



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

# Versorgung in einer alternden Gesellschaft



Heft 5  
April 2012  
ISSN 2190-7366

**FRANKFURTER FORUM**  
für gesellschafts-  
und gesundheitspolitische  
Grundsatzfragen





# Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 5  
April 2012  
ISSN 2190-7366

**FRANKFURTER FORUM**  
für gesellschafts-  
und gesundheitspolitische  
Grundsatzfragen

# Inhalt

Neues Denken, neue Versorgungskonzepte –  
unsere alten Bordmittel werden nicht reichen 4

## Versorgung in einer alternden Gesellschaft

DOMINIK GRAF VON STILLFRIED

**Aktuelle Situation und Zukunft in der  
vertragsärztlichen Versorgung** 6

CLAUDIA KORF

**Koordiniertes Versorgungsmanagement  
für ältere und multimorbide Patienten** 18

KATJA WIMMER

**Patientenbegleiter als Scharnier zwischen  
Arzt und chronisch Kranken** 30

HOLGER LANGE

**Koordinierte Behandlung und Versorgung  
alter und multimorbider Patienten** 40

Ideen und Konzepte gibt es, doch es fehlen  
Maßschneider für neue Versorgungsformen 50

# Neues Denken, neue Versorgungskonzepte – unsere alten BORDmittel werden nicht reichen

GUDRUN SCHAICH-WALCH, STAATSSSEKRETÄRIN A. D. | DR. JÜRGEN BAUSCH



**D**as 5. Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen hat sich auf seiner Herbsttagung 2011 mit dem Thema befasst, wie wir uns zu den Herausforderungen einer angemessenen Versorgung in einer alternden Gesellschaft einzustellen haben. Niemand bestreitet, dass wir älter werden, ohne dass in annähernd notwendigem Umfang jüngere Generationen nachwachsen. Der Konflikt ist evident. In diesem Diskurs-Heft spiegeln sich die Vorträge und die begleitende Expertendiskussion lebhaft wieder.

Schaut man in die komprimierte Zusammenfassung und die Ausarbeitung der Referate, um sich dann die Frage zu stellen, ob wir auf die Herausforderungen hinreichend vorbereitet sind, dann ist das Fazit eindeutig: Nein, wir sind in unserem Land weder personell noch strukturell so gut aufgestellt, dass wir die anstehenden Probleme mit BORDmitteln lösen könnten. Wir werden in naher Zukunft andere Versorgungsangebote benötigen als bisher. Es wird noch dringender, dass wir die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden und auch die Zusammenarbeit der Gesundheits- und Sozialberufe neu gestalten. Das wird bis zur Neuorganisation der einzelnen Ausbildungen oder auch zu neuen Berufsbildern gehen müssen.

Es gibt viele Insellösungen und einzelne Leuchtturmprojekte, es mangelt nicht an konzeptionellen Überlegungen und guten Ideen. Aber von einer flächendeckenden Umsetzung guter Konzepte sind wir weit entfernt. Es fehlt nicht nur an hausärztlichem Nachwuchs in vielen ländlich geprägten Regionen. Dieser Berufsstand ist überaltert und nicht systematisch im Studium, der Weiterbildung und der Fortbildung auf die Massenversorgung einer großen Zahl von alten Menschen vorbereitet. Die Mängel in der ambulanten geriatrischen Versorgung sind evident. In den Niederlanden, so hört man, muss ein Altersheim ab 75 Betten einen Geriater vorhalten. In Deutschland kann man als Hausarzt froh sein, einen Zahnarzt oder Neurologen dazu überreden zu können, einen Altersheimpatienten vor Ort aufzusuchen.

Das Versorgungsstrukturgesetz soll helfen, die Bedarfsplanung neu und besser zu organisieren. Ob sich allerdings eine prospektive morbiditätsorientierte Bedarfsplanung, zu der das Wissenschaftliche Institut der KBV Vorarbeiten gefertigt hat, realisieren lässt, bleibt abzuwarten. Jahrelang haben die Krankenkassen bekanntlich den von der Ärzteschaft frühzeitig prognostizierten Ärztemangel als Propagandamasche einer Interessengruppe fehlinterpretiert. Da fällt das Umschalten in den Gremien der Selbstverwaltung besonders schwer.

*In der Pflege zeigt sich ein ähnliches Bild. Zu wenig qualifiziertes Personal, sowohl in den Heimen als auch in der Hauskrankenpflege. Und alte Menschen, die sich nicht mehr alleine versorgen können, und darunter leiden, dass sie nicht versorgt, sondern nur noch schnell abgefertigt werden. Satt und sauber ist die peinliche Devise.*

*Und es gibt Hinweise aus Fachpublikationen, dass man den Zeitpunkt des Auftretens von Pflegebedürftigkeit oder gar einer Heimunterbringung signifikant hinauschieben kann, wenn vergleichsweise einfache primärpräventive Ansätze intensiviert werden. Regelmäßige Bewegung, gesundes Essen und Trinken, Förderung von Kommunikation und geistigen Anregungen sind banale Erkenntnisse, die leicht hingeschrieben und gefordert werden. Aber wer packt das an?*

*Ärzte und Pflegekräfte im Defizit, Versorgungsengpässe allenthalben. Und Krankenkassen ohne Spielräume, das Versorgungsgeschehen flächendeckend positiv fördern zu können. Obwohl es Hinweise gibt, dass ein kluges Versorgungsmanagement bei alten Menschen sogar geeignet ist, die Kostenanstiege in Grenzen zu halten. Sei es in der stationären Pflege, im Arzneimittelmanagement oder in der Vermeidung von teuren Krankenhausaufenthalten und einer klugen Sturzprävention bei aufmerksamer Symptomüberwachung zum Beispiel bei*

*Diabetes und bei Herzinsuffizienz. Nicht immer braucht man dafür einen Arzt vor Ort.*

*Mit Blick auf das mit dem Altwerden verbundene Demenzproblem ist große Skepsis angesagt. Denn Demenz ist nur der besonders dramatische Sonderfall aller Probleme des Altwerdens. Die nach langer Diskussion über längst bekannte Fakten mit der Pflegereform geplanten Verbesserungen sind wohl nichts anderes, als der berühmte Tropfen auf den heißen Stein.*

*Das Kuratorium des Frankfurter Forums hat sich immer wieder selbstkritisch die Frage gestellt, welchen Nutzen derartige Diskussionsveranstaltungen haben können. Das Ergebnis: Auch wenn man diesen Nutzen nicht messen kann, so ist doch das Sammeln und Bündeln von Gedanken und Vorschlägen eine wichtige Voraussetzung, Lösungswege für eine Verbesserung finden zu können. Dass es bei dieser demografischen Herausforderung keinen Königsweg gibt, weiß jeder. Das derzeitige solidarische Generationenmodell gerät in Schieflage, wenn immer weniger Junge immer mehr Alte alimentieren müssen. Für uns Grund genug, diese Herausforderungen in einem eigenen Themenheft zu skizzieren.*

**Kontakt:**

**Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: [dp-healthcarerelations@online.de](mailto:dp-healthcarerelations@online.de)**

# Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Aktuelle Situation und Zukunft in der vertragsärztlichen Versorgung

VON DR. DOMINIK GRAF VON STILLFRIED, GESCHÄFTSFÜHRER DES ZENTRALINSTITUTS FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG



**G**erade in Abwanderungsregionen in Deutschland wird trotz schrumpfender Bevölkerung der Behandlungsbedarf steigen, da dort der Anteil altersbedingter Krankheiten in der Bevölkerung besonders stark zunimmt. Vor allem in diesen Regionen sollte der Erhalt oder der Ausbau der wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung vorangetrieben werden. Dabei ist die Forderung, dies mit dem Abbau bestehender Versorgungsstrukturen in Ballungsräumen zu verknüpfen, nicht sinnvoll. Analysen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung zeigen, dass die Investitionen in die vertragsärztliche Versorgung mit gewünschten Versorgungsergebnissen assoziiert sind. Vor einem Aufkauf von Praxissitzen sollte die überregionale Mitversorgungsfunktion dieser Praxen überprüft werden. Die große Zahl von Vertragsärzten, die in den kommenden zehn Jahren altersbedingt ausscheiden wird, schafft den Spielraum für eine räumliche Neustrukturierung der Standorte in der vertragsärztlichen Versorgung. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz gibt den KVen Möglichkeiten, diesen Weg aktiv zu beschreiten.

## Herausforderungen für die Versorgung von morgen

Die medizinische Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann in vielerlei Hinsicht als vorbildlich gelten. Die Versicherten erhalten unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit Zugang zu einem sehr weitreichenden Leistungskatalog; dabei ermöglicht eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen minimale Wartezeiten und größtmöglichen Spielraum für individuelle Präferenzen innerhalb des gesetzlichen Rahmens. Mit dem Ausbau dieser Eigenschaften ist die GKV in den letzten Jahrzehnten – mehr als andere Zweige der Sozialversicherung – zur institutionellen Verkörperung der Chancengleichheit in Deutschland geworden.

Die Herausforderung besteht darin, diese Grundsätze zu erhalten. Denn ebenso wie die oben genannten Eigenschaften im Zuge lang anhaltenden wirtschaftlichen Aufschwungs zum Kennzeichen der GKV geworden sind, so sind sie im Zeichen „tektonischer“ Veränderungen in Frage gestellt.

Zu den wichtigsten „tektonischen“ Veränderungen gehört die demografische Entwicklung in der Welt und in Deutschland. Mit dem abnehmenden Anteil der Bevölkerung Europas und der westlichen Industrieländer an der Weltbevölkerung wächst der Druck, den erreichten Wohlstand mit anderen aufstrebenden Nationen zu teilen; die Verschiebung der Bevölkerungsgewichte führt zu erhöhten Ansprüchen an verfügbare Rohstoffreserven außerhalb Europas und der westlichen Industrienationen. In dieser Wettbewerbssituation steigen die Opportunitätskosten der sozialen Sicherungssysteme insbesondere in Europa; dies gilt umso mehr, je höher die Schulden infolge akuter

Rettungsmaßnahmen des erreichten Lebensstandards in Europa steigen. Auch innerhalb Deutschlands kommt es infolge der demografischen Entwicklung zu einer hochkomplexen Entwicklung, die sich einer politischen Gestaltung durch Einzelmaßnahmen weitgehend entzieht. Diese Entwicklung erschöpft sich nicht in der demografischen Alterung; sie ist vielmehr auch und vor allem durch die Effekte der Binnenmigration charakterisiert, durch die die demografische Alterung modifiziert wird.

### **Solidarprinzip erhält regionale Bedeutungskomponente**

Deutschland zerfällt in Zuwanderungsregionen (insbesondere die Ballungsräume um die Städte Hamburg, München, Stuttgart), in denen die demografische Alterung durch den Zustrom vor allem jüngerer Menschen minimiert wird, und in Abwanderungsräume (insbesondere ländliche Regionen in den neuen und zunehmend auch in den alten Bundesländern), in denen die demografische Alterung im Zeitraffer vollzogen wird. Die vielleicht bedeutsamste Auswirkung dürfte der hierdurch ausgelöste Veränderungsdruck auf die Infrastruktur sein: Verdichtung in Zuwanderungsregionen, Ausdünnung und Rückbau in Abwanderungsregionen. Trotz erheblicher öffentlicher Investitionen steigen damit in den Abwanderungsregionen die Opportunitätskosten für die medizinische Versorgung in besonderer Weise.

Das Solidarprinzip, welches in der sozialpolitischen Diskussion der letzten 60 Jahre vor allem auf die individuelle Chancengleichheit fokussiert war, erhält somit zunehmend und nachdrücklich eine regionale Bedeutungskomponente. Dass das Bewusstsein hierfür noch verhält-

nismäßig jung ist, zeigt sich darin, dass die datentechnischen Voraussetzungen für regionalisierte Analysen der Versorgungsqualität vielfach erst noch geschaffen werden müssen.

Einen ersten Schritt in Reaktion auf die beschriebene Problematik unternimmt der Gesetzgeber durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Das GKV-VStG will der absehbaren Entwicklung regionaler Disparitäten insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung mit einer Neuorientierung der Versorgungsplanung und neuen Impulsen zur räumlichen Allokation von Finanzmitteln entgegensteuern. Die Bedarfsplanung, welche historisch zunächst nur der räumlichen Verteilung einer stetig wachsenden Arztzahl diene und ab Anfang der 1990er Jahre vor allem auf eine absolute Beschränkung der Niederlassungsmöglichkeiten zielte, soll nunmehr darauf ausgerichtet werden, eine für die Versorgung einer räumlich abgegrenzten Bevölkerung adäquate ärztliche Versorgung sicherzustellen.

Diese explizite Ausrichtung auf eine nach Bedarfskriterien zu beschreibende Bevölkerung erfordert offenkundig einen mentalen Wandel in mehrfacher Hinsicht:

1. Die Bedarfsplanung allein generiert keine Ärzte; die Versorgungsplanung muss folglich in Regionen mit geringerer Attraktivität für Ärzte mit aktiven Fördermaßnahmen sowie ggf. mit strukturellen Innovationen einhergehen, um z.B. in Abwanderungsregionen eine Versorgung auf einem den Zuwanderungsregionen vergleichbaren Niveau sicherstellen zu können. Entsprechende finanzielle Fördermaßnahmen sind als strukturelle Investitionen

anzusehen und sollten insofern nicht aus dem zur angemessenen Leistungsvergütung kalkulierten jährlichen Gesamtvergütungen finanziert werden. Die Bedarfsplanung dient hierfür als Referenzrahmen zur zielgerichteten Differenzierung von Fördermaßnahmen, Investitionen und Desinvestitionen (durch eventuellen Aufkauf verzichtbarer Praxissitze).

2. In strukturschwachen Regionen ist die Wohnbevölkerung als Ganzes unabhängig von ihrer Mitgliedschaft in einzelnen Krankenkassen ins Auge zu fassen. Für die Redundanz, aus der sich das Potenzial für einen Wettbewerb auf Anbieterseite ergibt, dürfte hierbei ebenso wenig Spielraum bestehen wie für (quasi) proprietäre Angebotsstrukturen einzelner Krankenkassen, die Versicherten anderer Krankenkassen nicht (oder nicht in ausreichendem Maße) offen stehen. Das Leitbild einer populationsbezogenen Versorgung – so die These – könnte insofern in Konkurrenz mit dem bisherigen Leitgedanken des Wettbewerbs der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner treten und das Leitbild des Wettbewerbs verdrängen. Möglicherweise tritt jedoch an die Stelle des Wettbewerbs der Krankenkassen ein Wettbewerb der Regionen um die knappen entsprechend qualifizierten personellen Ressourcen. Dies ist insbesondere deshalb zu erwarten, da auch in wirtschaftlich attraktiven Regionen altersbedingt viele Praxissitze frei werden. Frei werdende Praxissitze in Zuwanderungsregionen zu besetzen, dürfte aber ungleich leichter fallen, als in Abwanderungsregionen. Den Spielraum für einen solchen interregionalen Wettbewerb bzw. das Ausmaß überregionaler Solidarität könnte die künftige Bedarfsplanungsrichtlinie auf Bundesebene definieren.
3. Das Leitbild der populationsbezogenen Versorgung steht nicht nur in einem Spannungsfeld zur kasuistischen Perspektive der Individualmedizin, sondern auch zur daraus historisch gewachsenen räumlichen Verteilung von Ressourcen und Finanzen in der GKV. Die Betrachtung eines hinreichend großen Versichertenkollektivs ermöglicht eine nach Berücksichtigung der Strukturmerkmale dieser Bevölkerung hinreichend genaue Projektion des Versorgungsbedarfs. Für die Bedarfsplanung lassen sich im Prinzip die

gleichen regressionsanalytischen Versichertenklassifikationsverfahren nutzen, die zur Abschätzung einer der Risikostruktur der Bevölkerung angemessenen Gesamtvergütung oder Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen dienen. Zudem erlauben diese Verfahren eine ausreichende Standardisierung, um ein Monitoring der je Region erreichten Versorgungsqualität vorzunehmen. Es existieren mittlerweile zahlreiche, auch erprobte Indikatorensets für eine mehrdimensionale Messung der Versorgungsqualität, auf die sich eine qualitätsorientierte Vergütungskomponente grundsätzlich stützen könnte. Beides, die vorausgehende Risikobewertung sowie die Beurteilung der resultierenden Versorgungsqualität, dürften unverzichtbare Kriterien sein, um perspektivisch zu einer angemessenen räumlichen Verteilung der Finanzmittel der GKV zu kommen, bei der strukturelle Voraussetzungen ebenso wie die unter diesen Bedingungen erreichten Ergebnisse berücksichtigt werden können

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz zielt der Gesetzgeber jedoch nicht auf einen bundeseinheitlichen Mechanismus der überregionalen Ressourcenallokation. Er räumt vielmehr den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene erweiterte Kompetenzen dazu ein, vor Ort ein geeignetes Maßnahmenpaket zur Sicherstellung der Versorgung zu vereinbaren. Obwohl bei der Finanzierung der Krankenkassen durch den Risikostrukturausgleich ein überregionaler Verteilungsmechanismus nach einheitlichen Kriterien besteht, entscheidet sich der Gesetzgeber für die Stärkung der regionalen Entscheidungsebene bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung und fördert damit das Prinzip des Wettbewerbs der Regionen.

Dieser Entscheidung voraus ging eine kontroverse Diskussion über die Aussagefähigkeit von Kriterien zur Messung räumlicher Versorgungsbedarfe und über die Angemessenheit einer räumlichen Reallokation von Vergütungsströmen. Im Kern besteht der Streit darin, ob und inwieweit regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme als Unterschiede des Versorgungsbedarfs oder als Ausdruck bestehender Angebotsstrukturen angesehen werden müssen.

Für eine Diskussion des möglichen Erfolgs oder Misserfolgs der gesetzlichen Rahmensetzung im GKV-VStG erscheint es viel zu früh. Sinnvoll dürfte es hingegen sein,



über den Stand der Forschung zu berichten, aus dem ein Referenzrahmen für empirisch begründete, quantifizierbare Förderungsmaßnahmen resultieren kann, der nach Inkrafttreten des GKV-VStG zur Anwendung gebracht werden könnte.

Im Folgenden sollen daher zunächst die Bedarfsgerechtigkeit der räumlichen Allokation der GKV-Finanzmittel untersucht und anschließend die Frage beantwortet werden, welche empirischen Anhaltspunkte es für notwendige Investitionen in die vertragsärztliche Versorgungsstrukturen gibt, die mit einer räumlichen Reallokation von GKV-Finanzmitteln einher gingen.

### **Warum die Analyse räumlich verteilter Merkmale des Versorgungsbedarfs sinnvoll ist**

Seit 2009 werden die Einnahmen der Krankenkassen – in Form der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – neben den indirekten Morbiditätsmerkmalen Alter und Geschlecht auch nach direkten Morbiditätsmerkmalen gewichtet. Merkmalsträger sind rund 4.000 ICD-10-Diagnosen, die besonders kostenintensive Behandlungen und chronisch behandlungsbedürftige Zustände repräsentieren. Das dem sogenannten morbiditätsgewichteten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zugrunde liegende Versichertenklassifikationsverfahren soll eine möglichst zutreffende Abschätzung der durch die Risikostruktur bedingten Unterschiede des Versorgungsbedarfs der Versicherten je Krankenkasse ermöglichen, um gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen.

So lange die Zuweisungssumme je Versicherten den Leistungsausgaben je Versicherten entspricht, sollten die risikoadjustierten Zuweisungen dem Versorgungsbedarf der Versicherten abbilden. Die Qualität der Risikoadjustierung wird zumeist daran gemessen, dass für willkürlich ausgewählte Versichertengruppen die adjustierten Zuweisungen (erwartete Ausgaben) den tatsächlichen Leistungsausgaben möglichst entsprechen. So sollten z.B. die durchschnittlichen Leistungsausgaben für die Versichertenperzentile mit besonders niedrigen und besonders hohen Leistungsausgaben durch die erwarteten Ausgaben jeweils möglichst genau getroffen werden. Fehlschätzungen sollten sich über ein größeres Versichertenklientel ausgleichen und bei einer randomisierten Ziehung von Versichertengruppen sollten die erwarteten tatsächlichen Leistungsausgaben je Gruppe insgesamt nahezu exakt entsprechen.

Obwohl das Versichertenklassifikationsverfahren des Morbi-RSA diese Aufgabe verhältnismäßig gut bewältigt, fällt bei einer Betrachtung räumlich abgegrenzter Populationen z.B. auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte auf, dass es zu teils deutlichen Fehlschätzungen kommt. Dabei fällt als Muster auf, dass die Leistungsausgaben für Versicherte mit Wohnort in Ballungsräumen tendenziell unterschätzt werden, während die Leistungsausgaben für Versicherte mit Wohnort in ländlichen Räumen eher überschätzt werden.

### **Räumliche Risikostrukturvariablen wurden bisher nicht ausreichend berücksichtigt**

Dieses Fehlschätzungsmuster spricht für die Existenz räumlich verteilter Risikostrukturvariablen, die bisher offenbar nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Der Insolvenzfall der City-BKK wurde zumindest teilweise auf das Fehlen einer ausreichenden Berücksichtigung struktureller Benachteiligung von Versichertengemeinschaften in Ballungsräumen zurückgeführt. Anders als in Deutschland enthalten deshalb die Risikostrukturausgleichsverfahren z.B. in den Niederlanden und in der Schweiz eine regionalisierte Ausgleichskomponente.

Für die Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in der vertragsärztlichen Versorgung ist die Berücksichtigung regional verteilter Risikostrukturmerkmale hingegen noch bedeutsamer als für den RSA. Die systematische Fehlschätzung existiert auch bei der Standardisierung des Leistungsbedarfs in der vertragsärztlichen Versorgung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Morbidität. Bei der Aufteilung eines auf Bundesebene vereinbarten Gesamtvergütungsvolumens auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hätte dies sehr unterschiedliche Veränderungsraten je KV z.T. sogar Einbußen in der absoluten Höhe der Gesamtvergütung zur Folge gehabt, während andere Regionen mehr Finanzmittel erhalten hätten, als unter geltenden Vergütungsregeln und Verteilungsmaßstäben hätte abgerufen werden können.

Einer so tiefgreifenden überregionalen Umverteilung wurde unter Verweis auf offenkundige Mängel im Adjustierungsverfahren wirksam widersprochen. Dies findet im GKV-VStG seinen Niederschlag in einer Kompetenzzuweisung an die Gesamtvertragspartner für die Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (sogenannte Re-Regionalisierung).

Zugrunde liegt die Frage, ob die beobachteten regionalen Fehlschätzungen auf eine mangelhafte Berücksichtigung der Unterschiede

- in der Angebotsstruktur (Arztdichte und fachliche Zusammensetzung der vertragsärztlichen Versorgung),
- in bisher nicht berücksichtigten Merkmalen der Versichertenstruktur mit Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten (z.B. Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit, Bildungs- und Einkommensniveau, Lebensform wie alleinlebend oder Heimbewohner, Mobilität, Migrationshintergrund, etc.) oder Kombinationen aus beiden Merkmalsgruppen zurückzuführen sind.

Im ZI wurde diese Frage exploratorisch untersucht. Der Wohnort der Versicherten wurde neben Alter, Geschlecht und Morbidität als weiterer Risikofaktor in das regressionsanalytische Schätzverfahren aufgenommen, durch das der standardisierte Leistungsbedarf je Versicherten ermittelt wird. Dabei wurden die Wohnorte (Landkreise und kreisfreie Städte) jeweils einer von zehn Risikoklassen zugeordnet. Zur Bildung der zehn wohnortbezogenen Risikoklassen wurden drei Verfahren erprobt:

- A1. Bildung von zehn Wohnort-Clustern gemäß vergleichbarer Angebotsstrukturen.
- A2. Bildung von zehn Wohnort-Clustern gemäß vergleichbaren sozio-demografischen Versichertenstrukturen.
- B. Bildung von zehn Wohnortklassen (jede umfasst ein Versichertenperzentil) nach dem Erklärungsgrad einer Residuenanalyse (Regressionsrechnung zur Erklärung der Fehlschätzung durch angebotsseitige und versichertenstrukturseitige Faktoren). Insgesamt konnten rund 50 Prozent der Differenzen zwischen tatsächlichen und nach Alter, Geschlecht und Morbidität erwarteten Leistungsausgaben aufgeklärt werden, wobei angebotsseitige Faktoren insgesamt einen größeren Anteil hatten. Jede der zehn Wohnortklassen vereint demnach die Kreise mit einer vergleichbaren verbleibenden Fehlschätzung.

Alle drei Verfahren stellen eine Übertragung von bereits in den Niederlanden im dortigen RSA angewendeten Schätzverfahren dar. Interessant ist, dass die räumliche Verteilung

der zehn Wohnortklassen je nach Verfahren sehr unterschiedlich ausfällt. Eine auf die Versichertenstruktur bezogene Wohnortkomponente wirkt somit räumlich anders als eine auf die Angebotsstruktur bezogene Wohnortkomponente oder eine „Mischkomponente“ (Residuenanalyse).

### **Bestes Verfahren kann Ausmaß der Fehleinschätzungen mehr als halbieren**

Zum Schluss wurden die Ergebnisse der drei Verfahren im Hinblick auf ihren Beitrag zur Schätzgenauigkeit verglichen (siehe Abbildung Seite 11). Bezogen auf die Kreistypen und der dort wohnhaften Versichertenanteile ergibt sich insgesamt der höchste Beitrag zur Schätzgenauigkeit für die zehn Wohnortcluster gemäß sozio-demografischer Versichertenstrukturmerkmale (A1), wobei die Fehlschätzungen mehr als halbiert werden.

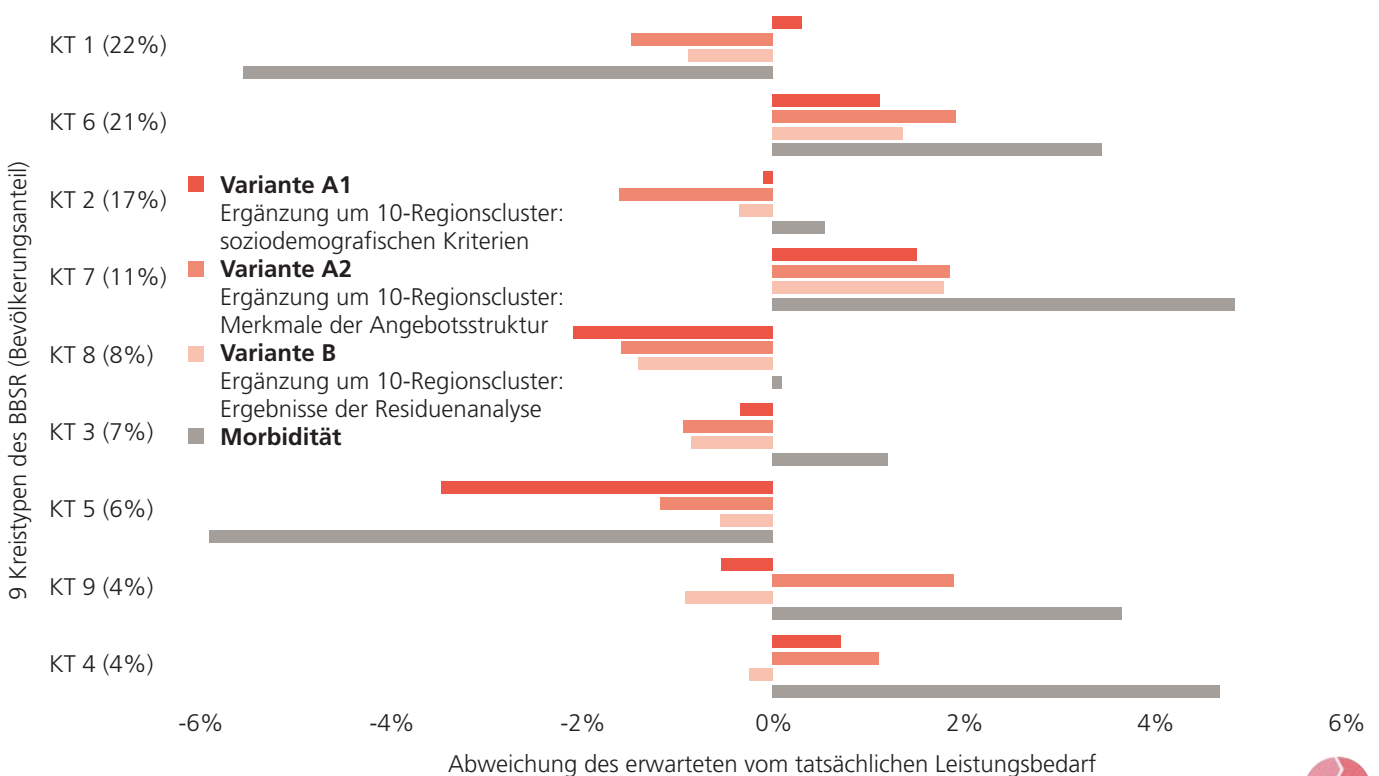
### **Abschätzung des regionalen Versorgungsbedarfs ist sinnvoll für die Angebotsplanung**

Im GKV-VStG schlägt sich diese Erkenntnis in dem mehrfach wiederkehrenden Hinweis auf die Möglichkeit der Berücksichtigung weiterer Risikofaktoren nieder, über deren Anwendung jedoch Einigkeit unter den regionalen Partnern der Gesamtverträge bzw. der für die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschüsse – und künftig auch den Aufsichtsministerien auf Landesebene – herzustellen ist. Ohne an dieser Stelle auf weitere methodische Fragen im Detail einzugehen, bleibt die vorläufige Erkenntnis, dass eine hinreichende Abschätzung des regionalen Versorgungsbedarfs für die Zwecke einer weiterentwickelten Angebotsstrukturplanung durch Gewichtung der Bevölkerung mit Risikofaktoren und Berücksichtigung der demografischen Entwicklung möglich wäre.

### **Lohnt sich eine Investition in die ambulante Versorgung?**

Wenn die bisherige Bedarfsplanung zu einer auf die jeweilige Bevölkerungsstruktur bezogene Angebotsplanung werden soll, wenn hierfür absehbar Fördermaßnahmen ergriffen werden müssen, um Ärzte in Abwanderungsregionen anzusiedeln und wenn zugleich Gelder aufgewendet werden sollen, um nicht mehr benötigte Vertragsarztsitze in überversorgten Regionen abzubauen, ist die Frage berechtigt, ob diese Investitionen gerechtfertigt sind. Wel-

## Der Wohnort als Risikofaktor erhöht die Schätzgenauigkeit des Versorgungsbedarfs



Quelle: Berechnungen des ZI; Datenbasis: Bundesarztregister, InKAR-Indikatoren des BBSR vollständige Abrechnungsdaten 2007/2008



**Die Berücksichtigung soziodemografischer Kriterien (Variante A1) leistet von allen drei skizzierten Verfahren den größten Beitrag, um die Schätzgenauigkeit des tatsächlichen Leistungsbedarfs zu erhöhen**

che Anhaltspunkte gibt es z.B. für die von der Regierung formulierte Erwartung, dass durch eine bedarfsgerechte ambulante Versorgungsstruktur aufwendigere stationäre Behandlungen reduziert werden? Schließlich ist die Behauptung zu prüfen, die Bedarfsindikatoren stellen eine „self-fulfilling prophecy“ dar – eine aufwändige ambulante Versorgungsstruktur generiere ihren eigenen Bedarf.

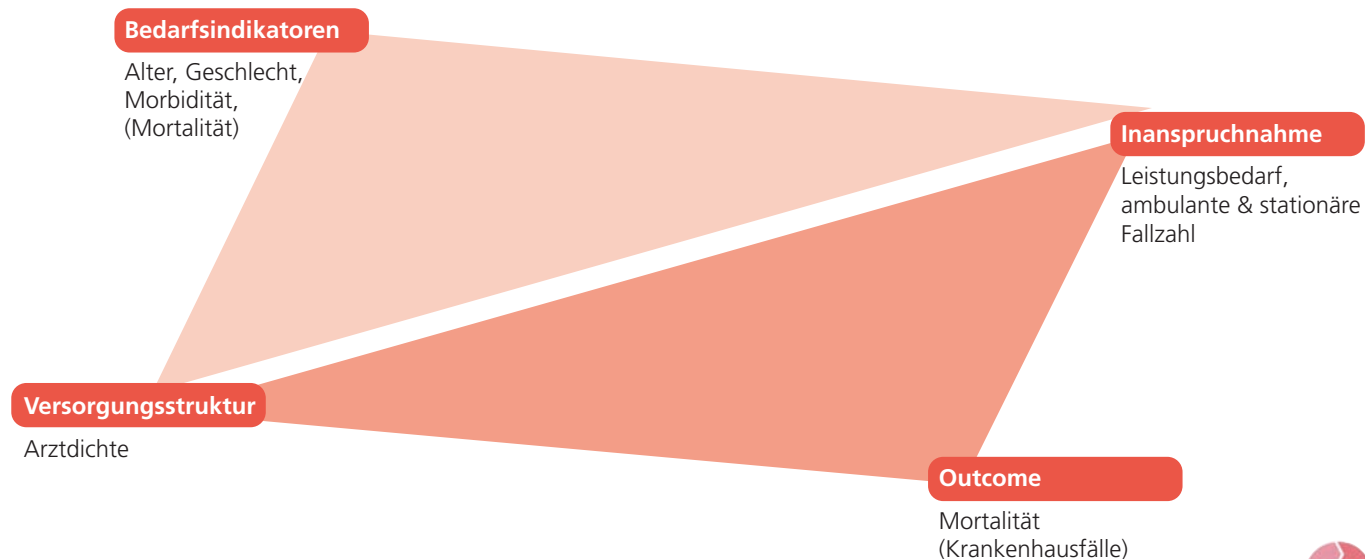
Deshalb werden nachfolgend die Beziehungen zwischen

- erhobenen Bedarfskriterien,
  - der beobachteten Inanspruchnahme und
  - der bestehenden Versorgungsstruktur
- einerseits und zwischen
- der – bei gegebener Bedarfsstruktur – beobachteten Inanspruchnahme,
  - der bestehenden Versorgungsstruktur und
  - messbaren Outcomeparametern der Versorgung (stationäre Behandlungsfälle und Mortalität)
- andererseits näher empirisch untersucht und zur Diskussion gestellt.

### Datengrundlagen der Analyse

Der Auswertung zugrunde liegen die vollständigen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten mit pseudonymisierten Patienten- und Praxisbezügen für das Jahr 2008. Die Datengrundlage umfasst rund 77 Mio. Patientenpseudonyme und 150.000 Praxispseudonyme (Betriebsstätten und Nebenbetriebsstätten). Zur räumlichen Analyse können die abgerechneten Leistungen jeweils Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt des Praxisstandorts bzw. der Patientenwohnorts zugeordnet werden. Das Statistische Bundesamt stellt aggregierte Daten zur stationären Behandlung (Behandlungstage) und zur Mortalität auf Kreisebene jeweils nach dem Wohnortprinzip zur Verfügung. Grundlage ist der Gebietsstand zum 31. Dezember 2008 (413 Kreise und kreisfreie Städte). Zur Risikoklassifikation der Versicherten wurde das Klassifikationssystem des Bewertungsausschuss (einjährig prospektiver Zeitbezug, d.h. Diagnosen des Jahres 2007 dienen als erklärende Variablen für individuelle Unterschiede im Leistungsbedarf des Jahres 2008) verwendet. Angaben zum Anteil der Pflegebedürftigen, der

## Welcher Zusammenhang besteht zwischen Bedarfsindikatoren, Inanspruchnahme, Versorgungsstruktur und Outcome?



Quelle: Zi

Um zu klären, ob Investitionen in die ambulante Versorgung in bestimmten Regionen gerechtfertigt sind, werden die Beziehungen zwischen Bedarfskriterien, der beobachteten Inanspruchnahme, der Versorgungsstruktur und messbaren Outcome-Parametern untersucht.

Einpersonenhaushalte sowie der Arbeitslosigkeit je Kreis wurden den INKAR-Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung entnommen.

### Leitende Fragen für die Analysen

1. Krankheitslast und Mortalität auf Kreisebene: Zunächst wird der Zusammenhang zwischen der zur Messung des Versorgungsbedarfs in der vertragsärztlichen Versorgung herangezogenen Krankheitslast (erwarteter Leistungsbedarf in Euro aufgrund der vorliegenden Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur) und der Mortalität (Verstorbene je 1.000 Einwohner im Kalenderjahr) als unabhängiger Indikator überprüft. Es besteht ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen der Krankheitslast (dem Niveau des erwarteten Versorgungsbedarfs) und der Mortalität auf Kreisebene (413 Kreise und kreisfreie Städte).

Der Korrelationskoeffizient nach Pearson beträgt 0,49. In Kreisen mit einer hohen Krankheitslast besteht grundsätzlich auch eine höhere Mortalität. Allerdings bestehen bei gleichem Niveau der Krankheitslast teils weiterhin zum Teil erhebliche Mortalitätsunterschiede.

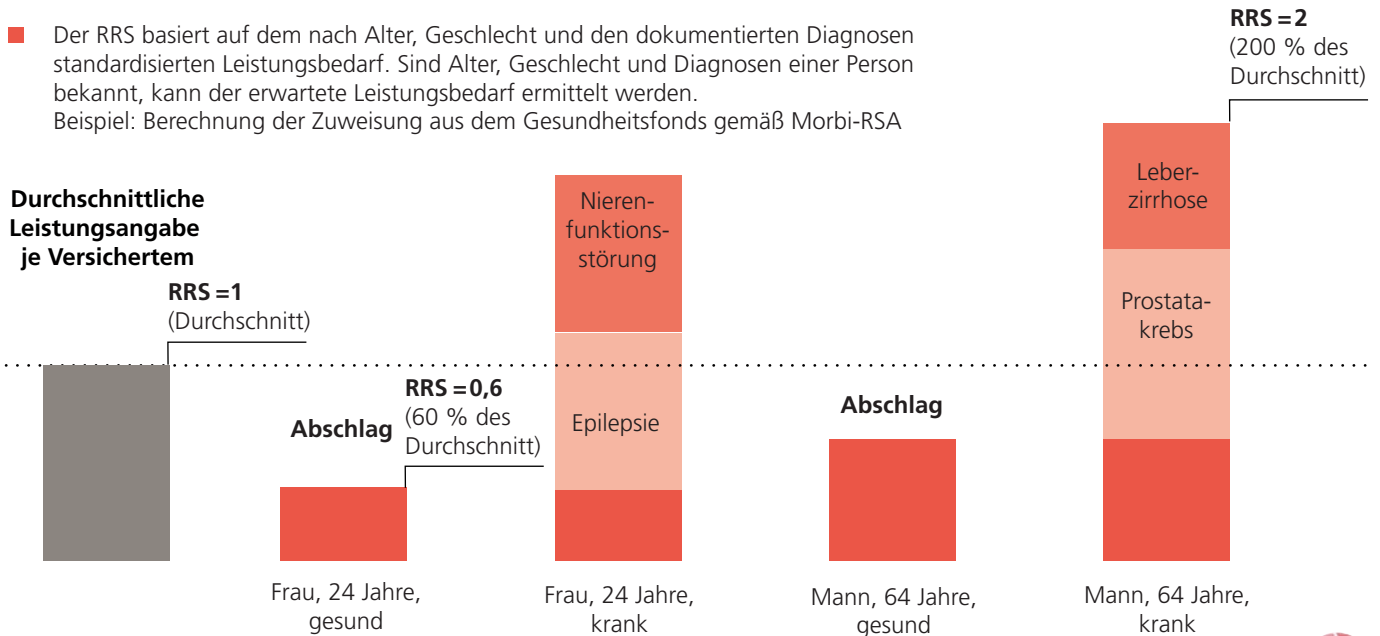
Das Niveau des Versorgungsbedarfs wird hierbei ausgedrückt durch den relativen Risikoscore (RRS) je Kreis. Der RRS ist eine Maßzahl für die erwartete, risikoadjustierte Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen (in Euro) je Versicherten, wobei die Risikoadjustierung nach den Kriterien Alter, Geschlecht und dokumentierten Diagnosen erfolgt. Der RRS kann für Einzelpersonen wie für Kollektive berechnet werden, so auch für das Kollektiv aller in einem Kreis wohnhaften Versicherten.

2. Aussagefähigkeit des relativen Risikoscore (RRS): Fraglich ist, ob die Kriterien des Versorgungsbedarfs, insbesondere die kodierten Diagnosen, von der Arztdichte abhängig sind. Ein positiver Zusammenhang im Hinblick auf die Zahl kodierter Diagnosen wird zumindest in der Hypothese der angebotsinduzierten Nachfrage häufig unterstellt. Durch Anwendung des Klassifikationsverfahrens kommt jedoch nicht primär die Zahl, sondern vor allem die Struktur der kodierten Diagnosen zum Tragen, da unterschiedliche Diagnosen zum gleichen Krankheitsbild schweregradabhängig zusammengefasst werden. Wir können danach auf Kreisebene keinen Zusam-

## Krankheitslast als Zahlenwert: der relative Risikoscore (RRS) und wie er berechnet wird

- Der RRS ist ein Maß für das morbiditätsbedingte Inanspruchnahmrisiko einer Person im Verhältnis zur (bundes-)durchschnittlichen Inanspruchnahme je Person
- Der RRS basiert auf dem nach Alter, Geschlecht und den dokumentierten Diagnosen standardisierten Leistungsbedarf. Sind Alter, Geschlecht und Diagnosen einer Person bekannt, kann der erwartete Leistungsbedarf ermittelt werden.  
Beispiel: Berechnung der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds gemäß Morbi-RSA

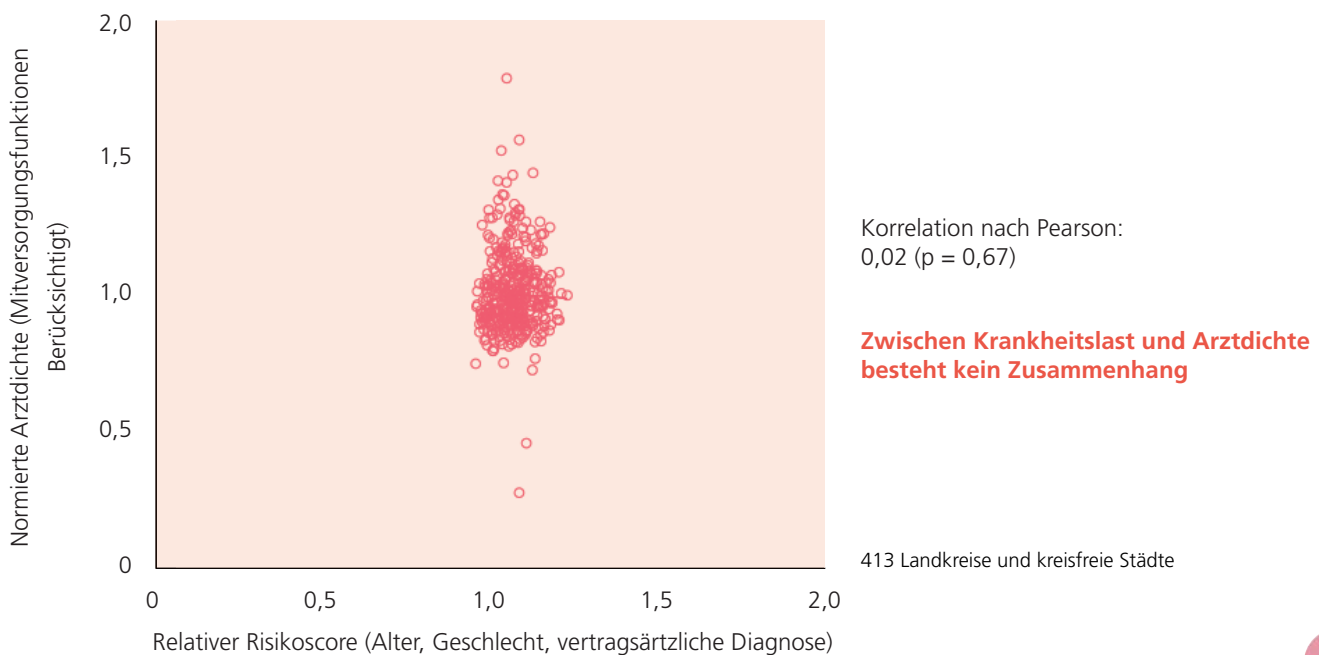
### Durchschnittliche Leistungsangabe je Versichertem



Quelle: BVA, eigene Modifikation

Das Niveau der Versorgungsbedarfs wird durch den relativen Risikoscore (RRS) je Kreis wiedergegeben. Dabei handelt es sich um die Maßzahl für die erwartete, risikoadjustierte Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen in Euro je Versicherten.

## Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Krankheitslast und der Arztdichte auf Kreisebene?



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenbasis: Bundesarztregister, vollständige Abrechnungsdaten 2007/2008

Oft wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Zahl kodierter Diagnosen und Arztdichte unterstellt. Die Hypothese einer angebotsinduzierten Morbidität konnte jedoch empirisch nicht bestätigt werden.

menhang zwischen der Arztdichte und dem RRS in der vertragsärztlichen Versorgung erkennen .

3. Drittens ist zu prüfen, wie sich die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung zum gemessenen Bedarfsniveau (RRS) verhält. Während für die vertragsärztliche Versorgung aufgrund des Risikoklassifikationsverfahrens a priori ein hoher Zusammenhang vorausgesetzt werden kann (Abb. S. 15 unten), ist es als Bestätigung des Verfahrens anzusehen, dass auch die Inanspruchnahme stationärer Behandlung auf Kreisebene mit der Krankheitslast assoziiert ist. Diese Assoziation ergibt sich aber nur bei einer Zurechnung der Inanspruchnahme auf den Wohnortkreis der Versicherten. Zudem ist ein hohes Niveau der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung je Kreis auch mit einem hohen Niveau der Inanspruchnahme stationärer Behandlung assoziiert. Wie gezeigt werden kann, ist diese Assoziation überwiegend durch die Krankheitslast bedingt. Bei gegebener Krankheitslast – so die Hypothese - kann durch die infrastrukturelle Ausstattung der Kreise im Hinblick auf das vertragsärztliche und stationäre Versorgungsangebot eine teilweise ausgeprägte Substitutionsbeziehung zwischen beiden Sektoren unterstellt werden.
4. Als Zwischenergebnis kann also festgehalten werden, dass die Kriterien zur Messung des Versorgungsbedarfs als Indikator für die sektorenübergreifende Gesamtinanspruchnahme gut geeignet sind. Der Zusammenhang dürfte unter Berücksichtigung soziodemografischer Variablen noch etwas stringenter ausfallen. Fraglich ist, ob unter Berücksichtigung der Bedarfssituation eine Aussage über die relative Bedeutung der vertragsärztlichen Versorgung getroffen werden kann. Mit anderen Worten: Lohnt sich die Investition in eine Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung in Regionen mit hohem Versorgungsbedarf?  
Um diese Frage anhand des empirischen Materials zu beantworten, führen wir jeweils eine lineare Regressionsrechnung durch, in der die Outcome-Variablen (1) stationäre Fallzahl je 100.000 Einwohner und (2) Verstorbene je 1.000 Einwohner durch Bedarfsindikatoren, durch die Inanspruchnahme der

#### Exkurs:

##### Die Bedeutung der Mitversorgung

Bevor die Arztdichte (Einwohner je Arzt) verschiedener Kreise verglichen wird, sollte die Arztzahl um kreisübergreifende Mitversorgungsfunktionen bereinigt werden. So ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in der fachärztlichen Versorgung an manchen Standorten ein erheblicher Anteil der Leistungen für Patienten mit Wohnort außerhalb des entsprechenden Kreises erbracht wird. Dieser Anteil kann im Extremfall 80 Prozent des Leistungsvolumens am Standort betragen. Anders gesagt: Für die Versorgung der Wohnbevölkerung reichen 20 Prozent der vorhandenen Arztkapazitäten aus. Dieses Phänomen ist besonders häufig, wenn z.B. die Praxisstandorte in einer kreisfreien Stadt konzentriert sind, die von ringsum von einem ländlich strukturierten Landkreis umgeben ist. In stark mitversorgten Regionen muss insofern auch eine höhere effektive Arztdichte unterstellt werden. Dies betrifft in der fachärztlichen Versorgung rund 250 der 413 Kreise. Die Mehrzahl der Kreise wird somit mitversorgt.

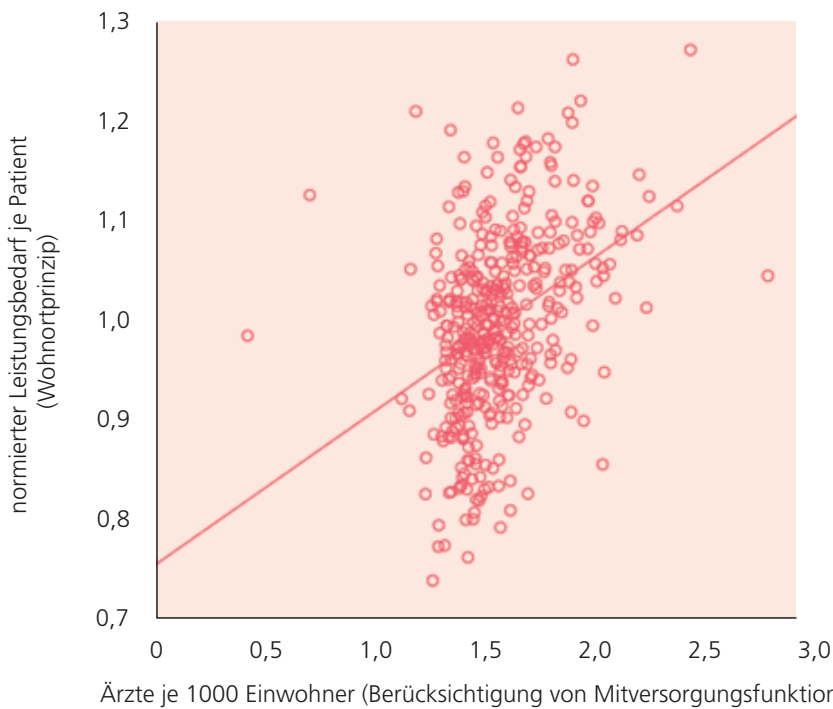
##### Mitversorgungsfunktion in der fachärztlichen Versorgung auf Kreisebene

Bei der Feststellung von Über- oder Unterversorgung werden die Mitversorgungsfunktionen bis heute nicht explizit berücksichtigt. Für analytische Zwecke wäre es gleichwohl irreführend, bei ausgeprägt vorhandenen Mitversorgungsfunktionen die unkorrigierte Arztzahl auf die Versichertenzahl des Kreises zu beziehen. Berücksichtigt man die Mitversorgungseffekte, zeigt sich beispielsweise ein negativer Zusammenhang zwischen Arztdichte und Leistungsmenge je Arzt, der andernfalls dadurch verborgen wird, dass der „Exportanteil“ der Leistungen fälschlicherweise auf die Einwohner des Kreises am Standort der Praxis bezogen wird.

##### Arztdichte und Leistungsbedarf je Arzt – ohne und mit Berücksichtigung der Mitversorgungsfunktion

Ebenso zeigt sich, dass die Leistungsdichte je Patient nicht in einem direkten Zusammenhang mit der korrigierten Arztdichte steht (siehe Abb. S.15 oben). Dieser Befund stellt die häufig geäußerte Vermutung in Frage, das Angebotsniveau bestimme die Inanspruchnahme (angebotsinduzierte Nachfrage).

## Gibt es einen Zusammenhang zwischen Arztdichte und Versorgungsaufwand je Patient?



$R^2$  linear = 0,147

Zusammenhang zwischen (korrigierter) Arztdichte und Inanspruchnahme der Patienten ist sehr gering ausgeprägt.

Weitere Erklärungsfaktoren?

- Unterschiede in der Versichertenstruktur
- Substitutionseffekte mit stationärer Versorgung (?)

413 Landkreise und kreisfreie Städte

Quelle: Berechnungen des ZI; Datenbasis: Bundesarztregister, vollständige Abrechnungsdaten 2007/2008



## Zusammenhang zwischen Krankheitslast und der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen auf Kreisebene



Korrelation nach Pearson:  
0,55 ( $p < 0,01$ )

Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung ist höher an Wohnorten mit höherer Krankheitslast

413 Landkreise und kreisfreie Städte

Quelle: Berechnungen des ZI; Datenbasis: Bundesarztregister, vollständige Abrechnungsdaten 2007/2008



Oben: Die Behauptung, dass die Leistungsdichte je Patient direkt von der – um die Mitversorgungsfunktion korrigierten – Arztdichte abhängig ist, bestätigt sich empirisch nicht.

Unten: Die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung auf Kreisebene ist mit der Krankheitslast assoziiert. Dasselbe gilt für die Nachfrage nach stationärer Behandlung.

vertragsärztlichen Versorgung (Leistungsbedarf in Euro je Versicherten) und ggf. weitere Indikatoren der Inanspruchnahme auf Kreisebene erklärt werden.

**Zusammenhang von Arztdichte in der vertragsärztlichen Versorgung und Outcome**

Die Abbildung (Seite 16) macht deutlich, dass die Unterschiede in der stationären Fallzahl je Kreis insgesamt zur Hälfte durch die Bedarfsmerkmale RRS (Alter, Geschlecht, Morbidität), Anteil der Pflegebedürftigen und Arbeitslosenquote sowie die vertragsärztliche Inanspruchnahme erklärt werden können. Durch das negative Vorzeichen wird die

Substitutionsbeziehung zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung deutlich.

Eine höhere Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung ist demnach bei gegebenem Versorgungsbedarf mit einer niedrigeren stationären Fallzahl assoziiert. Ein Ausbau der vertragsärztlichen Versorgung kann daher grundsätzlich zur Substitution stationärer Behandlung beitragen und damit tendenziell die Effizienz des Gesamtsystems erhöhen.

Deutlicher ist der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung und der Mortalität auf Kreisebene. Rund zwei Drittel der Unterschiede in der Mortalität zwischen den Kreisen kann demnach durch Bedarfsmerkmale und Inanspruchnahmeindi-

**Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Arztdichte in der vertragsärztlichen Versorgung und dem Outcome auf Kreisebene?**

Welche Faktoren erklären Unterschiede der stationären Fallzahl je Kreis?

Krankenhausfälle je 100000 Einwohner

Adj. R2=46,6%

	Standardisierte Koeffizienten Beta	Signifikanz
<b>Konstante</b>		0,47
Relativer Risikoscore (Alter, Geschlecht, vertragsärztliche Diagnosen)	0,364	0,00
Anteil Pflegebedürftige	0,333	0,00
Arbeitslosenquote	0,216	0,00
Vertragsärztliche Inanspruchnahme	0,297	0,00



Welche Faktoren erklären Unterschiede der Mortalität je Kreis?

Verstorbene je 100000 Einwohner

Adj. R2=67,7%

	Standardisierte Koeffizienten Beta	Signifikanz
<b>Konstante</b>		0,578
Anteil Pflegebedürftiger	0,453	0,00
Anzahl Krankenhausfälle	0,344	0,00
Anteil Einpersonenhaushalte	0,237	0,00
Relativer Risikoscore (Alter, Geschlecht, vertragsärztliche Diagnosen)	0,127	0,003
Arbeitslosenquote	0,66	0,082
vertragsärztliche Inanspruchnahme	0,195	0,00



Auf Kreisebene ist eine hohe vertragsärztliche Inanspruchnahme statistisch signifikant mit einer geringeren Krankenhaushäufigkeit und einer geringeren Mortalität assoziiert.

413 Landkreise und kreisfreie Städte

Quelle: Berechnungen des ZI; Datenbasis: InKAR Indikatoren des BBSR, vollständige Abrechnungsdaten 2007/2008

**Eine höhere Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung ist assoziiert mit einer niedrigeren stationären Fallzahl. Ein Ausbau der vertragsärztlichen Versorgung kann tendenziell die Behandlung im Krankenhaus substituieren.**





katoren erklärt werden, wobei nur die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung ein negatives Vorzeichen trägt. Dies legt nahe, dass eine intensivere vertragsärztliche Versorgung bei gegebenem Versorgungsbedarf mit niedrigerer Mortalität assoziiert ist. Angesichts der Effektstärke sollte daraus kein mechanistischer Zusammenhang (ein zusätzlicher Arzt = Senkung der Mortalität von x) abgeleitet werden; ein relevanter sekundärpräventiver Effekt einer wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung hingegen darf wohl unterstellt werden.

### **Die Impulse des Versorgungsstrukturgesetzes weisen in die richtige Richtung**

Im Ergebnis ist festzuhalten: Die vorliegenden empirischen Anhaltspunkte sprechen dafür, gerade in den Abwanderungsregionen, in denen der Behandlungsbedarf mit dem Anteil altersbedingter Krankheiten trotz insgesamt abnehmender Bevölkerungszahlen zunehmen wird, den Erhalt bzw. den Ausbau der wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung weiter voranzutreiben. Dies sollte nicht – wie bis zum GKV-VStG noch im SGB V vorgesehen – mit einem Junktim zum Abbau bestehender Versorgungsstrukturen in Ballungsräumen einhergehen.

Eine Förderung der Niederlassung in Abwanderungsregionen wird zwar auch durch eine Priorisierung der Niederlassungsmöglichkeiten unterstützt werden müssen, um jüngere Ärzte in die Regionen mit hohem Versorgungsbedarf zu steuern. Vor einem Aufkauf von Praxissitzen sollten aber die Mitversorgungsfunktionen und die möglichen Effekte auf die entsprechende Versorgungsregion überprüft werden. Ggf. können überregionale Mitversorgungsfunktionen auch gezielt gefördert werden, wenn diese dazu geeignet sind, Ärzte zur Niederlassung an favorisierten Standorten zu gewinnen und zugleich die ambulante Versorgung für eine größere Fläche sicherzustellen. Hierzu könnten beitragen: die Gründung von rotierend besetzten Zweigpraxen im ländlichen Umland oder von ähnlich strukturierten Eigeneinrichtungen der KVen, die mit angestellten Ärzten besetzt werden, sowie die vom GKV-VStG geförderten Verfahren der Leistungsdelegation und der Telemedizin.

### **Große Zahl ausscheidender Vertragsärzte bietet Chance für räumliche Neustrukturierung**

Die große Zahl von Vertragsärzten, die in den kommenden zehn Jahren altersbedingt aus der vertragsärztlichen

Versorgung ausscheiden wird, schafft den Spielraum für eine räumliche Neustrukturierung der Standorte in der vertragsärztlichen Versorgung. Das GKV-VStG gibt den KVen Möglichkeiten, diesen Weg aktiv zu beschreiten. Da infolge der regionalisierten Vertragsverhandlungen kein Spielraum für einen überregionalen Finanztransfer besteht (zu vereinbaren ist der regional notwendige Behandlungsbedarf), ist durch das GKV-VStG folgerichtig ein regionaler Investitionsfonds geschaffen worden, aus dem strukturelle Investitionen künftig zu bedienen sind. Es wird sich zeigen, ob diese Innovation auf Landesebene in ausreichendem Maße genutzt werden kann, um strukturelle Benachteiligungen auszugleichen.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: [dstillfried@zi.de](mailto:dstillfried@zi.de)

### **DR. RER. POL. DOMINIK GRAF VON STILLFRIED**



*Dr. Dominik Graf von Stillfried hat von 1984 bis 1991 Wirtschaftswissenschaften in Passau, Bayreuth und an der University of York studiert. Anschließend war er vier Jahre wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung der Universität Tübingen. Während einer Tätigkeit beim Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) erfolgte die Promotion 1996 bis 1998 an der Universität Bayreuth. Anschließend war er bis 2007 Sachgebietsleiter Managed Care in der Hauptverwaltung der BARMER Ersatzkasse. Seit 1998 arbeitete er bei der KBV in mehreren Funktionen, seit 2008 ist er Geschäftsführer des Zentralinstituts (ZI).*



# Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Koordiniertes Versorgungsmanagement für ältere und multimorbide Patienten

CLAUDIA KORF, BEAUFTRAGTE FÜR SOZIAL- UND GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN DER BARMER GEK BEIM BUND



**D**er zunehmende Anteil älterer und hochbetagter Menschen stellt das deutsche Gesundheitswesen vor eine besondere Herausforderung. Das Morbiditätsspektrum verschiebt sich hin zu chronischen Erkrankungen. Die Komplexität des Morbiditätsgeschehens wird deutlich, wenn man das Ineinandergreifen chronisch fortschreitender Erkrankungen mit den degenerativen Veränderungen im Alter (nachlassende Körperfunktionen, altersassoziierte Stoffwechselveränderungen) berücksichtigt. Zugleich steigt mit der Zahl der (Grund-) Erkrankungen die Anzahl der verordneten Wirkstoffe. Die Dauermedikation mit fünf oder mehr Arzneimitteln (Polypharmazie) ist wiederum ein bedeutender Risikofaktor für das Auftreten unerwünschter Arzneimittelereignisse. Diese führen häufig zu Krankenhausaufenthalten. Aus Sicht einer großen Krankenkasse mit hohem Anteil älterer Versicherter besteht hier eindeutig Handlungsbedarf.

## Demografische Entwicklung verschärft den besonderen Versorgungsbedarf

Trotz steigender Lebenserwartung und Annahme der Gültigkeit der Morbiditätskompressionshypothese wird infolge des zunehmenden Durchschnittsalters der Bevölkerung die absolute Zahl der Sterbefälle in den kommenden Jahrzehnten wachsen. Dies führt selbst unter Berücksichtigung anhaltender Zuwanderung zu einem spürbaren Rückgang der Bevölkerung in Deutschland (von gegenwärtig 81,8 auf 77,4 Millionen Menschen).

Der Anteil der über 65-Jährigen an den Erwerbstätigen wird sich bis zum Jahr 2060 von derzeit 34 Prozent auf ca. 70 Prozent verdoppeln.

## Die wichtigsten demografischen Trends

- Jede nachkommende Generation ist nur noch rund zwei Drittel so groß wie die vorhergehende.
- Bis 2030 wird es sechs Millionen Menschen weniger zwischen 20 und 64 geben, dafür rund fünf Millionen mehr über 65.
- In den vergangenen 50 Jahren ist die Lebenserwartung bei Männern wie bei Frauen um elf Jahre gestiegen (wobei Frauen durchschnittlich acht Jahre länger leben als Männer).
- Bis 2030 steigt die durchschnittliche weitere Lebenserwartung von 65-Jährigen um weitere zwei Jahre.
- Die durchschnittliche Rentenbezugsdauer hat sich in den letzten 50 Jahren von 9,9 Jahren im Jahr 1960 auf 18,2 Jahre im Jahr 2009 nahezu verdoppelt.

Die Verschiebung von akuten hin zu chronischen, degenerativen Erkrankungen wird das Anforderungsprofil der Gesundheitsversorgung der Zukunft bestimmen. Krankenhausbehandlungen werden tendenziell zunehmen. Die Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor hin zu flexiblen Versorgungsketten wird bis dahin die Hauptaufgabe für die Akteure im deutschen Gesundheitswesen.

In Deutschland steigt der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich. Im Jahr 2035 werden Bevölkerungsprognosen zufolge mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland über 50 Jahre alt sein; jeder Dritte wird zu diesem Zeitpunkt bereits älter als 60 Jahre alt sein. Der Anteil der über 65-Jährigen, die noch erwerbstätig sind, wird sich bis zum Jahr 2060 auf 70 Prozent nahezu verdoppeln.

82 Prozent aller Pflegebedürftigen in Deutschland sind 65 Jahre oder älter, jeder dritte Pflegebedürftige ist bereits über 85 Jahre. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung pflegebedürftig.

Wir haben bereits gegenwärtig eine leichte Dominanz des Frauenanteils in der älteren Bevölkerung (16,2 Prozent Frauen zu 14,4 Prozent Männer in der Altersklasse 65 bis 80 Jahre); in der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen gibt es 2010 fast doppelt so viele Frauen wie Männer. Geht man davon aus, dass sich die Zahl der über 65-Jährigen bis 2030 um ein Drittel erhöht, steigt zugleich die Ungleichverteilung in der Gruppe der Hochbetagten zugunsten der Frauen. Für die BARMER GEK als Krankenkasse mit einem hohen Frauenanteil ergibt sich somit ein überproportionaler Handlungsanreiz, aber auch ein überdurchschnittliches Handlungspotenzial hinsichtlich der optimierten Versorgung älterer Menschen.

### **Was erwartet uns, wenn wir älter werden?**

Jeder will lange leben, aber niemand will wirklich alt werden. Der natürliche Alterungsprozess ist unumkehrbar und endet zwangsläufig mit dem Tod. Doch bis dahin muss (fast) jeder einen beschwerlichen Weg gehen. Um vermeidbare Belastungen zu reduzieren, suchen engagierte Krankenkassen mit ihren ärztlichen Vertragspartnern nach neuen Wegen, die Versorgung älterer und häufig multimorbider Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Mit 65 Jahren müssen wir damit rechnen, dass

- wir weiter arbeiten,
- unsere Körperfunktionen weiter nachlassen,
- wir Bezugspersonen verlieren und die Sozialkontakte spätestens mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben deutlich nachlassen,
- die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität und Polypharmazie spürbar steigt und
- infolgedessen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zunimmt.

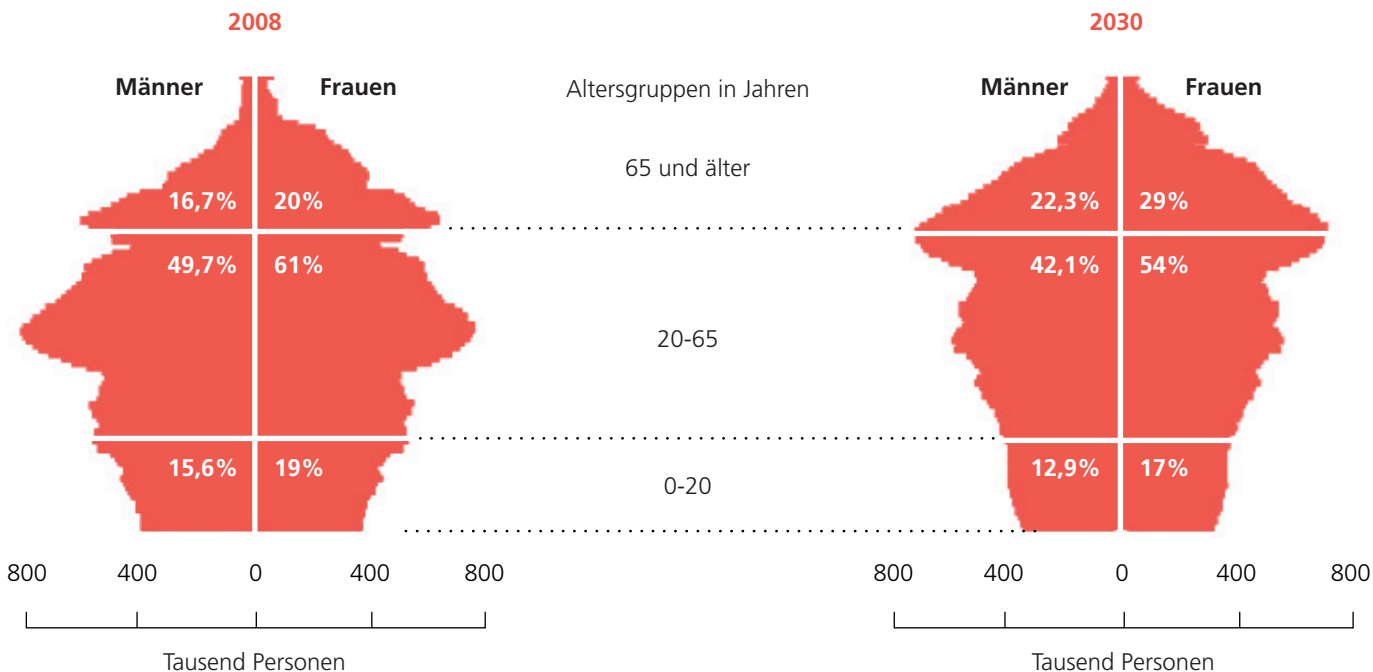
Das klingt gerade für junge Menschen nach einer düsteren Prognose. Sie deckt aber bei weitem nicht ab, was es bedeutet, alt zu sein. Jugendlichkeit wird in einer alternenden Gesellschaft zum raren Gut, kann aber nicht länger als deren Maßstab gelten.

### **Was erwartet uns, wenn wir alt werden?**

- Belastende biografische Ereignisse wie Verlust des Arbeitsumfelds oder Tod von Angehörigen,
- Vitalitätsverlust durch nachlassende Muskelkraft,

## Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Tausend / Anteil in % an der Gesamtbevölkerung



Quelle: 2030: Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante Untergrenze der mittleren Bevölkerung)

**Bis 2030 wird der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung stark zunehmen. Einem Szenario zufolge steigt der Anteil der Männer dieser Altersgruppe von 16,7 auf 22,3 Prozent. Bei den Frauen soll der Anteil von 20 auf 29 Prozent zunehmen.**



- Sehschwäche,
- eingeschränkte Hörfähigkeit,
- unfreiwilliger Gewichtsverlust,
- nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit,
- Schlafstörungen,
- Mobilitätseinschränkungen (Gehgeschwindigkeit, Gleichgewicht, Gelenkbeschwerden),
- abnehmende Handgriffstärke,
- Schmerzen,
- Depression.

Die medikamentöse Therapie von Krankheiten spielt mit steigendem Lebensalter eine zunehmende Rolle. Die sich verändernde Physiologie und die zunehmende Zahl von (chronischen) Krankheiten im Alter führt aber zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass Medikamente selbst das Wohlbefinden der Patienten beeinträchtigen. Gerade die nicht immer kalkulierbaren Wechselwirkungen von Wirkstoffen, Ernährung und Verhaltensmustern kann zu gesundheitlichen Gefahren führen. Und häufig genug wird

mit Medikamenten wegbehandelt, was zuvor medikamentös verursacht wurde. Rationale Pharmakotherapieentscheidungen müssen daher gerade für Patienten höheren Lebensalters diese Aspekte stärker fokussieren.

Zu den altersphysiologischen Veränderungen gehört beispielsweise ein vermehrter Flüssigkeits- und Kochsalzverlust bei älteren Personen. Hinzu treten ein vermindertes Durstgefühl und die Angst vor Inkontinenz bzw. der Unbequemlichkeit häufiger Toilettengänge. Wenn der Patient dann noch OTC erworbene Diuretika oder Laxantien zu sich nimmt, erhöht sich das Risiko einer Dehydration enorm. Auch Stürze sind im Alter sehr häufig. 40 Prozent der über 80-Jährigen stürzen mindestens einmal im Jahr. Muskelschwäche, Sehstörungen oder Lähmungen z.B. nach einem Schlaganfall können die Auslöser sein, aber auch Medikamente, die Schwindel als Begleiterscheinung auslösen.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen (Multimorbidität). Mit fortschreitender Alterung nehmen

zudem die funktionellen Störungen und Einschränkungen der Körperfunktionen zu. Diese Begleiterscheinungen des normalen Alterungsprozesses treten in Wechselwirkung mit einem komplexen Krankheitsgeschehen. Auch Pflegebedürftigkeit ist alterskorreliert und eine häufige Folge von Multimorbidität.

### Multimorbidität

Multimorbidität führt bei leitliniengerechter Behandlung quasi automatisch zu Polypharmazie. Da ältere Menschen einerseits ein höheres Risiko vielfacher zeitgleicher Erkrankungen haben und andererseits unter altersbedingten Stoffwechseleränderungen sowie Funktionseinschränkungen leiden, ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit, dass es infolge der Polypharmazie zu unerwünschten Arzneimittelereignissen kommt, deutlich erhöht.

Man spricht von Multimorbidität, wenn gleichzeitig mehr als fünf Krankheiten vorliegen. Die Prävalenz dafür liegt im internationalen Durchschnitt für die Personengruppe der über 70-Jährigen bei 88 Prozent. Im Wesentlichen sind folgende Krankheiten betroffen:

- Herz-, Kreislauferkrankungen (wie Infarkt, Angina

pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Hypertonie),

- Schlaganfall,
- Atemwegserkrankungen (wie Asthma bronchiale, chronische Bronchitis),
- Krebserkrankungen,
- Depression, Angststörungen,
- Diabetes mellitus,
- Gelenkerkrankungen (wie Rheuma, Arthrose)
- Chronische Schmerzen,
- Schwindel, Tinnitus, Schwerhörigkeit,
- Augenerkrankungen (wie grauer und grüner Star, Makuladegeneration)
- Demenz,
- Inkontinenz,
- Dekubitus.

Häufig wird auch vom Geriatrischen Syndrom gesprochen. Hierbei ist Polypharmazie als Folge der Multimorbidität ein fester Bestandteil des Erscheinungsbildes. Zugleich muss mit einer herabgesetzten Medikamententoleranz gerechnet werden, da sowohl die Aufnahme der Wirkstoffe, ihre Verteilung im Körper als auch ihre Ausscheidung aufgrund der

### Multimorbidität – mehr als fünf Krankheiten zugleich

**Prävalenz von mindestens fünf Krankheiten liegt bei über 70-Jährigen im internationalen Durchschnitt bei 88 %**

- Schlaganfall
- Herz-Kreislaufkrankheiten (Infarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen...)
- Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis...)
- Krebserkrankungen
- Hypertonie
- Depression, Angststörungen
- Diabetes mellitus



Quelle: Barmer GEK, Korf

**Multimorbidität geht häufig bei leitliniengerechter Behandlung mit Polypharmazie einher.**

### Geriatrisches Syndrom

- Polypharmazie infolge Multimorbidität
- herabgesetzte Medikamententoleranz (Aufnahme, Verteilung, Ausscheidung)
- häufige Krankenhausbehandlung
- Kombination somatischer und psychischer Schädigungen
- Immobilität
- Sturzneigung
- kognitive Defizite
- Fehl-, Mangelernährung
- Störungen Flüssigkeits-/Elektrolythaushalt



Quelle: Barmer GEK, Korf

**Polypharmazie ist ein fester Bestandteil des Erscheinungsbildes Geriatrisches Syndrom.**

veränderten Stoffwechselprozesse älterer Menschen nicht denen der Testpersonen aus Arzneimittelstudien entsprechen. Hinzu treten häufige Krankenhausbehandlungen. Typischerweise treten gleichzeitig somatische und psychische Schädigungen auf. Die betroffenen Personen sind stark in ihrer Mobilität eingeschränkt, neigen zu Stürzen, sind oft fehl- oder mangelernährt mit entsprechenden Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt. Viele weisen auch kognitive Defizite auf.

Wir werden durchschnittlich immer älter. Aber die hinzugewonnene Lebenszeit ist in der Regel nicht frei von körperlichen und psychischen Beschwerden. Multimorbidität wird für einen immer größeren Anteil der Bevölkerung zum Alltag. Damit verbunden stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, der wachsenden Zahl von älteren Menschen ein möglichst langes Leben in weitgehender Selbstständigkeit und mit einer optimalen (= qualitativ guten, bedarfsorientierten und bezahlbaren) gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen.

### Zwei Drittel der über 65-Jährigen weisen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf

Multimorbidität ist mehr als die Summe der einzelnen Erkrankungen und es fehlt an Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. „Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen sollten das individuelle Setzen von Behandlungsprioritäten unterstützen, an den Gesamtzustand des Patienten sowie seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung sowie individuelle Situation berücksichtigen“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Kurzfassung, S. 4).

Multimorbidität führt zu

- vermehrten Arztkontakten,
- häufigeren (und längeren) Krankenhausaufenthalten sowie
- einer steigenden Zahl von Arzneimittelverordnungen.

### Polypharmazie

Unter Polypharmazie versteht man die dauerhafte, gleichzeitig bestehende Anwendung von mehr als fünf Arznei-

mitteln. Frauen sind davon in der Regel stärker betroffen als Männer. Die Prävalenz bei den über 65-Jährigen liegt unter Einbeziehung der Selbstmedikation (OTC) bei über 50 Prozent. Polypharmazie bedarf nicht zwingend mehrerer Grunderkrankungen. Sie kann bereits bei einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung auftreten, die eine aufwendige Therapie der Begleitsymptome erforderlich macht. Umgekehrt führt Multimorbidität fast zwangsläufig in die Polypharmazie.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen infolge der Interaktion von Wirkstoffen können fälschlicherweise auch als Symptome einer neuen Erkrankung gedeutet werden. Auch hier steigt das Risiko mit der Zahl der beteiligten Therapeuten und einem lückenhaften Medikationsmanagement. Häufige Folge sind eine (subjektiv empfundene) Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine nachlassende Compliance.

Rund sieben Millionen Menschen sind in Deutschland von Polypharmazie betroffen. Ein Fünftel der über 70-jährigen Versicherten der BARMER GEK bekommen mehr als 13 Arzneimittel verordnet. Hinzu kommt noch die Selbstmedikation. Polypharmazie führt dazu, dass ständig eine Vielzahl von Wirkstoffen im Körper zirkulieren. Dies steigert

### Polypharmazie – das Risiko einer UAE steigt

- dauerhaft bestehende gleichzeitige Anwendung von mehr als 5 Arzneimitteln
- 7 Millionen Deutsche betroffen (Quelle: ABDA)
- 20% der über 70-Jährigen bekommen mehr als 13 Arzneimittel verordnet (hinzu kommt Selbstmedikation)
- Vielzahl von Wirkstoffen zugleich im Körper
- Risiko unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen
- „Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“ Aber: Wer hat den Überblick über den potenziellen Nutzen und den potenziellen Schaden?

Quelle: Barmer GEK, Korf

**Mit der steigenden Zahl eingenommener Medikamente sinkt die Therapietreue beim Patienten.**



das Risiko unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen und sogenannter unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE). Jeder kennt den Hinweis aus der Arzneimittelwerbung: „Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“ Aber: Wer hat tatsächlich den Überblick über den potenziellen Nutzen und den potenziellen Schaden der vielfachen Medikation älterer Patientinnen und Patienten?

Während chronische Schmerzzustände im Alter häufig Begleiterscheinung degenerativer Prozesse oder bestehender chronischer Erkrankungen sind, werden ältere Menschen mit akuten Schmerzen häufig unterversorgt. Besteht bereits Polypharmazie, stellt die zusätzliche Gabe von Analgetika Ärzte vor weitere Probleme im Medikationsmanagement. Nicht selten führt die Selbstmedikation mit Schmerzmitteln bei Patienten mit Polypharmazie zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen und in deren Folge zu Krankenhausaufenthalten. Eine im Alter eingeschränkte Nierenfunktion in Verbindung mit einer relativen Überdosierung tut hierzu ihr Übriges.

Ein gutes Viertel der gesetzlich Krankenversicherten bekommt fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet. Dabei ist die Selbstmedikation noch nicht berücksichtigt. Gut ein Fünftel der in Apotheken OTC abgegebenen Arzneimittel wird an Personen im Alter über 65 Jahren verkauft. Einer Untersuchung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein aus dem Jahre 2009 zufolge bekommen 40 Prozent der über 70-Jährigen mindestens sechs Wirkstoffe verordnet, 18 Prozent sogar mindestens zehn. Mit der Zahl der verordneten Wirkstoffe steigt die Menge und Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten und zugleich sinkt die Therapietreue beim Patienten. Der Nutzen der multiplen und sicheren Arzneimitteltherapie wird somit eingeschränkt.

### 35 Prozent der Männer, 40 Prozent der Frauen über 65 Jahre erhalten neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie

Zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen und zur Steigerung der Arzneimittelsicherheit empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahre 2009 den Einsatz von Listen mit problematischen Arzneimitteln. Zugleich erhebt er die Forderung, dass Medikamente in randomisierten und kontrollierten Studien (RCTs) an den Patientenpopulationen getestet werden, die diese Medikamente nach der Zulassung im Rahmen einer Behandlung benötigen.

Mangelnde Therapietreue (non-compliance) ist korreliert mit der Anzahl und Häufigkeit der einzunehmenden Medikamente. Sie hat zum Teil schwerwiegende Folgen:

- Erhöhte Gefahr von Komplikationen,
- Klinik-Notaufnahmen und
- Sterbefällen.

Dabei reicht das Abweichen von den ärztlichen Empfehlungen vom Nichteinlösen des Rezeptes über das Vergessen der Einnahme bis hin zum vorzeitigen Absetzen des Medikaments (z.B. infolge von erheblichen Nebenwirkungen oder aber, weil sich der Patient wieder gesund fühlt). Die Arztinformation über ein verordnetes Arzneimittel ist ganz wesentlich für die Bereitschaft des Patienten, einer Behandlung „treu zu bleiben“. Das Verhalten des Patienten ist dabei nicht nur rational, also wissenschaftsbasiert, sondern auch von persönlichen Überzeugungen gesteuert. Der Therapieerfolg hängt daher auch davon ab, dass der Arzt den Patienten erreicht. In der Praxis zeigt sich, dass Patienten nach wie vor einen großen Bedarf an verständlichen und zuverlässigen Informationen über verordnete Arzneimittel haben. Dabei zählt nicht die Menge an ver-

## Das therapeutische Dilemma: Indikationsbezogene Leitlinien vs. Multimorbidität

### Prävalenz von mindestens fünf Krankheiten liegt bei über 70-Jährigen im internationalen Durchschnitt bei 88 %

An mindestens **zwei** chronischen Erkrankungen leiden

- 25% der über 55-Jährigen
- 67% der über 80-Jährigen

An mindestens **fünf** chronischen Erkrankungen leiden

- 12% der über 55-Jährigen
- 24% der über 80-Jährigen

Quelle: Berliner Altersstudie 1996; Deutsches Zentrum für Altersfragen 2006)

**Der behandelnde Hausarzt hat oft keinen Überblick über die Wirkstoffverordnungen von Fachärzten, die der Patienten konsultiert hat. Hinzu kommt, dass die Selbstmedikation dem Hausarzt häufig nicht offenbart wird.**



fügbaren Informationen (z.B. via Internet), sondern deren Güte und Geeignetheit auf den konkreten Fall bezogen.

### Das therapeutische Dilemma

Der Hausarzt steht in der Regel vor folgenden Problemen:

- Er hat häufig keinen vollständigen Überblick über die Wirkstoffverordnungen der vom Patienten konsultierten Fachärzte.
- Nach einem Krankenhausaufenthalt kehrt der Patient in der Regel mit einer neuen Einstellung der Dosierung im Rahmen der Dauermedikation zurück. Oft werden stationär andere Arzneimittel ausgewählt und/oder zusätzliche Wirkstoffe verordnet.
- Mit der Zahl der Wirkstoffe, der Zeitpunkte der Einnahme und der Varianz der Darreichungsformen steigt die Wahrscheinlichkeit einer nicht verordnungsgemäßen Einnahme von Arzneimitteln.
- Gleichzeitig wächst die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE), die in vielen Fällen wiederum einen Krankenhausaufenthalt nach sich ziehen. Rund fünf Prozent der Krankenhausaufnahmen erfolgen aufgrund von UAE.
- Auch die Selbstmedikation des Patienten wird dem Hausarzt gegenüber nicht immer offenbart.
- Im Rahmen der fachärztlichen Versorgung kann es aufgrund der komplexen Erkrankungen Multimorbider zu Doppelverordnungen kommen.
- Dies begünstigt im schlimmsten Fall auch den Arzneimittelmissbrauch.

Insbesondere, wenn mehrere Fachärzte unterschiedliche chronische Erkrankungen behandeln, kommt es immer wieder dazu, dass Wirkstoffverordnungen nicht aufeinander abgestimmt sind. Die Folge kann eine Überversorgung mit mehreren Arzneimitteln sein, die den gleichen Wirkstoff enthalten. Es kann jedoch genauso zu einer Fehlversorgung kommen, weil kontraindizierte Wirkstoffe gleichzeitig verordnet werden.

Therapieversagen kann somit auch die Folge leitliniengerechter Versorgung sein,

- wenn der Fokus nur auf die Indikationen gerichtet wird,
- die Wechselwirkungen des „Wirkstoffcocktails“ vor dem Hintergrund des individuellen Stoffwechsels des Patienten unberücksichtigt bleiben und

- Wünsche des Patienten hinsichtlich der Häufigkeit der Medikamenteneinnahme und/oder einer praktischen Arzneimittelanwendung ignoriert werden.
- Multimorbidität zeigt sehr deutlich die Grenzen einer indikationsbezogenen, leitliniengerechten Versorgung auf. Wir müssen bei multimorbiden Patienten einen Ausweg aus der Insuffizienz der krankheitsbezogenen Sicht schaffen. Schließlich ist jeder Betroffene mehr als die Summe seiner Krankheiten, die er zudem mit unterschiedlichem Leidensdruck und divergierenden Vorstellungen von einem zufriedenen Leben wahrnimmt. Die Therapieziele sind unter Abwägung der jeweils vorherrschenden Krankheiten zu hinterfragen. Dabei spielen die individuellen Präferenzen und Lebensumstände der Patientinnen und Patienten eine entscheidende Rolle.

Dies wird besonders deutlich, wenn es um die Entscheidung zwischen Überlebensdauer und Lebensqualität bei fortgeschrittenem Stadium einer Krankheit geht, die zahlreiche Begleiterkrankungen hat. Der Zustand eines Patienten ist stets das Ergebnis komplexer Interaktionen von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren – und damit mehr als die Summe der pathophysiologischen Prozesse. Der soziodemographische und der kulturelle Hintergrund beeinflussen den Grad der persönlichen Kompetenzen zum Umgang mit Multimorbidität und Polypharmazie.

### Auswege aus der Insuffizienz der krankheitsbezogenen Sicht schaffen

- Therapieziele hinterfragen ➔ individuelle Präferenzen (Überlebensdauer vs. Lebensqualität)
- Zustand des Patienten = Ergebnis komplexer Interaktionen biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren  $\neq$   $\Sigma$  pathophysiologischer Prozesse
- Priorisierung erforderlich ➔ die Kunst des Weglassens orientiert am Leidensdruck des Patienten und gewichtet nach der Therapierbarkeit
- Bewältigungsstrategien und Therapietreue

Quelle: Barmer GEK, Korf



**Bei multimorbiden Patienten sollten die Therapieziele unter Abwägung der jeweiligen Krankheiten hinterfragt werden. Dabei sind die individuellen Präferenzen der Patienten entscheidend.**



Selbstbestimmtheit und Lebensqualität hängen nun mal von der Ressourcenverfügbarkeit ab, aber auch von der Gesundheitskompetenz des Einzelnen, seiner persönlichen Einstellung und dem sozialen Umfeld.

### **Weglassen von Arzneimitteln zum Wohle der Therapietreue**

Wenn ein älterer multimorbider Mensch mit seinen zahlreichen Krankheiten und Gebrechen sinnvoll und in Übereinstimmung mit den Präferenzen des Einzelnen therapiert werden soll, braucht es seitens des behandelnden Arztes den Mut zur Priorisierung. Hierzu fehlen immer noch entsprechende Leitlinien. Vielfach geht es konkret um das Weglassen einzelner Arzneimittel zum Wohle der Therapietreue. Dieses Vorgehen braucht Erfahrungswissen, den Austausch mit geriatrischen Experten und ein am Leidensdruck des Patienten sowie an der Therapierbarkeit orientiertes Behandlungskonzept. Neben der stark auf Medikation abzielenden Therapietreue müssen Bewältigungsstrategien für unabwendbare Beeinträchtigungen im Alltag treten.

Experimentelle Studien sind nicht auf den klinischen Alltag übertragbar. Schon gar nicht, wenn Studien an gesunden, jungen Männern erfolgen, die hauptsächlich Nutznießer neuer Wirkstoffe oder Wirkprinzipien aber perspektivisch multimorbide ältere Frauen sein werden.

Keinem älteren Menschen sollte eine notwendige Behandlung vorenthalten werden. Dennoch empfiehlt es sich, den Betroffenen ganzheitlich und unter Einbeziehung seiner individuellen Situation zu sehen und nicht als Summe einzelner Erkrankungen und Funktionseinschränkungen. Dadurch wird schnell deutlich, dass „Weniger“ in der Arzneimitteltherapie bei Älteren in vielen Fällen „Mehr“ ist – mehr Lebensqualität, mehr Therapietreue und letztlich mehr Behandlungserfolg. Die Kunst liegt hier im „Weglassen“. Dies setzt eine Priorisierung der Leiden und eine von Arzt und Patient gemeinsam getragene Festlegung von Therapiezielen voraus.

### **Reduktion der Medikation – Kein Freibrief zur Umgehung von Leitlinien**

Für die Compliance wäre es förderlich, wenn auf Arzneimittelpackungen künftig die Wirkstoffbezeichnung für Ältere deutlich lesbar aufgebracht wird. Der Arzneimittelname

wird gegenwärtig in den Vordergrund gerückt. Das liegt im Wesentlichen im Herstellerinteresse, Patienten werden jedoch bei Umstellungen auf ein anderes Präparat dadurch eher verunsichert.

Häufig stehen in der Präferenz älterer Patienten Erhalt von Lebensqualität, Mobilität und bewusstes Erleben als Behandlungsziele ganz weit oben. Eine Gewichtung der symptom- und prognoseverbessernden Medikamente kann zu einer sinnvollen Reduktion der Medikation führen. Das darf kein Freibrief zur Umgehung von Leitlinien sein. Aber eine mit dem Patienten abgestimmte Behandlungsstrategie muss dem Individuum dienen. Die Erweiterung des Handlungskorridors braucht aber eine verlässliche Grundlage. Es geht also nicht nur darum, Medikamente abzusetzen, sondern auch um den Austausch von für ältere Menschen weniger geeignete Wirkstoffe gegen geeignetere und in ihrer Einnahme einfach gestaltete.

Der Hausarzt muss bei einer Kontrolluntersuchung:

- den Gesundheitsstatus des Patienten feststellen,
- die aktuelle Medikation anhand der bekannten und ggf. neuer Diagnosen überprüfen,
- Art und Umfang der Selbstmedikation erfragen (und ggf. Missbrauch verhindern),
- mögliche Wechselwirkungen mit von anderen Ärz-

### **Versorgungsmanagement Hochrisiko-DMP**

- versichertenbezogene, sektorübergreifende Leistungs-koordination und Versichertenbetreuung durch speziell geschulte Versorgungskoordinatoren
- Fallbegleitung von geeigneten Versicherten mit hohem Komplikationsrisiko (Diabetes mellitus, KHK, Asthma/COPD)
- i.d.R. ältere, multimorbide Menschen mit altersbedingten Funktionseinschränkungen, Problemen im Zusammenhang mit Nicht-DMP-Erkrankungen und im sozialen Umfeld
- Erfolgsmessung Kontrollgruppe (RCT)
- Vertrauensverhältnis als Basis
- Rolle regionaler Netzwerke

Quelle: Barmer GEK, Korf



**Beim Versorgungsmanagement im Hochrisiko-DMP begleiten geschulte Versorgungskoordinatoren ausgewählte chronisch kranke mit einem hohen Komplikationsrisiko.**

ten verordneten Medikamenten beurteilen (insbesondere nach einem stationären Aufenthalt),

- ggf. für ältere Patienten ungeeignete Wirkstoffverordnungen erkennen,
- die Dosierung an das spezifische Gewicht und den Stoffwechsel im Alter anpassen,
- die Therapietreue der Patienten durch verständliche Erklärungen zum Wirkprinzip, möglicher Nebenwirkungen und an den Funktionseinschränkungen der älteren Patienten orientierten Einnahmевorschriften stärken.

### Was tut die BARMER GEK, um die Versorgung älterer Multimorbider positiv weiterzuentwickeln?

Neben zahlreichen indikationsbezogenen Kooperationen und sektorübergreifenden Versorgungsmanagementprogrammen auf den Gebieten der Demenz-Fühdagnostik, der Gerontopsychiatrie oder der Herzinsuffizienz gibt es ein sehr erfolgreiches Versorgungsmanagement von Hochrisiko-DMP-Patienten. Kernelement ist eine versichertenbezogene, sektorübergreifende Leistungskoordination und Versichertenbetreuung durch speziell geschulte Versorgungskordinatoren. Sie begleiten zuvor ausgewählte chronisch Kranke mit einem hohen Komplikationsrisiko.

Hierbei handelt es sich in der Regel um ältere, multimorbide Versicherte mit altersbedingten Funktionseinschränkungen, die auch Probleme im Zusammenhang

### Ziele des Versorgungsmanagements

- Optimierung der Versorgungssituation und
- Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten
- mit instabilem Gesundheitszustand und hohem/wiederkehrendem Hospitalisierungsrisiko
- durch Steuerung im medizinischen, häuslichen und sozialen Umfeld
- internes und externes Schnittstellenmanagement

Quelle: Barmer GEK, Korf



**Für Krankenkassen lohnt sich eine Verbesserung der Therapietreue der Patienten vor allem mit Blick auf die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen.**

mit Nicht-DMP-Erkrankungen und/oder in ihrem sozialen Umfeld aufweisen. Entscheidend für den Erfolg sind zwei Faktoren: die richtige Auswahl der in Frage kommenden Patienten (Interventionsmöglichkeiten) und das Vertrauensverhältnis zur Betreuungsperson (Interventionsakzeptanz). Ziel des Versorgungsmanagements ist eine optimierte Versorgungssituation und eine verbesserte Lebensqualität der Patienten mit instabilem Gesundheitszustand und hohem, wiederkehrendem Hospitalisierungsrisiko durch eine konsequente Fallführung, die neben dem medizinischen auch den häuslichen Bereich im Blick behält.

### Auswahl der „richtigen“ Fälle ist wichtig

Die Versorgungskordinatoren übernehmen dabei sowohl ein internes als auch externes Schnittstellenmanagement. Für Krankenkassen lohnt sich eine Verbesserung der Therapietreue der Patienten vor allem mit Blick auf die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen. Hier setzt das Hochkostenfallmanagement der BARMER GEK an. Besonders erfahrene Mitarbeiter, die neben dem notwendigen Fachwissen über eine hohe Sozialkompetenz verfügen, sind ein Schlüssel zum Erfolg. Ein weiterer Erfolgsfaktor liegt in der Auswahl der „richtigen“ Fälle. Hier kann eine große Krankenkasse auf Basis eigener Daten statistisch signifikante Fallzahlen auswerten und entsprechende Programme zur koordinierten Fallführung entwickeln.

Die Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Medikation bei älteren Multimorbiden steht auch im Zentrum der von der BARMER GEK mitentwickelten strukturierten Arzneimitteltherapie bei Senioren (SAmS). Hierbei geht es um eine effektive und sichere Pharmakotherapie für Ältere auf der Grundlage einer speziellen Wirkstoffliste. Zugleich soll eine Priorisierung der Medikation unter Alltagsbedingungen erfolgen.

Hierzu werden von Fachleuten entsprechende Behandlungshilfen für Hausärzte erarbeitet, die neben den Wirkstoffverordnungen durch die einzelnen Behandler auch die Selbstmedikation einbeziehen. Das Motto lautet dabei „Soviel wie nötig, sowenig wie möglich“. In jedem Fall sollen nur für alte Menschen geeignete Arzneimittel zum Einsatz kommen. Auch mögliche Wechselwirkungen und Kontraindikationen sind konsequent zu beachten. Eine regelmäßige Überwachung des Gesamtzustands der Patienten und eine Überprüfung der Dosierung (z.B. infolge von Gewichtsveränderungen) sind obligatorisch. Um die

Therapietreue zu verbessern, gilt es auch, die Einnahmezeitpunkte zu optimieren. Spezifisches geriatrisches Wissen ist bei Experten vorhanden, aber es fehlt an einem strukturierten Transfer in die alltägliche Praxisroutine bei Haus- und Fachärzten.

Am deutlichsten wird dieser Mangel an fehlenden, einfach umzusetzenden und für den Alltag relevanten Behandlungsalgorithmen, die beispielsweise das Absetzen einzelner Arzneimittel ermöglichen. Gerade der Hausarzt braucht hier einen vernünftigen Handlungskorridor – ohne sich dem Vorwurf stellen zu müssen, einen Behandlungsfehler zu begehen. Hierzu braucht es einer Änderung des Blickwinkels – weg von der Indikationsorientierung hin zu einer Patientenorientierung. Für das Problem der Polypharmazie gibt es keine Leitlinien oder andere allgemein gültige Behandlungsstandards, die Hausärzten im Umgang mit multimorbiden Patienten helfen. Hier setzt das Modellprojekt der BARMER GEK an.

In Kooperation mit einem Ärztenetz wird eine Behandlungshilfe für Ärzte erstellt, die eine strukturierte Priorisierung der Pharmakotherapie unter Berücksichtigung von

### Prinzipien der Pharmakotherapie nach SAmS

- soviel wie nötig, so wenig wie möglich
- Prioritätensetzung
- Wechselwirkungen und Kontraindikationen beachten
- regelmäßige Überprüfung (z.B. Dosierung/Gewicht)
- Einnahmezeitpunkte
- ➔ spezifisches Wissen bei Experten bekannt, aber es fehlt der strukturierte Transfer in die alltägliche Praxisroutine bei Haus- und Fachärzten
- ➔ einfach umzusetzende und für die Verordnungsroutine relevante Behandlungsalgorithmen (z.B. Absetzen)
- ➔ Handlungskorridor

Quelle: Barmer GEK, Korf



Bei der von der Barmer GEK mitentwickelten strukturierten Arzneimitteltherapie geht es um eine sichere Pharmakotherapie auf Basis einer speziellen Wirkstoffliste.

Patientenpräferenzen bei älteren multimorbiden Personen ermöglicht. Es geht zum einen um die Verordnung von Wirkstoffen, die in ihrer Art, Dosierung und Darreichungsform für alte und hochbetagte Menschen geeignet sind. Dies dient der Patientensicherheit. Zum anderen geht es um die Frage, welche Medikamente im Interesse des jeweiligen Patienten abgesetzt werden können. Dabei geht es um eine Verbesserung der Therapietreue und der Lebensqualität.

Wer häufig zum (selben) Arzt geht, hat in der Regel ein engeres Arzt-Patient-Verhältnis. Dies drückt sich auch in der Beratungsintensität über mögliche Nebenwirkungen der verordneten Arzneimittel oder Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen aus. Hier vertrauen die meisten Patienten auf den behandelnden Arzt.

Dies betrifft auch die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit und Dosierung der Medikation. Gerade bei chronisch kranken älteren Patienten wird somit die starke Rolle des Hausarztes als Vertrauensperson deutlich. Ihn gilt es in seiner Fachkompetenz zur optimalen Versorgung multimorbider Patienten zu unterstützen. Hierzu wurde unter Beteiligung der BARMER GEK das Projekt Strukturierte Arzneimitteltherapie für multimorbide Senioren (SAmS) entwickelt. Ob Medikamente abgesetzt werden können und wenn ja welche, ist eine schwierige Entscheidung. Wichtig ist die Akzeptanz durch den Patienten bei der Auswahl der symptom- und prognoseverbessernden Medikamente.

Fazit: Eine Auswahl der für den älteren Patienten geeigneten Arzneimittel kann auf der Basis von Arzneimittel Listen erfolgen. Bei der PRISCUS-Liste handelt sich um eine an die deutschen Verhältnisse der Versorgungsrealität angepasste Negativliste von Arzneimitteln, die bei älteren Menschen möglichst nicht zum Einsatz kommen sollten. Das FORTA (Fit-for-the-aged)-Konzept kombiniert Elemente einer Positivliste mit denen einer Negativliste. Die im Rahmen von SAmS entwickelte Wirkstoffliste baut auf diesen Erkenntnissen auf.

### SmartSenior

SmartSenior ist ein Forschungsprojekt zu altersgerechten Assistenzsystemen (2009-2012), das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und einer Vielzahl namhafter Unternehmen vorangetrieben wird. Zu den 28 Projektpartnern gehören unter anderem die Charité in Berlin, die Deutsche Telekom AG, Siemens und das Fraun-

hofer Institut. Im Kern geht es darum, ältere Menschen so zu unterstützen, dass sie so lange wie möglich im gewohnten Lebensumfeld bleiben können. Bedarfsgerechte intelligente Infrastrukturlösungen wie auch die Nutzung sozialer Netzwerke stehen im Fokus, um die Gesundheit, Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit älterer Menschen zu erhalten. Die BARMER GEK ist als assoziierter Partner an dem Projekt beteiligt.

Ziel dieser Kooperation ist es, die Entwicklung von bedarfsgerechten und versorgungsrealitätsnahen Lösungen für unterstützende Produkte und Dienste zu fördern. Die Entwicklungen der Forscherteams werden gewissermaßen durch das Fachwissen und den Erfahrungsschatz einer großen Versorgerkasse „geerdet“. Schwerpunktthemen sind Telemedizin (insbesondere der Transfer neuer medizinischer Methoden, Verfahren und Technologien in die Regelversorgung) sowie die Verknüpfung von Ambient Assisted Living (AAL) – Diensten mit medizinischen Leistungen wie Notfallerkennung, Schmerzmonitoring oder Hilfestellungen zur Schlaganfallrehabilitation. Damit besetzt die BARMER GEK ein wichtiges Innovationsthema und kann auf die Entwicklung von zukunftsorientierten Geschäftsmodellen Einfluss nehmen.

### Was bleibt zu tun?

- 1.** Wir brauchen neben Leuchtturmprojekten die Übertragung geriatrischen Wissens in die tägliche (Haus-) Arztpraxis.
- 2.** Wir benötigen Leitlinien für ältere Patienten, die an mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig erkrankt sind. Bislang sind medizinische Leitlinien streng an einzelne Indikationen gebunden. Eine Leitlinie für den Umgang mit Multimorbidität muss auf Behandlungsprioritäten ausgerichtet sein. Dabei sind der Gesamtzustand und die Lebensverhältnisse des einzelnen Patienten maßgeblich. Ganzheitlichkeit bei der Beurteilung der individuellen Situation und eine klare Ausrichtung an den Wünschen und Möglichkeiten des Patienten sind der Schlüssel zu einem neuen Krankheitsverständnis.
- 3.** Schließlich brauchen wir Arzneimittelstudien, die entsprechend der jeweiligen Zielgruppe durchgeführt werden. Sollen vorwiegend Ältere mit einem neuen Medikament behandelt werden, so ist dieses auch an ihnen zu erproben. Gleiches gilt für den Geschlechtsbezug.

Dies umso mehr, als der Frauenanteil unter den Älteren deutlich erhöht ist.

Da Krankenkassen die einzigen Akteure im Gesundheitswesen sind, die über alle Sektoren hinweg Kenntnis über Versorgungsprozesse haben, sind sie der geeignete Koordinator sektorenübergreifender Ansätze. Kein niedergelassener Arzt kann ein Krankenhaus zu bestimmten Verordnungen veranlassen, kein Krankenhaus kann nach der Entlassung Heil- und Hilfsmittelverordnungen steuern. Die Versorgungsrealität ambulant wie stationär wird aber durch Ärzte gesteuert – und das ist gut so, solange Ärzte bereit sind, Schnittstellen im Versorgungsprozess mit Hilfe Dritter zu Nahtstellen werden zu lassen.

Literatur bei der Autorin.

E-Mail-Kontakt: [claudia.korf@barmer-gek.de](mailto:claudia.korf@barmer-gek.de)

---

**CLAUDIA KORF**

---



*Claudia Korf hat ab 1982 Volkswirtschaftslehre an der Universität des Saarlandes studiert. Seit 1989 war sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschafts- und Sozialpolitik, Schwerpunkt Gesundheitsökonomie, Universität des Saarlandes. Ab 1993 arbeitete sie als Referatsleiterin für den Risikostrukturausgleich beim Bundesversicherungsamt. Seit 1998 fungierte sie als Abteilungsleiterin Politik mit Sitz in Berlin beim BKK Bundesverband. 2008 hatte sie den Vorstandsvorsitz beim BKK Landesverband Nord inne. Seit Juli 2009 ist sie Beauftragte des Vorstandes für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund.*



# Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Patientenbegleiter als Scharnier zwischen Arzt und chronisch Kranken

DR. KATJA WIMMER, ABTEILUNGSLEITERIN VERSORGUNGSMANAGEMENT BEI DER BOSCH BKK



**D**ie Vielzahl beteiligter Akteure bei der Behandlung von chronisch kranken Menschen bringt für die Patienten organisatorische und administrative Aufgaben mit sich, die sie oft überfordern. Hinzu kommen Probleme, die durch Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung entstehen. Mit dem Patientenbegleiter hat die Bosch BKK einen Koordinator etabliert, der Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern über alle Behandlungsphasen hinweg zur Seite steht. Die Krankenkasse hat die Patientenbegleitung als wesentlichen Bestandteil der Refinanzierung von Selektivverträgen erprobt und extern evaluieren lassen. Der Beitrag erläutert das Vorgehen der Bosch BKK und die Ergebnisse der Evaluation. Dabei wird deutlich, dass die Versorgung und Betreuung der Patienten verbessert und zugleich vermeidbare Leistungsausgaben eingespart werden können. Die Kosteneffekte ergeben sich somit aus der Effizienzsteigerung der Versorgung selbst.

## Bisherige Probleme der Patientenversorgung

Wer von einer schweren Erkrankung wie Krebs, einem Schlaganfall oder einer Herzerkrankung betroffen ist, erlebt häufig nicht nur die Erkrankung selbst als große Belastung. Während sich Patienten in erster Linie darauf konzentrieren möchten, gesund zu werden, sehen sie sich mit zahlreichen organisatorischen und administrativen Fragen konfrontiert. Viele Patienten und deren Angehörige fühlen sich von dieser Situation überfordert.

Die gesundheitliche Versorgung eines kranken Menschen ist ein komplexer Prozess, der verschiedene Behandlungsphasen, eine Reihe von beteiligten Akteuren sowie eine Vielzahl an zu koordinierenden Maßnahmen und Aufgaben umfasst. Die Behandlung erstreckt sich beispielsweise von einem Krankenhausaufenthalt über eine Rehabilitationsmaßnahme hin zur Betreuung in einer Pflegeeinrichtung oder im eigenen Zuhause, ggf. unterstützt durch ambulante Pflegeanbieter.

Neben den behandelnden Ärzten und Therapeuten wirken an der Versorgung häufig weitere Fachleute mit, zum Beispiel Krankenhaus-Sozialdienste, Ernährungs- und Rehabilitationsberater, ambulante Pflege- und Sozialdienste, sonstige Gesundheitsanbieter, Krankenkassen und die Rentenversicherung. Um bestimmte administrative Aufgaben, wie Zuständigkeitsklärungen von Versicherungsträgern oder Antragstellung für Leistungen, müssen sich Patienten und Angehörige selbst kümmern – angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems tun sich Laien damit meist schwer.

Ein weiteres Problem bei der Versorgung kranker Menschen besteht in der Überwindung von Schnittstellen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor. Diese be-

hindern den Informationsfluss, so dass beispielsweise dem weiterbehandelnden Arzt bei der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht immer rechtzeitig alle notwendigen Daten zur Verfügung stehen.

Zudem führen die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem dazu, dass die an der Behandlung beteiligten Akteure nur während einer bestimmten Phase der Behandlung eingebunden sind und daher nur Ausschnitte im Verlauf der Krankengeschichte für die Beurteilung des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs erkennen können. So endet die Unterstützung durch den Krankenhaus-Sozialdienst in der Regel mit der Entlassung des Patienten aus der Klinik. Die Sozialdienstmitarbeiter haben nicht die Möglichkeit zu verfolgen, wie die von ihnen initiierten Maßnahmen umgesetzt werden und ob sie auch tatsächlich greifen.

Zwar wird gerade in jüngster Zeit die Rolle des Hausarztes als „Lotse“ des Patienten betont, der die Gesamtverantwortung für die Behandlung trägt und alle Behandlungsschritte koordiniert. In der Praxis stoßen Hausärzte allerdings immer wieder an ihre Grenzen. Denn häufig fehlt ihnen die Zeit, um sich über die medizinische Versorgung hinaus um Versorgungsbedarfe des pflegerischen, sozialen, versicherungsrechtlichen und anderer Bereiche zu kümmern – obwohl auch diese Einfluss auf die gesundheitliche Situation des Patienten haben können.

Dazu zählen zum Beispiel die psychosoziale Betreuung und die umfassende Information und Beratung zu geplanten Versorgungsmaßnahmen und in Frage kommenden Leistungsanbietern. Auch zu prüfen, ob die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung zu Hause wirklich sichergestellt ist, nachzuhaken, wenn sich die Bewilligung oder Bereitstellung von Reha-, Pflege- oder Hilfsmittel-

leistungen verzögert sowie die Notwendigkeit umgehend Facharztbehandlungen einzuleiten, sind Aufgaben, denen sich der Hausarzt aus Zeitmangel häufig nicht wie gewünscht und notwendig widmen kann.

Dies führt zu verzögertem oder ungeeignetem Inanspruchnahmeverhalten von Dienstleistern und Patienten in einem an sich effektiv ausgestatteten Gesundheitssystem. Kooperative Lösungsansätze sind im Gesundheitssystem der Regelversorgung weder vorgesehen noch adäquat vergütet, so dass es keine Anreizstrukturen gibt, passende Mechanismen zu initialisieren oder zu nutzen, die zur Effizienzsteigerung der Versorgung beitragen.

### **Die Patientenbegleitung der Bosch BKK**

Die Patientenversorgung erfordert also über verschiedene Behandlungsphasen hinweg und unter Einbindung aller beteiligten Akteure einen hohen Koordinations- und Organisationsaufwand. Mit ihrem Projekt „Patientenbegleitung“ stellt die Bosch BKK Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern einen Koordinator zur Seite, der

- alle Behandlungsphasen im Blick hat,
- bei Bedarf die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren koordiniert,
- auf Wunsch den Haus- und Facharzt durch Übernahme bestimmter Aufgaben entlastet,
- dem Patienten und seinen Angehörigen als fester Ansprechpartner zur Verfügung steht und sich Zeit für ihre Fragen nimmt und
- sie mit individueller, persönlicher Beratung und aktiver Hilfe unterstützt.

Die Patientenbegleiter durchlaufen ein Ausbildungscurriculum zu medizinischen Grundlagen, Hilfsmittelversorgung, Rehabilitation, Pflege und Gesundheitsförderung. Sie erhalten außerdem eine Einführung ins Sozialversicherungs-, Betreuungs- und Sozialhilferecht vor dem Hintergrund unseres Sozial- und Gesundheitssystems. Besonderen Wert wurde bei der Qualifizierung der Mitarbeiter auf Kommunikationsfähigkeit und -strategien gelegt, zum Beispiel durch Schulungen zur Gesprächsführung.

Denn Kommunikation ist neben der Schaffung einer Vertrauensbasis und ihrer Fachkompetenz ein zentraler Erfolgsfaktor für die Arbeit der Patientenbegleiter: Wenn es ihnen gelingt, eine belastbare Passung zwischen den Bedürfnissen von Versicherten und ihren Angehörigen mit von Experten bestimmten, objektiven Versorgungs- und Behandlungsbedarfen herzustellen, wird ein Höchstmaß an Compliance und Empowerment bewirkt, das den Krankheitsverlauf nachhaltig und positiv beeinflussen kann.

Die Patientenbegleiter konzentrieren ihre Aktivitäten auf kranke oder sogar multimorbide Versicherte, deren medizinische, sozialversicherungsrechtliche und psychosoziale Versorgung einer intensiven Koordination und Betreuung bedarf. Gerade bei älteren Patienten geht es auch darum, einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und damit dem Risiko einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Aktiv werden die Patientenbegleiter auf Hinweise von den Versicherten selbst, ihren Angehörigen, dem Hausarzt oder dem Krankenhaus-Sozialdienst.

Mit Hilfe einer Datenbank prüfen sie außerdem Daten zu Krankenhaus-Aufnahmen von Bosch BKK-Versicherten. Bei bestimmten Diagnosen wie zum Beispiel Schlaganfall oder Krebs nehmen sie mit dem Patienten selbst oder den Angehörigen Kontakt auf und bieten ihre Unterstützung an. Im besten Fall erfolgt der erste persönliche Kontakt bereits im Krankenhaus, wo der Patientenbegleiter – wenn der Patient dies wünscht – mit ihm, dem Krankenhaus-Sozialdienst und ggf. dem behandelnden Arzt bespricht, wie es nach dem Klinikaufenthalt weitergehen soll.

Folgt auf den Klinikaufenthalt eine Rehabilitationsmaßnahme, versucht der Patientenbegleiter bei Bedarf die Bereitstellung des gewünschten Platzes zu beschleunigen. Wird der Patient direkt nach Hause entlassen, empfiehlt, koordiniert und organisiert der Patientenbegleiter Hilfen, damit die häusliche Versorgung des Patienten sichergestellt ist. Diese sollen auch bewirken, medizinisch nicht indizierte Wiederaufnahmen ins Krankenhaus zu vermeiden:

- Der Patientenbegleiter organisiert auf Wunsch Pflegemaßnahmen und hilft den Angehörigen dabei, Anträge auf Pflegeleistungen zu stellen, klärt über Pflegeschulungen für Angehörige auf und ermöglicht diese.
- Er empfiehlt und organisiert Hilfsmittel, wie zum Beispiel Handläufe und Griffe im Badezimmer, einen Duschsitz oder ein Pflegebett. Um passende Lösungen zu finden, besucht er nach Möglichkeit die Wohnung des Patienten. Denn die Erfahrungen zeigen, dass Hilfsmittel zu Hause mitunter nicht wie gedacht genutzt werden können, zum Beispiel weil der Weg ans Bett nicht breit genug für einen verordneten Rollstuhl ist. Bei diesem Besuch weist der Patientenbegleiter auch auf mögliche Stolperfallen wie rutschige Teppiche oder unzureichende Beleuchtung hin, die zu Stürzen führen können. Viele Probleme werden erst erkannt, wenn ein Hausbesuch erfolgt. Patientenbegleiter sind darin geschult, tragfähige Lösungen zu finden.
- Er vermittelt Kontakte vor Ort, zum Beispiel zu Pflege- oder Sozialdiensten, Selbsthilfe- oder Sportgruppen, kommunalen Stellen wie zum Beispiel der Altenhilfe oder Nachbarschaftshilfe.

Der Patientenbegleiter leistet außerdem Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung von Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung nur schrittweise wieder in den Beruf zurückkehren können. Dazu nehmen sie auch Kontakt mit den entsprechenden betrieblichen Stellen, beispielsweise dem werkärztlichen Team, auf.

### **Neue Wege in der Versorgung**

Mit der Patientenbegleitung beschreitet die Bosch BKK neue Wege in der Versorgung kranker Versicherter. Folgende innovative Ansätze kennzeichnen das Projekt:

#### **1. Gesundheitsökonomischer Ansatz**

Die Patientenbegleitung wurde als wesentlicher Bestandteil der Refinanzierung in Verträge nach §§ 73 b und c SGB V mit dem MEDI-Verbund und dem Ärztenetz Reutlingen integriert. Zudem hat die Bosch BKK mit verschiedenen Kliniken Verträge nach §§ 140 a ff. SGB V geschlossen. Diese Verträge stellen sicher, dass Ärzte und Kliniken die



Patientenbegleiter über Versicherte mit entsprechendem Betreuungsbedarf informieren und sich Zeit für die Abstimmung mit dem Patientenbegleiter nehmen. Sie regeln außerdem den Informationsaustausch, um insbesondere den Wechsel zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor wie auch zwischen Haus- und Fachärzten zu erleichtern. Für diese Leistung erhalten die Ärzte ein zusätzliches Honorar, die Patienten profitieren von einer kompetent gesteuerten, hochwertigen Versorgung.

## 2. Organisatorischer Ansatz

Durch die organisatorische Unterstützung von Patient, Familie und Arzt füllen die Patientenbegleiter eine „Lücke“, für die bisher kein Leistungserbringer zuständig ist.

Kennzeichnend ist der aufsuchende Charakter des Angebots: Die Patientenbegleiter koordinieren die Behandlung und Betreuung des Versicherten in der Regel nicht „vom Schreibtisch aus“, sondern suchen den Patienten dort auf, wo er sich zum jeweiligen Zeitpunkt der Behandlung gerade befindet: im Krankenhaus, zu Hause, in der Arztpraxis. Der persönliche Kontakt bildet die Basis für ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientenbegleiter und Patient bzw. Angehörigen, das insbesondere bei der psychosozialen Betreuung eine wichtige Rolle spielt. Besonders wichtig ist zudem die Kenntnis der häuslichen und familiären Situation des Patienten: etwa um einzuschätzen, ob die Angehörigen den Versicherten zu Hause ausreichend betreuen können, ob diese dahingehend qualifiziert werden können oder ob externe Dienste erforderlich sind.

## 3. Regionaler Ansatz

Die regionale Ausrichtung der Patientenbegleitung ist ein entscheidender Erfolgsfaktor: Die Patientenbegleiter berücksichtigen die Versorgungsstrukturen vor Ort bis hin zu deren Mitgestaltung. Sie arbeiten im regionalen Netz eng mit Partnern in der jeweiligen Versorgungsregion zusammen.

## 4. Implementierender Ansatz

Die Bosch BKK hat die Fallbegleitung als feste Säule ihrer Versichertenbetreuung in ihre Organisationsstruktur eingebunden. Aufgrund der guten Erfahrungen und der hohen Akzeptanz entwickelte sich das Angebot zu einem konti-

nuierlichen Betreuungsansatz, der auch von Mitarbeitern außerhalb der Patientenbegleitung in die herkömmliche Kundenberatung als unverzichtbarer Bestandteil einbezogen wird.

## Zeitlicher Ablauf und regionaler Bezug

Die in Stuttgart ansässige Bosch BKK entwickelte und startete die Patientenbegleitung 2005, zunächst als Pilotprojekt in Stuttgart sowie im Oberallgäu mit je einem Patientenbegleiter. Nach positiven Erfahrungen und Reaktionen von Patienten, Ärzten und Kliniken in diesen Regionen weitete die Bosch BKK das Projekt 2006 mit acht Patientenbegleitern auf weitere Regionen im gesamten Bundesgebiet aus. Seither ist das Team der Patientenbegleiter auf 16 Mitarbeiter angewachsen.

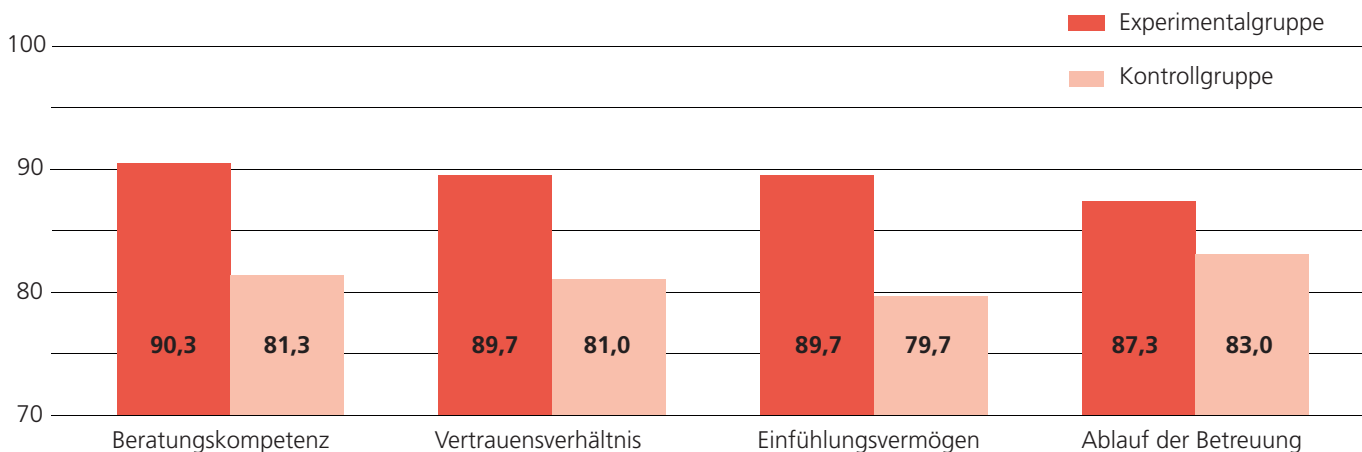
## Evaluationsstudie belegt Qualitätsverbesserung und Effizienz

Die Bosch BKK hat die Patientenbegleitung über einen Zeitraum von drei Jahren wissenschaftlich evaluiert, um das Effizienzpotenzial des Projekts zu überprüfen. Die Untersuchung führten Wissenschaftler der Katholischen Fachhochschule Mainz – unter der Federführung von Professor Dr. Peter Löcherbach – sowie Professor Dr. Michael Macse-naere des Centrums für angewandte Wirkungsforschung (CAW) in der IKJ ProQualitas GmbH Mainz durch.

Untersucht wurde, ob durch die Patientenbegleitung Einsparungen möglich sind, da diese prinzipiell direkt in die Refinanzierung von Selektivverträgen fließen könnten. Außerdem wurde die Ärzte- und Patientenzufriedenheit mit dem Prozess der Patientenbegleitung betrachtet. Dabei wurde der Gesundheitszustand aus Ärzte- und Patientensicht sowie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Personen und Einrichtungen beurteilt. Das quasi-experimentelle Studiendesign bestand aus je 532 Patienten in Experimental- und Kontrollgruppe. Durch ein statistisches Matchingverfahren wurde mit einer durchschnittlichen Übereinstimmung der Matchingkriterien von 80 Prozent ein hohes Maß an Vergleichbarkeit sichergestellt. Um dies zu erreichen, war ein großer, repräsentativer Vergleichsdatenpool erforderlich. Dieser wurde durch die Kooperation mit der Daimler BKK erreicht, aus deren Versicherten sich auch ein Teil der Kontrollgruppe rekrutierte. Zur Ermittlung von bedeutsamen Kostenunterschie-

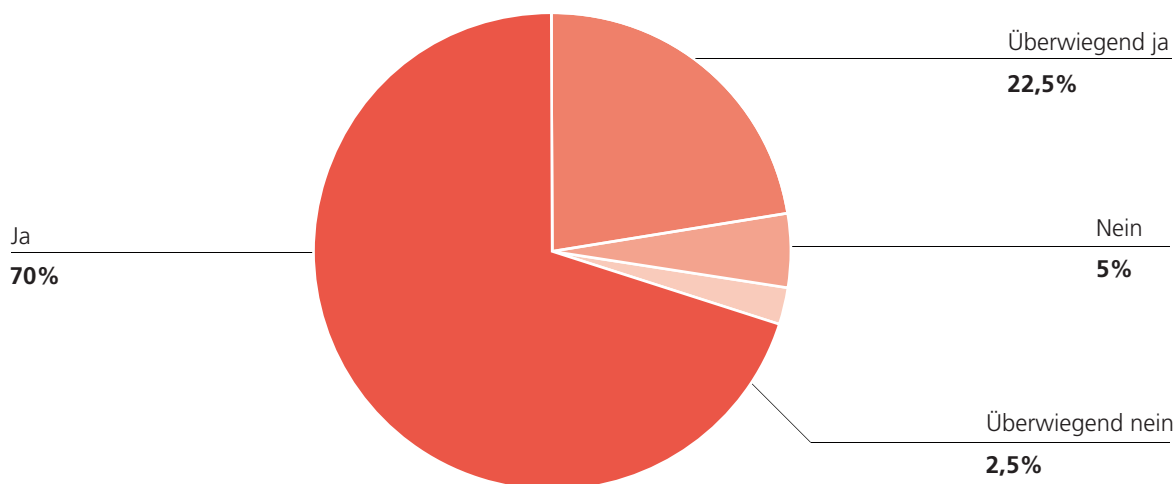
### Ergebnisse der Versichertenbefragung: Zufriedenheit der Versicherten mit der Patientenbegleitung

Die Gesamtzufriedenheit - zusammengefasst zu einem übergeordneten Zufriedenheitsindex - fällt signifikant höher aus als in der Kontrollgruppe. Die Zufriedenheit der betreuten Versicherten war am höchsten in Bezug auf die Aspekte Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis und Einfühlungsvermögen.



### Ergebnisse der Ärztebefragung: War die Patientenbegleitung indiziert?

92,5 Prozent der befragten Ärzte sahen Bedarf für die Betreuung durch die Patientenbegleiter.



Quelle: Wimmer

Die Patienten mit Begleiter haben sich stärker zufrieden mit der Versorgung gezeigt als die ohne Koordinator. Auch die befragten Ärzte haben die Fälle von Patientenbegleitung zu über 90 Prozent als (überwiegend) indiziert bewertet.



den wurden Varianzanalysen (ANOVA bzw. F-Test) sowie bei inhomogenen Varianzen Welch-Tests berechnet. Zur Abschätzung und Kontrolle der potentiell verzerrenden Effekte von Extremwerten („Ausreißer“) wurden ferner Mann-Whitney U-Tests eingesetzt. Die Studienergebnisse zeigen, dass durch den Einsatz der Patientenbegleiter die Versorgung und Betreuung der Patienten verbessert

und zugleich vermeidbare Leistungsausgaben eingespart werden können.

#### Qualitätsverbesserung in der Versorgung und Entlastung der Leistungserbringer

Von den befragten Versicherten zeigten sich diejenigen, die von einem Patientenbegleiter betreut wurden, signifikant

## Überblick über die Evaluationsergebnisse

Inhalt	Befund	Zusammenfassung
Versicherte: Lebensqualität, Problemabbau, Ressourcenaufbau	+	Deutlich positive Veränderungen bzgl. gesundheitszustandsbezogener Ängste und Befürchtungen. Keine bzw. geringe Auswirkungen bei unmittelbarer körperlicher Gesundheitssituation und subjektivem Befinden. Es gelingt, Problemlagen abzubauen und Ressourcen zu fördern. Die Effekte werden von Versicherten, Ärzten, Krankenhaus-Sozialdiensten und Patientenbegleitern ähnlich positiv eingeschätzt. Speziell stärkere Aktivierung in Bezug auf das Gesundheitsverhalten.
Partner: „Sekundäreffekte“	++	Höhere Entlastung und Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Institutionen.
Versicherte: Zufriedenheit	++	Zufriedenheit mit der Krankenkasse deutlich erhöht (insbesondere hinsichtlich Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis und Einfühlungsvermögen).
Partner: Zufriedenheit	++	Höhere Zufriedenheit bei Ärzten (und entsprechend den vorliegenden Daten auch bei den Krankenhaus-Sozialdiensten).
Effekte bei Fallzahlen	+	siehe Leistungsausgaben
Effekte bei Falldauern	+	siehe Leistungsausgaben
Leistungsausgaben	+	Patientenbegleitung führt kurzfristig zu Mehrkosten. Die Befunde zeigen, dass sich dies mit Zeitverzögerung (spätestens nach einem Jahr) in einen positiven Kosteneffekt umkehrt, der v. a. im Krankenhausbereich anzusiedeln ist. Aufgrund des starken Zusammenhangs mit den Leistungsausgaben sind ähnliche Effekte auch im Bereich von Fallzahlen und Falldauern zu erwarten.
Wirkfaktoren	++	Die entscheidenden Erfolgsfaktoren: „Passung“ zwischen Bedürfnislage und Versorgungsbedarf des Patienten herstellen Sonstige: umfangreiche, gezielte Interventionen mittlerer Dauer, frühzeitige Einleitung der Patientenbegleitung, Atmosphäre und „Intensität“ der Kontakte, hohe „Kooperativität“ aller Beteiligten u.v.m. Ausbaufähig ist bspw. noch der persönliche Kontakt der Patientenbegleiter zu den behandelnden (Haus-)Ärzten.

Quelle: Wimmer



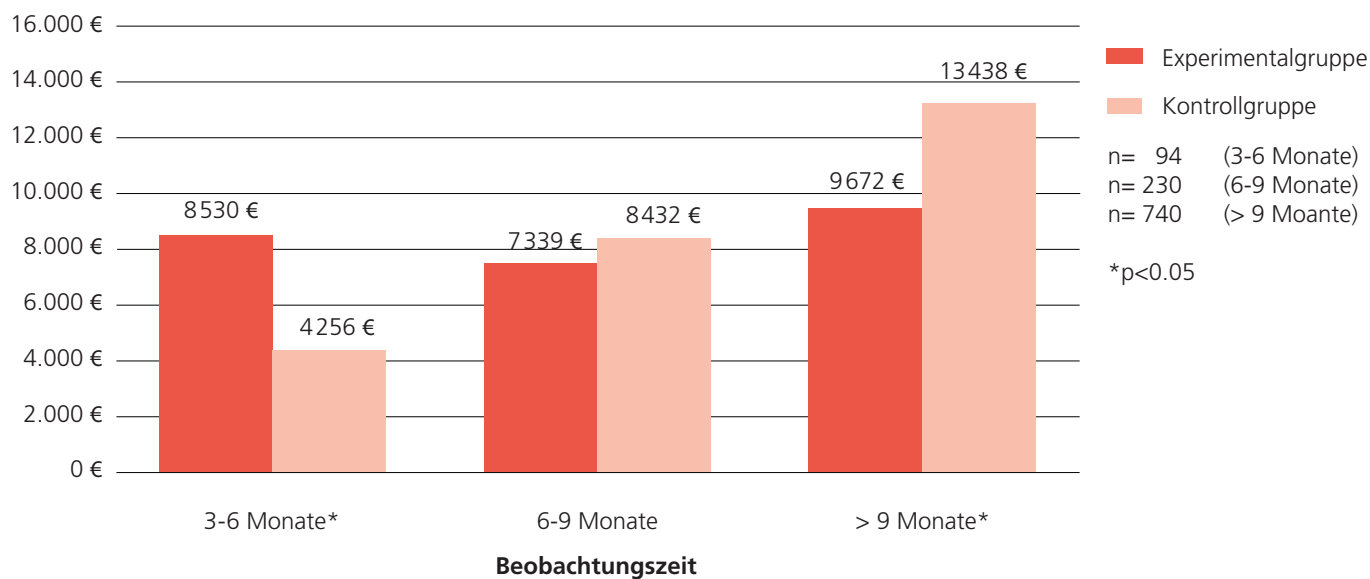
**In der Evaluation sind vor allem die Sekundäreffekte der Patientenbegleitung (Entlastung und bessere Zusammenarbeit) sowie die Zufriedenheit auf Seiten der Patienten und der Ärzte und weiterer Partner als positiv bewertet worden.**

zufriedener (82,2 Prozent) als diejenigen ohne Patientenbegleitung (75,8 Prozent). Zufriedenheit wurde über die Dimensionen Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis, Einfühlungsvermögen der Krankenkassen-Mitarbeiter und Betreuungsablauf operationalisiert (siehe Abbildung 1). Die konkreten Vorteile sahen die Patienten in der individuellen Beratung in Form eines persönlichen Ansprechpartners,

der Vermittlung wichtiger Informationen und der Unterstützung bei der Versorgung mit passgenauen Hilfsmitteln.

Auf die körperliche und psychische Verfassung der Versicherten wirkte sich die Patientenbegleitung zwar nicht unmittelbar aus. Allerdings haben die betreuten Versicherten weniger Befürchtungen und Ängste in Bezug auf ihre Erkrankung und sie fühlen sich deutlich stärker aktiviert,

## Gesamtkosten der Versorgung in Experimental- und Kontrollgruppe



Quelle: Wimmer



**Nur im ersten Halbjahr nach dem Start der Patientenbegleitung sind die Kosten in der Experimentalgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Nach bereits sechs bis neun Monaten liegen die Einsparungen durch die Begleitung bereits höher als die Kosten.**

selbst etwas zur Verbesserung ihrer Gesundheitssituation beizutragen: Während in der Experimentalgruppe über 83 Prozent viele bzw. sehr viele Anregungen dazu bekamen, gab fast die Hälfte der Kontrollgruppe an, nur wenige oder gar keine Anregungen erhalten zu haben. Insofern stellt die Patientenbegleitung auch eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ bereit.

Auf Seiten der Leistungserbringer gaben 83 Prozent der befragten Ärzte und 84 Prozent der Sozialdienstmitarbeiter an, dem Patienten sei sehr gut oder gut geholfen worden. 92,5 Prozent der Ärzte sahen eine Indikation für die Betreuung durch die Patientenbegleiter (siehe Abbildung 2). Als größte Vorteile nannten sowohl Ärzte als auch Sozialdienstmitarbeiter ihre eigene Entlastung bei der psychosozialen Betreuung der Patienten, den Abbau von Bürokratie, eine effektive Abstimmung zwischen den an der Betreuung Beteiligten sowie einen besseren Informationsstand der Patienten.

Knapp die Hälfte aller befragten Ärzte und Sozialdienstmitarbeiter gab an, durch die Arbeit der Patientenbegleiter stark oder sogar sehr stark entlastet worden zu sein. Diese Wahrnehmung hängt mit der Kontaktintensität zwischen Arztpraxis/Sozialdienst und Patientenbegleiter

zusammen ( $p = 0.001$ ). Dieser Zusammenhang ist insofern interessant, als ein gewisser Gesprächsaufwand zwar (zunächst zusätzlich) entsteht, dieser jedoch im Verhältnis zu anderen organisatorischen und koordinativen Versorgungsaktivitäten und deren Überwachung als kleiner wahrgenommen wird.

### Mehr Effizienz in der Versorgung

Neben der Versorgungsqualität konnte durch die Patientenbegleitung auch die wirtschaftliche Effizienz der Versorgung günstig beeinflusst werden. Obwohl die Patientenbegleitung während der initialen Fallbetreuungsphase zu höheren Leistungsausgaben führte, konnten mittelfristig Einsparungen festgestellt werden (siehe Abbildung 3). Bei den im Rahmen der Studie untersuchten Gesamtkosten (alle Leistungsausgaben außer den Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen) wurden ca. ein Jahr nach Beendigung der Patientenbegleitungen signifikante Einsparungen von durchschnittlich 28 Prozent ermittelt. Am deutlichsten waren die finanziellen Effekte im Krankenhausbereich, wo die Betreuung auch zu weniger Klinikeinweisungen und kürzeren Aufenthaltsdauern führte.

Im 95-prozentigen Konfidenzintervall liegen die Einsparungen im Krankenhausbereich zwischen 900 und 3.700 Euro pro Jahr und pro Fall und bei einer mittleren Einsparung von 2.300 Euro. Die Studie zeigte außerdem, dass die Möglichkeiten, die Effizienz der Versorgung zu beeinflussen, bei kostenintensiven Erkrankungen und der Betreuung von multimorbiden Patienten größer sind, da die Patientenbegleiter hier vielfältigere Ansatzpunkte für eine Optimierung der Betreuung haben. Die gesamten Ergebnisse der Evaluationsstudie können im Abschlussbericht nachgelesen werden, der auf dem Internetportal [www.Patientenbegleitung.de](http://www.Patientenbegleitung.de) als Download zur Verfügung steht.

### Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Wie die Studienergebnisse belegen, leistet die Patientenbegleitung einen Beitrag zur Qualitätsoptimierung der Patientenversorgung. Diese kann über die Qualitätsdimensionen (Donabedian, A.) wie folgt in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert werden:

#### Strukturqualität

- Ausrichtung der Organisationsstruktur der Bosch BKK auf Anforderungen der Patientenbegleitung,
- Implementierung einer für die Fallführung programmierten Kundenmanagement-IT zur dokumentarischen Abbildung des Fallverlaufs,
- Qualifikation und laufende Fortbildung der Patientenbegleiter,
- Internes schriftliches Nachschlagewerk für Arbeitsabläufe, Entwicklungsergebnisse und Ziele der Patientenbegleitung: Bosch BKK „Light-Faden Patientenbegleitung“,
- Internes Team für fallgruppenbezogene Analysen im Hinblick auf Steuerungsmöglichkeiten, Effizienzpotenziale,
- Fachliche Begleitung und Entwicklung (verantwortliche Ärztin),
- Inhaltliche Förderung des Projekts von Vorstand und Geschäftsführung,
- Systematische Planung, Aufbau und Pflege von u.a. vertraglichen Netzwerken in der Versorgungsregion,
- Festlegung und Dokumentation von Prozessstandards, intern und mit Vertragspartnern.

#### Prozessqualität

- Einhaltung eines Fünfphasenmodell bei der Fallbearbeitung, bestehend aus folgenden Arbeitsschritten (Van Riet, N., Wouters, H.):
- Fallauswahl: Erkennen bzw. Annehmen von steuerungsbedürftigen und -fähigen Fällen, z.B. anhand von Diagnosen, Leistungsbedarfen, Anfragen,
- Assessment: Klären von Bedürfnissen, Bedarfen und Fragen, Beurteilung und Planung des Hilfebedarfs sowie der Steuerungsansätze im Individualfall,
- Hilfeplan: Bedarfsdefinition und konkrete Handlungszielsetzung, Bestimmung der Aktivitäten und des dazu benötigten Zeitbedarfs, Vereinbarung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben, Planung von Handlungen und Reihenfolgen,
- Intervention: Organisation und Koordination, Monitoring, ggf. Re-Assessment in Abhängigkeit von der individuellen Fallentwicklung,
- Erfolgskontrolle: Beurteilung, in welchem Umfang die angestrebten Veränderungen des Hilfeplans zustande gekommen sind und mit welchem Verfahren und Aufwand (standardisierte Erfassung mit objektivierbarer Auswertungsmöglichkeit als Instrument für professionelles Wachstum),
- Empirische Anpassung und Weiterentwicklung einer gezielten Fallauswahl unter fachlicher Anleitung,
- Regelmäßige, interdisziplinäre Fallkonferenzen,
- Schriftliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit aller Beteiligten, sowohl intern als auch extern mit Vertragspartnern,
- Schnittstellendefinition für die Informationsweitergabe.

#### 3. Ergebnisqualität

- Abbau von Problemlagen und Förderung von Ressourcen, unter anderem in den Bereichen körperliche Gesundheit/Mobilität, psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Lebensführung, gesellschaftliche Teilhabe, Wohnumfeld sowie Zugang und Nutzung von Dienstleistungsangeboten („effects“),
- Effekte im Bereich von Fallzahlen und Falldauern,
- Steigerung der Lebensqualität der Patienten durch Abbau von Ängsten, verbesserten Informationsstand und Hilfe zur Selbsthilfe („impacts“),

- Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch Hilfe zur Selbsthilfe,
- Steigerung der Kundenzufriedenheit durch Bereitstellung eines persönlichen Ansprechpartners, der informiert, berät und aktiv unterstützt,
- Erhöhung der Partnerzufriedenheit durch Entlastung der Leistungserbringer und Förderung des Informationsflusses zwischen allen Beteiligten,
- Anstrengungen und Kosten, die zur Zielerreichung notwendig waren (Effizienzbetrachtungen).

### Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung bei Weiterführung des Projekts

Das Projekt „Patientenbegleitung“ hat sich zu einem festen Leistungsangebot der Bosch BKK für ihre Versicherten entwickelt. Folgende Faktoren sichern die Fortführung und die Einhaltung der etablierten Qualitäts- und Effizienzanforderungen durch die beteiligten Leistungserbringer:

1. Die Bosch BKK hat ihre Organisationsstruktur auf eine dauerhafte Fortführung der Patientenbegleitung ausgerichtet. Das Team der überwiegend im Außendienst arbeitenden Patientenbegleiter wird ergänzt durch Mitarbeiter im Innendienst, die sie bei der Umsetzung der angestoßenen sozialversicherungsrechtlichen Aufgaben unterstützen. Ein weiteres Team so genannter Gebietsbevollmächtigter leistet Unterstützung bei der Pflege des Partner-Netzwerks vor Ort und bei praktischen Fragen zur Umsetzung der vertraglichen Zusammenarbeit mit Ärzten und Kliniken. Die Bosch BKK geht also strukturell und personell arbeitsteilig vor: Während die Arbeit der Patientenbegleiter primär auf die Versorgung im Einzelfall ausgerichtet ist, übernehmen die Gebietsbevollmächtigten Aufgaben zur Entwicklung und Stärkung des Versorgungsnetzwerkes. Dabei wird darauf geachtet, dass der Informationsfluss und die Zusammenarbeit dieser beiden Arbeitsbereiche effizient und zuverlässig aufeinander abgestimmt werden.
2. Durch geschickte Integration der Patientenbegleitung in die Arbeitsprozesse der Bosch BKK gelang es, ohne insgesamt erweiterten Personalschlüssel einen Zusatznutzen zu generieren. Bei qualitativ hochwertigem Versorgungsniveau werden Über- und Unterversorgung vermieden. Auch die Ausgaben für Sachaufwand und Kooperation spiegeln wieder, dass der Nutzen den Aufwand überwiegt.
3. Regelmäßige Schulungen und Fallkonferenzen, in denen komplexe Fallkonstellationen, aber auch Best Practice-Beispiele lösungsorientiert diskutiert werden, sorgen für eine fortlaufende Weiterqualifizierung der Patientenbegleiter. Außerdem investiert die Bosch BKK kontinuierlich in die praxisnahe Vermittlung von Hintergrundwissen zu chronischen Krankheiten, pflegerischen Inhalten und aktuellen Reformen des Gesundheitswesens. Die Mitarbeiter partizipieren auf dem Boden ihrer Erfahrungen an Entscheidungen zum Fallgruppen-Ensemble, die in diversen Arbeitsgremien unter fachlicher Anleitung getroffen werden. Auf diese Weise werden Versorgungsmanagement und Fallsteuerung in der Mitarbeiterschaft verankert und gemeinsam getragen.
4. Die Einbindung der Patientenbegleitung in die Verträge nach § 73 b und c sowie §§ 140 a ff. sichert die künftige Bereitschaft von Ärzten und Kliniken zur Zusammenarbeit mit den Patientenbegleitern. In Lenkungsgruppen mit Vertretern der Vertragspartner werden regelmäßig neue Prozesse der Zusammenarbeit entwickelt, abgestimmt und auf der Basis schriftlicher Vereinbarungen umgesetzt. 2009 wurden die mit MEDI und dem Ärztenetz Reutlingen bestehenden Verträge nach § 73 b und c durch die von den Betriebskrankenkassen mit dem Deutschen Hausärzterverband geschlossenen Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung abgelöst. Durch einen separaten, inhaltsgleichen Vertragsabschluss mit dem Hausärzterverband und dem MEDI-Verband hat die Bosch BKK die Fortführung der Patientenbegleitung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung sichergestellt. Um auch die Fachärzte weiterhin in die Kooperation einzubinden, hat die Bosch BKK zudem neue Verträge mit Ärztenverbänden und Kliniken verhandelt, die den Einsatz der Patientenbegleiter bei bestimmten Diagnosen (z.B. psychische Erkrankungen) festschreiben.
5. Im Herbst 2010 hat die Bosch BKK über zwei Ver-

anstaltungen (Fachtagung „Bessere Versorgung, die sich rechnet“ am 2. November in der Bosch-Repräsentanz in Berlin sowie das gemeinsame Symposium mit der Robert Bosch Stiftung und der AOK Baden-Württemberg „Die Gesundheitsversorgung von morgen“ am 26. November im Bosch Haus Heidehof in Stuttgart) und in verschiedenen Publikationen ein breites Fachpublikum über die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen ihrer Patientenbegleitung informiert und ist auf breites Interesse gestoßen.

### Übertragbarkeit auf andere Akteure und Patientengruppen

Die Patientenbegleitung ist ein Modell, mit dem eine sektörübergreifende Zusammenarbeit von Ärzten, Kliniken und Sozialversicherungsträgern sowie eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig bezahlbare Gesundheitsversorgung erreicht werden können. Ansätze und Erkenntnisse daraus können von anderen Krankenkassen und Gesundheitsanbietern aufgegriffen werden. Wie die Vertragsverhandlungen mit Fachärzten zeigen, besteht Interesse, die Patientenbegleitung außerdem auf andere Patientengruppen auszuweiten. In Anbetracht der Demografie und des damit einhergehenden, wachsenden Bedarfs an solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen ergibt sich eine attraktive Perspektive aus diesem Ansatz: Die aus der Patientenbegleitung resultierenden Kosteneffekte ergeben sich weder durch Ausgabenkürzungen noch durch Einnahmesteigerungen, sondern sind in der Effizienzsteigerung der Versorgung selbst begründet.

Literatur bei der Autorin

E-Mail-Kontakt: [Katja.Wimmer@de.bosch.com](mailto:Katja.Wimmer@de.bosch.com)

### DR. MED. KATJA WIMMER



*Katja Wimmer hat Humanmedizin an der Universität Tübingen, an der School of Medicine des Royal Free Hospitals London und am Medical College of Virginia (USA) studiert und 1997 promoviert. Von 1996 bis 2005 war sie Ärztin am Zentrum für Innere Medizin des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart. In den Jahren 2002 bis 2004 schloss sich ein Aufbaustudium Master of Public Health an der Universität Ulm an. Seit 2005 hat sie bei der Bosch BKK unter anderem die Patientenbegleitung aufgebaut, seit 2009 ist sie dort Abteilungsleiterin.*



# Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patienten

DR. HOLGER LANGE, CHEFARTZ DER MEDIZINISCHEN KLINIK III, GERIATRIE ZENTRUM BAYREUTH  
UND DER FACHKLINIK FÜR GERIATRIE MEDICLIN REHA-ZENTRUM ROTER HÜGEL



*Im Geriatriezentrum Bayreuth findet eine koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patienten statt. Die krankenhausbedürftigen akut kranken Patienten kommen größtenteils über die Notaufnahme in die Medizinische Klinik III/ Akutgeriatrie zur Aufnahme. Die primär rehabilitationsfähigen Patienten werden nach Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse direkt im Rehazentrum aufgenommen. Der Beitrag stellt das differenzierte – vom Krankheitszustand abhängige – Vorgehen bei der Platzierung und Behandlung der Patienten dar. Der Erfolg dieser Strukturierung zeigt sich unter anderem auch bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Hier verbesserten sich die Patienten im Laufe der Behandlung durchschnittlich um 21 Punkte in ihrer Selbsthilfefähigkeit, gemessen am Barthel-Index. Der Anteil der stark hilfsbedürftigen Patienten (Barthel-Summe zwischen 0 und 30 Prozent) konnte durch die Maßnahme halbiert werden (von 67,69 Prozent auf 32,33 Prozent). Somit haben die ersten Erfahrungen gezeigt, dass die Rehabilitation der hochaltrigen und multimorbiden Patienten zwar aufwendig ist, in den meisten Fällen jedoch mit einem bedeutenden Zuwachs in Selbsthilfefähigkeit und Lebensqualität für den Patienten verbunden ist.*

Das Geriatrie-Zentrum Bayreuth ist ein trägerübergreifender Zusammenschluss aus der Medizinischen Klinik III/Geriatrie des Klinikums Bayreuth, einem Haus der Maximalversorgung und der Fachklinik für Geriatrie des MediClin Reha-Zentrums Roter Hügel.

Die Geriatrie am Klinikum besteht seit nunmehr 25 Jahren. 1995 entstand durch den Zusammenschluss mit der neu eingerichteten geriatrischen Rehabilitationsklinik das Geriatrie-Zentrum Bayreuth. 1997 eröffnete die geriatrische Tagesklinik im Klinikum. Zu dieser gehört auch die Memory-Klinik (Gedächtnisklinik). 2010 begann darüber hinaus die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung des Klinikums.

Die Kooperation zwischen zwei verschiedenen Trägern – einem kommunalem Krankenhaus der Maximalversorgung und einer Reha-Klinik eines privaten bundesweiten Klinikbetreibers – stellt eine Besonderheit dar. Als Garant für die Kooperation werden beide Einrichtungen vom gleichen Chefarzt geleitet. Mit Hilfe des Geriatrie-Zentrums Bayreuth ist eine umfassende Behandlung geriatrischer Patienten der Region Oberfranken sicher gestellt.

## **Medizinische Klinik III – Geriatrie**

Hier findet die Akutbehandlung von älteren multimorbiden Patienten statt. Typische Krankheitsbilder sind Lungenentzündung, Herzinsuffizienz, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus, Gastroenteritis, Verwirrtheit, Schlaganfall, Sturzsyndrom, Austrocknung, Niereninsuffizienz sowie Mangelernährung. Für die Diagnostik und Therapie kann neben den Möglichkeiten der Medizinischen



## Das Geriatrie-Zentrum Bayreuth

### Klinikum Bayreuth Med. Klinik III/Geriatrie

Akutbehandlung von älteren Patienten,  
in der Regel über 70 Jahre alt  
Typische Krankheitsbilder  
Lungenentzündung  
Herzinsuffizienz  
Arterieller Hypertonus  
Diabetes mellitus  
Gastroenteritis  
Verwirrtheit  
Schlaganfall  
Sturzsyndrom  
Austrocknung  
Niereninsuffizienz  
Mangelernährung

### Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung

(akutstationäre Behandlung+  
Frührehabilitation)  
Alle oben genannten  
Krankheitsbilder und z. B.  
auch Zustände nach größeren  
Operationen,  
nach komplikationsreichen  
Verläufen, Langzeitbeatmung;  
Durchgangssyndrome

### Klinikum Bayreuth Geriatrische Tagesklinik

Kontinuierliche und periodische  
Behandlung von teilmobilen  
Patienten zur Vermeidung von  
vollstationären Krankenhaus-  
aufenthalten oder zur  
Stabilisierung des Ergebnisses  
von vollstationären  
Krankenhausaufenthalten  
unter ähnlichen Bedingungen  
wie in der Häuslichkeit,  
z. B. zur Blutzuckereinstellung,  
zur Mobilitätsförderung,  
zur Schmerzbehandlung

### Memory- Klinik

Ausführliche multiprofessionelle  
Untersuchung von Gedächtnisstörungen  
mit anschließender intensiver Beratung  
von Patienten und Angehörigen, inkl.  
Therapievorschlagen

### MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel Geriatrische Rehabilitation

Rehabilitation von älteren  
multimorbiden Patienten  
im Sinne von „Fördern durch Fordern“  
Oberstes Ziel: Wiedererlangen eines  
möglichst hohen Maßes an  
Selbsthilfefähigkeiten im Alltag,  
insbesondere in den Bereichen

- Mobilität
- Nahrungszufuhr
- Toilettenbenutzung
- Körperpflege
- kognitive Fähigkeiten

Spezielle Behandlungsziele:  
Funktionsbesserung der Extremitäten  
(nach Lähmung oder Frakturen),  
Verbesserung/Stabilisierung der  
Herz-Kreislauf-Funktionen sowie des  
Stoffwechsels, Verminderung von  
Schmerzen, Verbesserung der  
Schluckfähigkeit sowie des Sprechens,  
Steigerung von Motivation und  
Stimmung,  
Wiederherstellung bzw.  
Neuanknüpfung sozialer Beziehungen

Klinik III selbstverständlich auch auf das ganze Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Klinikums Bayreuth zurückgegriffen werden.

### Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Das zentrale Anliegen der Geriatrie ist die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Selbstständigkeit multimorbider älterer Menschen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung eingeführt. Diese setzt eine akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit sowie die Fähigkeit zur und den Bedarf an Frührehabilitation voraus. Die Patienten werden also parallel zur akuten Krankenhausbehandlung rehabilitativ unter Einsatz der verschiedenen Therapeuten des geriatrischen Teams behandelt. Als Indikation kommen die oben genannten Krankheitsbilder in Frage sowie zum Beispiel auch Zustände nach größeren Operationen bzw. nach komplikationsreichen Verläufen oder auch nach Langzeitbeatmung sowie auch Durchgangssyndrome.

### Geriatrische Tagesklinik

Neben der akutmedizinischen vollstationären Versorgung bieten wir auch eine tagesklinische Behandlung an. Diese kann kontinuierlich oder auch periodisch bei teilmobilen Patienten durchgeführt werden. Sie dient zum einen zur Vermeidung von vollstationären Krankenhausaufenthalten, aber auch zur Stabilisierung des Ergebnisses von vollstationären Krankenhausaufenthalten unter ähnlichen Bedingungen wie in der Häuslichkeit. Indikationen sind zum Beispiel eine Blutzucker- oder auch Blutdruckeinstellung, Mobilitätsförderung sowie Schmerzbehandlung. Die tagesklinische Behandlung findet an normalen Arbeitstagen zwischen 9 Uhr und 15.30 Uhr statt. Die Patienten werden zuhause abgeholt und wieder nach Hause zurückgebracht.

### Memory-Klinik

In der Memory-Klinik wird eine ausführliche multiprofessionelle Untersuchung von Gedächtnisstörungen mit anschließender intensiver Beratung von Patienten und Angehörigen incl. konkreter Verhaltens- bzw. Therapievorschläge durchgeführt. In der Regel dauert eine solche Abklärung drei Tage. In dieser Zeit wird nach den Ursachen und Aus-

## Definition des geriatrischen Patienten

- Geriatrie-typische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter)

Abweichungen von diesem strikten Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation Oktober 2005, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). Auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 28. Oktober als Richtlinie nach § 282, Satz 3 SGB V beschlossen

Quelle: Lange



**Bei der Definition geriatrischer Patienten gibt es Rahmenkriterien, die im Einzelfall aber durch individuelle Begründungen ergänzt oder überlagert werden können.**

wirkungen von Gedächtniseinschränkungen bzw. Hirnleistungsstörungen geforscht. Durchgeführt wird dies durch das Team der geriatrischen Tagesklinik (Geriatrer, Psychologe, Neurologe/Psychiater, Pflegekräfte, Sozialpädagogen, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Logopäde, Seelsorger).

### Geriatrische Rehabilitation

Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder auch als Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt im Rahmen des GRB-Verfahrens (Geriatrische Rehabilitations-Behandlung) kann eine Geriatrische Rehabilitation stattfinden.

Den geriatrischen Rehabilitationspatienten kennzeichnet neben dem Alter vor allem die Multimorbidität. Die Rehabilitation arbeitet mit „Fördern durch Fordern“. Das oberste Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen ist das Wiedererlangen eines möglichst hohen Maßes an Selbsthilfefähigkeit im Alltag, insbesondere in den Bereichen

- Mobilität,
- Nahrungszufuhr,
- Toilettenbenutzung,
- Körperpflege,
- kognitive Fähigkeiten.

Es gibt jedoch auch spezielle Behandlungsziele wie zum Beispiel die Funktionsverbesserung der Extremitäten nach Lähmungen oder Frakturen, die Verbesserung/Stabilisierung der Herzkreislauffunktion sowie des Stoffwechsels und der Atmung. Auch die Verminderung von Schmerzen, die

Verbesserung der Schluckfähigkeit sowie des Sprechens, die Steigerung von Motivation und Stimmung sowie die Wiederherstellung bzw. Neuanknüpfung sozialer Beziehungen sind Aufgaben der geriatrischen Rehabilitation.

Bei schwerkranken Patienten kann es erforderlich sein, dass eine rehabilitative Behandlung sich an eine frührehabilitative Komplexbehandlung anschließt.

### Fachklinik für Geriatrie des MediClin Reha-Zentrums Roter Hügel Bayreuth

Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team aus Pflegepersonen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern unter ärztlicher Leitung.

In den wöchentlichen Teambesprechungen werden die individuellen Behandlungsziele des jeweiligen Patienten formuliert, die erzielten Erfolge bewertet und neue Ziele gesetzt. Es erfolgt eine ausführliche Dokumentation in einem speziellen Computerprogramm (GeriDoc), welches bayernweit eingesetzt wird und auf diese Weise Vergleiche zulässt. Eine von der bayerischen Staatsregierung geför-

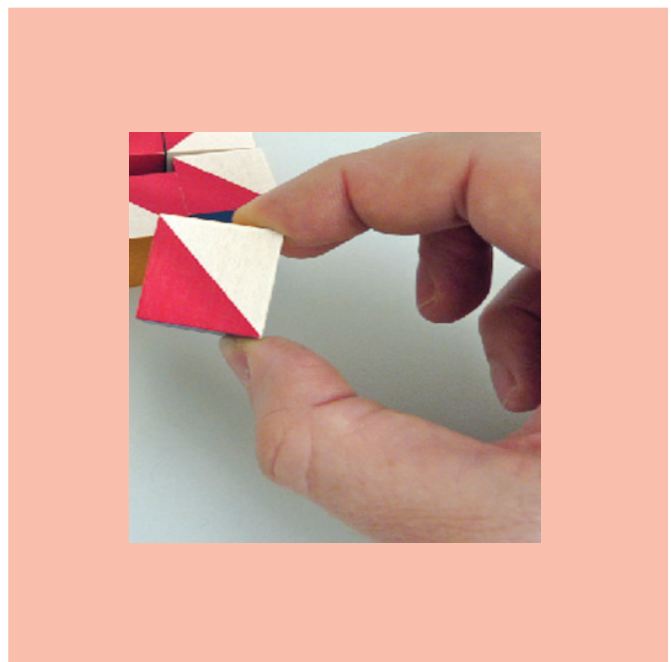
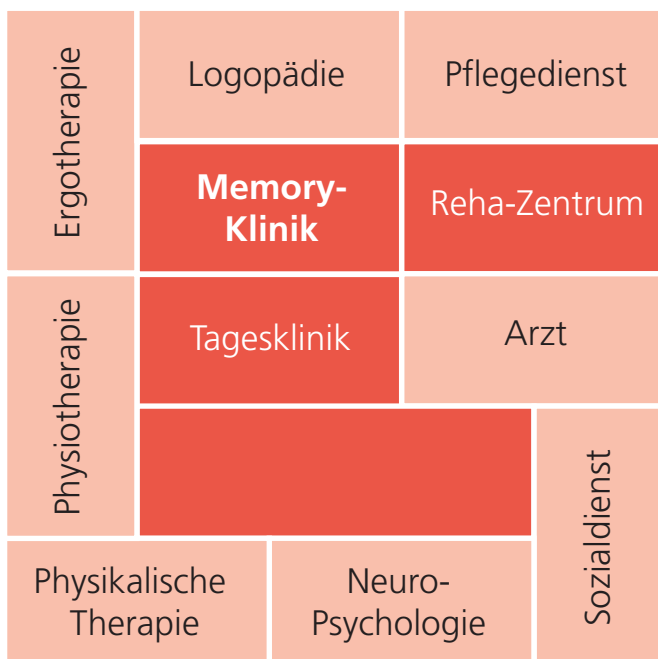
derte wissenschaftliche Auswertung wird demnächst veröffentlicht. Darin wird die Wirksamkeit der rehabilitativen geriatrischen Behandlung eindrucksvoll nachgewiesen.

### Akutmedizin – Rehabilitation

Bei durchaus fließenden Übergängen zwischen Akutmedizin und Rehabilitation im Rahmen der geriatrischen Behandlung ist dennoch aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der Maßnahmen eine Trennung zwischen dem Akutbereich incl. Früh-Reha und der eigentlichen Rehabilitation erforderlich.

Laut WHO „umfasst... die Rehabilitation alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen, die zur Einschränkung oder Benachteiligung führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen, eine soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte benachteiligte Personen zu befähigen, sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in ihrer unmittelbaren Umgebung und in die Gesellschaft als Ganzes einzugreifen, um ihre soziale Integration zu erleichtern“.

### Memory-Klinik im Geriatrie-Zentrum Bayreuth



Quelle: Geriatrie-Zentrum Bayreuth

In der Memory-Klinik dauert die multiprofessionelle Abklärung von Gedächtnisstörungen in der Regel drei Tage. Anschließend werden der Patient und die Angehörigen intensiv beraten.



Die derzeitige strikte Trennung von kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation ist in der Geriatrie an sich wenig sinnvoll und erfolgt in erster Linie aus sozialrechtlichen Gründen.

Beim rehabilitativen Behandlungskonzept der Geriatrie spielen weniger die Gesundheitsstörungen aufgrund von Strukturschäden, als vielmehr die daraus abgeleitete Funktionsstörungen die entscheidende Rolle.

Rehabilitation, insbesondere hier die geriatrische Rehabilitation, hat immer auch den Anspruch auf die Vermittlung von gesundheitsförderndem Verhalten. So soll die Nutzung der Eigenaktivierungs- und Selbsthilfemöglichkeiten angeregt werden, aber auch ein Hineinfinden in die Erkrankungen und soweit möglich auch Verstehen bzw. Akzeptieren der damit verbundenen Einschränkungen.

Der Arzt sollte auf der anderen Seite besonders auf die Lebensqualität des Patienten achten, denn dem Patienten geht es nicht in erster Linie um eine Verlängerung der Lebenszeit, sondern um einen Erhalt bzw. Gewinn an Lebensqualität. In diesem Sinne ist zum Beispiel ein Rauchverbot bei 80-Jährigen in der Regel unsinnig, vor allem wenn man bedenkt, dass diese oft 60 Jahre ihres Lebens geraucht haben und häufig wegen einer nicht nikotinabhängigen Erkrankung, zum Beispiel einer Schenkelhalsfraktur, behandelt werden.

### Geriatrisches Assessment

100-Jährigen sieht man in der Regel ihr Alter nicht an. Sie werden üblicherweise 15 bis 20 Jahre jünger geschätzt. Dieses Beispiel zeigt, wie sehr das biologische Alter vom kalendarischen Alter abweichen kann. Mit Hilfe des geriatrischen Basis-Assessment gelingt es, das biologische Alter zu bestimmen bzw. die Fähigkeiten und Einschränkungen darzustellen.

- Der Barthel-Index spiegelt die Selbsthilfefähigkeit und Mobilität wider.
- Der Timed up and go-Test gibt Auskunft über die Gangsicherheit.
- Die Mini-Mental- State-Examination (MMSE), der Uhrentest sowie der DemTect u.a.m. dienen der Testung der Kognition. Sie unterscheiden sich unter anderem in der Sensitivität für das jeweilige Stadium der kognitiven Veränderungen.
- Den Ernährungszustand kann man mittels eines Er-

nährungs-Assessments, zum Beispiel dem MNA (Mini-Nutritional-Assessment) eindeutiger beschreiben.

- Ein Sozialassessment hilft bei der strukturierten Erfassung des häuslichen und sozialen Umfeldes und ist damit ein wesentlicher Baustein bei der Entscheidung, ob ein Patient wieder nach Hause entlassen werden kann bzw. welche Hilfen er benötigt.

### Aufgaben der Logopädie

Exemplarisch für die anderen beteiligten Therapeuten des geriatrischen Teams sollen in diesem Abschnitt die Aufgaben der Logopädie dargestellt werden.

#### • Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen

In höherem Lebensalter nehmen Erkrankungen mit Schluckstörungen zu. Relativ häufig sind Aspirationspneumonien, die infolge von „Verschlucken“ auftreten. Die Nahrungsaufnahme kann gestört sein aufgrund von Einschränkungen der Beweglichkeit des Kiefers, der Zunge, des Gaumensegels usw. Auch sollte eine Untersuchung auf Sensibilitäts Einschränkungen oder Störungen der Schluckreflexe erfolgen.

Diagnostisch stehen sowohl klinische als auch apparative Methoden zur Verfügung, so zum Beispiel die endoskopische Untersuchung des Nasenrachenraumes mittels des Video-Dysphagie-Verfahrens. Ziele der Behandlung sind eine Verbesserung der Wahrnehmung und der Reflexauslösung sowie der Motorik. Unter anderem werden spezielle Schlucktechniken zur Kompensation der Schwierigkeiten vermittelt. Ein wesentlicher Faktor ist die individuelle Anpassung der Kost an die jeweilige Störung und eine entsprechende Beratung des Patienten und seiner Angehörigen. Angestrebt wird eine möglichst selbständige und ausreichende orale Ernährung des Patienten.

#### • Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen

Namensgebend für die Logopädie sind die Sprach- und Sprechstörungen. Dabei unterscheidet man Störungen der Sprachverarbeitung (Aphasien), Lese- und Schreibstörung (Alexien und Agraphien) sowie Störungen der Atmung, Stimmgebung und Artikulation. Unter einer Sprechataxie versteht man eine

Störung der Ausführungssteuerung beim Sprechen. Gesichtslähmungen, insbesondere Fazialisparese, können sowohl das Schlucken als auch die Sprache beeinträchtigen.

Mittels einer neurolinguistisch fundierten Diagnostik wird die Behandlung vorbereitet. Dabei hat man festgestellt, dass sich sowohl am Anfang als auch durchaus noch nach längerer Zeit mittels hochfrequenter Einzeltherapien beim Wiederaufbau sprachlicher bzw. sprachmotorischer Fähigkeiten Erfolge erzielen lassen. Darüber hinaus sind Gruppentherapien sinnvoll und eine individuelle ausführliche Angehörigenberatung erforderlich. Ziel der logopädischen Behandlung ist eine individuelle, patientenbezogene Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten.

Das Reha-Zentrum erzielt große Erfolge mit einer Sprachintensiv-Reha.

#### Aufgaben des Sozialdienstes

Bei sämtlichen Formen der geriatrischen Behandlung spielt der Sozialdienst eine wesentliche Rolle. Ohne ihn wäre der

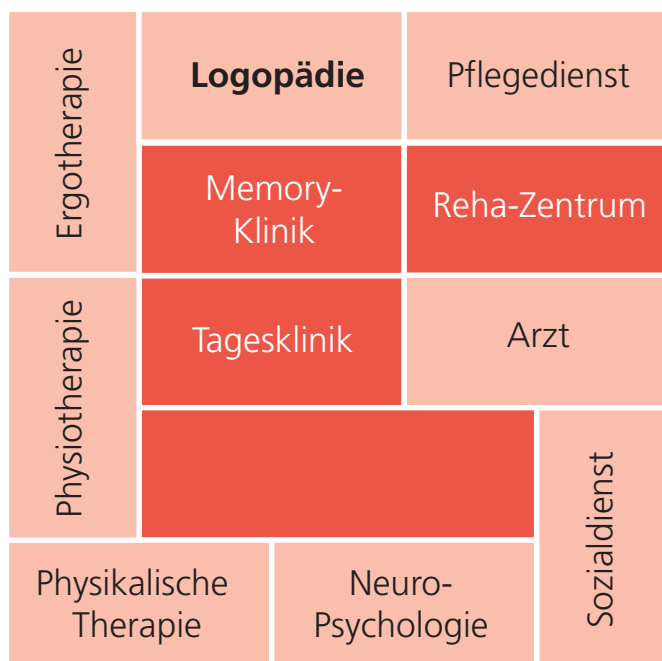
Anspruch der Geriatrie, dafür zu sorgen, dass der Patient nach Entlassung in einem sicheren, an seinen jeweiligen Zustand angepassten Umfeld lebt, nicht einzulösen. Der Sozialdienst ist dem Patienten bei der Beantragung von Pflegestufen, Schwerbehindertenausweisen, Organisation von Pflegediensten und Haushaltshilfen sowie ggf. bei der Beschaffung eines Altenheimplatzes behilflich. Ist der Patient noch im Akutbereich, gehört auch ggf. die Organisation einer Rehabilitation dazu.

#### Differenzierte und koordinierte Platzierung der geriatrischen Patienten

Für alle geriatrischen Patienten gilt die weiter oben aufgeführte Definition. Kriterien für die geriatrische Frührehabilitation sind darüber hinaus:

1. Multimorbidität im Sinne von gleichzeitig zu behandelten Krankheiten hat Vorrang vor dem kalendarischen Alter,
2. Alter 80 plus mit erhöhter Vulnerabilität,
3. Gefahr der Chronifizierung,

#### Sprach-Intensiv-Reha im Geriatrie-Zentrum Bayreuth



Quelle: Geriatrie-Zentrum Bayreuth

In der Logopädie beschäftigen sich die Therapeuten zum einen mit der Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen, zum anderen versuchen sie, die sprachlichen und sprachmotorischen Fähigkeiten der Patienten wiederaufzubauen.

- 4. erhöhtes Risiko des Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus,
- 5. ein Alter von 80 Jahren alleine ist kein ausreichendes Kriterium. Stattdessen ist vielmehr das biologische Alter entscheidend.

Ein wesentlicher Faktor für die Einschätzung, ob eine Akutkrankenhaus-Aufnahme notwendig ist, sind die sogenannten G-AEP-Kriterien. Diese sind unterteilt in folgende Indikationen für eine Krankenhaus-Aufnahme:

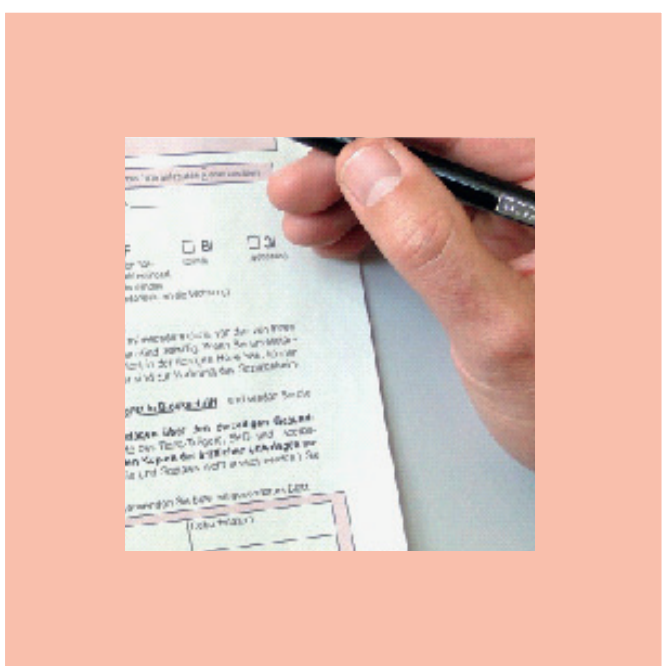
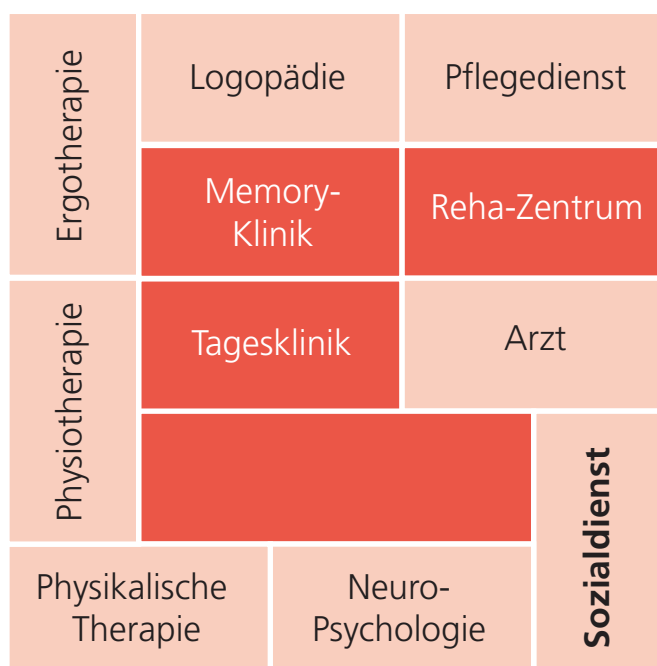
- a) Schwere der Erkrankung, dazu gehören u.a. Störungen der Herzkreislauffunktionen, Bewusstseinsstörungen, akute Verwirrheitszustände, lebensbedrohliche Infektionen, Lähmungen, schwere Elektrolytstörungen sowie myokardiale Ischämien.
- b) Intensität der Behandlung, hierzu zählen Operationen, Behandlungen auf der Intensivstation, kontinuierliche oder intermittierende intravenöse Medikationen oder Infusionen.
- c) Operationen/invasive Maßnahmen außer Notfallmaßnahmen,

- d) Ko-Morbidität in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen,
- e) Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen sowie
- f) soziale Faktoren.

Da bei der Definition der OPS 8.550 (geriatrische Frührehabilitation) festgelegt wurde, dass die rehabilitativen Maßnahmen nur so lange kodiert werden dürfen, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht und die derzeit abrechenbare Mindestzeit 14 Tage beträgt, ist hier ein Konfliktbereich zwischen den Krankenhausärzten und den Krankenkassen bzw. dem MDK entstanden.

Für den Krankenhausarzt ist es bei der Aufnahme oft sehr schwer, richtig abzuschätzen, wie lange der Patient voraussichtlich vollstationär behandelt werden muss. Während mancher Patient länger als zunächst prognostiziert im Krankenhaus verweilen muss, erholt sich ein anderer Patient wesentlich schneller als gedacht innerhalb weniger Tage. Meines Erachtens sind hier andere Lösungen als bisher erforderlich, nämlich unter anderem die Abrechen-

### Der Sozialdienst im Geriatrie-Zentrum Bayreuth



Quelle: Geriatrie-Zentrum Bayreuth

**Der Sozialdienst hilft umfassend bei der Organisation der weiteren – möglichst häuslichen Versorgung. Ist der Patient noch im Akutbereich, gehört zu den Aufgaben auch die Organisation der Rehabilitation.**



barkeit der einwöchigen geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung oder auch ggf. die Schaffung einer OPS im Sinne eines tagesbezogenen Zuschlages für geriatrische Leistungen. Da die Geriatrie ihrem Wesen nach immer auch rehabilitativ ist, bleiben die Übergänge zwischen den einzelnen Versorgungsformen fließend, so dass man mit gutem Willen pragmatische Lösungen für die nötigen Abgrenzungen aushandeln muss.

### Zugangswege zur Akutgeriatrie

Das Klinikum Bayreuth verfügt über eine interdisziplinäre Notaufnahme mit Prä-Klinik. Alle Patienten über 70 Jahre werden einem geriatrischen Screening unterzogen. Damit ist gewährleistet, dass sie, egal in welcher Abteilung sie zunächst behandelt werden müssen, im Verlauf geriatrisch gesehen werden.

Ein Großteil der geriatrischen Patienten gelangt über die Notaufnahme in die Akutgeriatrie. Ein weiterer Zugangsweg sind Direktaufnahmen auf der geriatrischen Station (in der Regel nach Einweisung durch niedergelassene Ärzte). Darüber hinaus übernehmen wir Patienten

nach geriatrischem Konsil aus den anderen Abteilungen unseres Hauses.

### Geriatrische Früh-Reha

Bei jedem Patienten checken wir, ob er für eine Früh-Reha in Frage kommt oder nicht. Dabei stellen sich die o.g. Fragen, insbesondere ob ein voraussichtlich 14-tägiger Akutbehandlungsbedarf besteht und ob darüber hinaus ein Rehabilitationsbedarf bzw. eine Rehabilitationsfähigkeit bestehen.

Neben den täglichen Visiten finden wöchentliche personenbezogene Teambesprechungen statt. Hierbei wird zunächst ein Globalziel formuliert (zum Beispiel Rückkehr in die Häuslichkeit oder Herstellung einer Rehabilitationsfähigkeit). Darüber hinaus werden von jeder Berufsgruppe, also den Ärzten, der Pflege, den Ergotherapeuten, den Physiotherapeuten, den physikalischen Therapeuten, den Logopäden, dem Psychologen, den Logopäden und dem Sozialdienst die jeweiligen Teil-Assessments durchgeführt, wöchentliche Ziele benannt, wöchentliche Befunde erhoben sowie neue Ziele für die folgende Woche formuliert.

## Dokumentationsbogen im Geriatrie-Zentrum Bayreuth

Assessment:  
Bereich  
Datum  
Ergebnis

Betriebsstätte Klinikum Bayreuth, Med. Klinik III - Geriatrie, CA. Dr. med. Holger Lange, Klinikum Bayreuth - Klinik Neue Wartburg, KLINIKUM BAYREUTH GMBH

Muster, Mriem, 25.05.1920, 11267923 Seite 2

**Dokumentationsbogen OPS 8-558**

**Patientendaten**

Patient	Muster, Mriem	Umsatz	27.08.2010
Diagnose	25.05.1920	Umsatz	25.05.2010
Aufnahme Nr.	11267923	Frühreha-Nr.	25.05.2010
Behandlungsdauer	voretaktbar: 28 Tage	Frühreha-Ende	11.08.2010
		Frühreha-Tage	17 Tage

**Assessments/Ergebnisse**

Assessment	Umsatz	Zeitpunkt	Ergebnis	Interpretation
Selbstständigkeit	25.05.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	27.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	29.05.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	31.05.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	02.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	04.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	06.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	08.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	10.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	12.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	14.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	16.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	18.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	20.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	22.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	24.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	26.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	28.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	30.06.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	02.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	04.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	06.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	08.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	10.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	12.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	14.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	16.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	18.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	20.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	22.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	24.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	26.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	28.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	30.07.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	01.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	03.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	05.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	07.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	09.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	11.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	13.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	15.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	17.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	19.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	21.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	23.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	25.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	27.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	29.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	31.08.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	02.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	04.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	06.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	08.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	10.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	12.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	14.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	16.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	18.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	20.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	22.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	24.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	26.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	28.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	30.09.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	02.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	04.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	06.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	08.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	10.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	12.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	14.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	16.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	18.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	20.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	22.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	24.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	26.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	28.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	30.10.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	01.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	03.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	05.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	07.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	09.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	11.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	13.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	15.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	17.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	19.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	21.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	23.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	25.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	27.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	29.11.2010	ADL	10 Punkte	ADL
Selbstständigkeit	31.12.2010	ADL	10 Punkte	ADL

**Soziales Assessment**

**Ergebnis:** ...

**Durchgeführte Therapien**

**Ergebnis:** ...

**Teamsitzungen / Ziele**

**Ergebnis:** ...

Therapie:  
Wochensummen  
mit Anzahl  
Berufsgruppen  
Minuten gesamt  
Minuten Einzel

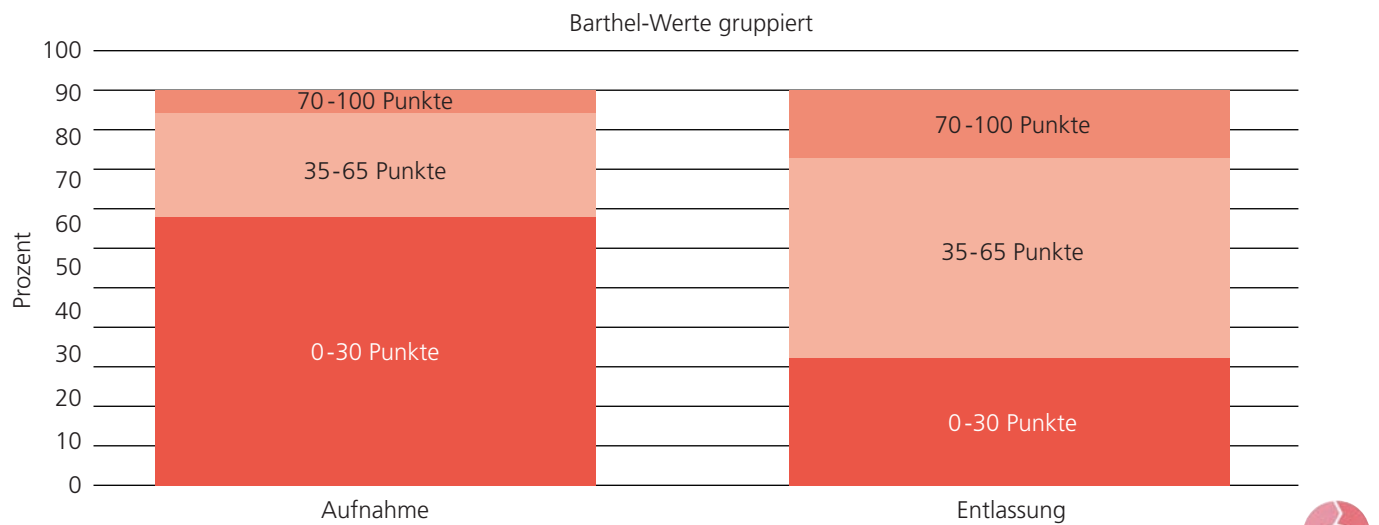
Darstellung  
Teamsitzungen

Quelle: Geriatrie-Zentrum Bayreuth

Verlauf und Ergebnisse der Frührehabilitation werden in einer eigenen Software dokumentiert. Dem Patienten wird bei der Entlassung ein ausführlicher Bericht mitgegeben.



## Erste Ergebnisse der geriatrischen Früh-Reha in der Med Klinik III/Geriatrie Klinikum Bayreuth



Quelle: Lange

**136 Patienten haben im ersten Jahr nach ihrer Einführung die frührehabilitative Komplexbehandlung abgeschlossen. Ihre Selbsthilfefähigkeit verbesserte sich im Schnitt um 21 Punkte, gemessen am Barthel-Index.**

Die gesamte Frührehabilitation wird in einem speziellen Software-Programm ausführlich dokumentiert und später als gedruckte Version der derzeit noch papierenen Akte beigelegt. Diese ausführlichen Dokumentationen erstrecken sich über 4 bis 8 DIN A 4-Seiten. In der Woche vor Entlassung werden die notwendigen Hilfsmittel verordnet und beschafft sowie die Entlassung vorbereitet. Selbstverständlich erhält der Patient einen ausführlichen Abschlussbericht.

### Erste Ergebnisse der geriatrischen Frührehabilitation

Von 179 Patienten, die im ersten Jahr nach Einführung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in der Medizinischen Klinik III/Geriatrie des Klinikum Bayreuth behandelt wurden, schlossen 136 (entsprechend 76 Prozent) die Behandlung erfolgreich mit einer Behandlungszeit von mindestens 14 Tagen ab.

Sie verbesserten sich durchschnittlich um 21 Punkte in ihrer Selbsthilfefähigkeit, gemessen am Barthel-Index. Der Anteil der stark hilfsbedürftigen Patienten (Barthel-Summe zwischen 0 und 30 Prozent) konnte durch die Maßnahme halbiert werden (von 67,69 auf 32,33 Prozent). Somit haben die ersten Erfahrungen gezeigt, dass die Rehabilitation der hochaltrigen und multimorbiden Patienten zwar aufwendig ist und viel Mühe von den Mitarbeitern verlangt,

in den meisten Fällen jedoch mit einem bedeutenden Zuwachs in Selbsthilfefähigkeit und Lebensqualität für den Patienten verbunden ist.

### Zusammenfassung

Im Geriatriezentrum Bayreuth findet eine koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patienten statt. Die krankenhausbedürftigen akut kranken Patienten kommen meistens über die Notaufnahme in die Medizinische Klinik III/Akutgeriatrie zur Aufnahme. Dort stehen neben den abteilungsspezifischen Möglichkeiten die gesamte Diagnostik und Therapie des gesamten Klinikums Bayreuth, einem Haus der Maximalversorgung, zur Verfügung. Besteht bei den Patienten ein Rehabilitationsbedarf und ein entsprechendes Potential und ist zu erwarten, dass sie voraussichtlich mindestens 14 Tage krankenhausbedürftig sind, so werden sie in das Früh-Reha-Programm aufgenommen.

Viele dieser Patienten werden nach erfolgreicher Frührehabilitation in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Einige sind erst durch die Frührehabilitation rehafähig geworden und werden anschließend in die geriatrische Reha verlegt.

Die regelmäßig durch das Screening aufgefallenen oder durch Konsiliaranforderungen vorgestellten älteren



multimorbiden Patienten werden abhängig von ihren Defiziten und Fertigkeiten in die verschiedenen geriatrischen Behandlungsformen platziert. Zum Beispiel kann ein Patient mit chronischen Schmerzen, die sich akut verschlechtern und der abends und am Wochenende zuhause versorgt ist, unter Umständen in die Tagesklinik verlegt werden, wo er dann intensiv synergistisch abgestimmt ärztlich und durch die jeweils benötigten Therapeuten behandelt wird.

Bei anderen, beispielsweise chirurgischen Patienten, besteht zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Akutbehandlung keine weitere Krankenhausbedürftigkeit, aber ein Rehabilitationsbedarf, so dass sie in die geriatrische Reha verlegt werden. Meistens durch Hausärzte eingewiesen, werden Patienten mit dem Verdacht auf kognitive Störungen in der Memory-Klinik als Teil der Tagesklinik behandelt.

Da die Geriatrie immer auch rehabilitativ ist, sind die Grenzen zwischen den verschiedenen Versorgungsformen fließend. Gemeinsames Ziel aller geriatrischen Behandlungsformen ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung eines möglichst hohen Maßes an Selbständigkeit.

E-Mail-Kontakt: holger.lange@klinikum-bayreuth.de

DR. MED. HOLGER LANGE



*Dr. Holger Lange hat Katholische Theologie, Geschichte und Medizin an der Universität Bonn studiert.*

*Nach der Promotion 1986 folgte die Weiterbildung zum Internisten.*

*Von 1992 bis 1994 war Lange Oberarzt in der Inneren Medizin und Geriatrie in Rheinbach. Ab 1994*

*arbeitete er als Chefarzt des Zentrums*

*für Geriatrie – Hardterwald-Klinik – an den Städtischen Kliniken Mönchengladbach. Seit April 2010 ist*

*er Chefarzt der Medizinischen Klinik III der Klinikum Bayreuth GmbH und der Fachklinik für Geriatrie des MediClin Reha-Zentrums Roter Hügel.*



# Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Ideen und Konzepte gibt es, doch es fehlen Maßschneider für neue Versorgungsformen

VON DR. FLORIAN STAECK

Es fehlt nicht primär an Wissen darüber, wie die gesundheitliche Versorgung angesichts eines wachsenden Anteils alter Menschen in Deutschland gestaltet werden könnte. Vielmehr ist unter dem geltenden Finanzierungsregime des Gesundheitsfonds für die gesetzlichen Krankenkassen nur sehr eingeschränkt möglich, neue Wege bei der Versorgung alter Menschen zu gehen. Darin waren sich die Teilnehmer des 5. Frankfurter Forums „Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von morgen in unserer alternden Gesellschaft“ am 14./15. Oktober 2011 in Fulda einig.

Uneinig waren sich Teilnehmer des Forums, welche Stellschrauben der ambulanten und stationären Versorgung am ehesten geeignet sind, um die Versorgung alter Menschen zu verbessern. Während auf der einen Seite große Versorgerkassen auf Erfolge beim Casemanagement chronisch kranker und alter Versicherter verweisen, setzt die alternative Herangehensweise, für die plädiert wurde, auf Zentren in jedem Kreiskrankenhaus. Dort sollten, so der Vorschlag, geriatrische Abteilungen eine „Filterfunktion“ bilden, von denen aus die Versorgung alter Menschen dann organisiert werden könnte. Verwiesen wurde darauf, diese Strukturen seien an entsprechend ausgerichteten Krankenhäusern bereits heute vorhanden. Die Fachärzte an diesen Zentren müssten dann Sprechstunden nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der Peripherie anbieten, damit alte Patienten nicht immer wieder in die Städte zur Behandlung kommen müssen. Dort, im stationären Sektor, seien Investitionen sinnvoller angelegt als für Modellprojekte einzelner Krankenkassen, hieß die Begründung. Für diesen Versorgungsansatz bedürfe es allerdings Finanzierungsstrukturen, die Verantwortlichkeiten für die Versor-

gung einer ganzen Population schaffen, die also nicht mehr zwischen ambulant und stationär unterscheidet.

Doch für beide alternativ vorgestellten Versorgungsstrukturen – kassenbezogenes Versorgungsmanagement versus geriatrische Zentrenbildung an Krankenhäusern – bleibt es bei der Herausforderung, wie es gelingen kann, aus Leuchtturmprojekten zu einer flächendeckenden und trägerübergreifenden Versorgung zu kommen.

Dass neue Wege der Versorgung gegangen werden müssen, darin waren sich die Teilnehmer beispielsweise mit Blick auf die Prävalenzzahlen bei Demenz einig. So stünden im Jahr 2011 bereits bundesweit rund 1,2 Millionen Menschen unter Betreuung nach dem Betreuungsgesetz – viele davon seien demenzkrank. Niedrigschwellige Fallbegleitung und flächendeckende Angebote für Pflegeberatung könnten dazu beitragen, dass die Zahl der Betreuten durch Externe nicht weiter rasant steige.

## **Abwanderung vom Land in die Stadt droht**

Angemahnt wurde insbesondere eine stärkere Vernetzung von ärztlicher und pflegerischer Versorgung. Wo dies nicht geschehe, ergebe sich ein „Drift“ in die stationäre Versorgung. Unverzichtbar sei es, diese vernetzte Versorgung alten Menschen auch auf dem Land zur Verfügung zu stellen. Anderenfalls drohe eine Abwanderung der Betroffenen aus dem Land in städtische Räume. Diese Entwicklung, so die Warnung, lasse sich schon heute bei behinderten Menschen beobachten, wurde angeführt. Zentrales Ziel eines jeden Versorgungsmanagements müsse es sein, die Autonomie der Patienten zu stärken. Dabei setze die Intervention bei alten, chronisch Kranken idealerweise vor

einem dramatischen Ereignis an - in der Regel erfolgte sie aber anlassbezogen. Hausärzten komme vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu.

Deutlich wurde in der Debatte des Plenums, dass der finanzielle Spielraum gesetzlicher Krankenkassen unter dem Finanzierungsregime des Gesundheitsfonds sehr eingeschränkt ist. Durch den Fonds erhält eine Kasse lediglich eine Grundpauschale mit geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen. In diesem System gebe es kein „Spielgeld“, betonten Teilnehmer. Zudem stehe jedes Projekt unter dem Zwang, spätestens binnen Jahresfrist eine „schwarze Null“ auszuweisen. Nicht von ungefähr hätten Krankenkassen ihre Versorgungsmanagement-Modell an Disease-Management-Programme angekoppelt, weil auf diese Weise erhöhte Zuweisungen aus dem Fonds erreicht werden können.

Als realitätsfremd wurde von Teilnehmern die Vorstellung verworfen, eine Krankenkasse könne für ein Versorgungsmanagement speziell für alte Menschen eine Mehrleistung in Form eines Zusatzbeitrags verlangen. Alle bisherigen Erfahrungen mit Zusatzbeiträgen zeigten, dass Versicherte dies nicht tolerieren. In der Gesetzlichen Krankenversicherung, so wurde konstatiert, hat sich eine „Flatrate-Mentalität“ etabliert. Auf dieser Basis sei es nicht praktikabel, ein differenziertes Leistungsangebot zu entwickeln. Ein Mehrpreis werde nicht als Indiz für eine Mehrleistung, sondern für Missmanagement interpretiert, lautete die Begründung. So bleibe als eine der wenigen Optionen für die Krankenkasse, Versorgungsprozesse bei teuren Versicherten neu zu gestalten – in der Hoffnung, dass am Ende die Qualität der Versorgung stimmt oder idealerweise steigt und (mehr) Geld übrig bleibt. Verworfen wurde ebenso die Vorstellung einzelner Teilnehmer, eine qualitativ hochwertige Versorgung könne als Werbebotschaft für junge Versicherte taugen. Diese Versichertengruppe sucht sich ihre Kasse primär nach monetären Gesichtspunkten aus, wurde dem entgegengehalten – und reagiere positiv auf Botschaften wie „Garantiert kein Zusatzbeitrag bis 2013!“

Krankenkassen müssten wirtschaftliche Anreize dafür erhalten, damit sie das tun, wofür sie eigentlich da sind, votierten Teilnehmer. Das Versorgungsstruktur-Gesetz bietet hierfür keine Anhaltspunkte. Es eröffne vielmehr einen Wettbewerb um Satzungsleistungen für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel – also auf einem Feld, das überhaupt nicht versorgungsrelevant ist, lautete die Kritik.

Die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen, so wurde angemerkt, wären in einem Vollmodell des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) größer, in dem die Morbidität der Versicherten komplett – und nicht nur auf 80 Erkrankungen beschränkt – abgebildet wird. Im gegenwärtigen MRSA gebe es zudem Versicherte, die zwei Millionen Euro pro Jahr kosten, für die die Kasse aber nur rund 180.000 Euro erhält, wurde berichtet. Hier mache sich das Fehlen des Anfang 2009 abgeschafften Hochrisikopools bemerkbar. Gleichermäßen kritisch beurteilten Teilnehmer die anhaltenden Verzögerungen bei der Reform der sozialen Pflegeversicherung. Es sei ein „Kardinalfehler“, dass im geltenden System keine „Brücke“ zwischen GKV und Pflegeversicherung existiere, um über die Grenzen der jeweiligen Versicherungssäule hinweg Patienten effizient und in hoher Qualität zu versorgen. Stattdessen gebe es für alle Beteiligten den Anreiz, durch das „Verschieben“ von Kosten über die Grenze des jeweiligen Versicherungssystems hinweg Ausgaben zu senken. Plenumsteilnehmer zeigten sich skeptisch, ob diese Schnittstelle im Rahmen der geplanten Pflegereform von der Regierungskoalition angegangen wird.

### **Casemanagement ist aufwändig für Krankenkassen**

Erinnert wurde in diesem Zusammenhang an Vollversorgungsmodelle wie dem AOK-Integrationsprojekt „Gesundes Kinzigtal“. Dort sei die Qualität der Versorgung nachweislich erhöht worden. Sei dies nachhaltig der Fall, dann könne auch mehr Geld an Leistungserbringer fließen, wurde argumentiert.

Deutlich wurde in der Debatte, wie aufwendig ein gelingendes Casemanagement aus Sicht der Krankenkasse ist. Dies beginne schon mit der Auswahl der dafür in Frage kommenden Versicherten. Denn die Wahl der Einschlusskriterien der Patienten sei entscheidend für den Erfolg des Projekts. Nicht allein die Multimorbidität eines Patienten sei ausschlaggebend für die Aufnahme in das Versorgungsmanagement, sondern die Frage, ob seine Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung gefährdet ist.

Die Krankenkasse ist als Organisator des Casemanagements auf die Kooperation mit vielen anderen Akteuren angewiesen, wurde betont. Einzelne Teilnehmer berichteten in diesem Zusammenhang über positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Dort sei auf Ebene der Verbandsfunktionäre die Erkenntnis mittlerweile

fest verankert, dass eine Krankenkasse für Zusatzausgaben auch eine Refinanzierung benötigt. Diese „Strategie der Überzeugung“ gelte auch für die schwierigen Fälle, in denen Ärzte in Selektivverträgen nicht die vertraglich vereinbarte Qualität einer Leistung erbringen. Kollegiale Beratungsgespräche zwischen Verbandsfunktionären und teilnehmenden Ärzten seien ungleich effektiver als Drohungen der Krankenkasse mit Vertragsstrafen oder dem Vertragsausschluss, urteilten einzelne Teilnehmer.

Als ein Erkenntnis vieler Casemanagement-Projekte gilt, dass nicht allein die ärztliche Versorgung eine Determinante für den Erfolg ist, sondern gleichermaßen die pflegerische Versorgung sowie psychosoziale Faktoren. Verwiesen wurde dazu beispielsweise auf erfolgreiche Projekte der Bewegungsaktivierung alter Menschen, da regelmäßige Bewegung nicht nur einen Kraftzuwachs fördert, sondern den Betroffenen auch Lebensfreude zurück gibt. Nicht nur das „Empowerment“ der Patienten, sondern gleichermaßen das der pflegenden Angehörigen sollte den Fokus bilden. Ziel eines Casemanagements müsse es immer sein, „schlummernde Win-win-Situationen“ bei der Kooperation verschiedener Leistungserbringer zu schaffen.

### **„Hochrisiko-DMP“ ist für Kassen finanziell oft erfolgreich**

Allerdings stellen sich die finanziellen Erfolge eines Casemanagements sehr unterschiedlich dar. Im Falle eines „Hochrisiko-DMPs“ für Versicherte mit mehreren chronischen Erkrankungen könne eine Kasse durchaus Erfolge erzielen und so die Ausgaben unter das Niveau der standardisierten Fondszuweisungen senken – beispielsweise durch eine verringerte Hospitalisierungsrate. Dies gelinge bei pflegebedürftigen Versicherten allerdings in weit geringerem Maße, gaben Teilnehmer zu bedenken.

Andere Debattenredner beurteilten die Erfolgsaussichten des Versorgungsmanagements einer Kasse sehr viel zurückhaltender. Ein sinnvoller und notwendiger Zusatzaufwand einer Krankenkasse werde kaum zu Kosteneinsparungen führen, lautete das Argument. Das habe unter anderem mit dem Finanzierungsregime zu tun: So könne – erstens – eine Krankenkasse in Zeiten von Krankenhausfallpauschalen durch eine kürzere Liegezeit keine Ausgaben senken. Das gleiche Bild ergebe sich – zweitens – in der ambulanten ärztlichen Versorgung angesichts von Hausarztverträgen mit kontaktunabhängigen Pauschalen. Wenn dann – drittens – eine Krankenkasse auf die Arznei-

mittelversorgung keinen Einfluss nehmen will, etwa um Konflikte mit der Ärzteschaft zu vermeiden, dann könnten insgesamt rund 90 Prozent der Ausgaben nicht durch ein Versorgungsmanagement sinnvoll beeinflusst werden, wurde argumentiert.

Bekräftigt wurde diese Position durch den Verweis auf die seit 2007 weitestgehend wirkungslos gebliebene Option im Sozialgesetzbuch V, Zu- und Abschläge bei der Vergütung von Ärzten zu vereinbaren. Kaum eine Kassenärztliche Vereinigung sei für eine derartige Regelung seitdem zu gewinnen gewesen, erinnerten Teilnehmer.

Als nahezu aussichtslos wurde der Vorschlag beurteilt, die elektronische Gesundheitskarte zum Motor einer besseren Koordinierung der Versorgung zu machen. Angesichts der jahrelangen Verzögerung bei der Einführung der Karte und der nach wie vor großen Vorbehalte in der Ärzteschaft wurde dieses Vorhaben nicht als praktikabel gewertet.

Überrascht zeigten sich viele Teilnehmer über die hohe Dichte aggregierter Daten, die für eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung bereits zur Verfügung stehen. Kritisch kommentiert wurden dabei Interpretationen, denen zufolge die Mortalität in einer Region um so niedriger ist, je mehr Möglichkeiten die Versicherten haben, vertragsärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier müsse ein „Endogenitätsfaktor“ beachtet werden mit dem Ziel, genau zu unterscheiden, ob die niedrigere Mortalität der Versicherten auf eine höhere Arztdichte oder aber auf höherwertige Lebensbedingungen zurückzuführen ist, lautete der Einwand.

Einig waren sich die Teilnehmer, dass die bisherige Adjustierung der Zuweisungen im Gesundheitsfonds nach Alter, Geschlecht und Morbidität unzureichend sei. Kritisiert wurde allerdings der Ansatz im Versorgungsstrukturgesetz, einerseits bei der Honorierung der Ärzte und bei der Bedarfsplanung auf Regionalisierung zu setzen, es andererseits aber bei zentralen Zuweisungen an die Kassen zu belassen.

### **Geld zielgerichtet in die Versorgung investieren**

Gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels bei Ärzten, aber auch bei Pflegekräften, sei es vordringlich, eine prospektive morbiditätsorientierte Bedarfsplanung zu etablieren. Dies gelte vor allem angesichts des demografischen Wandels, der einzelne Regionen in Deutschland sehr unterschiedlich betreffen wird. Deshalb sollte

nicht mit der „Gießkanne“, sondern zielgerichtet in die medizinische Versorgungsinfrastruktur investiert werden. Fragwürdig seien vor diesem Hintergrund Forderungen, die Versorgungsstruktur in städtischen Regionen abzubauen, um sie in ländlichen Gegenden entsprechend aufzubauen. Ein Beispiel: Für die ländlichen Regionen Brandenburgs erwarten Wissenschaftler in den kommenden Jahren eine starke Verlagerung der Nachfrage nach spezialfachärztlichen Angeboten in Richtung Berlin. Daher könnte sich die gegenwartsbezogene Forderung nach einem Rückbau der medizinischen Infrastruktur in Berlin als kontraproduktiv erweisen. Einzelne Teilnehmer wollten dieser Schlussfolgerung nicht pauschal zustimmen, sondern mahnten eine Differenzierung nach haus- und fachärztlicher sowie spezialfachärztlicher Versorgung im Krankenhaus an.

Um den Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von morgen gerecht zu werden, fehlt es gegenwärtig nicht an Wissen, sondern an Möglichkeiten des Transfers dieses Wissen in konkrete Versorgung, lautete ein Fazit

der 5. Plenumstagung des Frankfurter Forums. Es gebe bereits viele Ideen und Konzepte für eine maßgeschneiderte Versorgung, die auf die Herausforderungen der alternden Gesellschaft abgestimmt ist. Doch es fehlen „Maßschneider“, also Akteure, die auch die Verantwortung für eine populationsbezogene Versorgung übernehmen könnten. Weder Kassenärztliche Vereinigungen, noch Krankenkassen oder Krankenhäuser könnten nach dem derzeitig in der GKV vorherrschenden Paradigma von Wettbewerb diese Aufgabe übernehmen, zeigten sich Teilnehmer überzeugt.

Ein in sich konsistentes Modell, das die Herausforderungen der ärztlichen und pflegerischen Versorgung einer wachsenden Zahl alter Menschen abbildet und dabei auf solide, planbare Finanzierungsstrukturen bauen kann, ist in Deutschland noch nicht in Sicht.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wieder.

## DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



*Martina Barwig*

*Dr. med. Jürgen Bausch*

*Wolfgang van den Bergh*

*Dr. med. Margita Bert*

*Hilmar Bohn*

*Eugen Brysch*

*Dr. med. Winfried Demary*

*Dr. med. Hans-Georg Faust*

*Prof. Dr. med. Ulrich Finke*

*Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer*

*Dr. rer. nat. Hans-Christian Frickenschmidt*

*Dr. med. Jan Geldmacher*

*Dr. h. c. Jürgen Gohde*

*Eicke Hovermann*

*Prof. Dr. jur. Stefan Huster*

*Claudia Korf*

*Dr. med. Holger Lange*

*Pfarrer Bernd Laukel*

*Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong*

*Dr. jur. Helmut Platzer*

*Dietmar Preding*

*Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm*

*PD. Dr. med. Jan Schildmann*

*Dr. med. Hubert Schindler*

*Ministerialdirektor a. D. Gerhard Schulte*

*Dr. med. Nick Schulze-Solce*

*Prof. Dr. theol. Josef Schuster*

*Dr. phil Florian Staeck*

*Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried*

*Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich*

*Eva Walzik*

*Dr. med. Katja Wimmer*

# Überblick über ausgewählte Themen des Frankfurter Forums

**2. Plenarsitzung**



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

**Programm**

**„Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft“**

Veranstaltungstermin: 22. - 23. Januar 2010

**Freitag, 22. Januar 2010**

17:30 - 17:40 Uhr Begrüßung  
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt  
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

17:40 - 18:20 Uhr „Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten“, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Mitglied des Sachverständigenrates, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Charité Berlin

18:20 – 19:00 Uhr „Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels - Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft“, Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Dekan Fachbereich Evangelische Theologie - Sozialethik/Bioethik, Marburg

19:00 - 19:40 Uhr „Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?“  
Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin

**Samstag, 23. Januar 2010**

09:00 – 10:30 Uhr Gemeinsame Diskussion  
Moderation:  
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.  
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

**3. Plenarsitzung**



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

**Programm**

**„Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung und Bestandsaufnahme“**

Veranstaltungstermin: 22. - 23. Oktober 2010

**Freitag, 22. Oktober 2010**

17:30 - 17:40 Uhr Begrüßung  
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Frankfurt  
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

17:40 - 18:15 Uhr „Priorisierung und Rationierung – müssen ethische Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden?“, Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert, Direktorin Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

18:15 – 18:50 Uhr „Erschließung von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen“, Prof. Dr. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth

18:50 - 19:25 Uhr „Priorisierung und Rationierung - juristischen Implikationen für Entscheidungsverfahren und Entscheidungsmaßstäbe“  
Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht mit besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts, Ruhr-Universität Bochum

19:25 - 20:00 Uhr „Hilft ein Patientenrechtegesetz bei der medizinischen Versorgung der Menschen in unserem Lande?“  
Wolfgang Zöller, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Berlin

**Samstag, 23. Oktober 2010**

09:00 – 12:30 Uhr Gemeinsame Diskussion  
Moderation:  
Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D.  
Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen

Abschlussbemerkungen

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Interessenten könnten Exemplare der Schriftreihe des „Frankfurter Forums“ – auch in elektronischer Form – unter der Kontaktadresse anfordern:

## Organisations- und Programmkommission des Frankfurter Forums

**Philosophie/Theologie :** Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, Lehrstuhl für Systematische Theologie II, Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moraltheologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt

**Kassenärztliche Vereinigungen :** Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt

Dr. med. Margita Bert, ehemalige Vorsitzende des Vorstandes, Frankfurt

**Krankenkassen :** Claudia Korf, Beauftragte des Vorstandes für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund, Berlin

Eva Walzik, Leiterin DAK-Gesundheit Büro Berlin, DAK-Gesundheit

Dr. med. Hans Georg Faust, Politische Koordination, AOK-Bundesverband, Berlin

**Politik :** Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt

**Ökonomie/Gesundheitsökonomie :** Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth

**Gesundheitsmanagement :** Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg

**Forschende Pharmaindustrie :** Dr. phil. Gary Lee Geipel, Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland, Bad Homburg

**Kommunikation :** Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg,

Dr. phil. Florian Staack, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg

**Projektmanagement :** Dietmar Preding, Health Care Relations, Hanau

## 4. Plenarsitzung



Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

### Programm

#### „Die Steuerung der Finanzierbarkeit des GKV-Systems über Kosten-Nutzen-Bewertungen mit konsekutiver Priorisierung“

Veranstaltungstermin: 15. - 16. April 2011

17:30 - 17:40 Uhr	<b>Freitag, 15. April 2011</b> Begrüßung Gudrun Schaich-Walch, Staatssekretärin a.D., Frankfurt Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
17:40 - 18:15 Uhr	„Welche Position vertritt der G-BA hinsichtlich einer strukturierten zielorientierten Gesundheitsversorgung - Beispiel Depressionen?“ Dr. jur. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Berlin
18:15 - 18:50 Uhr	„Kosten-Nutzen-Bewertungen von medizinischen Interventionen als Allokationsinstrument - ethische Aspekte in der Priorisierung“ Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Direktor des Institut für Geschichte der Medizin, LMU München
18:50 - 19:25 Uhr	„Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitsleistungen“ Prof. Dr. rer.pol. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg
19:25 - 20:00 Uhr	„Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden - was können wir aus diesem Projekt lernen?“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Akad. Zentrum f. Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Universität Lübeck
09:00 - 12:30 Uhr	<b>Samstag, 16. April 2011</b> Gemeinsame Diskussion Moderation: Gudrun Schaich-Walch Dr. med. Jürgen Bausch  Abschlussbemerkungen  In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

## 5. Plenarsitzung



Frankfurter FORUM für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

### 5. Frankfurter Forum

#### „Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von morgen in unserer alternden Gesellschaft“

Veranstaltungstermin: 14. - 15. Oktober 2011

17:30 - 17:40 Uhr	<b>Freitag, 14. Oktober 2011</b> Begrüßung Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt
17:40 - 18:20 Uhr	„Aktuelle Situation und Zukunft im niedergelassenen Arztbereich - Wo stehen wir und wohin entwickeln wir uns?“ Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin
18:20 - 18:50 Uhr	Diskussion
18:50 - 19:30 Uhr	„Koordiniertes und effizientes Versorgungsmanagement für ältere und multimorbide Patienten - Was tut die BARMER GEK schon heute, welche Konzepte existieren für die Zukunft?“ Claudia Korf, Beauftragte des Vorstandes für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund, Berlin
19:30 - 20:00 Uhr	Diskussion
09:00 - 09:40 Uhr	<b>Samstag, 15. Oktober 2011</b> „Patientenbegleiter: Scharnier zwischen Arzt und chronisch Kranken - Ergebnisse und Konsequenzen aus dem Modellprojekt der Bosch BKK“ Dr. med. Katja Wimmer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement und Patientenbegleitung der Bosch BKK, Stuttgart
09:40 - 10:10 Uhr	Diskussion
10:40 - 11:20 Uhr	„Koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patienten - Beispiel Geriatrie Zentrum Bayreuth“ Dr. med. Holger Lange, Chefarzt Medizinische Klinik III Klinik für Geriatrie und geriatrische Tagesklinik der Klinikum Bayreuth GmbH und Chefarzt der Fachklinik für Geriatrie des MediClin Reha-Zentrums Roter Hügel, Bayreuth
11:20 - 12:30 Uhr	Abschlussdiskussion  Abschlussbemerkungen Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt  In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch Lilly Deutschland

Dietmar Preding | Health Care Relations | Mozartstrasse 5 | 63452 Hanau | E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

## Impressum

### Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen, Frankfurt am Main

### Verlag:

Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH  
Am Forsthaus Gravenbruch 5, 63263 Neu-Isenburg

### Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

### Autoren:

Dr. Dominik Graf von Stillfried, Claudia Korf, Dr. Katja Wimmer,  
Dr. Holger Lange, Dr. Florian Staeck

### Titelbild:

© Alexander Rath/fotolia.com

### Layout / Grafik:

Sandra Bahr

### Druck:

Griebsch & Rochol Druck GmbH, Hamm

### Springer Medizin

© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,  
Neu-Isenburg, April 2012

 Springer Medizin

ISSN 2190-7366

In Zusammenarbeit und mit Finanzierung durch  
Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg,  
www.lilly-pharma.de



Antworten, auf die es ankommt.



**FRANKFURTER FORUM**  
für gesellschafts-  
und gesundheitspolitische  
Grundsatzfragen