelle 115).

Tabelle 113

Art der Vergleichsgruppe: Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	explizit private Versicherung als Komparator	alle anderen, einschließlich Medicare/-aid	Gesamt
positiv	1	17	18
überwiegend positiv	4	17	21
neutral	0	40	40
überwiegend negativ	2	9	11
negativ	4	13	17
Gesamt	11	96	n=107

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 114

Medicare/Medicaid-Versicherungsstatus: Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	Medicare/Medicaid	Nicht Medicare/Medicaid	Gesamt
positiv	14	4	18
überwiegend positiv	12	9	21
neutral	19	21	40
überwiegend negativ	5	6	11
negativ	8	9	17
Gesamt	58	49	n=107

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 115

Kriterium „ältere Versicherte“: Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	„ältere Versicherte“	alle anderen	Gesamt
positiv	4	14	18
überwiegend positiv	2	19	21
neutral	5	35	40
überwiegend negativ	4	7	11
negativ	1	16	17
Gesamt	16	91	n=107

Quelle: Eigene Berechnungen

1027. Vier Studien (Leach et al. 2001; Merrill et al. 1999; Riley et al. 1999; Sung et al. 2004), davon zwei in HMOs durchgeführt (Merrill et al. 1999; Riley et al. 1999) und drei Studien zu onkologischen Fragestellungen (Merrill et al. 1999; Riley et al. 1999; Sung et al. 2004), zeigen positive Effekte auf die Qualität der Versorgung (alle Studien weisen komplexe Endpunkte und drei Studien ein retrospektives Kohortendesign auf). Zwei weitere zwei Studien (Carlisle et al. 1992; Soumerai et al. 1999) zur koronaren Herzkrankheit (KHK) bzw. Herzinfarktbehandlung weisen überwiegend positive Effekte auf (beide untersuchen HMO-Versicherte). Bei fünf Studien zum Zugang älterer Patienten zur Behandlung (Nelson et al. 1997), zum funktionalen Status (Retchin et al. 1992), zur Patientenzufriedenheit (Rossiter et al. 1989), zum *mental health status* (Ware et al. 1996) und zur Qualität der Versorgung des kolorektalen Karzinoms (Vernon et al. 1992) kann keine Verschlechterung nachgewiesen werden (neutrales Ergebnis). Es handelt sich ausschließlich um HMO-Studien, in vier von fünf Fällen mit kom-

plexen Endpunkten, darunter je zwei retrospektive und prospektive Kohortenstudien sowie eine Querschnittsstudie. Vier Studien zur Onkologie (Potosky et al. 1999), Schmerzbehandlung (Clement et al. 1994), Patientenzufriedenheit (Kaspar et al. 1992) und Notfallaufnahmen (Wiederaufnahmen, Ni et al. 1998) weisen ein überwiegend, und nur eine Studie zur Extraktionsrate bei Katarakt ein negatives Ergebnis auf (Goldzweig et al. 1997). Bei vier von fünf dieser (überwiegend) negativen Studien handelt es sich um Querschnittstudien, zwei Studien betreffen einen Einzelendpunkt, eine Studie ein IPA-Programm.

1028. In der Wertung kann hervorgehoben werden, dass die überwiegend positiven bzw. neutralen Studien eher häufiger als die negativen Studien einen komplexen Endpunkt haben. Einen methodisch begründeten Bias kann man nicht annehmen, obwohl die negativen Studien mehr Querschnittstudien aufweisen; diese sind den Kohortenstudien jedoch nicht überlegen. Ausgerechnet die einzige

negative Studie betrifft nur einen Endpunkt und wurde in einem IPA-Plan durchgeführt, während die Mehrzahl der positiven Studien aus dem HMO-Zusammenhang stammen. Insgesamt lässt dieses Bild also den Schluss zu, dass Managed Care bei älteren Patienten einen eher positiven oder neutralen und nur zu einem Drittel einen (schwächer ausgeprägten) negativen Effekt auf die Qualität der Behandlung hat.

Managed Care und Kinder

1029. Bei fast der Hälfte (sechs von dreizehn) der Studien, die die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zum Gegenstand hatten, wurde ein positives (in drei Studien) oder überwiegend positives (ebenfalls in drei Studien) Ergebnis gesehen, gegenüber nur rund ein Drittel (33 von 94) der Studien bei allen anderen versicherten Populationen (Tabelle 116). In vier Studien wurde ein neutrales Ergebnis gesehen, in drei Studien ein negatives; von den drei Studien mit einer festgestellten negativen Gesamtwirkung behandeln zwei allerdings die Versorgung von Müttern während der Schwangerschaft mit komplexen Endpunkten. Für versicherte Kinder und Jugendliche scheint sich also aus einer Managed Care-Versorgung ein eher positiver Effekt auf die Qualität der Versorgung zu ergeben. Allerdings ist bei der Interpretation dieses Befundes die geringe Fallzahl der Studien zu beachten.

Managed Care und Patienten mit chronischen Krankheiten

1030. In drei von zwölf Studien, die relevante Ergebnisparameter der Versorgung von chronisch Erkrankten untersuchten, kann man ein positives (Deck et al. 2000) oder überwiegend positives Ergebnis (Ettner et al. 2003; Barton et al. 2001) feststellen (Tabelle 117). Bei Barton et

al. (2001) und Deck et al. (2000) handelt es sich um Kohortenstudien, bei Ettner et al. (2003) um eine quasi-experimentelle Studie. Das positive Ergebnis bei Deck et al. (2000) weist einen vergleichsweise besseren Zugang zur Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen aus, bei Ettner et al. (2003) werden Abhängigkeitserkrankte im Hinblick auf den Entgiftungserfolg und die Krankheitsdauer untersucht. Bei Barton et al. (2001) werden sowohl medizinische Prävention als auch die Nachsorge bei chronischen Erkrankungen untersucht. Fünf Studien stellen ein neutrales Ergebnis fest: davon verwendeten Kroll und Neri (2003) ein quasi-experimentelles Untersuchungsdesign, und untersuchten mit komplexem Endpunkt die Versorgung behinderter Menschen; Alterman et al. (2000), Ward et al. (1998) sowie Yelin et al. (1986) erstellten Kohortenstudien zu Abhängigkeitserkrankten und zu Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen; eine weitere Studie (Gustin et al. 1995) mit neutralem Ergebnis wurde zum Behandlungserfolg bei Schizophrenie erstellt. Vier Studien haben ein negatives (Morrisey et al. 2002; Mitchell et al. 1997) bzw. überwiegend negatives Ergebnis (Miller 1992; Rogers et al. 1993). Morrisey et al. (2002) behandeln die Anwendung unterschiedlicher Therapieformen (medikamentöse versus Verhaltenstherapie) und die Kontaktfrequenz zum behandelnden Arzt nach der Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung, Mitchell et al. (1997) die Zugänglichkeit von Knochenmarkstransplantation bei Leukämie/Lymphomkrebs. Die zwei Studien mit eher negativer Tendenz untersuchen Behandlungsergebnisse bei Depression (Rogers et al. 1993) sowie den Zugang zur Versorgung von Drogenabhängigen (Miller 1992). Insgesamt zeigen also acht von zwölf Studien ein positives oder neutrales, und vier von zwölf Studien ein negatives Ergebnis, wobei davon nur zwei Studien eindeutig negative Wirkung feststellen. Die beiden eindeutig negativen Studien betreffen sowohl einen Einzelendpunkt (Mitchell et al. 1997), als auch einen kom-

Tabelle 116

Kriterium „Kinder und Jugendliche“: Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	Kinder und Jugendliche	alle anderen	Gesamt
positiv	3	15	18
überwiegend positiv	3	18	21
neutral	4	36	40
überwiegend negativ	0	11	11
negativ	3	14	17
Gesamt	13	94	n=107

Quelle: Eigene Berechnungen

plexen Endpunkt (Morrissey et al. 2002), die positiven oder neutralen Studien dagegen überwiegend komplexe Endpunkte. Dieser Aspekt erscheint wichtig, da komplexe Endpunkte den Effekt eher als einfache Endpunkte adäquat abbilden können. Die verwendeten Studiendesigns der Studien mit neutralen und positiven Wirkungen (zwei quasi-experimentelle, drei prospektive und zwei retrospektive Kohortenstudien sowie ein theoretisches Sample) sind als methodisch eher „besser“ einzustufen gegenüber den verwendeten Designs bei den Studien mit negativer Wirkung (zwei Querschnittsstudien und je eine retrospektive und eine prospektive Kohortenstudie). Das Ergebnis weist darauf hin, dass unter Managed Care-Bedingungen der Versorgung von chronisch Kranken insgesamt und speziell im Hinblick auf einzelne Endpunkte (wie etwa der aufwändigeren ärztlichen Betreuung oder dem Einsatz neuer Therapieverfahren) hohe Aufmerksamkeit zukommen muss, dass aber nur die Minderzahl der Studien einen negativen Effekt auf die Qualität der Versorgung nachweisen kann. Miller (1992) erkennt z. B.

einen Zusammenhang der Managed Care-Versicherungsform (HMO, IPA) mit einem erschwerten Zugang zur Behandlung bei Abhängigkeitserkrankten, gleichwohl seien die Unterschiede beim individuellen Bewältigungsverhalten der untersuchten Versicherten wie auch situationale Faktoren, insbesondere das Bestehen von Chroniker-Programmen in den untersuchten Betrieben, ebenso bedeutsam für den Behandlungs- und Versorgungsverlauf.

Zu dem Gesamtergebnis ist weiterhin anzumerken, dass die jüngeren Studien (vgl. Ettner et al. 2003; Barton et al. 2001; Deck et al. 2000) bessere Ergebnisse für chronisch Kranke nachweisen als die älteren Studien (vgl. Mitchell et al. 1997; Rogers et al. 1993; Miller 1992; mit Ausnahme der Studie von Morrissey et al. 2002).

Perspektive

1031. Die Studienergebnisse zeigen keinen Unterschied zwischen nationalen, regionalen oder lokalen Managed Care-Systemen (Tabelle 118).

Tabelle 117

Kriterium „chronisch Kranke“: Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	chronisch Kranke	alle anderen	Gesamt
positiv	1	17	18
überwiegend positiv	2	19	21
neutral	5	35	40
überwiegend negativ	2	9	11
negativ	2	15	17
Gesamt	12	95	n=107

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 118

Perspektive des Managed Care-Programms: Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	Nationale Programme	Regionale Studien	Lokale Studien	Gesamt
positiv und überwiegend positiv	8	23	8	39
neutral	5	26	9	40
überwiegend negativ und negativ	4	22	2	28
Gesamt	17	71	19	n=107

Quelle: Eigene Berechnungen

Systematischer Review: Diskussion und Wertung

Allgemeine Einschätzung

1032. In dem durchgeführten systematischen, 107 kontrollierte Studien umfassenden Review zeigt sich kein eindeutiger Befund für negative oder positive Effekte von Managed Care auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. 36 % der Studien zeigen einen positiven oder überwiegend positiven Effekt auf die Qualität der Versorgung, 26 % einen negativen oder überwiegend negativen und 37 % einen neutralen Effekt. Damit liegt der Review auf einer Linie mit mehreren Reviews und Übersichten in der internationalen Literatur (Gosden et al. 2000; Hellinger 1998; Miller/Luft 1994; 1997; 2002; Sari 2002; Simonet 2003).

1033. Auf der Basis des vorliegenden Reviews kann nicht zu allen Aspekten der Managed Care-Versorgung Stellung genommen werden. Es können allerdings, mit gebotener Vorsicht, folgende Feststellungen getroffen werden:

1. Die nach vorher festgelegten Einschlusskriterien identifizierten Studien stammen ausschließlich aus den USA.
2. In der Gesamtsicht gibt es ein ungefähres Gleichgewicht zwischen Studien mit positivem und solchen mit negativem Effekt.
3. Studien, die zu Beginn der Managed Care-Einführung durchgeführt wurden, kommen ebenso wie neuere Studien zu eher positiven, die in den 1990er Jahren durchgeführten Studien zu eher negativen Ergebnissen.
4. Die Art des Managed Care-Konzeptes (HMO versus andere Formen) spielt keine nachweisbare Rolle.
5. Managed Care weist im Vergleich zu FFS-Erstattung bei privaten Versicherungen schlechtere Ergebnisse als im Vergleich zu FFS im Medicare/Medicaid-Bereich auf.
6. Es ließ sich kein Vorteil von Studien mit einfachen Endpunkten gegenüber solchen mit komplexen Endpunkten nachweisen, ebenso wenig wie die Tendenz zu einer Überschätzung des Ergebnisses durch Studien mit geringwertigerem Studiendesign.
7. Studien, die gezielt die Auswirkung von Managed Care-Programmen auf bestimmte demografische Gruppen, in erster Linie Frauen, Kinder und Jugendliche sowie ältere Versicherte oder auf Versicherte in Medicare/Medicaid untersuchten, kommen nicht zu dem Ergebnis, dass diese Gruppen einem höheren Risiko einer Qualitätsverschlechterung ausgesetzt sind, sondern zeigen – bei aller Einschränkung durch die jeweils geringe Zahl von Studien – eher einen Qualitätsvorteil für diese Personengruppen.
8. Die Analyse zeigt kein klares Ergebnis im Hinblick auf die Versorgung chronisch Kranker unter Managed Care. Acht von zwölf Studien an chronisch Kranken zeigen eine gleichbleibende oder bessere Qualität

der Versorgung unter Managed Care, 4 Studien eine schlechtere Qualität, zwei von vier Studien mit negativem Ergebnis betrafen Einzelendpunkte zur Zugangsproblematik.

9. Die Patientenzufriedenheit in Managed Care-Programmen ist gleich gut bzw. in der Tendenz etwas schlechter als in den Vergleichssystemen (abgesehen von der Zufriedenheit über die Prämienhöhe).
10. Es lassen sich hinsichtlich der medizinischen Prävention recht deutliche Vorteile zugunsten Managed Care nachweisen.
11. Eindeutige Hinweise für einen Einfluss der Perspektive des Managed Care-Programmes (national versus regional versus lokal) auf die Qualität ergeben sich nicht.

Diskussion

1034. Die verwendeten Einschlusskriterien des vorliegenden Reviews entsprechen den in anderen Reviews verwendeten Kriterien, indem insbesondere auf das Vorhandensein einer Vergleichsgruppe mit Kontrolle für die wichtigsten Komorbiditätsfaktoren abgehoben wird (Miller/Luft 1994, 1997, 2002; Sullivan 1999). Im vorliegenden Review wurde auf formale Kriterien (z. B. Publikation in *peer reviewed journals*) verzichtet. Entscheidend für die Durchführung des Reviews ist die Spezifikation des Einschlusskriteriums „Managed Care-Versorgung“, das die untersuchte Intervention darstellt. Entsprechend der Ausführungen in Abschnitt 7.7.1.2 wurde hier die Integration von Leistungserbringer- und Finanzierungsfunktion, Capitation und der Versichertenbezug ganz in den Vordergrund gestellt.

1035. Die Tatsache, dass sich kein eindeutiger Trend zu einer Qualitätsverbesserung oder -verschlechterung ergibt, darf nicht mindergeschätzt werden und spricht nicht gegen die Notwendigkeit der Durchführung eines systematischen Reviews. Ein derart „gemischtes Ergebnis“ ist wissenschaftlich und praktisch genauso wertvoll wie ein Ergebnis mit eindeutigem Trend, denn diese Information ist gerade in einer Situation, die ohne den systematischen Ansatz für einseitige Interpretationen anfällig ist, von hoher Relevanz und in besonderem Maße Anlass für weitergehende, auch qualitative Analysen. Das Ergebnis ist stabil gegenüber dem Kriterium „einfacher versus komplexer Endpunkt“ und gegenüber der methodischen Strenge des verwendeten Studiendesigns, es lässt also keine Überschätzung des Effektes durch die Verwendung einfacher Endpunkte oder minderwertiger Studiendesigns erkennen. Anders als beim Review zu *pay for performance* im vorangegangenen SVR-Gutachten (GA 2007, Ziffer 725ff.) ist also in dem vorliegenden Review kein Zusammenhang zwischen Ergebnis und Studienqualität nachzuweisen, zumindest nicht in der Richtung, dass Studien geringerer methodischer Qualität (etwa 40 % positiver oder überwiegend positiver Einfluss auf die Qualität der Versorgung) zu einem positiveren Ergebnis kommen als randomisierte bzw. quasi-experimentelle Studien (rund 36 %).

1036. Ob die Beobachtung, dass Studien aus den „Anfängen“ von Managed Care eher positive Ergebnisse zeigten, gefolgt von einer eher kritischen Phase in den 1990er Jahren und wiederum gefolgt durch positivere Ergebnisse in neueren Studien, hinreichend ist für die Annahme, dass eine komplexe Innovation auf Systemebene wie die Finanzierung und Leistungserbringung durch Managed Care einen „Innovationszyklus“ aufweist (initiale Überschätzung, Realisierung der Alltagstauglichkeit mit Unterschätzung und zuletzt langsam einsetzende realistische Einschätzung), muss dahingestellt bleiben. Auf jeden Fall zeigt die Analyse des Publikationsjahres, welches Ausmaß die Diskussion in den USA im Zeitraum zwischen dem Ende der 1980er und in den 1990er Jahren hatte.

1037. In dem vorliegenden Review konnte unter den Unterformen von Managed Care nur zum Kriterium Health Maintenance Organization (HMO) ohne Unterscheidung weiterer Unterformen (z. B. Staff-HMO) Stellung genommen werden. Es zeigte sich kein Unterschied zu den anderen oder unspezifizierten Managed Care-Formen. Dieses Ergebnis entspricht nicht ganz dem Stand der Literatur, wo gerade Managed Care-Konzepte mit hohem Integrationsgrad zwischen Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion (z. B. Staff-HMO) bei multimorbiden Patienten negative Ergebnisse in der Qualität der Versorgung zeigen (Landon et al. 2001; Luft 2003; Miller/Luft 1997; Retchin 1997; Safran et al. 2000; Simonet 2003; Tu/Reschovsky 2002). Allerdings gibt es auch Studien, die z. B. bei Präventionsmaßnahmen in der Versorgung von Frauen in die entgegengesetzte Richtung weisen (Born/Simon 2001; Gillies et al. 2006). Die Reichweite der Programme spielt im vorliegenden Review keine Rolle, anders als in einer vorliegenden vergleichenden Untersuchung von Managed Care-Programmen, die für national organisierte Programme eine schlechtere Patientenzufriedenheit sieht (Landon et al. 2001).

1038. Interessant erscheint das Ergebnis, dass die Art der Vergleichsgruppe von Bedeutung ist. Managed Care-Programme zeigen bessere Ergebnisse, wenn man sie mit einer Medicare-internen *fee-for-service*-Vergütung vergleicht, als wenn die Kontrollgruppe in einer privaten FFS-Versorgung besteht. Hierzu gibt es kaum vergleichbare zusammenfassende Ergebnisse in der internationalen Literatur. Es wird aber darauf hingewiesen, dass die Studien zu den Qualitätsauswirkungen von Managed Care ganz allgemein darunter leiden, dass sie nicht gegen eventuelle Zusatzversicherungen mit FFS-Elementen korrigiert sind, die Managed Care-Versicherte abschließen (Luft 1998), sodass ein bestehender Unterschied zwischen beiden Gruppen verwischt wird.

1039. Der Review ist nicht primär auf die Frage ausgerichtet gewesen, ob für die Auswirkung von Managed Care auf die Qualität der Gesundheitsversorgung demografische Faktoren eine Rolle spielen. Insbesondere wurden keine Vergleiche von bestimmten Gruppen innerhalb von Managed Care oder Modellrechnungen eingeschlossen. In einer geplanten Subgruppenanalyse wurden je-

doch Studien, die sich speziell mit weiblichen Versicherten, mit Kindern und Jugendlichen sowie mit älteren Patienten beschäftigten, mit diesbezüglich unselektierten Studien verglichen. Diese Studien zeigten keine schlechtere Qualität der in Managed Care Versicherten aus den betreffenden Gruppen. Man muss hier allerdings einschränkend anfügen, dass Studien, die speziell auf die Versorgung solcher Versichertengruppen ausgerichtet sind, durch diese gezielte Ausrichtung durchaus in der Lage sind, bessere Ergebnisse zu zeigen, als es bei Studien an unselektierten Managed Care-Populationen der Fall ist.

1040. Acht Studien wurden ausschließlich mit weiblichen Versicherten durchgeführt: es zeigte sich hier eher eine Tendenz zu einer besseren Qualität als bei Studien mit gemischten Populationen. Innerhalb der Managed Care-Programme ist jedoch eine Benachteiligung der weiblichen Versicherten immer wieder beschrieben (Gan et al. 2000), die vor allem die Akutbehandlung und weniger die Prävention betrifft (Asch et al. 2006). Von großer Bedeutung ist die Frage, inwieweit Frauenärzte in die primärärztliche Versorgung mit einbezogen werden (Bartman 1996; Reiter 1998).

1041. Auch in Studien zu Programmen, die sich an Kinder und Jugendliche sowie ältere Versicherte richten, ist in dem vorliegenden Review eher eine bessere Qualität der Versorgung nachweisbar als bei unselektierten Studien. Im Zusammenhang des vorliegenden Sondergutachtens ist die Auswirkung auf die Qualität der Versorgung älterer Versicherter von großer Bedeutung, die in 16 Studien untersucht wurde. Hier steht nur eine eindeutig negative Studie, die einen Einzelpunkt (Extraktionsrate Katarakt) in einem IPA-Programm betrifft, vier positiven Studien gegenüber, die komplexe Endpunkte untersuchen und in zwei Fällen im HMO-Kontext durchgeführt wurden. Insgesamt zeigen elf von 16 Studien bessere Ergebnisse oder wenigstens keine Verschlechterung auf, sodass festgehalten werden kann, dass der Versorgung älterer Versicherter große Aufmerksamkeit zuteil werden muss, es sich aber aus dem vorliegenden Review keine eindeutigen Hinweise auf die Gefahr von Qualitätsverschlechterungen bei älteren Patienten ableiten lassen. Dieser Befund ist sehr relevant, da in nicht-systematischen Reviews immer wieder auf eine Verschlechterung der Qualität der Versorgung dieser Gruppe hingewiesen wird (Simonet 2003), insbesondere beim Zugang zu Leistungen, bei der häufigeren Verlegung in ein Pflegeheim statt in die Rehabilitation, bei einzelnen Leistungen und in Bezug auf die Patientenzufriedenheit. Allerdings gibt es auch Studien mit einem gegenteiligen Ergebnis (z. B. Barton et al. 2001).

1042. Zur Rolle der ethnischen Zugehörigkeit kann der vorliegende Review keine detaillierten Aussagen machen. Aus der Literatur ist bekannt, dass z. B. Afro-Amerikaner unter Managed Care eine schlechtere Versorgung als andere ethnische Gruppen haben (Fiscella et al. 2000; Schneider et al. 2001), allerdings beziehen auch diese Studien nicht den Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einem Managed Care-Programm als Variable mit

ein und können insofern keine Aussage über die Leistungsfähigkeit von Managed Care im Vergleich zu anderen Versicherungsformen machen.

1043. Als Approximation an die Bedeutung von Managed Care für die Versorgung von vulnerablen Gruppen kann die Frage gewertet werden, ob es sich um ein Programm innerhalb von Medicare bzw. Medicaid oder um ein Programm außerhalb des Medicare/ Medicaid-Systemes handelt. 24 von 58 (41 %) der Studien an Medicare- bzw. Medicaid-versicherten Populationen zeigten ein positives oder überwiegend positives Ergebnis gegenüber nur 26,5 % der 49 Studien in nicht-Medicare/Medicaid-Populationen. Auch hier ist augenscheinlich die gezielte Intervention nicht selten erfolgreich. Andererseits gibt es zahlreiche Hinweise in der Literatur, dass unter Managed Care eine Benachteiligung der Versorgung von vulnerablen Gruppen nicht auszuschließen ist (Hellinger 1998).

1044. Eine ganz entscheidende Rolle spielt die Qualität der Versorgung chronisch Erkrankter unter Managed Care (Miller/Luft 1997; Miller et al. 1998). Chronisch Kranke repräsentieren 10 % der Versicherten und verursachten im Jahr 1996 in den USA 75 % der Kosten (Luft 1998). Das leitende Argument in der Diskussion bezieht sich darauf, dass es für Managed Care-Programme keinen Anreiz gibt, für chronisch Kranke und ältere Patienten Programme hoher Qualität aufzulegen, weil sie dann in hohem Maße chronisch kranke Versicherte attrahieren würden. Gerade bei For Profit-MCOs berichten Patienten von Zugangsproblemen (Tu/Reschovsky 2000). In dem vorliegenden Review konnte diese Tendenz jedoch nicht durchgängig bestätigt werden, acht von zwölf Studien weisen ein positives oder neutrales und vier von zwölf Studien ein negatives Ergebnis auf, nur zwei Studien davon eindeutig negativ. Da komplexe Endpunkte weniger als einfache Endpunkte dazu tendieren, den Effekt zu überschätzen, erscheint es wichtig, dass die beiden eindeutig negativen Studien sowohl einen Einzelendpunkt (Mitchell et al. 1997), als auch einen komplexen Endpunkt (Morrissey et al. 2002) betreffen, die positiven oder neutralen Studien dagegen überwiegend komplexe Endpunkte. Die verwendeten Studiendesigns der Studien mit neutralen und positiven Wirkungen (zwei quasi-experimentelle, drei prospektive und zwei retrospektive Kohortenstudien sowie ein theoretisches Sample) sind eher bessere als bei den Studien mit negativer Wirkung (zwei Querschnittsstudien, und je eine retrospektive und eine prospektive Kohortenstudie), der HMO-Kontext spielt keine Rolle. Ähnlich wie bei älteren Versicherten muss unter Managed Care-Bedingungen der Versorgung von chronisch Kranken und speziell bei einzelnen Endpunkten hohe Aufmerksamkeit zukommen, es ist aber nur die Minderzahl der Studien, die einen negativen Effekt auf die Qualität der Versorgung beschreibt.

1045. Die Vielzahl der möglichen Endpunkte in Studien zu Managed Care und Qualität war im vorliegenden Review insofern von Interesse, weil in der Literatur immer wieder darauf hingewiesen wird, dass die Vielzahl der möglichen Endpunkte einen erheblichen Heterogenitätsfaktor darstellt (Miller/Luft 2002). Wie oben bereits aus-

geführt, ist aus grundsätzlichen Überlegungen aus dem Bereich der EBHC ableitbar, dass komplexe Endpunkte eher einen geringeren Effekt zeigen als einfache Endpunkte, sodass man diese Fragestellung nicht übergehen darf (Rychetnik et al. 2002). Im vorliegenden Review zeigte sich jedoch kein Einfluss eines einfachen versus komplexen Endpunktes, weder in Richtung auf eine bessere noch auf eine schlechtere Qualität der Versorgung.

Unter der Vielzahl der untersuchten Endpunkte waren zwei Endpunkte von besonderer Bedeutung: Patientenzufriedenheit und die Wirkung auf Prävention. Patientenzufriedenheit wurde in insgesamt 17 Studien untersucht, davon in zehn Studien als einfacher Endpunkt. Die Ergebnisse sind uneinheitlich, es gibt zahlreiche Studien, in denen eine schlechtere Zufriedenheit der Patienten dokumentiert wird, andere Studien zeigen eine bessere Patientenzufriedenheit. Hinsichtlich der medizinischen Prävention zeigt sich dagegen ein deutlicheres Bild: von ebenfalls 17 Studien haben 58 % ein positives Ergebnis auf Präventionsmaßnahmen, insbesondere bei den sieben Studien mit einfachem Endpunkt. Auch ältere Patienten profitieren (Barton et al. 2001).

1046. Anders als zunächst erwartet, zeigt der Review keine Unterschiede hinsichtlich der Perspektive der Managed Care-Programme, insbesondere sind nationale Programme nicht durch eine schlechtere Versorgungsqualität gekennzeichnet. Andererseits ist auch kein Nachteil von regionalen oder lokalen Programmen nachweisbar, obwohl hier eine Mindestgrößenproblematik diskutiert wird (Miller et al. 1998).

1047. Der Review hat definierte, methodische Limitationen. Zum einen vergleicht er Studien und nicht Patienten, d. h. er behandelt Studien mit einer hohen Patientenzahl genauso wie Studien mit wenigen Patienten, und er korrigiert auch nicht in Bezug auf die Heterogenität der untersuchten Patienten- bzw. Versichertenkollektive und Einzelheiten in den Studiendesigns. Insbesondere unterscheidet der vorliegende Review bei Studien mit mehreren Endpunkten nicht zwischen der Gesamtaussage der Studie und der Aussage zu jedem einzelnen Endpunkt, und die relevanten Endpunkte werden auch nicht gewichtet (vgl. ein anderes Vorgehen etwa bei Miller/Luft 2002; hier werden die eingeschlossenen Studien in Einzelbefunde, so genannte *findings*, zerlegt, allerdings mit dem Nachteil, dass so Studien mit mehreren Endpunkten mehrfach betrachtet werden). Weiterhin ist, wie häufig bei komplexen Interventionen aus dem Gesundheitssystembereich, die Zahl der Einflussfaktoren sehr groß (Dudley 2001) und nicht immer mit all ihren Interdependenzen erfassbar. Im Gegensatz zur Einzelleistungsabrechnung (FFS) stehen in einem Managed Care-Programm keine extern zugänglichen Abrechnungsdaten zur Verfügung, daher ist generell die Datenlage nicht gut (Luft 2003). Auch werden in den Studien freiwillige Zusatzversicherungen nicht berücksichtigt, die Versicherte neben ihrer Managed Care-Einschreibung abschließen, um sich bestimmte zusätzliche Leistungen oder einen freieren Zugang zu bestimmten Leistungserbringern gewähren zu können (Luft 1998). Die Studien stammen aus-

schließlich aus den USA, grundsätzlich ist daher die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu diskutieren. Letztlich ist auch immer die Vergleichbarkeit der Managed Care-Gruppe und der Kontrollgruppe zu problematisieren, da häufig bei den Managed Care-Programmen durch aktive oder Selbstselektion Patienten mit besseren Risiken versichert sind (Miller et al. 1998).

Fazit

1048. Der vorliegende systematische Review stellt im Zusammenhang des aktuellen Gutachtens die in der internationalen Literatur veröffentlichten primären Studien zum Einfluss von Managed Care auf die Qualität der Gesundheitsversorgung dar und bereitet sie hinsichtlich der Frage auf, ob Managed Care unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung eine ernstzunehmende Option für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland bildet. Im Mittelpunkt stehen dabei in der ersten Linie Alterung, Chronizität der Erkrankungen und Multimorbidität.

1049. Zusammenfassend kann auf der Basis des Reviews an 107 Studien, die alle in den USA durchgeführt wurden, folgendes festgehalten werden:

1. Eine eindeutige Tendenz zu einer Verbesserung oder zu einer Verschlechterung der Qualität der Versorgung durch Managed Care ist nicht nachzuweisen. Ein Drittel der Studien zeigen zwar eine Verschlechterung der Qualität, diesen Studien stehen jedoch je ein Drittel Studien mit dem Ergebnis besserer Qualität und mit neutralem Ergebnis gegenüber. Gerade Studien aus neuerer Zeit weisen eine Qualitätsverbesserung auf.
2. Managed Care-Programme, die auf definierte Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder, weibliche Versicherte) oder auf Versicherungsgruppen mit niedrigem sozialen Status (Medicaid-Versicherung) ausgerichtet sind, weisen recht gute Erfolge auf.
3. Die Mehrzahl der Studien zur Versorgung von älteren Versicherten und chronisch Kranken zeigt eine bessere oder gleichbleibende Qualität der Versorgung. Die negativen Studien zu diesen beiden Gruppen, die im Rahmen des systematischen Reviews identifiziert werden konnten, sind methodisch den Studien mit positiven Endpunkten eher unterlegen, weisen häufiger Einzelendpunkte auf oder sind in wenig integrierten Managed Care-Programmen und dafür seltener in HMOs durchgeführt worden.
4. Die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit sind gemischt; für Endpunkte aus dem Bereich der Prävention zeigen sich positive Auswirkungen auf die Qualität.

Kosteneinsparungen standen in dem Review nicht im Vordergrund. Limitationen des Reviews liegen in erster Linie in der Tatsache, dass in dem Review nur Studien und nicht Patienten untersucht wurden, dass bei komplexen Endpunkten über die zugrunde liegenden einzelnen Endpunkte keine Aussage gemacht werden konnte und in der Frage der Übertragbarkeit der Studien aus den USA auf das deutsche Gesundheitswesen. Die Frage nach der

Zugangsgerechtigkeit (*equity*) kann mit dieser Auswertung ebenfalls nicht beantwortet werden.

7.7.2.3 Systematischer Review: Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte

1050. Unter dem Konzept Gatekeeping wird verstanden, dass jede Behandlungsepisode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt beginnt. Gatekeeping stellt in den USA und der Schweiz eines der wesentlichen Instrumente von Managed Care-Versorgungsmodellen dar. In einigen europäischen Ländern (z. B. Niederlande, Spanien, Dänemark oder Großbritannien) ist Gatekeeping als Bestandteil der hausarztzentrierten Versorgung ein grundlegendes Prinzip der Organisation des Gesundheitssystems.

Das Grundprinzip von Gatekeeping ist, dass der Gatekeeper einen koordinierten und sektorübergreifenden Behandlungsablauf sicherstellen soll (Amelung/Schuhmacher 2004). Damit soll einerseits die Qualität der Versorgung verbessert und andererseits sollen die Kosten der Gesundheitsversorgung gesenkt werden.

1051. In Deutschland existieren nach §73b SGB V „Hausarztmodelle“, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden. Dabei können sich Versicherte bei einem Hausarzt einschreiben, der die Koordination der Versorgung übernimmt. Die Versicherten können dadurch finanzielle Vorteile wie die Rückerstattung der Praxisgebühr erlangen. Im Dezember 2007 waren insgesamt ca. 5,9 Millionen Personen (ca. 8,5 % der GKV-Versicherten) in verschiedenen Hausarztmodellen (auf unterschiedlicher gesetzlicher Grundlage) registriert (Bundestagsdrucksache 16/7662). Allein in den 54 Verträgen nach § 73b SGB V, die im Rahmen der Umfrage des Rates erfasst wurden (vgl. Abschnitt 6.5.3), waren im Juli 2008 bereits rund 2,8 Millionen Teilnehmer registriert.¹⁹⁹

1052. Die Organisation der Versorgung der gesamten GKV-Bevölkerung in der Form eines Primärarztsystems mit Gatekeeping-Funktion wird für Deutschland diskutiert, wie Positionspapiere der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen (GMK 2008; Korzilius 2008).

Vorschläge aus Deutschland

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK)

1053. Die AOLG hat einen Bericht zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – „Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“ vorgelegt, der von der 81. GMK am 03. Juli 2008 zustimmend zur Kenntnis genommen wurde (GMK 2008). Die Mitglieder der AOLG sind Aufsichtsbehörden der regionalen Ärztekammern und als solche u. a. auch für die Zulassung von Ärzten verantwortlich.

¹⁹⁹ Die Differenz der Teilnehmerzahlen zwischen beiden Umfragen erklärt sich zum überwiegenden Teil aus dem zum Zeitpunkt der Umfrage des Rates bereits eingestellten Hausarztvertrag der Barmer Ersatzkasse, der allein 2,17 Millionen Teilnehmer zählte (Bundestagsdrucksache 16/7662, Stand 31. Dezember 2007).

1054. Die AOLG ermittelt einen Mehrbedarf an Hausärzten in Höhe von 15 000 bis zum Jahr 2020. Diese Zahl ergibt sich aus einer geschätzten 20-prozentigen Steigerung der Nachfrage nach ambulanten Leistungen aufgrund der demografischen Entwicklung und eines erwarteten Rückgangs der praktizierenden Hausärzte bis zum Jahr 2017 um 4 000. Insbesondere in den östlichen Bundesländern und in ländlichen Regionen könnte es aufgrund des-

sen zu einer unzureichenden Versorgung mit ambulanten Leistungen kommen (vgl. auch Unterkapitel 2.4).

1055. Die Vorschläge der AOLG zielen darauf ab, die Zahl der praktizierenden Hausärzte zu erhöhen, die ambulante Versorgung effizienter und die regionale Verteilung der Hausarztpraxen gleichmäßiger zu gestalten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind im Einzelnen:

Tabelle 119

Vorschläge der AOLG zur hausärztlichen Versorgung

Vorschlag	Begründung
Abschaffung der freien Arztwahl und Einführung eines obligatorischen Wahlarztsystems mit dem gewählten Hausarzt als erste Anlaufstelle für Versicherte	Dadurch würde die Position der hausärztlichen Medizin im Verhältnis zu den anderen Facharztgruppen gestärkt und dessen Attraktivität erhöht. Zudem ließe sich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen reduzieren.
Flexiblere Vertragsformen in der Primärversorgung	Da sich die Probleme von Region zu Region unterscheiden, würde mit flexiblen Vertragsformen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen den Unterschieden besser Rechnung getragen werden.
Allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an allen medizinischen Fakultäten etablieren	Wenn Allgemeinmedizin überall in Deutschland gelehrt wird, würde es Interessierten erleichtert, diese Fachrichtung zu wählen.
Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium und verstärkter Praxisbezug der Ausbildung	Der frühe Kontakt mit den spezifischen Fragestellungen in einer Hausarztpraxis würde Interessierten die Entscheidung für den Hausarztberuf erleichtern und für die notwendigen koordinierenden Fertigkeiten sensibilisieren.
Studie zu den Faktoren, die den Berufswunsch „Hausarzt“ fördern, um evtl. das Zulassungsverfahren anzupassen	Das derzeitige Zulassungsverfahren hielte möglicherweise Interessierte von der Aufnahme eines Studiums ab.
Verbesserung der Weiterbildung für Hausärzte durch Weiterbildungsverbände	Keine Begründung gegeben.
Finanzielle Unterstützung durch Kommunen und Ländern schon während der Ausbildung mit der Verpflichtung, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen	Selbsterklärend
Förderung der Wiederaufnahme der Hausarztstätigkeit nach einem vorübergehenden Ausstieg (Elternzeit)	Selbsterklärend
Morbiditätsorientierte Vergütung mit Versichertenpauschalen, besonderen Leistungskomplexen und qualitätsabhängigen Zusatzentgelten	Eine sicherere Kalkulation der Erlöse für Hausarztpraxen ließe diese attraktiver werden.
Relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten gegenüber anderen Facharztgruppen	Die Attraktivität des Hausarztberufes hinge nicht zuletzt von der Höhe der Vergütung im Vergleich zu anderen Facharztgruppen ab.
Beihilfen der Kommunen und Länder für Praxisinvestitionen und -neueinrichtungen	Investitionsbeihilfen bei der Übernahme bzw. Neueinrichtung einer Praxis würden insbesondere junge Hausärzte dazu anregen, sich in ländlichen Regionen niederzulassen.
Weitere Flexibilisierung der Arbeitsstrukturen in ländlichen Regionen durch: Förderung von Außensprechstunden und Zweigpraxen, Abweichen von der Residenzpflicht und die Entlastung vom Notfalldienst	Würde es Hausärzten aus Ballungszentren erlauben, Sprechstunden in ländlichen Regionen anzubieten und zu pendeln.

noch Tabelle 119

Vorschlag	Begründung
Kleinräumigere und differenziertere Bedarfsplanung, Beteiligung der Kommunen an dem Verfahren zum Feststellen von Unter- bzw. Überversorgung	Mit der derzeitigen Bedarfsplanung sei eine Unterversorgung in ländlichen Regionen nur unzureichend feststellbar, was Maßnahmen zu deren Bekämpfung verzögere.
Die Möglichkeiten des § 82a Absatz 2 SGB V sollen ausgereizt werden, um die Hausärzte in dünn besiedelten ländlichen Regionen finanziell besser zu stellen	Eine hausärztliche Praxis hat laut AOLG in ländlichen Regionen aufgrund von höheren Wegkosten und Außensprechstunden insgesamt höhere Kosten, die man auszugleichen wünscht. Zusätzliche finanzielle Anreize würden die Niederlassung von Hausärzten in diesen Regionen begünstigen.
Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen in unterversorgten Gebieten	In unterversorgten Gebieten würde anstelle eines Vertragswettbewerbs die Bedarfsdeckung in den Vordergrund treten. Ein einheitliches und gemeinsames Vorgehen der Krankenkassen sei geeigneter, die Versorgung der Versicherten in diesen Regionen zu sichern.
Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten auf Gesundheitsfachberufe	Durch eine arzentlastende Delegation ärztlicher Leistungen auf entsprechend qualifizierte Gesundheitsfachberufe ließe sich die ambulante Versorgung effizienter und effektiver gestalten.

Quelle: Eigene Darstellung

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

1056. Der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, hat in seinem Bericht an die Vertreterversammlung am 19. Mai 2008 (Köhler 2009) ebenfalls Vorschläge zur zukünftigen Gestaltung der Versorgung gemacht.

1057. Nach Ansicht des Vorsitzenden der KBV haben die besonderen Versorgungsformen, die mit den letzten Gesundheitsreformen eingeführt wurden, dazu beigetragen, die Versorgungslandschaft zu zersplittern. Dadurch

sei die Versorgung der Versicherten gefährdet, und den Ärzten ginge die Planungssicherheit verloren.

Des Weiteren befürchtet der Vorsitzende der KBV in absehbarer Zeit einen Ärztemangel insbesondere im Osten und in ländlichen Regionen.

1058. Nach diesem Vorschlag würde es in Zukunft fünf hierarchisch gestufte Versorgungsebenen geben. Die Wahl der Leistungserbringer innerhalb einer Ebene soll frei sein, der Wechsel in eine höhere Ebene bis auf Notfälle und Ausnahmeregelungen aber nur durch Überwei-

Tabelle 120

Vorschläge des KBV-Vorsitzenden Andreas Köhler

Vorschlag	Begründung
Eine Neuordnung der Versorgungsstrukturen in fünf Ebenen (siehe weiter unten):	In der wohnortnahen Versorgung mit primär- und fachärztlichen Leistungen sei der Wettbewerb zwischen den Versorgungsmodellen der Krankenkassen kontraproduktiv, da er den leichten Zugang zu einer wohnortnahen medizinischen Versorgung unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit und die flächendeckende Notfallversorgung gefährde.
Förderung der Ausbildung zur Allgemeinmedizin (Vorschläge gleichen denen der GMK)	Um den absehbaren Mangel an Hausärzten in bestimmten Regionen entgegenzuwirken, sei es notwendig, mehr Allgemeinmediziner auszubilden und Anreize zu schaffen, die Hausärzte dazu veranlassen, in unterversorgten Gebieten zu praktizieren.
Delegation von Leistungen an qualifizierte Gesundheitsberufe bei gleichzeitiger Bewahrung des Arztvorbehalts	Dies trüge zu einer Entlastung der Hausärzte insbesondere in unterversorgten Gebieten bei.

Quelle: Eigene Darstellung

sung möglich sein. Krankenkassen könnten Wahltarife anbieten, die den Versicherten eine vollständige Wahlfreiheit gewähren würden.

1. Ebene: Primärversorgung – Zu dieser Ebene gehören alle Hausärzte nach § 73 SGB V. Hier soll es keinen Wettbewerb der Versorgungsformen geben, sondern wie bisher einen Kollektivvertrag.

2. Ebene: wohnortnahe fachärztliche Versorgung – Fachärzte, die keine Hausärzte sind und nicht zur nächst höheren Ebene gehören (spezialisierte krankenhausahe Versorgung), praktizieren auf dieser Ebene. Hier gilt der Kollektivvertrag als „bevorzugtes Vertragsmuster“, wobei auch selektive Verträge mit den Krankenkassen möglich sein sollen.

3. Ebene: spezialisierte krankenhausahe Versorgung – Zu dieser Ebene gehören Fachärzte, die in erster Linie auftragnehmend arbeiten, sowie fallbezogenen Fachärzte aus der zweiten Ebene. Die Leistungen, die dazu gerechnet werden, sollen noch näher spezifiziert werden. Auf der 3. Ebene sollen Versorgungsverträge frei zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen abgeschlossen werden können.

4. Ebene: stationäre Grund- und Regelversorgung

5. Ebene: stationäre spezialisierte Versorgung – Für die Wettbewerbsordnung in der stationären Versorgung hat der Vorsitzende der KBV bisher kein Konzept vorgestellt.

Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte

Vor dem Hintergrund dieses politischen Diskurses erschien es notwendig, sich einen Überblick über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu den Wirkungen von Gatekeeping durch Hausärzte zu verschaffen.

Zielsetzung des Reviews

1059. Die vorliegende systematische Übersicht (systematischer Review) „Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte“ wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen für dieses Sondergutachten im April 2008 beauftragt und von der Arbeitsgruppe Zentner, Velasco-Garrido und Busse vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin durchgeführt. Das Hauptziel des Auftrags war es, aufgrund der aktuellen und zukünftigen Bedeutung des Themas für die gesundheitspolitische Diskussion zu hausarztorientierter Versorgung in Deutschland eine objektive und evidenzbasierte Argumentationsgrundlage zum Thema Gatekeeping aus deutscher Perspektive zu schaffen. Die ausführliche Fassung steht als Anlage zu diesem Gutachten auf der Webseite des Rats (www.svr-gesundheit.de) zum Download bereit.

1060. Die spezifischen – und gleichwertig behandelten – Fragestellungen waren:

- Beeinflussen Gatekeeping-Modelle die gesundheitlichen Ergebnisse der medizinischen Versorgung?
- Haben Gatekeeping-Modelle Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten?

- Haben Gatekeeping-Modelle Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung?
- Haben Gatekeeping-Modelle Einfluss auf die Prozessqualität der Versorgung?
- Ändern Gatekeeping-Modelle die Nutzung von spezialisierter (ambulanter oder stationärer) Versorgung?
- Beeinflussen Gatekeeping-Modelle die Kosten bzw. Kosteneffizienz der medizinischen Versorgung?
- Wie zufrieden sind betroffene Hausärzte und Fachspezialisten mit Gatekeeping-Modellen?

Methoden

1061. Für die Beantwortung dieser Fragestellungen wurde die Primärliteratur analysiert. Die Methoden zur Erstellung des Berichtes folgten der Methodik einer systematischen Übersicht.

1062. Es wurden Studien eingeschlossen, bei denen als Intervention Gatekeeping – jede Behandlungsepisode begann mit einem Besuch bei einem ambulanten Primär- bzw. Hausarzt – mit dem freien Zugang zu spezialisierter Versorgung verglichen wurde. Die Gatekeeper-Funktion musste von Ärzten (nicht z. B. durch Pflegepersonal) und autonom (z. B. ohne Autorisierungsverfahren einer Versicherung) ausgeübt worden sein.

Es wurden Studien berücksichtigt, die mindestens einen der folgenden Ergebnisparameter untersuchten: Mortalität, Morbidität, Patientenzufriedenheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Prozessqualität, Nutzung hausärztlicher und spezialisierter Leistungen, Kosten, Kosteneffektivität und Zufriedenheit der Leistungserbringer.

Es wurden Studien mit einer Kontrollgruppe eingeschlossen (RCT, quasi-randomisierte Studien, *controlled before-after*), prospektive und retrospektive Kohortenstudien mit Vergleichsgruppen und *interrupted time series*.

1063. Die Literatursuche wurde in PubMed (Medline und Pre-Medline), EMBASE und in der Cochrane Library durchgeführt. Es wurden die Suchbegriffe Gatekeeping, Gatekeeper sowie *self-referral* und *first contact care* verwendet. Die primäre Suche fand Ende April 2008 statt. Darüber hinaus wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen nach weiteren potenziell relevanten Studien durchsucht. Zwei Reviewer entschieden unabhängig voneinander über den Einschluss der potentiell relevanten Publikationen. Diskrepanzen wurden in einer anschließenden Diskussion gelöst.

1064. Die Extraktion erfolgte anhand eines standardisierten Dokumentationsbogens, der eigens für die Erstellung dieses Berichtes konzipiert wurde. Die Bewertung der Studienqualität bzw. der internen Validität der Studiergebnisse erfolgte in Anlehnung an die EPOC-Gruppe der Cochrane Collaboration²⁰⁰ und der US Task Force on Community Preventive Services (USPSTF) (Briss et al.

²⁰⁰ Cochrane EPOC-Group. EPOC-specific resources for review authors www.epoc.cochrane.org/en/handsearchers.html (Stand 15.08.2008).

Tabelle 121

Zusammenfassende Qualitätsbewertung der Studien

Eignung des Designs	Design	Durchführungs- und Publikationsqualität (basiert auf den Qualitätsmerkmalen in Abhängigkeit vom Design)
greatest	I RCT	I-good, I-fair, I-poor
	II-1 controlled trials	II-1-good, II-1-fair, II-1-poor
	II-2 prospective cohort	II-2-good, II-2-fair, II-2-poor
	II-3 controlled before after	II-3-good, II-3-fair, II-3-poor
moderate	III-1 retrospective cohort	III-1-good, III-1-fair, III-1-poor
	III-2 case-control	III-2-good, III-2-fair, III-2-poor
	III-3 time series	III-3-good, III-3-fair, III-3-poor
least	IV- alle anderen	IV-good, IV-fair, IV-poor

Quelle: Modifiziert von Briss et al. 2000

2000; Carande-Kulis et al. 2000; Harris et al. 2001). Die Bewertung der Studiendurchführung und Publikationsqualität erfolgte in Abhängigkeit vom jeweiligen Design anhand mehrerer definierter Qualitätsmerkmale. Bei nicht randomisierten Studien spielte für die Qualitätsbewertung eine entscheidende Rolle, ob eine adäquate Kontrolle für Populationsunterschiede zwischen den Gruppen vorlag (Adjustierung). Die Bewertungen wurden von zwei unabhängigen Reviewern durchgeführt. Diskrepanzen wurden in einem Konsensusverfahren geklärt.

Ergebnisse

1065. Die Datenbankrecherche ergab 5 594 Zitate, davon waren 1 524 Zitate Duplikate. Titel und Abstract von 4 070 Publikationen wurden gescreent und davon für die Sichtung im Volltext 198 bestellt (4,9 %). Aus der Handsuche in den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien wurden 66 weitere Publikationen als potenziell relevant identifiziert, davon 29 nach Sichtung des Abstracts im Volltext. Schlussendlich wurden 29 Publikationen eingeschlossen, in denen Ergebnisse aus 24 Studien berichtet wurden.

Studiencharakteristika

1066. Die eingeschlossenen Publikationen wurden zwischen 1989 und 2007 veröffentlicht. 16 der 24 Studien (67%) untersuchten Interventionen in den USA, fünf Studien berichteten von Interventionen in der Schweiz, jeweils eine Studie stammte aus Schottland und Dänemark und eine weitere war international, d. h. verglich niederländische und deutsche Daten.

Die Studien untersuchten ein sehr heterogenes Spektrum an Interventionen (Gatekeeping-Modellen), die in ihren Detailbestimmungen und in den zusätzlichen Komponenten variierten. In fast allen Studien war Gatekeeping nur eine Komponente unter mehreren, sodass sich die Interventions- und Kontrollgruppe in mehreren weiteren Komponenten unterschieden. Dabei handelte es sich meistens um finanzielle Anreize wie unterschiedliche Vergütungsstrukturen für die Leistungserbringer, unterschiedliche Selbstbeteiligungsmodalitäten bzw. Erstattungsquoten für Versicherte/Patienten sowie nicht finanzielle Komponenten – wie z. B. Qualitätssicherungsmaßnahmen oder Prüfverfahren durch die Kostenträger (so genannte *utilization review*).

In 13 Studien wurde explizit berichtet, dass für Versicherte/Patienten im Unterschied zur Vergleichsintervention die Notwendigkeit bestand, sich bei einem vorab zu bestimmenden primärärztlichen Gatekeeper ihrer Wahl einzuschreiben. Bei den restlichen Studien wurde nicht berichtet, ob eine solche Registrierung notwendig war.

Die Gatekeeper waren in 17 Studien Allgemein- bzw. Familienärzte, in acht Studien Allgemeininternisten, in sechs Studien Pädiater, in drei Studien Gynäkologen und in je einer Studie Allgemeinchirurgen bzw. Osteopathen. In mehreren Modellen fungierten Ärzte aus mehr als einem Fachgebiet als Gatekeeper.

Die Genauigkeit der Definition von Ein- und Ausschlusskriterien fiel bei den Studien sehr heterogen aus. Bei der Beschreibung der Studienpopulation beschränkten sich die meisten Studien auf wenige soziodemografische Charakteristika ohne auf die Verteilung von Erkrankungen oder ihren Schweregrad einzugehen. Wenn berichtet, be-

standen bei vielen Studien zwischen der Interventions- und Kontrollpopulation Unterschiede bei wesentlichen Charakteristika wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Versicherungsschutz oder Morbidität, die als mögliche Störfaktoren des Gatekeeping-Effekts (*confounder*) relevant sein konnten. Alle Studien schlossen sowohl Frauen als auch Männer bzw. Mädchen und Jungen ein. Die Geschlechtsverteilung war – sofern berichtet – in allen Studien mit 40 bis 60 % Frauenanteil ähnlich. Fünf Studien untersuchten ausschließlich Patienten mit einzelnen Erkrankungen bzw. Konditionen. Eine Studie beschränkte sich auf pädiatrische Patienten mit einer von fünf chronischen Erkrankungen und eine weitere auf Erwachsene mit einer von zwölf akuten Konditionen. Alle anderen Studien machten keine Einschränkung im Krankheitsspektrum der jeweiligen Population, sodass das gesamte Spektrum der Allgemeinmedizin betrachtet wurde.

Studiendesign und -qualität

1067. Der Studienpool bestand aus einer randomisierten, kontrollierten Studie, zwei quasi-randomisierten kontrollierten Studien, drei prospektiven Kohortenstudien, fünf kontrollierten Vorher-Nachherstudien, zwölf retrospektiven Kohortenstudien und zwei Interrupted-Time-Series. Damit lagen elf Studien vor, deren Eignung des Designs für die Fragestellung des vorliegenden Berichts nach dem Klassifikationsschema der USPSTF als „gut“ und dreizehn Studien deren Eignung als „mäßig“ kategorisiert wurde. Insgesamt erfüllten nur zwei Studien die Kriterien für eine gute Durchführungs- und Publikationsqualität. Alle anderen Studien – unabhängig vom jeweiligen Design – wurden einer geringen Qualität zugeordnet. Häufige Mängel – deren Relevanz unterschiedlich ist – waren in absteigender Reihenfolge: inadäquate oder unklare Kontrolle für potenzielle *confounder* bei der statistischen Auswertung, Risiko der Fehlklassifikation bzw. Kontamination, hohes Risiko eines Selektionsbias und erhebliche Mängel in der Berichterstattung. Besonders relevant in der Mehrheit der Studien war die fehlende Adjustierung für bedeutsame klinische und soziodemografische Charakteristika, die zum Beispiel mit der Inanspruchnahme bzw. der Nutzung von medizinischen Leistungen oder den Ausgaben für Diagnostik und Behandlung zusammenhängen.

Studienergebnisse

1068. Tabelle 122 gibt einen Überblick über die verwendeten Parameter sowie die Richtung der Ergebnisse in den einzelnen Studien.²⁰¹ Aus dieser Aufzählung (*vote counting*) können jedoch keine Schlussfolgerungen im Sinne einer quantitativen Synthese gezogen werden. Eine quantitative Synthese (Meta-Analyse) der Studien erschien aufgrund der hohen Heterogenität der Interventionen und Populationen, der Studiendesigns, der verwendeten Ergebnisparameter sowie der eingeschränkten Qualität der meisten Studien nicht geeignet.

1069. Aus den eingeschlossenen Studien ergab sich die Möglichkeit, die Ergebnisse für die Subgruppe „Kinder“ getrennt darzustellen (n=5 Studien). Darüber hinaus wur-

den zwei Subgruppen von Studien getrennt betrachtet, bei denen explizit berichtet wurde, dass Gatekeeping mit bestimmten Versorgungselementen kombiniert vorlag, die möglicherweise Einfluss auf die berichteten Effekte hatten. Zum einen wurde die Subgruppe an Studien getrennt ausgewertet, bei denen sich Versicherte/Patienten bei einem individuellen Gatekeeper registrieren bzw. einschreiben mussten, da dies den Prinzipien einer hausarztorientierten Versorgung näher steht. Zum zweiten wurde die Subgruppe an Studien getrennt ausgewertet, bei der außerdem finanzielle Elemente zur Leistungssteuerung eingesetzt wurden, d. h. bei denen andere Vergütungsstrukturen für Primärärzte und Selbstbeteiligungsmodalitäten für Patienten als im Modell mit freiem Zugang vorlagen.

1070. In allen Studien wurden mindestens zwei verschiedene Ergebnisparameter verwendet, um den Effekt von Gatekeeping zu untersuchen. Keine der Studien differenzierte jedoch zwischen primären und sekundären Ergebnisparametern. Insgesamt berichteten 19 Studien mindestens über einen Parameter, der die Inanspruchnahme von Leistungen widerspiegelt, wobei die meisten über Nutzung der spezialisierten oder der stationären Versorgung berichteten. In zwölf der insgesamt 24 eingeschlossenen Studien wurden ökonomische Aspekte berichtet. Selten wurden Gesundheitsoutcomes, die Zufriedenheit oder gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten oder Parameter der Prozessqualität untersucht. Die Zufriedenheit von Leistungserbringern wurde in keiner der eingeschlossenen Studien analysiert.

1071. Betrachtet man die zusammenfassende Einschätzung des Effekts von Gatekeeping, die die Autoren der jeweiligen Studien in ihren Schlussfolgerungen berichteten, zeigten dreizehn von 24 Studien einen positiven Effekt, neun berichteten keine Unterschiede und zwei kamen zu Schlussfolgerungen zuungunsten von Gatekeeping (Abbildung 68 S. 464).

1072. Unter dem Vorbehalt der geringen Anzahl von Studien, die klinische Ergebnisparameter berichteten und des eingeschränkten Krankheitsspektrums, die sie abdeckten sowie der geringen methodischen Qualität gibt es Hinweise darauf, dass es keinen Unterschied in den Gesundheitsoutcomes von Patienten zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und freiem Zugang gab. Bei ebenfalls schwacher Evidenzgrundlage zeigten sich auch zum Parameter gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten und der stationären Verweildauer keine Unterschiede.

²⁰¹ Ein „+“ bedeutet, dass die Ergebnisse einen statistisch signifikanten Unterschied zugunsten der Intervention „Gatekeeping“ zeigten. Eine „0“ bedeutet, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede gab und ein „-“, dass statistisch signifikante Ergebnisse zuungunsten von Gatekeeping berichtet wurden. Diese Qualifizierung („zugunsten“ bzw. „zuungunsten“) beruht darauf, dass durch die Intervention Gatekeeping bei den Parametern entweder eine Reduktion oder eine Zunahme erzielt werden sollte. Da die Intervention Gatekeeping auf die Reduktion der Inanspruchnahme oder der Kosten zielte, wurden die Ergebnisse als „zugunsten von Gatekeeping“ kategorisiert, wenn dies bei den jeweiligen Parametern eintraf. Ausnahme hierfür war die Inanspruchnahme der hausärztlichen ambulanten Versorgung, bei der eine Erhöhung als positives Ergebnis gewertet wurde.

Tabelle 122

Ergebnisübersicht

Studie	Ergebnisparameter													Gesamtergebnis	Qualität
	Klinische	Lebensqualität	Zufriedenheit (Patienten)	Zufriedenheit (Leistungserbringer)	Prozessqualität	Nutzung							Ökonomische		
						Verweildauer	Hausarzt	Spezialist	Krankenhaus	Notaufnahme/Notfallambulanz	Arzneimittel	Diagnostische Leistungen			
<i>Martin et al. 1989</i>			–			0	+	+	0				+	+	I-poor
Schillinger et al. 2000			0		0		0	+	+	0				+	II-1-poor
Meyer et al. 1996		0	0			0	+	0	0	0	0	0	0	+	II-1-poor
Forrest et al. 1999 K									–					–	II-2-poor
Holdsworth 2007 §	0								–		–	–	–	–	II-2-poor
<i>Linden et al. 2003 §</i>							0	+	–		+			0	II-2-poor
<i>Etter/Perneger 1997 §</i>						0	0	0	0	0	0			+	II-3-poor
<i>Etter/Perneger 1998</i>													+	+	II-3-poor
Ferris et al. 2001b K							–	+	+				+	+	II-3-poor
Hurley et al. 1991 K §								+		+				+	II-3-poor
<i>Perneger et al. 1996</i>		0	–											0	II-3-poor
Schwenkglens et al. 2006							0	0	0				+	+	III-1-good
Escarce et al. 2001							+	0					0	0	III-1-good
<i>Anderson/Cave 1996</i>							*	*			0	–	0	0	III-1-poor
Rask et al. 1999	0				+			+	0			0	0	+	III-1-poor
Hurley et al. 1989										+				+	III-1-poor
<i>Laditka/Laditka 2001 §</i>						0			0				0	0	III-1-poor
<i>Olivarius et al. 1994 §</i>							+	+	–				+	+	III-1-poor
Paone et al. 1995	0				0	0								+	III-1-poor
<i>Shatin et al. 1998 K §</i>							*	*	–	–		–		0	III-1-poor
Swetter et al. 2007	0				–									0	III-1-poor
Werblow 2005													+	+	III-1-poor
Ferris et al. 2001a							0	0						0	III-3-poor
Ferris et al. 2002 K							–	0						0	III-3-poor
Anzahl Studien	4	2	4	0	4	5	13	17	12	6	5	5	12		

Erläuterungen s. nächste Seite

+ Ergebnis zugunsten von Gatekeeping, 0 kein Unterschied, – Ergebnis zuungunsten von Gatekeeping aus Sicht der Autoren der Primärstudien

Fettschrift bezeichnet Studien mit der expliziten Notwendigkeit zur Registrierung bei einem individuellen Gatekeeper

Kursivschrift bezeichnet Studien mit explizit unterschiedlicher Vergütung von Primärärzten und/oder Selbstbeteiligung für Patienten in Gatekeeping-Modellen im Vergleich zu Modellen mit freiem Zugang

K Studie berichtet Effekte für die Population „Kinder“

§ Studie berichtet über Richtung des Effekts z. T. ohne statistische Signifikanzangabe

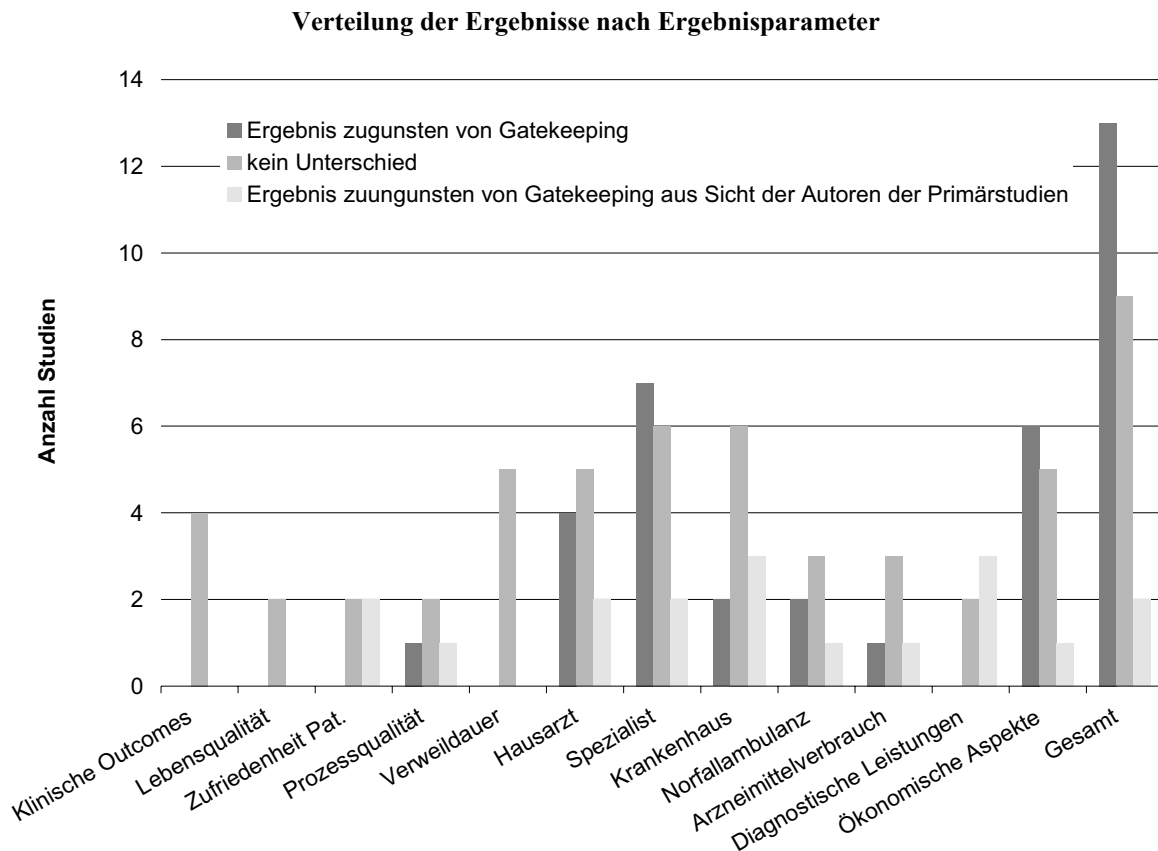
* Studie berichtet Arztbesuche insgesamt ohne zwischen Hausarzt und Fachspezialist zu unterscheiden

hellblau unterlegt: geeignetes Studiendesign, mittelblau unterlegt: weniger geeignetes Studiendesign

Qualität: I = randomisiert, kontrolliert, II-1 = quasi-randomisiert, kontrolliert, II-2 = prospektive Kohorte, II-3 = kontrolliert, Vorher-Nachher, III-1 = retrospektive Kohorte, III-3 = interrupted time series/good = gut ausgeführt und berichtet, poor = schlecht ausgeführt und berichtet

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 68



Quelle: Eigene Darstellung

1073. Die Ergebnisse der Studien zu Patientenzufriedenheit waren in ihrer Richtung uneinheitlich. Wenn man die Subgruppe jener Studien mit Gatekeeping-Modellen getrennt betrachtet, bei denen sich Versicherte bei einem individuellen Hausarzt einschreiben mussten und finanzielle Steuerungsinstrumente eingesetzt wurden, ergab sich der Hinweis auf eine geringere Zufriedenheit im Vergleich zur Gruppe mit freiem Zugang.

1074. Die Ergebnisse zu Parametern der Prozessqualität (Behandlung nach medizinischen Standards, Dauer bis zur Diagnose oder Therapie) waren heterogen bei einer wiederum geringen Studienanzahl von geringer interner Validität.

1075. Zur Zufriedenheit der Leistungserbringer mit Gatekeepingsystemen konnte keine Aussage getroffen werden, da keine der eingeschlossenen Studien diesen Parameter untersuchte. Ebenfalls keine Studiendaten lagen für die Subgruppe „Kinder“ für die Parameter Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Zufriedenheit und Prozessqualität vor.

1076. Hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Spezialisten lag eine große Anzahl an Studien mit gut geeignetem Design vor, die jedoch vorwiegend geringe Durchführungs- und Publikationsqualität aufwiesen. Sieben von 15 Studien berichteten eine signifikante Reduk-

tion, zwei eine signifikante Erhöhung. In der Subpopulation „Kinder“ zeigte sich eine ähnliche Verteilung. Betrachtet man die elf Studien der hohen Eignungskategorie, die diesen Parameter untersuchten, so war bei neun Studien in der Gatekeeping-Gruppe die Anzahl von Besuchen bei Fachspezialisten bzw. der Anteil von Patienten mit Kontakt zu Spezialisten niedriger als bei freiem Zugang, jedoch nur in vier Fällen statistisch signifikant. Bei der Fokussierung auf Studien, bei denen eine Registrierung bei einem Gatekeeper notwendig war, berichtete keine eine statistisch signifikante Zunahme der Nutzung der ambulanten spezialisierten Versorgung. Die Subgruppenanalyse der Studien, bei denen Gatekeeping zusätzlich mit finanziellen Steuerungselementen bei Ärzten und Patienten kombiniert wurde, zeigte in vier von sechs Fällen eine Reduktion der Inanspruchnahme spezialisierten ambulanter Leistungen. Die Größenordnung der Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter spezialisierten Leistungen ist klein. Die Anzahl der Kontakte je Person nimmt auf diese Weise um 0,3 bis 1 Kontakt pro Jahr ab bzw. der Anteil der Patienten mit einem Besuch beim Spezialisten pro Jahr geht um 10 bis 15 % zurück.

1077. Bei Inanspruchnahme von Hausärzten, von stationärer Versorgung, von Notfallambulanzen bzw. der Notaufnahme von Krankenhäusern sowie im Arzneimittelverbrauch und in der Nutzung von diagnostischen

Leistungen sind die Ergebnisse widersprüchlich und reichen von statistisch signifikanten Senkungen bis hin zu statistisch signifikant höherer Nutzung in der Gatekeeping-Gruppe.

1078. Bei den ökonomischen Aspekten gibt es Anhalt dafür, dass Gatekeeping die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung aus der Perspektive der Kostenträger senkt. Es lagen fünf Studien mit geeignetem Design, jedoch mit vorwiegend geringer Durchführungs- und Publikationsqualität vor. In der Subpopulation „Kinder“ zeigte sich das gleiche Ergebnis. Die Hinweise auf reduzierte Gesundheitsausgaben halten sich, wenn nur Studien mit Registrierungspflicht beim Gatekeeper berücksichtigt werden. Insgesamt schwankt die Größenordnung der potentiellen Einsparungen durch Gatekeeping je nach Studie zwischen 5 % und bis zu 65 % der Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf. In den Studien mit Daten aus europäischen Ländern waren die Gesamtausgaben niedriger unter Gatekeeping als bei freiem Zugang zur spezialisierten Versorgung, zwischen 25 % und 35 % in der Schweiz (Schwenkglens et al. 2006; Etter/Perneger 1998) und ca. 40 % in Dänemark (Olivarius et al. 1994).

Diskussion

1079. Der vorliegende systematische Review untersuchte Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte in der ambulanten Versorgung im Hinblick auf verschiedene Parameter. Bislang lag nur eine systematische Übersicht vor, die sich spezifisch mit dem Thema Gatekeeping befasste, in der allerdings eine geringere Anzahl von Studien als in der vorliegenden und auch Studien, bei denen der Gatekeeper nicht der Hausarzt war, eingeschlossen wurden (Willems/Veldhuis 2004). Die vorliegende Arbeit stellt nach Kenntnis des Rates die bisher umfassendste systematische Übersichtsarbeit zu der Thematik dar.

1080. Die Evidenzlage weist mindestens drei relevante Limitationen auf. Erstens lag bei rund der Hälfte der Studien zwar ein für die Fragestellung dieses Reviews gut geeignetes Studiendesign vor. Jedoch nur rund 10 % der Studien wiesen eine gute Durchführungs- und Publikationsqualität auf; die restlichen waren von geringer Qualität gekennzeichnet. Insbesondere war in den meisten Studien zwar für Alter, Geschlecht und teilweise auch sozioökonomische Variablen adjustiert, jedoch nicht für Gesundheitsstatus bzw. Morbidität. In den vorliegenden Studien gab es dabei häufig systematische Unterschiede zwischen den Gruppen, wobei in manchen eine negative Risikoselektion zuungunsten von Gatekeeping (z. B. ältere Patienten, mehr chronisch Kranke) und in manchen eine positive Risikoselektion zugunsten von Gatekeeping (z. B. jüngere Patienten, höherer sozioökonomischer Status) beobachtet wurde. Diese Unterschiede könnten sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben.

Die zweite methodologische Einschränkung stellten die verwendeten Ergebnisparameter dar. Nur sehr wenige Studien analysierten die Effekte von Gatekeeping auf Gesundheitsindikatoren. Dabei konnten die Studien aufgrund ihres Designs diese Auswirkungen außerdem nicht

vollständig abbilden: Es wurden nur Patienten eingeschlossen, die zur fachspezialistischen Versorgung überwiesen worden waren. Ob die nicht überwiesenen Patienten andere gesundheitliche Ergebnisse hatten, etwa aufgrund einer kontinuierlichen Versorgung beim Hausarzt, oder ob das Nicht-Überweisen sich negativ ausgewirkt haben könnte, bleibt unklar.

1081. Viele Studien berichteten über die Nutzung der fachspezialistischen ambulanten Versorgung, wobei die Interpretation dieses Parameters meistens auf der Annahme basierte, dass eine zu hohe Inanspruchnahme bzw. unangemessene Nutzung vorlag. Ähnliches gilt für die Betrachtung der Kosten: es wurde angenommen, dass die Kosten der Versorgung „zu hoch“ seien. Allerdings lieferten die vorliegenden Studien keine empirischen Beweise dafür, dass dies der Fall war und die Angemessenheit von Inanspruchnahme wurde nicht definiert. Aus den vorliegenden Studien ist deshalb nicht ermittelbar, ob die beobachteten Reduktionen angemessen waren oder nicht, d. h. ob sie z. B. solche Fälle trafen, wo unnötigerweise Besuche beim Fachspezialisten, diagnostische Untersuchungen etc. wiederholt wurden oder die Fälle betrafen, bei denen die Leistungen notwendig gewesen wären. Da die meisten Studien die Parameter der Nutzung nicht in Zusammenhang mit Gesundheitsindikatoren (Mortalität, Morbidität) berichteten, ist nicht auszuschließen, dass die beobachteten Reduktionen von Nutzungs- bzw. Kostenindikatoren mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einhergingen.

1082. Schließlich war die Beurteilung, inwieweit das Instrument Gatekeeping ausschließlich für die beobachteten Effekte verantwortlich war, nicht nur durch die oben angesprochene Problematik der Risikoselektion erschwert. Die Gatekeeping-Intervention war in der Mehrzahl der Studien Bestandteil eines komplexen Versorgungsprogramms. Es lagen eine Reihe anderer Komponenten der Versorgungsmodelle bzw. Faktoren der Gesundheitssysteme vor, die einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten von Ärzten bzw. Patienten bezüglich der Nutzung weiterer Ressourcen hatten. Der Effekt des Gatekeepings ließ sich von diesen Kontexten nicht isolieren.

1083. Bei der Frage der Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland gilt es mehrere Faktoren zu berücksichtigen. Es stellt sich zunächst die Frage, ob die in den eingeschlossenen Studien berichteten Ergebnisparameter für die deutsche Diskussion relevant sind. Liegt die primäre Zielsetzung in der Reduktion der Inanspruchnahme der spezialisierten ambulanten Versorgung und der Gesundheitsausgaben, so liefern die hier eingeschlossenen Studien – mit den genannten Einschränkungen – für Deutschland relevante Hinweise auf die Effekte von Gatekeeping. Wenn die primäre Zielsetzung für die Einführung hausarztzentrierter Versorgungsmodelle mit Gatekeeping bei der Verbesserung der Kontinuität und damit der Qualität in der Versorgung sowie bei der Gewährleistung einer sektorübergreifenden Versorgung liegt, so ist die Relevanz der überwiegenden Mehrheit der hier eingeschlossenen Studien sehr gering. Diese Aspekte wurden von den in den Studien verwendeten Ergebnispa-

rametern nicht erfasst oder waren in den Ergebnissen widersprüchlich.

Zum zweiten unterscheiden sich die Gesundheitssysteme und Versorgungsstrukturen in den Studien zum Teil erheblich von der Situation hierzulande. Dies trifft insbesondere für die USA zu (mit 70 % der eingeschlossenen Studien), wo als ein wesentliches systembedingtes Merkmal im Unterschied zu den europäischen Ländern keine Krankenversicherungspflicht besteht und die medizinische Versorgung noch stärker einer Wettbewerbsregulierung unterliegt.

1084. Ein weiterer Aspekt bei der Beurteilung der Relevanz der einzelnen Studien ist die konkrete Gestaltung des Gatekeepings. Eine Möglichkeit ist die Verpflichtung für Patienten, sich bei einem von ihnen ausgewählten Hausarzt aus einem – mehr oder weniger breiten – Pool von Primärärzten einzuschreiben bzw. zu registrieren. Diese Form des Gatekeepings entspricht eher den Modellen, die in Deutschland unter der Bezeichnung „Hausarztzentrierte Versorgung“ des § 73b SGB V angeboten werden. Betrachtet man die Ergebnisse der Subgruppe „Gatekeeper-Registrierung“ von dreizehn der eingeschlossenen Studien, lässt sich – unter den diskutierten Einschränkungen der Qualität der Studien, der Aussagekraft der Ergebnisparameter und den unspezifischen Angaben zu den Versorgungsmodellen – eine etwas geringere Heterogenität der Effekte zugunsten von Gatekeeping erkennen.

Schlussfolgerungen

1085. Effekte von Gatekeeping durch Hausärzte im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs zu spezialisierter gesundheitlicher Versorgung sind in einer umfassenden Anzahl von Studien untersucht worden (rund 70 % in den USA, die restlichen in der Schweiz, in Schottland, Dänemark und den Niederlanden).

Die Ergebnisse sind insgesamt unter den Vorbehalt einer schwachen Evidenzgrundlage zu stellen. Bei rund der Hälfte der Studien lag zwar ein für die Fragestellung dieses Reviews gut geeignetes Studiendesign vor; jedoch nur drei von 29 Studien wiesen eine gute Durchführungs- und Publikationsqualität auf. Bei keiner der eingeschlossenen Studien war es mit Sicherheit möglich, die Effekte des Gatekeeping von anderen Faktoren der Versorgungsmodelle bzw. der Gesundheitssysteme zu isolieren.

1086. Die vorliegende Evidenz gibt Hinweise, dass Gatekeeping bei Erwachsenen und Kindern die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt. Die Hinweise auf eine reduzierte Inanspruchnahme verstärken sich, wenn Gatekeeping mit finanziellen Steuerungskomponenten für Primärärzte bzw. Patienten und einer Registrierungspflicht bei einem individuellen Hausarzt kombiniert wird. Die Größenordnung der Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter spezialisierter Leistungen ist klein. Die Anzahl der Kontakte je Person nimmt auf diese Weise um 0,3 bis 1 Kontakte pro Jahr ab. Die Einsparpotenziale unterliegen

einer großen Streuung (5 % bis 65 % der Gesamtgesundheitsausgaben).

1087. Ob Gatekeeping weitere Parameter der Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen (Krankenhaus, Notaufnahme, Arzneimittel, diagnostische Leistungen), die Zufriedenheit der Patienten oder die Prozessqualität der Versorgung beeinflusst, kann aufgrund uneinheitlicher Evidenz nicht abschließend beantwortet werden. Es gibt Hinweise auf eine geringere Zufriedenheit der Patienten in Gatekeeping-Modellen mit zusätzlichen finanziellen Steuerungskomponenten und/oder Registrierungs-pflicht beim Hausarzt im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs.

1088. Es gibt Anhalt dafür, dass keine Unterschiede in den Gesundheitsergebnissen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten sowie in der stationären Verweildauer zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und freiem Zugang bestehen.

1089. Zur Zufriedenheit der Leistungserbringer mit Gatekeepingsystemen gibt es keine Evidenz. Ebenfalls keine Studiendaten liegen für die Subgruppe „Kinder“ für die Parameter Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Zufriedenheit und Prozessqualität vor.

1090. Der vom Rat in Auftrag gegebene systematische Review und die hier dargestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass Gatekeeping zu gleichwertiger Versorgungsqualität bei verringerten Kosten führen kann. Es konnte allerdings nicht gezeigt werden, dass eine als obligatorische Vorschaltinstanz konzipierte primärärztliche Gatekeeper-Funktion insbesondere im Bereich der „harten“ gesundheitlichen Outcomes eine Verbesserung erbringt. Deutliche Hinweise erbringt der Review jedoch dahingehend, dass eine primärarztgesteuerte (bzw. -koordinierte) Überweisungspraxis an spezialisierte Gebietsärzte sich als nützlich erweist. Wie auch im weiteren deutlich wird, ist der Rat in diesem öffentlich umstrittenen Punkt daher der Meinung, dass ein striktes Gatekeeping nicht sinnvoll ist, grundsätzlich aber Versorgungsmodelle mit einer zielgerichteten und koordinierten Überweisung zum Fachspezialisten gefördert werden müssen. Ohne also ein isoliertes Gatekeeping zu favorisieren, sollte dennoch eine versorgungsstufenübergreifend koordinierte Versorgung sichergestellt werden. Die Bedeutung dieses Instrumentes und der Wahl eines Arztes des persönlichen Vertrauens wird im Rahmen von komplexen Versorgungskonzepten (z. B. Unterkapitel 7.2: Patient-Centered Medical Home) deutlich.

7.7.3 Optionen für eine generationenspezifische Versorgung

1091. Jenseits der Auseinandersetzung zwischen Kompressions- und Expansionstheorie der Morbiditätsentwicklung steht außer Zweifel, dass die Alterung der Bevölkerung wegen der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität neue Konzepte der Gesundheitsversorgung notwendig macht. Für die Gesundheitssysteme der entwickelten Länder steht somit ein Paradigmenwechsel auf der Tagesordnung, sind sie doch

historisch als Einrichtungen der Akutversorgung (*acute care setting*) (Siu et al. 2009) entwickelt worden und müssen sich jetzt und in Zukunft der Aufgabe stellen, eine adäquate Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters zu bieten: „*health care reform is chronic care reform*“ (Dentzel 2009).

1092. Im Zentrum der Debatte steht dabei die Koordination der Versorgung, insbesondere zwischen Prävention (einschließlich Primärprävention, soweit dem Gesundheitswesen zugänglich) und Gesundheitsversorgung, medizinischer Versorgung und Pflege sowie zwischen der eher integrativen geriatrischen oder hausärztlichen Versorgung und den eher organbezogenen Ansätzen der medizinischen Spezialdisziplinen. Koordinationsdefizite waren durchaus bereits unter den Anforderungen der Akutversorgung bekannt (McPherson et al. 1982) und werden als solche auch von Seiten der Patienten benannt (Schoen et al. 2005; 2008), entfalten jedoch eine nicht mehr zu übersehende Bedeutung unter Bedingungen, bei denen die Mehrzahl der Patienten chronisch verlaufende Mehrfacherkrankungen aufweist. In den USA wird die Zahl der Patienten mit wenigstens einer chronischen Erkrankung von 133 Millionen im Jahr 2005 auf 157 Millionen im Jahr 2020 ansteigen, die Zahl von Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen wird im gleichen Zeitraum von 63 auf 81 Millionen zunehmen (Bodenheimer et al. 2009).

1093. Die Wahrnehmung der Koordinationsdefizite im öffentlichen und wissenschaftlichen Raum ist über die Jahre und – mit entsprechender zeitlicher Verschiebung durch den Entwicklungsverlauf der Gesundheitssysteme – auch über die Ländergrenzen hinweg bemerkenswert konstant und trifft sowohl die Patientenperspektive:

„We acknowledge that our common interest is the patient, but we represent that interest from such divergent, even conflicting, viewpoints that everyone loses perspective. As a result, the health care system has become an organization guided by misguided choices; it is unstable, confused, and desperately ...“ (Ellwood 1988)

als auch die Finanzierungsmodalitäten:

„Die derzeit bestehende innere und äußere Finanzierung der erforderlichen Leistungen gleicht einem Flickenteppich“ (Henke 2007).

1094. In der Arbeit des Sachverständigenrates der letzten Jahre sind mehrere Themen, die die Koordination der Versorgung in Deutschland betreffen, unter Einbeziehung des internationalen Kontextes ausführlich diskutiert worden. Mehrere der daraus resultierenden Empfehlungen konnten zumindest teilweise in der Praxis umgesetzt werden. In erster Linie ist hier die Koordination der Versorgung durch die Generierung und zunehmende Akzeptanz von Leitlinien zu nennen, die durchaus einen hohen Stellenwert erlangt haben und inzwischen von zunehmender methodischer Qualität sind. Unterstützt durch entsprechende gesetzgeberische Initiativen wie der integrierten Versorgung und der Disease Management-Programme hat die sektorale Koordination – wenn auch noch bescheidene – Fortschritte gemacht. In seinem Gutachten vom

Sommer 2007 hat der Sachverständigenrat eine Diskussion der Koordination der Berufsgruppen in Gang gesetzt, die als eine der Vorbedingungen für neue, den demografischen Anforderungen genügende Versorgungskonzepte gelten darf.

1095. Die nun unter dem Eindruck der demografischen Entwicklung anstehenden Themen zur Koordination der Gesundheitsversorgung betreffen die Koordination der Versorgung in Bezug auf die Generationen und im regionalen Kontext. Letzteres Thema schließt die Versorgung durch populationsbezogene Verträge mit ein, die zum Teil auch die Integration von Leistungserbringungs- und Finanzierungsfunktion beinhalten. Das erstgenannte Thema ist im engeren Sinne Gegenstand dieses Sondergutachtens des Sachverständigenrates, das dieser allerdings nicht isoliert, sondern vor dem Hintergrund der anderen Koordinationsdimensionen bearbeitet.

7.7.3.1 Leitlinien, integrierte Versorgung und berufsgruppenübergreifende Kooperation

1096. Die Handlungsnotwendigkeit ist in den vorangehenden Kapiteln dieses Gutachtens ausführlich dargestellt worden. Für die Lösung der genannten Probleme, die eine Verbesserung der Koordination zum Ziel haben, kommen im Grundsatz drei Ansätze in Frage:

- Steuerung durch leitliniengestützte Programme,
- normative Regulierung und
- regional und sektorübergreifend organisierte Verantwortung für die Gesundheitsversorgung mit zunehmender Aufhebung der Trennung von Finanzierungs- und Leistungserbringerfunktion.

1097. Die letzten Jahrzehnte waren international und auch in Deutschland sehr durch inhaltlich getragene Programme bestimmt, die dem Gedanken der *evidence based medicine* folgten und basierend auf dem Ansatz des *continuous quality improvement* eine Verbesserung der Koordination zum Ziel hatten. Der Prototyp dieser Ansätze ist die implementierte Leitlinie, die gestützt auf die vorhandene Evidenz und angepasst an das jeweilige Setting und die Präferenzen der Patienten die verschiedenen Beteiligten auf eine optimale Vorgehensweise bei Prävention und Behandlung verpflichtet. Leitlinien sind tragender Bestandteil der verschiedenen Case Management-Ansätze, die meist nach DRG-Einführung im Krankenhausbereich aktuell werden und nach Einführung im stationären Sektor sektorübergreifend im Sinne von Behandlungspfaden die Versorgung „integrieren“. Populationen von Patienten mit bestimmten Krankheiten werden darüber hinaus im Rahmen von Disease Management-Programmen versorgt, die klassisch auch wichtige Komponenten der Prävention und eine Eigenaktivierung der Patienten beinhalten. Umfassende Care Management-Programme bedienen sich meist auch multiprofessioneller, teamorientierter Strukturen, die bestimmte Koordinationsaufgaben z. B. bei Aufnahme oder Entlassung aus dem Krankenhaus übernehmen. Im so genannten Chronic Care-Modell (Unterkapitel 7.5) wird die reaktive Betreuung chronisch

kranker Patienten, die sich auf die Behandlung von Exacerbationen bezieht, in ein prospektives Konzept transformiert, das kontinuierliche und geplante Interventionen vorsieht und sich dabei auf veränderte Praxisstrukturen, eine verbesserte EDV, die Unterstützung durch das kommunale Umfeld und auf die Fähigkeit des *self-managements* der Patienten stützt (Coleman et al. 2009).

1098. Die Wirksamkeit dieser leitliniengestützten Programme ist jedoch nicht unbestritten. Nach anfänglich sehr ermutigenden Ergebnissen (z. B. Frank et al. 1997) mehren sich heute Studien, die zwar einen Einfluss auf Parameter der Prozessqualität und die Kosten zeigen, aber keinen Einfluss auf Ergebnisparameter (Evans et al. 1998; Marrie et al. 2000). In Abschnitt 5.1.2 wird in diesem Gutachten ausführlich darauf eingegangen. Am wirksamsten sind die multivalenten Ansätze, in denen Leitlinien zusammen mit Veränderungen der Teamstruktur, der aktiven Einbindung speziell der Ärzte und unter zeitnahe Feedback der Ergebnisse genutzt werden (z. B. Doig et al. 2008; Jain et al. 2006; Grol et al. 2003). Gerade der Einsatz multiprofessioneller Teams scheint dem alternativen Ansatz überlegen zu sein, in dem die Behandlung von multipel und chronisch erkrankten Patienten arbeitsteilig den einzelnen Fachdisziplinen überlassen wird (Bodenheimer et al. 2009). Skepsis herrscht auch bei der Bewertung von Disease Management-Programmen vor, sehr wohl lassen sich Komplikationen und Hospitalisationen vermeiden, diese müssen aber die diagnostischen und Screeningmaßnahmen sowie den bürokratischen Aufwand aufwiegen (vgl. auch Abschnitt 6.5.2; Short et al. 2003). In einer kürzlich erschienenen gepoolten Metaanalyse von 15 randomisierten Studien zum pflegegestützten Care Management, das die Verbesserung der Arzt-Patienten- und der zwischenärztlichen Kommunikation, die Steigerung der Patienten-Adhärenz zur medikamentösen Therapie und zu den *self-management*-Maßnahmen sowie eine stärkere Evidenzbasierung der Therapie zum Ziel hatten, konnte nur in zwei von 15 Studien eine Verminderung der Hospitalisationsrate und in keiner Studie eine Einsparung oder durchgreifende Verbesserung der Qualitätsindikatoren gezeigt werden (Peikes et al. 2009). Die zwei Studien, die eine Verminderung der Krankenhausaufnahmen erbrachten, waren durch einen besonders stark ausgeprägten persönlichen Kontakt bei der Intervention und eine gute Einbeziehung der behandelten Ärzte charakterisiert (Ayanian 2009).

1099. Man muss sich vor dem Hintergrund dieser Entwicklung mit der Frage auseinandersetzen, ob der Rückgriff auf die ganze Vielfalt der leitliniengestützten Programme ausreicht, um die Koordinationsdefizite zu beherrschen, die im deutschen Gesundheitswesen vorhanden sind und besonders im Rahmen der demografischen Entwicklung auf das Gesundheitssystem zukommen. Eine der zur Verfügung stehenden Alternativen besteht in einer Stärkung der normativen, staatlichen Einflussnahme auf das Verhalten der Leistungserbringer. Ungeachtet der offenen Frage, ob eine regulative Einflussnahme grundsätzlich überhaupt ausreichen kann, um ein derart komplexes System wie ein (entwickeltes) Gesundheitswesen adäquat zu steuern, muss bezweifelt werden, ob diese Al-

ternative im deutschen Gesundheitswesen realisierbar wäre. Eher scheint die dritte der oben genannten Optionen diskussionswert zu sein, nämlich die dezentrale Übertragung der Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortung auf regional aufgestellte Institutionen, die Prävention und Gesundheitsversorgung umfassend und populationsbezogen anbieten und organisieren.

1100. Das stärkste Argument, das diese international auch als Managed Care zu klassifizierende Option auf ihrer Seite hat, besteht in der Aufhebung der sektoralen Trennung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer. Auch die integrierte Versorgung nach § 140a bis d SGB V hat bislang im wesentlichen nur für einzelne Erkrankungen bzw. Erkrankungsgruppen eine gemeinsame Verantwortung der an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Partner geschaffen. Im Grundsatz besteht die Sektorentrennung jedoch weiter; auch in den Verhandlungen zur integrierten Versorgung und den anderen transsektoralen Versorgungsformen in Deutschland geht es um die Generierung günstiger Risikokonstellationen, die den jeweils Beteiligten eine vorteilhafte Position verschaffen und das Risiko auf den Nachbarsektor transferieren. Die Konkurrenz der Sektoren hat durch einige gesundheitspolitische Neuerungen in der letzten Zeit sogar noch zusätzlichen Auftrieb erhalten, auch wenn sie in der Absicht erfolgt sind, die sektorale Abgrenzung zu mindern. In erster Linie ist hier die DRG-Finanzierung im stationären Sektor zu nennen. Zwar ist klar hervorzuheben, dass ohne die Einführung der DRGs die für die Weiterentwicklung des Systems notwendige Transparenz nicht herzustellen wäre, andererseits verstärkt das DRG-System die Koordinationsdefizite in zweifacher Hinsicht:

- die DRG-Finanzierung setzt den stationären Sektor hinsichtlich der eigentlich ambulant behandelungsfähigen Patienten („ambulantes Potenzial“) einer vollständigen Transparenz aus, sodass der ambulante Bereich mit dem Rückenwind seiner Kosten- und Organisationsvorteile den Anspruch erheben kann, die Behandlung dieser Patientengruppen zu übernehmen. Es ist in der Größenordnung anzunehmen, dass der ambulante Sektor dadurch seinen Umsatz um bis zu 50 % erhöhen kann.
- die fallpauschalierte Vergütung bildet für die Krankenhäuser den Anreiz, sich auf akut erkrankte, am ehesten operativ zu behandelnde Fälle mit einer hohen Bewertungsrelation (Case Mix-Index), wenig Komorbidität und planbarem Verlauf zu konzentrieren, die z. B. unter Zuhilfenahme von klinischen Versorgungspfaden eine kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer und eine Fallzahlsteigerung (*throughput*-Steigerung) möglich machen.

1101. Weder die Konkurrenz zwischen ambulantem und stationärem Bereich um das ambulante Potenzial noch die DRG-typische Strategie der Krankenhäuser „Fallzahlvermehrung um jeden Preis“ ist einer besser koordinierten Versorgung von mehrfach chronisch erkrankten Patienten zuträglich. Es ist bei Ausbleiben von entsprechenden Korrekturen sogar anzunehmen, dass sich die Versorgung dieser wichtigsten Patientengruppe in Zu-

kunft verschlechtern wird. Sowohl für den Facharzt- als auch für den Krankenhausbereich fehlen jegliche Anreize, die Versorgung chronisch kranker Patienten anders als bezogen auf die Episoden der akuten Exacerbation auszurichten.

7.7.3.2 Regionale und generationenbezogene Koordination

1102. Die vorliegende Betrachtung geht von fünf Ebenen der Koordination aus. Im Einzelnen sind zu unterscheiden die Koordination zwischen

- einzelnen, individuellen Leistungsanbietern (z. B. durch Leitlinien),
- den Sektoren (z. B. durch integrierte Versorgung),
- den Berufsgruppen (z. B. durch multiprofessionelle Teams),
- den Leistungsanbietern einer Region und
- den generationenspezifischen Anforderungen der Patientenversorgung.

1103. Die ersten drei Koordinationsebenen wurden vorstehend diskutiert, im folgenden soll dargestellt werden, unter welchen Bedingungen eine verbesserte regionale und generationenbezogene Koordination der Versorgung vorstellbar wäre. Grundsätzlich sind Prävention und Gesundheitsversorgung als regionale Aufgaben zu verstehen und werden regional strukturiert. Die Reichweite der Anbieter (z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen) ist in der Mehrzahl regional begrenzt, und die Patienten präferieren bei Akuterkrankungen und oft bedingt durch ihre Erkrankung Behandlungseinrichtungen in ihrer näheren Umgebung. Hinzu kommen historisch gewachsene Strukturen von Krankenversicherungen, die ursprünglich an bestimmte Arbeitgeber oder regional konzentrierte Industriezweige gebunden waren. Allerdings haben überregionale Organisationsformen, pauschalierte Entgelte, Qualitätswettbewerb und vermutete Skaleneffekte einschließlich Mindestmengen und Zentrendiskussion in den letzten Jahren dazu geführt, dass überregionale Aspekte der Versorgung ihren Stellenwert erhöht haben. Unter dem Begriff der Regionalisierung der Versorgung wurden vor allem spezialisierte Behandlungsverfahren und die Behandlung seltener bzw. schwerer Erkrankungen in Zentren zusammengeführt. Diese unter Qualitäts- und Effizienzaspekten durchaus wünschenswerte Entwicklung kann jedoch dann zu einer graduellen Unterversorgung speziell in bevölkerungsarmen Gebieten führen, wenn von der überregionalen Zentralisierung auch häufigere und einer Notfallbehandlung bedürftige Erkrankungen erfasst werden. Aus diesem Grund hat der Rat in seinem Gutachten 2007 zumindest für den Krankenhausbereich die Empfehlung ausgesprochen, über den Zugangsindikator (*access*) (AHRQ 2007) für definierte Krankheitsgruppen dieser Entwicklung entgegenzuwirken (GA 2007, Ziffer 491ff.). Weiterhin wurden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung gegeben, da die Krankenhausplanung durch die DRG-Einführung ih-

ren Bezug auf die Bettenzahl verloren hat und in Richtung auf einen Dreiklang von Zulassung, Monitoring (Qualität) und Sicherung (z. B. bei drohender Unterversorgung) fortgeschrieben werden muss (GA 2007, Ziffer 483ff.).

1104. Allerdings werden diese Regelungen den kommenden Problemen bei weitem nicht gerecht, da sie erstens die sektorübergreifende Gesamtversorgungskapazität nicht in den Blick nehmen und sich vor allem auf den stationären Bereich fokussieren, und zweitens eine Versorgung planen, die viel zu sehr auf Akuterkrankungen und Elektivsituationen zugeschnitten ist. Um die Aufgaben der Zukunft lösen zu können, ist es notwendig, die ambulante und stationäre Versorgungskapazität, die Pflege- und Rehabilitationskapazität einer Region sowie die kommunalen Institutionen und Selbsthilfeeinrichtungen als eine Einheit zu verstehen – und der ambulante Sektor muss bei diesen Betrachtungen im Vordergrund stehen (Decker et al. 2009).

1105. Wenn die demografischen Veränderungen der nächsten Jahrzehnte und die absehbaren Verschiebungen im Morbiditätsspektrum im regionalen Kontext bewältigt werden sollen, steht es außer Frage, dass die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der alternden Bevölkerung Veränderungen der bisherigen Strukturen unabdingbar machen. Die Leitlinien und eine auf diese gestützte Versorgung müssen an die besonderen Erfordernisse von Multimorbidität der Patienten angepasst werden (s. Unterkapitel 5.1). Wie im Gutachten 2007 bereits angesprochen, werden Qualitätsindikatoren, die bislang auf die Leistungserbringer bezogen sind, durch regionale Indikatoren maßgeblich ergänzt, die die Verantwortung der Leistungserbringer gegenüber der Versorgung von Populationen von Versicherten widerspiegeln (GA 2007, Ziffer 501: Tabelle 14; Siu et al. 2009). Die Berufsgruppen arbeiten in Teams zusammen, die neue und alte Formen der Arbeitsteilung (weiter)entwickeln, um den zukünftigen Anforderungen an die Versorgung gerecht werden zu können (GA 2007, Ziffer 65ff.). Insbesondere die Multimorbidität der älteren Patienten macht ein optimales Zusammenspiel der Fachdisziplinen und der integrativen geriatrischen Versorgung notwendig, wobei die Informationsverwaltung und -weitergabe eine zentrale Rolle spielt. Der Übergang zwischen der Versorgung im Kindesalter, in der ähnlich wie im höheren Alter ein integrativer Ansatz dominiert, zur eher fachdisziplinbezogenen Arbeitsteilung in der Versorgung im Erwachsenenalter bedarf ebenso einer kritischen Diskussion und Ergänzung (so genannte Transitionsproblematik, s. Kapitel 4).

1106. Wenn der regionale Bezug gleichzeitig als generationenbezogenes Konzept Bestand haben soll, das den demografischen Herausforderungen entsprechen kann, darf die Versorgung der Generationen nicht als statisches Problem verstanden werden. Die Versorgung im Kindesalter, im Erwachsenenalter und im hohen Alter stellen keine voneinander scharf abgetrennten Aufgaben dar, die jeweils gesonderte Strukturen erfordern. Soll regional eine generationenbezogene Versorgung dargestellt werden, muss gerade der Übergang zwischen den Versorgungskonzepten in den verschiedenen Generationen

durchlässig gestaltet werden. Dieses sollte insbesondere der Fall sein zwischen der eher ganzheitlich organisierten Versorgung im Kindesalter und der häufiger arbeitsteiligen Versorgung im Erwachsenenalter und wiederum im Übergang zur umfassenderen Versorgung im Alter, die nicht mehr allein durch die Akuterkrankung, sondern durch die aufeinander abgestimmte Behandlung von multiplen chronischen Erkrankungen charakterisiert ist. Notwendig ist insofern nicht nur ein Konzept einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung, das vor allem im Alter anderer Strukturen bedarf als sie gegenwärtig vorgehalten werden, sondern eine Versorgung, die in der Lage ist, dem dynamischen Prozess eines sich im Lebensverlauf von Patienten wandelnden Bedürfnisses nach gesundheitlicher Versorgung zu entsprechen.

7.7.3.3 Regional und sektorübergreifend organisierte Verantwortung

1107. In den gegenwärtigen Strukturen der Segmentierung des Gesundheitswesens gibt es dennoch starke professionelle Kräfte, die eine regionale und generationenbezogene Koordination als ihre Aufgabe ansehen und diese auch umzusetzen versuchen. Als Beispiel sei der klassische Hausarzt genannt, er sieht seine Patienten in manchen Regionen immer noch über die Generationen hinweg, er „wird mit seinen Patienten alt“. Diese Situation ist jedoch die Ausnahme. In der weiteren Entwicklung werden leitliniengestützte Programme unterschiedlicher Art eingesetzt, die wie oben ausgeführt jedoch die Problematik auch nicht allein lösen können. Um es in ein Beispiel zu kleiden: abgesehen von seiner professionellen Einstellung gibt es für den Kinderarzt keinen ökonomischen Anreiz, den Übergang seiner Patienten in die „Erwachsenenmedizin“ optimal zu gestalten, und der auf sein Organfach spezialisierte Facharzt hat keinen ökonomischen Anreiz, seinen Patienten in eine umfassendere Chronic Care-Versorgung – so sie denn vorhanden ist – abzugeben.

1108. Somit bedarf es eines Konzeptes, das sowohl die Abgrenzung und Konkurrenz der verschiedenen Versorgungssektoren (insbesondere ambulante und stationäre Versorgung, s. Abschnitt 6.5) überwindet, als auch in der Lage ist, den dynamischen Prozess der generationenbezogenen Versorgung zu gestalten. Es bietet sich an, angesichts dieser Aufgabenstellung auch Elemente des Managed Care-Konzeptes zu erwägen.

1109. Definition und Instrumente von Managed Care sind in Abschnitt 7.7.1 und 7.7.2 umfassend dargestellt. In Abschnitt 6.5 wird aufbauend auf dem Gutachten 2007 (GA 2007, Ziffer 378ff.) der Nachweis geführt, dass im deutschen Gesundheitswesen nicht nur die gesetzlichen Bedingungen für die Umsetzung der Gesamtheit der Managed Care-Instrumente gegeben sind, sondern dass es in der aktuellen Praxis des deutschen Gesundheitswesens auch gewisse Bestrebungen gibt, diese Option umzusetzen.

1110. Es lassen sich in Deutschland drei Gruppen von Akteuren identifizieren, die die Option Managed Care in ihrer strategischen Entwicklung prüfen und mehr oder weniger explizit erkennen lassen, dass sie eine aktive

Rolle in der Umsetzung des Managed Care-Konzeptes zu spielen beabsichtigen. Es handelt sich zum einen um große Krankenhausträger, zum anderen um Krankenversicherungen und drittens um unterschiedlich organisierte Vereinigungen ambulant tätiger Ärzte („Ärztetze“). Auch in anderen Gesundheitssystemen waren es die *network organizer*, die durch ihre Kenntnis der Behandlungsabläufe und der regionalen Organisation der Gesundheitsversorgung sowie unterstützt durch eine leistungsfähige EDV in der Lage waren, eine effiziente Versorgung anzubieten und eine bessere Koordination – im Vergleich zur traditionellen Organisation – in Aussicht zu stellen (Robinson/Casalino 1996; Stano 1997). Bei den Krankenhausträgern hat sich der Konzern Rhön-Klinikum AG am weitestgehenden in diese Richtung strategisch positioniert und offen auf seiner Hauptversammlung 2008 verkündet, dass er beabsichtigt, sich über Medizinische Versorgungszentren an der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu beteiligen, um ein „regionaler Vollversorger“ zu werden, der mit den Kostenträgern in der Lage ist, populationsbezogene Versorgungsverträge abzuschließen. Unter den Krankenversicherungen ist die private Deutsche Krankenversicherung (DKV) bereits 2007 in Spanien mit einem klassischen Managed Care-Vertrag tätig geworden, auch um für den deutschen Markt Erfahrung zu sammeln. In Deutschland ist im Jahr 2008 besonders die Ausschreibung der ambulanten Versorgung in der Region Kassel durch den VdAK/AEV (inzwischen VdEK) bekannt geworden, die jedoch am Widerstand der regionalen Ärzteschaft gescheitert ist. Eine zunehmend wichtige Rolle als aktive Gestalter der Versorgung spielen in Deutschland derzeit Ärztenetze, ähnlich wie es in der ersten Hälfte der 1990er Jahre auch in den USA der Fall war. Allerdings weisen sie ebenso wie in den USA den Nachteil einer geringen Ausstattung mit investivem Kapital auf (Robinson/Casalino 1996), wengleich sich hier Lösungsmöglichkeiten durch Kapitalgeber innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens abzeichnen. In Baden-Württemberg hat die AOK mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und der Mediverbund Dienstleistungs GmbH einen maximal 200 Millionen Euro pro Jahr umfassenden Vertrag abgeschlossen, bei dem sich Patienten einschreiben können, die dadurch besondere Leistungen (z. B. Wochenendsprechstunden) erhalten, sich jedoch mindestens ein Jahr lang auf eine eingeschränkte Arztwahl einlassen müssen. Für die beteiligten Ärzte gibt es eine fallpauschalierte, zum Teil kontaktunabhängige, zusätzliche extrabudgetäre Vergütung ohne Fallzahlbegrenzung und unter Verzicht auf Regressregelungen mit *pay-for-performance* (P4P)-Bestandteilen und der Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Für die Übernahme eines chronisch erkrankten Patienten ist eine nochmalige pauschalierte Vergütung vorgesehen. Der stationäre Sektor ist noch nicht einbezogen.

7.7.3.4 Managed Care: Umsetzung angesichts von Chancen und Risiken

1111. Im Abschnitt 7.7.2.2 wurde der Managed Care-Ansatz – jenseits der Koordinationsproblematik – kritisch auf seine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung untersucht. In einem systematischen Review wurde die Gesamtheit der hierzu nach vorab festgelegten Ein-

schlusskriterien identifizierbaren Literatur daraufhin ausgewertet, ob sich unter Managed Care die Qualität der Versorgung verschlechtert, ob sich differenzierte Effekte auf unterschiedliche Qualitätsdimensionen zeigen, ob die unterschiedlichen Unterformen der Managed Care-Versorgung verschiedene Auswirkungen haben und ob bestimmte Versichertenpopulationen einem spezifischen Risiko ausgesetzt sind. Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass ein Drittel der 107 eingeschlossenen Studien negative Auswirkungen, ein weiteres Drittel positive und ein Drittel neutrale Ergebnisse erbrachten, die Art des Managed Care-Programmes (HMO vs. andere) zeigte kein Einfluss. Prävention wurde verbessert, zur Patientenzufriedenheit ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse, und für bestimmte Patienten- bzw. Versichertengruppen (u. a. Kinder, Ältere, chronisch Kranke) waren zwar negative Studien vorhanden, die aber in Zahl und methodischer Qualität hinter den Studien mit positivem oder neutralem Ergebnis zurückstanden.

1112. Grundsätzlich sind bei der weiteren Diskussion dieser Frage vier Optionen zu unterscheiden:

- Option 1: Managed Care hat durch die Behebung von Koordinationsdefiziten zwischen Prävention, medizinischer Betreuung und pflegerischer Versorgung eine deutliche oder überwiegende, auf das deutsche Gesundheitswesen transferierbare Qualitätsverbesserung zur Folge, sodass es nahe liegt, Managed Care als durchgängiges Grundmuster der weiteren Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens insbesondere im Kontext der demografischen Entwicklung zu fördern.
- Option 2: Managed Care hat zwar eine Verbesserung der genannten Koordinationsdefizite zur Folge, auf die Qualität der Versorgung zeigen sich jedoch uneinheitliche Ergebnisse und in nicht unerheblichem Maße auch negative Konsequenzen, sodass eine Aufhebung des *provider-payer-splits* nicht ohne
 - Option 2a: strukturelle Anpassungen oder auch Einschränkungen des Managed Care-Konzeptes mit dem Ziel der Eindämmung der negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität,
 - Option 2b: zusätzliche, außerhalb der Umsetzung von Managed Care liegende und weiterführende Konzepte zur „Einbettung“ von Managed Care gerechtfertigt erscheint.
- Option 3: Auf die Qualität der Versorgung zeigen sich durch Managed Care eindeutig oder überwiegend negative Auswirkungen, die auch für das deutsche Gesundheitssystem bei weiterer Befolgung dieser Ausrichtung eine Verschlechterung der Versorgung erwarten lassen, sodass vom Managed Care-Konzept als Grundmuster der weiteren Entwicklung abgeraten werden muss.
- Option 4: Managed Care muss aus anderen Beweggründen eingeführt werden, unabhängig von den Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, z. B. um

notwendige Einsparungen im Gesundheitswesen durchzusetzen (Luft 1998).

1113. Für Option 1 und 3 ergibt sich aus dem vorliegenden Review keine wissenschaftliche Evidenz. Option 4 ist theoretisch in jedem Fall zu berücksichtigen, soll an dieser Stelle jedoch nicht weiter verfolgt werden, weil diese Option ausserhalb des Fokus dieses Kapitels liegt. In der weiteren Entwicklung dürften daher Option 2a und 2b eine große Rolle spielen: Begrenzung des Managed Care-Konzeptes zur Minimierung negativer Auswirkungen (2a) und Einbettung in moderne Strukturen (2b), die eine Antwort auf die aktuellen und zukünftigen Anforderungen durch die Alterung der Gesellschaft, den regional unterschiedlich ausgeprägten Bevölkerungsrückgang und den latenten Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen darstellen.

1114. Managed Care wurde auch historisch nie ausschließlich aus Effizienzgründen und zur Behebung eines Integrationsdefizites in der sektoralen Versorgung diskutiert und eingeführt. So fällt in den Berichten und Stellungnahmen der 1970er Jahre in den USA auf, dass neben *risk sharing* und *prepaid capitation* auch andere Inhalte über Managed Care-Konzepte transportiert wurden, so stand etwa die Reorganisation des ambulanten Bereichs im Mittelpunkt. Eine besondere Rolle spielte in dieser Zeit der Gedanke der *group practice*, zu einer Zeit als die Einzelpraxis in den USA noch das Grundmuster vorgab und Zusammenschlüsse von ambulant tätigen Ärzten noch als *medical heresy* gebrandmarkt wurden (Ellwood 1971; Slaughter 1973). Die Nixon-Administration stellte in der „health strategy message“ im Februar 1971 das Konzept der *prepaid group practice* vor, *an organized entity*, welche die Verantwortung für die Versorgung der jeweiligen Bevölkerung übernimmt (Roemer/Shonick 1973). In zahlreichen Regionen der USA wurde daraufhin die Einzelpraxis durch Praxisverbände und Gruppenpraxen abgelöst, die Einzelpraxis wurde zur Ausnahme. Die maßgeblichen Gründe bestanden in:

- einer besseren Risikostreuung,
- einer besseren Verhandlungsposition gegenüber den Managed Care-Organisationen,
- Skaleneffekte,
- niedrigeren Transaktionskosten insbesondere in den Verhandlungen um Verträge und bei der Bewältigung der zunehmenden bürokratischen Aufgaben und
- besserer Innovationsfähigkeit.

1115. Es war jedoch ebenfalls eine Notwendigkeit, die Versorgung anders zu strukturieren, da die auf Einzelpraxen gestützte Gesundheitsversorgung nicht mehr als ausreichend erlebt wurde. Die Parallele zur heutigen Situation in Deutschland ist nicht zu übersehen, wenn z. B. neue Arbeitszeit- und Arbeitskontexterwartungen durch junge Ärzte formuliert werden, oder wenn über neue Möglichkeiten des Austausches, des Wissenstransfers und der Teamarbeit diskutiert wird. Es wird aus diesem Blickwinkel auch die Motivation verständlich, dass in den USA der in Reorganisation begriffene ambulante Be-

reich Gegenstand zahlreicher organisationstheoretischer Überlegungen wurde, in den 1980er Jahren dann auch im Zusammenhang mit der vertikalen Integration unter Einbeziehung des stationären Sektors (McCleary et al. 1995; Robinson/Casalino 1996).

1116. Ohne jeden dieser Punkte hier ausführlich diskutieren zu können, fällt jedoch auf, wie früh der ambulante Bereich im Gesundheitssystem der USA in den Strukturwandel einbezogen wurde. Anders als in Deutschland, wo der stationäre Bereich mit der DRG-Einführung den Anfang machte, war es in den USA der ambulante Bereich, der zehn Jahre vor der DRG-Einführung neue Strukturen aufbaute. Bereits im Jahr 1982 wurde in Kalifornien in der ambulanten Versorgung die Kontrahierungspflicht aufgehoben (Dudley 2001). Die Entwicklung nahm einen rasanten Verlauf, im Jahr 1989 waren in den USA 34,7 Millionen Amerikaner in 591 HMOs eingeschrieben (Gold 1991), am 1. Januar 1996 waren es 60 Millionen Eingeschriebene in 630 HMOs (Retchin 1997), die fünf größten MCO versicherten 30 % und die 20 größten MCO 55 % der Eingeschriebenen (Luft 1998). Diese historische Perspektive könnte auch einen Hinweis darauf geben, wie groß der Druck zu einer Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs derzeit in Deutschland ist, und zwar aus internen, intrinsischen Notwendigkeiten heraus und nicht z. B. aus Gründen der Umsetzung gesetzgeberischer Vorgaben. Diese Situation erklärt die große Dynamik der aktuellen Entwicklung in Deutschland.

1117. In der zusammenfassenden Konsequenz ist also davon auszugehen, dass Option 2b (Einbettung des Managed Care-Konzeptes durch weiterführende strukturelle Konzepte) in Zusammenhang mit Option 2a (Vermeidung unerwünschter Effekte und Ausprägungen von Managed Care) in der gegenwärtigen Diskussion in Deutschland den zielführenden Ansatzpunkt darstellt. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist dabei, bei Analogien und Folgerungen aus dem „Feldversuch“ der Managed Care-Entwicklung in den USA sich zu vergegenwärtigen, dass dort zumindest außerhalb des Medicare-Bereichs Arbeitgeber die Hauptkunden der Managed Care-Organisationen sind und nicht der einzelne Versicherte, während in Deutschland die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Mittelpunkt stehen müssen (Jacobs/Schulze 2006).

1118. Die Bedeutung einer eingehenden Diskussion solcher konzeptionellen Fragen erscheint wichtig, um in Deutschland eine Situation wie in den USA Mitte der 1990er Jahre zu vermeiden, in der die Qualität der Gesundheitsversorgung insgesamt durch Zweifel an der Qualität der Versorgung durch Managed Care-Organisationen in Misskredit gekommen war (Alpert 2000; Blendon et al. 1998).

1119. Die wichtigsten Entwicklungsmöglichkeiten für eine Managed Care-Versorgung und die entsprechenden Strukturen in Deutschland werden vor diesem Hintergrund in acht Thesen zusammenfassend dargestellt, bevor sie in den nachfolgenden Kapiteln durch weitergehende Konzepte ergänzt werden.

These 1: Managed Care und Elemente von Managed Care müssen sich in Konkurrenz zu anderen Versorgungskonzepten bewähren.

Managed Care stellt eine Finanzierungsform dar, die auf Vereinbarungen zwischen Versicherungen, Managed Care-Trägern und den Leistungserbringern beruht, und steht daher in Konkurrenz zu anderen Organisations- und Finanzierungsformen (z. B. sektoralen Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütung). Alle in § 140b SGB V genannten Leistungserbringer können mit Managed Care-Trägern Verträge abschließen.

These 2: Hinsichtlich der Träger einer Managed Care-ähnlichen Versorgung ist keine sinnvolle Einschränkung zu treffen.

Wie unter 7.7.3.3 ausgeführt, kommen grundsätzlich in Deutschland derzeit drei Gruppen als Träger von Managed Care-Konzepten in Frage (Ärztetze, gegebenenfalls mit Unterstützung von Managementgesellschaften; Krankenhausverbände; Krankenversicherungen). In einem Findungsprozess müssen diese drei Trägergruppen ihre Möglichkeiten unter Beweis stellen, zuverlässige Versorgungsstrukturen anzubieten, die eine besondere Nachhaltigkeit hinsichtlich gesellschaftlicher Aufgabstellungen (z. B. im Rahmen des demografischen Wandels) und langfristiger Gesundheitsziele bieten. Die internationale Literatur ergibt ein uneinheitliches Bild hinsichtlich der Frage, ob For Profit- oder Non Profit-Träger diesbezüglich überlegen sind. Eine große Befragung von über 82 000 Medicare-Versicherten aus 182 Health Plans ergab ein deutlich schlechteres Ergebnis für For Profit (und ebenso für national aufgestellte) Managed Care-Organisationen als für Non Profit Plans (Landon et al. 2001). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine Befragung an jüngeren Patienten unter 65 Jahren, insbesondere kranke und chronisch kranke Patienten berichteten über Zugangsprobleme und ihren Bedürfnissen nicht entsprechende Behandlung bei For Profit-Organisationen (Tu/Reschovsky 2000). Andererseits zeigte eine Untersuchung mittels des HEDIS 3.0-Datensatzes, der die Qualität der Managed Care-Organisationen misst, keinen Unterschied zuungunsten von For Profit-Organisationen (Born/Simon 2001), die nach Hedis 3.0 gemessene Qualität der Versorgung hängt positiv vom jeweiligen Wirtschaftsergebnis des Plans ab (s. auch Beauvais/Wells 2006). Ebenfalls basierend auf den HEDIS-Daten wurde in einer Untersuchung an über 3,5 Millionen Medicare-Versicherten eine bessere Verfügbarkeit von kostenintensiveren Behandlungsmethoden in For Profit-Plänen im Vergleich zu Non Profit nachgewiesen (Schneider et al. 2004).

These 3: Unterschiedliche Formen der Managed Care-Versorgung haben unterschiedliche Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung.

Auf die Unterschiede der verschiedenen Managed Care-Formen wird immer wieder hingewiesen (Miller/Luft 1997; Retchin 1997; Safran et al. 2000; Simonet 2003), meist in der Richtung, dass Managed Care-Konzepte mit

hohem Integrationsgrad zwischen Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion (z. B. Staff-HMOs) bei multimorbiden Patienten negative Ergebnisse zeigen (Miller/Luft 1997). Es gibt aber auch Studien, die z. B. bei Präventionsmaßnahmen in der Versorgung von Frauen in die entgegengesetzte Richtung weisen (Gillies et al. 2006). Auch der im Rahmen des vorliegenden Sondergutachtens durchgeführte systematische Review zeigte keine schlechteren Ergebnisse der HMO im Vergleich zu anderen Managed Care-Formen (s. 7.7.2.2). Um die Diskussion in Deutschland zu fördern, bedarf es daher zunächst einer Systematik der verschiedenen Konzepte, die auf das deutsche System angepasst erscheinen, damit vergleichende Untersuchungen durchgeführt werden können. Folgende Typologie erscheint sinnvoll:

- Typ 1: Managed Care-Konzepte mit direkter Anstellung der ambulant tätigen Ärzte bei den Managed Care-Trägern; Krankenhäuser im Besitz der Träger (1a) oder selbständig (1b),
- Typ 2: Konzepte, bei denen Ärztenetze und Krankenhäuser frei mit Managed Care-Organisationen kontrahieren, jedoch als Leistungserbringer einer Capitation unterworfen sind, und
- Typ 3: Konzepte, bei denen frei kontrahierende Ärztenetze und Krankenhäuser nicht direkt einer Capitation unterworfen sind, sondern mit anderen Methoden am finanziellen Risiko der fallpauschalierten Vergütung des Managed Care-Trägers beteiligt sind (z. B. über *pay for performance*).

Dezentrale regionale Suchprozesse sollten zugelassen werden.

These 4: Es besteht unter Managed Care die Gefahr einer Risikoselektion.

Die Risikoselektion ist die wichtigste unerwünschte Wirkung von Managed Care (Blendon 1996; Luft 1998; Morgan et al. 1997). Im Jahr 1996 verursachten in den USA 10% der Versicherten 75% der Kosten (Luft 1998). Es gibt für Managed Care-Organisationen keinen Anreiz, für chronisch Kranke und alte Patienten qualitativ hochwertige Programme aufzulegen, weil sie dann Gefahr laufen, vermehrt Versicherte mit hohem Risiko zu attrahieren. Zum einen weisen daher Managed Care-Organisationen solche Patienten ab bzw. richten Barrieren in der Inanspruchnahme von Leistungen auf, auf der anderen Seite – und dies kommt hinzu – schreiben sich vornehmlich Versicherte mit einem geringen Risiko in ein Managed Care-Programm ein. Diese Selbstselektion kann zur Folge haben, dass es durch Einführung von Managed Care in Gesamtsicht aller Versicherungsformen zu einem Kostenanstieg kommt, da die Kosten im Bereich der traditionellen Versicherungsformen ansteigen und die Kosten für die Managed Care-Versicherten selbst bei deutlichen Abschlägen von 5% auf die Durchschnittskosten überfinanziert sind (Brown et al. 1993). Es ist also in der Diskussion in Deutschland von entscheidender Bedeutung, dass die Finanzierung zwischen den Managed Care-Trägern als Empfänger der Capitation-Pauschalen und

den Leistungserbringern das Risiko der versicherten und betreuten Population sinnvoll wiedergibt (Blendon 1996). Eine Nutzung von Komponenten des morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleichs für die Populationen, die in Managed Care-Programmen eingeschlossen sind, ist anzustreben.

These 5: Qualitätsindikatoren müssen populationsbezogen entwickelt werden und ältere Versicherte sowie chronisch Kranke in den Mittelpunkt stellen.

Unter Managed Care-Bedingungen sind leistungserbringerbezogene und rein diagnosebezogene transsektorale Indikatoren nicht sinnvoll, wenn man von umfassenden Disease Management-Programmen absieht, die ganze Krankheitsentitäten betreffen. Es müssen stattdessen populationsbezogene Indikatoren entwickelt werden, die unabhängig von der Natur der Leistungserbringer die Qualität der Versorgung der bei der Managed Care-Organisation eingeschriebenen Population beschreiben (Asch et al. 2000; Roulidis et al. 1997). Der vorliegende Review (s. Abschnitt 7.7.2.2) weist auf die Notwendigkeit hin, bestimmte Versichertengruppen besonders zu beachten, weil die Gefahr einer Qualitätsverschlechterung gegeben ist. Der Review erbringt keine Hinweise darauf, dass Managed Care-Programme mit dem Fokus auf so genannte vulnerable Gruppen grundsätzlich eine Verschlechterung der Qualität zur Folge haben, eher scheint eine Verbesserung vorzuliegen. Trotzdem gibt es einen relevanten Anteil von Studien zu Älteren und chronisch Kranken, die eine Qualitätsverschlechterung beschreiben, ohne dass im Hinblick auf die Mehrzahl der Studien, die positive oder neutrale Ergebnisse aufweisen, ein Anlass bestehen würde, diese Ergebnisse als grundsätzliches Argument gegen die Einführung von Managed Care-Ansätzen zu interpretieren. Die Indikatorenentwicklung muss jedoch diese Gruppen in den Fokus stellen.

These 6: Grundsätzlich wird medizinische Prävention durch Managed Care gefördert, jedoch in Abhängigkeit von einem adäquatem Zeithorizont.

Die Förderung und Umsetzung von medizinischer Prävention ist als das klassische Argument pro Managed Care anzusehen (Miller/Luft 1994; Miller et al. 1998). Zahlreiche Studien unterstützen diese Beobachtung (Barton et al. 2001; Roohan et al. 2006), auch der in diesem Gutachten enthaltene systematische Review stützt diese Aussage. Allerdings gibt es für die Managed Care-Organisationen nur dann einen durchgreifenden Anreiz, in Prävention zu investieren, wenn der Planungshorizont der Finanzierung mit dem Zeithorizont der präventiven Maßnahme übereinstimmt (Simonet 2003; Stano 1997). Aus diesem Blickwinkel ist folglich eine langdauernde Bindung von Versicherten sinnvoll. Es müssen daher zwei konkurrierende Ziele in Einklang gebracht werden. Zum einen ist der Wettbewerb zwischen den Managed Care-Organisationen aufrechtzuerhalten, damit einer Qualitätsverschlechterung vorgebeugt wird, sodass ein Wechsel der Patienten nicht zu sehr erschwert werden darf. Auf der anderen Seite ist ein zu häufiger Wechsel wegen der

mangelnden Anreize für das Angebot wirksamer Präventionsmaßnahmen nicht wünschenswert. Denkbar wäre z. B. eine einjährige Kündigungsfrist in Kombination mit Bonussystemen, die eine längere Bindung an einen Managed Care-Träger fördern.

These 7: Die Versorgung in ländlichen Regionen muss besonders beachtet werden.

Eine Managed Care-Versorgung sollte wegen ihres hohen Organisationsgrades und ihrer Kohärenz besonders für die Versorgung von gering besiedelten, ländlichen Regionen geeignet sein. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Managed Care-Organisationen hier die kritische Größe nicht erreichen, um wirtschaftlich arbeiten zu können (Miller et al. 1998). Dieser Effekt tritt ein, obwohl die Versorgung in ländlichen Regionen kostengünstiger zu erbringen ist. Die besondere Zugangsproblematik ist im Gutachten des Sachverständigenrates unter der Thematik Access-Indikator auf der Ebene der Krankenhaus-Versorgung bereits angesprochen worden (GA 2007, Ziffer 491ff.) und muss in der Diskussion aktuell Beachtung finden. Andererseits muss beachtet werden, dass Managed Care-Organisationen in ländlichen Gebieten leicht eine Monopolstellung erhalten können (Sari 2002).

These 8: Das Verhältnis zwischen allgemein-fachärztlicher und sekundärfachärztlicher Versorgung sowie das Gatekeeping-Konzept bedarf besonderer Beachtung.

Die hausärztliche und die fachärztliche ambulante Versorgung werden im vorliegenden Gutachten gesondert ausgeführt (Abschnitt 6.1 und 6.2), weiterhin wird in einem systematischen Review auf die Thematik Gatekeeping eingegangen (Abschnitt 7.7.2.3). Gatekeeping als Einzelinstrument kann auf dieser Basis nicht als alleinige Lösung der Integrationsproblematik gesehen werden. Im Kontext von Managed Care ist die Abstimmung zwischen der primärärztlichen und fachärztlichen Sekundärversorgung jedoch von besonderer Bedeutung, weil einerseits der Zugang zur sekundärfachärztlichen Versorgung einer der zentralen Kritikpunkte an der Managed Care-Versorgung in den USA ist (Kassirer 1994), und andererseits die Parallelausstattung und mangelnde Koordination der fachärztlichen Versorgung in Deutschland eines der Probleme darstellt, die vordringlich gelöst werden müssen. Zwei Szenarien sind denkbar: der Krankenhausbereich übernimmt die fachärztliche Versorgung und integriert die bisher ambulant organisierte fachärztliche Sekundärversorgung, oder der ambulante sekundärfachärztliche Bereich übernimmt die entsprechenden, ambulant durchführbaren Leistungen aus dem Krankenhausbereich. Bislang wurde unüberprüft meist davon ausgegangen, dass wegen der besonderen Investitionsgüterfinanzierung, dem Verbotsvorbehalt bei der Einführung von Innovationen und der hochgradigen, arbeitsteiligen Spezialisierung im Krankenhausbereich das erste Szenario am wahrscheinlichsten sei. Die aktuellen Entwicklungen im ambulanten Bereich mit Bildung von Netzen und Genossenschaften, die hohe Effizienz der Strukturen und die Einweisermacht lässt es allerdings durchaus auch mög-

lich erscheinen, dass Szenario 2 letztendlich die Entwicklung besser voraussagt, eine genügende Kapitalausstattung ebenso wie hinreichende organisatorische Strukturen vorausgesetzt. Die Etablierung von Managed Care-Strukturen einmal angenommen, wird auf regionaler Ebene nach Effizienzkriterien dezentral entschieden werden, wie und wo die Patienten an der bisherigen ambulant-stationären Schnittstelle versorgt werden. Das „ambulante Potenzial“ des stationären Bereichs wird dabei im Mittelpunkt stehen. Ein Managed Care-Konzept, das in Deutschland sinnvoll diskutiert werden soll, kann sich folglich nicht darauf beschränken, die klassischen Sektoren zu integrieren, sondern muss auch ein zukunftsfähiges Konzept für die sekundärfachärztliche Versorgung beinhalten (s. Kapitel 8).

7.8 Fazit und Empfehlungen

1120. In diesem Kapitel werden zunächst verschiedene internationale Konzepte vorgestellt, die – mit einem Fokus auf der hier grundlegenden Primärversorgung – wichtige Hinweise zur Umsetzung einer generationenspezifischen, populationsbezogenen und regional differenzierten Versorgung geben:

- EU-Gutachten zur Leistungsfähigkeit und Fortentwicklung der Primärversorgung, inkl. *stepped care*- und *shared care*-Ansätzen (Unterkapitel 7.1),
- Patient-Centred Medical Home (Unterkapitel 7.2),
- Bellagio-Modell zur bevölkerungsorientierten Primärversorgung (Unterkapitel 7.3),
- Roadmap des Royal College of General Practitioners (Unterkapitel 7.4),
- Chronic Care-Modell zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker (Unterkapitel 7.5),

1121. Trotz der unterschiedlichen theoretischen Ausgangspunkte und der unterschiedlichen Bedingungen der nationalen Gesundheitssysteme, in denen die dargestellten Modelle und Konzeptionen entwickelt wurden, gibt es bemerkenswerte Übereinstimmungen zwischen den vor allem auf die Primärversorgung bezogenen Konzepten. Diese werden im folgenden zusammengefasst, da sie zugleich auch Ausgangspunkte der in Unterkapitel 8.2 vorgeschlagenen Fortentwicklung der traditionellen Hausarztpraxis zu einer „Primärversorgungspraxis“ (PVP) bilden. Wichtige, weitgehend übereinstimmende Empfehlungen in den Modellkonzeptionen sind:

- Die hausärztliche Versorgung muss sich an veränderten Morbiditätsbedingungen sowie Bevölkerungs- bzw. Patientenerwartungen orientieren.
- Es sind nicht nur punktuelle, sondern systematische Veränderungen bzw. Fortentwicklungen erforderlich, die sowohl die Ebene der direkten Interaktion zwischen Patienten und Versorgenden, wie auch die Ebene der Organisation der Leistungserbringung und die Ebene des gesamten Gesundheitssystems umfassen.

- Die einzelnen Elemente der Versorgung bzw. Leistungserbringung sollten an integrierten bzw. über verschiedene Versorgungsstufen/Sektoren hinweg koordinierten Konzepten der Versorgung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden.
- Eine gute Primärversorgung ist eine wesentliche Erfolgsbedingung bzw. Grundvoraussetzung für integrierte Versorgungsmodelle.

1122. In Anknüpfung an seine Ausführungen im Gutachten 2007 begrüßt der Rat die Erprobung neuer Formen der Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. Aus der Perspektive der hausärztlichen Versorgung ist die hausärztliche Arbeitskraft zukünftig zu knapp (und mit Bezug auf einfache Routineaufgaben auch zu teuer), um alle heute von einer hochwertigen Primärversorgung zu erbringenden Leistungen sicherstellen zu können. In der Hausarztpraxis der Zukunft muss daher eine Neubewertung bestimmter Leistungen – vor allem in den Bereichen (Sekundär-)Prävention, Patientenaktivierung, Patientenzentriertheit, Routinemonitoring – erfolgen, die in der Folge eine stärkere Umstrukturierung der Prozesse und Arbeitsteilung im Praxisteam nach sich ziehen wird. Die hier vorgeschlagenen Veränderungen hausärztlicher Primärversorgung sind insofern auch als Beitrag zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen in einer Gesellschaft des längeren Lebens gedacht. Welche der hier exemplarisch dargestellten Modelle (z. B. AGnES, MoPra oder VERAH) sich letztlich durchsetzen, sollte von regionalen Erfordernissen sowie den Ergebnissen der begleitenden Evaluation abhängig gemacht werden. Entsprechende Kooperationen sollten nicht auf die Delegation von Hausbesuchen und nicht auf unterversorgte Gebiete beschränkt werden, sondern die gesamte Gestaltung hausärztlicher Versorgung innerhalb der Praxen betreffen.

Managed Care

1123. Die Analyse des Integrationsgrades der gesundheitlichen Leistungserstellung nach Integrationstiefe und -breite zeigt ein Spektrum, das von der auf eine Indikation bezogenen, sektorspezifischen bis zur sektor- und indikationsübergreifenden Versorgung reicht, die eine ganze Versichertenpopulation umfasst. Die Organisations- und Finanzierungsform, die diesem höchsten Integrationsgrad entspricht, setzt die Idee und die Intention von Managed Care am vollkommensten um. Die gängigen Definitionen dieses Begriffes weisen Kriterien auf, die für die Argumentation des vorliegenden Gutachtens in interne Finanzierung, erklärte Ziele, sowie Strukturen und Instrumente unterteilt und nach ihrer Wichtigkeit priorisiert werden. Als das führende Kriterium wird die Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion angesehen, gefolgt von der prospektiven pauschalierten Finanzierung (Capitation). Die abgeleitete Definition lautet:

Als Managed Care wird ein Versorgungssystem bezeichnet, das die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß zusammenfasst. Dabei sieht es ein prospektiv pauschaliertes Finanzierungssystem vor. Managed Care verfolgt die Ziele, Sektoren und Leis-

tungserbringer im Sinne einer regionalen, Outcomeorientierten Gesundheitsversorgung zu integrieren, sowie deren Effizienz u. a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern. In der Umsetzung werden selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern eingesetzt. Die Arztwahl kann in unterschiedlichem Maße eingeschränkt sein, Instrumente wie Gatekeeping, Disease Management, Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien und utilization review kommen in verschiedenen Kombinationen und wechselndem Umfang zur Anwendung.

1124. Die Integration von Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion stellt den entscheidenden Anreiz dar, um die angebotsinduzierte Nachfrage, die den auf Einzelleistungsfinanzierung und Leistungspauschalen beruhenden Finanzierungssystemen innewohnt, zu vermeiden und durch einen auf Prävention und Effizienz zielenden Anreiz zu ersetzen. Dieses Instrument ist eng verbunden mit der prospektiv gestalteten Pauschalierung (Capitation), durch welche die Leistungserbringer am finanziellen Risiko beteiligt werden, wofür die Pauschale zunächst möglichst gut morbiditätsadjustiert und dann entsprechend an die Leistungserbringer weitergeleitet wird. Auf diese Weise kann zunächst eine deutliche Senkung der Kosten für die Krankenhausbehandlung resultieren, es wird aber ebenso ein deutlich höherer Organisationsgrad der ambulanten Leistungserbringung (z. B. Gruppenpraxen, regionale Verbände) erforderlich. Freilich erhält dieser Ansatz aus sich selbst heraus keinen ökonomischen Anreiz für eine vollständige und sorgfältige Versorgung. Aus diesem Grund gewinnen Qualitätssicherung, Transparenz und die Stärkung von Patientenrechten eine besondere Bedeutung.

Instrumente und Auswirkungen von Managed Care

1125. Bei Capitation handelt es sich um ein prospektives Vergütungssystem, bei dem die Krankenkassen durch eine Pauschale, die unabhängig von der späteren tatsächlichen Inanspruchnahme und unabhängig von Patientenkontakt sowie Erkrankungen ex ante entrichtet wird, das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer übertragen. Nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Produktion, Moral Hazard und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren, gehen von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer über. Der Grad der Verlagerung des finanziellen Risikos, der von den verschiedenen Varianten von Capitation ausgeht, nimmt mit dem Personenkreis, auf den sich die pauschalierte Vergütung erstreckt (bis hin zur Gesamtheit der Versicherten der betreffenden Region) sowie mit dem Art und Umfang der einbezogenen Leistungen (bis zur Gesamtheit aller im Vertragszeitraum anfallenden Leistungen) zu.

1126. In der konkreten Umsetzung können Kostenträger bzw. Managed Care-Organisationen und Leistungserbringer u. a. folgende Instrumente einsetzen und erproben:

- Cost Sharing-Verträge: Capitation für definierte Leistungen einer Behandlungsart, die sich von einem Patienten, der diese Leistungen in Anspruch nimmt, bis zu allen Versicherten der Krankenkassen in der betreffenden Region erstreckt. Für die Leistungserbringer verbessert die kalkulatorische Informationsbasis sowie die Größe der eingbezogenen Versicherten die Risiko-neutralität. Cost Sharing fordert eine Mindestgröße der Leistungserbringer und fördert Konzentrationsprozesse.
- Diagnosis Related Groups (DRGs): die Capitation für einen erbrachten Fall verlagert das finanzielle Risiko pro individuellem Fall, nicht aber das Risiko für die Gesamtzahl der Fälle, auf den Leistungserbringer. Dies gilt zumindest für DRGs, die im Gegensatz zu den deutschen G-DRGs keine einzelfall- und prozedurenbezogene Vergütungselemente aufweisen. Bei Einbeziehung aller Versicherten einer Krankenkasse im Rahmen eines Budgets besitzen die Leistungserbringer keinerlei Interesse mehr an einer Ausweitung der Fälle. Die Kalkulation einer Jahrespauschale pro diagnostiziertem Fall für alle Versicherten einer Krankenkasse stellt hohe Anforderungen an eine valide Informationsbasis hinsichtlich der Morbiditätsstruktur.
- Risk-Sharing: Im Sinne eines *payment by results* garantieren outcomeorientierte Verträge dem Kostenträger eine bestimmte therapeutische Wirkung der Behandlung bzw. des Produktes zu und bieten sich vor allem dann an, wenn beim Kostenträger Unsicherheit über den therapeutischen (Zusatz-)Nutzens einer Behandlung oder eines Arzneimittels herrscht und der Leistungserbringer die Chance sieht, die proklamierten Effekte nachzuweisen. Die Krankenkasse sichert sich ex ante gegenüber den finanziellen Konsequenzen ab, die aus einer Therapie mit unzureichender therapeutischer Wirkung resultieren.
- Umfassende Capitation bezieht alle anfallenden Leistungen für alle (eingeschriebenen) Versicherten in die vereinbarte prospektive Pauschale ein (Capitation im engeren Sinne). Es bedarf einer morbiditätsorientierten Bereinigung der kollektiven Budgets, die sich an den Normkostenprofilen des neuen, stärker morbiditätsorientierten RSA orientieren und dabei etwaige regionale Besonderheiten durch Zu- oder Abschläge berücksichtigen kann. Dem integrierten Versorgungsnetz, das auf einer selektiven Vertragsgestaltung basiert, soll für die Kalkulation jene finanziellen Mittel zukommen, die seine eingeschriebenen Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten, herkömmlichen Versorgung beansprucht hätten. Zu- und Abschläge von den RSA-Normkostenprofilen bieten sich bei selektiven Verträgen in über- bzw. unterdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen an.

1127. Auf der Systemebene erscheint die Zusammenführung der Finanzierung und Leistungserbringung notwendig, um die Anreize für eine regional und über die Generationen koordinierte Versorgung zu fördern. Der für das vorliegende Sondergutachten durchgeführte systematische Review an 107 kontrollierten Studien erbrachte

keine eindeutige Tendenz zu einer Verbesserung oder zu einer Verschlechterung der Qualität der Versorgung durch Managed Care. Programme, die auf definierte Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder, weibliche Versicherte) oder auf Versicherungsgruppen mit niedrigem sozialen Status (Medicaid-Versicherung) ausgerichtet sind, wiesen sogar recht gute Erfolge auf. Die Mehrzahl der Studien zur Versorgung von älteren Versicherten und chronisch Kranken zeigt eine bessere oder gleichbleibende Qualität der Versorgung unter Managed Care. Die negativen Studien zu diesen beiden Gruppen, die im Rahmen des systematischen Reviews identifiziert werden konnten, sind methodisch den Studien mit positiven Endpunkten eher unterlegen, weisen häufiger Einzelendpunkte auf oder sind in wenig integrierten Managed Care-Programmen und dafür seltener in HMOs durchgeführt worden. Die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit sind gemischt, für Endpunkte aus dem Bereich der Prävention zeigen sich positive Auswirkungen auf die Qualität. Kosteneinsparungen standen in dem Review nicht im Vordergrund. Limitationen des Reviews liegen in erster Linie in der Tatsache, dass in dem Review Studien und nicht Patienten untersucht wurden, dass bei komplexen Endpunkten über die zugrundeliegenden einzelnen Endpunkte keine Aussage gemacht werden konnte, und in der Frage der Übertragbarkeit der Studien aus den USA auf das deutsche Gesundheitswesen.

1128. Der Sachverständigenrat hat einen systematischen Review zur Rolle des Gatekeepings durch Haus-/Primärärzte als Instrument zur Gewährleistung eines koordinierten und sektorübergreifenden Behandlungsablaufs durchführen lassen. Der Zugang zu der spezialisierten Versorgung erfolgt dabei nach Überweisung des primärärztlichen Leistungserbringers. Neben der Qualitätssteigerung durch Optimierung der Behandlungsabläufe stand der Aspekt Kostensenkung bzw. der Verbesserung der Kosteneffektivität durch Steuerung der Leistungserstellung im Vordergrund. Die Effekte von Gatekeeping durch Hausärzte wurden im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs zu spezialisierter gesundheitlicher Versorgung untersucht.

1129. Der Großteil der zwischen 1989 und 2007 veröffentlichten Studien (rund 70 %) untersuchte Gatekeeping in den USA, die restlichen in der Schweiz, in Schottland, Dänemark und den Niederlanden. Bei rund der Hälfte der Studien lag ein für die Fragstellung dieses Reviews gut geeignetes Studiendesign vor, aber nur rund 10 % der Studien wiesen eine gute Durchführungs- und Publikationsqualität auf. Bei keiner der eingeschlossenen Studien war es mit Sicherheit möglich, die Effekte des Gatekeeping von anderen Faktoren der Versorgungsmodelle bzw. der Gesundheitssysteme zu isolieren. Die vorliegende Evidenz gibt Hinweise, dass keine Unterschiede in den Gesundheitsergebnissen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und freiem Zugang bestehen. Es gibt Hinweise auf eine geringere Zufriedenheit der Patienten in Gatekeeping-Modellen mit zusätzlichen finanziellen Steuerungskomponenten für Primärärzte bzw. Patienten und/oder Registrierungspflicht beim Hausarzt im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs. Es gibt außer-

dem Anhalt dafür, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt, vor allem wenn Gatekeeping mit finanziellen Steuerungskomponenten und einer Registrierungspflicht beim Gatekeeper kombiniert wird. Die Richtung der Effekte zu anderen Parametern für die Nutzung spezialisierter Leistungen ist in den Studien uneinheitlich (Krankenhaus, Notaufnahme, Arzneimittel, diagnostische Leistungen) oder zeigte keinen Unterschied (Verweildauer im Krankenhaus), erneut bei schwacher Evidenzgrundlage. Die Empfehlung des Rates geht auf der Basis dieser Erkenntnisse in die Richtung einer kontextbezogenen Anwendung eines Gatekeeping, es wird nicht als alleine wirksames Instrument ohne gleichzeitige Veränderung anderer Strukturparameter angesehen.

Optionen von Managed Care für eine generationenspezifische Versorgung

1130. Der Paradigmenwechsel, der zur Bewältigung der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität in einer alternden Bevölkerung notwendig ist, beruht in erster Linie auf der dezentralen Übertragung der Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortung auf regional aufgestellte Institutionen, die Prävention und Gesundheitsversorgung umfassend und populationsbezogen anbieten. Diese international als Managed Care zu klassifizierende Option hat als stärkstes Argument die Aufhebung der sektoralen Trennung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer auf ihrer Seite, die auch durch die integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V in der bisherigen Praxis noch nicht geleistet werden konnte, obwohl die gesetzlichen Regelungen durchaus weitergehende Perspektiven eröffnen (s. Unterkapitel 6.5). Die Konkurrenz der Sektoren hat in der letzten Zeit durch die DRG-Finanzierung im stationären Sektor sogar noch zusätzlichen Auftrieb erhalten. Ohne die Einführung der DRGs wäre die für die Weiterentwicklung des Systems notwendige Transparenz allerdings nicht herzustellen; andererseits verstärkt das DRG-System die Koordinationsdefizite durch Risikoselektion und sektorbezogenen Anreiz zur Steigerung der Fallzahlen. Es lassen sich derzeit in Deutschland drei Akteure identifizieren, die eine aktive Rolle in der Umsetzung des Managed Care-Konzeptes spielen:

- große Krankenhausträger,
- Krankenversicherungen und
- unterschiedlich organisierte Vereinigungen ambulant tätiger Ärzte („Ärztetnetze“), evtl. zusammen mit Krankenhäusern.

Auch in anderen Gesundheitssystemen konnten die *network organizer* im Vergleich zur traditionellen Organisation eine bessere Koordination in Aussicht stellen.

1131. Eine eingehende Diskussion der folgenden konzeptionellen Fragen kann helfen, in Deutschland eine Situation wie in den USA Mitte der 1990er Jahre zu vermeiden, als die Qualität der Gesundheitsversorgung ins-

gesamt durch Zweifel an der Qualität der Versorgung durch Managed Care in Misskredit gekommen war. In erster Linie lassen sich folgende Entwicklungsoptionen unterscheiden:

- Option 1: Managed Care als durchgängiges Grundmuster
- Option 2: Managed Care nur unter den Bedingungen
 - Option 2a: einer strukturellen Anpassung oder Einschränkung des Managed Care-Konzeptes mit dem Ziel der Eindämmung der negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität,
 - Option 2b: zusätzlicher, außerhalb der Umsetzung von Managed Care liegender und weiterführender Konzepte zur „Einbettung“ von Managed Care,
- Option 3: Wegen möglicher negativer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung wird von Managed Care abgeraten.
- Option 4: Managed Care wird unabhängig von den Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung wegen notwendiger Einsparungen im Gesundheitswesen eingeführt.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des systematischen Reviews zur Qualität der Versorgung unter Managed Care erscheint es sinnvoll, bestimmte Managed Care-Elemente unter definierten Voraussetzungen und eingebettet in andere Konzepte zu erproben. Gleichzeitig stehen sie auch in Konkurrenz zu anderen Finanzierungs- und Vergütungssystemen (z. B. Einzelleistungsvergütung oder sektorale Fallpauschalierung wie DRG). Im einzelnen erscheint Option 2b in Zusammenhang mit Option 2a ein möglicherweise zielführender Ansatzpunkt.²⁰² Auch sollten mehrere aus unterschiedlicher Perspektive handelnde Träger (Krankenhausträger, Krankenkassen, Ärztenetze u. a.) zugelassen werden, um letztendlich die besten Modelle zu identifizieren.

1132. Um die Diskussion weiter zu strukturieren und auch um mittelfristig entsprechende Untersuchungen zur Evaluation durchführen zu können, erscheint für das deutsche System die folgende Systematik der verschiedenen Managed Care-Konzepte sinnvoll:

- Typ 1: direkte Anstellung der ambulant tätigen Ärzte bei den Managed Care-Trägern, Krankenhäuser im Besitz der Träger (1a) oder selbständig (1b);
- Typ 2: Ärztenetze und Krankenhäuser kontrahieren frei mit Managed Care-Organisationen, sind jedoch als Leistungserbringer einer Capitation unterworfen;
- Typ 3: frei kontrahierende Ärztenetze und Krankenhäuser sind nicht direkt einer Capitation unterworfen,

²⁰² Ob die Entwicklung der öffentlichen Finanzen dazu zwingt, Managed Care-Konzepte ausschließlich zu Zwecken der finanziellen Bewältigung der zukünftigen, durch die Wirtschaftskrise bedingten Anforderungen ungeachtet eventueller Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung einzuführen, liegt ausserhalb des Fokus des Sondergutachtens.

sondern mit anderen Methoden am finanziellen Risiko der fallpauschalierten Vergütung des Managed Care-Trägers beteiligt (z. B. über *pay for performance*).

1133. Vor dem Hintergrund des systematischen Reviews zu den Auswirkungen von Managed Care auf die Qualität der Versorgung werden acht Thesen diskutiert, die relevante Fragen zur Managed Care-Einführung betreffen. Die ersten drei Thesen sowie These 8 im Abschnitt 7.7.3.4 erscheinen zunächst unproblematisch. Es ist sicherlich sinnvoll, Managed Care-Elemente in Konkurrenz zu anderen Finanzierungssystemen einzuführen (These 1). Ebenso erscheint es nicht strittig, dass man für Managed Care-ähnliche Konzepte mehrere aus unterschiedlicher Perspektive handelnde Träger (Krankenhausträger, Krankenkassen, Ärztenetze u. a.) zulassen sollte, um letztendlich die besten Modelle zu identifizieren. Etwas schwieriger ist die Frage, welcher Typ eines Managed Care-Programmes im Vordergrund der Umsetzung stehen sollte, aber wahrscheinlich wird die direkte Anstellung von ambulant tätigen Ärzten beim Träger des Managed Care-Programms (Typ 1) eher die Ausnahme bleiben, man wird PPO-ähnlichen Strukturen (Typ 2 und 3) den Vorzug geben. These 8 weist auf die besondere Bedeutung der Restrukturierung der fachärztlichen Sekundärversorgung in Abstimmung von ambulant und am Krankenhaus erbrachter Leistung hin und führt aus, dass eine Stärkung der primärärztlichen Versorgung nur vor dem Hintergrund einer Lösung in diesem Bereich möglich ist (Unterkapitel 8.2 und 8.5).

1134. Schwieriger sind die Thesen 4 bis 7. Dass Managed Care-Programme einen Anreiz zur Risikoselektion aufweisen (These 4), liegt in ihrer Struktur begründet und ist hinreichend bekannt (7.7.3). Die hauptsächliche Frage besteht darin, wie diese Risikoselektion vermieden oder zumindest begrenzt werden kann. Wie in Abschnitt (7.7.3) angeführt, wäre ein morbiditätsadjustierter Risikostrukturausgleich nach den Regelungen des morbi-RSA der Krankenkassen denkbar. Zusätzlich sollten Mindestgrößen für die Versichertenanzahl in den Programmen diskutiert werden, da damit eine breitere Streuung der Risiken möglich wird (Berwick 1996). Auch kann ein Hochrisiko-Pool geschaffen werden, der definierte Erkrankungen mit Extremkosten abdeckt. Außerdem spielt der Integrationsgrad von Versicherung und Leistungserbringung eine Rolle, denn je mehr ein Arzt aus der Versicherungsperspektive handelt, um so mehr wird er z. B. eine Vorenthaltung von Leistungen in Betracht ziehen. Dieser letzte Punkt betrifft also auch These 3.

1135. Der in diesem Gutachten vorgelegte Review zum Zusammenhang von Managed Care und Versorgungsqualität zeigt, dass es zumindest eine ganze Reihe von Studien gibt, die Managed Care mit einer Qualitätsverschlechterung in Verbindung bringen. Wenngleich es sich dabei nicht um die Mehrzahl der Studien handelt – eine gleich große Zahl von Studien sieht positive Effekte – erscheint es doch angebracht, über gezielte Maßnahmen zur Vermeidung von Qualitätsverschlechterungen nachzudenken. In erster Linie ist dabei an die Entwicklung von *area*-Indikatoren zu denken, die die bislang in Deutschland vorherrschenden leistungserbringerbezogenen Indikatoren (*provider-indicators*) ergänzen (s. GA 2007, Zif-

fer 501), an den Ausbau von Indikatoren, die den Zugang zu Leistungen auf allen Ebenen beschreiben (zur Thematik *access*-Indikator s. GA 2007, Ziffer 491ff.) und an die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die die Versorgung von Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen mehr in den Vordergrund stellen als es bislang in Deutschland der Fall ist.

1136. Die positiven Auswirkungen von Managed Care auf die Prävention konnte im vorliegenden Review unterstützt werden (These 6). Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass insbesondere bei kurzen Kündigungszeiten und hoher Wechseltendenz zwischen den Programmen oder zwischen Managed Care-Programmen und anderen Versicherungsformen der Anreiz der Programme, in Prävention zu investieren, gegen null geht. Es muss daher in Deutschland über mittelfristige Kündigungsfristen in Verbindung mit anderen Anreizsystemen, die das längerfristige Verbleiben in den Programmen unterstützt, nachgedacht werden. In erster Linie kommen hier Bonussysteme und nach Versicherungsdauer gestaffelte Leistungen in Frage.

1137. Von besonderer Tragweite und auch ordnungspolitisch schwer zu handhaben ist die Versorgung ländlicher Gebiete bzw. auf einer allgemeineren Ebene die Aufrechterhaltung regional differenzierter Angebote (These 7). Einerseits sind dünn besiedelte ländliche Gebiete für Managed Care-Programme nicht sehr attraktiv, da die Größe der Programme unterhalb einer kritischen Grenze zu bleiben droht, andererseits drohen Monopolstrukturen mit möglicher Verschlechterung der Versorgung der eingeschriebenen Versicherten. Mittels Indikatoren zur *access*-Problematik lässt sich hier gegensteuern, die Frage ist aber, ob Monopolstrukturen grundsätzlich vermieden werden können. Zu diskutieren wäre, ob es hier zu Sicherstellungszuschlägen unter Umständen in Verbindung mit regelmäßigen Ausschreibungsverfahren kommen kann, ähnlich wie es hinsichtlich der Sicherstellungszuschläge in der Krankenhausversorgung der Fall ist. In jedem Fall sollte in der Diskussion dieser Fragen nicht außer acht gelassen werden, dass die Einführung von Managed Care immer auch die Möglichkeit ergibt, strukturelle Finanzierungsinstrumente zusätzlich einzuführen oder zu integrieren (Berwick 1996).

7.9 Literatur

Adams, C. E., Kramer, S. und Wilson, M. (1995): Home health quality outcomes. Fee-for-service versus health maintenance organization enrollees. *Journal of Nursing Administration* 25(11): 39–45.

Adolph, V. R. und Falterman, K. W. (1996): Appendicitis in children in the managed care era. *Journal of Pediatric Surgery* 31(8): 1035–1037.

AHRQ: Inpatient Quality Indicators Version 3.1. www.qualityindicators.ahrq.gov/iqi_download.htm, Stand 22.05.07.

Aitken, M. E., Warden, C. R. und Critchlow, C. W. (1997): The effect of health maintenance organization vs. commercial insurance status on obstetrical management and outcome. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 151(11): 1104–1108.

- Alessandrini, E. A., Shaw, K. N., Bilker, W. B., Perry, K. A., Baker, M. D. und Schwarz, D. F. (2001a): Effects of Medicaid managed care on health care use: infant emergency department and ambulatory services. *Pediatrics* 108(1): 103–110.
- Alessandrini, E. A., Shaw, K. N., Bilker, W. B., Schwarz, D. F. und Bell, L. M. (2001b): Effects of Medicaid managed care on quality: childhood immunizations. *Pediatrics* 107(6): 1335–1342.
- Alpert, J. S. (2000): Medical Refugees in America. *Archives of Internal Medicine* 160: 417–418.
- Alterman, A. I., Randall, M. und McLellan, A. T. (2000): Comparison of outcomes by gender and for fee-for-service versus managed care: a study of nine community programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19(2): 127–134.
- Amelung, V.E. (2007): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement* (4. Auflage), Wiesbaden.
- Amelung, V. E. und Schumacher, H. (1999): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, Wiesbaden.
- Anderson, S. und Cave, D. (1996): The gatekeeper effect on managing acute medical conditions. *Medical Interface* 9(9): 122–129.
- Angelelli, J. J., Wilber, K. H. und Myrtle, R. (2000): A comparison of skilled nursing facility rehabilitation treatment and outcomes under Medicare managed care and Medicare fee-for-service reimbursement. *The Gerontologist* 40(6): 646–653.
- Angus, D. C., Linde-Zwirble, W. T., Sirio, C. A., Rotondi, A. J., Chelluri, L., Newbold, R. C., Lave, J. H. und Pinsky, M. R. (1996): The effect of managed care on ICU length of stay. *JAMA* 276(13): 1075–1082.
- AOK Baden-Württemberg, HÄVG eG und Medi-Verband Dienstleistungs GmbH (2008): *Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG*, 08.05.2008.
- Asch, S. M., Kerr, E. A., Keesey, J., Adams, J. L., Setodji, C. L., Malik, S. und McGlynn, E. A. (2006): Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care? *The New England Journal of Medicine* 354: 1147–1156.
- Asch, S. M., Sloss, E. M., Hogan, C., Brook, R. H. und Kravitz, R. L. (2000): Measuring Underuse of Necessary Care Among Elderly Medicare Beneficiaries Using Inpatient and Outpatient Claims. *JAMA*. 284: 2325–2333.
- Ashton, C. M., Soucek, J., Petersen, N. J., Menke, T. J., Collins, T. C., Kizer, K. W., Wright, S. M. und Wray, N. P. (2003): Hospital Use and Survival among Veterans Affairs Beneficiaries. *The New England Journal of Medicine* 349: 1637–46.
- Ayanian, J. Z. (2009): The Elusive Quest for Quality and Cost Savings in the Medicare Program. *JAMA* 301: 668–70.
- ÄZ (Ärzte Zeitung) (2008a): Hausärzterverband will mehr Mitsprache bei Agnes-Debatte. *Ärzte Zeitung* vom 02.12.2008.
- ÄZ (Ärzte Zeitung) (2008b): Schwester Agnes erhält gute Noten aus Wissenschaft und Politik. *Ärzte Zeitung* vom 21.10.2008.
- ÄZ (Ärzte Zeitung) (2008c): Schwester AGNES: Von der Ostsee in die Republik. *Ärzte Zeitung* vom 05.09.2008.
- ÄZ (Ärzte Zeitung) (2008d): Auch GEK will Einsatz der Mopras testen. *Ärzte Zeitung* vom 24.07.2008.
- Backus, L. I. und Bindman, A. B. (2001): Low-income Californians' experiences with health insurance and managed care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 12(4): 446–460.
- Bartman, B. (1996): Women's Access to Appropriate Providers within Managed Care: Implications for the Quality of Primary Care. *Women's Health Issues* 6: 45–50.
- Barton, M. B., Dayhoff, D. A., Soumerai, S. B., Rosenbach, M. L. und Fletcher, R. H. (2001): Measuring access to effective care among elderly Medicare enrollees in Managed and Fee-for-Service Care: a retrospective cohort study. *Biological Medicine Central Health Services Research* 1(1): 11–19.
- Basu, J. und Mobley, L. R. (2007): Do HMOs reduce preventable hospitalizations for Medicare beneficiaries. *Medical Care Research and Review* 64(5): 544–567.
- Basu, J., Friedman, B. und Burstin, H. (2006): Preventable hospitalization and Medicaid managed care: does race matter. *Journal of Health and Care for the Poor and Underserved* 17(1): 101–115.
- Baumann, M. (2006): *Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung Beiträge zur effizienten Leistungserbringung im Gesundheitswesen? Eine institutionen-ökonomische Analyse*, Bayreuth.
- Beal, A. (2007): *Closing the divide: how medical homes promote equity in health care*. Commonwealth Fund, New York.
- Beatty, P. W. und Dhont, K. R. (2001): Medicare health maintenance organizations and traditional coverage: perceptions of health care among beneficiaries with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82(8): 1009–1017.
- Beauvais, B. und Wells, R. (2006): *Does Money Really Matter? A Review of the Literature on the Relationships between Healthcare Organization Finances and Quality*. Hosp. Topics 84: 20–28.
- Bellagio Primary Care Conference (2008): www.hpm.org/en/Events.
- Berwick, D.M. (1996): Payment by Capitation and the Quality of Care. *The New England Journal of Medicine* 335: 1227–1231.

- Bienstock, J. I., Blakernore, K. J., Wang, E., Presser, D., Misra, D. und Pressman, E. K. (1997): Managed care does not lower costs but may result in poorer outcomes for patients with gestational diabetes. *American journal of obstetrics and gynecology* 177(5): 1035–1037.
- Blendon, R. J., Donelan, K., Hill, C. A., Hoffman, C., Rowland, D., Frankel, M. und Altman, D. (1996): Whatever happened to the health insurance crisis in the United States? Voices from a national survey. *JAMA* 276(16): 1346–1350.
- Blendon, R. J., Brodie, M., Benson, J. M., Altman, D. E., Lewitt, L., Hoff, T. und Hugick, L. (1998): Understanding the Managed Care Backlash. *Health Affairs* 17 (4): 80–93.
- Blendon, R. J., Brodie, M., Benson, J. M., Altman, D. E., Lewitt, L., Born, P. H. und Simon, C. J. (2001): Patients and Profits: The Relationship between HMO Financial Performance and Quality of Care. *Health Affairs* 20(2): 167–174.
- Bodenheimer, T. (2007): A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA* 298: 2048–2055.
- Bodenheimer, T. (2008a): Transforming practice. *The New England Journal of Medicine* 359: 2086–2089.
- Bodenheimer, T. (2008b): Coordinating care – a perilous journey through the health care system. *The New England Journal of Medicine* 358: 1064–1071.
- Bodenheimer, T. und Grumbach, K. (2007): Improving primary care: strategies and tools for a better practice. *Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York*.
- Bodenheimer, T., Chen, E. und Bennet, H. D. (2009): Confronting the Growing Burden of Chronic Disease: Can the U.S. Health Care Workforce Do the Job? *Health Affairs* 28(1): 64–74.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. und Grumbach, K. (2002): Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288: 1775–1779.
- Born, P. H. und Simon, C. J. (2001): Patients and Profits: The Relationship Between HMO Financial Performance and Quality of Care. In: *Health Affairs* 20(2): 167–174.
- Bradbury, R. C., Golec, J. H. und Stearns, F. E. (1991): Research Notes and Data Trends. Comparing Hospital Length of Stay in Independent Practice Association HMOs and Traditional Insurance Programs. *Inquiry* 28: 87–93.
- Bratton, S. L., Roberts, J. S., Watson, R. S. und Cabana, M. D. (2002): Acute severe asthma: Outcome and Medicaid insurance. *Pediatric Critical Care Medicine* 3(3): 234–238.
- Braveman, P., Schaaf, M. V., Egerter, S., Bennett, T. und Schechter, W. (1994): Insurance-related differences in the risk of ruptured appendix. *The New England Journal of Medicine* 331(7): 444–449.
- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2005): *Gesundheitsökonomik* (5. Auflage), Berlin.
- Briss, P. A. et al. (2000): Developing an evidence-based guide to community preventive services – methods. *Am J Prev Med* 2000 18(Suppl 1): 35–43.
- Brown, R. S., Clement, D. G., Hill, J. W., Retchin, S. M. und Bergeron, J. W. (1993): Do Health Maintenance Organizations Work for Medicare? Medicare and Medicaid Managed Care: Issues and Evidence. *Health Care Financing Review, Centers of Medicare and Medicaid Services, Fall 7–23*.
- Burton, L. C., Weiner, J. P., Folkemer, J., Kasper, J., German, P. S. und Stevens, G.D. (2001): Satisfaction with health care of dually eligible older beneficiaries. *Health Care Financing Review* 22(4): 175–178.
- Busse, R. (2004): Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. A Gordian solution to the adverse selection of chronically ill people in competitive markets? *Health Affairs* 23: 56–57.
- Carande-Kulis, W.G., Maciosek, M. V. und Briss, P. A. (2000): Methods for systematic reviews of economic evaluations for the Guide to Community Preventive Services. *Am J Prev Med.* 18(1S): 75–91.
- Carey, T. S., Weis, K. und Homer, C. (1991): Prepaid versus traditional Medicaid plans: lack of effect on pregnancy outcomes and prenatal care. *Health Services Research* 26(2): 165–181.
- Carlisle, D. M., Siu, A. L., Keeler, E. B., McGlynn, E. A., Kahn, K. L., Rubenstein, L. V. und Brook, R. H. (1992): HMO vs Fee-for-Service Care of Older Persons with Acute Myocardial Infarction. *American Journal of Public Health* 82(12): 1626–1630.
- Catalano, R., Libby, A., Snowden, L. und Cuellar Evans, A. (2000): The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience. *American Journal of Public Health* 90(12): 1861–1865.
- Clement, D. G., Retchin, S. M., Brown, R. S. und Stegall, M. H. (1994): Access and outcomes of elderly patients enrolled in managed care. *Journal of the American Medical Association* 271(19): 1487–1492.
- Cochrane Collaboration (2008), www.cochrane.org/docs/ebm.htm (Stand 15.12.2008).
- Coleman, E. A., Kramer, A. M., Kowalsky, J. C., Eckhoff, D., Lin, M., Hester, E. J., Morgenstern, N. und Steiner, J. F. (2000): A comparison of functional outcomes after hip fracture in group/staff HMOs and fee-for-service systems. *Effective Clinical Practice* 3(5): 229–239.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. und Wagner, E. H. (2009): Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs* 28 (1): 75–85.
- Coughlin, T. und Long, S. K. (2000): Effects of Medicaid managed care on adults. *Medical Care* 38(4): 433–446.

- CRD (Centre for Reviews and Dissemination) (2009): Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews, www.york.ac.uk/inst/crd/report4.htm (Stand 18.01.2009).
- Dalen, J. E. (2000): Health Care in America. The Good, the Bad, and the Ugly. *Arch. Intern. Med.* 160: 2573–2576.
- Davies, A. R., Ware, J. E. Jr., Brook, R. H., Peterson, J. R. und Newhouse, J. P. (1986): Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service medical care: results from a randomized controlled trial. *Health Services Research* 21(3): 429–452.
- Deck, D. D., McFarland, B. H., Titus, J. M., Laws, K. E. und Gabriel, R. M. (2000): Access to substance abuse treatment services under the Oregon Health Plan. *Journal of the American Medical Association* 284(16): 2093–2099.
- Decker, S. L., Schappert, S. M. und Sisk, J. E. (2009): Use of Medical Care for Chronic Con-ditions. *Health Affairs* 28 (1): 26–35.
- Dellana, S. A. und Glascoff, D. W. (2001): The impact of health insurance plan type on satisfaction with health care. *Health Care Manage Review* 26(2): 33–46.
- Dentzel, S. (2009): Reform Chronic Illness Care? Yes We Can. *Health Affairs* 28 (1), 2009, 12–13.
- Deutscher Hausärzterverband (2009): 200 Stunden-Curriculum für die Qualifikation „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“: www.hausaerzterverband.de/cms/Qualifikation-Versorgungsassistentin.250.0.html (Stand 01.01.2009).
- Dictionary of Health Services Management (2. Auflage), auch MeSH-Term der National Library of Medicine (2008), www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=mesh&list_uids=68002908&dopt=Full (Stand 22.12.2008).
- Doig, G. S., Simpson, F., Finfer, S., Delaney, A., Davies, A. R., Mitchell, I. und Dobb, G., for the Nutrition Guidelines Investigators of the ANZICS Clinical Trial Group (2008): Effect of Evidence-Based Feeding Guidelines on Mortality of Critically Ill Adults. *JAMA* 300: 2731–41.
- Draper, D. A., Hurley, R. E., Lesser, C. S. und Strunk, B. C. (2002): The Changing Face of Managed Care. *Health Affairs* 21 (1): 11–23.
- Dudley, R. A. (2001): Managed Care in Transition. *N. Engl. J. Med.* 344: 1984–1992.
- Einicke, R. (2007): Das Konzept der Gemeindeschwester – eine Möglichkeit zur Sicherung der medizinischen Grundversorgung in den ländlichen Regionen Sachsen-Anhalts. Diplomarbeit zum Erlangung des Titels Diplom-Gesundheitswirt (FH) am Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Fachrichtung Gesundheitsförderung/ und -management der Fachhochschule Magdeburg.
- Ellwood, P. M. (1971): Health Maintenance Organizations, Concepts and Strategy. *Hospitals* 45: 53–56.
- Ellwood, P. M. (1988): Shattuck Lecture Outcome Management: A Technology of Patient Experience. *N. Engl. J. Med.* 318: 1549–1556.
- Epstein, A. M., Begg, C. B. und McNeil, B. J. (1986): The use of ambulatory testing in prepaid and fee-for-service group practices. *The New England Journal of Medicine* 314(17): 1089–1094.
- Escarce, J. J., Kapur, K., Joyce, G. F. und Van Vorst, K. A. (2001): Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements. *Health Serv Res* 36(6 Pt 1): 1037–1057.
- Escarce, J. J., van Horn, R. L., Pauly, M. V., Williams, S. V., Chen, S. und Chen, W. (1999): Health maintenance organizations and hospital quality for coronary artery bypass surgery. *Medical Care Research and Review* 56(3): 340–362, 363–372.
- Etter, J. F. und Perneger, T. V. (1998): Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *J Epidemiol Community Health* 52(6): 370–376.
- Etter, J. F. und Perneger, T. V. (1997): Introducing managed care in Switzerland: impact on use of health services. *Public Health* 111(6): 417–422.
- Ettner, S. L., Denmead, G., Dilonardo, J., Cao, H. und Belanger, A. J. (2003): The impact of managed care on the substance abuse treatment patterns and outcomes of Medicaid beneficiaries: Maryland's HealthChoice program. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 30(1): 41–62.
- Evans, R. S., Pestotnik, S. L., Classen, D. C., Clemmer, T. P., Weaver, L. K., Orme, J. F., Llyod, J. F. und Burke, J. P. (1998): A Computer-Assisted Management Program for Antibiotics and Other Antiinfective Agents. *N. Engl. J. Med.* 338: 232–238.
- Ferris, T. G., Chang, Y., Blumenthal, D. und Pearson, S. D. (2001a): Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 345(18): 1312–1317.
- Ferris, T. G., Chang, Y., Perrin, J. M., Blumenthal, D. und Pearson, S. D. (2002): Effects of removing gatekeeping on specialist utilization by children in a health maintenance organization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156(6): 574–579.
- Ferris, T. G., Perrin, J. M., Manganello, J. A., Chang, Y., Causino, N. und Blumenthal, D. (2001b): Switching to gate-keeping: changes in expenditures and utilization for children. *Pediatrics* 108(2): 283–290.
- Fiscella, K., Franks, P., Gold, M. R. und Clancy, C. M. (2000): Inequality in Quality. Addressing Socioeconomic, Racial, and Ethnic Disparities in Health Care. *JAMA* 283: 2579–2584.

- Fleßa, S. und Wendler, L. (2008): Praxisnetze in Deutschland. Aktuelle Übersicht und Strukturmerkmale ausgewählter Praxisnetze, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 13. Jg., Heft 3: 154–159.
- Forrest, C. B., Glade, G. B., Starfield, B., Baker, A. E., Kang, M. und Reid, R. J. (1999): Gatekeeping and referral of children and adolescents to specialty care. *Pediatrics* 104(1 Pt 1): 28–34.
- Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG), Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006.
- Francis, A.M., Polissar, L. und Lorenz, A. B. (1984): Care of patients with colorectal cancer. A comparison of a health maintenance organization and fee-for-services practices. *Medical Care* 22(5): 418–429.
- Frank, M. O., Batteiger, B. E., Sorensen, S. J., Hartstein, A. I., Carr, J. A., McComb, J. S., Clark, C. D., Abel, S. R., Mikuta, J. M. und Jones, R. B. (1997): Decrease in Expenditures and Selected Nosocomial Infections Following Implementation of an Antimicrobial-Prescribing Improvement Program. *Clin. Perform. Qual. Health Care* 5: 180–188.
- Future of Family Medicine Project Leadership Committee (2004): The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2(Suppl 1): 3–32.
- Gan, S. C., Beaver, S. K., Houck, P. M., MacLehose, R. F., Lawson, H. W. und Chan, L. (2000): Treatment of Acute Myocardial Infarction and 30-Day Mortality Among Women and Men. *N. Engl. J. Med.* 343: 8-15.
- Garber, A. M. und McClellan, M. B. (2007): Satisfaction Guaranteed „Payment by Results“, for Biologic Agents, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 357: 1575–1577.
- Gazmararian, J. A. und Koplan, J. P. (1990): Length-of-stay after delivery: managed care versus fee-for-service. Is managed care responsible for the trend toward shorter maternal lengths-of-stay? The answer may surprise you. *Health Affairs* 15(4): 74–80.
- Gensichen, J., Knieps, F. und Schlette, S. (2006): Chronic Care-Modell (deutsche Adaption). Vgl. dazu: Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., de Cornejo, G. M., Beyer, M., Härter, M., Müller, U. A., Angermann, C. E., Gerlach, F. M. und Wagner, E. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100: 365–374.
- Gensichen, J., Peitz, M., Torge, M., Mosig-Frey, J., Wendt-Hermainski, H., Rosemann, T., Gerlach, F. M. und Löwe, B. (2006): Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)“ mit integriertem PHQ-D – Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. *Z. Ärztl Fortbild Qualitäts-sich* 100: 375–382.
- Gerhardus, A., Breckenkamp, J. und Razum, O. (2008): Evidence-Based Public Health. Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Wissenschaft, Werten und Interessen. *Med Klin* 103: 406–412.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Muth, C., Saal, K. und Gensichen, J. (2006a): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Z. ärztl Fortbild Qual Ges wes* 100: 335–343.
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Saal, K., Peitz, M. und Gensichen, J. (2006b): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Z. ärztl Fortbild Qual Ges wes* 100: 345–352.
- Gillies, R. R., Chenok, K. E., Shortell, S. M., Pawlson, G. und Wimbush, J. J. (2006): The Impact of Health Plan Delivery System Organization on Clinical Quality and Patient Satisfaction. *Health Verv. Res.* 41: 1181–1199.
- Gilmore, A. S., Zhao, Y., Kang, N., Ryskina, K. L., Legorreta, A. P., Taira, D. A. und Chung, R. S. (2007): Patient outcomes and evidence-based medicine in a preferred pro-vider organization setting: a six-year evaluation of a physician pay-for-performance program. *Health Res. Educ. Trust.* 42: 2140–59.
- Ginzberg, E. (1999): The Uncertain Future of Managed Care. *N. Engl. J. Med.* 340: 144–146.
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. Beschluß der 81. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 3.7.2008: www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_05.01 (Stand 03.01.2009).
- Gold, M. (1991): Health Maintenance Organizations: Structure, Performance, and Current Issues for Employee Health Benefits Design. *J. Occup. Med.* 33: 288–96.
- Goldzweig, C. L., Mittman, B. S., Carter, G. M., Donyo, T., Brook, R. H., Lee, P. und Mangione, C. M. (1997): Variations in cataract extraction rates in medicare prepaid and fee-for-service settings. *JAMA*, 277(22): 1765–1768.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. und Pedersen, L. (2000): Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215).
- Greenfield, S., Nelson, E. C., Zubkoff, M., Manning, W., Rogers, W., Kravitz, R. L., Keller, A., Tarlov, A. R. und Ware, J. E. (1992): Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 267(12): 1624–1630.

- Grol, R., Grimshaw, J. und Van Weel, C. (2003): From Best Evidence to Best practice: Effective Implementation of Change in Patients' Care. *Lancet* 362(9391): 1225–1230.
- Guadagnoli, E., Landrum, M. B., Peterson, E. A., Gahart, M. T., Ryan, T. J. und McNeil, B. J. (2000): Appropriateness of coronary angiography after myocardial infarction among medicare beneficiaries. *The New England Journal of Medicine* 343(20): 1460–1466.
- Gustin, N. J., Berman, W. H., Hurt, S. W. und Roff, M. (1995): The effect of utilization management on the treatment of schizophrenic inpatients. *American Journal of Medical Quality* 10(3): 138–140.
- Hadley, J. und Mitchell, J. M. (1997): Breast cancer treatment choice and mastectomy length of stay: A comparison of HMO and other privately insured women. *Inquiry* 34: 288–301.
- Hahne, K. (2005): Neue Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GMG. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 10: 111–116.
- Harris, R. P., Helfland, M., Woolf, S. H., Lohr, K. N., Mulrow, C. et al. (2001): Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* (2001): 20(Suppl 3): 21–35.
- Health Council of the Netherlands (2004): *European Primary Care*. The Hague: Health Council of the Netherlands (Publication No. 2004/20E).
- Hellinger, F. J. (1998): The effect of managed care on quality: a review of recent evidence. *Arch Intern Med* 158: 833–841.
- Henke, K.-D. (2007): Mittelaufbringung und Mittelverwendung im Gesundheitswesen. *Med. Klin.* 102: 366–72.
- Hermann, C., Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, F. und Witznath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings, Gesundheits- und Sozialpolitik 5-6: 11–29.
- HMO-Act 1972, United States Code TITLE 42 PUBLIC HEALTH CHAPTER 6A SUBCHAPTER XI HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS § 300e (ff.).
- Hoff, T. und Hugick, L. (1998): Understanding the Managed Care Backlash. *Health Affairs* 17(4): 80–93.
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S. und McFadyen, A. K. (2007): Self referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting: is there a relationship? Results of a national trial. *Physiotherapy* (2006a): (92): 16–25. (Methodik zu Holdsworth 2007).
- Hughes, S. L., Finkel, S., Harter, K., Fulton, B., Edelman, P. und Waters, T. (2003): Evaluation of the managed community care demonstration project. *Journal of the Aging and Health* 15(1): 246–268.
- Hurley, R. E, Freund, D. A. und Gage, B. J. (1991): Gatekeeper effects on patterns of physician use. *J Fam Pract* (1991): 32(2): 167–174.
- Hurley, R. E. Freund, D. A. und Taylor, D. E. (1989): Gatekeeping the emergency department: impact of a Medicaid primary care case management program. *Health Care Manage Rev.* 14(2): 63–71.
- Jacobs, K. und Schulze, S. (2006): Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland. In: Klauber, J. Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report* (2005): Schwerpunkt: Wege zur Integration. Schattauer Verlag, Stuttgart, (2006): 81–97.
- Jain, M, Miller, L., Belt, D., King, D. und Berwick, D. M. (2006): Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care* 15: 235–239.
- Kao, A. C., Green, D. C., Zaslavsky, A. M., Koplan, J. P. und Cleary, P.D. (1998): The relationship between method of physician payment and patient trust. *Journal of the American Medical Association* 280(19): 1708–1714.
- Kasper, J. D. und Riley, G. (1992): Satisfaction with medical care among elderly people in fee-for-service care and an HMO. *Journal of Aging and Health* 4(2): 282–302.
- Kassirer, J. P. (1994): Access to Specialty Care. *N. Engl. J. Med.* 331, (1994): 1151–1153.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2009): Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 241. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vom 17. März 2009 zur Aufnahme eines neuen Abschnitts 40.18 in das Kapitel 40 der E-GO (Beschluss Nummer 917) zum 1. April 2009. *Deutsches Ärzteblatt* 2009 106(16): A787-A788 sowie www.kbv.de/8157.html (Stand 20.06.2009).
- Khan, K. S. et al. (2004): *Systematische Übersichten und Meta-Analysen. Ein Handbuch für Ärzte in Klinik und Praxis sowie Experten im Gesundheitswesen*, Berlin.
- Kirschke, D. L., Craig, A. S., Schaffner, W., Daugherty, J. R., Narramore, J. und Griffin, M. R. (2004): Childhood immunization rates before and after the implementation of Medicaid managed care. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine* 158(3): 230–235.
- Knappe, E. (2008): Solidarisch oder risikoorientiert? Ohne Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen stimmt das Anreizsystem nicht, in: *Gesellschaftliche Kommentare*, 49. Jg., Sonderausgabe Nummer 2: 12–17.
- Knieps, F. (1996): Die Domestizierung von Managed Care – Chancen und Perspektiven neuer Formen des Gesundheitsmanagements. In: Arnold, M., Paffrath, D.: *Krankenhaus-Report 1996. Schwerpunkt Managed Care*: 45–52.

- Köhler, A. (2008): Bericht an die Vertreterversammlung, Vortrag auf der Sitzung der Vertreterversammlung der KBV am 19. Mai 2008 in Ulm, www.kbv.de/12034.html (Stand 01.04.2009).
- Korzilius, H. (2008): Kassenärztliche Bundesvereinigung: Stille Revolution. *Deutsches Ärzteblatt* 105(14): A-713-A714. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=59564 (Stand 09.05.2008).
- Krieger, J. W., Connell, F. A. und LoGerfo, J. P. (1992): Medicaid Prenatal Care: A Comparison of Use and Outcomes in Fee-for-Service and Managed Care. *American Journal of Public Health* 82 (2): 185–190.
- Kroll, T. und Neri, M. T. (2003): Experiences with care coordination among people with cerebral palsy, multiple sclerosis, or spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation* 25(19): 1106–1114.
- Kulkarni, P. R., Orth, D., Vernon, S. W., Jackson, G. L., Lairson, D. und Davis, B. R. (1989): Stage at Diagnosis of Breast Cancer. Comparison in a Fee-For-Service and Health Maintenance Organization Practice. *Medical Care* 27 (6): 608–622.
- Laditka, S. B. und Laditka, J. N. (2001): Utilization, costs, and access to primary care in fee-for-service and managed care plans. *Journal of Health and Social Policy* 13(1): 21–39.
- Lake, T. (1999): Do HMOs make a difference? Consumer assessments of health care. *Inquiry* 36(4): 411–418.
- Lambert, E. W. und Guthrie, P. R. (1996): Clinical outcomes of a children's mental health managed care demonstration. *The Journal of Mental Health Administration* 23(1): 51–68.
- Landon, B. E., Zaslavsky, A. M., Beaulieu, N. D., Shaul, J. A. und Cleary, P. D. (2001): Health Plan Characteristics and Consumers' Assessments of Quality. *Health Affairs* 20(2): 274–286.
- Landon, B. E., Zaslavsky, A. M., Bernard, S. L., Cioffi, M. J. und Cleary, P. D. (2004): Comparison of performance of traditional medicare vs medicare managed care. *JAMA* 291(14): 1744–1752.
- Langa, K. M. und Sussman, E. J. (1993): The effect of cost-containment policies on rates of coronary revascularization in California. *The New England Journal of Medicine* 329(24): 1–6.
- Laurant, M. (2007): Changes in skill mix. The impact of adding nurses to the primary care team. Proefschrift, Nijmegen.
- Leach, L. S., Yip, J. Y., Myrtle, R. C. und Wilber, K. H. (2001): Outcomes among orthopedic patients in skilled nursing facilities: does managed care make a difference. *Journal of Nursing Administration* 31(11): 527–533.
- Lee-Feldstein, A., Feldstein, P. J., Buchmueller, T. und Katterhagen, G. (2001): Breast cancer outcomes among older women: HMO, fee-for-service, and delivery system comparisons. *Journal of General Internal Medicine* 16(3): 189–199.
- Leigh, W. A., Lillie-Blanton, M., Martinez, R. M. und Collins, K. S. (1999): Managed care in three states: experiences of low-income African Americans and Hispanics. *Inquiry* 36(3): 318–331.
- Levinson, A. und Ullman, F. (1998): Medicaid managed care and infant health. *Journal of Health Economics* 17(3): 351–368.
- Linden, M., Gothe, H. und Ormel, J. (2003): Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a „gate keeper“ and an „open access“ health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(12): 690–697.
- LoGerfo, J. P., Efrid, R. A., Diehr, P. K. und Richardson, W. C. (1979): Rates of surgical care in prepaid group practices and the independent setting: what are the reasons for the differences. *Medical Care* 17(1): 1–10.
- Luft, H. S. (1998): Medicare and Managed Care. *Annu. Rev. Public Health* 19: 458–475.
- Luft, H. S. (2003): Variations in Patterns of Care and Outcomes after Acute Myocardial Infarction for Medicare Beneficiaries in Fee-For-Service and HMO Settings. *Health Serv. Res.* 38: 1065–1079.
- Lurie, N., Moscovice, I. S., Finch, M., Christianson, J. B. und Popkin, M. K. (1992): Health of the Mentally III? Results from a randomized trial. *JAMA* 267(24): 3300–3304.
- Marcinko, D. E. und Hetico, H. R. (2006): *Dictionary of Health Economics and Finance*, New York.
- Mark, T. und Mueller, C. (1996): Access to care in HMOs and traditional insurance plans. *Health Affairs* 15(4): 81–87.
- Marrie, T. J., Lau, C. Y., Wheeler, S. L., Wong, C. J., Vandervoort, M. K., Feagan, B. G., for the CAPITAL Study Investigators (2000): A Controlled Trial of Critical Pathway for Treatment of Community-Acquired Pneumonia. *JAMA* 283: 749–55.
- Martin, D. P., Diehr, P., Price, K. F. und Richardson, W. C. (1989): Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *Am J Public Health* 79(12): 1628–1632.
- Mauldon, J., Leibowitz, A., Buchanan, J. L., Damberg, C. und McGuigan, K. A. (1994): Rationing or rationalizing children's medical care: comparison of a Medicaid HMO with fee-for-service care. *American Journal of Public Health* 84(6): 899–904.
- Mays, G. P., Claxton, G. und White, J. (2004): Managed Care Rebound. Recent Changes in Health Plan's Cost Containment Strategies. *Health Affairs*. DOI 10.1377/hlthaff.W4.427.
- McCleary, K., Asubonteng und Munchus, G. (1995): The Effect of Financial Incentives on Physicians' behaviour in Health Maintenance Organizations. *J. Man Med.* 9 (1): 8–26.

- McPherson, K., Wennberg, J. E., Hovind, O. B. und Clifford, P. (1982): Small-Area Variations in the Use of Common Surgical Procedures: An International Comparison of New England, England, and Norway. *N. Engl. J. Med.* 307: 1310–1314.
- Merrill, R. M., Brown, M. L., Potosky, A. I., Riley, G., Taplin, S. H. und Fireman, B. H. (1999): Survival and Treatment for Colorectal Cancer Medicare Patients in Two Group/Staff Health Maintenance Organizations and the Fee-for-Service Setting. *Medical Care Research and Review* 56(2): 177–196.
- Meyer, T. J., Prochazka, A. V., Hannaford, M. und Fryer, G.E. (1996): Randomized controlled trial of residents as gatekeepers. *Archives of Internal Medicine* 156: 2483–2487.
- Miller, B. und Carasso, L. (1992): Gender differences in caregiving. Fact or artifact? In: *The Gerontologist*, 32(4): 498–507.
- Miller, E. A., Weissert, W.G. und Chernew, M. (1998): Managed Care for Elderly People: A Compendium of Findings. *Am. J. Med. Qual.* 13(3): 127–140.
- Miller, N. A. (1992): An evaluation of substance misuse treatment providers used by an employee assistance program. *International Journal of the Addictions* 27(5): 533–559.
- Miller, R. H. und Luft, H. S. (1994): Managed Care Plan Performance Since 1980 – A Literature Analysis. *JAMA* 271: 1512–1519.
- Miller, R. H. und Luft, H. S. (1997): Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? *Health Affairs* 16: 7–25.
- Miller, R. H. und Luft, H. S. (2002): HMO Plan Performance Update: An Analysis of the Literature 1997–2001. *Health Affairs* 21: 63–81.
- Mißbeck, A. (2007): Der Einsatz von Gemeindeschwestern bleibt bei Ärzten umstritten. *Ärzte Zeitung* vom 02.07.2007.
- Mitchell, J. M., Meehan, K. R., Kong, J. und Schulman, K. A. (1997): Access to Bone Marrow Transplantation for Leukemia and Lymphoma: The Role of Sociodemographic Factors. *Journal of Clinical Oncology*, 15(7): 2644–2651.
- Morgan, R. O., Virnig, B. A., De Vito, C. A. und Persily N. A. (1997): The Medicare-HMO revolving door--the healthy go in and the sick go out. *N Engl J Med* 337: 169–75.
- Morrissey, J. P., Stroup, T. S., Ellis, A. R. und Merwin, E. (2002): Service Use and Health Status of Persons With Severe Mental Illness in Full-Risk and No-Risk Medicaid Programs. *Psychiatric Services* 53(3): 293–298.
- Mühlbacher, A. und Acherschott, S. (2007): Die Integrierte Versorgung, in: Wagner, Karin und Lenz Immo (Hrsg.), *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*, Stuttgart: 17–46.
- Murray, J. P. (1988): A follow-up comparison of patient satisfaction among prepaid and fee-for-service patients. *The Journal of Family Practice* 26(5): 576–581.
- Murray, J. P., Greenfield, S., Kaplan, S. H. und Yano, E. M. (1992): Ambulatory Testing for Capitation and Fee-For-Service Patients in the Same Practice Setting: Relationship to Outcomes. *Medical Care* 30(3): 252–261.
- NCQA (National Committee for Quality Assurance) (2008): Physician Practice Connections Patient-Centered Medical Home: www.ncqa.org/tabid/631/Default.aspx (Stand 29.12.2008).
- Nelson, L., Brown, R., Gold, M., Ciemnecki, A. und Docteur, 3E. (1997): Access To Care In Medicare HMOs, 1996. Elderly Americans give Medicare managed care a mixed assessment: The vast majority are satisfied with their care, but one in four would not recommend their plan to someone with a serious or chronic health problem. *Health Affairs* 16(2): 148–156.
- Newcomer, R., Preston, S. und Harrington, C. (1996): Health plan satisfaction and risk of disenrollment among social/hmo and fee-for-service recipients. *Inquiry* 33: 144–154.
- Newsome, B., Retchin, S. M., Jurgensen, M., Rossiter, L., Glasheen, W. und Colley, L. (1999): Factors associated with changes in satisfaction with care. *Clin Perform Qual Health Care* 7(2): 56–62.
- Ni, H., Nauman, D. J. und Hershberg, R. E. (1998): Managed care and outcomes of hospitalization among elderly patients with congestive heart failure. *Arch Intern* 158: 1231–1236.
- Oleske, D. M., Branca, M. L., Schmidt, J. B., Ferguson, R. und Linn, E. S. (1998): A comparison of capitated and fee-for-service medicaid reimbursement methods on pregnancy outcomes. *Health Services Research* 33(1): 55–73.
- Olivarius, N. D., Jensen F. I., Gannik D. und Pedersen P. A. (1994): Self-referral and self-payment in Danish primary care. *Health Policy* 28(1): 15–22.
- Paone, G., Higgins, R.S., Spencer, T. und Silverman, N.A. (1995): Enrollment in the health alliance plan hmo is not an independent risk factor for coronary artery bypass graft surgery. *Circulation* 92(9): 69–72.
- Paramore, L. C. und Elixhauser, A. (1999): Assessment of quality of care for managed care and fee-for-service patients based on analysis of avoidable hospitalizations. *Value in Health* 2(4): 258–268.
- Peikes, D., Chen, A., Schore, J. und Brown, R. (2009): Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures among Medicare Beneficiaries. *15 Randomized Trials. JAMA* 301: 603–11.
- Perneger, T. V., Etter, J. F. und Rougemont, A. (1996): Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: the effect on health status and satisfaction with care. *Am J Public Health* 1996 86: 388–93.

- Potosky, A., Breen, N., Graubard, B. und Parsons, E. (1998): The association between health care coverage and the use of cancer screening tests. *Medical Care* 36(3): 257–270.
- Potosky, A. L., Merrill, R. M., Riley, G. F., Taplin, S. H., Barlow, W., Fireman, B. H. und Lubitz, J. D. (1999): Prostate cancer treatment and ten-year survival among group/staff hmo and fee-for-service medicare patients. *Health Services Research* 34 (2): 525–546.
- Ramsey, S. D., Hillman, A. L. und Pauly, M. V. (1997): The effects of health insurance on access to new medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 13(2): 357–367.
- Rask, K. J., Deaton, C., Culler, S. D., Kohler, S. A., Morris, D. C., Alexander, W. A. et al. (1999): The effect of primary care gatekeepers on the management of patients with chest pain. *Am J Manag Care* 5(10): 1274–1282.
- Reinert, E. (2009): *Managed Care und Qualität. Ein systematischer Review (Diplomarbeit) Köln.*
- Reiter, R. C. (1998): Managed Care and Assessment of Clinical Outcome. *Curr. Opin. Obstetr. Gyn.* 10: 335–339.
- Renz, E. A., Chung, R., Fillman, T. O., Mee-Lee, D. und Sayama, M. (1995): The effect of managed care on the treatment outcome of substance use disorders. *Generl Hospital Psychiatry* 17(4): 287–292.
- Retchin, S. M. (1997): Heterogeneity of Health Maintenance Organizations and Quality of Care. *J. Nat. Cancer Inst.* 89: 1654–1655.
- Retchin, S. M. und Brown, B. (1990): The quality of ambulatory care in Medicare health maintenance organizations. *American Journal of Public Health* 80(4): 411–415.
- Retchin, S. M., Clement, D. G., Rossiter, L. F., Brown, B., Brown, R. und Nelson, L. (1992): How the elderly fare in HMOs: outcomes from the Medicare competition demonstrations. *Health Services Research* 27(5): 651–669.
- Retchin, S. M., Brown, R. S., Yeh, S.-C. und Chu, D. M. L. (1997): Outcomes of Stroke Patients in Medicare Fee for Service and Managed Care. *JAMA* 278(2): 119–124.
- Retchin, S. M., Clement, D. G., Rossiter, L.F., Brown, B., Brown, R. und Nelson, L. (1992): How the elderly fare in HMOs: outcomes from the Medicare competition demonstrations. *Health Services Research* 27(5): 651–669.
- Riley, G., Lubitz, J. und Rabey, E. (1991): Enrollee health status under Medicare risk contracts: an analysis of mortality rates. *Health Services Research* 26(2): 137–163.
- Riley, G., Potosky, A., Klabunde, C., Warren, J. und Ballard-Barbash, R. (1999): Stage at Diagnosis and Treatment Patterns Among Older Women With Breast Cancer. An HMO and Fee-for-Service Comparison. *Jama* 281(8): 720–726.
- Riley, G., Potosky, A., Lubnitz, J. und Brown, M. (1994): Stage of Cancer at Diagnosis for Medicare HMO and Fee-for-Service Enrollees. *American Journal of Public Health* 84 (10): 1598–1604.
- Riley, G., Potosky, A., Klabunde, C., Warren, J. und Ballard-Barbash, R. (1999): Stage at Diagnosis and Treatment Patterns Among Older Women With Breast Cancer. An HMO and Fee-for-Service Comparison. *Jama* 281(8): 720–726.
- Robert Graham Center (2007): The patient centered medical home. Washington DC, www.adfammed.org/documents/grahamcentermedicalhome.pdf (Stand 09.12.2008).
- Robinson, J. C. (2001): The End of Managed Care. *JAMA* 285: 2622–2628.
- Robinson, J. C. und Casalino, L. P. (1996): Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare. *Health Affairs* 15(1): 6–23.
- Rocha, C. J. und Kabalka, E. L. (1999): A comparison study of access to health care under a medicaid managed care program. *Health & Social Work* 24(3): 169–179.
- Roemer, M. I. und Shonick, W. (1973): HMO Performance: The Recent Evidence. *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 51 (3): 271–317.
- Roemer, M. I. (1982): Sickness absenteeism in members of health maintenance organizations and open-market health insurance plans. *Medical Care* 20(11): 1140–1146.
- Rogers, W. H., Wells, K. B., Meredith, L. S., Sturm, R. und Burnam, A. M. (1993): Outcomes for adult outpatients with depression under prepaid or fee-for-service financing. *Arch Gen Psychiatry* 50: 517–525.
- Roohan, P. J., Butch, J. M., Anarella, J. P., Gesten, F. und Shure, K. (2006): Quality measurement in medicaid managed care and fee-for-service: the New York State experience. *American Journal of Medical Quality* 21(3): 185–191.
- Rosenthal, T. C. (2008): The medical home: growing evidence to support a new approach to Primary Care. *J Am Board Fam Med* 21: 427–440.
- Rossiter, L. F., Langwell, K., Wan, T. T. H. und Rivnyak, M. (1989): Patient satisfaction among elderly enrollees and disenrollees in medicare health maintenance organizations. *JAMA* 262(1): 57–63.
- Roulidis, Z. C., De Chant, H. K. und Schulman, K. A. (1997): Resource utilization control processes as indicators of quality in managed care organizations: a proposal. *Am J Med* 103: 146–151.
- Royal College of General Practitioners (2007): The future direction of primary care – A road-map, Royal College of General Practitioners, London.
- Rubin, H. R., Gandek, B., Rogers, W. H., Kosinski, M., McHorney, C. A. und Ware, J. E. Jr. (1993): Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 270(7): 835–840.

- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. und Shiell A. (2002): Criteria for Evaluating Evidence on Public Health Interventions. *J Epidemiol Community Health* 56: 119–127.
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. und Frommer, M. (2004): A Glossary for Evidence Based Public Health. *J Epidemiol Community Health* 58: 538–545.
- Safran, D. G., Rogers, W. H., Tarlov, A. R., Inui, T., Taira, D. A., Montgomery, J. E., Ware, J. E. und Slavin, C. P. (2000): Organizational and Financial Characteristics of Health Plans. *Arch. Intern. Med.* 160: 69–76.
- Safran, D. G., Tarlov, A. R. und Rogers, W. H. (1994): Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. *JAMA* 271(20): 1579–1586.
- Sari, N. (2002): Do Competition and Managed Care Improve Quality? *Health Econ.* 11: 571–804.
- Schillinger, D., Bibbins-Domingo, K., Vranizan, K., Bacchetti, P., Luce, J. M. und Bindman, A. B. (2000): Effects of primary care coordination on public hospital patients. *J Gen Intern Med* 15(5): 329–336.
- Schlette S., Lisac M., Wagner E. und Gensichen J. (2009): Bevölkerungsorientierte Primärversorgung: Das Bellagio-Modell. Ein evidenzgestützter Bezugsrahmen zur Bewertung niedrigrschwelliger Versorgung kranker, vulnerabler, und gesunder Menschen. Erste Erfahrungen. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103(7): (im Druck).
- Schmid, E. und Wambach, V. (2007): Das Praxisnetz Nürnberg Nord e.V. und die Qualität und Effizienz QuEeG, in: Weatherly, John N. et al. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, a.a.O.: 209–218.
- Schnack, D. (2008): Erfahrungen mit Gemeindegewestern sind gut, die langfristige Finanzierung ist unklar. *Ärzte Zeitung* vom 16.01.2008.
- Schneider, E. C., Cleary, P. D., Zaslavsky, A. M. und Epstein, A. M. (2001): Racial disparity in influenza vaccination. Does managed care narrow the gap between African Americans and whites? *JAMA* 286(12): 1455–1460.
- Schneider, E. C., Zaslavsky, A. M. und Epstein, A. M. (2002): Racial Disparities in the Quality of Care for Enrollees in Medicare Managed Care. *JAMA* 287: 1288–1294.
- Schneider, E. C., Zaslavsky, A. M., Epstein, A. M. (2004): Use of High-Cost Operative Procedures by Medicare Beneficiaries Enrolled in For-Profit and Not-For-Profit Health Plans. *N. Engl. J. Med.* 350: 143–50.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J. und Murukutla, N. (2007): Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs* 26: w717–w734.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.–M., Bishop, M., Peugh, J. und Murukutla, N. (2008): Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, 2007. *Health Affairs* 26: w717–734.
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. und Davis, K. (2005): Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. *Health Affairs* W5-509-25, DOI 10.1377/htlaff.W5.509.
- Schwenkglens, M., Preiswerk, G., Lehner, R., Weber, F. und Szucs, T. D. (2006): Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *J Epidemiol Community Health* 60(1): 24–30.
- Seiler, R. (2007): Die Schwarzwaldformel das Modell „Gesundes Kinzigtal“, in Weatherly, John N. et al. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, a. a. O: 139–147.
- Seitz, R., König, H.-H. und Graf von Stillfried, D. (1997): Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, M., Lauterbach, K. W., Preuß, K.-J.: *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte.* Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 31, Schattauer Verlag, Stuttgart 1997: 3–23.
- Shatin et al. (1998): Health Care utilization by children with chronic illnesses: a comparison of medicaid and employer insured managed care. *Pediatrics* 102(4): E44.
- Shi, L., Starfield, B., Xu, J., Politzer, R. und Regan, J. (2003): Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *Southern Medical Journal* 96(8): 787–795.
- Short, A. C. Mays, G. P. und Mittler, J. (2003): Disease Management: A Leap of Faith to Lower-Cost, Higher-Quality Health Care. Issue Brief no. 69, October 2003, www.hschange.com/CONTENT/607/?topic=topic17 (Stand 17.02.2009).
- Sia, C., Tonniges, T. F., Osterhus, E. und Taba, S. (2004): History of the medical home concept. *Pediatrics* 113: 1473–1478.
- Simonet, D. (2003): Managed Care and Traditional Insurance. Comparing Quality of Care. *Intern. Soc. Secur. Rev.* 56: 95–114.
- Singhal, P. K., Zuckerman, I., Stuart, B., Magder, L. und Rubin, H. (2007): Quality of drug treatment of childhood persistent asthma in Maryland medicaid recipients in transition from managed fee for service to managed capitation. *Journal of Managed Care Pharmacy* 13(4): 310–318.
- Siu, A. L., Spragens, L. H., Inouye, S. K., Morrison, R. S. und Leff, B. (2009): The Ironic Business Case for Chronic Care in the Acute Care Setting. *Health Affairs* 28 (1): 113–125.
- Skaggs, D. L., Clemens, S. M., Vitale, M. G., Femino, J. D. und Kay, R. M. (2001): Access to orthopedic care for children with medicaid versus private insurance in California. *Pediatrics* 107(6): 1405–1408.

- Slaughter, F. G. (1973): A Functional Model for Improving the Medical Care System. *Bull. New York Acad. Med.* 49: 361–75.
- Soumerai, S. B., McLaughlin, T. J., Gurwitz, J. H., Pearson, S., Christiansen, C. L., Borbas, C., Morris, N., McLaughlin, B., Gao, X. und Ross-Degnan, D. (1999): Timeliness and Quality of care for elderly patients with acute myocardial infarction under health maintenance organization vs fee-for-service. *Arch Intern* 159: 2013–2020.
- Stano, M. (1997): HMOs and the Efficiency of Health Care Delivery. *Am. J. Manag. Care* 3: 603–13.
- Starfield, B. und Shi, L. (2004): The Medical Home. Access to Care and Insurance: A Review of Evidence. *Pediatrics* 113(5 Supple): 1493–1498.
- Stern, R. S., Juhn, P. I., Gertler, P. J. und Epstein, A. M. (1989): A comparison of length of stay and costs for health maintenance organization and fee-for-service patients. *Archives of Internal Medicine* 149(5): 1185–1188.
- Stewart, M. und Petri, M. (2000): Lupus nephritis outcomes: health maintenance organizations compared to non-health maintenance organizations. *The Journal of Rheumatology* 27(4): 900–902.
- Sullivan, K. (1999): Managed Care Plan Performance Since 1980: Another Look an 2 Literature Reviews. *Am. J. Publ. Health* 89: 1003–1008.
- Sung, J., Wessel, M., Gallagher, S. F., Marcet, J. und Murr, M. M. (2004): Failure of Medicare health maintenance organizations to control the cost of colon resections in elderly patients. *Archives of Surgery* 139(12): 1366–1370.
- Swetter, S. M., Soon, S., Harrington, C. R. und Chen, S. C. (2007): Effect of health care delivery models on melanoma thickness and stage in a university-based referral center: an observational pilot study. *Arch Dermatol* 143(1): 30–36.
- The College of Family Physicians of Canada (2006): Primary care toolkit for family physicians. toolkit.cfpc.ca/en/index.php. (Stand 12.02.2008).
- Thorenz, A. (2007): Case Management zur Optimierung der sektorübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen, Frankfurt.
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M. und Keeler, E. B. (2005): A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 11: 478–488.
- Tu, H. T. und Reschovsky, J. D. (2000): Does Type of Health Insurance Affect Health Care Use and Assessments of Care Among the Privately Insured? *Health Services Research* 35(1): 219–237.
- Tu, H. T. und Reschovsky, J. D. (2002): Assessments of Medical Care by Enrollees in For-Profit and Nonprofit Health Maintenance Organizations. *N. Engl. J. Med.* 346: 1288–1293.
- Udvarhelyi, S. I., Jennison, K., Phillips, R. S. und Epstein, A. M. (1991): Comparison of the quality of ambulatory care for fee-for-service and prepaid patients. *Annals of Internal Medicine* 115(5): 394–400.
- Valdez, R. B., Ware, J. E. Jr., Manning, W.G., Brook, R. H., Rogers, W. H., Goldberg, G. A. und Newhouse, J. P. (1989): Prepaid group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: results from a controlled trial. *Pediatrics* 83(2): 168–180.
- Van den Berg, N., Meinke, C., Heymann, R., Dreier, A., Terschüren, C. und Hoffmann, W. (2007): Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. *Pflege & Gesellschaft* 02/07: 118–134.
- Van den Berg, N., Meinke, C., Heymann, R., Fiß, T., Suckert, E., Pöller, C., Dreier, A., Rogalski, H., Karopka, T., Oppermann, R. und Hoffmann, W. (2009): AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. *Dtsch Arztebl Int* 106: 3–9.
- Vernon, S. W., Heckel, V. und Jackson, G. L. (1995): Medical outcomes of care for breast cancer among health maintenance organization and fee-for-service patients. *Clinical Cancer Research* 179: 179–184.
- Vernon, S. W., Hughes, J. I., Heckel, V. M. und Jackson, G. L. (1992): Quality of care for colorectal cancer in a fee-for-service and health maintenance organization practice. *Cancer* 69(10): 2418–2425.
- Wagner, E. H. und Bledsoe, T. (1990): The Rand Health Insurance Experiment and HMOs. *Medical Care* 28(3): 191–200.
- Wagner, E. H. (2005): Disease and Case Management in Primary Care. Kongressvortrag bei „Die Zukunft ist chronisch – Das Chronic Care-Modell in der Primärversorgung“ Frankfurt am Main, 17.10.2005 www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung/cc_kongress.html und www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung/wagner.pdf (Stand 22.12.2008).
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., und Bonomi, A. (2001): Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs* 20: 64–78.
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., von Korff, M. und Austin, B. (1999): A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Man Care Qu* 7 (3): 56–66.
- Ward, M. M., Lubeck, D. und Leigh, P. J. (1998): Long-term health outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in managed care and fee-for-service practice settings. *J. Rheumatol* 25: 641–649.
- Ware, J. E., Bayliss, M. S., Rogers, W. H., Kosinski, M. und Tarlov, A. R. (1996): Differences in 4-Year Health Outcomes for Elderly and Poor, Chronically Ill Patients Treated in HMO and Fee-for-Service Systems. Results From the Medical Outcomes Study. *JAMA* 276(13): 1039–1047.

- Ware, J. L., Rogers, W. H., Davies, A. R., Goldberg, G. A., Brook, R.H., Keeler, E. B., Sherbourne, C., Donald, C. P. und Newhouse, J. P. (1986): Comparison of health outcomes at a health maintenance organisation with those of fee-for-service care. *The Lancet* (3): 1017–1022.
- Weinick, R. M. und Beauregard, K. M. (1997): Women's Use of Preventive Screening Services: A Comparison of HMO Versus Fee-for-Service Enrollees. *Medical Care Research and Review* 54(2): 176–199.
- Wells, K. B., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Greenfield, S. und Ware, J. E. (1989): Detection of Depressive Disorder for Patients Receiving Prepaid or Fee-for-Service Care. Results From the Medical Outcomes Study. *JAMA* 262(23): 3298–3302.
- Werblow, A. (2005): Efficiency of general practice in Switzerland. *Gesundheitswesen* 67(2): 107–111.
- Willems, D. und Veldhuis, M. (2004): Vormen van selectie aab de poort en hun effecten. Een literatuuronderzoek. *Huisarts en Wetenschap* 2004 47(8): 625–630.
- Wilner, S., Schoenbaum, S. C., Monson, R. R. und Winickoff, R. N. (1981): A comparison of the Quality of maternity care between a health-maintenance organization and fee-for-service practices. *The New England Journal of Medicine* 304(13): 784–787.
- Yelin, E., Chriswell, L. A. und Feigenbaum, P. G. (1996): Health care utilization and outcomes among persons with rheumatoid arthritis in fee-for-service and prepaid group practice settings. *JAMA* 276(13): 1048–1053.
- Yelin, E., Shearn, M. A. und Epstein, W. V. (1986): Health Outcomes for a Chronic Disease in Prepaid Group Practice and Fee for Service Settings. The Case of Rheumatoid Arthritis. *Medical Care* 24(3): 236–247.
- Yelin, E., Trupin, L., Katz, P., Chriswell, L. A., Yazdany, J., Gillis, J. und Panopalis, P. (2007): Impact of health maintenance organizations and fee-for-service on health care utilization among people with systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism* 57(3): 508–515.
- Yelin, E. H., Henke, C. J., Kramer, J. S., Nevitt, M. C., Shearn, M. und Epstein, W. V. (1985): A comparison of the treatment of rheumatoid arthritis in health maintenance organizations and fee-for-service practices. *The New England Journal of Medicine* 312(15): 962–967.
- Young, G. J. und Cohen, B. B. (1991): Inequities in hospital care, the Massachusetts experience. *Inquiry* 28 (3): 255–262.
- Zieler, P. (2007): Hausärzte schicken Arzthelferinnen auf Tour. *Ärzte Zeitung* vom 18.12.2007.
- Zieler, P. (2008): Zeit für Zuwendung, die Hausärzten kaum noch bleibt. *Ärzte Zeitung* vom 18.09.08.

8 Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

8.1 Zentrale Ansatzpunkte einer verbesserten Versorgung

1138. Die derzeitige Situation der Versorgung wird einerseits durch strukturelle Effektivitäts- und Effizienzreserven und andererseits durch Anforderungen in Folge einer steigenden Lebenserwartung und der daraus resultierenden Veränderungen des Krankheitsspektrums charakterisiert. Vor dem Hintergrund der absehbaren Effekte des demografischen Wandels wird sich diese Situation noch verschärfen, sodass zielgerichtete Veränderungen im Gesundheitswesen unabweisbar erscheinen: Veränderungen müssen insbesondere auf eine Verbesserung der Koordination, eine mehr auf die Bedürfnisse und den Bedarf der generationenbezogene Versorgung und eine verbesserte regionale Abstimmung ausgerichtet sein.

1139. Es ist seit langer Zeit unbestritten, dass im deutschen Gesundheitswesen eine bessere Koordination beim Zugang zur Versorgung ebenso notwendig ist wie eine Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung, sei Letztere nun ambulant oder stationär etabliert (s. Unterkapitel 6.2). Diese Entwicklung wird derzeit durch die demografischen Anforderungen stark akzentuiert: die Behandlung älterer, chronisch und mehrfach erkrankter Patienten erhöht den Koordinationsbedarf nochmals und stellt die Auflösung von primär sektoral organisierten Anbieterstrukturen in den Mittelpunkt der Diskussion. Die Chancen auf einen Wandel können in der jetzigen Situation durchaus als gegeben angesehen werden, da insgesamt drei Bedingungen zusammentreffen:

- Die Steigerung von Effektivität und Effizienz durch eine bessere Koordination von Primärversorgung und fachärztliche Sekundärversorgung ist erreichbar.
- Demografischer Wandel, Chronizität und Mehrfacherkrankungen machen andere Strukturen notwendig als die derzeitig bestehenden, die vor allem auf Akutversorgung ausgerichteten sind.
- Veränderungen des Lebensstils, auch von Angehörigen der Gesundheitsberufe, d. h. der privaten Sphäre wird gegenüber dem Berufsleben eine zunehmend größere Bedeutung eingeräumt (Work-Life-Balance). Insbesondere im ärztlichen Bereich wird das an der beruflichen Selbstständigkeit orientierte, durch sehr hohe Identifikation gekennzeichnete Berufsbild in der Breite durch ein distanzierteres, „säkulares“ Verständnis abgelöst, z. B. sind Erziehungszeiten, Teilzeitarbeit und beruflicher Wiedereinstieg weitaus wichtigere Ziele als noch vor einigen Jahren.

1140. Vor diesem Hintergrund beruht die weitere Entwicklung auf vier Ansatzpunkten, die aus einer intrinsischen Dynamik heraus wirken und für Konzepte einer zu-

künftigen Gesundheitsversorgung aufgenommen, verstärkt und mit einander verbunden werden müssen:

- Die ambulante Versorgung wird zunehmend durch entwickelte Organisationen übernommen (Unterkapitel 8.2).
- Alle Sektoren des Gesundheitssystems verändern ihre Funktion und koordinieren die Versorgung auf dem Boden einer veränderten Arbeitsteilung (Unterkapitel 8.3).
- Die Finanzierung wird populationsbezogen weiterentwickelt und bedient sich dabei versichertenbezogener Ansätze, die regional unterschiedlich gestaltet werden können (Unterkapitel 8.4).
- Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet – vor allem hinsichtlich der ambulanten Behandlung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser – das entscheidende medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial aus, das die Veränderung trägt (Unterkapitel 8.5).

1141. Diese vier Ansatzpunkte/Entwicklungslinien werden im Folgenden weiter ausgeführt, an dieser Stelle seien nur einige allgemeine Vorbemerkungen vorausgeschickt. Der Ansatz, für die zukünftigen Strukturen der ambulanten Versorgung „entwickelte Organisationen“ einzuführen, bedeutet den Rückgriff auf organisations-theoretische Konzepte, ohne spezielle Organisationen im einzelnen vorhersagen oder vorschreiben zu können. Diese Aussage bezieht sich darauf, dass die derzeit noch vorherrschende Struktur der Einzelpraxis zunehmend und aus verschiedenen Gründen in Organisationen mit vermehrter Arbeitsteilung, Aufgabenteilung, Führungsstruktur und internen Anreizsystemen überführt werden muss, um den neuen Aufgaben gerecht zu werden – ohne allerdings den Fortbestand eines gewissen Anteils von Einzelpraxen völlig auszuschließen. Ärzte, welche die Gründung eines Kleinunternehmens wegen des Aufwandes und/oder des finanziellen Risikos scheuen, können z. B. nur so für den ambulanten Bereich gewonnen werden (Bodenheimer/Casalino 1999). Die entstehende Struktur dürfte zwar mit allen Schwierigkeiten der Expertenorganisation und bürokratischen Organisationsform zu kämpfen haben (Mintzberg 1979), solche Strukturen stellen aber trotzdem einen großen Fortschritt und die einzige Möglichkeit dar, die Kontinuität einer immer komplexer werdenden Versorgung in Zukunft zu sichern und dem *cure* ein Mehr an *care* an die Seite zu stellen (Mintzberg 1997).

1142. In der Gesamtschau ergibt sich die Notwendigkeit einer veränderten Arbeitsteilung, in Einheit mit einer thematisch erweiterten Sicht auf die Versorgung. Der Primärversorgung kommt als multiprofessionelle Aufgabe

die Versorgung chronischer Erkrankungen zu, sowie die Behandlung akuter Erkrankungen, die keiner fachärztlichen Sekundärversorgung bedürfen. Die integrierte fachärztliche Sekundärversorgung ist sektorunabhängig organisiert und kann je nach Region und Bedarf unterschiedliche Umsetzungsformen annehmen. Von zunehmender Bedeutung wird die ambulante und stationäre Pflege sein, erstere entscheidender Partner der Primärversorgung, letztere Partner auch der Sekundärversorgung und des Krankenhauses, gemeinsam mit Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Im Zusammenhang mit der Alterung der Gesellschaft und der vordringlichen Lösungssuche für die zunehmende Chronizität und Multiplizität der Erkrankungen kann man also zusammenfassend konstatieren: die Primärversorgung ist verantwortlich für den Zugang zur Versorgung, die Grundversorgung der Bevölkerung und die Koordination, die integrierte fachärztliche Sekundärversorgung für die notwendigen Interventionen und Spezialfragen, welche die Kompetenzen der Primärversorgung überschreiten, und das Krankenhaus für schwere Akuterkrankungen, Exacerbationen von chronischen Erkrankungen und neue Behandlungsmethoden, soweit sie stationärer Pflege und eines stationären Umfeldes bedürfen.

1143. Die vorstehend beschriebene Arbeitsteilung wird sich jedoch nicht spontan einstellen, sondern bedarf einer umfassenden Neuregelung der Finanzierung auf der Meso- (und Mikro-)Ebene. Die derzeit dominierende sektorale Finanzierung ist nicht in der Lage, die notwendigen Entwicklungsschritte zu initiieren und die Gesamtverantwortung für eine angemessene, die demografische Situation und die Bedürfnisse der unterschiedlichen Generationen berücksichtigende Versorgung zu übernehmen. Der Rat empfiehlt daher, eine Finanzierung mit tendenzieller Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion und versichertenbezogener Pauschalierung (Capitation) zu fördern, durchaus in Konkurrenz zu anderen Konzepten. Dieser Finanzierungsansatz, der dem Managed Care-Konzept entspricht, sollte einen starken Anreiz für die Neuausrichtung der Arbeitsteilung bilden, und verspricht eine Vielfalt von Strukturen hervorzubringen, die eine unterschiedlich ausgeprägte Aufhebung des *provider-payer-splits*, unterschiedliche Trägerschaften und ein stark regional differenziertes Verhältnis der Managed Care-Träger zu den Leistungserbringern aufweisen. Die Auswirkungen auf das Outcome und die Qualität speziell für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind kritisch im Auge zu behalten. Eine solche Veränderung der Finanzierungsstrukturen ermöglicht es auch, der Prävention (einschließlich der dem Gesundheitswesen zugänglichen Formen der Primärprävention) den Stellenwert zu geben, der ihr zukommt. In den bisherigen Zusammenhängen war der Anreiz für eine konsequente Durchführung von Präventionsmaßnahmen beschränkt, daher ist von der Übernahme der Gesamtversorgung durch Versicherer und eng kooperierende Leistungserbringer zu erhoffen, dass hier eine dringend notwendige Kehrtwende unter gemeinsamer Verantwortung aller Beteiligten erreicht wird.

1144. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die vorge-schlagene Entwicklung nicht ohne eine ökonomische Basis stattfinden kann. Es erscheint hierzu erforderlich, jenseits ordnungspolitischer und regulativer Ansätze genügend Kapitalmittel zu attrahieren, um den anstehenden Transformationsprozess finanziell abzusichern. Der Bereich der Primärversorgung scheidet aus, weil hier im Rahmen der organisatorischen Umwandlung ein Ausbau bzw. eine Stärkung der vorhandenen Strukturen ansteht, ebenso der Krankenhausbereich, der in Deutschland bereits zu knapp 30 % durch private Kapitalgeber finanziert wird und im Rahmen der DRG-Einführung hinsichtlich seiner internen Strukturen die Schöpfung des vorhandenen Rationalisierungspotenzials bereits angegangen ist. Es bleibt alleine der Bereich der fachärztlichen Sekundärversorgung, derzeit verteilt auf zwei Sektoren, gekennzeichnet durch einen hohen Spezialisierungsgrad und somit auch durch einen hohen Investitionsbedarf. Das deutsche Gesundheitswesen ist nicht unwesentlich durch einen guten Zugang zur speziellen fachärztlichen Versorgung und zu hochentwickelten Methoden in Diagnostik und Therapie charakterisiert. Diese Strukturen werden aber in einer ineffizienten Form vorgehalten und weiterentwickelt. Investitionen im ambulanten Bereich müssen privat aufgebracht werden, die gleichen Investitionen im stationären Bereich fallen unter die duale Krankenhausfinanzierung, Innovationen stehen hier unter Erlaubnisvorbehalt und dort unter Verbotsvorbehalt, hochentwickelte Ressourcen werden im stationären Bereich ausserhalb der Dienstzeiten kaum genutzt, um nur einige Unterschiede zu nennen. Die sektorale Optimierung steht im Vordergrund, nicht die optimale Nutzung der vorhandenen Geräte und Verfahren, die – eine bessere Ausnutzung vorausgesetzt – auch schneller abgeschrieben und durch innovativere Verfahren ersetzt werden könnten als es bislang der Fall ist. Neue Träger einer „integrierten fachärztlichen Sekundärversorgung“, die über die entsprechenden Mittel verfügen, haben nur Interesse, in diesen Bereich zu investieren, wenn die beschriebene Trennung aufgehoben wird. Nur unter dieser Voraussetzung kann eine Versorgung in gering besiedelten Gebieten langfristig aufrecht erhalten werden, und nur dann kann in den Ballungsgebieten zwischen unterschiedlichen Trägern und Strukturen ein funktionsfähiger Wettbewerb entstehen.

8.2 Entwickelte Organisationen: zukünftige Konzepte am Beispiel der Primärversorgung

1145. Die Organisationsentwicklung im Bereich der ambulanten, primärmedizinischen Leistungserbringer ist v. a. aus zwei Gründen wichtig: erstens, um die bisher hauptsächlich durch kleine Praxen charakterisierten Leistungserbringer (Hausärzte) in die Lage zu versetzen, dem zukünftigen Leistungsbedarf gerecht zu werden, und zweitens, um sie – vor allem im Hinblick auf die Option verstärkter sektorübergreifender Strukturen – in die Lage zu versetzen, als Praxisteam, aber auch in größeren Strukturen (Anbieternetzen etc.) hinreichende Managementkompetenzen auszubilden, um auf die von derartigen Strukturen ausgehenden Steuerungsimpulse produktiv re-

agieren zu können. Bis heute sind in den meisten Netzen bzw. integrierten Versorgungsformen das Netzmanagement und die Anpassung der Praxisabläufe entscheidende Engstellen.

8.2.1 Aufgaben der allgemeinmedizinischen Gesundheitsversorgung und Entwicklungsempfehlungen in internationalen Modellen

1146. Trotz der unterschiedlichen theoretischen Ausgangspunkte und der unterschiedlichen Bedingungen der nationalen Gesundheitssysteme, in denen die dargestellten Modelle und Konzeptionen (Unterkapitel 7.1 bis 7.6) entwickelt wurden, gibt es bemerkenswerte Übereinstimmungen zwischen ihnen. Diese sollen hier zusammenfassend aufgezeigt werden, da sie zugleich Ausgangspunkte der im folgenden Abschnitt 8.2.2 vorgeschlagenen Fortentwicklung der traditionellen Hausarztpraxis, zu einer „Primärversorgungspraxis“ (PVP) bilden.

- Gemeinsamkeiten zwischen den Modellkonzeptionen bestehen zunächst dahingehend, dass sich die hausärztliche/primärmedizinische Versorgung an veränderten Morbiditätsbedingungen (mit dem Vorwiegen chronischer Erkrankungen) sowie veränderten Bevölkerungs- bzw. Patientenerwartungen an die Primärversorgung orientiert.
- Zweitens wird allgemein anerkannt, dass vor diesem Hintergrund nicht nur punktuelle, sondern systematische Veränderungen bzw. Fortentwicklungen erforderlich sind, die alle Komponenten des Versorgungsprozesses erfassen, und die sowohl die Ebene der direkten Interaktion zwischen Patienten und Versorgenden, wie auch die Ebene der Organisation der Leistungserbringung und die Ebene des gesamten Gesundheitssystems umfasst (vgl. auch Bodenheimer/Grumbach 2007).
- Drittens müssen die einzelnen Elemente der Versorgung bzw. Leistungserbringung nach Möglichkeit an integrierten bzw. über verschiedene Versorgungsstufen hinweg koordinierten Konzepten der Versorgung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden.
- Viertens wird – nicht nur in den allgemeinmedizinisch zentrierten Modellkonzeptionen, sondern z. B. auch im Chronic Care-Modell – hervorgehoben, dass eine gute Primärversorgung eine wesentliche Erfolgsbedingung bzw. Grundvoraussetzung für integrierte Versorgungsmodelle ist.

1147. Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patient²⁰³-Beziehung werden drei Entwicklungen als notwendig angesehen:

- a) die Aufrechterhaltung einer persönlichen Kontinuität in der Arzt-Patient-Beziehung auch unter unterschiedlichen Organisationsbedingungen (Patient-Centred Medical Home),

- b) die verstärkte Berücksichtigung von Patientenpräferenzen (sowie z. B. kulturellen Hintergründen etc.) und die Hinwendung zu einem stärker partnerschaftlichen Entscheidungsstil (*shared decision making*) und

- c) die aktive Einbeziehung der Patienten in den Behandlungs- bzw. Betreuungsprozess.

1148. Die Ebene der Organisation der Leistungserbringung in der hausärztlichen Praxis erfordert perspektivisch grundlegende Veränderungen (vgl. zum folgenden auch Dubois et al. 2008). In den USA wird hier auch von *clinical microsystems* (Nelson et al. 2002) gesprochen, weil man nicht an dem traditionellen Ausgangspunkt, d. h. der um den Hausarzt gruppierten Praxis, ansetzt, sondern die Frage nach einer zweckmäßigeren Versorgungsorganisation stellt. Die Analyse des klinischen Mikrosystems nimmt ihren Ausgangspunkt von den „four P's“: Eigenschaften von Patienten, Personal, Prozessen und Patterns (Mustern) der Versorgung (Bodenheimer/Grumbach 2007) und umfasst im einzelnen

- a) eine verstärkte Integration der Prozesse innerhalb der Hausarztpraxis (Teambildung) und in der Kooperation mit anderen Leistungserbringern (fachärztliche Sekundärversorgung sowie mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen) (Bodenheimer/Grumbach 2007),
- b) eine verstärkte Einbindung und Nutzung der Potenziale neuer Informationstechnologien (auch zur Implementierung einer leitlinienorientierten Betreuung),
- c) eine verstärkte individuelle Patientenorientierung,
- d) eine Entwicklung populationsbasierter Versorgungsstrategien auch in der Hausarztpraxis (u. a. Patientenbindung und krankheits- oder risikofaktorenspezifische Patientenregister in der Praxis), verbunden mit einer Vorausplanung der Versorgungsabläufe bei chronischen Erkrankungen und
- e) die gezielte Berücksichtigung von Qualitätsentwicklungsstrategien.

1149. Wesentliche Veränderungen ergeben sich für sämtliche Arbeitskräfte (gesamtes Praxisteam) in der Hausarztpraxis (Dubois et al. 2008):

- a) Alle internationalen Modellkonzepte gehen von einem Größenwachstum zukünftiger Hausarztpraxen aus, weil die traditionelle Einzelpraxis als nicht ausreichend gerüstet für die Herausforderungen der Versorgung chronisch Kranker erscheint. Die Größenvorstellungen reichen dabei von der typischen Gemeinschaftspraxis, wie sie in vielen europäischen Ländern schon die Regel darstellt, mit etwa zwei bis vier Hausärzten bis hin zu noch größeren Zusammenschlüssen auf der Grundlage von fünf bis zehn Hausärzten, die dann gemeinsam für ungefähr 10 000 bis 20 000 Bürger zuständig sind.
- b) Innerhalb solcher Praxen kommt es zu einer grundsätzlich neu strukturierten Arbeits- und Kompetenzverteilung, wobei allgemein ein bedeutsames Anwachsen der Aufgaben und der Qualifikation der nichtärztlichen Praxismitarbeiter stattfindet.

²⁰³ Ggf. auch bei nichtärztlichen Leistungen.

c) Zusammen mit einer verstärkten Konzentration der ärztlichen Praxismitglieder auf die genuin ärztlichen Aufgaben wird es zu einer Umdefinition und Neukonzeption der Behandlerrollen kommen, bei der z. B. Medizinische Fachangestellte (MFA) oder *nurses* eigenständige (Teil-)Verantwortung für die Kontinuität der Versorgungsprozesse bei chronischen Erkrankungen in engem Zusammenspiel mit den Patienten erhalten. Gleichzeitig soll die personelle Kontinuität, die für die Patienten einen hohen Wert darstellt, gewahrt oder (wie z. B. im Begriff der produktiven Interaktionen des Chronic Care-Modells ausgedrückt) sogar noch gestärkt werden. Kooperationsmodelle hierzu können z. B. Kleinteams aus einem Arzt und ein bis zwei MFAs sein (so genannte Duos oder *teamlets*, Beschreibung s. Abschnitt 8.2.2, Ziffer 1163).

d) Ferner ist es erforderlich, spezifische Kompetenzen im Team der Hausarztpraxis zu stärken (z. B. Beratungsfähigkeiten, Kompetenzen zur Patientenaktivierung, etc.).

1150. Auch auf der Ebene des Gesundheitssystems bzw. der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hausärztlicher Versorgungsprozesse werden wichtige Veränderungen empfohlen, die u. a. Kooperationen unterschiedlicher Leistungserbringer und die Integration von Versorgungsprozessen sowie insbesondere ein hierzu kompatibles Vergütungssystem betreffen. Als wichtige Rahmenbedingung wird in den dargestellten Modellen

mehr oder weniger übereinstimmend eine stärkere Patientenbindung an die Hausarztpraxis im Sinne eines Einschreibesystems empfohlen. Weitgehende Übereinstimmung gibt es auch über die Grundzüge eines adäquaten Vergütungssystems für die Primärversorgung, das von der Erbringung einzelner Leistungen und persönlichen Inanspruchnahme möglichst abgekoppelt sein sollte (u. a. um Mengen- bzw. „Hamsterradefekte“ zu vermeiden). Grundmerkmale des Vergütungssystems sollten demnach sein:

- Zahlung einer Capitation je eingeschriebenem Patienten als Basis,
- ein Teil dieser Vergütung abhängig von der nachgewiesenen Versorgungsqualität,
- spezifische Einzelleistungen (auch des nichtärztlichen Personals) werden gesondert vergütet, wenn ein besonderes Interesse an ihrer Erbringung besteht (z. B. Prävention, Hausbesuche) (vgl. auch Bodenheimer/Grumbach 2007),
- die Vergütung sollte weitgehend kontaktunabhängig gezahlt werden, um keine Anreize in Richtung der (in Deutschland ohnehin überhöhten) persönlichen Kontaktrate zu setzen.

1151. Die nachfolgende Tabelle 123 fasst wichtige internationale Vorschläge zur Weiterentwicklung der hausärztlichen Primärversorgung zusammen.

Tabelle 123

Internationale (Weiterentwicklungs-)Vorschläge zur Primärversorgung der Zukunft

Teilbereich	Aufgabe/Teilempfehlung	Beispiel
Ebene 1: Arzt-/Team-Patienten-Beziehung		
Förderung der persönlichen Kontinuität	Einzelner Arzt/Teammitglied bleibt persönlicher Ansprechpartner	Betreuung und Koordination der Behandlung von mehrfach erkrankten Patienten aus einer Hand
Verstärkte Teamorientierung	Nichtärztliches Teammitglied begleitet chronisch kranken Patienten und veranlasst ggf. notwendige Versorgungsschritte	Med. Fachangestellte (MFA) führt geplantes Monitoring (z. B. Blutdruck, Gewicht, HbA1c) durch oder vereinbart Termine
Fortdauernde therapeutische Beziehung entwickeln und pflegen	Vertrauen und Verständnis fördern	Ängste vor Operationen aufgrund früherer Erfahrungen ansprechen
Partnerschaftliche Entscheidungsfindung	Soweit Patient hierzu bereit bzw. in der Lage ist Entscheidung über individuelle Therapieziele Patienteninformation	Präferenzen des Patienten eruieren Behandlungsintensität und Lebensqualität abwägen Grenznutzen weiterer Test o. Interventionen gemeinsam besprechen

noch Tabelle 123

Teilbereich	Aufgabe/Teilempfehlung	Beispiel
Einbeziehung des Patienten in Versorgungsprozess	Patientenaktivierung und Stärkung des „Selbst-Managements“ Entwicklung von individuellen Behandlungsplänen mit Patienten Patientenschulung	Bewegungsprogramm, Unterstützung bei Blutdruck-Selbstmessung Individueller Plan zur flexiblen, aber geregelten Anpassung der Medikation bei Herzinsuffizienz Hypertonie-Schulung
Betrachtung des Patienten im Kontext der Population und seines Umfeldes	Familienmedizin und Public Health-Aspekte berücksichtigen	Impfungen durchführen, belastende Pflege von Angehörigen sowie Risiken am Arbeitsplatz berücksichtigen
Ebene 2: Organisation des Versorgungsprozesses („Mikrosystem“)		
Integration der Versorgungsprozesse in der Praxis	Befunde von Fachspezialisten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen werden zusammengeführt	Betreuungsteam stimmt praxisintern angemessene Therapie bei Mehrfach erkrankten gemeinsam ab
Verbesserte Kooperation mit anderen Leistungserbringern	Gemeinsame, arbeitsteilige Betreuung chronisch Kranker	Liaison-Sprechstunden von Fachspezialisten in hausärztlicher Praxis
Verbesserte Patientenorientierung	Bedürfnisse der Patienten, weniger der Beschäftigten, bestimmen Angebote (<i>patient-focused care</i>)	z. B. verbesserte Erreichbarkeit der Praxis, Optimierung der Konsultationsdauer
Entwicklung populationsbasierter Strategien	Register/statistische Übersicht zu Patienten mit chronischen Erkrankungen/ Risikofaktoren	Benchmarking des erreichten Anteils gegen Grippe geimpfter chronisch Kranker mit anderen Praxen
Nutzung moderner Informationstechniken	Elektronische Patientenakte, E-Mail-Kontakt zu Patienten	Individueller Betreuungsplan steht allen Beteiligten zur Verfügung
Berücksichtigung von Strategien der Qualitätsförderung	Nutzung aussagekräftiger Qualitätsindikatoren und eines (internen) Qualitätsmanagementsystems Förderung der Patientensicherheit	Gezielte Teambesprechungen zur Versorgungsqualität bei einzelnen Erkrankungen praxisinterne Teambesprechungen auf der Basis eines Fehlerbuchs
Organisation der Arbeit in großen Praxisteams	Zusammenschlüsse bisher unabhängig arbeitender Hausärzte in unterschiedlichen Praxisformen Umsetzung evidenzbas. Leitlinien Steigerung der Effizienz im Team	Gemeinsame Nutzung verschiedener Kompetenzen und Kenntnisse Gesonderte Chroniker-Sprechstunden Abstimmung praxisinterner Versorgungspfade
Neue Formen der Arbeitsteilung/ Kompetenzverteilung im Team	Bildung von Duos bzw. <i>teamlets</i> Gemeinsame Planung der Aufgabenverteilung in der Praxis Förderung der <i>comprehensiveness of care</i> , Erkennen eigener Versorgungslücken	Hausärzte und MFA/Schwester betreuen chronisch Kranke als Kleinteam gemeinsam: Hausarzt delegiert bestimmte Aufgaben (z. B. Monitoring-Untersuchungen, inkl. Dokumentation)
Neue Rollenentwürfe	MFA übernehmen Case Management-Funktion Entlastung der Arztfunktionen	Telefon-Monitoring mit standardisiertem Protokoll bei Arthrose oder Major Depression durch MFA

noch Tabelle 123

Teilbereich	Aufgabe/Teilempfehlung	Beispiel
Qualifikationsentwicklung (<i>human resource continuum</i>)	Gezielte Personalentwicklung/Professionalisierung für das Praxisteam Förderung der Organisationskultur in der Praxis („lernende Organisation“) Stärkung von Beratungskompetenzen	Individuelle Fort- und Weiterbildungspläne für Praxisteam Leitung lebt Kultur des Lernens aus Fehlern vor Gezielte Fort- und Weiterbildung zu kommunikativen Kompetenzen
Ebene 3: Gesundheitssystem/gesundheitspolitische Rahmenbedingungen		
Kooperation/Vernetzung zwischen Hausarztpraxen (lokale Netzwerke), neue Kooperationsformen	Je nach Bedarf und örtlicher Situation (z. B. Stadt, Land): vernetzte Einzelpraxen, Primärversorgungspraxen, MVZ und andere	(freiberuflicher) Zusammenschluss in „Gesundheitsimmobilien“, Gründung von Patientenschulungs-Vereinen
Kooperation mit anderen Leistungserbringern (aus anderen Sektoren)	Implementierung von evidenzbasierten Behandlungspfaden, Verträge zur integrierten Versorgung, Organisation von Liaison-Sprechstunden	Koordinierung professioneller psychotherapeutischer Unterstützung und von Selbsthilfegruppen bei Krebskranken
Stärkung der Patientenbindung, Erhöhung der Kontinuität	Versorgung einer definierten Population	Einschreibung von Versicherten in regionale Versorgungsmodelle
Sicherstellung eines qualifizierten Erstkontakts mit dem Gesundheitssystem	Niedrigschwelliger Zugang zur initialen Einschätzung von Gesundheitsproblemen	Möglichst zuverlässige Unterscheidung einer Angststörung von einer koronaren Herzkrankheit
Reform des Vergütungssystems	Einführung von (Full-)Capitation-Systemen, Vergütungen (oder <i>fund-holding</i>) im Rahmen integrierter Versorgung Payment mix unter Berücksichtigung von qualitätsfördernden Anreizen	Kontaktunabhängige Vergütung aller Kosten zur Versorgung einer definierten Population (ca. 80 bis 90 % Full Capitation) plus gezielte Anreize, z. B. für Grippeimpfungen, Palliativmedizin (ca. 10 bis 20 % <i>pay for performance</i> gegen Unterversorgung)
Gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung und Ressourcen des Gesundheitssystems in Übereinstimmung bringen	Effizienz und Angemessenheit der Versorgung verbessern	Angebotsseitigen Faktoren für eine Überinanspruchnahme (z. B. bildgebende Verfahren) entgegenwirken, empfohlene Impfungen durchführen
Förderung der Versorgungsqualität durch gezielte allgemeinmedizinische Forschung und Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis	Prüfung der „effectiveness“ von zuvor in klinischen Studien entwickelten Strategien unter den Bedingungen der Alltagspraxis	Prüfung der Langzeitfolgen eines neuen Medikaments bei mehrfach erkrankten (Durchschnitts-) Patienten hausärztlicher Praxen

Quelle: Eigene Darstellung

8.2.2 Primärversorgungspraxen (PVP) als mögliche Elemente einer patientenzentrierten und populationsbezogenen Versorgung

1152. Das im Folgenden beschriebene Konzept – zunächst modellhaft etablierter – wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP) stellt den Versuch dar, die bisherigen Analysen und Erkenntnisse in einem konkreten Konzept für eine zukunftsorientierte, generationengerechte Grundversorgung der Bevölkerung in Deutschland

zu kondensieren. Dabei sind insbesondere folgende, in vorangehenden Kapiteln dargestellte Erkenntnisse bzw. (nationale und internationale) Vorschläge grundlegend:

- der Ist-Zustand der Versorgung in Deutschland (Abschnitt 6.1.4),
- die speziellen zukünftigen Herausforderungen für die (hausärztliche) Versorgung, insbesondere: demografische Alterung (Kapitel 2), Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität (Kapitel 5), steigende Arbeitslast einerseits und Nachwuchsmangel

andererseits sowie die Entwicklung der Angebotsseite (Kapitel 2.7),

- die Analyse der bereits existierenden hausarztorientierten (indikationsübergreifenden und populationsbezogenen) Versorgungsmodelle (Abschnitt 6.5.3),
- die bisher vorliegende, im Auftrag des Rats zusammengefasste Evidenz:
 - Evidenzreport zu der hausarztorientierten Versorgung (Abschnitt 6.1.3),
 - systematischer Review zu hausärztlichem Gatekeeping (Abschnitt 7.7.2.3),
- EU-Gutachten zur Leistungsfähigkeit und Fortentwicklung der Primärversorgung, inkl. Stepped Care- und Shared Care-Ansätzen (Unterkapitel 7.1),
- Patient-Centred Medical Home (Unterkapitel 7.2),
- Bellagio-Modell (Unterkapitel 7.3),
- Roadmap des Royal College of General Practitioners (Unterkapitel 7.4),
- Chronic Care-Modell (Unterkapitel 7.5),
- World Health Report 2008 der WHO (Abschnitt 6.1.2) und
- Vorschläge der Gesundheitsministerkonferenz, GMK sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KBV (Abschnitt 7.7.2.3).

1153. Im Folgenden werden – im Sinne einer konkreten Vision und in Anlehnung an Vorschläge von Bodenheimer (2008) – die mögliche Ausgestaltung wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP) als Element einer populationsbezogenen Versorgung sowie einige damit verbundene potenzielle Vor- und Nachteile beschrieben. Der Vorschlag versucht, einerseits den sich verändernden Verhältnissen (z. B. den sich verändernden Motiven und Interessen von Nachwuchsmedizinerinnen) Rechnung zu tragen, und andererseits Essentials hausärztlicher Versorgung (insbesondere die persönliche Arzt-Patient-Beziehung) zu bewahren. Nach den genannten, in Tabelle 123 zusammengefassten Überlegungen sind Veränderungen auf drei Gestaltungsebenen

- unmittelbare Arzt-Patient-Beziehung,
- Ebene der Versorgungsabläufe/des Praxisteam (Mikrosystem) und
- Ebene der Rahmenbedingungen/Praxisinstitutionalisierung

notwendig. Im Folgenden stehen dabei die möglichen Formen der Praxisgründung und die Rahmenbedingungen im Vordergrund. Im Rahmen des hier beschriebenen Modells lassen sich veränderte Versorgungsabläufe, veränderte Aufgabenteilungen und Zusammenarbeitsformen im Praxisteam möglichst optimal realisieren. Dies hätte dann auch Auswirkungen auf die unmittelbare Arzt-/Team-Patientenbeziehung, in der sich auch neue Charak-

teristika und Elemente von Patientenorientierung bzw. -zentrierung ausprägen können.

1154. Ein Ausgangspunkt der weiteren Überlegungen ist die Feststellung, dass ein Hausarzt etwa 18 Stunden täglich benötigen würde, um alle empfohlenen Maßnahmen zur angemessenen Prävention und zur Betreuung seiner chronisch kranken Patienten in einer typischen Praxisklientel (von 2 000 bis 2 500 Patienten) umzusetzen. Da dies faktisch nicht möglich ist, führt dies zusammen mit anderen Gründen dazu, dass derzeit durchschnittlich weniger als die Hälfte einer evidenzbasierten Versorgung tatsächlich realisiert wird (Bodenheimer 2006, 2007 nach Østbye et al. 2005; Yarnall et al. 2003). Auch wenn diese Ergebnisse aus den USA stammen und nicht ohne weiteres auf das deutsche Versorgungssystem übertragbar sein dürften, steigt auch hierzulande der je Hausarzt zu bewältigende Versorgungsbedarf (vgl. Abschnitt 6.1.5.3). Berichte, nach denen eine angemessene Versorgung von immer mehr chronisch kranken bzw. multimorbiden Patienten immer anspruchsvoller und schwieriger wird, nehmen zu, nicht nur in den ländlichen Gebieten Ostdeutschlands. So klagen zum Beispiel auch Hausärzte in ärmeren Stadtteilen deutscher Großstädte zunehmend über Überlastung sowie Zeitdruck (Rieser 2008). Je stärker einerseits die Anforderungen bzw. die Versorgungslast in der Grundversorgung wachsen und je weniger hausärztliche Arbeitskraft andererseits zur Verfügung steht (weniger Hausärzte und gleichzeitig geringere Pro-Kopf-Arbeitskapazität), um so größer wird die objektive und die empfundene Diskrepanz. Immer mehr deutsche Hausarztpraxen nehmen keine neuen Patienten mehr an, da sie sich mit der bereits erreichten Patientenzahl an den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit sehen. Durch immer mehr Patienten überforderte Hausarztpraxen bleiben gleichzeitig unter ihren qualitativen Möglichkeiten. Auch Patienten klagen über längere Wartezeiten und „gestresste“ Ärzte (Rieser 2008).

1155. Eine primär naheliegende Überlegung wäre die Reduktion der Patientenzahl je Arzt. Es bietet sich daher an, nur etwa 15 Patienten je Tag mit je 30 Minuten reiner Konsultationszeit zu versorgen, als zum Beispiel 40 Patienten in einem 10-Minuten-Rhythmus. Das ist jedoch gerade hierzulande eine Herausforderung: Die ärztlichen Sprechstunden sind in Deutschland pro Patient um 30 % kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die kürzesten in Europa. Dennoch haben Ärzte in Deutschland längere Arbeitszeiten (IQWiG 2008). Angemessene Beratungszeiten wären ohne weitere Verschärfung des Mangels an Hausärzten aber nur erreichbar, wenn gleichzeitig auch die (international vergleichsweise sehr hohe) Häufigkeit von jährlichen Arzt-Patient-Kontakten reduziert wird. Die Rekord-Zahlen aus Deutschland stimmen bedenklich (vgl. Abschnitt 6.1.4 und 6.1.5.3). Alternativ – falls eine insgesamt etwa gleich große Zahl von Patienten bei unveränderter Kontaktrate betreut werden soll – kommt in erster Linie eine weitaus stärkere Aufgabenteilung (innerhalb des Praxisteam) in Frage, die dann mit einer Delegation bestimmter Aufgaben an andere, nicht-ärztliche Teammitglieder einhergeht. Dies ist wiederum

nur möglich, wenn die Honorar- bzw. Gebührenordnungen nicht ausschließlich die persönliche Leistungserbringung von Ärzten erfordern, sondern gleichzeitig neue Spielräume für eine angemessene Honorierung von Teamleistungen geschaffen werden.²⁰⁴ Das Ziel einer Aufgabenteilung bringt eine Reihe von Konsequenzen mit sich: Hausärzte müssen in einem Primärversorgungsteam sehr viel stärker als bisher die Rolle eines Koordinators und Moderators mit Letztverantwortung übernehmen.

1156. Neben dem eigentlichen Arzt-Patient-Kontakt gehört es, im Rahmen einer vom Rat zur Erprobung empfohlenen populationsbezogenen Versorgung, zu den Aufgaben des PVP- bzw. Praxisteam, die eigene Praxispopulation systematisch und als Ganzes zu betrachten und zu betreuen (so genanntes *panel management*) (Neuwirth et al. 2007). Dabei stellen sich zum Beispiel folgende Fragen: Für wen sind wir verantwortlich? Wie viele Diabetiker versorgen wir? Wie können wir dieser Gruppe Unterstützungsangebote (zum so genannten *empowerment*, vgl. Chronic Care-Modell) machen? Wie organisieren wir ein zuverlässiges und nachhaltiges, d. h. systematisches (nicht zufälliges) System zur Langzeitbetreuung (*follow up*) mit programmierter Wiedereinbestellung (*recall*) zu Kontrollbesuchen und praxisinternen Erinnerungen (*remindern*) an anstehende Kontrolluntersuchungen (z. B. Augenhintergrunduntersuchungen) für alle Diabetiker? Ziel ist die Stratifizierung der versorgten Patienten nach individuellem Bedarf und individuellen Bedürfnissen. Die interne Organisation und Ausrichtung der eigenen Angebote muss dazu passen. Eine bessere Trennung von Akutversorgung und Versorgung chronisch Kranker dürfte zum Beispiel sinnvoll sein. Auch die Organisation eines systematischen Impf-Recalls oder die Planung von (präventiven) Hausbesuchen oder Monitoring-Anrufen bei chronisch Kranken kann zu den Aufgaben gehören. Der Fokus verschiebt sich damit auf eine nachhaltige und umfassendere Versorgung einer (möglichst gesunden) Population.

²⁰⁴ Das bisherige Honorarsystem setzt in der Regel zwingend eine persönliche Leistungserbringung durch einen Arzt voraus. Es gibt bislang nur sehr wenige explizit delegierbare Leistungen (etwa Hausbesuche durch Arzthelfer bzw. Medizinische Fachangestellte), die wiederum unzureichend honoriert werden.

1157. Insbesondere die auf diese Weise erfolgte individuelle Stratifizierung chronisch Kranker entsprechend ihres tatsächlichen Betreuungsbedarfs erlaubt eine strukturierte und differenzierte Planung der Versorgung sowie eine operative Aufgabenteilung innerhalb des PVP-Teams. Denkbar ist z. B. die Differenzierung von Akutsprechstunden, Präventionsprechstunden und Chronikersprechstunden. Insbesondere im Bereich der medizinischen Prävention (u. a. Patientenschulungen, Impfungen) sowie bei der Langzeitbetreuung chronisch Kranker (Monitoring diverser Messwerte) können MFAs/Pflegekräfte wichtige Aufgaben übernehmen, die derzeit zumeist noch Hausärzte durchführen. Vor allem das Monitoring von chronisch Kranken durch Medizinische Fachangestellte mit Hilfe von einfachen, hochstrukturierten und validierten Monitoringlisten (z. B. Depressions-Monitoring-Liste, Arthrose-Monitoring-Liste) hat sich in deutschen Hausarztpraxen bereits als praktikabel und effektiv erwiesen (Gensichen et al. 2006, 2009; Rosemann et al. 2005, 2007). Insbesondere im Bereich der Dokumentation, dem Ausfüllen von Formularen, der Mitteilung von Normalwerten (auch per Telefon oder per E-Mail) sowie bei kleineren Problemen (Verbandswechsel, Beratung zum alltäglichen Umgang mit der chronischen Erkrankung) können erfahrene, speziell auf ihre neuen Aufgaben vorbereitete, MFAs und Pflegekräfte Aufgaben übernehmen, die nicht zwingend eine ärztliche Approbation voraussetzen.

1158. Erst mit einer gewissen Größe einer Primärversorgungspraxis ist eine Differenzierung nach Bedarf möglich. So könnten Aufgaben wie Patientenschulungen, Wundbetreuung, Inkontinenztherapie, sozialmedizinische Beratung von Angehörigen etc. im Verbund mit entsprechenden Angeboten „unter einem Dach“ synergistisch erfüllt werden. Die Betreuung von Patienten mit psychischen Problemen oder Suchtproblematik könnte – unter hausärztlicher Supervision und in Kooperation mit Psychiatern/Psychotherapeuten etc. – durch verhaltensmedizinisch oder suchtherapeutisch erfahrene Pflegekräfte unterstützt werden.

1159. Welche Veränderungen sich im Praxisalltag ergeben könnten, soll an einem fiktiven Beispiel (Gerlach et al. 2006 nach Bodenheimer et al. 2002) beschrieben werden, in dem – etwas pointiert – die Alltagspraxis von heute und die Praxis bzw. die Primärversorgungspraxis von morgen gegenüber gestellt werden (Kasten).

Fallbeispiel 1: Alltagspraxis heute

Herr Müller, Diabetiker, 64 Jahre, erscheint am Montagmorgen wegen akuter Knieschmerzen in der Hausarztpraxis von Dr. Schmidt. Nach Abklärung der Akutsymptomatik erkundigt sich Dr. Schmidt nach den Blutzuckerwerten seines Patienten und erhält die Antwort, dass diese „in Ordnung“ seien. Da Dr. Schmidt in der Patientenakte vergeblich nach den letzten Laborwerten und dem Bericht des Augenarztes sucht und Herr Müller auch keinen Diabetikerpass dabei hat, misst Dr. Schmidt den Blutdruck und veranlasst eine sofortige Blutentnahme. Die am Abend eingehenden Laborwerte ergeben unter anderem einen HbA1C von 8,5 %. Dr. Schmidt beschließt, sich beim nächsten Besuch des Patienten ausführlicher mit dem Diabetes zu beschäftigen.

An diesem Beispiel fällt u. a. Folgendes auf:

1. Der Patient kommt wegen akuter Beschwerden und bestimmt den Zeitpunkt (Montagmorgen).
2. Seine chronische Krankheit bleibt im Hintergrund. Sofern er sich nicht selbst erneut meldet, erfolgt kein weiterer Kontakt.
3. Die Praxis hat keine etablierte Routine für ein krankheitsspezifisches Monitoring. Die Patientenakten sind nicht systematisch geführt und verschaffen dem Arzt keinen angemessenen Überblick über Therapieverlauf und anstehende Aufgaben. Auch fehlen praxistaugliche Pläne für ein krankheitsspezifisches Beobachten der Ergebnisse (zum Beispiel regelmäßige Kontrollen von Blutzucker und Blutdruck). Daher fallen Versäumnisse (hier fehlende Augenhintergrunduntersuchung) eher zufällig auf.
4. Praxisteam und Patient sind unzureichend auf das aktuelle Treffen vorbereitet. Schon der enge Zeitrahmen an einem Montagmorgen lässt ausführliche Beratung oder vorausschauende Planungen kaum zu. Hier dominiert das Dringliche, also die Lösung des akuten Problems: Ausstehende Aufgaben können – genauso wie klare Absprachen zu Behandlungszielen mit dem Patienten – nicht mehr an diesem Tag nachgeholt werden.
5. Der Patient ist wenig einbezogen bzw. uninformiert und verhält sich eher abwartend bzw. passiv.

Fallbeispiel 2: Die Primärversorgungspraxis von morgen

Frau Meier kommt zu ihrer geplanten Routinevorstellung in die Primärversorgungspraxis. Wie sie das in ihrer Selbstmanagement-Gruppe erlernt hat, händigt sie dem Medizinischen Fachangestellten (MFA) – nicht dem Arzt – ihren Diabetikerausweis aus. Der MFA trägt die Daten in die elektronische Patientenakte ein und druckt eine Verlaufskurve der HbA1C-Werte für Frau Meier und ihren persönlichen Hausarzt Dr. Becker aus. Beim Öffnen der Patientenakte erscheint automatisch eine Erinnerungsmeldung für die noch ausstehende Augenhintergrunduntersuchung. Die Kurven der Verlaufparameter, die Arzt und Patientin gemeinsam sehen, sind – inklusive des Blutdrucks – bis auf eine Erhöhung des LDL-Wertes unauffällig. Dr. Becker vereinbart mit seiner Patientin einen Behandlungsplan zur Cholesterinsenkung – sie bekommt bei der Gelegenheit auch ein Statin neu verordnet – und legt gemeinsam mit Frau Meier die Behandlungsziele fest. Der MFA vereinbart zwei Termine für Frau Meier, einen beim Augenarzt und einen bei dem Diätberater. Dr. Becker stellt in seiner Praxisstatistik erfreut fest, dass der Anteil „seiner“ Diabetiker mit jährlicher Augenhintergrunduntersuchung von 45 auf 67 % gestiegen ist.

An diesem wiederum typisierenden Beispiel einer Primärversorgungspraxis „von morgen“ lässt sich Folgendes erkennen:

1. Die Primärversorgungspraxis ist vorbereitet und praktiziert eine vorausschauende Betreuung. Die Praxis ist nicht darauf beschränkt zu reagieren, sondern sie hat ein klares, prospektiv ausgerichtetes Konzept.
2. Die Patientin ist informiert und „aktiviert“. Sie bringt ihren Diabetikerausweis mit und weiß, worauf es ankommt.
3. Es erfolgt keineswegs eine Behandlung nach „Schema F“, sondern eine konsequent am individuellen Risikoprofil orientierte Therapie.
4. Im Hintergrund hat die Praxis eine aktuelle Wissensbasis, zum Beispiel in Form von evidenzbasierten Praxisleitlinien.
5. Die Versorgungsprozesse sind strukturiert. Es gibt definierte Schnittstellen, die MFA sind einbezogen, und auch die Patientin kennt ihre Rolle.
6. Es gibt eine Ergebnismessung. Die Praxis weiß, wo sie steht, und zwar bezogen auf den einzelnen Patienten, aber auch auf die Gruppe aller chronisch Kranken (Diabetiker). Diese Standortbestimmung ist wiederum Voraussetzung für einen systematischen, kontinuierlichen Verbesserungsprozess.
7. Es werden verschiedene Organisationshilfen und -werkzeuge eingesetzt, die durch eine moderne Praxissoftware unterstützt werden.

1160. Über Art und Umfang der Delegation von Leistungen muss innerhalb des Teams entschieden werden. Neben den im Team vorhandenen Qualifikationen und Vorerfahrungen ist in jedem Einzelfall auch die ärztliche Beurteilung der individuellen bio-psychosozialen Situation des Patienten und die darauf basierende Einschätzung von Risiken und Bedarf erforderlich. Hausärzte können Moderations- und Koordinationsaufgaben auch an andere Teammitglieder delegieren, die Letztverantwortung muss jedoch eindeutig geregelt sein. Das hier skizzierte Konzept einer PVP mit erhöhter Verantwortung für MFAs eröffnet einer vergleichsweise schlecht bezahlten Berufsgruppe mit rund 320 000 Beschäftigten neue Berufsperspektiven und Einkommenschancen (Verband medizinischer Fachberufe 2008). Die Professionalisierung des Praxisteams dient insofern auch der Gewinnung und dauerhaften Beschäftigung qualifizierter und motivierter Mitarbeiter.

1161. Die auf diese Weise erreichte maximal mögliche Entlastung des Arzt-Patient-Kontaktes führt dazu, dass Hausärzte sich wieder auf das Wesentliche konzentrieren können: die Arzt-Patient-Beziehung. Sie haben mehr Ruhe und Raum, um besser auf individuelle Probleme ihrer Patienten einzugehen. Insbesondere für Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen (Multimorbidität, Polypharmazie, häufige Inanspruchnahmen, Palliativbetreuung, Sterbebegleitung) stünde mehr hausärztliche Arbeitszeit bzw. Aufmerksamkeit zur Verfügung.

1162. Die hier angestrebte nachhaltige Betreuung einer definierten Population macht ein Einschreibesystem erforderlich. Versicherte haben dabei, wie bereits in vielen anderen Ländern mit Primary Care-Orientierung praktiziert, grundsätzlich die freie Wahl zwischen allen Hausarzt- bzw. Primärversorgungspraxen. Die Versicherten wählen für sich und evtl. ihre Familie einen Primärversorger und registrieren sich entsprechend. Die eindeutige Zugehörigkeit zu einer Praxis ist wichtig für alle populationsbezogenen Präventionsmaßnahmen (Für wen übernimmt die Praxis/die PVP Verantwortung?) und für die nachhaltige Langzeitbetreuung (Wem werden gezielte Angebote gemacht?). Auch zahlreiche Fragen der Versorgungsqualität bzw. der Versorgungsforschung lassen sich erst bei auf diese Weise erstmals feststehendem Nenner (Denominator) sinnvoll beantworten (z. B. Bei wieviel Prozent der Diabetiker wurde eine Untersuchung des Augenhintergrunds durchgeführt? Welcher Anteil der chronisch Kranken hat eine Grippeimpfung erhalten?). Soweit z. B. Honorare (Boni) für bestimmte Präventionsmaßnahmen Anreize setzen sollen, sind diese aus Public Health-Sicht erst mit einer auf eine definierte Population bezogenen Perspektive sinnvoll steuerbar. Mit Blick auf eine koordinierte Bedarfsplanung gilt ähnliches: Die exakte Zuordnung definierter Populationen zu hausärztlichen Praxen bzw. Primärversorgungspraxen erlaubt eine präzisere, frühzeitigere und zuverlässigere Erkennung auch kleinräumiger Über- und Unterversorgungstendenzen. Aus Sicht von Versicherten können (und müssen) durch ein auf die wohnortnahe Primärversorgung bezogenes Einschreibesystem die folgenden Fragen beantwortet werden: Wer ist für mich zuständig? An wen kann ich

mich wenden? Wo ist mein Medical Home? (vgl. Unterkapitel 7.2)

1163. Die vielleicht größte Herausforderung bei einem eventuellen Übergang von einer Einzelpraxis zu einer Primärversorgungspraxis mit mehreren Beteiligten ist die Bewahrung tragfähiger, persönlicher Arzt-Patient-Beziehungen. Die besondere Akzeptanz und Bedeutung hausärztlicher Versorgung gründet sich (nicht nur in Deutschland) letztlich auf eine verantwortungs- und vertrauensvolle Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung. Patientenbefragungen zeigen immer wieder: Patienten wollen einen zuverlässigen, für sie leicht erreichbaren persönlichen Ansprechpartner, der sie und ihre Krankengeschichte kennt, ihre Präferenzen versteht und respektiert und dem sie Vertrauen entgegenbringen können (u. a. Grol et al. 1999; Wensing et al. 2002). In diesem persönlichen Vertrauensverhältnis wirkt die „Droge Arzt“ (Balint 2001). Viele Patienten fürchten andererseits die wenig tragfähigen, anonymen und wechselhaften, nahezu beliebig erscheinenden Kontakte mit professionellen Leistungserbringern in großen Organisationen (z. B. Kliniken) und bevorzugen die persönliche Bindung an einen Helfer ihres Vertrauens. Eine Studie in 284 Hausarztpraxen in zehn europäischen Ländern (inklusive Deutschland) zeigte, dass Patienten sich in kleineren Praxen signifikant besser betreut fühlten als in größeren Praxen mit mehreren Ansprechpartnern bzw. Mitarbeitern (Wensing et al. 2008). Eine der wichtigsten Herausforderungen in der hier skizzierten Primärversorgungspraxis besteht daher wohl darin, das Vertrauen von Patienten zu einem individuellen Arzt auf ein Team zu übertragen. Aus diesem Grund, aber auch aus anderen Erwägungen (Erhalt persönlicher Verantwortlichkeit) heraus, sollten hier durchgängig Kleinteams (*teamlets*), bestehend aus je einem Hausarzt und einem (oder zwei) Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. Pflegekräften, zum Einsatz kommen (Bodenheimer/Laing 2007). Neben amerikanischen Erfahrungen liegen dazu inzwischen auch positive Berichte aus Israel vor, wo in 50 ambulanten Gesundheitszentren multidisziplinäre Teams etabliert wurden, die jeweils von einem Duo, bestehend aus einem Arzt und einer Pflegekraft, geleitet werden (Wilf-Miron et al. 2007). Es spricht einiges dafür und sollte gezielt erprobt werden, dass Patienten eine solche Kleinteamlösung innerhalb einer durchaus größeren PVP akzeptieren und auch zu diesem die von ihnen gewünschte (und oftmals benötigte) feste Beziehung und Bindung aufbauen. Auch heute sehen bereits viele Patienten Arzthelferinnen bzw. Medizinische Fachangestellte hausärztlicher Praxen als „verlängerten Arm“ ihres Hausarztes sowie als wichtige Vertrauenspersonen, denen sie häufig auch persönliche Details anvertrauen.

1164. Zur Sicherung eines optimalen Informationsflusses und damit der Betreuungskontinuität innerhalb einer PVP hat sich eine gemeinsame elektronische Patientenakte als sinnvoll erwiesen. Insbesondere bei multimorbiden Patienten mit oft zahlreichen Behandlerkontakten sollte diese eine dezentrale Datenspeicherung auf der koordinierenden Primärversorgungsebene vorsehen, aber auch einen schnittstellenübergreifenden, d. h. über die

Primärversorgungsebene hinaus gehenden, Informationsaustausch erlauben (Dorr et al. 2006).

1165. Zur vorsichtigen bzw. schrittweisen Umsetzung entsprechender PVP-Konzepte sei an dieser Stelle auf die neuen Möglichkeiten der flexibleren Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung hingewiesen. Im seit 2007 gültigen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde festgelegt, dass zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten – insbesondere auch zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen – die Möglichkeit besteht, auch im Umfang eines halben Versorgungsauftrages vertragsärztlich tätig zu sein („Teilzulassung“). Ein Arzt kann von vornherein eine Teilzulassung beantragen oder seine Zulassung später auf die Hälfte reduzieren. Unabhängig davon haben Vertragsärzte nun die Möglichkeit, Ärzte in unbegrenzter Anzahl und mit flexiblen Arbeitszeiten anzustellen, sofern in dem betreffenden Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Sofern Zulassungsbeschränkungen bestehen, muss sich der Arzt weiterhin zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten. Darüber hinaus besteht für den Arzt inzwischen die Möglichkeit, an verschiedenen Standorten tätig zu sein und so genannte Zweigpraxen zu gründen. Die Umsetzung der Möglichkeiten zur Teilzulassung wurden bisher dadurch eingeschränkt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Anträge auf Ausschreibung von (frei werdenden) hälftigen Vertragsarztsitzen mit Verweis auf § 103 Absatz 4 Satz 1 SGB V ablehnten. Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde der entsprechende § 103 SGB V neu gefasst, sodass seit 1. Januar 2009 nun auch eine Umsetzung dieser Regelung erfolgen sollte. Mit der Möglichkeit, ihre vertragsärztliche Tätigkeit auf einen hälftigen Versorgungsauftrag zu reduzieren (§ 19 a Absatz 2 Ärzte-ZV), ergibt sich für Praxisinhaber eine

neue Vielfalt von denkbaren Szenarien, in welcher Organisationsform sie in Zukunft tätig sein können:

1. Praxisinhaber, die sich in ihrem Umfeld ergebende Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Praxen zwar nutzen, aber dabei kein größeres finanzielles Risiko auf sich nehmen möchten, könnten mit 50 % ihrer Zulassung beispielsweise in einem freiberuflichen MVZ, einer Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft oder einer Primärversorgungspraxis (PVP) tätig werden und mit den übrigen 50 % ihre eigene Praxis weiterführen.
2. Praxisinhaber, die aus Altersgründen eine schrittweise Abgabe ihrer Praxis planen, könnten 50 % ihrer Praxis an eine PVP verkaufen und bei dieser anschließend als Angestellter arbeiten; später kann auch die zweite Hälfte an die PVP abgetreten werden. Diese könnte auch am alten Praxisstandort eine „Außenstelle“ einrichten, die zu bestimmten Zeiten mit angestellten oder freiberuflich tätigen Ärzten der PVP besetzt wird. Der ursprüngliche Praxisinhaber könnte dort ebenso stundenweise im Angestelltenverhältnis weiterhin seine Patienten versorgen.
3. Praxisinhaber könnten ebenfalls Klinikärzte in Teilzeit angestellt beschäftigen und auf diese Weise ihre eigenen Kompetenzen ergänzen und das Leistungsspektrum der Praxis ausweiten.
4. Praxisinhaber, die ihren privatärztlichen Anteil ausbauen möchten, könnten eine halbe vertragsärztliche Praxis an einen angestellten Kollegen abtreten und weiterhin nur noch mit 50% selbst vertragsärztlich tätig sein.

Die Beispiele und auch nachfolgender Exkurs zeigen, welche – bisher oft noch ungenutzten – Möglichkeiten bereits heute bestehen und zukünftig vermehrt genutzt werden könnten.

Exkurs: Das „Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum – SCHAAZ“

Dass und wie erste Schritte auf dem Weg zu neuen Konzepten in der Primärversorgung auch in Deutschland bereits umgesetzt werden, zeigt das Beispiel des Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrums, SCHAAZ.

Hintergrund: Schaafheim ist eine Gemeinde mit rund 9 000 Einwohnern im südhessischen Landkreis Darmstadt-Dieburg. Die ländlich strukturierte Region mit den Ortsteilen Mosbach, Radheim und Schlierbach liegt an den nördlichen Ausläufern des Odenwaldes, unmittelbar an der Grenze zu Bayern. Aufgrund der Altersstruktur der dort niedergelassenen Ärzte wird damit gerechnet, dass in den nächsten Jahren etwa drei Viertel aller Praxen in Schaafheim aus Altersgründen aufgegeben werden. Ältere Praxisinhaber suchen hier zum Teil bereits seit mehreren Jahren vergeblich Nachfolger. In der Nachbargemeinde Babenhausen ist aufgrund eines Nachfolgermangels bereits eine Unterversorgung eingetreten. Angesichts der sich abzeichnenden Probleme wird in der Region seit 2006 verstärkt über Möglichkeiten der zukünftigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung diskutiert. Ein bislang eher lockerer Zusammenschluss von Ärzten der Region mündete in der Gründung des Ärztenetzes Groß Umstadt.

Konzept: Längere Diskussionen einer kleineren Gruppe niedergelassener Hausärzte führten schließlich 2007/2008 zur Konkretisierung eines Konzepts für das „Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum, SCHAAZ“. Geplant wurde ein Zusammenschluss von sechs Hausärzten, die bisher in drei voneinander unabhängigen Praxen tätig waren, in einem Neubau mit gleichzeitiger gemeinsamer Neukonzeption der medizinischen Versorgung. Neben den beteiligten Hausärzten umfasst SCHAAZ auch eine Apotheke sowie eine zahnärztliche und eine physiotherapeutische Praxis. Zusätzlich sind strukturierte Kooperationen mit niedergelassenen Fachspezialisten und dem regionalen Krankenhaus Teil des Konzepts. So halten z. B. eine Gynäkologin und eine Hals-Nasen-Ohren-Ärztin an definierten Nachmittagen

Liäson-Sprechstunden ab, zu denen dann Patienten der betreuenden Hausärzte des SCHAAZ gezielt einbestellt werden können. Zur besseren Anbindung der Ortsteile Radheim und Mosbach, die über keine ärztliche Versorgung vor Ort verfügen, soll ein Minibus-Shuttle eingerichtet werden. Der Neubau eines privaten Investors, den die Praxen als Mieter nutzen, sieht eine gemeinsame Anmeldung, die gemeinsame Nutzung bereits vorhandener Geräte (inkl. kleiner Chirurgie, Gynäkologie) sowie die gemeinsame Nutzung eines speziellen Schulungsraums vor. Ein Kernprinzip des Zusammenschlusses ist, dass die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung unbedingt erhalten bleiben soll. Alle hier betreuten Patienten sollen daher nach wie vor ihren persönlichen Hausarzt behalten. Individuelle Interessen bzw. vorhandene Spezialkenntnisse sollen trotzdem bei Bedarf für interne Aufgabenteilung genutzt werden. So werden individuelle Schwerpunkte (z. B. Diabetes-Schulungen durch ausgebildete Diätassistentin) gesetzt und gemeinsam neue diagnostische sowie therapeutische Optionen besser genutzt. Auch die Möglichkeiten verlängerter Öffnungszeiten sowie gegenseitiger Urlaubs- und Krankheitsvertretungen sollen gemeinsam genutzt werden. Durch die gezielte Weiterbildung Medizinischer Fachangestellter zu Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) soll die strukturierte Betreuung chronisch Kranker gemeinsam optimiert werden. Teil eines gemeinsamen Konzeptes mit dem regionalen Krankenhaus ist darüber hinaus auch die Etablierung einer strukturierten Weiterbildungsrotation für zukünftige Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie die regelmäßige Mitarbeit jüngerer (Klinik-)Ärzte im SCHAAZ. Das Konzept wurde zunächst völlig unabhängig von der später gewählten Rechtsform entwickelt. Ohne Präjudizierung wurden gleichberechtigt verschiedene Möglichkeiten (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder Medizinisches Versorgungszentrum) erwogen. Die Eröffnung erfolgte nach Fertigstellung des Neubaus im Sommer 2008.

SCHAAZ ist aus verschiedenen Gründen bemerkenswert: Zum einen geht hier die Initiative von „Alterspraxen“ aus, die auf der Basis entsprechender Vorerfahrungen als potentielle Abgeber zunächst befürchten mussten, keine Nachfolger für ihre ländlichen Einzelpraxen interessieren zu können. Sehr bald wurde jedoch deutlich, dass das nunmehr gewählte Konzept für den potentiellen ärztlichen Nachwuchs tatsächlich attraktiver ist. Schon nachdem die ersten Pläne zur Etablierung des SCHAAZ öffentlich bekannt wurden, erhielten die Initiatoren zahlreiche Anfragen von an einer Mitarbeit interessierten Nachwuchsmedizinern. Da der Praxisverkauf traditionell ein wichtiger Teil der Alterssicherung niedergelassener Ärzte ist, ist das hier gewählte Konzept offenbar geeignet, den dabei maßgeblichen Werterhalt abgabewilliger Praxen zu sichern. Das Konzept macht außerdem deutlich, dass auf diese Weise zahlreiche interne und externe Kooperationen intensiviert oder neu entwickelt werden können. Dies ist auch für die hier beschäftigten Medizinischen Fachangestellten von Bedeutung, denen damit eine verlässliche Perspektive gegeben wird und die durch gezielte Personalentwicklung (Weiterbildung, Delegation anspruchsvollerer Versorgungsaufgaben) ein wichtiger Teil des Konzepts sind. Die Gesamtkonzeption fokussiert auf die zunehmend wichtiger werdende Langzeitbetreuung chronisch Kranker. Die gemeinsame Nutzung von Einrichtungen und Personal verbessert die Kosteneffektivität und Effizienz insgesamt (Kosten- und Risiken werden gesenkt bzw. geteilt). Eine wissenschaftliche Evaluation des Modells soll u. a. klären, inwieweit die dabei maßgeblichen Erwartungen aller Beteiligten (Ärzte, Praxisteam und Patienten) in Erfüllung gehen bzw. inwieweit Grenzen bzw. potentielle Nachteile dieser neuen Kooperationsform (z. B. interne Abstimmungsprobleme, anonymere Kontakte) deutlich werden.

Der Rat präferiert keine bestimmte Träger-, Betreiber- oder Rechtsform, sondern ist der Auffassung, dass die hier notwendigen Entscheidungen von den Beteiligten vor Ort in eigener Verantwortung getroffen werden können und sollten. Soweit im Folgenden vereinfachend von Primärversorgungspraxen (PVP) gesprochen wird, sind prinzipiell also auch andere Modelle denkbar.

1166. Neue Organisationsformen sollten die (u. a. auch durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-OrgWG) gegebenen Freiräume je nach lokalem Bedarf und individuellen Präferenzen kreativ nutzen. So sind z. B. Liaison-Modelle zwischen Hausärzten und niedergelassenen Fachspezialisten oder Kliniken ebenso möglich, wie Weiterbildungsrotationen für zukünftige Fachärzte für Allgemeinmedizin. Insbesondere mit Blick auf die veränderten beruflichen Präferenzen des (ärztlichen) Nachwuchses können Teilzeittätigkeiten und Beschäftigungen im Angestelltenstatus attraktiv sein und als Alternativen zum traditionellen Praxiskauf in Frage kommen. Auch innerhalb der Praxis sind neue Formen der Arbeitsteilung denkbar. So erlaubt zum Beispiel die Einfüh-

rung von Schichtsystemen, bei denen mit sparsamem Raumangebot mehrere Haus- und ggf. Fachärzte zusammenarbeiten, sowohl die ganztägige Öffnung einer PVP an sechs Tagen einer Woche als auch die gleichzeitige Realisierung einer individuellen 4-Tage-Woche.

8.2.3 Spezielle Ausgestaltung und Erprobung von Modellen in ländlichen Versorgungsbereichen

1167. Es ist einerseits absehbar, dass die hausärztliche Versorgung vor allem im ländlichen Bereich gefährdet ist, und andererseits wird deutlich, dass hier oftmals spezielle, anders als in Ballungszentren konzipierte Maßnahmen erforderlich sind, um weiteren Versorgungsengpässen zu begegnen. Im Folgenden sollen ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige Erkenntnisse und Überlegungen sowie geplante bzw. bereits ergriffene Maßnahmen zur Sicherstellung der (haus)ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum skizziert werden.

1168. Im ländlichen Raum, derzeit vor allem in Ostdeutschland, zunehmend aber auch im Westen Deutsch-

lands, ist die zukünftige hausärztliche Versorgung infolge eines Nachwuchsmangels zunehmend gefährdet (vgl. Abschnitt 2.4.3 und 6.1.5). Grundsätzlich bestehen bei der Reorganisation von Versorgungsangeboten unter den Bedingungen einer schrumpfenden, alternden Bevölkerung wie auch einer zurückgehenden Zahl von Leistungserbringern in ländlichen Regionen stets zwei mögliche Richtungen: einerseits eine stärkere Zentralisierung (Konzentration der Infrastrukturleistungen an zentralen Orten), andererseits einer stärkere Dezentralisierung mittels eines größeren Anteils an mobilen Leistungen. Dies betrifft im Prinzip die Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen ebenso wie z. B. die Versorgung mit Bedarfsartikeln des täglichen Lebens (Elkeles 2007). Eine Arbeitsgruppe „Sicherung der medizinischen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte“ hat den raumordnerischen Ansatz so genannter „Zentraler Orte“ zum Vorschlag „Hausärztliche Versorgungszentren in zentralen Orten“ spezifiziert. Die zentralen Orte gliedern sich nach dem Raumordnungsgesetz (ROG) in Oberzentren, Mittelzentren, Mittelzentren mit Teilfunktion, Unterzentren und Ländliche Zentralorte. In einem solchen hausärztlichen Versorgungszentrum „in zentralen Orten“ sollten mehrere Allgemeinmediziner zusammenarbeiten, denen sich auch Fachärzte anschließen können (Böck-Friese 2003). Für alle zentralen Orte sieht das Programm „Einrichtungen des Gesundheitswesens (Arzt, Apotheke)“ vor. Zentrale Orte der Nahbereichsstufe sollen von außerhalb in maximal 20 oder 30 Minuten erreichbar sein. Die vorgeschlagene Reorganisation der Bedarfsplanung zugunsten zentraler Orte hat Elemente sowohl von Dezentralisierung (bezogen auf die kassenärztlichen Planungsbereiche) als auch von Zentralisierung (sollten solche Zentren gelegentlich periphere Praxisstandorte ersetzen) (Elkeles 2007). Der Landtag von Mecklenburg-Vorpommern hat bereits 2005 einen „Masterplan zur Sicherung der ärztlichen Versorgung“ beschlossen, der u. a. Ausfallbürgschaften für Praxisgründungen, Verwaltungsinvestitionen bzw. Praxisübernahmen und Maßnahmen zur Schaffung attraktiver Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen sowie die Einbeziehung der Kommunen vorsieht (Landtag Mecklenburg-Vorpommern 2005).

1169. Unter raumplanerischen Aspekten wurden in einer Hochrechnung der hausärztlichen Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Hessen) für das Jahr 2020 zwei gegensätzliche Szenarien projiziert, die angesichts der „teilräumlichen Unterschiede“ auch parallel zueinander angewendet werden können (Bächle et al. 2009):

a) **Dezentrale Hausarztversorgung:** Dieses Szenario lehnt sich an die Vorgaben des Regionalplans Nordhessen von 2006 an, nach dem jede Gemeinde ein „Grundzentrum“ ist und damit auch Standort für die ärztliche Grundversorgung sein soll. Zentrale Elemente des Szenarios der dezentralen Hausarztversorgung sind „Kooperationspraxen“ und „Landarzt-räume“: In Gemeinden ohne eigenen Hausarzt soll die Versorgung durch Kooperationspraxen aufrecht-erhalten werden, in denen Hausärzte aus umliegenden Gemeinden an unterschiedlichen Tagen ihre

Sprechstunde (in der Praxis des in den Ruhestand gegangenen Arztes bzw. anderen geeigneten Räumlichkeiten) abhalten. Diverse Maßnahmen kommunaler Verwaltungen zur Steigerung der Attraktivität einer Niederlassung junger Arztfamilien (z. B. günstiger Wohnraum, Praxisräume in Gemeindezentren) sollen diese Maßnahme ergänzen. Gemeinden, in denen die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner/km² beträgt, sollen als „Landarztträume“ gekennzeichnet werden. Dort sollen Hausärzte einen Honorarzuschlag um ca. 25 % (evtl. höher bei Hausbesuchen und Notdiensten) erhalten. Kassenärztliche Vereinigungen sollten dabei den Status einer „besonders förderungswürdigen Landarzt-Niederlassung“ etablieren, mit dem finanzielle Starthilfen, Regeressbefreiung, intensive Niederlassungsbetreuung etc. verbunden sein sollten.

b) **Zentrale Hausarztversorgung:** In diesem Szenario soll die hausärztliche Grundversorgung der Bevölkerung auf der „zentralörtlichen Stufe der Mittelzentren“ stattfinden. Dabei ist vor allem an medizinische Versorgungszentren gedacht, in denen mehrere Hausärzte sowie Fachärzte gemeinsam tätig sind (vgl. dazu Abschnitt 8.2.2 und das dort vorgestellte Modell von „Primärversorgungspraxen“).

1170. Vorschläge der interministeriellen Kabinetts-Arbeitsgruppe „Ländlicher Raum“ der baden-württembergischen Landesregierung zielen ebenfalls auf die Sicherung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Erwogen werden u.a.: günstige Darlehen, preiswerte Wohn- und Praxisräume für junge Mediziner, Ausbau der Kinderbetreuung, bessere Anbindung von Arztpraxen an das öffentliche Verkehrsnetz, „Landarzt-taxis“ und telemedizinische Unterstützungen (z. B. Pfleger/innen fotografieren zu Hause und in Heimen Patienten (z. B. Wunden) (nach ÄZ 2008, endgültige Vorschläge stehen noch aus).

1171. Ein besonders im ländlichen Raum in Frage kommendes Konzept stellt die Einrichtung „rollierender Fahrdienste“ dar. Die konkrete Ausgestaltung dieser zum Beispiel als „Anruftaxi“ oder „Bürgerbus“ bezeichneten Dienste kann regional unterschiedlich sein. So könnten diese bei fehlenden Einzelpraxen in der Fläche Patienten von ihrem Wohnort zu Primärversorgungspraxen in Mittelzentren bringen. Um gleichzeitig den Beschäftigten in einer PVP die Ausübung einer Berufstätigkeit oder den Wiedereinstieg in den Beruf zu erleichtern bzw. überhaupt erst zu ermöglichen, könnten deren Kinder vom selben Fahrdienst zum Kindergarten, zur Schule oder zum Sport gebracht werden.

1172. Nach Vorschlag der Gesundheitsministerkonferenz sollen zukünftig die Möglichkeiten des § 82a Absatz 2 SGB V vermehrt ausgereizt werden, um Hausärzte in dünn besiedelten ländlichen Regionen finanziell besser zu stellen: Eine hausärztliche Praxis hat laut AOLG in ländlichen Regionen aufgrund von höheren Wegkosten und Außensprechstunden insgesamt höhere Kosten, die man auszugleichen wünscht. Zusätzliche finanzielle Anreize würden die Niederlassung von Haus-

ärzten in diesen Regionen begünstigen (GMK 2008). Ebenfalls vorgeschlagen werden Beihilfen der Kommunen und Länder für Praxisinvestitionen und -neueinrichtungen. Einige ausgewählte Beispiele aus den neuen Bundesländern zeigen, welche Maßnahmen hier bereits heute konkret umgesetzt werden (Michalak et al. 2008):

- **Brandenburg:** Höhere Wegegebühren für Hausbesuche, Umsatzgarantien der KV für neue Ärzte in Problemregionen, Pilotprojekt Gemeindeschwester, neue kooperative Organisationsformen wie Medizinische Versorgungszentren. Bis zu 50 000 Euro Prämie (so genannter „Sicherstellungszuschlag“) für junge Ärzte, die eine Landpraxis in einem medizinisch unterversorgten Gebiet übernehmen (KV Brandenburg 2009).
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Befreiung von Ärzten über 61 Jahren vom kassenärztlichen Notdienst, Neuregelung der Vergütung für den Notdienst, Erhöhung der Zahl geförderter Weiterbildungsstellen, Neuordnung von Planungsbereichen zur Begünstigung der Niederlassung im ländlichen Raum.
- **Sachsen:** Abgestufte Investitionspauschalen für Niederlassungswillige in unterversorgten Regionen, Bonuszahlungen bei Überschreiten der durchschnittlichen Fallzahlen, zusätzliche Förderbeiträge für Weiterbildungsassistenten bei Verpflichtung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen für mindestens drei Jahre.
- **Sachsen-Anhalt:** Sicherstellungszuschläge in Gebieten, in denen Unterversorgung droht.
- **Thüringen:** Sicherstellungszuschläge (500 Euro monatlich) für Hausärzte in unterversorgten Gebieten zur direkten Weitergabe an Assistenten.

8.3 Veränderte Arbeitsteilung

1173. Die Hauptkonfliktlinien in der jetzigen Form der Arbeitsteilung zwischen Sektoren und Bereichen des deutschen Gesundheitswesens betreffen, vereinfacht dargestellt, vier Themengebiete:

1. Abgrenzung zwischen Primärversorgung und ambulant erbrachter sekundärer Facharztversorgung,
2. Arbeitsteilung zwischen der sekundärfachärztlichen Versorgung im ambulanten und im Krankenhausbereich,
3. Kooperation zwischen ärztlicher Versorgung und Pflege, und
4. das Zusammenwirken und die gemeinsame Verantwortung zwischen den verschiedenen Formen der Prävention und der Gesundheitsversorgung.

1174. Ein Interessenausgleich kann nicht punktuell und isoliert an einer dieser Konfliktlinien stattfinden, ohne die anderen Bereiche mit einzubeziehen. Auf eine Lösung dieser Konflikte generell zu verzichten, kommt aber ebenfalls nicht in Frage, da gerade die letzten Jahre und Monate gezeigt haben, wie tiefgreifend die Konflikte sind und wie weit die Problematik reicht: Hausärzte und Fachärzte sind zerstritten, im sekundärfachärztlichen Bereich konkurrieren niedergelassene Ärzte mit Krankenhäusern,

um ihre Investitionen zu amortisieren, es fehlen immer noch Teamstrukturen, und auf dem Gebiet der Prävention bleiben maßgebliche Optionen ungenutzt. Hinzu kommen die o. g. ökonomischen Faktoren, die insbesondere zu einer Klärung der Perspektive im sekundärfachärztlichen Bereich zwingen.

1175. Die große Bedeutung der Primärversorgung in der Versorgung der alternden Bevölkerung wird in dem vorliegenden Gutachten ausführlich begründet. Hinter der Diskussion um die primärärztliche Versorgung steht aber als weitere relevante Frage die Problematik der Abgrenzung zwischen primärärztlicher und sekundärfachärztlicher Versorgung (Nomenklatur s. 6.1.1). Es geht dabei nicht nur um die Vergütung, sondern vor allem um den direkten Zugang zur sekundärfachärztlichen Versorgung, der in Deutschland anders als in anderen Ländern bislang kaum begrenzt ist. Einerseits ist der direkte Facharztzugang in der Bevölkerung sehr beliebt, andererseits ist die Koordination der Versorgung bei der zu erwartenden Zunahme chronischer Erkrankungen ohne eine zunehmende Bedeutung der Primärversorgung nicht denkbar. Auch die Versorgung in der Fläche durch einen ungesteuerten Mix von primärärztlicher und sekundärfachärztlicher Versorgung wird sich als problematisch herausstellen.

1176. In der Konsequenz wird eine zukünftige Gesundheitsversorgung ohne Instrumente des Gatekeeping nicht auskommen, obwohl die wissenschaftliche Evidenz für eine Wirksamkeit durchaus nicht so eindeutig ist wie man es erwarten würde (s. Abschnitt 7.7.2.3). In der weiteren Konsequenz wird eine spezifischere Gestaltung des Facharztzugangs jedoch den ambulanten sekundärfachärztlichen Bereich massiv unter Druck setzen, sodass auch aus dieser Perspektive eine Lösung der Konkurrenz zwischen ambulant und im Krankenhaus erbrachter fachärztlicher Leistung unausweichlich bleibt (s. Unterkapitel 8.5). Die Etablierung einer funktionierenden und den zukünftigen Ansprüchen an Koordination und Kontinuität genügenden Primärversorgung ist also unlösbar mit der im vorangehenden Kapitel dargestellten Neuorganisation der sekundärfachärztlichen Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbunden.

1177. Weiterhin muss die Kooperation aller Berufsgruppen verbessert werden (s. GA 2007, Ziffer 65ff.). Statt sich in „kleinräumiger Optimierung“ zu erschöpfen, können insbesondere Ärzte und Pflege durch Teamstrukturen und gegenseitige Nutzung der Kompetenzen sehr voneinander profitieren und im Gegensatz zu oft geäußerten Befürchtungen an Autonomie und beruflicher Performanz gewinnen. Angewandt auf die zukünftigen Strukturen des Gesundheitswesens, insbesondere unter dem Aspekt von Alterung, Chronizität und Multimorbidität, kann sogar davon ausgegangen werden, dass eine weitergehende Kooperation dieser Berufsgruppen eine unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Anforderungen darstellt. Es geht hier um

- die gemeinsame Bewältigung der zunehmenden Koordinationsaufgaben,
- insbesondere die Koordination in der Primärversorgung bei chronisch erkrankten älteren Personen, die in wenig besiedelten Gebieten, ebenso aber in Ballungs-

gebieten pflegerisch nicht hinreichend versorgt sind und/oder an Erkrankungen wie Demenz leiden, die ein deutlich erhöhtes Betreuungsmaß erfordern, als bislang angeboten,

- die Kooperation zwischen ambulanter oder stationärer Pflege, der sekundärfachärztlichen Behandlung und dem Krankenhaus,
- die Integration des Angebots von Palliativ- und Hospizversorgung.

1178. Ein vierter Bereich, bei dem immer wieder auf die Umsetzungsdefizite und den Handlungsbedarf verwiesen wird, in dem sich gleichwohl kein wirklicher Fortschritt erkennen lässt, ist der Bereich Prävention, und zwar auf allen Ebenen gleichermaßen. Notwendig ist auch hier eine gemeinsame Übernahme der Verantwortung, die auch die immaterielle Unterstützung im Sinne der Schaffung einer positiven Einstellung und Bewertung der jeweils im anderen Sektor liegenden Maßnahmen umfasst.

1179. In der Zusammenschau (Abbildung 69) ist eine Vergrößerung des Primärversorgungsbereiches und des Bereiches der sekundären fachärztlichen Versorgung zu erwarten. Die Krankenhäuser konzentrieren sich entsprechend ihrer Versorgungsstufe auf die stationäre Akutbehandlung und die Behandlung von Exacerbationen chronischer Erkrankungen. Sie nehmen aber darüber hinaus

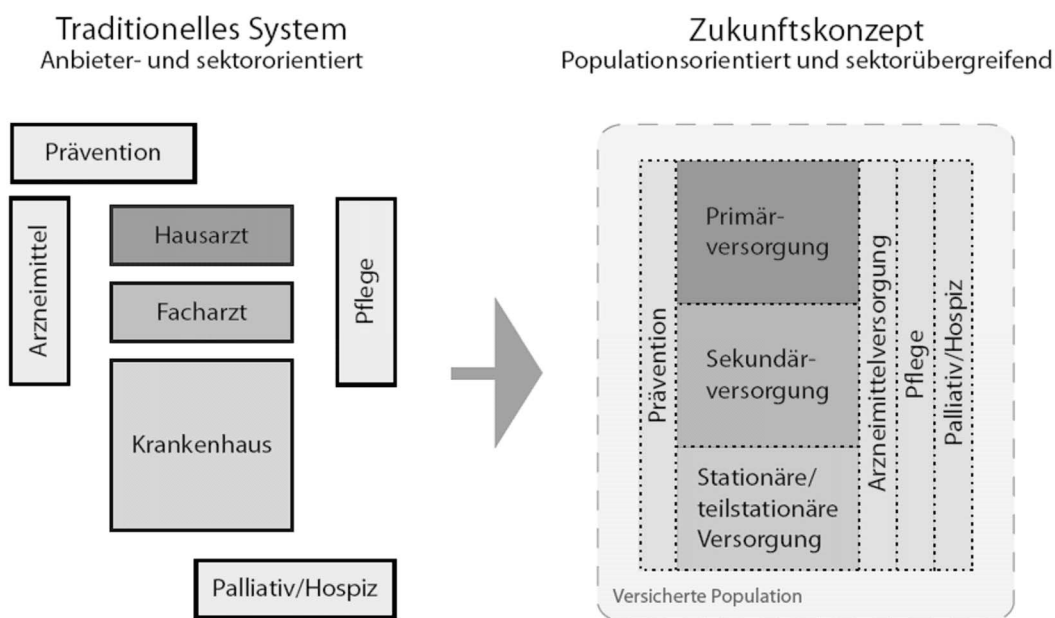
zusammen mit dem ambulanten Part des sekundärfachärztlichen Bereichs die Sekundärversorgung wahr, allerdings in Form der ambulanten Leistungserbringung. Diese kann in den Räumen des Krankenhauses, in Praxiskliniken/MVZs oder anderen Strukturen stattfinden. Die Pflege ist mit starker koordinierender Funktion im gesamten Bereich der Versorgung tätig und gewinnt entsprechend an Bedeutung. Präventionsbereich und Gesundheitsversorgung nähern sich an, ohne ihre Eigenständigkeit zu verlieren, das gleiche gilt für den Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung.

8.4 Finanzierung: versicherten- statt indikationsbezogene Konzepte unter Einschluss von Managed Care-Elementen

1180. Der Sachverständigenrat hat in seinem letzten Gutachten „Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ – wie es der Titel schon zum Ausdruck bringt den Begriff *accountability* (Verantwortung) in die Diskussion gebracht und ihn auf den vier Ebenen Gesundheitssystem, Organisation, Individuum und Patient ausgeführt (GA 2007, Ziffer 693). Der Hauptschwerpunkt der Argumentation lag damals auf der institutionellen Ebene, z. B. in Zusammenhang mit der Thematik Patientensicherheit. Angesichts des Themas des vorliegenden Sondergutach-

Abbildung 69

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung.

Quelle: Eigene Darstellung

tens sind jedoch system- und strukturbezogene Überlegungen notwendig, um den demografischen Veränderungen, den Veränderungen des Krankheitsspektrums und der regionalen Differenzierung Rechnung zu tragen. Selbstverständlich sind alle Organisationen und individuelle Angehörige der Gesundheitsberufe aufgerufen, die Behandlung und Betreuung älterer, chronisch und mehrfach Kranker besonders in den Vordergrund zu rücken – soweit es nicht schon der Fall ist –, die individuelle und organisatorische Perspektive reicht hier jedoch nicht aus.

1181. Es ist stattdessen notwendig, auch die finanziellen Anreize so zu setzen, dass chronisch kranke, ältere Patienten mit ihrem Behandlungsbedarf eine optimal koordinierte und auf dem Stand der medizinischen Erkenntnis befindliche Betreuung erhalten. Populationsbezogene Modelle (Einschreibung und Capitation) sind grundsätzlich eher geeignet als die rein episodische Vergütung einzelner, oft auf einzelne Indikationen bezogener Leistungen (fee-for-service). Erstere enthalten aus sich heraus keinen ökonomischen Anreiz für eine vollständige und sorgfältige Versorgung aller Patienten, insbesondere solchen die aus medizinischen oder sozialen Gründen einen besonderen Aufwand erfordern. Letztere begünstigen eine primär quartals- und einzelleistungsbezogene Ausrichtung der Versorgung auf einzelne Erkrankungen bzw. Erkrankungsepisoden. (u. a. Baron/Cassel 2008) Während die risikoadjustierte Pauschale auch alle Kosten für die Infrastruktur sowie die Dokumentation und (teamorientierte) Koordination der Versorgung umfasst, sollen zusätzliche risikoadjustierte Boni den potentiellen Nachteilen einer kontaktunabhängigen Pauschalierung (Unterversorgung) gezielt entgegenwirken (vgl. Goroll et al. 2007). Eine Capitation mit Populationsbezug würde auch starke Anreize (und neue Möglichkeiten) zur Überwindung der Sektorengrenzen und zur umfassenden Kooperation von Fachdisziplinen und Berufsgruppen beinhalten. Statt der Behandlung episodischer Diagnosen würde der Fokus – wie in modernen Versorgungskonzepten ohnehin bereits angelegt – auf die umfassende und kontinuierliche Betreuung von Menschen verschoben (vgl. dazu z. B. Patient-Centered Medical Home in Unterkapitel 7.2, Bellagio-Modell in Unterkapitel 7.3 oder Chronic Care-Modell in Unterkapitel 7.5).

1182. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese Anreize es wegen der regional stark unterschiedlichen Entwicklung von Alterung, Bevölkerungsentwicklung, Arztdichte etc. ermöglichen und fördern müssen, dass regional differenzierte Lösungen gefunden werden. In den regionalen Modellen sollten insbesondere kontaktunabhängige und risiko-adjustierte Pauschalen (Capitation) zur langfristigen Abdeckung einer umfassenden Grundversorgung mit einigen gezielten Anreizen (*pay for performance*, z. B. für die Durchführung präventiver Maßnahmen/Erreichung bestimmter Impfquoten) erprobt werden.

1183. Die Vergütung innerhalb der regionalen Modelle muss der Neukonzeption der Versorgung Rechnung tragen und diese unterstützen (Bodenheimer et al. 2009). Derzeit bestehende adverse Anreize (z. B. zur medizi-

nisch nicht indizierten Mengenausweitung) müssen vermieden werden. Bezogen auf das in Unterkapitel 7.2 dargestellte Konzept des Patient-Centered Medical Home sollten dabei folgende Vorschläge in Erwägung gezogen werden (nach Robert Graham Center 2007):

- Die Vergütung sollte den Wert der Koordinationsarbeit auch außerhalb des unmittelbaren Arzt-Patient-Kontaktes und auch durch nichtärztliche Mitglieder des Versorgungs- bzw. Praxisteam berücksichtigen.
- Auch die praxisübergreifende Koordination und Kooperation sollte gezielt unterstützt werden.
- Die Einführung, Nutzung und Weiterentwicklung von IT-Lösungen zur Verbesserung der Versorgung sollte gefördert werden.
- Die Vergütung sollte Investitionen in eine verbesserte Erreichbarkeit (z. B. auch Leistungen via Telefon oder E-Mail) unterstützen.
- Auch Telemetrie bzw. Fernüberwachung (Monitoring) klinischer Daten sollte gezielt gefördert werden.
- Die Vergütung sollte risikoadjustiert ausgestaltet werden und Case mix-Unterschiede zwischen verschiedenen zu versorgenden Populationen berücksichtigen.
- Das Vergütungssystem sollte ambulanten Praxen die Möglichkeit geben, z. B. durch vermiedene Klinikeinweisungen Einsparungen zu erzielen, die der Praxis zur Verfügung stehen.
- Das Vergütungssystem sollte gezielte Boni zur zusätzlichen Honorierung erwünschter, messbarer Qualitätsverbesserungen ermöglichen.

1184. Die Ausbildung von entwickelten Organisationen im Primärversorgungsbereich, die Realisierung der Effizienzreserven im Bereich der fachärztlichen Sekundärversorgung und die Veränderung der Arbeitsteilung der beteiligten Sektoren und Bereiche des Gesundheitswesens sind ebenfalls nicht als spontan ablaufende Entwicklungen zu erwarten, wenigstens nicht in ihrer Gesamtheit. Auch hier ist es notwendig, über Finanzierungsformen nachzudenken, die bei Erhalt regionaler Differenzierungsmöglichkeiten die sektoral motivierten Abgrenzungen soweit abbauen, dass solche Entwicklungen Fuß fassen können. Dies wird letztendlich nur möglich sein, wenn für alle Sektoren und Anbieter eine gemeinsame finanzielle Verantwortung für die umfassende Versorgung von Populationen bzw. Versicherten geschaffen wird, die eine sektoral bezogene Optimierung auf Kosten der jeweiligen Nachbarsektoren obsolet erscheinen lässt. Dieser Ansatz hat aber zwangsläufig zur Folge, dass damit die regionalen Träger der Versorgung und die angeschlossenen Leistungserbringer zumindest einen Teil des finanziellen Risikos tragen, es also zu einer Annäherung von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion kommt.

1185. Während die Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion hinsichtlich der Koordination und Steigerung der Effizienz nachgewiesenermaßen wirksam ist (Ashton et al. 2003), birgt sie auf der anderen Seite die Gefahr der Qualitätsverschlechterung, Vorent-

haltung von Leistungen und Risikoselektion zuungunsten von mehrfach und chronisch kranken Patienten. Der Sachverständigenrat hat daher in diesem Gutachten einen Systematischen Review zum Einfluss von Managed Care auf die Qualität der Versorgung durchgeführt, der die meist schon älteren Reviews der internationalen Literatur aufnimmt und mit vergleichbarer Methodik aktualisiert (Abschnitt 7.7.2.2). Es ergibt sich hier kein eindeutig negatives (oder positives) Bild. Die Studien, die negative Auswirkungen beschreiben, wurden schwerpunktmäßig in den späten 1980er und in den 1990er Jahren publiziert; neuere Studien zeigen mit deutlichem Übergewicht positive Effekte.

1186. Auch unter dem Eindruck dieser Ergebnisse wurden in Abschnitt 7.7.3 vier mögliche „Optionen von Managed Care“ diskutiert, wobei Option 2a (Einführung unter Begrenzung möglicher negativer Effekte) und Option 2b (Einführung „eingebettet“ in einen weitergehenden Strukturwandel) eine Präferenz erhielten. Von den anschließend dargestellten 8 Thesen, die relevante Fragen und Diskussionspunkte bei einer Managed Care-Einführung behandelten, erscheinen die ersten drei Thesen sowie These 8 im Zusammenhang mit den Inhalten dieses hier vorliegenden Kapitels zunächst unproblematisch. Es ist sicherlich sinnvoll, Managed Care-Elemente in Konkurrenz zu anderen Finanzierungssystemen (z. B. Einzelleistungsvergütung oder sektorale Fallpauschalierung wie DRG) einzuführen (These 1). Ebenso erscheint es nicht strittig, dass man für Managed Care-ähnliche Programme mehrere aus unterschiedlicher Perspektive handelnde Träger (Krankenhausträger, Krankenkassen, Ärztenetze u. a.) zulassen sollte, um letztendlich die besten Modelle zu identifizieren. Etwas schwieriger ist die Frage, welcher Typ eines Managed Care-Programmes im Vordergrund der Umsetzung stehen sollte, aber wahrscheinlich wird die direkte Anstellung von ambulant tätigen Ärzten beim Träger des Managed Care-Programms (Typ 1) eher die Ausnahme bleiben, man wird PPO-ähnlichen Strukturen (Typ 2 und 3) den Vorzug geben. These 8 weist auf die besondere Bedeutung der Restrukturierung der fachärztlichen Sekundärversorgung hin, dieser Gedanke wird in den Unterkapiteln 8.2 und 8.5 diskutiert.

1187. Schwieriger sind die Thesen 4 bis 7. Es liegt in der Struktur von Managed Care-Programmen, dass hier ein Anreiz zur Risikoselektion besteht (Literatur s. 7.7.3). Die hauptsächliche Frage besteht darin, wie diese Risikoselektion vermieden oder zumindest begrenzt werden kann. Wie in Abschnitt 7.7.3 angeführt, wäre ein morbiditätsadjustierter Risikostrukturausgleich nach den Regelungen des morbi-RSA der Krankenkassen denkbar. Zusätzlich sollten Mindestgrößen für die Versichertenanzahl in den Programmen diskutiert werden, da damit eine breitere Streuung der Risiken möglich wird (Berwick 1996). Auch kann ein Hochrisiko-Pool geschaffen werden, der definierte Erkrankungen mit Extremkosten abdeckt. Außerdem spielt der Integrationsgrad von Versicherung und Leistungserbringung eine Rolle, denn um so näher an der Versicherungsperspektive ein Arzt tätig ist, um so mehr wird er z. B. eine Vorenthaltung von Leistungen in Betracht ziehen. Dieser letzte Punkt betrifft also auch These 3.

1188. Der in diesem Gutachten vorgelegte Review zum Zusammenhang von Qualität und Managed Care zeigt, dass es zumindest eine ganze Reihe von Studien gibt, die Managed Care mit einer Qualitätsverschlechterung in Verbindung bringen. Wenngleich es sich dabei nicht um die Mehrzahl der Studien handelt – eine gleich große Zahl von Studien sieht positive Effekte – erscheint es doch angebracht, über gezielte Maßnahmen zur Vermeidung von Qualitätsverschlechterungen nachzudenken. In erster Linie sind dabei folgende Vorgehensweisen denkbar:

- Entwicklung von *area*-Indikatoren, welche die bislang in Deutschland vorherrschenden leistungserbringerbezogenen Indikatoren (*provider indicators*) ergänzen (s. GA 2007, Ziffer 501);
- Ausbau von Indikatoren, die den Zugang zu Leistungen auf allen Ebenen beschreiben (zur Thematik *access*-Indikator s. GA 2007, Ziffer 491ff.);
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren, welche die Versorgung von Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen mehr in den Vordergrund stellen, als es bislang in Deutschland der Fall ist, wo z. B. in der Qualitätssicherung nach §137 SGB V Indikatoren zu (operativ zu behandelnden) Akuterkrankungen überwiegen.

1189. Die positiven Auswirkungen von Managed Care auf die medizinische Prävention konnten im vorliegenden Review unterstützt werden (These 6). Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass insbesondere bei kurzen Kündigungszeiten und hoher Wechseltendenz zwischen den Programmen oder zwischen Managed Care-Programmen und anderen Versicherungsformen der Anreiz der Programme, in Prävention zu investieren, gegen null geht. Es muss daher in Deutschland über mittelfristige Kündigungsfristen (z. B. ein Jahr) in Verbindung mit anderen Anreizsystemen, die das längerfristige Verbleiben in den Programmen unterstützt, nachgedacht werden. In erster Linie kommen hier Bonussysteme und nach Versicherungsdauer gestaffelte Leistungen in Frage.

8.5 Medizinisches und ökonomisches Entwicklungspotenzial

8.5.1 Wege zu einer effizienteren und effektiveren integrierten Versorgung

1190. Das medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial liegt, wie in 6.2.4 und 8.1 ausgeführt, vornehmlich an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Die Neuorientierung der fachärztlichen Sekundärversorgung in Verbindung mit Veränderungen im Krankenhausbereich gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts insofern noch an Bedeutung, als die möglichen Substitutionsprozesse zwischen stationärer und ambulanter Behandlung künftig noch zunehmen (s. auch 8.3). Die Schaffung funktionsgerechter Wettbewerbsbedingungen im Bereich der fachärztlichen Sekundärversorgung zwischen ambulanten (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern verspricht im Vergleich mit dem Status quo und seinen

sektorspezifischen Regelungen bereits eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung. Adäquate ordnungspolitische Rahmenbedingungen an den Grenzen der Leistungssektoren vermögen zwar den Wettbewerb zu intensivieren und funktionsgerechter zu gestalten, aber Probleme bzw. Verwerfungen, die aus speziellen Interessen der Beteiligten, wie z. B. aus der angebotsinduzierten Nachfrage oder Moral Hazard erwachsen, nicht zu lösen. Es bleibt damit immer noch zu einem Teil offen, wie die individuellen Rationalitäten von Krankenkassen und Leistungserbringern in Einklang gebracht werden können. Mit dieser Zielsetzung gilt es, durch institutionelle Vorkehrungen wie z. B. adäquate Vergütungssysteme, z. B. zu verhindern, dass Leistungserbringer aus Eigeninteresse Patienten selektieren, präventive Maßnahmen vernachlässigen und Patienten zu spät an spezialisiertere Einheiten abgeben oder zu früh entlassen. Diese Überlegungen möchten, um hier Missverständnissen vorzubeugen, vielen Ärzten das Bemühen um eine systemgerechte Versorgung aus ethischen Motiven nicht absprechen, solche und andere altruistische Gründe können jedoch, wie auch die Erfahrungen in anderen Berufszweigen und Ländern lehren, eine anreizkompatible Rahmen- und vor allem Gebührenordnung nicht erübrigen (GA 2007, Ziffer 399). Eine optimale Allokation von Gesundheitsleistungen setzt u. a. voraus, dass sich die Leistungserbringer von einer effizienten und effektiven Versorgung der Patienten einen finanziellen Nutzen versprechen, zumindest aber keinen entsprechenden Schaden befürchten.

1191. Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente Leistungserstellung, die im Status quo sektorspezifisch erfolgt, liegen vom Anreizsystem her am ehesten vor, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht auf eigene Rechnung, sondern für ein gemeinsames Budget arbeiten und für ihre Leistungen eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Dabei kann im Prinzip offen bleiben ob es sich hier um ein Unternehmen oder um einen Zusammenschluss weitgehend selbständiger Leistungserbringer handelt. Eine Leistungsproduktion an suboptimaler Stelle vermindert den Gewinn bzw. den Überschuss dieser Gemeinschaft, sodass ineffiziente Produktionsprozesse auch dem unternehmerischen Nutzenkalkül bzw. den jeweiligen Individualrationalitäten zuwiderlaufen. Sofern ein Unternehmen die betreffenden Leistungen anbietet, spielt die sektorspezifische Vergütung keine Rolle mehr und auch bei einem Zusammenschluss von weitgehend selbständigen Leistungserbringern stellt die Vergütungsfrage nun (nur noch) ein internes Verteilungsproblem dar.

1192. Hinsichtlich der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor bietet sich eine sektorübergreifende Pauschale für bestimmte Leistungsbündel schon heute als Vergütungsform bei Krankenhäusern an, die zugleich als Träger von MVZ fungieren. Sofern sich das Krankenhaus und das zugehörige, derzeit vorrangig als GmbH gegründete, MVZ an einem gemeinsamen unternehmerischen Ziel orientieren, können sie dies dann nur durch eine effiziente Aufteilung der Leistungserstellung zwischen dem Krankenhaus und dem MVZ, d. h. zwischen stationären und ambulanten Behandlungen, erreichen.

Wenn die Krankenhäuser und hier vor allem die Krankenhausketten neben MVZ künftig auch noch in stärkerem Umfang Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen betreiben, können sie bestimmte Leistungen über alle Sektoren hinweg anbieten und mit den Krankenkassen selektive Verträge mit Pauschalvergütungen abschließen. Sofern sich solche Komplexpauschalen im Rahmen selektiver Verträge bewähren, steht ihr Einsatz auch in der kollektivvertraglich organisierten Versorgung als Vergütungselement zu Diskussion. Darüber hinaus können Erfahrungen mit Komplexpauschalen zu einer kontakunabhängigen Finanzierung, d. h. zu Capitation, anregen (s. 7.7.2.1). Der Gesetzgeber sollte den Vertragsparteien hier unter Beachtung von Qualitätsaspekten weite Gestaltungsmöglichkeiten einräumen.

1193. Eine Entwicklung in Richtung einer sektorübergreifenden Versorgung, die mit Konzentrationsprozessen auf Seiten der Leistungserbringer einhergeht, erscheint somit derzeit zumindest in Ansätzen absehbar. Sollte sich diese Entwicklung fortsetzen, bedarf es über eine verursachungsgerechte Bereinigung der kollektiven Budgets keiner weiteren Förderung von selektiven Verträgen oder integrierten Versorgungskonzepten. Dies gilt um so mehr, als hier eindeutige zielorientierte Kriterien weitgehend fehlen und in der Vergangenheit eine finanzielle Unterstützung nach dem Gießkannenprinzip stattfand. Sofern sich die der Gesetzgeber trotzdem zu einer finanziellen Förderung selektivvertraglicher Versorgungsprogramme entschließt, sollte sich diese auf sektorübergreifende Konzepte beschränken, die für die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse in regionaler Hinsicht eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen (s. 6.5.4).

1194. Die Integration der gesundheitlichen Leistungserstellung über die heutigen Sektorengrenzen hinweg nimmt an Breite noch zu, wenn eine Versorgungseinheit „unter einem ökonomischen Dach“ ein umfassendes Versorgungsangebot an präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region anzubieten vermag. Die Initiative zu einer solch umfassenden Versorgungseinheit, deren Leistungskapazitäten bzw. -vermögen auch alle Sektoren einschließen, kann von einem Krankenhausbetreiber oder einer Gemeinschaft von niedergelassenen Ärzten ausgehen. Diese umfassende Versorgungseinheit kann auch hier aus einem großen Unternehmen oder – möglicherweise auch auf Initiative und unter Mitwirkung einer KV – aus einem Verbund weitgehend selbständiger Leistungserbringer bestehen. In letzterem Falle gestaltet sich die interne Vergütung allerdings aufwendiger und möglicherweise auch konfliktreicher. Insgesamt umfasst diese Versorgungseinheit u. a. (ähnlich GA 2007, Ziffer 400):

- die vier Ebenen der stationären Versorgung Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care einschließlich einer teilstationären Versorgung sowie u. U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik,
- neben einem oder mehreren MVZ auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte,

- Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen,
- Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel und Fachkräfte für präventive Maßnahmen,
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbindungen zu Institutionen der Sozialarbeit sowie
- eine Zentralapotheke mit Dependancen, die auf der Basis einer internen Positiv- bzw. Arzneimittelliste mit pharmazeutischen Unternehmen selektiv kontrahiert.

1195. Eine Krankenkasse, die mit einer solch umfassenden Versorgungseinheit einen Vertrag abschließt, kann ihren Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten ein vielfältiges Leistungsspektrum offerieren. So besitzen die Versicherten bzw. Patienten die Optionen, sich in Hausarztmodelle einzuschreiben und in diesem (Zukunfts-)Szenario auch zwischen offenen und geschlossenen Arzneimittellisten²⁰⁵ zu wählen. Die Wahl der Leistungsvergütung bleibt grundsätzlich den Vertragspartnern überlassen, es bietet sich im Sinne einer effizienten Versorgung hier aber im Rahmen von Capitation²⁰⁶ eine Variante der pauschalierten prospektiven Vergütung an. Sofern die Krankenkassen z. B. für jeden Versicherten mit befreiender Wirkung eine Jahrespauschale entrichten, besitzt die Versorgungseinheit weder ein Interesse an einer nicht indizierten Leistungsausweitung pro Fall noch an einer entsprechenden Erhöhung der Fallzahlen. Eine eventuelle Morbiditätsorientierung der Jahrespauschale sollte die Anreize zu präventiven Bemühungen nicht beeinträchtigen. Besteht die umfassende Versorgungseinheit aus einem Verbund von weitgehend selbständigen Leistungserbringern, liegt es im Interesse der Leistungsgemeinschaft, das interne Verteilungssystem der finanziellen Mittel mit dem Ziel einer effizienten Leistungserstellung auszugestalten. Dies gilt generell auch für die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, denn jede zielgerichtete Delegation und/oder Substitution von ärztlichen Leistungen kommt letztlich der Versorgungsgemeinschaft finanziell zugute. Wie bei allen Formen von Capitation fällt einer externen Qualitätsdarlegung mit Hilfe eines Benchmarking-Systems von outcomeorientierten Sicherheits- und Qualitätsindikatoren (GA 2007, Ziffer 613ff.) hier u. a. die Aufgabe zu, Unterversorgung und andere Formen der Rationierung von effektiven Leistungen zu verhindern.

1196. Eine solch umfassende Versorgungseinheit, die mit regionalem Bezug alle erforderlichen Gesundheitsleistungen anzubieten vermag, stellt aus heutiger Sicht ein zielorientiertes Konzept dar, dessen Umsetzung in die Realität wenn überhaupt wohl noch einige Jahre dauern dürfte. Es geht hier in ordnungspolitischer Hinsicht auch

nicht darum, die Realisierung einer solch umfassenden Versorgungseinheit mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen dezisionistisch anzustreben, sondern nur darum, ihr im Rahmen von Wettbewerbsprozessen eine Chance zu eröffnen. Die Entscheidung, welcher Organisationsform jeweils der Vorzug gebührt, sollte primär bei den Versicherten und Patienten liegen und kann regional und im Zeitablauf differieren. Gleichwohl geht die sich abzeichnende Entwicklung in diese Richtung mit einer teilweise erheblichen Verstärkung der bereits vorhandenen Konzentrationsprozesse bei Krankenkassen und Leistungserbringern einher. In Ballungsräumen können umfassende Versorgungseinheiten noch miteinander in Konkurrenz stehen, in dünner besiedelten Gebieten fehlen für Wettbewerbsprozesse hinreichende Angebotskapazitäten. Je nach Intensität der Konzentrationsprozesse können sich selbst in Ballungsräumen enge oligopolistische Strukturen bilden. Dies betrifft sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite, denn die Krankenkassen, die über erhebliche Marktanteile verfügen, können in einer Region populationsorientierte Versorgungsverträge besser steuern und auch eher den Sicherstellungsauftrag übernehmen.

8.5.2 Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten

1197. In dünn besiedelten, strukturschwachen Gebieten tritt vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung zur Problematik einer ausreichenden Wettbewerbsintensität noch die Herausforderung hinzu, künftig in Deutschland flächendeckend mit vertretbarer Erreichbarkeit eine nachhaltige sowie effiziente und effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen (s. Abschnitt 2.4.3).

In solchen Regionen, die vornehmlich, aber nicht ausschließlich in den ostdeutschen Bundesländern liegen, dürfte selbst ein oligopolistischer Wettbewerb an den dazu notwendigen Angebotskapazitäten scheitern. Ein Wettbewerb zwischen umfassenden Versorgungseinheiten kann hier mit regionalem Bezug nicht mehr und zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Leistungsanbietern kaum noch stattfinden. Unabhängig vom Verhältnis zwischen kollektiver und selektiver Vertragsgestaltung liegt die Verantwortung für die flächendeckende Sicherstellung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung letztlich beim Staat. Ihm obliegt die Aufgabe, Unterversorgung in Form von zu geringen Kapazitäten, einer unzumutbaren Entfernung zu den benötigten Leistungen und einer unzureichenden Leistungsqualität zu verhindern. Ein fortlaufendes Monitoring, das sich u. a. auf Qualitätsindikatoren in Verbindung mit einem entsprechenden Benchmarking stützt, kann hier der Früherkennung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten dienen. Sofern eine überwiegend selektivvertraglich organisierte Gesundheitsversorgung in dünner besiedelten Gebieten das geforderte Niveau nicht (mehr) zu garantieren bzw. aufrecht zu erhalten vermag, sehen sich die öffentlichen Instanzen gezwungen, die benötigten quantitativen und qualitativen Angebotskapazitäten mit Hilfe

²⁰⁵ Jede dieser krankenkassenspezifischen Arzneimittellisten enthält allerdings obligatorisch alle therapeutisch nicht substituierbaren Medikamente und auch innerhalb der Arzneimittelvergleichsgruppen, die indikationsspezifisch Generika und therapeutisch vergleichbare Medikamente umfassen, mindestens zwei Präparate; s. hierzu ausführlicher Cassel/Wille 2007.

²⁰⁶ Zu verschiedenen Varianten von Capitation siehe unter 7.7.2.1 ausführlicher.

einer Ausschreibung in Verbindung mit finanziellen Anreizen zu attrahieren und sicherzustellen²⁰⁷.

1198. Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren einige Maßnahmen beschlossen, die zur Vermeidung einer Unterversorgung in dünn besiedelten, strukturschwachen Gebieten beitragen können:

- Die MVZ vermindern für den einzelnen Arzt das wirtschaftliche Risiko und erleichtern eine Teilzeitbeschäftigung. Es befinden sich derzeit allerdings nur ca. ein Drittel der MVZ in ländlichen Gebieten.
- Das VÄndG flexibilisierte die vertragsärztliche Berufsausübung und ermöglicht es den Ärzten, z. B. neben ihrer Tätigkeit am bisherigen Ort oder auch im Krankenhaus einer Stadt an einigen Tagen der Woche in strukturschwachen Gebieten die ambulante Versorgung zu übernehmen.
- § 87a Absatz 2 SGB V sieht im Falle einer Unterversorgung ab 2010 Zuschläge im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung vor.
- Die Vertragsparteien können zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Zuschläge vereinbaren.

1199. Neben diesen gesetzlichen Optionen bieten sich im Falle einer regional drohenden Unterversorgung noch folgende Maßnahmen bzw. Instrumente an (siehe auch 7.6):

- Im Sinne einer zentralen Lösung können Patienten, die in Orten ohne ambulante Praxen und Krankenhäuser wohnen, mit Hilfe von Fahrdiensten zu Versorgungszentren in zentralen Orten gebracht werden.
- An Orten ohne Haus- und/oder Facharzt können Ärzte aus der Umgebung jeweils einen Tag in der Woche dort praktizieren.
- Die verstärkte Delegation und Substitution von Tätigkeiten auf bzw. durch nichtärztliche Berufe führt zu einer Entlastung und damit zu Freiräumen für die betreffenden Ärzte.
- Höhere Zulassungszahlen zum Medizinstudium intensivieren nicht nur den künftigen Wettbewerb, sondern tragen auch dem Umstand Rechnung, dass hier inzwischen die Studentinnen dominieren, von denen später zumindest ein Teil nicht zeitlebens bzw. ohne Unterbrechungen einer ganztägigen Beschäftigung nachgeht.
- Die Bedarfsplanung, die in regionaler Hinsicht die keineswegs optimale Versorgungssituation des Jahres 1990 fortschreibt, sollte sich an der Morbiditätsstruktur der jeweiligen Bevölkerung orientieren.
- Neben einer Förderung des Belegarztsystems kann eine finanzielle Unterstützung vor allem kooperativer Versorgungsstrukturen treten. Dabei können die mate-

riellen Anreize z. B. aus Zuschüssen zur Investitionsfinanzierung, günstigen Darlehen, Ausfallbürgschaften und preiswerten Wohn- und Praxisräumen bestehen.

- Im Rahmen der Berufsausbildung lassen sich Stipendien an die Bedingung knüpfen, eine bestimmte Zeitspanne in einer strukturschwachen Region zu praktizieren.

1200. Wie bereits angedeutet, reichen künftig die Angebotskapazitäten in strukturschwachen Gebieten für die Initiierung oder gar Intensivierung eines Qualitätswettbewerbs innerhalb der Region nicht aus. Mit einer zunehmenden Transparenz über die Leistungsqualitäten, in Verbindung mit einem Benchmarking von Qualitäts- und Outcomeindikatoren stehen aber diese in regionaler Hinsicht monopolistischen Leistungsanbieter zumindest mittelbar in einem Qualitätswettbewerb (ähnlich GA 2007, Ziffer 402). Ein landesweites Benchmarking der Leistungsqualitäten kann auch bei Anbietern, die in ihrer Region keinen Konkurrenten besitzen, einen wettbewerblichen Druck auslösen, sich um ein bestimmtes (Mindest-) Niveau der gesundheitlichen Leistungserstellung zu bemühen.

1201. Unbeschadet der Notwendigkeit oder Berechtigung finanzieller und nicht-monetärer Anreize vermag die Gesundheitspolitik das Kernproblem der drohenden Unterversorgung, das primär in der mangelnden Attraktivität der betroffenen Regionen wurzelt, alleine wohl kaum befriedigend zu lösen. Es fällt hier der Landesplanung und Raumordnung die Aufgabe zu, die betreffenden Regionen vornehmlich für junge Akademiker und deren Familien mindestens bis zu einem gewissen Grad attraktiver zu gestalten. Diese Überlegungen zeigen, dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in strukturschwachen Regionen im Prinzip eine generelle Herausforderung und kein spezifisches Problem einer selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung darstellt.

8.6 Empfehlungen zur Umsetzung

1202. Die Alterung der Bevölkerung und die Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie Multimorbidität fordern einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wohl wichtigste Aufgabe in Zukunft in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters und in einem Konzept einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung, das sich am Lebensverlauf der Patienten mit den sich wandelnden Bedürfnissen nach gesundheitlicher Versorgung orientiert. Die Koordination der Versorgung wird dabei zum leitenden Prinzip und kann auf drei Optionen zurückgreifen, nämlich der normativen Regulierung (gesetzliche Rahmenbedingungen), der professionellen Steuerung (z. B. Leitlinien) und einer Aufhebung des provider-payer-splits. Die Analyse zeigt, dass regulative Ansätze der Komplexität der Situation nicht gerecht werden, und dass die professionell basierten Ansätze (z. B. Leitlinien und Versorgungspfade) zwar unverzichtbar sind, aber einer Ergänzung durch externe Koordinations- und Finanzie-

²⁰⁷ Im Prinzip treten diese Probleme allerdings auch im kollektivvertraglichen Organisationssystem auf, das lediglich die Verantwortung für die Sicherstellung delegiert.

rungsanreize bedürfen. Hierunter ist in erster Linie die dezentrale Übertragung der Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortung auf regional aufgestellte Institutionen zu verstehen, die Prävention und Gesundheitsversorgung umfassend und populationsbezogen anbieten.

1203. Eine koordinierte, populationsbezogene und regional differenzierte Versorgung hat als stärkstes Argument auf ihrer Seite, dass die Erfolgsbedingungen für eine effiziente Leistungserstellung vom Anreizsystem her am ehesten vorliegen, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht auf eigene Rechnung, sondern für ein gemeinsames Budget arbeiten und für ihre Leistungen eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Es ist dabei nicht etwa an eine unreflektierte 1:1-Übernahme von US-amerikanischen Managed Care-Modellen, wohl aber an eine Adaption sinnvoll erscheinender Elemente und Maßnahmen gedacht. Eine Leistungserbringung an suboptimaler Stelle vermindert den Gewinn bzw. den Überschuss dieser Gemeinschaft, sodass ineffiziente Prozesse dem unternehmerischen Nutzenkalkül bzw. den jeweiligen Individualrationalitäten zuwiderlaufen. Sofern ein Unternehmen die betreffenden Leistungen anbietet, spielt die sektorspezifische Vergütung keine Rolle mehr und auch bei einem Zusammenschluss von weitgehend selbständigen Leistungserbringern stellt die Vergütungsfrage nun (nur noch) ein internes Verteilungsproblem dar.

1204. Durch Capitation als prospektives Vergütungssystem geht das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer über, und zwar nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Leistungserstellung, Moral Hazard und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren. Der Grad der Verlagerung hängt vom Personenkreis, auf den sich die pauschalierte Vergütung erstreckt, sowie von Art und Umfang der einbezogenen Leistungen ab. Konkret sind folgende Instrumente zu erwägen und zu erproben:

- *Cost Sharing*-Verträge für definierte Leistungen einer Behandlungsart,
- Diagnosis Related Groups (DRGs) für einen erbrachten Fall,
- Risk-Sharing im Sinne eines *payment by results* und
- umfassende Capitation, die alle anfallenden Leistungen für alle (eingeschriebenen) Versicherten mit einbezieht (Capitation im engeren Sinne).

Bei allen diesen Varianten muss der Gefahr von Patientenselektion und Qualitätsmängeln (z. B. durch Leistungsverweigerung) vor allem durch Qualitätssicherung, Transparenz und Stärkung der Patientenrechte entgegen gewirkt werden.

1205. Die aus einer Capitation folgende Aufhebung der sektoralen Trennung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, die zwar durch die integrierte Versorgung nach § 140a ff SGB V in Verbindung mit den anderen besonderen Versorgungsformen ermöglicht wurde, sich in der bisherigen Praxis jedoch nicht durchsetzen konnte, ist das wichtigste strukturelle Mittel, um den mit

der Veränderung der Demografie zusammenhängenden Problemen in der Gesundheitsversorgung eine abgesicherte Perspektive entgegensetzen zu können. In der Folge kommt es zu einer Zunahme der Wettbewerbsintensität, wobei derzeit weniger hinsichtlich des Umfangs der Wettbewerbsparameter als bezüglich der übrigen rechtlichen Rahmenbedingungen weiterer Handlungsbedarf besteht, der an den Schnittstellen der Leistungssektoren eine effiziente Koordination in Verbindung mit einem funktionsfähigen Wettbewerb gewährleistet.

1206. Mit Ausnahme der Strukturverträge erlauben alle besonderen Versorgungsformen ein selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Der Sicherstellungsauftrag der KVen kann bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren. Insoweit sie als Vertragspartner der Krankenkassen an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, geschieht dies nicht im Rahmen von Kollektivverträgen. Die hausarztzentrierte Versorgung stellt die einzige besondere Versorgungsform dar, bei der für die Krankenkassen eine Verpflichtung zum Angebot besteht. Neben den besonderen Versorgungsformen weisen auch die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ zumindest eine interdisziplinäre Orientierung auf. Sofern sie sich im Eigentum von Krankenhäusern befinden, liegt zudem eine sektorübergreifende Kooperation nahe. Schließlich können die KVen nach § 136 Absatz 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, die für bestimmte Leistungen eine qualitätsbezogene Vergütung (*pay for performance*) vorsehen (Qualitätswettbewerb mit Zu- und Abschlägen für die beteiligten Ärzte).

1207. Ein international häufig verwendetes Instrument zur Verbesserung der sektorübergreifenden bzw. populationsbezogenen Versorgung ist das Gatekeeping durch Haus-/Primärärzte, bei dem der Zugang zu der spezialisierten Versorgung nach Überweisung durch den primärärztlichen Leistungserbringer erfolgt. Neben der Qualitätssteigerung durch Optimierung der Behandlungsabläufe steht der Aspekt Kostensenkung bzw. der Verbesserung der Kosteneffektivität durch Steuerung der Leistungserstellung im Vordergrund. Auf der Basis des durchgeführten Reviews gibt es Hinweise, dass keine Unterschiede in den Gesundheitsergebnissen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und freiem Zugang bestehen. Die Empfehlung des Rates geht daher in die Richtung einer kontextbezogenen Anwendung eines Gatekeepings, das somit nicht als allein wirksames Instrument ohne gleichzeitige Veränderung anderer Strukturparameter angesehen wird.

1208. In seinem Gutachten 2007 hat sich der Sachverständigenrat ausführlich mit den qualitätsbezogenen Anreizsystemen beschäftigt, im einzelnen mit *public disclosure* (GA 2007, Ziffer 684ff) und *pay for performance* (GA 2007, Ziffer 725ff). Im Gegensatz zu Managed Care

und Capitation ist beiden Ansätzen gemeinsam, dass sie auf externen Qualitätsmessungen beruhen, die entweder als Ranking oder in Form von finanziellen Anreizen auf die Leistungserbringer zurückwirken. Im Licht der internationalen Diskussion und im Hinblick auf die Diskussion im deutschen Gesundheitswesen der letzten Monate bietet es sich an, unter dem Aspekt einer sektorübergreifenden, populationsorientierten Versorgung beide Steuerungsinstrumente einzusetzen, aber ähnlich wie bei Capitation nicht von diesen Instrumenten allein eine Behebung der Struktur- und Koordinationsdefizite zu erwarten. Die Versicherten verfügen allerdings nach wie vor über eine zu geringe Transparenz zu Behandlungsalternativen und Leistungsqualitäten. Leistungserbringer besitzen zudem ihrerseits noch zu geringe Möglichkeiten, um mit spezifischen Qualifikationen und Fertigkeiten um die Patienten und um selektive Verträge mit den Krankenkassen zu werben.

1209. In Deutschland beabsichtigen drei Trägergruppen, sektorübergreifende und populationsbezogene Versorgungskonzepte anzubieten: Krankenhäuser und deren Zusammenschlüsse, Krankenversicherungen und Gruppen von niedergelassenen Ärzten zusammen mit externen Kapitalgebern. Strukturell kommen für das deutsche Gesundheitssystem zwei Entwicklungsoptionen in Frage, die hinsichtlich etwaiger negativer Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere chronisch und mehrfach erkrankter Patienten kontrolliert werden müssen (Option 2a), und in zusätzliche, außerhalb der Umsetzung von Managed Care liegende und weiterführende Konzepte „eingebettet“ sind (Option 2b). Eine ungeprüfte Einführung von Managed Care aufgrund einer vorbehaltlos positiven Einschätzung der Auswirkungen erscheint ebensowenig gerechtfertigt wie eine völlige Ablehnung von Managed Care-Elementen und -Konzepten. Zum Zweck der Strukturierung der Diskussion und der wissenschaftlichen Evaluation schlägt der Rat die Einteilung in drei Typen von Managed Care-Konzepten vor, die von der direkten Anstellung von Ärzten bei den Managed Care-Trägern (Typ 1) über das freie Kontrahieren mit Capitation (Typ 2) bis zum freien Kontrahieren mit qualitätsbezogener Vergütung statt Capitation (Typ 3) reichen. Als Option für die weitere Entwicklung in Deutschland sollten in erster Linie Typ 2 und evtl. Typ 3 auf breiterer Basis erwogen und erprobt werden.

1210. Bereits in seinem Gutachten von 2007 hat der Rat darauf hingewiesen, dass die Voraussetzungen für die Einführung von Managed Care-Elementen in der deutschen Sozialgesetzgebung weitgehend gegeben sind (GA 2007, Ziffer 378 ff). Es besteht daher derzeit weniger hinsichtlich des Umfangs der sozialrechtlichen Umsetzung als bezüglich der übrigen rechtlichen Rahmenbedingungen weiterer Handlungsbedarf, um insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren eine effiziente Koordination in Verbindung mit einem funktionsfähigen Wettbewerb zu realisieren. Im Einzelnen sind folgende Gesichtspunkte herauszuheben:

- Im Sinne eines funktionsgerechten Wettbewerbs sollte Krankenkassen und Leistungsanbietern ein Spektrum

von Vertragsoptionen zur Verfügung stehen und ihnen die Auswahl der präferierten Varianten als Suchprozess überlassen werden. Es existiert derzeit keine in jeder Hinsicht überlegene Variante einer integrierten Versorgung, sodass auch keine Notwendigkeit für das obligatorische Angebot einer bestimmten besonderen Versorgungsform wie der isolierten hausarztzentrierten Versorgung vorliegt.

- Die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f bis g SGB V stellen unter medizinischen wie ökonomischen Kriterien eine Variante der integrierten Versorgung nach § 140a bis d SGB V dar und sollten insofern unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.
- Die Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im ambulanten und des Verbotsvorbehaltes im stationären Sektor entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten der gesundheitlichen Leistungserstellung in diesen Bereichen. Faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern untereinander sowie zwischen ihnen und den vertragsärztlich tätigen Sekundär-(Fach-)Ärzten setzen neben einer monistischen Finanzierung und einem einheitlichen Vergütungssystem auch voraus, dass bestimmte öffentliche Träger allfällige Defizite nicht unlimitiert dauerhaft abdecken.
- Ein morbiditätsorientierter RSA stellt eine notwendige Grundlage sowohl für einen funktionsfähigen Wettbewerb der Krankenkassen als auch für die Vermeidung von Risikoselektion dar. Gleichwohl reduziert der neue RSA, wie nahezu alle stärker morbiditätsorientierten Ausgleichssysteme, die Anreize zu Investitionen in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Er verschlechtert somit für integrierte Versorgungsprojekte, die präventive Maßnahmen gezielt fördern, die interne Nutzen-Kosten-Relation.
- Eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Sinne einer rechtlich abgesicherten stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern sowie der Einbeziehung von Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen in Verbindung mit einer stärkeren Fokussierung der Disease Management-Programme dürfte zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung führen und ist im Rahmen der vorgeschlagenen Strukturveränderungen als notwendig anzusehen.

1211. Der in diesem Gutachten vorgelegte Review zum Zusammenhang von Qualität und Managed Care zeigt, dass es zumindest eine ganze Reihe von Studien gibt, die Managed Care mit einer Qualitätsverschlechterung in Verbindung bringen. Es erscheint daher angebracht, über gezielte Maßnahmen zur Vermeidung von Qualitätsverschlechterungen nachzudenken. In erster Linie sind dabei folgende Vorgehensweisen denkbar:

- Entwicklung von *area*-Indikatoren (z. B. durch die fachlich unabhängige Institution nach § 137a SGB V), welche die bislang in Deutschland vorherrschenden leistungserbringerbezogenen Indikatoren (*provider-indicators*) ergänzen (GA 2007, Ziffer 501);

- Ausbau von Indikatoren, die den Zugang zu Leistungen auf allen Ebenen beschreiben (zur Thematik *access*-Indikator (geographische Dimension) (s. GA 2007, Ziffer 491ff);
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren, welche die Versorgung von Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen mehr in den Vordergrund stellen als es bislang in Deutschland der Fall ist (Auftrag an Institution nach §137a SGB V).

1212. Die Prävention gewinnt auch vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung auf allen Ebenen künftig an Bedeutung. Die im systematischen Review identifizierten Studien zur Auswirkung von Managed Care auf die untersuchten Präventionsendpunkte zeigen ein ermutigendes Bild. Es ist daher unumgänglich, der Prävention bei der strukturellen Umsetzung, bei der Evaluation und bei der internen Steuerung einen hohen Stellenwert zuzuweisen. Qualitätsanreize sind als Instrumente zur Verfolgung dieses Zweckes sinnvoll einzusetzen (z. B. *pay for performance*). Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass insbesondere bei kurzen Kündigungszeiten und hoher Wechseltendenz zwischen den Programmen oder zwischen Managed Care-Programmen und anderen Versicherungsformen der Anreiz der Programme, in Prävention zu investieren, abnimmt. Lösungsmöglichkeiten bestehen in längerfristigen Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern sowie mittelfristigen Kündigungsfristen der Versicherten in Verbindung mit Anreizsystemen, die ein längerfristiges Verbleiben in den Programmen fördern. In erster Linie kommen hier Bonussysteme und nach Versicherungsdauer gestaffelte Leistungen in Frage.

1213. In Ergänzung dieser sektorübergreifenden Empfehlungen sind auf mehreren Ebenen sektorbezogene Veränderungen notwendig. Eine ganz entscheidende Rolle spielt dabei die primärärztliche Versorgung, die im internationalen Kontext maßgeblich an der Koordination der Gesundheitsversorgung beteiligt ist. Im Rahmen der demografischen Herausforderungen gibt es insbesondere in der Fläche und unter Berücksichtigung der mittelfristigen Entwicklung der Arztzahlen, aber auch vor dem Hintergrund der Koordinationsanforderungen an die Versorgung von älteren, mehrfach und chronisch kranken Patienten, kaum eine Alternative zu einer Stärkung der primärärztlichen Versorgung. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung einer gleichzeitigen Veränderung und deutlichen Erweiterung der bisherigen Versorgungsstrukturen. Der Rat schlägt nach ausführlicher Analyse der internationalen Erfahrungen und der wissenschaftlichen Evidenz das Konzept wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP) vor. Dieses stellt den Versuch dar, die bisherigen Analysen und Erkenntnisse in *einem* konkreten Konzept für eine zukunftsorientierte generationengerechte Grundversorgung der Bevölkerung zu kondensieren. Grundlegend sind hier internationale Versorgungsmodelle wie z. B. das Patient-Centered Medical Home und das Bellagio-Modell zur umfassenden bevölkerungsbezogenen Primärversorgung.

1214. Die Eckpunkte einer patientenzentrierten und populationsbezogenen Versorgung unter besonderer Beachtung einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung der Bevölkerung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- definierte Population (*defined population*) als Grundvoraussetzung für alle populationsbezogenen Ansätze, im typischen Fall mit Einschreibung und Verlagerung möglichst vieler Entscheidungskompetenzen in die Regionen bzw. an die vor Ort verantwortlichen Akteure,
- patientenzentrierte Versorgung (*person centred*) mit Ausrichtung an den Bedürfnissen bzw. dem Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker,
- umfassende und horizontal wie vertikal koordinierte Grundversorgung aus einer Hand (*comprehensive, coordinated care*) im Sinne einer verbesserten vertikalen Koordination über traditionelle Sektorengrenzen hinweg,
- kontinuierliche (Langzeit-)Versorgung (*long-term continuity*) mit Vermeidung von Informationsverlusten und diskontinuierlicher Betreuung insbesondere bei chronisch Kranken,
- gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit (*available, accessible, equitable*) als niedrighschwellige Erreichbarkeit für alle Bevölkerungsgruppen bei Sicherstellung gemäß objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen,
- Weiterentwicklung der Vergütungs-/Honorierungssysteme zu umfassender risiko-adjustierter Capitation in Kombination mit gezielten Anreizen,
- Erprobung und Evaluation wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP),
- regionale bzw. lokale Adaption im Sinne einer regionalen Anpassung an bereits existierenden Versorgungsstrukturen.

1215. Es ist absehbar, dass die hausärztliche Versorgung vor allem im ländlichen Bereich gefährdet ist, sodass hier spezielle Maßnahmen erforderlich sind. Infrage kommen je nach regionalen Besonderheiten sowohl eine weitergehende Zentralisierung im Sinne der zentralen Hausarztversorgung mit Konzentration in zentralen Orten als auch dezentrale Konzepte zur Hausarztversorgung, bei der jede Gemeinde als Standort für die ärztliche Grundversorgung betrachtet und die Versorgung über „Kooperationspraxen“ und „Landarzträume“ gewährleistet wird. Gemeinden, in denen die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner/km² beträgt, sollen als „Landarzträume“ mit Anpassung der Vergütung gekennzeichnet werden.

1216. Eine Stärkung der primärärztlichen Versorgung mit dem Ziel, den Koordinationsaufgaben der Zukunft gerecht zu werden, ist nur möglich, wenn im Bereich der sekundärfachärztlichen Versorgung die bisher ineffiziente sektorale Konkurrenz des ambulanten und stationären Angebots überwunden wird. Vor dem Hintergrund einer „Finanzierung aus einer Hand“ im Rahmen einer sektorübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung ist da-

mit eine Neubestimmung der Position und Aufgabenstellung aller vier Bereiche, von der primärärztlichen über die ambulante und die am Krankenhaus erbrachte sekundärfachärztliche bis zur vollstationären Versorgung i. e. S. notwendig. Die sekundärfachärztliche Versorgung wird dadurch gestärkt, weil ineffiziente Strukturen einer konkurrierenden Leistungserbringung mit hohen Investitions- und Vorhaltekosten beendet werden und dieser Bereich zu einer konsistenten Struktur findet, in dem der Ort der Leistungserbringung – ambulante Struktur versus stationäre Struktur – nach Maßgabe medizinischer und pflegerischer Gesichtspunkte, aber nicht nach den Prioritäten der jeweiligen Optimierung des sektoralen Ergebnisses vorgenommen wird. Prävention, palliativmedizinische Versorgung und die Arzneimittelversorgung stellen gemeinsame Aufgaben aller vier Bereiche dar.

1217. Apotheken müssen sich in einem zukünftigen System einer sektorübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung als Institutionen positionieren, die stärker als heute die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen (*community pharmacies*). Sie sind dann eingebunden in ein integratives Versorgungsnetz mit einer versichertenbezogenen, populationsorientierten pauschalen Honorierung (Capitation), die der Strategie der Aufhebung des *provider-payer-splits* folgt. Zukünftige Versorgungseinheiten können sich sowohl regional als auch überregional organisieren, in solchen Fällen wären Verbünde von Apotheken, die sich auf kommunizierbare und überprüfbare Qualitätsstandards verständigen, eine sinnvolle Lösung. In dünner besiedelten Gegenden können Filialapotheken solcher Verbünde die Arzneimittelversorgung übernehmen. Eine Kooperation mit Ärzten im Rahmen einer populationsbezogenen Versorgung lässt besondere professionelle Qualifikation als unverzichtbar erscheinen (z. B. im Fach Klinische Pharmazie). Die resultierende Differenzierung der Apotheken und die Liberalisierung des bislang bestehenden "Kollektivvertrags" (Rahmenvertrag nach § 129 SGB V) für die an der GKV-Versorgung beteiligten Apotheken mit Wettbewerb um Vertragsmodelle in der Arzneimittelversorgung werden ähnlich wie in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung zu mehr Integration und Kooperation in den medizinischen Behandlungsabläufen führen. Die Rolle der Apotheken wandelt sich von der passiven Arzneimitteldistribution zu einer aktiv agierenden Institution, die gemeinsam mit den Ärzten und den Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe im Rahmen veränderter Organisations- und Finanzierungsstrukturen für den erfolgreichen Einkauf, die richtige Auswahl, die effektive Anwendung, die Vermittlung industrieunabhängiger und auf den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin beruhender Informationen sowie für das Monitoring der Arzneimitteltherapie verantwortlich ist.

1218. Um dem künftigen Bedarfszuwachs der Versorgung im Bereich der Pflege Rechnung zu tragen, sind unterschiedlich gelagerte Herausforderungen zu bewältigen. Hohe Priorität kommt dabei zunächst der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter und generell dem Ausbau der altersspezifischen Prävention

und Gesundheitsförderung zu, insbesondere bedarf das Leben mit „bedingter Gesundheit“ größerer Beachtung. Es ist dringend erforderlich, zu einem präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Versorgungswesen – Preventive Health Care System – zu gelangen. Die zukünftige Infrastruktur der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter setzt nicht nur hinreichende Kapazitäten in der pflegerischen Versorgung und ausreichend sowie gut qualifiziertes Personal voraus, sondern auch neue Strukturen insbesondere in Verbindung von familiärer und professioneller Hilfe im ambulanten Kontext. Die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen muss verbessert werden. Im Qualitätsmanagement (QM) der Altenpflegeeinrichtungen sollten deshalb zahnärztlich-prophylaktische Maßnahmen am Patienten genau definiert werden. Der Rat empfiehlt, der pflegerischen Versorgung durch die Familien und den pflegenden Angehörigen mehr Beachtung zu schenken, denn sie stellen nach wie vor den größten Teil der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland sicher. Für die Pflege ist die Überwindung der individuenzentrierten zugunsten einer familienorientierten Arbeitsweise notwendig (Family Health Nursing Konzept der WHO). Der Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger sollte zukünftig anhand standardisierter Assessments möglichst genau eingeschätzt werden, um den Hauptpflegepersonen bereits früh professionelle und nichtprofessionelle Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Die Qualität der ambulanten Versorgung und ihre Verbesserung ist ein vordringliches Ziel, insbesondere hinsichtlich der integrierten und kontinuierlichen Langzeitversorgung, auf die ältere und alte Menschen, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit leiden, angewiesen sind. Da die ambulante Pflege erst durch das GKV-WSG auch formal in die integrierte Versorgung eingebunden wurde und die gesetzlichen Grundlagen für Care- und Case-Management erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz gegeben waren, sind erst jetzt systematische Erfahrungen mit der Rolle der Pflege in diesen Versorgungskonzepten möglich. Einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Nutzerposition und zu mehr Lebensqualität leistet die Pflegeberatung in Zusammenhang mit Begleitung und der individuellen Versorgungsplanung und -steuerung. Aus dieser Perspektive befürwortet der Rat ausdrücklich die Einrichtung von Pflegestützpunkten als neues Strukturelement einer qualitativ guten ambulanten Pflege und Versorgung. Die Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung ist aufgrund veröffentlichter Pflegegemängel und der Reaktionen des Gesetzgebers im PFWG erneut sehr aktuell. Evidenzbasierung für das pflegerische Versorgungsgeschehen, messbare Ergebnisse einer qualitativ guten Pflege, Messinstrumente und die Standardentwicklung zur Qualitätsbeurteilung bedürfen einer weiteren kontinuierlichen Investition in die Qualitätsentwicklung und die dazu nötige Pflegeforschung.

1219. Der Rat hat in den vergangenen Jahren immer wieder die Intensivierung der Versorgungsforschung angemahnt, insbesondere dann, wenn neugefasste gesetzliche Rahmenbedingungen in der GKV innovative Vertrags- oder Versorgungsmöglichkeiten ermöglichten, deren Fol-

gen schwer abschätzbar waren („Politikfolgenforschung“). Eine obligatorische Evaluation ist nach wie vor nur bei Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V vorgesehen, nicht aber im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, mit den Rabattverträgen für Arzneimittel nach § 130a Absatz 8 oder mit der Integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V. Auch für die bereits seit langem angebotenen DMPs fehlen weitgehend adäquate Evaluationsvorhaben, die im Rahmen eines kontrollierten Designs eine valide Aussage über Nutzen und Wirtschaftlichkeit zulassen. Dies ist umso unverständlicher, als der Gesetzgeber bereits im Jahre 2000 mit den §§ 303a ff SGB V Rahmenbedingungen für eine wissenschaftliche Evaluation in der GKV ermöglicht hat. Bisher konnten sich die mit der Umsetzung beauftragten Gremien der Kassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jedoch nicht auf ein Konzept zur Nutzung, zur Zusammenführung der Daten aus dem Bereich der Ärzte und Kassen sowie zu Auswertungsschwerpunkten einigen. In diesem Zusammenhang mag es ein Mangel sein, dass in dieser gesetzlichen Regelung die Mitwirkung von Sachverständigen aus dem Bereich der Wissenschaft nicht vorgesehen ist und auch die Datenschutzbestimmungen einen sinnvollen Umgang mit den vorhandenen Daten nur bedingt ermöglichen, obwohl in der Zwischenzeit Konzepte vorliegen, die unter Beachtung des Datenschutzes personenbezogene Auswertungen mittels Pseudonymisierung ermöglichen. Hier sollten auch praktikable Wege ermöglicht werden, die eine vereinfachte Zusammenführung von Versorgungsinformationen für wissenschaftliche Zwecke erlauben.

In diesem Gutachten werden weit reichende Veränderungen für unser Gesundheitssystem vorgeschlagen. Daher sollten solche Entwicklungen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden müssen, um die Konsequenzen für die Versicherten, für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und für das gesamte System erkennen und bewerten zu können. Nur auf dieser Basis kann entschieden werden, ob neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breit implementiert werden sollten. Studien zur Evaluation neuer Versorgungskonzepte sind zudem im Hinblick auf die Finanzierung abzusichern. Da die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der GKV von besonderer Wichtigkeit sind, sollte den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z. B. 0,1 %).

8.7 Literatur

- Ashton, C. M., Soucek, J., Petersen, N. J., Menke, T. J., Collins, T. C., Kizer, K. W., Wright, S. M. und Wray, N. P. (2003): Hospital Use and Survival among Veterans Affairs Beneficiaries. *N Engl J Med* 349: 1637–1646.
- ÄZ (Ärzte Zeitung) (2008): Junge Ärzte sollen auf's Land gelockt werden, 02.07.2008.
- Bächle, M., Auel, E. und Ebel, M. (2009): Land sucht Landarzt – wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen ..! Die Zukunft der Hausarztversorgung in ländlichen Räumen. *Hess Aerztebl* 1: 13–17.
- Balint, M. (2001): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, 10. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baron, R. J. und Cassel, C. K. (2008): 21st-century primary care. New physician roles need new payment models. *JAMA* 299: 1595–1597.
- Berwick, D. M. (1996): Payment by Capitation and the Quality of Care. *N. Engl. J. Med.* 335: 1227–1231.
- Böck-Friese, A. (2003): Zukünftige ambulante medizinische Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte. *Informationen zur Raumentwicklung* 12: 771–778.
- Bodenheimer, T. (2006): Primary care – will it survive? *N Engl J Med* 355: 861–864.
- Bodenheimer, T. (2007): A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA* 298: 2048–2055.
- Bodenheimer, T. (2008a): Transforming practice. *N Engl J Med* 359: 2086–2089.
- Bodenheimer, T., Casalino, L. (1999): Executives with White Coats – The Work and World View of Managed-Care Medical Directors. *N. Engl. J. Med.* 341: 1945–8 and 341, 1999, 2029–32
- Bodenheimer, T. und Laing, B.Y. (2007): The teamlet model of primary care. *Ann Fam Med* 5: 457–461.
- Bodenheimer, T. und Grumbach, K. (2007): *Improving primary care: strategies and tools for a better practice*, New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Bodenheimer, T., Chen, E. und Bennet, H. D. (2009): Confronting the Growing Burden of Chronic Disease: Can the U.S. Health Care Workforce Do the Job? *Health Aff.* 28(1): 64–74.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. und Grumbach, K. (2002): Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288: 1775–1779.
- Cassel D. und Wille, E. (2007): Für mehr Markt und Wettbewerb in der GKV-Arzneimittelversorgung. *GGW* 7(1): 23–30.
- Dorr, D. A., Wilcox, A., Burns, L., Brunker, C. P., Narus, S. P. und Clayton, P. D. (2006): Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Disease Management* 9: 1–15.
- Dubois, C. A., Singh, D. und Jiwani, I. (2008): The human resource challenge in chronic care, in: Nolte, E. und McKee, M. (Hrsg.): *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire: 143–171, Open University Press.
- Elkeles, T. (2007): Infrastrukturpolitik bei gesundheitlicher Versorgung im ländlichen Raum, in: Beetz, S. (Hrsg.): *Die Zukunft der Infrastrukturen in ländlichen Räumen*. Materialien der interdisziplinären Arbeitsgruppe Zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume – LandInnovation. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Materialien Nr. 14, Berlin, 49–59: www.bbaw.de/bbaw/Forschung/Forschungsprojekte/Landbilder/arbeitspapier14.pdf (Stand 07.12.2008).

- Gensichen, J., Peitz, M., Torge, M., Mosig-Frey, J., Wendt-Hermainski, H., Rosemann, T., Gerlach, F. M., Löwe, B. (2006): Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)“ mit integrierter PHQ-D – Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. *Z Ärztl Fortbild Qualitäts-sich* 100: 375–382.
- Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Güthlin, G., Torge, M., Petersen, J. J., Rosemann, R., König, J. und Gerlach, F.M. (2009): Case management for depression by health care assistants in small primary care practices PRoMPT a cluster randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 150: (vorläufig angenommen).
- Gerlach, F. M., Beyer, M., Muth, C., Saal, K. und Gensichen, J. (2006): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Z ärztl Fortbild Qual Ges wes* 100: 335–343.
- GMK (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. Beschluß der 81. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) vom 3.7.2008: www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_05.01 (Stand 03.01.2009).
- Goroll, A. H., Berenson, R. A., Schoenbaum, S. C. und Gardner, L. B. (2007): Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care. *Gen Intern Med* 22: 410–415.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Ribacke, M., Spenser, T. und Szecsenyi, J. (1999): Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract.* 16: 4–11.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2008): Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich, zitiert nach: Sawicki, P.T. und Bastian H. (2008): German health care: a bit of Bismarck plus more science. *BMJ* 337: doi:10.1136/bmj.a1997.
- KV Brandenburg (2009): Gewährung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 105 Absatz 1 und 4 SGB V: kvbb.de (Stand 9.02.2009).
- Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2005): Masterplan zur künftigen Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Unterrichtung durch die Landesregierung, Drucksache 4/1774 vom 30.06.2005, Schwerin.
- Michalak, F., Bluschke, F.-W., Steinbronn R., Deh, U. (2008): Versorgung sichern: Wie die AOK regionalem Arztmangel begegnet. *Gesundheit und Gesellschaft* 11(7–8): 44–45.
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organisations*, Englewood Cliffs, N. J.
- Mintzberg, H. (1997): Toward Healthier Hospitals. *Health Care Man. Rev.* 22: 9–18.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., Huber, T. P., Mohr, J. J., Godfrey, M. M., Headrick, L. A. und Wasson, J. H. (2002): Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing frontline clinical units. *J Comm J Qual Improv* 28: 472–493.
- Neuwirth, E. B., Schmittiel, J. A., Tallman, K. und Bellows, J. (2007): Understanding panel management: a comparative study of an emerging approach to population care. *Permanente J* 11(3): 12–20.
- Østbye, T., Yarnall, K. S., Krause, K. M., Pollak, K. I., Gradison, M. und Michener, J. L. (2005): Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med.* 3: 209–214.
- Rieser, S. (2008): Ärzte in ärmeren Stadtteilen: Ich bleib' dann mal hier. *Dtsch Arztebl* 105: A2377–A2382.
- Robert Graham Center (2007): *The patient centered medical home*. Washington DC, www.adfammed.org/documents/grahamcentermedicalhome.pdf (Stand 09.12.2008).
- Rosemann, T., Joos, S., Laux, G., Gensichen, J. und Szecsenyi, J. (2007): Case management of arthritis patients in primary care: A cluster-randomised controlled trial. *Arthritis Care Re-search* 57: 1390–1397.
- Rosemann, T., Körner, T., Wensing, M., Gensichen, J., Muth, C., Joos, S. und Szecsenyi, J. (2005): Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a primary care based intervention to improve the quality of life of osteoarthritis patients. The PraxArt-project: a cluster randomized controlled trial [ISRCTN87252339]. *BMC Public Health* 5: 77.
- Schwabe, U. und Paffrath, D. (2008): *Arzneiverordnungsreport 2008*. Heidelberg: Springer.
- Verband medizinischer Fachberufe (2008): Honorarvereinbarungen müssen auch Gehälter für Medizinische Fachangestellte abdecken. Presse-Info vom 21.08.2008: www.bda-online.com/download/00000690.pdf (Stand 30.01.2009).
- Wensing, M., Hermsen, J., Grol, R., Szecsenyi, J. (2008): Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expectations* 11: 384–390.
- Wensing, M., Vedsted, P., Kersnik, J., Peersman, W., Klingenberg, A., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Paulus, D., Künzi, B., Mendive, J. und Grol, R. (2002): Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care.* 14: 111–118.
- Wilf-Miron, R., Kokia, E. und Gross, R. (2007): Redesigning primary care services in Maccabi. *Health Policy Monitor*, September 2007: www.hpm.org/survey/is/a10/3 (Stand 30.11.2008).
- Yarnall, K. S., Pollak, K. I., Ostbye, T., Krause, K. M. und Michener, J.L. (2003): Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 93: 635–641.

Anhang**Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
(seit dem 1. Januar 2004)**

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Köln
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen

Prof. Dr. med. Marion Haubitz

Abteilung Nephrologie
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei

Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Charité Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock

Forschungsgruppe Public Health
im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Gutachten des Sachverständigenrates**Jahresgutachten 1987**

Medizinische und ökonomische Orientierung

Baden-Baden 1987

Jahresgutachten 1988

Medizinische und ökonomische Orientierung

Baden-Baden 1988

Jahresgutachten 1989

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Baden-Baden 1989

Jahresgutachten 1990

Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Baden-Baden 1990

Jahresgutachten 1991

Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland

Baden-Baden 1991

Sondergutachten 1991

Stabilität ohne Stagnation?
abgedruckt im Jahresgutachten 1992

Baden-Baden 1992

Jahresgutachten 1992

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa

Baden-Baden 1992

Sachstandsbericht 1994

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen

Baden-Baden 1994

Sondergutachten 1995

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit

Baden-Baden 1995

Sondergutachten 1996

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band I

Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung

Baden-Baden 1996

Sondergutachten 1997

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band II

Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung

Baden-Baden 1998

Gutachten 2000/2001

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I

Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II

Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

Band III

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Band III.1

Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker

Band III.2

Ausgewählte Erkrankungen ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall und chronische, obstruktive Lungenkrankheiten

Band III.3

Ausgewählte Erkrankungen Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen

Band III.4

Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Addendum

Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Baden-Baden 2002

Gutachten 2003

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

Band I

Finanzierung und Nutzerorientierung

Band II

Qualität und Versorgungsstrukturen

Baden-Baden 2003

Gutachten 2005

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

*Band I*Kooperative Koordination und Wettbewerb,
Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien
der Primärprävention*Band II*Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung,
Hilfs- und Heilmittel in der GKV,
Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

Stuttgart 2006

Gutachten 2007Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer
zielorientierten Gesundheitsversorgung*Band I*Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer
zielorientierten Gesundheitsversorgung,Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheits-
berufe als Beitrag zu einer effizienten
und effektiven Gesundheitsversorgung,Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand
und Perspektiven,

Finanzierung und Planung des Krankenhauswesens

*Band II*Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwort-
lichkeit in der Gesundheitsversorgung,

Primärprävention in vulnerablen Gruppen

Baden-Baden 2008