

05



／ 05

Wie haben sich
Angebot und
Inanspruchnahme der
Gesundheitsversorgung
verändert?

5.1

AMBULANTE VERSORGUNG

- / *Mit steigender Tendenz sind aktuell rund 2,2 Millionen Personen in der ambulanten Versorgung tätig.*

- / *Neun von zehn Erwachsenen nehmen innerhalb eines Jahres die Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Anspruch.*

- / *Besonders chronische Erkrankungen und die Versorgung am Lebensende sind mit einer hohen Zahl von Arztkonsultationen verbunden.*

- / *Insgesamt hat sich das ambulante Versorgungsangebot vom hausärztlichen in den fachärztlichen Bereich verschoben.*

- / *Die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungsdichte ist auf dem Land geringer als in der Stadt.*

INFOBOX 5.1.1

AMBULANTE VERSORGUNG

Der ambulante Versorgungssektor umfasst medizinische und gesundheitsbezogene Leistungen, für die Patientinnen und Patienten nicht über Nacht in der Versorgungseinrichtung verweilen und die in der Regel außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden. In

bestimmten Fällen können ambulante Leistungen aber auch in Krankenhäusern durchgeführt werden. Dazu gehören z. B. ambulante Operationen, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, vor- und nachstationäre Behandlungen oder Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen und integrierten Versorgungsmodellen (siehe Kapitel 5.7).



5.1

AMBULANTE VERSORGUNG

Die ambulante Gesundheitsversorgung (siehe Infobox 5.1.1) hat in Deutschland einen hohen Stellenwert, um Krankheiten und Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung zu erkennen und zu behandeln. Fast 90% der Erwachsenen in Deutschland begeben sich jährlich in ambulante ärztliche Versorgung, worin zahnärztliche Leistungen noch nicht mit einbezogen sind [1]. Im Jahr 2013 wurden über 155,5 Milliarden Euro für ambulante Versorgungsleistungen aufgewendet. Dies entspricht knapp 5,7% des Bruttoinlandsprodukts [2, 3].

In Deutschland leisten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte einen Großteil der medizinischen Versorgung. Sie sind in freier Praxis tätig und nicht – wie in vielen anderen Ländern üblich – in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren angestellt. Bei gesundheitlichen Beschwerden ist die ambulante Arztpraxis meist die erste Anlaufstelle im professionellen Versorgungssystem. Dort werden Gesundheitsprobleme und deren Behandlungsbedarf bestimmt, Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt sowie Patientinnen und Patienten bei Bedarf an weitere Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen weitergeleitet. Dies erfordert enge Kooperationen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte untereinander sowie eine funktionierende Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und nichtärztlichen Berufsgruppen. Den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland haben die Kassenärztlichen beziehungsweise Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Diese haben dafür Sorge zu tragen, dass eine ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte angemessen und zeitnah zur Verfügung steht.

Dieses Kapitel informiert über das Angebot ambulanter Gesundheitsversorgung sowie die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen in Deutschland. Als Basis dienen Daten der amtlichen Statistik (Statistisches Bundesamt), der Krankenkassen, Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie Daten aus Bevölkerungsbefragungen (Surveys: GEDA, DEGS1, SOEP) und Einzelstudien.

5.1.1

GESUNDHEITSBERUFE IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

2011 arbeiteten insgesamt 2.159.000 Personen in der ambulanten Gesundheitsversorgung [4]. Medizinische

und zahnmedizinische Fachangestellte bildeten mit 582.000 Beschäftigten die größte Berufsgruppe (27,0%). Die personell zweitgrößte Berufsgruppe im ambulanten Sektor sind Beschäftigte in pflegenden Berufen. Im Jahr 2011 waren rund 383.000 Personen in der ambulanten Kranken-, Entbindungs- und Altenpflege sowie in der Pflegehilfe tätig. Dies entspricht 17,7% der in der ambulanten Versorgung beschäftigten Personen. Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten stellten 10,9% der Beschäftigten im ambulanten Sektor. Die verbleibenden 44,4% arbeiteten als nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten (etwa in Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie), im Gesundheitshandwerk (darunter Augenoptik, Orthopädiemechanik und Zahntechnik), im Apothekenwesen sowie in der Heilpädagogik und Diätassistenten.

Zwischen 2000 und 2011 stieg die Zahl der Personen, die in Deutschland in der ambulanten Versorgung beschäftigt sind (in Vollzeitäquivalenten), deutlich um 19,5% (Abb. 5.1.1) [4]. Besonders starke personelle Zuwächse gab es in der Physiotherapie, im Heilpraktikerwesen sowie in pflegerischen Berufen.

5.1.2

ANGEBOT AMBULANTER ÄRZTLICHER VERSORGUNG

Die vertragsärztliche ambulante Versorgung in Deutschland gliedert sich in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich. 2013 arbeiteten insgesamt 54.561 Ärztinnen und 88.099 Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Darunter waren 25.716 Hausärztinnen und 34.875 Hausärzte [5].

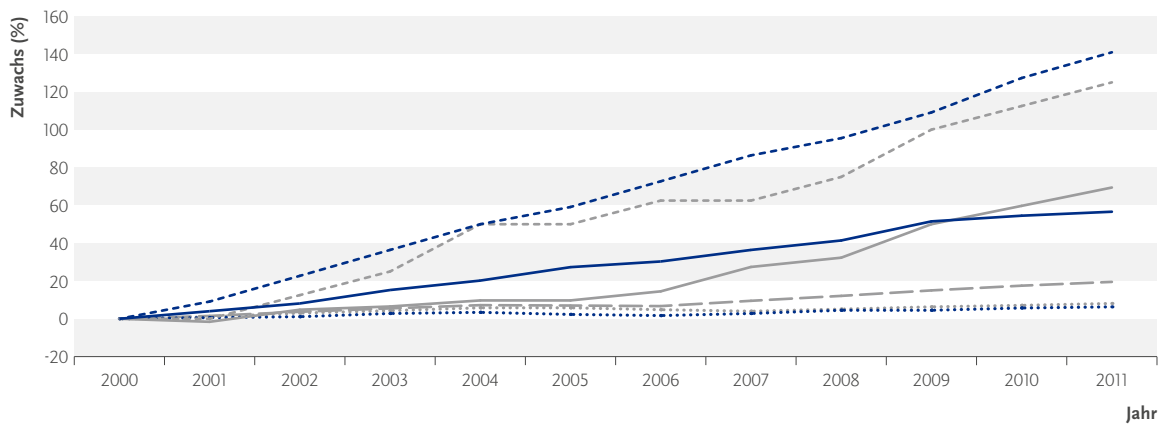
Teil des demografischen Wandels ist auch die Alterung der Vertragsärzteschaft, sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich (siehe Kapitel 9). Während 1993 insgesamt 8,8% der Vertragsärztinnen und -ärzte über 60 Jahre alt war, ist dieser Anteil auf 21,5% im Jahr 2010 gestiegen [6, 7]. Dabei lag 2010 der Anteil der über 60-Jährigen unter den Hausärztinnen und -ärzten mit 24,9% deutlich höher als unter den Fachärztinnen und -ärzten mit 18,4%. Im gleichen Zeitraum – 1993 bis 2010 – stieg der Frauenanteil in der Vertragsärzteschaft stetig von 29,3% auf 36,2% an [5].

Auch die Dichte des vertragsärztlichen Versorgungsangebots – also die Anzahl von Vertragsärztinnen und -ärzten (in Vollzeitäquivalenten) pro 100.000 Einwohner – hat sich in den vergangenen Jahren merklich verändert [5, 8]. Die Facharztdichte stieg bundesweit zwischen

5.1

► **Abbildung 5.1.1**
Zuwachs an
Beschäftigten
(in Vollzeitäquivalenten)
in der ambulanten
Versorgung 2000–2011
Datenbasis:
Gesundheitspersonal-
rechnung des Statisti-
schen Bundesamts [4]

Gesundheits- und Kranken-
pflege einschl. Entbindungs-
pflege und Pflegehilfe
 Altenpflege einschl. Alten-
pflegehilfe
 Physiotherapeutinnen und
-therapeuten
 Heilpraktikerinnen und
-praktiker
 Ärztinnen und Ärzte, Zahn-
ärztinnen und Zahnärzte
 Medizinische und zahnmedi-
zinische Fachangestellte
 Alle Berufe in der ambulanten
Versorgung



1999 und 2013 deutlich von 86 auf 107 Fachärztinnen und -ärzte (einschließlich Psychotherapeutinnen und -therapeuten) pro 100.000 Einwohner an. Demgegenüber sank die Hausarztichte zwischen 1999 und 2013 leicht von 66 auf 64 Hausärztinnen und -ärzte pro 100.000 Einwohner. Diese Verschiebung vom hausärztlichen hin zum fachärztlichen Versorgungsangebot ist keine neue Erscheinung, sondern kann bereits seit über 25 Jahren beobachtet werden [9].

Darüber hinaus bestehen deutliche regionale Unterschiede in der ambulanten Arztdichte (Tab. 5.1.1). 2013 lagen die niedrigsten Hausarztichten in den ländlichen Räumen Sachsen-Anhalts, Brandenburgs und Niedersachsens sowie im gesamten Land Nordrhein-Westfalen. Die höchsten Hausarztichten verzeichneten 2013 Bayern, Hamburg und Berlin sowie die städtischen Räume Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns. Stadt-Land-Unterschiede im hausärztlichen Versorgungsangebot fallen in Brandenburg und Sachsen-Anhalt am größten aus, mit jeweils deutlich geringerer Hausarztichte im ländlichen als im städtischen Raum. Zusätzlich zu der geringeren Hausarztichte ist – wie in Kapitel 9 ausgeführt wird – der Anteil älterer Menschen und damit der Versorgungsbedarf in ländlichen Regionen erhöht [10]. Auch im ambulanten fachärztlichen Versorgungsangebot (hier ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten) bestehen große regionale Unterschiede. Innerhalb der Länder zeigt sich ein starkes Stadt-Land-Gefälle mit einer weit höheren ambulanten Facharztichte in städtischen als in ländlichen Räumen.

Beim kinderärztlichen Angebot bestehen ebenfalls Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Auf dem Land liegt die Kinderarztichte deutlich niedriger als in der Stadt. Dies ist über die Ländergrenzen hinweg zu beobachten. Dabei bezieht sich die Versorgungsdichte auf die Anzahl von Kinderärztinnen und -ärzten pro 100.000 Einwohner unter 15 Jahre, also auf die Bevölkerung im Kindesalter. In den neuen Ländern liegt die kinderärztliche Versorgungsdichte insgesamt höher als in den alten, was mit der demografischen Entwicklung in den neuen Ländern zusammenhängen dürfte [11]. Der Blick auf die einzelnen Kreise innerhalb der Regionen zeigt allerdings auch, dass einzelne kreisfreie Städte in Bayern und Rheinland-Pfalz eine vergleichsweise hohe Kinderarztichte aufweisen.

An der vertragszahnärztlichen Versorgung nahmen im Jahr 2013 insgesamt 53.264 Zahnärztinnen und Zahnärzte teil. Dies entsprach einer bundesweiten Vertrags-

zahnarztichte von etwa 66 Zahnärztinnen und -ärzten pro 100.000 Einwohner [8, 12]. In den neuen Ländern lag die Zahnarztichte mit 74 Vertragszahnärztinnen und -ärzten pro 100.000 Einwohner höher als in den alten mit 65 pro 100.000 Einwohner. Ein höheres Zahnarztangebot in den neuen Ländern war bereits zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung zu beobachten [11].

Die dargestellten Versorgungsdichten weisen auf regionale Unterschiede im ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgungsangebot hin; sie erlauben allerdings keine Aussagen im Hinblick auf eine Unter- oder Überversorgung bestimmter Regionen, da soziodemografische und morbiditätsbezogene Faktoren bei der Berechnung der regionalen Arztdichte in der Vergangenheit überwiegend unberücksichtigt blieben. Es wird kontrovers diskutiert, ob es in Deutschland einen Ärztemangel gibt oder ob ausreichend Ärztinnen und Ärzte vorhanden sind, die lediglich regional schlecht verteilt sind [9, 13–16].

Ein Instrument, um ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot sicherzustellen, ist die Bedarfsplanung. Im ambulanten Bereich bildet die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, siehe Kapitel 8) die Grundlage für die Bedarfspläne der Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das im Juli 2015 in Kraft getreten ist, wird der G-BA beauftragt, die Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterzuentwickeln und anzupassen, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung zu fördern. Ausdrücklich vorgesehen ist dabei künftig auch eine Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur.

5.1.3

ANGEBOT AMBULANTER PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERSORGUNG

Seit das Psychotherapeutengesetz 1999 in Kraft trat, beteiligen sich an der vertragsärztlichen Versorgung neben ärztlichen auch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten; diese haben keine medizinische, sondern eine psychologische oder pädagogische Hochschulausbildung durchlaufen [17].

2013 arbeiteten 5.631 ärztliche, 15.669 psychologische sowie 4.322 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung [5]. Dabei ist das Angebot in den letzten

	HAUSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE ^a je 100.000 Einw.			FACHÄRZTINNEN UND -ÄRZTE ^b je 100.000 Einw.			KINDERÄRZTINNEN UND -ÄRZTE ^c je 100.000 Kinder ^c			PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND -THERAPEUTEN ^d je 100.000 Einw.		
	1999	2006	2013	1999	2006	2013	1999	2006	2013	1999	2006	2013
Baden-Württemberg												
Städtischer Raum	68	64	64	61	66	68	44	48	52	24	26	29
Ländlicher Raum	68	65	63	39	46	48	30	34	38	11	11	14
Bayern												
Städtischer Raum	74	70	69	80	83	91	52	53	56	34	37	39
Ländlicher Raum	72	71	70	52	55	60	32	36	41	11	13	15
Berlin												
Städtischer Raum	77	72	69	91	100	102	70	79	74	28	55	60
Ländlicher Raum	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brandenburg												
Städtischer Raum	73	69	72	99	112	121	104	117	94	6	30	45
Ländlicher Raum	61	58	59	44	48	53	46	60	53	3	6	10
Bremen												
Städtischer Raum	66	68	66	96	102	107	68	78	82	49	56	56
Ländlicher Raum	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Hamburg												
Städtischer Raum	67	69	69	92	94	103	58	59	62	35	48	52
Ländlicher Raum	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Hessen												
Städtischer Raum	66	62	63	66	70	72	45	46	50	30	36	39
Ländlicher Raum	69	67	68	46	50	55	30	33	39	12	15	18
Mecklenburg-Vorp.												
Städtischer Raum	79	70	71	100	116	128	123	147	128	7	23	34
Ländlicher Raum	68	67	68	52	56	63	47	66	56	3	6	10
Nordrhein-Westfalen												
Städtischer Raum	58	59	60	61	66	70	41	45	49	17	22	27
Ländlicher Raum	63	60	60	42	45	47	29	29	34	6	8	13
Niedersachsen												
Städtischer Raum	63	62	62	65	67	77	43	43	49	19	24	27
Ländlicher Raum	61	60	60	43	46	52	27	31	35	10	13	15
Rheinland-Pfalz												
Städtischer Raum	67	65	65	58	64	75	42	47	53	14	19	21
Ländlicher Raum	68	66	62	46	50	48	32	37	35	9	12	12
Saarland												
Städtischer Raum	65	63	64	65	73	80	44	53	57	13	21	26
Ländlicher Raum	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sachsen												
Städtischer Raum	64	64	63	56	66	81	65	85	73	5	14	24
Ländlicher Raum	64	60	63	49	49	58	55	75	60	3	7	11
Sachsen-Anhalt												
Städtischer Raum	68	66	67	73	86	104	69	97	91	5	13	27
Ländlicher Raum	60	59	58	42	47	53	42	54	51	2	4	8
Schleswig-Holstein												
Städtischer Raum	66	66	62	68	75	90	47	50	54	16	25	27
Ländlicher Raum	70	70	65	50	52	58	37	39	42	8	11	13
Thüringen												
Städtischer Raum	67	63	62	68	78	95	66	81	83	9	17	25
Ländlicher Raum	68	67	64	45	52	60	49	64	57	4	7	12
Deutschland												
Städtischer Raum	65	64	64	67	72	78	48	52	55	21	28	32
Ländlicher Raum	67	65	64	47	51	56	36	42	44	8	10	13

◀ **Tabelle 5.1.1**
Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten nach städtischem und ländlichem Raum je Land für die Jahre 1999, 2006 und 2013
Datenbasis: Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [5]; Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamts [8]

Anmerkungen: Die Zahlen beruhen auf Vollzeitäquivalent-Zählungen und spiegeln damit volle Versorgungsaufträge wieder. Die Stadt-Land-Raumabgrenzung basiert auf der Raumbearbeitung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

- a ohne Kinderärztinnen und -ärzte
- b ohne fachärztlich tätige Kinderärztinnen und -ärzte und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- c Einwohner unter 15 Jahre
- d Ärztliche, psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

Jahren stetig gewachsen. Bundesweit ist die ambulante Psychotherapeutendichte zwischen 1999 und 2013 von 17 auf 27 Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 Einwohner gestiegen.

Die Versorgungsdichte ist in verschiedenen Regionen Deutschlands unterschiedlich. Sie ist auf dem Land deutlich geringer als in der Stadt. 2013 kamen in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen über 50 Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten auf 100.000 Einwohner, während es im ländlichen Raum Brandenburgs, Mecklenburg-Vorpommerns und Sachsen-Anhalts jeweils zehn oder weniger waren (Tab. 5.1.1). In einzelnen kreisfreien Großstädten Baden-Württembergs lag die ambulante Psychotherapeutendichte sogar noch weitaus höher als in den drei Stadtstaaten. Insgesamt ist der Grad der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in den neuen Ländern geringer als in den alten.

Auch hier lassen sich aus den genannten Daten keine Aussagen zur Über- oder Unterversorgung ableiten. Beispielsweise ist bekannt, dass städtische Regionen zum Teil eine überregionale Versorgung übernehmen und Teilbereiche ländlicher Regionen mitversorgen [11, 18]. Verschiedene Befragungen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten lassen allerdings den Schluss zu, dass Patientinnen und Patienten auf dem Land länger auf ein Erstgespräch oder den Therapiebeginn warten als in der Großstadt [19–21].

5.1.4

INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

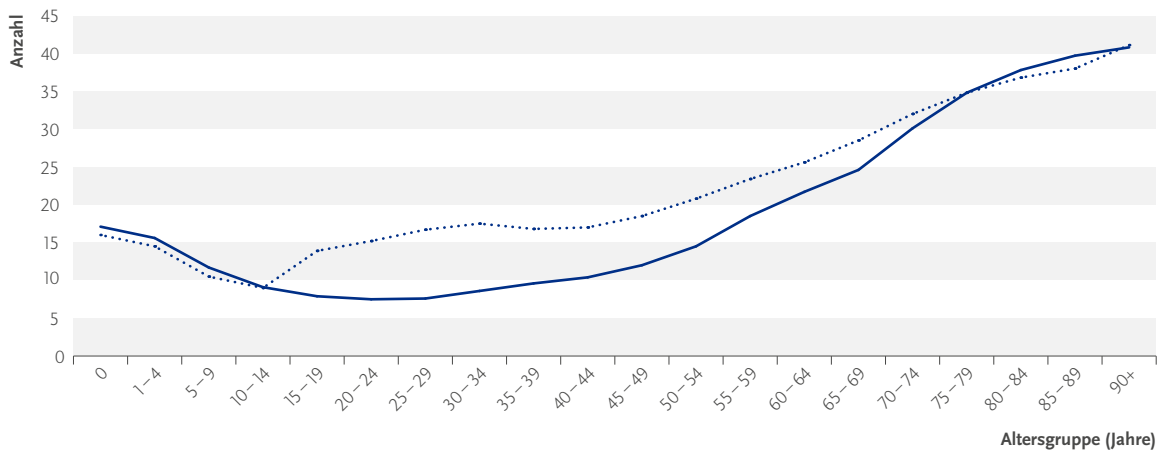
Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen lässt sich sowohl aus Surveydaten als auch aus Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen ermitteln. So nehmen nach der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2012) des Robert Koch-Instituts fast neun von zehn Erwachsenen innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch [1]. Laut Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) gaben Frauen und Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren für den Zeitraum zwischen 2008 und 2011 an, innerhalb eines Jahres im Durchschnitt 9,2 Mal eine Arztpraxis aufgesucht zu haben [22]. Dies entspricht in etwa auch der im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) für diesen Zeitraum ermittelten Anzahl an Arztkonsultationen [23]. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) berechnete aus Krankenkassendaten die Zahl der Arztkontakte für alle gesetzlich Versicherten, die eine Arztpraxis aufgesucht hatten; für das Jahr 2007 ergeben sich 17 Arztkontakte pro gesetzlich Versichertem [24]. Die Unterschiede in den Kontakthäufigkeiten sind vor allem darauf zurückzuführen, dass unterschiedliche Berechnungsgrundlagen verwendet wurden: Vom ZI wurde die Zahl der Arztkontakte nur für Personen berechnet, die 2007 eine Arztpraxis aufgesucht haben und gesetzlich krankenversichert sind. Die Surveydaten beziehen sich dagegen auf die Gesamtbevölkerung, schließen also auch Personen in die Berechnung ein, die nicht in ärztlicher Behandlung waren. Ein weiterer Grund für die Unterschiede könnte sein, dass sich die in Surveys Befragten eher an die direkten Arztkontakte erinnern und weniger an die telefonischen oder nicht-persönlichen Kontakte (etwa das Abholen eines

Rezepts oder Laborleistungen), während letztere in den Krankenkassendaten als Abrechnungskontakte mitgezählt werden. Außerdem ist zu vermuten, dass schwer erkrankte Personen mit einem hohen Versorgungsbedarf in Surveys unterrepräsentiert sind.

Laut Analyse des ZI ist die Anzahl der Arztkontakte in Deutschland sehr ungleich verteilt. Die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte wird stark beeinflusst durch einen kleinen Anteil von Patientinnen und Patienten, die eine intensivere Versorgung benötigen. So nehmen rund 16 % der gesetzlich Krankenversicherten 50 % aller Arztkontakte in Anspruch. Mehr als 40 Arztkontakte pro Jahr lassen sich beispielsweise für Patientinnen und Patienten nach Organtransplantationen, mit Niereninsuffizienz, chronischer Hepatitis oder bösartigen Neubildungen feststellen [24, 25]. Auch Analysen der Barmer GEK zeigen, dass kostenintensive und chronische Erkrankungen, der Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder die Versorgung zum Lebensende mit einer stark erhöhten Anzahl an Arztkontakten verbunden sind [26].

Neben der gesundheitlichen Lage haben auch Alter und Geschlecht Einfluss auf die Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Leistungen. Am Beispiel von Daten der Barmer GEK aus dem Jahr 2007 [26, 27] zur Anzahl der durchschnittlichen Arztkontakte pro Jahr lassen sich die Altersverläufe von Frauen und Männern wie folgt skizzieren: Bis zur Pubertät verlaufen die Kurven für Mädchen und Jungen nahezu deckungsgleich (Abb. 5.1.2); weibliche Jugendliche suchen hingegen deutlich häufiger eine Arztpraxis auf als männliche. Zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr fällt der Unterschied zwischen Frauen und Männern am größten aus, was unter anderem auf Arztkonsultationen im Zusammenhang mit Verhütung, Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen ist. Danach nähern sich die Kurven von Frauen und Männern wieder an. Im Alter von etwa 75 Jahren weisen beide Geschlechter eine ähnliche Arztkontakthäufigkeit auf. Bei den 80- bis 89-Jährigen liegt die Anzahl der Arztkontakte bei Männern sogar höher als bei Frauen.

Die DEGS1-Ergebnisse zeigen weitere mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung: So suchen Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus sowie gesetzlich Krankenversicherte häufiger eine Arztpraxis auf als Frauen und Männer mit hohem Sozialstatus sowie privat Krankenversicherte [22]. Differenzierte Analysen ergeben darüber hinaus, dass Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus bei gleichem medizinischen Bedarf seltener eine Facharzt-, aber häufiger eine Hausarztpraxis aufsuchen als Frauen und Männer mit hohem Sozialstatus [28]. Zwischen Stadt und Land bestehen hingegen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Arztkonsultationen [22]. Am Beispiel von Versicherten, die an Multipler Sklerose und an chronisch obstruktiver Bronchitis erkrankt sind, lässt sich in einer Studie der Barmer GEK kein regional unterschiedlicher Versorgungsgrad erkennen – und dies, obwohl deutliche Unterschiede in der Entfernung zur nächstgelegenen Facharztpraxis und damit längere Fahrzeiten bestanden [29]. Allerdings zeigten sich die Befragten aus dem ländlichen Raum mit der Anzahl und Erreichbarkeit der für ihre Versorgung notwendigen Fachärztinnen und -ärzte weniger zufrieden als diejenigen, die in Städten leben [29].



◀ **Abbildung 5.1.2**
Anzahl der Arztkontakte pro Jahr nach Alter und Geschlecht von Versicherten der Barmer GEK (Mittelwerte) für das Jahr 2007
Datenbasis: Barmer GEK 2007 [27]

..... Frauen
— Männer

Die Facharzttrichtung, die von Frauen und Männern im Erwachsenenalter am häufigsten in Anspruch genommen wird, ist die Allgemeinmedizin. Laut DEGS1 suchen 82,0% der Frauen und 76,7% der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren mindestens einmal im Jahr eine Praxis für Allgemeinmedizin auf. Eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt konsultieren 75,2% der Frauen und 68,1% Männer dieser Altersgruppe mindestens einmal im Jahr. Mit 69,6% der Frauen nimmt darüber hinaus ein vergleichsweise großer Anteil gynäkologische Leistungen innerhalb eines Jahres in Anspruch. Ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden von 5,3% der Frauen und 3,2% der Männer innerhalb eines Jahre kontaktiert [22]. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren, die innerhalb eines Jahres in einer Kinderarztpraxis vorgestellt wurden, lag laut erster Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1, 2009 – 2012) für Mädchen bei 67,1% und für Jungen bei 68,7% [30].

5.1.5 ZEITLICHE ENTWICKLUNGEN IN DER INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Die durchschnittliche Anzahl jährlicher Arztkontakte pro Person hat zwischen 1998 und 2008/2011 abgenommen, wie ein Vergleich der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys (BGS98) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) erkennen lässt (Abb. 5.1.3). Auch Ergebnisse der Trendanalyse des Sozio-oekonomischen Panels bestätigen dies [23]. Dies könnte unter anderem mit veränderten Abrechnungsmodalitäten zusammenhängen: So wurde 2008 mit der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes die fallbezogene Vergütung für haus- und teilweise auch fachärztliche Leistungen eingeführt. Seitdem sind die Versichertenpauschalen im Behandlungsfall nur einmal im Quartal abrechenbar und es bestehen dadurch weniger Anreize für ein häufiges Einbestellen der Patientinnen und Patienten.

Gleichzeitig ist für die durchschnittliche Anzahl der kontaktierten Facharztgruppen pro Jahr bei Patientinnen und Patienten im Alter ab 60 Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Abb. 5.1.3). Der Trend, im höheren Lebensalter mehr unterschiedliche Fachärztinnen und -ärzte in Anspruch zu nehmen, könnte zum einen

auf die Ausweitung des Facharztangebots (siehe Kapitel 5.1.2) zurückzuführen sein und zum anderen auf eine schnellere Überweisung älterer Patientinnen und Patienten aus den Hausarztpraxen an Fachärztinnen und -ärzte hindeuten. Auch eine zunehmende Sensibilisierung für den Versorgungsbedarf älterer multimorbider Patientinnen und Patienten könnte hierbei eine Rolle spielen.

Der Vergleich von BGS98 und DEGS1 zeigt, dass nicht nur der Anteil der Bevölkerung gestiegen ist, der Fachärztinnen und -ärzte konsultiert; auch der Anteil der Bevölkerung, der allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch nimmt, hat zugenommen [22]. Ein Grund für den Anstieg der Hausarztkontakte könnte die Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung im Jahr 2007 sein (siehe Kapitel 5.7.1).

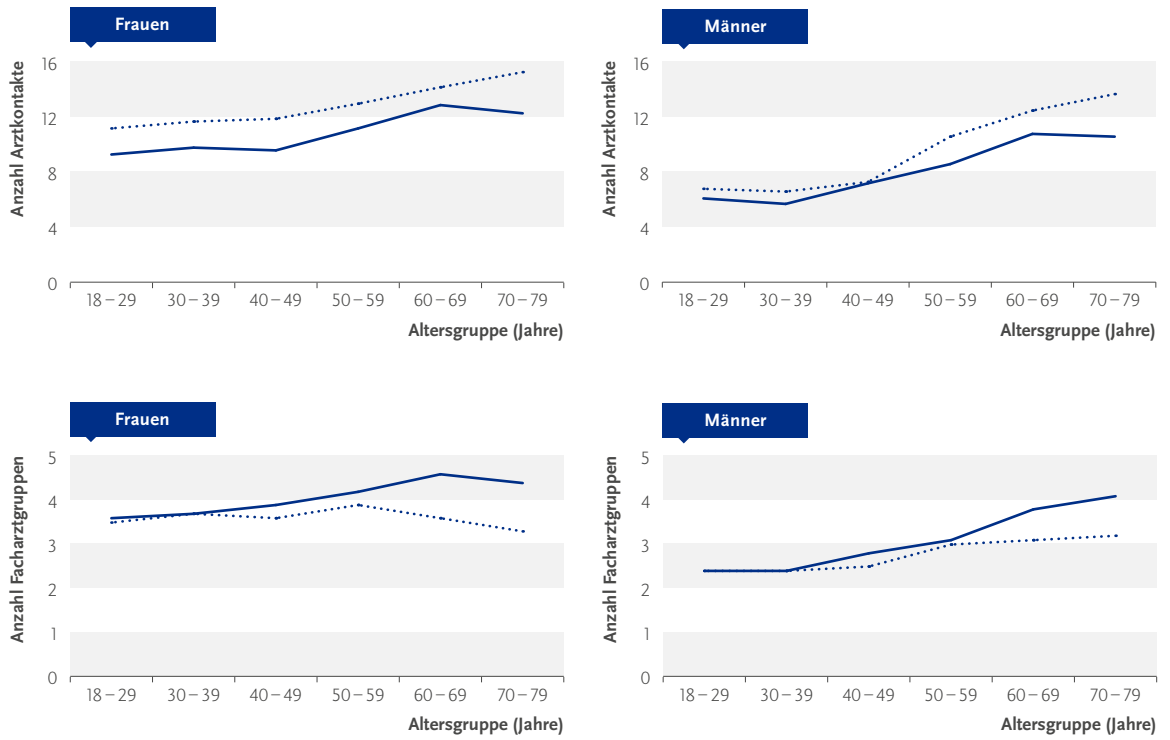
Laut Statistik der Abrechnungsfälle für ambulante kurative ärztliche Behandlungen aller gesetzlich Krankenversicherten (KG 3-Statistik) ist zwischen 1993 und 2013 die Zahl der Abrechnungsfälle deutlich gestiegen (Abb. 5.1.4). Dies könnte auch mit dem vorher beschriebenen Anstieg der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in der älteren Bevölkerung zusammen hängen, da die Beteiligung einer Fachärztin oder eines Facharztes an einer Therapie als neuer Behandlungsfall gewertet wird. Für 2004 lässt sich ein deutlicher – allerdings lediglich vorübergehender – Rückgang der Abrechnungsfälle erkennen. Damals trat das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) in Kraft, das mit neuen Steuerungsmöglichkeiten auf Seiten der Krankenkassen sowie einer deutlichen Erhöhung von Zuzahlungen und der Einführung der Praxisgebühr einherging. Deren Auswirkungen zeigt auch eine vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) durchgeführte Studie: Nach Einführung der Praxisgebühr erklärten einkommensschwache und arbeitslose Versicherte mehr als doppelt so häufig wie sozial besser gestellte Versicherte, wegen der Praxisgebühr auf Arztbesuche verzichtet oder diese aufgeschoben zu haben. Im Jahr 2005 ließ sich dieser Effekt nicht mehr messen [31].

5.1.6 INTERNATIONALER VERGLEICH DER INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

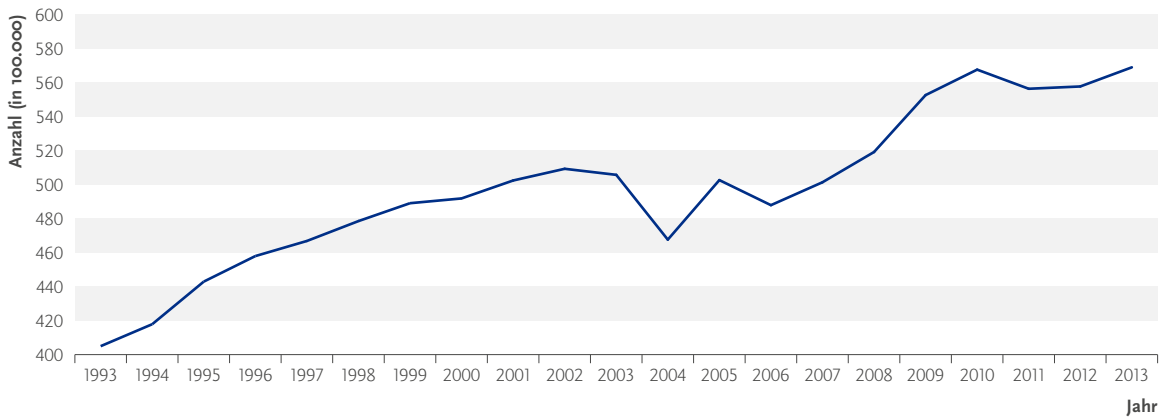
Internationale Vergleiche der durchschnittlichen Anzahl von Arztbesuchen sind nur eingeschränkt möglich. Dies hängt zum einen mit unterschiedlichen Definitionen von

► **Abbildung 5.1.3**
Anzahl der Arztkontakte und kontaktierten Facharztgruppen in den letzten zwölf Monaten (Mittelwerte) im Vergleich BGS98 und DEGS1 nach Geschlecht und Altersgruppen
Datenbasis:
BGS98 1997/98, DEGS1 2008–2011 [22]

BGS98
DEGS1 —



► **Abbildung 5.1.4**
Abgerechnete ambulante kurative ärztliche Behandlungen bei GKV-Versicherten, in 100.000
Datenbasis:
KG 3-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit [32]



Arztkonsultationen (Behandlungsfälle vs. Arztkontakte) und zum anderen mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden zusammen. Für das Jahr 2012 weist die OECD für 25 Mitgliedsstaaten einen Durchschnittswert von 6,6 Arztkonsultationen pro Kopf aus. Für Deutschland wurde in dem Bericht jedoch nicht auf die Anzahl der Arztkontakte, sondern auf die Anzahl der Behandlungsfälle zurückgegriffen und ein Durchschnittswert von 9,7 »Arztkonsultationen« angegeben [33]. Trotz der genannten methodischen Einschränkungen ist die Anzahl der Arztbesuche in Deutschland im internationalen Vergleich als vergleichsweise hoch einzuschätzen, sowohl mit Blick auf die von der OECD berichteten Daten als auch auf die aus Abrechnungs- und Befragungsdaten ermittelten Arztkontakte [34]. Gründe hierfür liegen unter anderem in den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen der einzelnen Staaten. So erfolgt in vielen Ländern die fachärztliche Versorgung in stärkerem Maße in Krankenhäusern, oder es spielen, wie in Schweden

und Finnland, weitere akademisch ausgebildete Gesundheitsfachkräfte eine wichtige Rolle in der Primärversorgung, was den Bedarf an Arztkontakten verringert (siehe Kapitel 10.5.1) [35–37].

LITERATUR

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
2. Statistisches Bundesamt (2014) Statistisches Jahrbuch 2014: Deutschland und Internationales. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
3. Statistisches Bundesamt (2015) Gesundheitsausgabenrechnung. www.gbe-bund.de (Stand: 19.05.2015)
4. Statistisches Bundesamt (2013) Gesundheitspersonalrechnung. www.gbe-bund.de (Stand: 03.06.2013)
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015) Bundesarztregister. Sonderauswertung. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
6. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008) Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2007. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

7. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
8. Statistisches Bundesamt (2015) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
9. Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztlahntwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
10. Menning S, Nowossadeck E, Maretzke S (2010) Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Report Altersdaten 1–2/2010. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
11. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
12. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2015) Statistik »An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte«. Sonderauswertung. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln
13. Klose J, Rehbein I (2011) Ärztliche Versorgung: Mangel oder Allokationsproblem? In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungsreport 2011 - Schwerpunkt: Chronische Krankheiten. Schattauer, Stuttgart, S. 199-226
14. Schmacke N (2013) Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. In: Görres S, Darmann-Finck I, Gerhardus A (Hrsg) Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung. Universität Bremen, Bremen
15. Adler G, vd Knesebeck J-H (2011) Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(2):228-237
16. Klose J, Rehbein I (2011) Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin
17. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. RKI, Berlin
18. Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007) Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002-Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf (Stand: 20.09.2013)
19. Peikert G, Hoyer J, Mrazek A et al. (2011) Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. Psychotherapeutenjournal 1/2011:43-50
20. Bundespsychotherapeutenkammer (2011) BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung - Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin
21. Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G et al. (2014) Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). Gesundheitswesen 76(3):135-146
22. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 5(6):832-844
23. SOEP Group (2013) SOEP 2011 - SOEPmonitor Person 1984-2011 (SOEPv28). SOEP Survey Papers 119: Series E. DIW/SOEP, Berlin
24. Riens B, Erhart M, Mangiapane S (2012) Arztkontakte im Jahr 2007 - Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Berlin
25. Mangiapane S, Hanglberger D, von Stillfried D (2013) Verwirrung um Arztkontakte - wie oft gehen die Deutschen tatsächlich zum Arzt? Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin. www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/Statement_Arztkontakte.pdf (Stand: 09.07.2013)
26. von Maydell B, Kosack T, Repschläger U et al. (2010) Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell, S. 176-191
27. BARMER GEK (Hrsg) (2010) BARMER GEK Arztreport. Auswertungen zu Daten bis 2008. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Asgard Verlag, St. Augustin
28. Bremer P, Wübker A (2013) Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. Eine empirische Analyse. Prävention und Gesundheitsförderung 8(1):15-21
29. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land - Mangel oder fehlender Komfort? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen - Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 160-181
30. Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse der KiGGS-Studie - Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(7):878-891
31. Zok K (2005) Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3.000 GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2(2):1-7
32. Bundesministerium für Gesundheit (2015) KG 3-Statistik (Gesetzliche Krankenversicherung: Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Mutterschaftsvorsorgefälle). www.gbe-bund.de (Stand: 30.04.2015)
33. OECD (2014) OECD Health Statistics 2014 - Frequently Requested Data. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm> (Stand: 02.09.2014)
34. Albrecht M, Häussler B, Sander M et al. (2009) Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem. IGES. http://diw-econ.de/wp-content/uploads/2014/01/20090721_annex_IGES.pdf (Stand: 16.11.2015)
35. Beske F, Drabinski T, Golbach U (2005) Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Eine Analyse von 14 Ländern. Band I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen. www.sozialpolitik.uni-koeln.de/fileadmin/downloads/Bibliothek_sn/Band104-1_01.pdf (Stand: 09.07.2013)
36. Matz KH (2010) Europäische Gesundheitssysteme. Eine Darstellung der Gesundheitssysteme von 25 Ländern. Kassenärztliche Bundesvereinigung
37. Delamair M-L, Lafortune G (2010) Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Paper No 54. www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en (Stand: 12.02.2015)

-
- / *Im Jahr 2013 gab es in Deutschland 1.996 Krankenhäuser mit 500.671 Betten und mehr als einer Million Beschäftigten.*
-
- / *Die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle ist von 16,5 Millionen im Jahr 2005 auf 18,7 Millionen im Jahr 2013 und damit um 13,6% angestiegen.*
-
- / *Die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten ist im gleichen Zeitraum zurückgegangen. Im Jahr 2005 lag die Zahl der Krankenhäuser noch bei 2.139 und die Zahl der Betten bei 523.824.*
-
- / *Die durchschnittliche Verweildauer hat sich von 8,7 Tagen im Jahr 2005 auf 7,5 Tage im Jahr 2013 verkürzt.*
-
- / *Im internationalen Vergleich sind die Krankenhauskapazitäten in Deutschland nach wie vor sehr hoch.*

INFOBOX 5.2.1

GESETZLICHE DEFINITION DES KRANKENHAUSES (§ 107, ABSATZ 1 SGB V)

»Krankenhäuser [...] sind Einrichtungen, die
1. der Krankenhausbehandlung und Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,

3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.«



5.2

STATIONÄRE VERSORGUNG

Neben der ambulanten ist die stationäre Versorgung in Krankenhäusern eine wichtige Säule des Gesundheitssystems (siehe Infobox 5.2.1). Dabei werden der Bereich der Krankenhausversorgung und der Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation (siehe Kapitel 5.3) unterschieden. Zu den Aufgaben der Krankenhäuser gehören neben der Versorgung von Patientinnen und Patienten auch die klinische Forschung und die Ausbildung in den Gesundheitsberufen bzw. die Lehre. Die Bedeutung der Krankenhäuser für die Gesundheitsversorgung wird unter anderem daran sichtbar, dass in Deutschland knapp jeder sechste Erwachsene pro Jahr mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt hat [1] und dass über ein Viertel aller Gesundheitsausgaben (2013: 82,4 Milliarden Euro) für Leistungen der Krankenhäuser aufgewendet wird (siehe Kapitel 6).

Die nachfolgenden Abschnitte zur Infrastruktur und zur Inanspruchnahme der stationären Versorgung greifen auf die Krankenhausstatistik der amtlichen Statistik und auf Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts zurück.

5.2.1

INFRASTRUKTUR DER STATIONÄREN VERSORGUNG

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über eine überdurchschnittliche Ausstattung mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten, obwohl deren Anzahl – dem internationalen Trend folgend – kontinuierlich sinkt. Waren es 1991 insgesamt 2.411 Einrichtungen, so gab es 2005 noch 2.139 und Ende 2013 noch 1.996 – dies entspricht einem Rückgang von 17,2 % gegenüber 1991. Der Rückgang ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Schließung von Einrichtungen. Vielmehr prägt ein Zusammenspiel von tatsächlichen Schließungen einerseits und Änderungen in der Form der Betriebsführung die Entwicklung. Zu nennen sind Kettenbildungen privater Träger oder Verbundlösungen bei freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern, aber auch Übernahmen und Privatisierungen, also die Übernahme durch einen privaten Träger oder die Umwandlung in eine privatrechtliche Unternehmensform [2], sowie die Bildung sek-

torenübergreifender Versorgungsformen (siehe Kapitel 5.7). Ursachen für den Abbau von Krankenhäusern und Betten sind auch im medizinischen Fortschritt und der Zunahme ambulanter Behandlungsmöglichkeiten zu sehen. Zudem hat die Einführung des DRG-Vergütungssystems (Diagnosis-Related-Groups oder diagnosebezogene Fallgruppen, siehe Infobox 5.2.2) dazu beigetragen, die zuvor hohen Verweildauern zu verkürzen, weil die Höhe der Vergütung sich nunmehr nach der Leistung und nicht mehr nach der Zahl der Pflgetage richtet. Seit dem 1. Januar 2004 sind allgemeine Krankenhäuser verpflichtet, dieses Abrechnungssystem anzuwenden.

Bezüglich der Trägerschaft eines Krankenhauses kann man zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern unterscheiden. Öffentliche Träger sind Gebietskörperschaften wie Bund, Länder, Kreise und Gemeinden oder Sozialversicherungsträger, zum Beispiel Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften. Freigemeinnützige Träger gehören der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege an oder sind Kirchengemeinden, Stiftungen und Vereine. Private Träger betreiben ein Krankenhaus als gewerbliches Unternehmen [5]. Die Zahl der privat getragenen Krankenhäuser hat sich zwischen 1991 und 2013 um 93,9 % auf nunmehr 694 Einrichtungen erhöht. Entsprechend ging die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft um 46,3 % auf 596 Einrichtungen zurück. Im gleichen Zeitraum haben auch die freigemeinnützig getragenen Einrichtungen einen Rückgang um 25,1 % zu verzeichnen; 2013 waren es noch 706 Krankenhäuser. Dementsprechend veränderten sich auch die jeweiligen Anteile: Waren 1991 noch 46,0 % der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, so waren es 2013 nur noch 29,9 %. Der Anteil der freigemeinnützig getragenen Häuser ging im gleichen Zeitraum hingegen nur gering zurück, von 39,1 % auf 35,4 %, während der Anteil der privat getragenen Einrichtungen von 14,8 % auf 34,8 % anstieg. Im Durchschnitt verfügten die Einrichtungen im Jahr 2013 über 251 Betten. Dabei variiert die durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung stark nach Trägerschaft: Krankenhäuser in öffentlicher Hand haben mit durchschnittlich 404 Betten mehr als dreimal so viel Betten wie Häuser in privater Hand (130 Betten). Mit 241 Betten liegen die freigemeinnützigen Krankenhäuser im Mittelfeld. Grund für diese unterschiedliche Bettenanzahl je Krankenhaus ist vor allem das Aufkommen

5.2



INFOBOX 5.2.2

DRG (DIAGNOSIS RELATED GROUPS, DIAGNOSEBEZOGENE FALLGRUPPEN)

Mit Beginn des Jahres 2004 wurde das Abrechnungsverfahren der Akutkrankenhäuser auf ein System diagnosebezogener Fallgruppen (G-DRG-Fallpauschalensystem) verbindlich umgestellt. Die Kosten einer Krankenhausbehandlung hängen nun nicht mehr primär von der Verweildauer (Zahl der Pflage tage) im Krankenhaus, sondern von der erbrachten Leistung, d. h. der diagnosebezogenen Behandlung der Patientinnen und Patienten ab.

Ein Ziel dieser Umstellung war es, den Krankenhäusern über die pauschalierte Vergütung einen Anreiz zu bieten, die Patienten nicht unnötig lange im Krankenhaus zu behalten. Es sollte ein leistungsorientiertes Entgeltsystem etabliert werden, das die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich fördert [3].

Jeder Behandlungsfall wird anhand der festgestellten Hauptdiagnose und gegebenenfalls von behandlungsrelevanten Nebendiagnosen, der erbrachten Operationen und Prozeduren, von Alter, Geschlecht, Verweildauer

und weiterer Parameter in eine Fallgruppe eingeordnet und dann gegenüber den Krankenkassen abgerechnet. Jeder Fallgruppe ist ein sogenanntes Kostengewicht (auch Relativgewicht, Bewertungsrelation) zugeordnet, auf dem die Abrechnung basiert. Damit werden die Kostenunterschiede zwischen den Fallgruppen abgebildet. Die abrechenbaren Fallgruppen inklusive der Kostengewichte werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK, 2001 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherungen sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegründet) in einem Katalog zusammengestellt. Dieser Katalog wird auf der Grundlage von Kosten- und Leistungsdaten einer Stichprobe von Krankenhäusern jährlich neu erstellt, was eine Anpassung und Weiterentwicklung ermöglicht.

Zur Untersuchung der Auswirkungen der DRG-Einführung wurde eine Begleitforschung im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankert, die das IGES-Institut Berlin gemeinsam mit dem InEK durchführt und deren Ergebnisse veröffentlicht werden; zuletzt der Endbericht des 3. Forschungszyklus (2008–2010) [4].

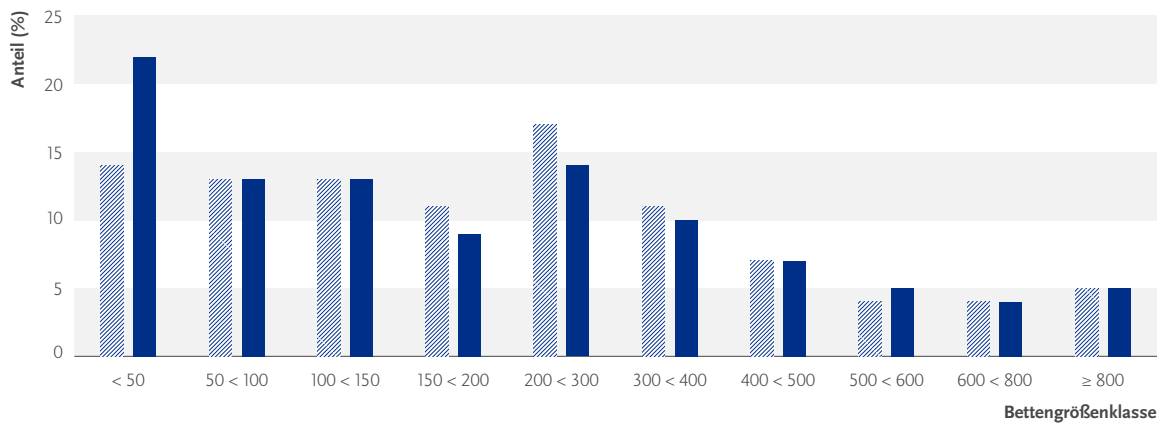
kleinerer Kliniken in privater Trägerschaft mit spezieller Ausrichtung wie Kliniken für Plastische Chirurgie oder Augenzentren. Abbildung 5.2.1 zeigt, dass der Anteil kleiner Krankenhäuser (unter 50 Betten) zwischen 1991 und 2013 um 8,1 Prozentpunkte gestiegen ist. Am deutlichsten zurückgegangen ist mit 3,3 Prozentpunkten der Anteil der Krankenhäuser mit 200 bis unter 300 Betten.

2013 waren in Deutschland insgesamt 500.671 Betten in den Krankenhäusern aufgestellt. Dies sind 164.894 Betten oder 24,8% weniger als 1991 (Abb. 5.2.2). Damit wurde in diesem Zeitraum jedes vierte Bett abgebaut. Zwischen 2005 (523.824 Betten) und 2013 betrug der Bettenabbau 4,4%. Der Abbau der Bettenkapazität hat auch dazu geführt, dass heute weniger Betten je 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen als früher. Waren es 1991 noch 832 Betten je 100.000 Einwohner, ist diese Zahl bis 2013 um 25,4% auf 621 Betten je 100.000 Einwohner zurückgegangen. Das entspricht von der Grundtendenz her internationalen Entwicklungen (siehe Kapitel 10.5.2), jedoch erfolgt der Bettenabbau in Deutschland vergleichsweise langsam [6], so dass die Bettenzahl und die Bettenkapazitäten je 100.000 Einwohner in Deutschland immer noch deutlich höher sind als in den Nachbarländern.

Bei der durchschnittlichen Anzahl der Betten je 100.000 Einwohner gibt es zudem regional – also innerhalb Deutschlands – deutliche Unterschiede: Sie reichen von 535 Betten in Baden-Württemberg bis zu 779 Betten je 100.000 Einwohner in Bremen. Auch in Hamburg liegt die Bettenzahl mit 699 Betten je 100.000 Einwohner über dem bundesweiten Durchschnitt. Solche Unterschiede können Anzeichen für Überkapazitäten oder große Morbiditätsunterschiede sein. Teilweise sind

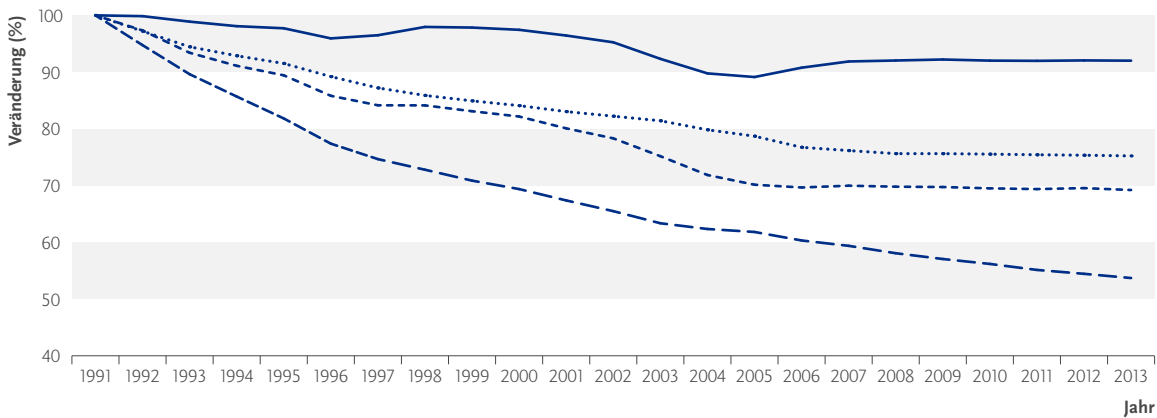
höhere Bettenzahlen z. B. in einigen Stadtstaaten auch deshalb vorhanden, weil diese eine Mitversorgungsfunktion für umliegende Gebiete in anderen Ländern haben. Dies betrifft insbesondere Kliniken, die eine spezielle Versorgung anbieten, etwa für Schwerstverletzte, oder die Unikliniken und Lehrkrankenhäuser sind. Bis auf Brandenburg weisen alle ostdeutschen Länder mehr Betten je 100.000 Einwohner auf als der Bundesdurchschnitt. Spitzenreiter unter den neuen Ländern mit 750 Betten je 100.000 Einwohner und damit mehr als 20,8% über dem Bundesdurchschnitt ist Thüringen, gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 725 Betten je 100.000 Einwohner.

Ein Blick auf die Auslastung der Einrichtungen zeigt, dass ein Bettenabbau notwendig sein kann, um überflüssige und unwirtschaftliche Strukturen zu vermindern, die unter anderem auch zu Qualitätsmängeln führen können. In vielen Ländern gilt eine Bettenauslastung von 85% als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung (Ausnahmen: Kinder- und Jugendmedizin mit 70 bis 80%, Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatische Medizin mit 90%, siehe zum Beispiel [7, 8]). Im Jahr 1991 lag die bundesweite Bettenauslastung im Durchschnitt bei 84,1%, 2013 lag sie hingegen bei nur noch 77,3% und damit um 6,8 Prozentpunkte niedriger (Abb. 5.2.2). Auch hier gibt es regional Unterschiede zwischen den Ländern: So liegt das Saarland mit einer Auslastung von 88,1% als einziges Land über dem Maßstab von 85% für eine bedarfsgerechte Versorgung, gefolgt von Hamburg mit 83,7%, Berlin mit 82,2% und Niedersachsen mit 79,4%. Deutlich darunter liegen Rheinland-Pfalz mit 73,2%, Sachsen-Anhalt mit 74,5% und Nordrhein-Westfalen mit 76,3%. Die Bettenauslastung variiert hierbei zwischen den einzelnen Fachabteilungen deutlich:



◀ **Abbildung 5.2.1**
Krankenhäuser nach
Bettengrößenklassen
1991 und 2013
Datenbasis:
Krankenhausstatistik [5]

▨ 1991
■ 2013



◀ **Abbildung 5.2.2**
Zahl der Kranken-
hausbetten, durch-
schnittliche Bettenaus-
lastung, Berechnungs-
und Belegungstage
sowie durchschnittliche
Verweildauer 1991 bis
2013 (1991=100%)
Datenbasis:
Krankenhausstatistik [5]

⋯ Krankenhausbetten
- - - Berechnungs- und Belegungstage
- - - Durchschnittliche Verweildauer
— Durchschnittliche Bettenauslastung

Während 2013 die Geriatrie und alle psychiatrischen Fachabteilungen eine Bettenauslastung von mehr als 90% aufwiesen, lag dieser Wert bei den Fachabteilungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei lediglich 58,5% sowie bei der Kinderchirurgie bei 59,7% [5].

5.2.2 KRANKENHAUSPERSONAL

Von den insgesamt 4,9 Millionen Personen, die 2011 im Gesundheitswesen tätig waren, gingen 1,1 Millionen einer Beschäftigung in einem Krankenhaus nach, davon 14,1% im ärztlichen und 85,9% im nichtärztlichen Dienst. Die Anzahl der Beschäftigten hat sich damit gegenüber 1991 um 4,7% erhöht [9]. Ein Blick auf die Vollkräfte im Jahresdurchschnitt (Vollzeitäquivalente: Beschäftigte umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit) zeigt, dass es unterschiedliche Entwicklungen im ärztlichen und im nichtärztlichen Dienst gibt. So hat sich die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst von 1991 bis 2013 um 54,4% erhöht, während die Zahl der Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst (zum Beispiel im Pflege-, Funktions-, Verwaltungs- oder hauswirtschaftlichen Dienst) um 9,9% zurückgegangen ist [5].

Zwei Maßzahlen sind für die Arbeitsbelastung der im Krankenhaus tätigen Personen gebräuchlich: die Zahl der an einem Arbeitstag betreuten Betten und die Zahl der in einem Jahr betreuten Fälle. Beschäftigte im ärztlichen Dienst mussten 2013 an einem Arbeitstag 13 Betten betreuen; umgerechnet auf die Fälle, war ein Arzt oder eine Ärztin jährlich für 128 Fälle zuständig. Im Pflegedienst hatten 2013 jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter 6,1 Betten pro Tag oder 59 Fälle im Jahr zu versorgen. Zum Vergleich: Im Jahr 2000 war ein Arzt

oder eine Ärztin noch für 152 und eine Pflegekraft für 50 Fälle zuständig. Dabei hängt die Anzahl der zu versorgenden Fälle und Betten stark von der Größe des Krankenhauses ab. Je größer das Krankenhaus ist, desto weniger Fälle und Betten sind sowohl vom ärztlichen als auch vom pflegenden Personal zu betreuen.

Von den insgesamt 164.720 Ärztinnen und Ärzten, die 2013 hauptsächlich in den Krankenhäusern arbeiteten, waren 45,7% weiblich und 54,3% männlich. Insgesamt 33.279 Personen gingen einer ärztlichen Tätigkeit in Teilzeit oder als geringfügige Beschäftigung nach; zu 71,8% waren dies Frauen. Dies entspricht annähernd dem Wert von 1991 (75,3%). Mit steigender Hierarchiestufe nimmt der Anteil der Frauen deutlich ab. 2013 waren auf Assistenzarztebene 56,1% Frauen beschäftigt, auf Oberarztebene 28,2% und auf Chefarztebene 10,4%. Im Vergleich zu 1991 ist der Frauenanteil auf allen Hierarchieebenen gestiegen.

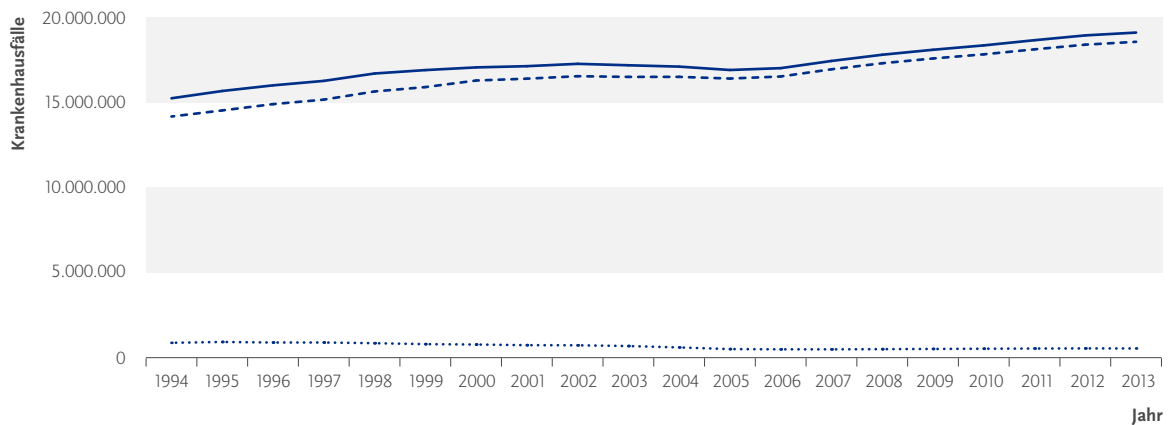
5.2.3 INANSPRUCHNAHME DER STATIONÄREN VERSORGUNG

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 19,2 Millionen Krankenhausesfälle registriert [10]. Von diesen waren rund 18,7 Millionen Fälle vollstationär und 0,5 Millionen sogenannte Stundenfälle, bei denen keine Übernachtung im Krankenhaus erfolgte (Abb. 5.2.3). Dabei ist die Anzahl der Stundenfälle rückläufig (Abnahme seit 2000 um 29,4%).

Die Zahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus steigt seit Jahren kontinuierlich an. Dies geht unter anderem auf den medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt, die demografische Entwicklung, aber auch auf ein verändertes Erkrankungsspektrum

► **Abbildung 5.2.3**
Entwicklung der
Krankenhausfallzahlen
1994 bis 2013
Datenbasis:
Krankenhausdiagnose-
statistik [10]

Stundenfälle
1 Tag und
länger
Alle Fälle



zurück. Andere nichtdemografische Faktoren, die die Entwicklung der Krankenhausfallzahlen beeinflussen, sind Rahmenbedingungen und Abrechnungsmodi der Gesundheitsversorgung, Leistungsverlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems – beispielsweise zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung – oder auch ökonomische Faktoren [11–13]. Diese Faktoren können sich im Einzelnen steigend oder senkend auf die Krankenhausfallzahlen auswirken.

Der Anstieg der Fallzahlen bedeutet allerdings nicht, dass mehr Berechnungs- und Belegungstage in deutschen Krankenhäusern anfielen: Durch die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer gab es 2013 mit rund 141,3 Millionen insgesamt 30,8% weniger Berechnungs- und Belegungstage als noch 1991 (Abb. 5.2.2). Bei einem Vergleich der Länder müssen die unterschiedliche Bevölkerungszahl und Altersstruktur berücksichtigt werden. Sachsen-Anhalt weist 2013 mit 24.092 Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner den höchsten altersstandardisierten Wert auf, Baden-Württemberg mit 18.345 Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner den niedrigsten.

Die durchschnittliche Verweildauer der Krankenhauspatientinnen und Krankenhauspatienten hat seit 1991 kontinuierlich abgenommen. 2005 lag sie bei durchschnittlich 8,5 Tagen, 2013 bei nur noch durchschnittlich 7,5 Tagen je Behandlungsfall. Die durchschnittliche Zahl der Tage pro Behandlungsfall sank zwischen 1991 und 2013 um 46,4% (Abb. 5.2.2). Auch die Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1) zeigt eine deutliche Verkürzung der mittleren Verweildauer im Krankenhaus [15]. Diese Entwicklung folgt internationalen Trends [16]. Als Ursache dafür gelten unter anderem medizinische und medizintechnische Fortschritte (wie beispielsweise minimalinvasive Eingriffe und die damit gesunkene Belastung der Patientinnen und Patienten) sowie ökonomische Effekte, zum Beispiel durch Umstellung des Vergütungssystems [17, 18]. Aus der kürzeren Verweildauer von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus können sich auch Leistungsverlagerungen in andere Bereiche ergeben, zum Beispiel in die häusliche Krankenpflege oder die medizinische Rehabilitation [19].

Nach den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des Robert Koch-Instituts haben 13,3% der weiblichen und 12,4% der männlichen Befragten innerhalb von zwölf Monaten vor der Erhebung eine stationäre Versorgung in Anspruch genommen [15]. Dabei gibt es eine signifi-

kante Altersassoziation: Je älter die Befragten sind, umso höher ist der Anteil mit einem stationären Krankenhausaufenthalt. So wurde in der Altersgruppe der 60- bis 79-jährigen Frauen und Männer ein Fünftel der Befragten stationär versorgt.

Eine Analyse nach Diagnosegruppen (siehe Infobox 5.2.3) für den Zeitraum 2000 bis 2012 zeigt sehr unterschiedliche Trends der Fallzahlen. Analysiert wurden die fallzahlenstärksten Diagnosehauptgruppen bösartige Neubildungen (C00–C97, ohne C44), Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99), Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93) sowie psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99). Innerhalb dieser Diagnosehauptgruppen wurden weitere, für die stationäre Versorgung wichtige Diagnosegruppen chronischer Krankheiten untersucht (Abb. 5.2.4). Den stärksten Anstieg weist die Diagnosehauptgruppe Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes auf (Anstieg bei Frauen um 43,1%, bei Männern um 37,9%), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen (Anstieg bei Frauen um 38,9%, bei Männern um 28,7%). Starke Anstiege verzeichnen affektive Störungen (vor allem Depressionen), Herzinsuffizienz (vor allem bei Männern) sowie Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens. Bedeutende Rückgänge weist die Statistik für die Diagnosegruppen ischämische Herzkrankheiten, Darmkrebs und Brustkrebs aus. Die rückläufige Entwicklung bei Darmkrebs und Brustkrebs kann dabei nicht auf die Entwicklung der Inzidenz zurückgeführt werden, werden doch für beide Tumorlokalisationen im Zeitraum von 2000 bis 2008 ansteigende bzw. (im Falle von Darmkrebs bei Frauen) annähernd konstante Erkrankungszahlen berichtet [20]. Vielmehr ist dieser Trend auf Prozesse der so genannten Ambulantisierung der medizinischen Versorgung (Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Versorgungsbereich) zurückzuführen. Insbesondere Leistungsverlagerungen von Chemotherapien in den ambulanten Bereich dürften hier eine Rolle spielen [21, 22].

5.2.4

STATIONÄRE INANSPRUCHNAHME BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Im Jahr 2013 wurden 1,76 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter von unter 15 Jahren wegen Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen in einem Krankenhaus

INFOBOX 5.2.3

DIAGNOSESCHLÜSSEL

In die Analyse der Diagnosen wurden die Kapitel A bis T der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der aktuellen Version (ICD-10) einbezogen. Ausgeschlossen wurden Fälle der Kapitel Z (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen) und U (Schlüsselnummern für besondere Zwecke). Der numerisch wichtigste Diagnoseschlüssel dieser beiden letzten Kapitel ist der Schlüssel Z38, mit dem Lebendgeborene erfasst werden, allerdings erst seit dem Jahr 2004. Für einen Zeitvergleich ist es deshalb sinnvoll, nur die Kapitel A bis T einzubeziehen.

Mit dem Jahr 2000 wurde die Krankenhausdiagnosestatistik der Amtlichen Statistik von der Version 9

auf Version 10 der ICD umgestellt. Eine differenzierte Analyse unterhalb der Kapitelebene ist nur in einigen Diagnosegruppen möglich. Ob und inwieweit ein Wandel des Diagnosespektrums vorliegt, kann deshalb erst ab dem Jahr 2000 untersucht werden. Die Analyse erfolgt für ausgewählte Diagnosehauptgruppen: Bösartige Neubildungen (C00–C97, ohne C44), Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99), Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93) sowie psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99). Innerhalb dieser wurden weitere, für die Gesundheitsversorgung wichtige Diagnosegruppen ausgewählt (Abb. 5.2.4), und zwar insgesamt sowie für beide Geschlechter getrennt.



RANG	FRAUEN Diagnose (ICD-Code)	FÄLLE	MÄNNER Diagnose (ICD-Code)	FÄLLE
1	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (O60–O75)	389.821	Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25), inkl. Herzinfarkt	438.141
2	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen (O30–O48)	262.456	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19), z. B. durch Alkohol	319.686
3	Sonstige Krankheiten des Darmes (K55–K63), z. B. Divertikulose	244.519	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40–G47), z. B. transitorische ischämische Attacke (Durchblutungsstörung des Gehirns; ohne Schlaganfall)	238.627
4	Arthrose (M15–M19), z. B. des Knies oder der Hüfte	238.452	Sonstige Krankheiten des Darmes (K55–K63), z. B. Divertikulose	220.852
5	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50–M54), z. B. Rückenschmerzen	228.465	Verletzungen des Kopfes (S00–S09)	208.793
6	Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25), inkl. Herzinfarkt	213.753	Kardiale Arrhythmien (I47–I49)	206.610
7	Herzinsuffizienz (I50)	202.838	Hernien (K40–K46), z. B. Leistenbruch	200.809
8	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), z. B. Gallensteine	196.401	Herzinsuffizienz (I50)	193.540
9	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80–N98)	194.477	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), z. B. des Darms	191.738

◀ **Tabelle 5.2.1**
Die zehn häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Frauen und Männern, 2013
Datenbasis: Krankenhausdiagnosestatistik [10]

behandelt, davon 815.000 Mädchen und 949.000 Jungen. Darunter waren 57.000 Stundenfälle (Mädchen 26.000, Jungen 32.000 Fälle). Die häufigsten Diagnosen waren bei Mädchen und bei Jungen gleichermaßen Verletzungen des Kopfes, infektiöse Darmkrankheiten sowie Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum, also mit einer Früh- oder Mangelgeburt (Tab. 5.2.2).

5.2.5

INTERNATIONALER VERGLEICH DER STATIONÄREN VERSORGUNG



Für die international vergleichende Analyse der stationären Versorgung können verschiedene Indikatoren

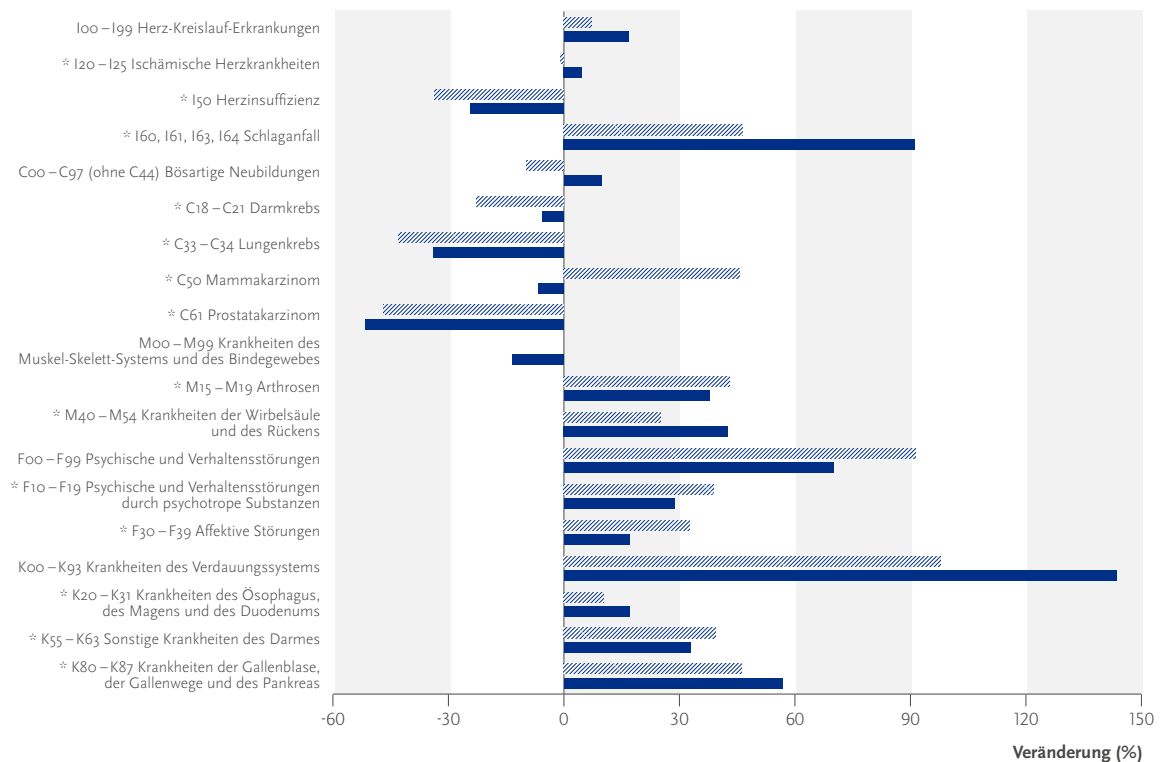
herangezogen werden, beispielsweise die Bettenzahl pro Einwohner (siehe Kapitel 10.5.2), die Bettenauslastung oder die Krankenhausbehandlungsfälle. Als Datengrundlage dient die OECD-Statistik [23]; allerdings weichen die Angaben der OECD und des Statistischen Bundesamts wegen unterschiedlicher Abgrenzungen gelegentlich voneinander ab.

Deutschland weist mit 538 Betten je 100.000 Einwohner für 2012 nach Österreich (546) den höchsten Wert aller EU-Staaten in der OECD-Health-Statistik auf. Höhere Werte zeigen sich nur für die außereuropäischen Staaten Japan (794 Betten je 100.000 Einwohner) und Südkorea (612 Betten je 100.000 Einwohner). Die Bettenauslastung 2012 betrug in

► **Abbildung 5.2.4**
Prozentuale Veränderung
der Krankenhausfälle für
ausgewählte Diagnose-
gruppen 2000 gegenüber
2013 (2000=100%)

Datenbasis:
 Krankenhaus-
 diagnosestatistik [10],
 eigene Berechnungen

Frauen 
 Männer 



► **Tabelle 5.2.2**
Die zehn häufigsten Dia-
gnosen für Krankenhaus-
behandlungen im Alter
von unter 15 Jahren bei
Kindern und Jugendlichen,
2013
 Datenbasis: Kranken-
 hausdiagnosestatistik
 [10]

RANG	MÄDCHEN Diagnose (ICD-Code)	FÄLLE	JUNGEN Diagnose (ICD-Code)	FÄLLE
1	Verletzungen des Kopfes (S00–S09)	44.515	Verletzungen des Kopfes (S00–S09)	57.826
2	Infektiöse Darmkrankheiten (A00–A09)	40.856	Infektiöse Darmkrankheiten (A00–A09)	45.814
3	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (P05–P08), z. B. Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	38.426	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (P05–P08), z. B. Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	40.827
4	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30–J39), z. B. chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	28.448	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30–J39), z. B. chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	36.688
5	Grippe und Pneumonie (J09–J18)	22.699	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20–J22), v. a. akute Bronchitis	32.084
6	Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00–J06), z. B. Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	20.680	Grippe und Pneumonie (J09–J18)	28.658
7	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20–J22), v. a. akute Bronchitis	19.962	Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00–J06), z. B. akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	26.760
8	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen (R10–R19)	16.801	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind (P20–P29)	18.788
9	Allgemeinsymptome (R50–R69), z. B. Ohnmacht und Kollaps sowie Krämpfe (andernorts nicht klassifiziert)	16.516	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40–G47), z. B. Epilepsie	17.586
10	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40–G47), z. B. Epilepsie	14.641	Allgemeinsymptome (R50–R69), z. B. Ohnmacht und Kollaps sowie Krämpfe (andernorts nicht klassifiziert)	16.072

Deutschland nach der OECD-Statistik 79,2% (aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden liegt der Wert in der nationalen Statistik niedriger). Deutlich höhere Werte gibt es beispielsweise in Irland (92,6%),

in Großbritannien (84,3%, 2010) und in Norwegen (89,9%, 2009). Dies sind Länder, in denen Wartelisten für Krankenhausbehandlungen eine Rolle spielen [6]. Aber auch Länder wie die Schweiz und Österreich haben

eine höhere Bettenauslastung als Deutschland, obwohl es dort keine Wartelisten gibt. Die Krankenhausbehandlungsfälle für das Jahr 2012 beliefen sich in Deutschland auf 25.093 Fälle pro 100.000 Einwohner, höhere Werte weist nur Österreich mit 27.030 Fällen pro 100.000 Einwohner auf [23].

LITERATUR

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
2. Prütz F (2010) Die Krankenhauslandschaft nach Trägern und Rechtsformen. In: Heubel F, Kettner M, Manzeschke A (Hrsg) *Die Privatisierung von Krankenhäusern*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 15-41
3. Braun T, Rau F, Tuschen KH (2008) Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2007: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?* Schattauer, Stuttgart, S. 3-22
4. Fürstenberg T, Laschat M, Zich K et al. (2013) G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. *Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010)*. IGES Institut Berlin, InEK Siegburg
5. Statistisches Bundesamt (2015) *Grunddaten der Krankenhäuser 2013*. Fachserie 12 Reihe 611. Destatis, Wiesbaden
6. Geissler A, Wörz M, Busse R (2010) Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2010: Krankenhausversorgung in der Krise?* Schattauer, Stuttgart, S. 25-40
7. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2015) *Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand: 1. Januar 2015 (40. Fortschreibung)*. www.stmgp.bayern.de/krankenhaus/krankenhausplanung/doc/krankenhausplan.pdf (Stand: 30.03.2015)
8. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2014) *Niedersächsischer Krankenhausplan 2014 (29. Fortschreibung)*. www.ms.niedersachsen.de/portal//search.php?_psmand=17&q=krankenhausplan (Stand: 30.03.2015)
9. Statistisches Bundesamt (2013) *Gesundheit. Personal*. Fachserie 12 Reihe 7.3.1, 2011. Destatis, Wiesbaden
10. Statistisches Bundesamt (2015) *Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)*, Fachserie 12 Reihe 6.2.1 – 2013. Destatis, Wiesbaden
11. Nowossadeck E (2012) *Demografische Alterung und stationäre Versorgung chronischer Krankheiten*. *Dtsch Arztebl Int* 109(9):151-157
12. Augurzyk B, Gülker R, Mennicken R et al. (2012) *Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen*. *Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes*. RWI, Essen
13. Felder S, Mennicken R, Meyer S (2013) *Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze*. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2013: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?* Schattauer, Stuttgart, S. 95-109
14. Statistisches Bundesamt (2013) *Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)*. Fachserie 12 Reihe 6.2.1 – 2012 Destatis, Wiesbaden
15. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) *Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):832-844
16. OECD (2010) *Durchschnittliche Krankenhausverweildauer. Gesundheit auf einen Blick 2009: OECD-Indikatoren*. http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2009-41-de
17. Reifferscheid A, Thomas D, Wasem J (2013) *Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz*. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2013: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?* Schattauer, Stuttgart, S. 3-19
18. Reinhold T, Thierfelder K, Müller-Riemenschneider F et al. (2009) *Gesundheitsökonomische Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – eine systematische Übersicht*. *Gesundheitswesen* 71(5):306-312
19. von Eiff W, Schüring S (2011) *Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha*. *Dtsch Arztebl Int* 108(21):A 1164-1166
20. Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) (Hrsg) (2013) *Krebs in Deutschland 2009/2010*. RKI und GEKID, Berlin
21. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) *Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. *Bundestagsdrucksache* 17/10323
22. Rübiger J, Kies S (2012) *Wie werden ambulant behandelte Tumorpatienten zuhause versorgt? Eine versorgungsepidemiologische Studie*. *Public Health Forum* 20(76):21-22
23. OECD (2014) *OECD Health Statistics 2014*. OECD Publishing, DOI: 10.1787/health-data-en

5.3
REHABILITATION

- / *Im Jahr 2013 gab es in Deutschland rund 1.200 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit etwa 167.000 Betten und rund 119.000 Beschäftigten.*

- / *Rund ein Zehntel der Erwachsenen nimmt binnen drei Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch.*

- / *Die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen hat sich in den letzten 15 Jahren nur geringfügig verändert.*

- / *Der Ausgabenanstieg ist in den vergangenen Jahrzehnten geringer ausgefallen als bei den Gesundheitsausgaben insgesamt.*

- / *Zukunftsaufgaben sind der Ausbau ambulanter und geriatrischer Angebote sowie die Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.*

INFOBOX 5.3.1 REHABILITATION

Rehabilitation als Aufgabe der deutschen Sozialleistungsträger schließt alle Maßnahmen ein, die darauf gerichtet sind, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden beziehungsweise eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Ziel ist die selbstbestimmte und möglichst dauerhafte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Unterschieden werden medizinische, schulische, berufliche und soziale Rehabilitation.

Rehabilitationsmaßnahmen unmittelbar im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung werden als Anschlussrehabilitation (AR) bezeichnet, für die es ein beschleunigtes Antragsverfahren gibt. Seit dem 1. Januar 1996 sind ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen gleichgestellt. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 1. April 2007 wurde die medizinische Rehabilitation in den Katalog der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Seit dem 1. Juli 2001 sind die gesetzlichen Regelungen zur Rehabilitation von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen als Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) zusammengefasst, wobei als Leitgedanke die Teilhabe im Mittelpunkt steht. In diesem Gesetz werden unter anderem die Leistungsträger der Rehabilitation benannt. Die Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme übernimmt derjenige Sozialleistungsträger, der das finanzielle Risiko des Scheiterns der Rehabilitation trägt. So übernimmt die Rentenversicherung die Kosten der Rehabilitation, wenn infolge der gesundheitlichen Beeinträchtigung eine Erwerbsminderung droht.

Die soziale Pflegeversicherung gehört nicht zu den Trägern der Rehabilitation. Rehabilitationsleistungen, deren Erfolge vor allem der Pflegeversicherung zugutekommen, müssen von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden; hier muss Sorge getragen werden, dass die Umsetzung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Pflege« nicht gefährdet wird [5–7].



5.3 REHABILITATION

Neben der ambulanten und der stationären Akutversorgung ist die medizinische Rehabilitation ein wichtiger Bereich der Gesundheitsversorgung. Rehabilitation soll die gesundheitliche Beeinträchtigung beseitigen oder zumindest abmildern, die durch eine Krankheit oder einen Unfall entstanden ist und die Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gemeinschaft bedroht (siehe Infobox 5.3.1). Dies entspricht dem Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« bzw. »Rehabilitation vor Pflege«. Rehabilitation verfolgt einen ganzheitlichen Behandlungsansatz auf Basis des ICF-Modells (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, siehe Kapitel 2.13). Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation in Deutschland sind entsprechend des SGB IX

- / die Deutsche Rentenversicherung (DRV)
- / die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- / die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- / die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge
- / die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- / die Träger der Sozialhilfe.

Daneben erbringt auch die Private Krankenversicherung (PKV) und die Beihilfe (bei Beamten) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die Statistik »Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen« des Statistischen Bundesamtes erlaubt Aussagen zum Angebot an Rehabilitationseinrichtungen. Die Inanspruchnahme der rehabilitativen Versorgung wird anhand der Daten der größten Rehabilitationsträger DRV, GKV, DGUV beschrieben. Im

Unterschied zur stationären Akutversorgung werden die Daten zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen von einzelnen Leistungsträgern zur Verfügung gestellt, eine einheitliche Gesamtstatistik existiert nicht. Darüber hinaus können auf der Basis der DEGS-Studie bevölkerungsbasierte Daten zur Inanspruchnahme von Rehabilitation dargestellt werden.

5.3.1 INFRASTRUKTUR, PERSONAL UND GESUNDHEITSAUSGABEN

Die Anzahl der stationären medizinischen Vorsorgebeziehungsweise Rehabilitationseinrichtungen belief sich 2013 auf 1.187, das sind 14,5 % weniger als 2001. Diese Entwicklung geht auf die schrumpfende Zahl kleinerer Institutionen mit unter 250 Betten zurück. Die Zahl der Einrichtungen mit mehr als 250 Betten ist in diesem Zeitraum konstant geblieben. Von 2001 bis 2013 sank die stationäre Bettenkapazität von 189.253 auf 166.889, das entspricht einem Rückgang um 11,8 %.

2013 waren insgesamt 119.178 Personen in Gesundheitsdienstberufen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen tätig. Den größten Anteil daran hatte das nicht-ärztliche Personal mit 109.374 Beschäftigten. Hierzu zählen neben dem Pflegepersonal beispielsweise auch nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten, etwa im Bereich der Physio- oder Ergotherapie, sowie medizinische Fachangestellte. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte war mit 9.804 Beschäftigten dagegen wesentlich kleiner [1].

2013 betrug die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 8,7 Milliarden Euro. Sie sind in den letzten 20 Jahren um 52,1 % gestiegen (Tab. 5.3.1). Mit 98,1 % war der Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben allerdings weitaus höher. Somit reduzierte

5.3

► **Tabelle 5.3.1**
Gesundheitsausgaben für
Vorsorge- und Reha-
bilitationseinrichtungen
nach Ausgabenträgern
in Mio. €
 Datenbasis:
 Statistisches Bundesamt,
 Gesundheits-
 ausgabenrechnung [2]

	1992	2002	2013
Gesundheitsausgaben insgesamt	158.973	229.764	314.939
Ausgaben Vorsorge- und Reha-Einrichtungen	5.741	7.699	8.732
DARUNTER			
Deutsche Rentenversicherung	2.780	2.957	3.429
Gesetzliche Krankenversicherung	1.643	2.784	2.710
Gesetzliche Unfallversicherung	97	106	138
Öffentliche Haushalte	708	1.061	1.160
Arbeitgeber	334	599	1.022
Private Haushalte	109	125	147

sich der Anteil der Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an den gesamten Gesundheitsausgaben von 3,6 % im Jahr 1992 auf 2,8 % im Jahr 2013.

Den größten Anteil der Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen trug mit 3,43 Milliarden Euro die Deutsche Rentenversicherung. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 39,3 %. Zum Vergleich: 1992 betrug der Anteil noch 48,4 %, 2002 waren es 38,4 %. Der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung ist zwar gegenüber 1992 leicht gestiegen, war in den Jahren von 2002 bis 2012 jedoch rückläufig.

Die Deutsche Rentenversicherung verfügt zur Finanzierung der von ihr zu tragenden Rehabilitationsleistungen über ein Rehabilitationsbudget. Dieses wird jährlich berechnet und an die voraussichtliche Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer angepasst (§ 287b SGB V). Mit dem Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz), das am 1. Juli 2014 in Kraft trat, wurde der jährlichen Anpassung eine Demografiekomponente hinzugefügt, die für den Zeitraum bis 2017 zu einer zusätzlichen Erhöhung, von 2018 bis 2040 zu einer Reduzierung des Rehabilitationsbudgets führt. Damit sollen die zusätzlichen finanziellen Belastungen aufgefangen werden, die sich aus der demografischen Entwicklung ergeben – die Babyboomer-Generation (siehe Kapitel 9) kommt in ein Alter, in dem Rehabilitationsleistungen häufiger notwendig sind [3–5]. Weitere Faktoren, die den Bedarf an Rehabilitationsleistungen im Bereich der DRV beeinflussen, werden derzeit nicht berücksichtigt. Dazu zählen die Verlängerung der Lebensarbeitszeit (»Rente mit 67«) sowie Veränderungen des Krankheitsspektrums, der Behandlungsmöglichkeiten, des Antragsverhaltens von Rehabilitationsbedürftigen oder die Verweildauerverkürzungen im akutstationären Sektor (siehe Kapitel 5.2) [3, 5].

5.3.2 INANSPRUCHNAHME

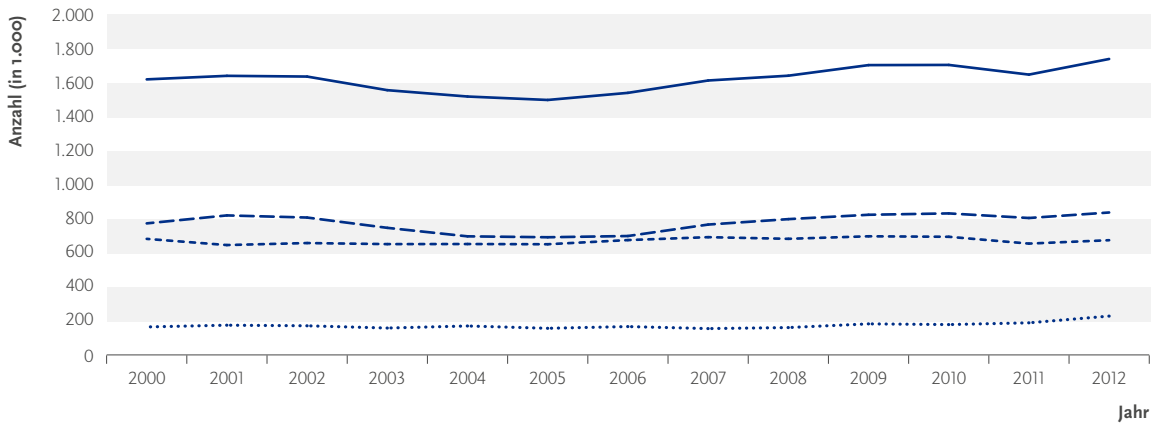
Wie eingangs dargestellt, existiert keine einheitliche Gesamtstatistik zur medizinischen Rehabilitation. Die ausführlichste Datenlage gibt es zur Inanspruchnahme stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, weshalb sich der folgende Abschnitt auf diese Daten

konzentriert. 2013 wurden 1.953.636 Patientinnen und Patienten in stationären medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Dabei hat sich die Verweildauer seit 2001 kaum geändert: Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verbrachten durchschnittlich 25,3 Tage in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung [1].

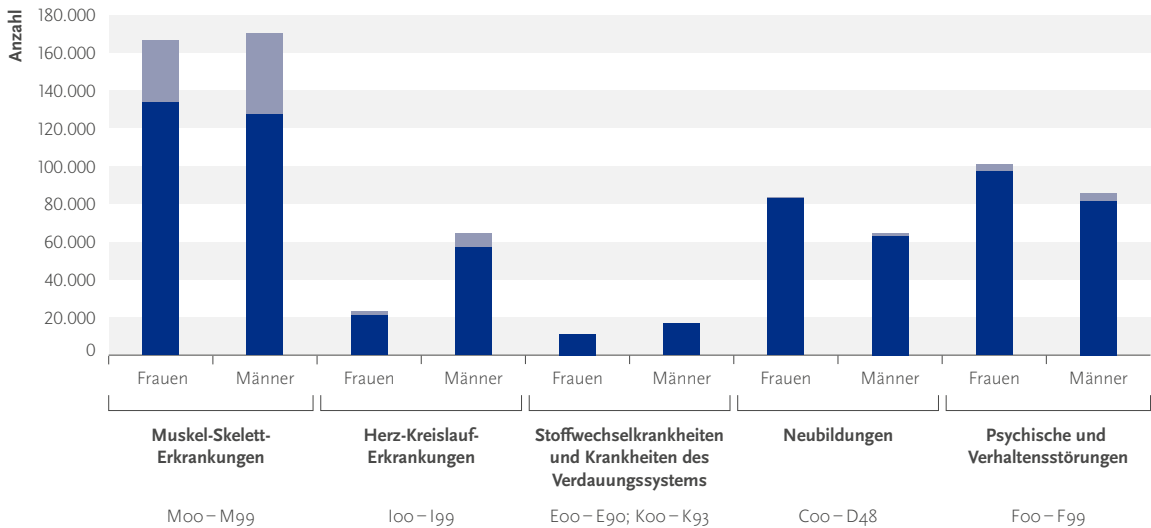
Die größten Leistungsträger haben Daten zur medizinischen Inanspruchnahme publiziert. Dabei zeigte sich, dass sich die Inanspruchnahme stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen in den Jahren von 2000 bis 2011 nur geringfügig verändert hat (Abb. 5.3.1). Lediglich beim Leistungsträger DRV kam es zu größeren – zwischenzeitlich auch gegenläufigen – Veränderungen der Inanspruchnahme stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei Erwachsenen; die insgesamt resultierende Zunahme betrug zwischen 2000 und 2012 21,0 % [8].

Die wichtigsten Diagnosen bei Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation waren bei Frauen und Männern Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Jedoch haben sowohl bei Frauen als auch bei Männern psychische Erkrankungen zugenommen: Sie waren 2013 die zweithäufigste Indikation (Abb. 5.3.2). Allerdings ergibt sich hierbei für Frauen und Männer ein unterschiedliches Bild: So benötigten Frauen eine medizinische Rehabilitationsleistung eher in Folge affektiver Störungen wie Depressionen, während Männer diese Maßnahmen eher aufgrund von Diagnosen bedingt durch psychotrope Substanzen in Anspruch nahmen. Hinter dieser Indikation stehen häufig Behandlungen von Suchterkrankungen, vor allem von Alkoholabhängigkeit [18, 19]. Die Krebserkrankungen standen 2013 an dritter Stelle [8].

Anhand der Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts (2008–2011) kann bestimmt werden, wie groß der Anteil der Bevölkerung ist, der Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nimmt. Demnach haben 10,3 % der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in den drei Jahren vor der Befragung mindestens eine Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen (Frauen 10,4 %, Männer 10,3 %). Die Inanspruchnahme variiert mit dem Alter, wie Abbildung 5.3.2 zeigt. Ferner gibt es deutliche Unterschiede im Rehabilitationssetting. Knapp drei Viertel aller Reha-



◀ **Abbildung 5.3.1**
Rehabilitationleistungen im stationären Setting nach Leistungsträgern, 2000 bis 2012
Datenbasis: Statistik der Deutschen Rentenversicherung; Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand; Bundesministerium für Gesundheit, KG 5-Statistik [8–17]



◀ **Abbildung 5.3.2**
Leistungen zur stationären und ambulanten Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Deutschen Rentenversicherung nach 1. Diagnose, 2013
Datenbasis: Statistik der Deutschen Rentenversicherung [8]

■ Ambulante Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
■ Stationäre Leistungen

	FRAUEN				MÄNNER			
	18–29 Jahre	30–44 Jahre	45–64 Jahre	65–79 Jahre	18–29 Jahre	30–44 Jahre	45–64 Jahre	65–79 Jahre
Inanspruchnahme insgesamt¹	4,4%	7,0%	12,8%	14,1%	3,4%	6,6%	11,7%	15,2%
ambulant/teilstationär/tagesklinisch	1,2%	2,3%	3,4%	2,5%	2,1%	2,1%	2,7%	4,1%
stationär	3,2%	4,7%	9,4%	11,6%	1,3%	4,5%	9,0%	11,1%

◀ **Tabelle 5.3.2**
Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen in den 36 Monaten vor Befragung nach Setting
Datenbasis: DEGS1 2008–2011

¹ Anteil der Inanspruchnahmen von stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen pro Altersklasse, bezogen auf die letzte Rehabilitationsmaßnahme.

bilitationsmaßnahmen fanden stationär und gut ein Viertel ambulant oder teilstationär beziehungsweise in Tageskliniken statt (Tab. 5.3.2).

5.3.3 REHABILITATION IM WANDEL

Die Rehabilitation unterliegt einem Wandlungsprozess, der bereits Anfang der 1990er-Jahre mit den Berichten der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung [20] einsetzte und viele Facetten aufweist.

Eine davon ist der Wandel des Krankheitsspektrums: Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen erlangen wachsende Bedeutung, während orthopädische und Herz-Kreislauf-Erkrankungen rückläufig sind [21, 22].

Eine immer wichtigere Rolle spielen Qualitätssicherung und Evidenzbasierung der Rehabilitation: Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, an einer externen Qualitätssicherung teilzunehmen sowie ein internes Qualitätsmanagement einzurichten, das zertifiziert sein muss. So haben die Rehabilitationsträger Qualitätssicherungsprogramme entwickelt und etabliert [23–25], die lückenlos alle Rehabilitationskliniken in Deutschland einbeziehen [26]. Das Qualitätssicherungsprogramm der DRV ist eines der ersten übergreifenden im deutschen Gesundheitswesen und existiert schon seit 20 Jahren. Allerdings wird auch auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung hingewiesen [26–29]. Die zunehmende Evidenzbasierung [30] wurde unter anderem durch eine Förderung der Rehabilitationsforschung [31] erreicht, zum Beispiel im Förderschwerpunkt

»Chronische Krankheiten und Patientenorientierung« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der DRV und der Krankenkassen. Daneben wurden sogenannte Reha-Therapiestandards (früher als Reha-Leitlinien bezeichnet) für verschiedene Indikationen durch die DRV erarbeitet [32]. Die Berücksichtigung evidenzbasierter Therapien soll die rehabilitative Versorgung verbessern [33] (siehe auch Kapitel 5.8). Generell ist eine starke Orientierung der Rehabilitation an der Rehabilitationsforschung festzustellen [20, 31, 34, 35].

Ein weiterer Aspekt ist der Ausbau der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation [36, 37]. Sie berücksichtigt berufliche Aspekte während der medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern. Zur flächendeckenden Etablierung wurden klinische Anforderungsprofile entwickelt [38].

Auch die ambulante Rehabilitation soll weiter ausgebaut werden: Der Gemeinsame Bundesausschuss fordert, dass dem Grundsatz »ambulant vor stationär« (§39 SGB V) Rechnung zu tragen ist [39]. Gegenwärtig findet im Bereich der DRV etwa jede achte Rehabilitationsmaßnahme ambulant statt, nachdem Mitte der 1990er-Jahre medizinische Rehabilitation fast ausschließlich stationär war [21]. Die ambulante Reha ist als gleichwertiges Setting zu betrachten [40]. Sie kann insbesondere die Nachhaltigkeit der Änderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (wie Tabakentwöhnung, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung) positiv beeinflussen [41, 42].

Weiterentwicklungsbedarf besteht auch darin, die rehabilitative Versorgung mit den anderen Versorgungsektoren stärker zu vernetzen. Dies betrifft sowohl die ambulante und stationäre Versorgung im Vorfeld der Rehabilitation wie auch die Nachsorge und Selbsthilfe. So hat beispielsweise die DRV das Nachsorgeprogramm »IRENA« entwickelt und speziell für die Kardiologie »KARENA«. Ziel dieser Nachsorgeprogramme ist es, die in der Rehabilitation erzielten Erfolge nachhaltig zu sichern. Dazu müssen sie besser mit den behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abgestimmt und durch diese begleitet werden. Zudem bedarf es einer Kooperation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen beim Beantragen und Vorbereiten einer Rehabilitation [29].

Zudem besteht infolge der zunehmenden Zahl älterer Menschen ein besonderer Bedarf an geriatrischer Rehabilitation (siehe Kapitel 7.2.3). Geriatrische Rehabilitation ist dabei als integrierter Bestandteil der »geriatrischen Versorgung« anzusehen [43], die sektorenübergreifend organisiert wird [44, 45]. Sie wird wie die Rehabilitation insgesamt stationär, teilstationär und ambulant erbracht. In den letzten Jahren entstand zudem die mobile geriatrische Rehabilitation [46]. Bereits 2007 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft mobile Rehabilitation und der MDK Rahmenempfehlungen für die mobile geriatrische Rehabilitation verabschiedet [47].

5.3.4 FAZIT

Die alternde Bevölkerung, der Wandel des Krankheitspektrums und eine sich ändernde Arbeitswelt stellen

das Rehabilitationssystem in Deutschland vor große Herausforderungen: Wachsende Patientenzahlen im höheren Erwerbsalter sowie im höheren und hohen Lebensalter, zunehmende Multimorbidität und die zunehmende Bedeutung der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören zu den zentralen Elementen.

Die Rehabilitation ist von ihrem ganzheitlichen Behandlungsansatz und ihrer Forschungsorientierung her strukturell in der Lage, darauf adäquat zu reagieren. Bei bedarfsgerechter struktureller, personeller und finanzieller Ausstattung kann sie einen Schlüssel darstellen, um die genannten Herausforderungen zu bewältigen.

LITERATUR

1. Statistisches Bundesamt (2014) *Fachserie 12 Reihe 6.1.2. Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2013*. Destatis, Wiesbaden
2. Statistisches Bundesamt (2015) *Gesundheitsausgabenrechnung*. www.gbe-bund.de (Stand: 29.04.2015)
3. Buschmann-Steinhage R (2012) *Budgetprobleme in der Rehabilitation*. *Rehabilitation* 51(02):81-88
4. Prognos AG (2011) *Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr. Argumente die eine Anhebung des Reha-Budgets erforderlich machen*. www.bdpk.de/media/file/847.RehaBudget_Dossier_end.pdf (Stand: 08.06.2015)
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bundestagsdrucksache 18/1940
6. Jahn R, Lux G, Walendzik A et al. (2009) *Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Erarbeitung eines Konzepts zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die gesetzlichen Krankenkassen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Diskussionsbeitrag aus der Fakultät Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen*, Nr. 175. <https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/175.pdf> (Stand: 08.06.2015)
7. Augurzky B, Reichert AR, Scheuer M (2011) *Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011*. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen
8. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) *Statistik der Leistungen zur Rehabilitation*. www.gbe-bund.de (Stand: 29.04.2015)
9. Bundesministerium für Gesundheit (2014) *KG 5-Statistik: Leistungsfälle und Leistungstage von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-Versicherten. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Rehabilitationsmaßnahmen, Kassenart, Versichertengruppe*. www.gbe-bund.de (Stand: 28.04.2015)
10. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2005) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2004*. DGUV, Berlin
11. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2006) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2005*. DGUV, Berlin
12. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2007) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2006*. DGUV, Berlin
13. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2008) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2007*. DGUV, Berlin
14. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2009) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2008*. DGUV, Berlin
15. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2010*. DGUV, Berlin

16. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2011*. DGUV, Berlin
17. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2013*. DGUV, Berlin
18. Deutsche Rentenversicherung Bund (1999) *Stationäre medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation für Erwachsene im Berichtsjahr 1999. Verteilung nach ausgewählten Diagnosenrundgruppen (1. Diagnose) sowie nach Altersgruppen*. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=5B8F27EB4669EBFFC1256AE6002F572B&chstatakt_RehabilitationReha-Leistungen=WebPagesIOP74@open@viewName=statakt_RehabilitationReha-Leistungen#WebPagesIOP74 (Stand: 15.04.2015)
19. Hibbeler B (2010) *Vorsorge und Rehabilitation. Kassen legen erstmals Statistik vor*. Dtsch Arztebl Int 107(49):2426-2428
20. *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg) (1992) Bericht der Reha-Kommission – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. VDR, Frankfurt
21. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2012) *Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. DRV, Berlin
22. Buschmann-Steinhage R, Brüggemann S (2011) *Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(4):404-410
23. Farin E, Jäckel W (2011) *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(2):176-184
24. Lindow B, Radoschewski FM, Lay W et al. (2011) *Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – bewährte Instrumente und neue Fragestellungen*. RVaktuell 58(5/6):166-172
25. Vogel H, Neuderth S (2003) *Allgemeine medizinische und psychosomatische Rehabilitation*. In: Härter M, Linster HW, Stieglitz RD (Hrsg) *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie, Grundlagen, Methoden und Anwendung*. Hogrefe, Göttingen, S. 327-352
26. Schmidt J, Nübling R, Schmidt-Ott G (2015) *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung*. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Greife S, Jacobi C et al. (Hrsg) *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Schattauer, München
27. Farin E, Jäckel W (2011) *Qualitätssicherung in der Rehabilitation – Eine kritische Bestandsaufnahme*. Public Health Forum 19(4):6.e1-6.e3
28. Klosterhuis H (2010) *Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme*. RVaktuell 57(8):260-268
29. Seiter H, Kissling F, Bauer K et al. (2012) *AG Standortfaktor Gesundheit – Bericht der Projektgruppe Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe*. Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Stuttgart
30. Mittag O (2011) *Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation (in Deutschland)*. Public Health Forum 19(4):4.e1-4.e3
31. Koch U, Lehmann C, Morfeld M et al. (2007) *Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland*. Rehabilitation 46(03):127-144
32. Klosterhuis H (2011) *Reha-Therapiestandards und Qualitätssicherung der Rehabilitation*. Neurologie & Rehabilitation 17(3):152-156
33. Brüggemann S, Korsukéwitz C (2004) *Leitlinien in der Rehabilitation: Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse?* Rehabilitation 43(05):304-311
34. Spyra K, Müller-Fahrnow W (2006) *Rehabilitation als Gegenstand der Versorgungsforschung*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 49(2):188-197
35. Nübling R (2011) *Die Rehabilitation hat kein Imageproblem! Zur kritischen Auseinandersetzung mit der Rehabilitationsforschung: Anmerkungen zum Gespräch mit Prof. Dr. Alfred Wirth*. Spektrum, Fachzeitschrift der DRV Baden-Württemberg 1:38-41
36. Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (2007) *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
37. Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L et al. (2011) *Berufliche Teilhabe durch multimodale medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation*. Public Health Forum 19(4):12.e11-12.e13
38. Streibelt M, Buschmann-Steinhage R (2011) *Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung*. Rehabilitation 50(03):160-167
39. *Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie)*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-882/RL-Reha_2014-04-17.pdf (Stand: 08.06.2015)
40. Morfeld M, Strahl A, Koch U (2011) *Ambulante Rehabilitation in Deutschland*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(4):420-428
41. Baumgarten E, Lindow B, Klosterhuis H (2008) *Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung*. RVaktuell 55(11):335-342
42. Charrier A (2007) *Wirksamkeit ambulanter Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen*. Clin Res Cardiol Suppl 2(4):IV99-IV102
43. Die Renteln-Kruse W, Anders J, Dapp U (2011) *Rehabilitation vor Pflege*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(4):489-495
44. *Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg) (2010) Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status quo und Weiterentwicklung*. Kohlhammer, Stuttgart
45. Rummer A, Schulz R-J (2012) *Geriatrie: Vermeidung des Drehtüreffekts*. Dtsch Arztebl Int 109(15):746-748
46. Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C (2009) *Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation*. Rehabilitation 48(01):15-25
47. *Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg) (2007) Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007*. www.vdek.com/content/vdeksite/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mobile_reha/_jcr_content/par/download/file.res/rahmenempfehlung_mogere_20070501.pdf (Stand: 15.04.2015)

5.4
PFLEGE

-
- / *Vier bis fünf Millionen Personen in Deutschland sind hilfe- oder pflegebedürftig.*
-
- / *Mit steigender Tendenz erhalten derzeit rund 3% der Bevölkerung – das sind etwa 2,6 Millionen Menschen – Leistungen der Pflegeversicherung.*
-
- / *Da Frauen im Alter häufiger allein leben, sind sie in stärkerem Maße auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen als Männer.*
-
- / *Rund 71% der Pflegebedürftigen werden zu Hause, überwiegend durch Angehörige, versorgt.*
-
- / *Professionelle Unterstützung wird durch etwa 26.000 ambulante Dienste und Pflegeheime mit insgesamt über einer Million Beschäftigten geleistet.*

INFOBOX 5.4.1

PFLEGE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Ein Zustand der Pflege- und Hilfebedürftigkeit kann als vorübergehende (voraussichtlich jedoch mindestens sechs Monate andauernde) oder dauerhafte Krise einer selbständigen Lebensführung aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen verstanden werden. Pflege umfasst demnach alle unterstützenden Maßnahmen, die der Erhaltung und Wiederherstellung der körperlichen, mentalen und sozialen Funktionsfähigkeit dienen. Pflege unterstützt medizinische Behandlungen und versucht, Gebrechlichkeit zu lindern, um ein möglichst hohes Maß an selbständiger Lebensführung, Lebensqualität und Teilhabe bis zum Tod zu gewährleisten. Pflegerische Tätigkeiten werden von professionellen Pflegekräften ebenso durchgeführt wie von Laien (vor allem pflegenden Angehörigen). Professionelle Pflege (Pflegesachleistung) umfasst pflegerische Handlungen (Grundpflege), die

Kooperation mit anderen Berufsgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzten sowie nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten) und die Unterstützung und Beratung von Angehörigen. Pflegebedürftig und leistungsberechtigt im sozialrechtlichen Sinn ist eine Person, die wegen einer körperlichen, seelischen oder geistigen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf (§ 14 Absatz 1 SGB XI). Die Pflegebedürftigkeit einer Person wird in drei Stufen eingeteilt: erhebliche Pflegebedürftigkeit (Stufe 1), Schwerpflegebedürftigkeit (Stufe 2) und Schwerstpflegebedürftigkeit (Stufe 3). Darüber hinaus gibt es so genannte Härtefälle. Die Pflegekasse lässt von Medizinischen Diensten oder von anderen unabhängigen Gutachtern ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.



5.4 PFLEGE

Die dauerhafte Pflege und Betreuung hilfebedürftiger und gesundheitlich beeinträchtigter Personen (Langzeitpflege) wird im Zuge der demografischen Alterung zu einem immer wichtigeren Teil der gesundheitlichen Versorgung (siehe Kapitel 8). Mit dem Rückgang der Infektionskrankheiten und der verbesserten Therapie vieler chronischer Erkrankungen hat die Lebenserwartung in der Bevölkerung deutlich zugenommen (siehe Kapitel 2.1). Auch wenn ein großer Teil der gewonnenen Lebenszeit in guter Gesundheit verbracht wird [1–3], lebt eine steigende Zahl älterer Menschen mit alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen und ist vorübergehend oder dauerhaft hilfe- oder pflegebedürftig. Prognosen gehen von einer wachsenden Versorgungslücke zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften aus (siehe Kapitel 8).

Im Folgenden wird die Struktur der pflegerischen Versorgung mit Hilfe der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes zu pflegebedürftigen Personen im Sinne des SGB XI sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschrieben. Über die Pflegestatistik hinaus werden Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012 des Robert Koch-Instituts zum Thema pflegende Angehörige sowie die Datenbank zu bestehenden Pflegestützpunkten des Zentrums für Qualität in der Pflege berücksichtigt. Zu einigen Eckdaten, wie den hilfebedürftigen Personen insgesamt oder den informellen Pflegekräften, liegen lediglich Schätzungen vor.

5.4.1 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Angesichts des steigenden Pflegebedarfs wurde im Jahr 1995 mit dem 11. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) die Soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Mussten Pflegebedürftige und

ihre Angehörigen anfallende Pflegekosten zuvor überwiegend selbst tragen, ist nun aufgrund der Versicherungspflicht für gesetzlich und privat Versicherte ein großer Teil des Risikos über einen Rechtsanspruch auf Pflegeleistungen abgesichert [4]. Ein Pflege- und Hilfebedarf wird anerkannt, wenn nach der sozialrechtlichen Definition eine Pflegebedürftigkeit vorliegt (siehe Infobox 5.4.1).

Bei der Begutachtung wird außerdem gesondert geprüft, ob eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt. Ein Kriterienkatalog mit insgesamt 13 Einzelaspekten soll Aufschluss darüber geben, ob ein »erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf« vorliegt. Damit sollen spezifische Bedarfe aufgrund von kognitiven oder psychischen Einschränkungen, zum Beispiel bei demenziellen Erkrankungen festgestellt werden mit dem Anspruch auf bestimmte zusätzliche Leistungen verbunden ist.

Im Rahmen der Pflegeversicherung werden Pflege-, Betreuungs-, Beratungs- und hauswirtschaftliche Leistungen erbracht. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen können sich im Wesentlichen zwischen Geld- (Pflegegeld) und Sachleistungen (professionelle ambulante Pflege) oder einer Kombination beider Leistungsarten entscheiden. Bei Bezug von Geldleistungen organisieren Pflegebedürftige und Angehörige die Pflege selbst. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommt.

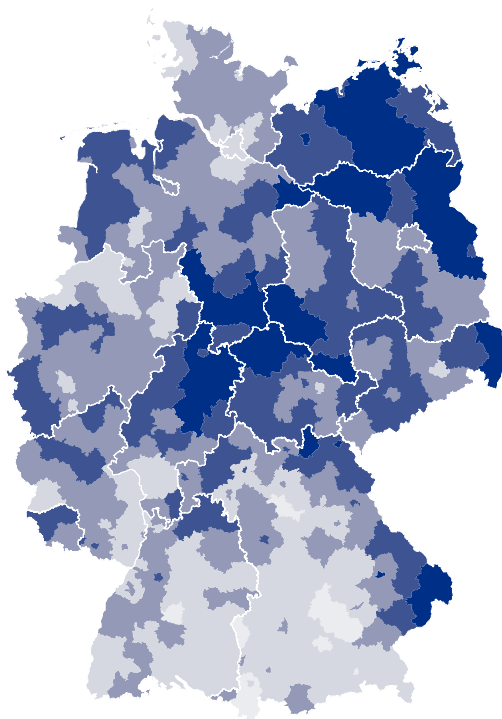
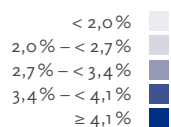
Die Pflegeversicherung deckt das Pflegerisiko nicht voll ab, sondern übernimmt je nach Pflegestufe bestimmte Leistungsbeträge in Euro, die durch Gesetz festgesetzt sind. Darüber hinausgehende Bedarfe und Kosten, darunter die Unterbringungskosten und Verpflegung in stationären Pflegeeinrichtungen, müssen die Versicherten selbst tragen. Zudem ist die sozialrechtliche Definition des Pflegebedarfs enger gefasst als der wissenschaftliche Begriff von Pflegebedürftigkeit, der neben körperlichen Einschränkungen psychische und

5.4

► **Abbildung 5.4.1**
Pflegebedürftige Personen und ihre Versorgung in Deutschland
 Datenbasis:
 Pflegestatistik 2013 [6], 6.
 Altenbericht [5],
 GEDA 2012, Barmer GEK
 Pflegereport 2012 [7]

INSGESAMT ETWA 4,5 MILLIONEN DAUERHAFT HILFEBEDÜRFTIGE PERSONEN		
darunter: Pflegeversicherung (SGB XI)		
2,6 Millionen anerkannt Pflegebedürftige		
zu Hause versorgt: rd. 1,9 Millionen (70,9%) Pflegebedürftige		in Heimen (vollstationär) versorgt: rd. 764.000 (29,1%) Pflegebedürftige
durch Angehörige: rd. 1,25 Millionen Pflegebedürftige	zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste: rd. 616.000 Pflegebedürftige durch rd. 12.700 ambulante Pflegedienste mit rd. 320.000 Beschäftigten	in rd. 13.000 Pflegeheimen mit rd. 685.000 Beschäftigten
durch rd. 4,7 Millionen private Pflegepersonen (v. a. Angehörige)		

► **Abbildung 5.4.2**
Anteil der Pflegebedürftigen (Pflegequoten) auf Kreisebene
 Datenbasis:
 Pflegestatistik 2011 [9]



soziale Dimensionen des Hilfebedarfs stärker berücksichtigt [5]. Das Ausmaß der Pflege- und Hilfebedürftigkeit in Deutschland ist also nicht mit dem sozialrechtlich anerkannten Bedarf gleichzusetzen.

Im Jahr 2013 waren in Deutschland etwa 2,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig anerkannt, die Zahl der dauerhaft hilfebedürftigen Personen wird jedoch insgesamt auf 4,5 Millionen Personen geschätzt [5]. Ihre pflegerische Versorgung wird durch vier bis fünf Millionen Privatpersonen, etwa eine Million Beschäftigte ambulanter und stationärer Einrichtungen sowie 100.000 bis 200.000 informell beschäftigte Pflegekräfte sichergestellt. Die Pflege erfolgt zu Hause, gegebenenfalls unterstützt durch einen der rund 12.700 ambulanten Pflegedienste, oder in einer der rund 13.000 stationären Einrichtungen (Abb. 5.4.1).

5.4.2 PFLEGERISCHE VERSORGUNG IM RAHMEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Im Jahr 2013 haben 2.626.206 Pflegebedürftige in Deutschland Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen. Bei 55,8% dieser Personen war die Pflegestufe 1 anerkannt, bei 31,9% Pflegestufe 2 und

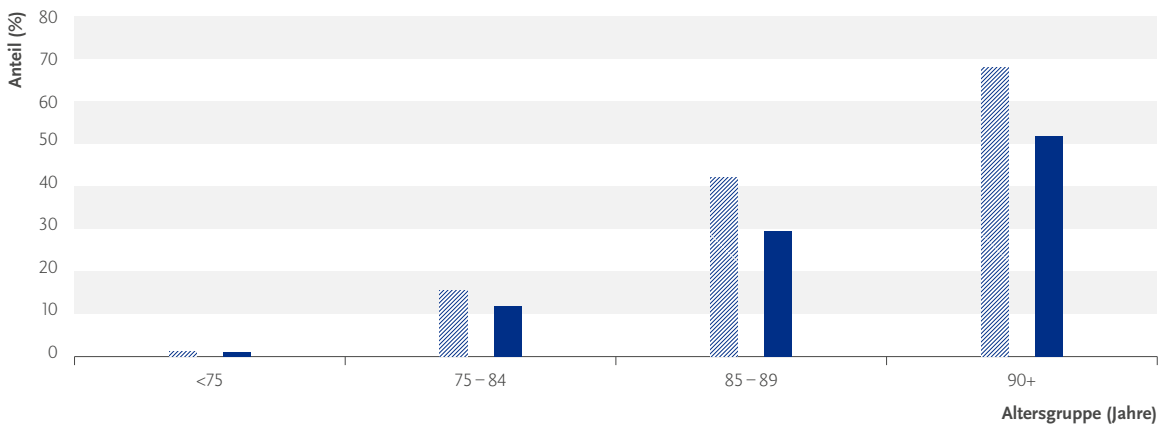
bei 11,8% Pflegestufe 3. Zwischen 1999 und 2013 hat die absolute Zahl der Leistungsempfänger um 30,3% zugenommen. Die Pflegequote, das heißt der Anteil anerkannt Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung, ist von 2,5% auf 3,3% gestiegen [8].

Die pflegebedürftige Bevölkerung ist regional nicht gleich verteilt. Die niedrigsten Pflegequoten sind in Baden-Württemberg sowie in weiten Teilen Bayerns zu verzeichnen. Besonders hohe Pflegequoten finden sich in strukturschwachen Regionen, in denen die Abwanderung jüngerer und gesünderer Teile der Bevölkerung dazu führt, dass überdurchschnittlich viele ältere Menschen zurückbleiben sowie soziale und gesundheitliche Problemlagen zusammentreffen. Dies macht sich in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, aber auch in einigen östlichen Landkreisen Sachsens und Niederbayerns sowie in der Grenzregion zwischen Thüringen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Hessen bemerkbar (Abb. 5.4.2).

Mit dem Alter steigt die Pflegequote steil an: Sie liegt bei 75- bis 84-jährigen bereits bei 13,9% und erhöht sich bei den Neunzigjährigen und Älteren auf 64,4%. Insgesamt sind 69,4% der pflegebedürftigen Personen 75 Jahre alt oder älter [8]. Frauen werden im Schnitt älter als Männer und sind unter den heute Hochbetagten auch infolge des Zweiten Weltkriegs stärker vertreten. Aus diesen Gründen sind fast zwei Drittel (64,6%) aller Pflegebedürftigen weiblich [10].

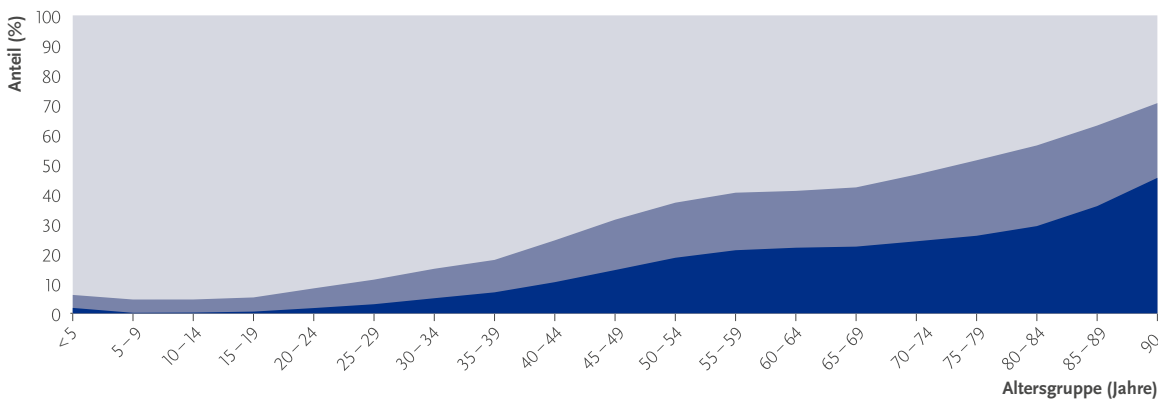
Auffällig ist zudem, dass die Pflegequoten vor allem im fortgeschrittenen Alter bei Frauen deutlich höher liegen als bei gleichaltrigen Männern (Abb. 5.4.3). Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und wegen ihres im Mittel geringeren Heiratsalters tragen Frauen ein größeres Risiko zu verwitwen (siehe Kapitel 3.4). Hinzu kommt, dass die Männer der potenziell pflegebedürftigen Jahrgänge nach wie vor durch den Zweiten Weltkrieg stärker dezimiert sind [11]. Daher leben Frauen im Alter häufiger als Männer ohne Partner und sind als Alleinstehende bei eintretender Pflegebedürftigkeit eher auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen. Männer im gleichen Alter leben dagegen häufiger mit ihren Partnerinnen zusammen und können von diesen auch ohne den Bezug von Pflegeleistungen mitversorgt werden [12].

Insgesamt wird mit 70,9% der ganz überwiegende Teil der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Diese erhalten dann Pflegeleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst (23,5%) oder sie beziehen Geldleistungen (47,4%) und werden von Dritten, zumeist von Angehörigen, versorgt. Nicht zuletzt die Möglichkeit, beide Leistungsarten zu kombinieren, hat dazu geführt, dass



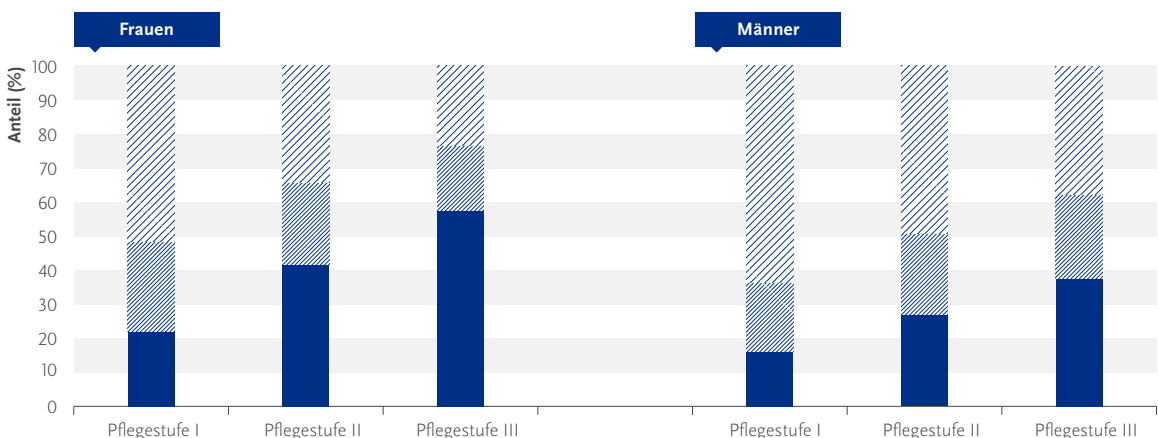
◀ **Abbildung 5.4.3**
Pflegequoten nach Alter und Geschlecht
Datenbasis: Pflegestatistik 2013 [6]

▨ Frauen
■ Männer



◀ **Abbildung 5.4.4**
Pflegebedürftige Personen nach Art der Betreuung
Datenbasis: Pflegestatistik 2013 [6]

■ Pflegegeld
■ Ambulante Pflege
■ Vollstationäre Pflege



◀ **Abbildung 5.4.5**
Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen und Art der Betreuung
Datenbasis: Pflegestatistik 2013 [6]

▨ Pflegegeld
▨ Ambulante Pflege
■ Vollstationäre Pflege

der Anteil der ausschließlich Pflegegeldbeziehenden langsam zugunsten jener Pflegebedürftigen abnimmt, die unter Mitwirkung eines ambulanten Pflegedienstes betreut werden [8].

Die Art der Versorgung zeigt einen klaren Altersverlauf: Während Pflegebedürftige jüngerer Altersgruppen fast vollständig von Angehörigen unter Bezug von Pflegegeld versorgt werden, nimmt der Anteil jener, die mit Hilfe eines ambulanten Dienstes oder stationär versorgt werden, mit fortschreitendem Erwachsenenalter spürbar zu. Allerdings werden auch die Neunzigjährigen und Älteren immer noch mehrheitlich (54,5%) in ihrer häuslichen Umgebung betreut (Abb. 5.4.4).

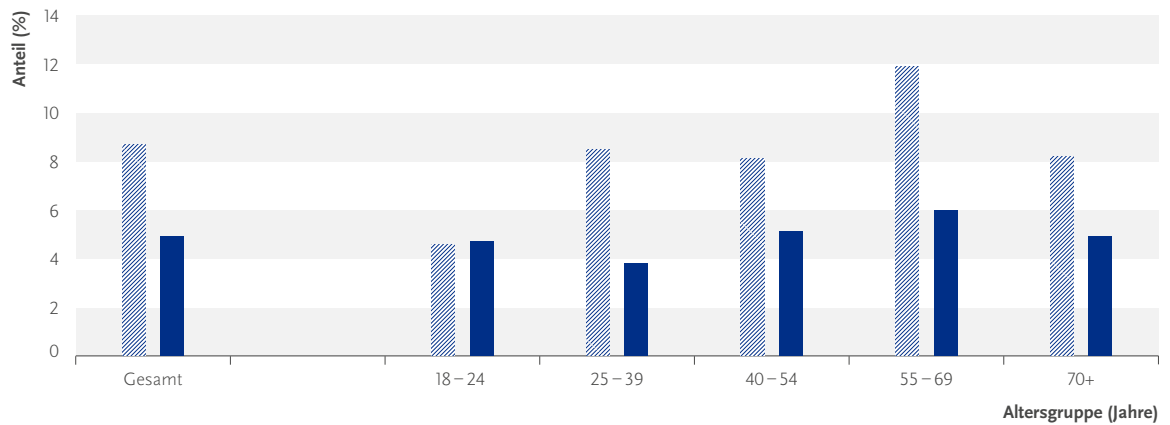
Auch bei der Art der Betreuung lassen sich bedingt durch die höhere Lebenserwartung von Frauen deutliche Geschlechterunterschiede aufzeigen: Der Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden (Heimquote), liegt bei älteren und hochbetagten Frauen

deutlich höher als bei gleichaltrigen Männern. So steigt die Heimquote bei Frauen von 19,0% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 47,8% bei den Neunzigjährigen und Älteren. Bei den Männern nimmt sie in derselben Altersspanne von 24,9% auf 34,5% zu [8]. Damit übereinstimmend werden schwerst pflegebedürftige Männer (Pflegestufe 3) noch mehrheitlich (62,5%) in der häuslichen Umgebung versorgt, erhalten also Pflegegeld oder nehmen ambulante Leistungen in Anspruch. Schwerst pflegebedürftige Frauen, die häufig alleinstehend sind, werden demgegenüber mehrheitlich (57,4%) stationär in Pflegeheimen versorgt (Abb. 5.4.5).

5.4.3 VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER DURCH ANGEHÖRIGE

Pflegende Angehörige erbringen den größten Teil aller Pflegeleistungen. Abgesehen von den körperlichen und

► **Abbildung 5.4.6**
Anteil der
Pflegerpersonen nach
Alter und Geschlecht
Datenbasis:
GEDA 2012



psychischen Belastungen, die mit der Pflege Angehöriger verbunden sind, nehmen Pflegerpersonen dabei häufig Brüche in der eigenen Berufsbiographie sowie beträchtliche finanzielle Risiken in Kauf [1, 10, 13]. Häufig verteilt sich die Pflegelast jedoch auf mehrere Schultern: nur ein knappes Drittel aller Pflegebedürftigen wird von nur einer privaten Pflegeperson alleine betreut [10].

Nach Angaben der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012 (GEDA 2012) des Robert Koch-Instituts betreuen oder pflegen 6,9% der Erwachsenen eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person. Hochgerechnet auf die Bevölkerung führt dieser Anteil zu einer Schätzung von etwa 4,7 Millionen pflegenden Angehörigen in Deutschland (Abb. 5.4.1).

Der Anteil Pflegenden variiert nach Alter und Geschlecht: Fast zwei Drittel (64,9%) aller pflegenden Angehörigen sind nach Informationen aus GEDA 2012 Frauen. Der Bevölkerungsanteil Pflegenden liegt bei 8,7% bei den Frauen und bei 4,9% bei den Männern. Geschlechterunterschiede zeigen sich besonders in jenen Altersgruppen, in denen der Anteil Pflegenden am höchsten ist: So liegt der Anteil pflegender Frauen unter den 55- bis 69-Jährigen bei 11,9% und damit etwa doppelt so hoch wie der Anteil pflegender Männer (6,0%) (Abb. 5.4.6).

Andere repräsentative Erhebungen aus den vergangenen Jahrzehnten zeigen jedoch, dass der Männeranteil unter den pflegenden Angehörigen stetig zunimmt [10, 14]. Neben einer möglicherweise steigenden Pflegebereitschaft unter Männern ist dies auch darauf zurückzuführen, dass immer mehr Paare gemeinsam alt werden und insbesondere der Anteil alleinstehender älterer Frauen auf absehbare Zeit rückläufig sein wird [11]. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die Lebenserwartung der Männer schneller zunimmt und somit der zugunsten der Frauen bestehende Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen langsam geringer wird (siehe Kapitel 2.1.1). Zum anderen verschwinden die demographischen Effekte des Zweiten Weltkriegs, in dessen Folge mehr Frauen als Männer ohne Partner zurückgeblieben sind. Aufgrund dieser Entwicklung stehen Männer künftig häufiger als früher vor der Situation, zur Pflege ihrer Partnerin beitragen zu müssen.

Die wichtigste Herausforderung für die familiäre Pflege ist jedoch in einem abnehmenden intergenerationalen Pflegepotenzial zu sehen: Der sinkende Anteil jüngerer Menschen muss den größer werdenden Anteil

älterer und hochaltriger Personen versorgen [15, 16]. Besonders sichtbar wird dies, wenn die zahlenmäßig starke Generation der so genannten Babyboomer um das Jahr 2030 selbst das höhere Lebensalter erreicht und von der zahlenmäßig kleineren Generation ihrer Kinder versorgt werden muss [16] (siehe Kapitel 8).

Hinzu kommt ein gesellschaftlicher Wandel, in Zuge dessen sich aus unterschiedlichen Gründen immer weniger Angehörige in der Lage sehen, die Betreuung schwerst pflegebedürftiger Personen zu übernehmen: Die räumliche Distanz zwischen Angehörigen, steigende Erwerbsquoten von Frauen sowie auch ein Abschmelzen eher »pflegebereiter« traditioneller Milieus wirken sich hemmend auf die Realisierungschancen familiärer Pflege aus [12, 15, 17].

Dies ist bereits heute ein Grund dafür, dass eingewanderte Pflegekräfte informell für die Versorgung Pflegebedürftiger engagiert und in häusliche Pflegearrangements eingebunden werden (Care Migration). Ihre Zahl wird in Deutschland auf etwa 100.000 bis 200.000 Personen geschätzt [5, 18]. Sie gewährleisten vergleichsweise kostengünstig eine umfassende, häufig 24-stündige Betreuung, mit der ein Heimaufenthalt vermieden oder verzögert werden kann [1, 19].

5.4.4

VERSORGUNG DURCH AMBULANTE PFLEGEDIENSTE

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 615.846 Pflegebedürftige von 12.745 Pflegediensten mit 320.077 Beschäftigten betreut. Der Anteil ambulanter Pflegedienste an der Versorgung zu Hause gepflegter Personen ist zwischen 1999 und 2013 langsam, aber stetig von 28,8% auf 33,1% angestiegen [8]. Dies geht mit einem Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen einher. Seit 1999 ist sowohl die Zahl ambulanter Pflegedienste wie auch die Zahl der in der ambulanten Versorgung Beschäftigten angestiegen. Auch die Größe der ambulanten Pflegedienste hat gemessen an der Zahl der Pflegebedürftigen, der pro Pflegedienst Beschäftigten und der geschätzten Vollzeitäquivalente zugenommen (Tab. 5.4.1). Strukturell zeigt sich eine Zunahme der Teilzeitbeschäftigten von 63,7% auf 69,8%.

Dennoch fiel die Zunahme der Beschäftigten in geschätzten Vollzeitäquivalenten – also Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigte umgerechnet in volle Stellen – größer aus als die der Pflegebedürftigen: Die Zahl der Pflegedürftigen pro geschätztem Vollzeitäquivalent ist

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Ambulante Pflegedienste	10.820	10.594	10.619	10.977	11.529	12.026	12.349	12.745
Pflegebedürftige	415.289	434.679	450.126	471.543	504.232	555.197	576.264	615.846
Pflegebedürftige je Pflegedienst	38,4	41,0	42,4	43,0	43,7	46,2	46,7	48,3
Beschäftigte	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162	268.890	290.714	320.077
Beschäftigte je Pflegedienst	17,0	17,9	18,9	19,5	20,5	22,4	23,5	25,1
Geschätzte Vollzeitäquivalente (insg.)	–	–	134.514	140.267	155.039	176.856	193.301	213.197
Geschätzte Vollzeitäquivalente je Pflegedienst	–	–	8,5	8,7	9,3	10,3	11,2	16,7
Geschätzte Vollzeitäquivalente (Grundpflege)	–	–	89.798	95.854	107.098	124.289	137.735	148.553
Pflegebedürftige je Vollzeitäquivalent (Grundpflege)	–	–	5,0	4,9	4,7	4,5	4,2	4,1

◀ **Tabelle 5.4.1**
Strukturen der ambulanten Versorgung mit Pflegeleistungen
Datenbasis: Pflegestatistik 1999–2013 [20]

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Pflegeheime	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029	11.634	12.354	13.030
Pflegebedürftige	573.211	604.365	640.289	676.582	709.311	748.889	786.920	821.647
Pflegebedürftige je Pflegeheim	64,7	65,9	65,7	64,9	64,3	64,4	63,7	63,1
Beschäftigte	440.940	475.368	510.857	546.397	573.545	621.392	661.179	685.447
Beschäftigte je Pflegeheim	49,8	51,9	52,4	52,4	52,0	53,4	53,5	52,6
Geschätzte Vollzeitäquivalente (insg.)	–	–	388.749	405.394	420.625	452.713	479.547	490.875
Geschätzte Vollzeitäquivalente je Pflegeheim	–	–	39,9	38,9	38,1	38,9	38,8	37,7
Geschätzte Vollzeitäquivalente (Pflege und Betreuung)	–	–	269.638	285.032	296.904	311.148	327.524	334.063
Pflegebedürftige je Vollzeitäquivalent (Pflege und Betreuung)	–	–	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5

◀ **Tabelle 5.4.2**
Strukturen der stationären Versorgung mit Pflegeleistungen
Datenbasis: Pflegestatistik 1999–2013 [20]

von 5,0 auf 4,1 zurückgegangen. Zahlenmäßig hat sich die Versorgungssituation im ambulanten Bereich damit leicht verbessert. Sie geht jedoch einher mit einer seit langem beobachteten Zunahme gerontopsychiatrischer, häufig demenzkranker Patientinnen und Patienten mit spezifischem Versorgungsbedarf [21, 22]. Zudem haben Betreuungsrelationen im ambulanten Bereich nur begrenzte Aussagekraft, da unter anderem auch der Umfang der Sachleistungen oder der Leistungsanteil nach SGB XI variieren kann [10].

5.4.5 STATIONÄRE VERSORGUNG DURCH PFLEGEHEIME

Im Jahr 2013 kamen auf 821.647 Pflegebedürftige in 13.030 Pflegeheimen 685.447 Beschäftigte. Von den Pflegebedürftigen in Pflegeheimen sind 93,0% vollstationär untergebracht. Zwischen 1999 und 2005 ist die Heimquote, also der Anteil der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, von 27,9% auf 30,9% angestiegen. In den folgenden Jahren lagen die Wachstumsraten im Heim hingegen eher unter denen bei der Pflege zu Hause. Im Jahr 2013 betrug die Heimquote 29,1%. Aufgrund methodischer Einschränkungen lässt sich die Heimquote des Jahres 2013 jedoch nur bedingt mit denen früherer Jahre vergleichen [6].

Die Zahl der Heime ist seit 1999 ebenso wie die Zahl der in Pflegeheimen versorgten Personen kontinuierlich angestiegen. Die Zahl der Beschäftigten wie auch die Zahl der geschätzten Vollzeitäquivalente hat ebenfalls zugenommen. Gemessen an der Zahl der geschätzten Vollzeitäquivalente pro Pflegeheim hat die mittlere Heimgröße leicht abgenommen. Die Zahl der



Pflegebedürftigen pro Heim ist demgegenüber gewissen Schwankungen unterworfen und zeigt keinen eindeutigen Trend. Die Steigerungsraten von Pflegebedürftigen und Personal waren in etwa ausgeglichen: Die Zahl Pflegebedürftiger pro geschätztem Vollzeitäquivalent im Bereich Pflege und Betreuung liegt stabil bei 2,4. Die Personalsituation in der stationären pflegerischen Versorgung ist rein zahlenmäßig also weitgehend unverändert geblieben (Tab. 5.4.2). In den Strukturen der Beschäftigten sind dabei durchaus Verschiebungen feststellbar. So ist zum Beispiel der Anteil der Teilzeitbeschäftigten von 45,0% auf 61,9% gestiegen.

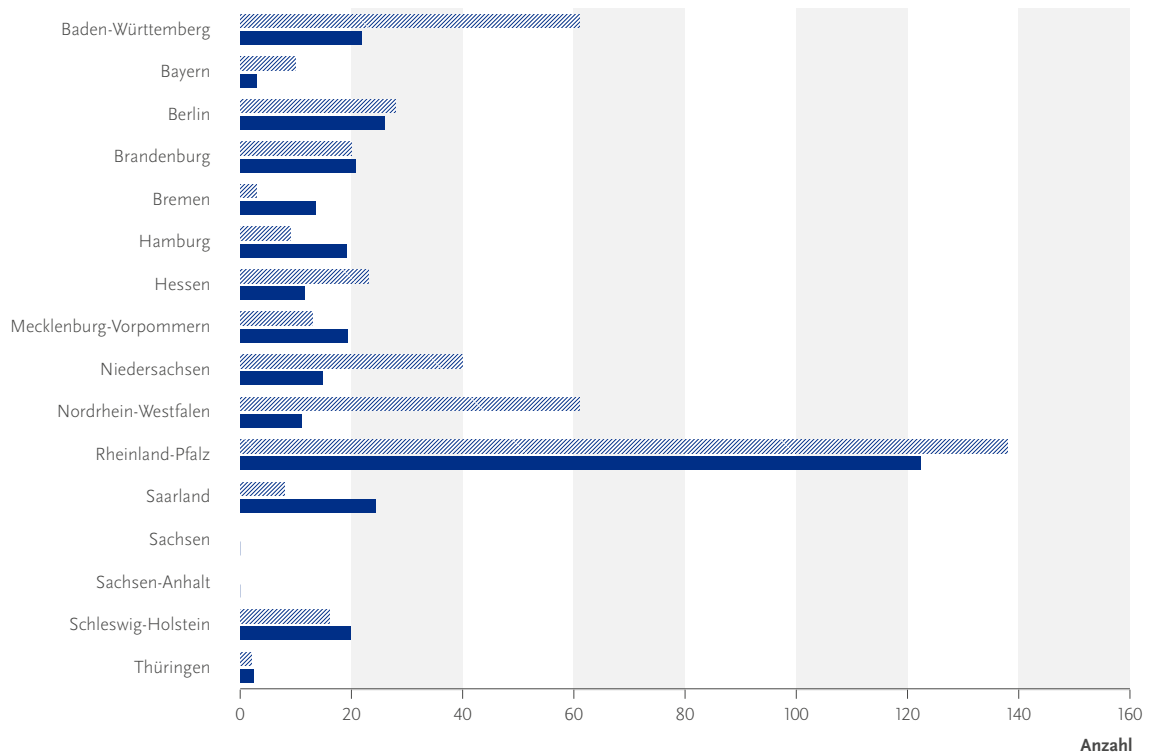
5.4.6 PFLEGEBERATUNG UND PFLEGESTÜTZPUNKTE

Seit 2009 haben alle Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ein Anrecht auf umfassende Beratung und Unterstützung durch die Pflegekassen. Pflegeberaterinnen und -berater sollen gemeinsam mit den Pflegebedürftigen den individuellen Hilfebedarf ermitteln, einen entsprechenden Versorgungsplan erstellen und bei der Umsetzung behilflich sein [23]. Um eine wohnortnahe und kassenübergreifende Beratungsstruktur zur Verfügung zu stellen, wurde es zudem den Ländern ermöglicht, Pflegestützpunkte einzurichten. Diese können als zentrale Anlaufstellen vor Ort fungieren und für alle Pflegebedürftigen Beratung aus einer Hand anbieten. In Kenntnis der regionalen Versorgungslandschaft kann ihnen damit eine zentrale Rolle bei der Koordinierung pflegerischer, therapeutischer und sozialer Angebote zukommen.

Insgesamt gab es in Deutschland Ende 2013 nach Angaben des Zentrums für Qualität in der Pflege 432

► **Abbildung 5.4.7**
Pflegestützpunkte in
Deutschland 2013
 Datenbasis: Zentrum für
 Qualität in der Pflege
 [25], Pflegestatistik 2011
 [26]

Pflegestützpunkte
 absolut (2013) 
 Pflegestützpunkte
 (2013) pro 100.000
 Pflegebedürftige
 (2011) 



Pflegestützpunkte. Da es den Ländern überlassen bleibt, über die Einrichtung von Pflegestützpunkten zu entscheiden, fällt die Ausstattung regional sehr unterschiedlich aus (Abb. 5.4.7). Während das Konzept besonders in Rheinland-Pfalz mit 135 Pflegestützpunkten flächendeckend umgesetzt wurde, ist die Ausstattung in allen anderen Ländern noch deutlich geringer. In Sachsen und Sachsen-Anhalt ist von den Landesregierungen bislang die Einrichtung von Pflegestützpunkten nicht vorgesehen.

Der Beratungsanspruch von Versicherten kann auch von den Pflegekassen selbst oder durch von diesen beauftragte Institutionen erfüllt werden. In den Ländern haben sich schon vor Einrichtung von Pflegestützpunkten sehr unterschiedliche Beratungsangebote herausgebildet, deren Arbeit von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen positiv bewertet wird [23]. Ob es eine einzige und beste Umsetzung für Beratungsangebote gibt, ist unklar und stellt sich für die Versicherten der einzelnen Kassen sicherlich unterschiedlich dar [23]. Festzuhalten bleibt, dass Informationen über regionale Versorgungsangebote zu den Hauptanliegen Pflegebedürftiger in Beratungsgesprächen gehören [24] und dass ein umfassendes flächendeckendes Beratungsangebot als zentrales Qualitätskriterium der pflegerischen Versorgung anzusehen ist. Zur Stärkung der Rolle der Kommunen ist im September 2014 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet worden, in der Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände gemeinsam Empfehlungen entwickelt haben, um die Versorgungssituation vor Ort zu verbessern.

Insgesamt hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren vieles unternommen, um die Lage pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen zu verbessern [27]. Neben der Weiterentwicklung der Pflegeberatung wurden mit den Pflegereformen 2012 und 2014 finan-

zielle Verbesserungen nicht zuletzt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erreicht, darunter viele Demenzkranke. Die Möglichkeiten des privaten Versicherungsschutzes wurden um die staatliche Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung erweitert. Die Regelungen zur Pflegezeit erleichtern es Angehörigen, vorübergehend aus dem Beruf auszuschneiden, um Pflegebedürftige ohne Verlust ihres Beschäftigungsverhältnisses zu versorgen [28]. Zudem beteiligt sich die Bundesregierung am Ausbau neuer Wohnformen über das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser [29]. Weitere Verbesserungen ergeben sich über das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I): So wurde neben einer Erhöhung der Beträge für Pflegegeld und Sachleistungen auch eine Förderung ambulanter Wohngruppen eingeführt und weitere Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige geschaffen [30].

Darüber hinaus können voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte anstellen, die das Angebot an Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige ergänzen. Seit dem 1. Januar 2015 steht durch das PSG I dieses Angebot in den Pflegeeinrichtungen allen pflegebedürftigen Menschen offen und nicht wie zuvor nur Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die zusätzlichen Betreuungskräfte werden vollständig von der Pflegeversicherung finanziert. Zusätzliche Betreuungskräfte dürfen nicht regelmäßig in grundpflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden. Maßnahmen der Behandlungspflege bleiben ausschließlich den dafür qualifizierten Fachkräften vorbehalten. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sollen insoweit im Pflegealltag entlasten.

Dessen ungeachtet wird von vielen Seiten eine grundsätzliche Neuausrichtung der Pflegeversicherung gefordert. Im Zentrum steht hier der aktuell gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff. Er ist nach Meinung vieler

Akteure zu eng gefasst, da er eine an Körperfunktionen orientierte Pflege nach zeitlichen Vorgaben begründet sowie den sozialen und kommunikativen Bedürfnissen insbesondere demenzkranker Personen nicht gerecht wird. Zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben im Auftrag der Bundesregierung zwei Expertenkommissionen ihre Berichte vorgelegt [32–34]. In der Umsetzung dieser Vorschläge im Rahmen des SGB XI wie auch einer besseren finanziellen Ausstattung der Pflegeversicherung sehen viele Akteure eine der wichtigsten Aufgaben der Pflegepolitik der nächsten Jahre [15, 31, 34, 35]. Mit der Erprobung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit fünf Pflegegraden sowie eines neuen Begutachtungsverfahrens sind von der Politik bereits wichtige Vorarbeiten zu weiteren Reformen der sozialen Pflegeversicherung in Angriff genommen worden. Am 12. August 2015 hat die Bundesregierung den Entwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) beschlossen, das am 1. Januar 2016 in Kraft treten soll. Mit diesem Gesetz wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Praxis umgesetzt. Das neue Begutachtungsverfahren und die Umstellung der Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung sollen zum 1. Januar 2017 wirksam werden.

LITERATUR

1. Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg) (2008) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
2. Trachte F, Sperlich S, Geyer S (2014) Kompression oder Expansion der Morbidität? Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung. *Z Gerontol Geriatr* 48(3):255-262
3. Doblhammer G, Kreft D (2011) Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 54(8):907-914
4. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997) *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995*. BMAS, Bonn
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010) *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. BMFSFJ, Berlin
6. Statistisches Bundesamt (2015) *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Destatis, Wiesbaden
7. Rothgang H, Müller R, Unger R et al. (2012) *Barmer GEK Pflegereport 2012. Barmer GEK, Schwäbisch-Gmünd*
8. Statistisches Bundesamt (2015) *Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung*. www.gbe-bund.de (Stand: 31.03.2015)
9. Statistisches Bundesamt (2013) *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Kreisvergleich – 2011*. Destatis, Wiesbaden
10. Schmidt M, Schneekloth U (2011) *Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes« – Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. BMG, Berlin
11. Doblhammer G, Westphal G, Ziegler U (2006) *Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung. Demografische Forschung aus Erster Hand. Demografische Forschung* 3(4):3-4
12. *Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Destatis, Wiesbaden
13. *R+V Versicherung, Institut für Demoskopie Allensbach (2012) Weil Zukunft Pflege braucht. R+V Versicherung AG, Wiesbaden*
14. Schneekloth U, Wahl H (2005) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. TNS Infratest, München
15. Rothgang H, Müller R, Unger R (2012) *Themenreport »Pflege 2030«. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Bertelsmann, Gütersloh
16. Nowossadeck S (2013) *Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(8):1040-1047
17. Blinkert B (2007) *Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demographischen und sozialen Wandels. Pflege & Gesellschaft* 12(3):227-239
18. Neuhaus A, Isfort M, Weidner F (2009) *Situation und Bedarf von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln*
19. Hoffer H (2010) *Irreguläre Arbeitsmigration in der Pflege: Rechtliche und politische Argumente für das notwendige Ende einer politischen Ära*. In: Scheiwe K, Krawietz J (Hrsg) *Transnationale Sorgearbeit – Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*. Springer VS, Wiesbaden
20. *Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen*. www.gbe-bund.de (Stand: 10.06.2015)
21. Isfort M, Weidner F, Messner T et al. (2004) *Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln*
22. Klein B, Gaugisch P, Stopper K (2008) *»Pflege 2015«. Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe*. Fraunhofer IAB, Stuttgart
23. Klie T, Frommelt M, Schneekloth U (2011) *Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. GKV-Spitzenverband, Berlin*
24. Nickel W, Hanns S, Brähler E et al. (2012) *Pflegeberatung – die Erwartungen der Betroffenen. Gesundheitswesen* 74(12):798-805
25. *Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) Sonderauswertung Pflegestützpunkte*. ZQP, Berlin
26. *Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Destatis, Wiesbaden
27. *Bundesministerium für Gesundheit (2011) Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. BMG, Berlin
28. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) Die Familienpflegezeit macht Beruf und häusliche Pflege vereinbar*. BMFSFJ, Berlin
29. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013) Wo Menschen aller Generationen sich begegnen. Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser II*. BMFSFJ, Berlin
30. *Bundesministerium für Gesundheit (2015) Was hat sich seit dem 1. Januar 2015 geändert? Das Erste Pflegestärkungsgesetz*. www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html (Stand: 10.06.2015)
31. Rothgang H, Jacobs K (2013) *Pflegereform 2014. Was ist zu tun?* *G+G Wissenschaft* 13(3):7-13
32. *Bundesministerium für Gesundheit (2009) Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. BMG, Berlin
33. *Bundesministerium für Gesundheit (2009) Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. BMG, Berlin
34. *Bundesministerium für Gesundheit (2013) Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. BMG, Berlin
35. *GKV Spitzenverband (2009) Eckpunktepapier des GKV-Spitzenverbandes zur Überarbeitung des Begriffs der »Pflegebedürftigkeit«*. GKV-Spitzenverband, Berlin

5.5 PALLIATIVVERSORGUNG

- / Palliativversorgung bedeutet Behandlung, Betreuung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen.*

- / Hospiz- und Palliativeinrichtungen werden derzeit vor allem von Menschen mit Krebserkrankungen in Anspruch genommen.*

- / Mit steigender Tendenz gibt es derzeit in Deutschland mehr als 200 stationäre Hospize, mehr als 250 Palliativstationen in Krankenhäusern und etwa 1.500 ambulante Hospizdienste.*

- / Zunehmend erfolgt die Versorgung auch durch multiprofessionelle Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.*

- / Trotz der Zunahme palliativer Versorgungsangebote besteht noch immer eine Unterversorgung, besonders im ländlichen Raum.*

INFOBOX 5.5.1

PALLIATIVVERSORGUNG UND PALLIATIVMEDIZIN

Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

»Palliativversorgung dient dazu, die Lebensqualität der von der Problematik einer lebensbedrohlichen Erkrankung betroffenen Menschen sowie ihrer Angehörigen zu verbessern, indem sie Schmerzen sowie sonstige körperliche, psychosoziale und seelische Probleme frühzeitig erkennt, sorgfältig einschätzt und behandelt und dadurch Leiden verhindert bzw. lindert« [1].

Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP): »Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden« [2].



5.5

PALLIATIVVERSORGUNG

Aufgabe der Palliativversorgung ist die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Der Begriff »palliativ« leitet sich von den lateinischen Wörtern »pallium« (Mantel, Umhang) und »palliare« (bedecken, tarnen, lindern) ab. Damit bedeutet palliative Versorgung, die Patientinnen und Patienten zu umhüllen und zu schützen, und ganz bewusst die Hinwendung zum Menschen in den Vordergrund des Handelns zu stellen [3, 4]. Hauptanliegen ist der Erhalt der Lebensqualität, damit die verbleibende Lebenszeit selbstbestimmt und in Würde erlebt werden kann [5]. Dies beinhaltet den Grundsatz, das Sterben als einen normalen Prozess anzuerkennen und somit den Tod weder zu beschleunigen noch ihn zu verzögern [1, 5]. Eine wichtige Rolle spielen Symptomlinderung und Schmerztherapie.

Die Bezeichnungen »Palliativversorgung« (Palliative Care) und »Palliativmedizin« (Palliative Medicine) werden häufig synonym gebraucht. »Palliativmedizin« im engeren Sinne bezeichnet nur die ärztlichen Maßnahmen, während »Palliativversorgung« die Bemühungen aller an der Versorgung Beteiligten – zum Beispiel aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Physiotherapie sowie ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer – beschreibt und damit den interdisziplinären Ansatz verdeutlicht [4, 6].

Als Beginn der modernen Palliativversorgung gilt die Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London im Jahr 1967 durch die Ärztin und Krankenschwester Cicely Saunders. In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 in Köln eröffnet, das erste Hospiz 1986 in Aachen [3, 4]. Charakteristisch für die Hospizbewegung ist das ehrenamtliche Engagement. Palliativ- und Hospizgedanke haben unterschiedliche historische Wurzeln, ergänzen sich aber in ihren Versorgungsangeboten.

5.5.1

ORGANISATIONSFORMEN DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

Die Möglichkeiten der hospizlichen und palliativen Betreuung und Begleitung sind vielfältig. Unterschieden wird zwischen ambulanter und stationärer, allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung sowie

eher professionell und eher ehrenamtlich orientierten Versorgungsformen [4, 7]:

- / Palliativstationen in Krankenhäusern nehmen Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen und Symptomen auf, bei denen eine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Ziele sind die Linderung der belastenden Symptome und die Entlassung in die häusliche Umgebung.
- / Palliativdienste im Krankenhaus – in der Palliativmedizin erfahrene Teams aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und weiteren Gesundheitsberufen – bieten die Möglichkeit einer qualifizierten palliativmedizinischen und -pflegerischen Beratung für die Allgemeinstationen im Krankenhaus.
- / Spezialisierte multiprofessionelle Teams erbringen die so genannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Diese umfasst ambulante ärztliche und pflegerische Leistungen, vor allem Schmerztherapie und Symptomkontrolle, bei Palliativpatientinnen und -patienten, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, mit dem Ziel, Krankenhausweisungen zu vermeiden. Seit 2007 besteht in Deutschland – einmalig in Europa – in der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Rechtsanspruch auf SAPV.
- / Hausärztinnen und -ärzte sowie Pflegedienste betreuen im Rahmen ihrer üblichen Tätigkeit auch Palliativpatientinnen und -patienten. Dies wird – im Gegensatz zu den spezialisierten Versorgungsformen – als allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) bezeichnet.
- / In stationären Hospizen werden Schwerstkranken und Sterbende begleitet, bei denen eine Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich, aber eine Betreuung zuhause nicht möglich ist. Die ärztliche Versorgung erfolgt meist durch Hausärztinnen und -ärzte.
- / Tageshospize (teilstationäre Hospize) sind in der Regel einem stationären Hospiz zugeordnet; Ziel ist vor allem die Unterstützung der häuslichen Versorgung.

5.5

► **Tabelle 5.5.1**
Stationäre Hospize
und Palliativstationen,
Bettenzahl und Betten
pro 1 Mio. Einwohner
nach Ländern, Stand:
August 2015
Datenbasis:
Wegweiser Hospiz- und
Palliativversorgung [12]

	STATIONÄRE HOSPIZE			PALLIATIVSTATIONEN IN KRANKENHÄUSERN		
	Anzahl	Betten	Betten pro 1 Mio. Einwohner	Anzahl	Betten	Betten pro 1 Mio. Einwohner
Baden-Württemberg	24	184	17,3	36	316	29,7
Bayern	16	146	11,6	47	423	33,6
Berlin	13	193	56,4	7	64	18,7
Brandenburg	8	86	35,1	6	55	22,5
Bremen	2	16	24,3	2	22	33,5
Hamburg	5	71	40,7	5	47	26,9
Hessen	16	161	26,6	16	149	24,6
Mecklenburg-Vorpommern	8	64	40,1	11	69	43,2
Niedersachsen	21	192	24,7	33	239	30,7
Nordrhein-Westfalen	62	546	31,1	62	428	24,4
Rheinland-Pfalz	7	59	14,8	21	148	37,1
Saarland	2	26	26,2	5	46	46,4
Sachsen	6	78	19,3	15	132	32,6
Sachsen-Anhalt	4	34	15,2	7	47	20,9
Schleswig-Holstein	7	76	27,0	8	76	27,0
Thüringen	5	58	26,8	8	78	36,1
Deutschland	206	1.990	27,3	289	2.339	30,5

- ✓ Ambulante Hospizdienste bieten eine psychosoziale Begleitung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen mit ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleitern an. Diese werden von hauptamtlichen Koordinatorinnen und Koordinatoren angeleitet und professionell begleitet.

Die Kosten für die Versorgung auf Palliativstationen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen. Die Vergütung erfolgt zum Teil nach Fallpauschalen (DRG), zum Teil nach Tagessätzen; letztere Möglichkeit wird von etwa 30% der Einrichtungen genutzt [8]. Zu den Kosten für die stationäre Hospizversorgung zahlt die GKV einen Zuschuss von 90% (bei der Versorgung von Kindern 95%) für vereinbarte zuschussfähige Leistungen, unter Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung. Die übrigen Kosten werden vom Hospiz selbst getragen, etwa durch Spenden. Ambulante Hospizdienste erhalten Zuschüsse von der GKV zu den Personalkosten der Koordinatoren, wenn sie bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen [7]. Für die Vergütung hausärztlicher palliativmedizinischer Leistungen gibt es seit 2013 neue Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab.

5.5.2

ANGEBOT AN PALLIATIVVERSORGUNG

Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) gab es 2014 in Deutschland rund 1.500 ambulante Hospizdienste, 214 stationäre Hospize für Erwachsene, 14 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, mehr als 250 Palliativstationen in Krankenhäusern sowie mehr als 270 SAPV-Teams [9]. Bei allen Versorgungsformen ist eine ausgeprägte Zunahme im Zeitverlauf zu beobachten. 1996 waren 451 ambulante Hospizdienste, 30 stationäre Hospize

(einschließlich Einrichtungen für Kinder) und 28 Palliativstationen zu verzeichnen [10].

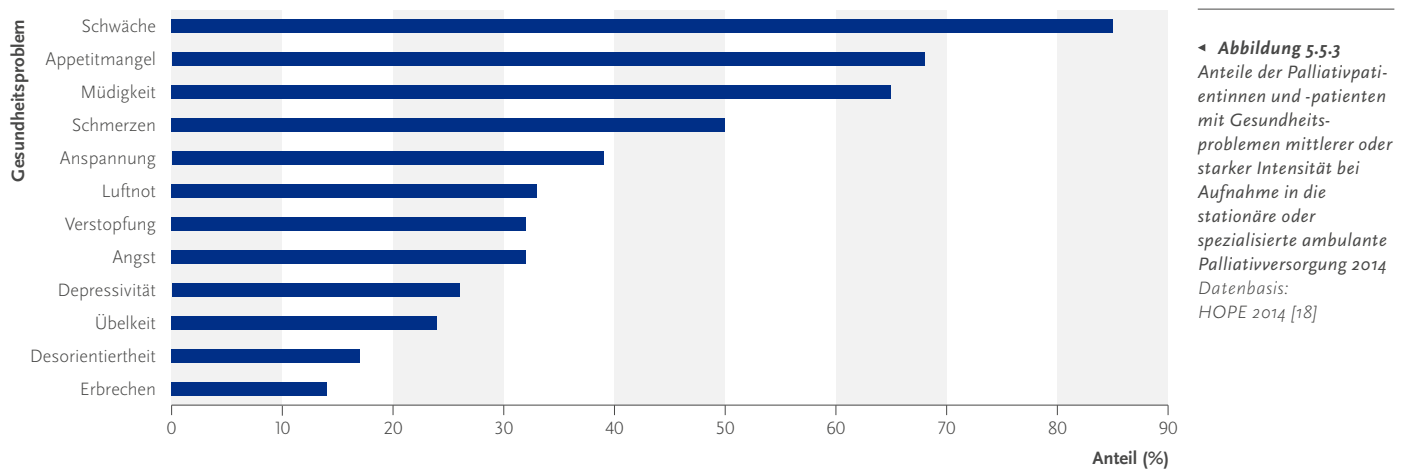
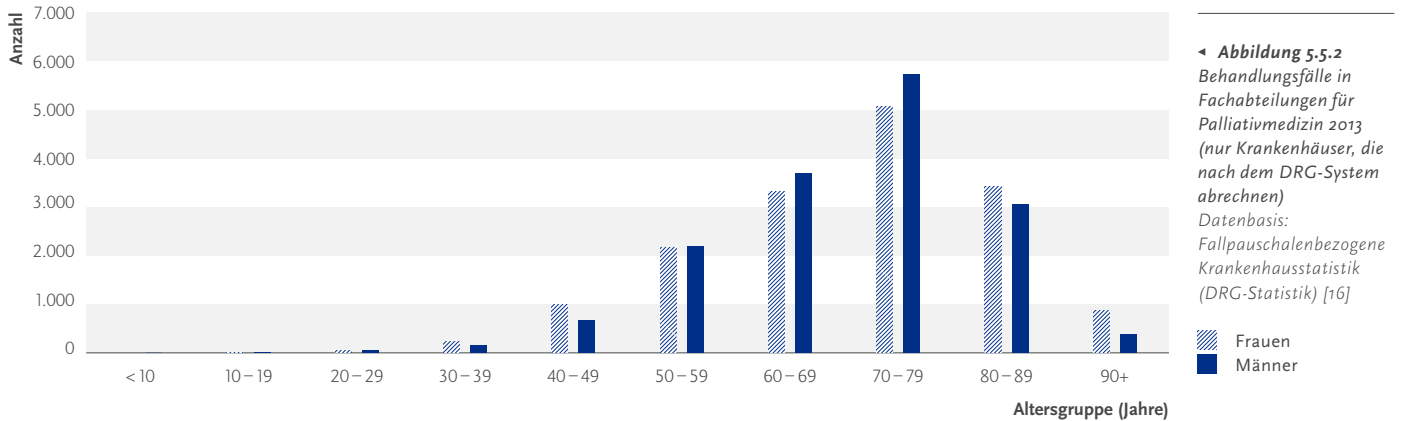
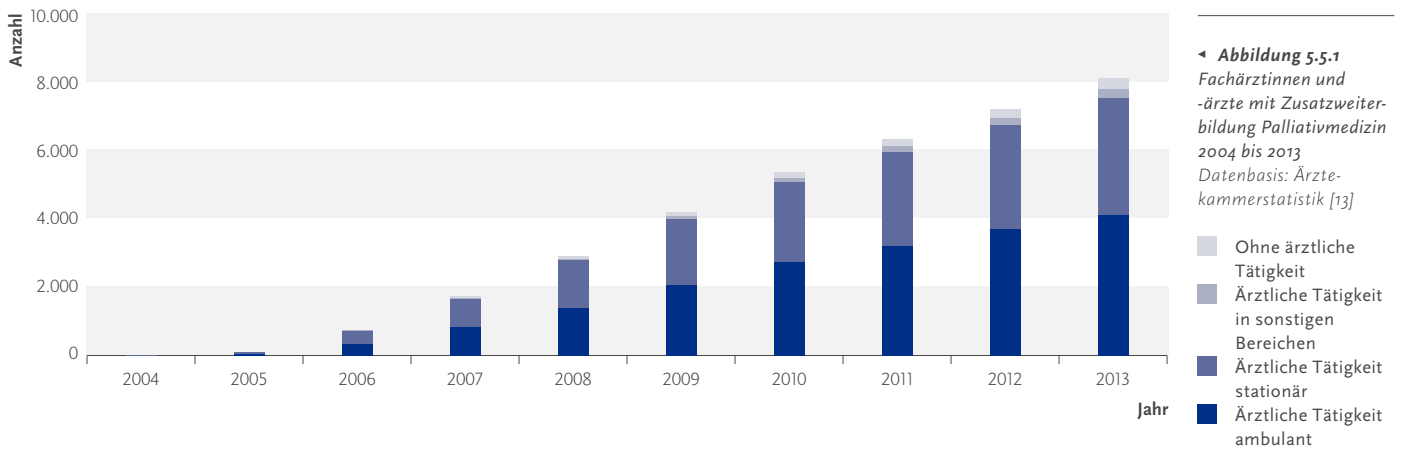
Das Angebot an Hospiz- und Palliativversorgung ist regional unterschiedlich. Dies zeigt eine Auswertung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) auf Grundlage des »Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland« [11], einer umfassenden Datenbank, die das Ziel hat, Betroffene, Angehörige, Beratungsstellen und Einrichtungen bei der Suche nach Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen. Die Daten beruhen auf freiwilligen Einträgen der Leistungserbringer. Demnach stehen in Deutschland derzeit für eine Million Einwohner durchschnittlich rund 27 Betten in stationären Hospizen und 31 Betten auf Palliativstationen zur Verfügung. Tabelle 5.5.1 zeigt, dass ein weit überdurchschnittliches Angebot an Hospizbetten in Berlin, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern besteht, während es in Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt am niedrigsten ist. Die größte Dichte an Betten auf Palliativstationen gibt es in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und im Saarland.

Seit 2003 können Ärztinnen und Ärzte eine Zusatzweiterbildung Palliativmedizin absolvieren. 2013 führten 8.218 Ärztinnen und Ärzte die entsprechende Zusatzbezeichnung, davon waren 4.157 ambulant und 3.449 stationär tätig (Abb. 5.5.1) [13]. 2009 wurde Palliativmedizin Pflichtfach im Medizinstudium. Ein Basiscurriculum »Palliative Care« für Pflegenden gibt es seit 1996. Auch für Angehörige psychosozialer Berufsgruppen liegen Curricula vor [7, 14].

5.5.3

INANSPRUCHNAHME DER PALLIATIVVERSORGUNG

Aufgrund der Vielfalt der Versorgungsangebote und der unterschiedlichen Finanzierungsformen sind Daten zur Inanspruchnahme der Palliativversorgung



nur eingeschränkt verfügbar. So wurden für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2013 in der Gesetzlichen Krankenversicherung 74.594 Abrechnungsfälle dokumentiert. Damit ist die Zahl der Abrechnungsfälle gegenüber 2010 um mehr als 200% gestiegen [15]. Die Abrechnungsfälle sind jedoch nicht identisch mit den Personen, die eine SAPV in Anspruch nehmen. Da die Abrechnungsfälle quartalsweise erhoben werden, wird ein Fall, der innerhalb eines Quartalswechsels verläuft, in beiden Quartalen gezählt.

2013 gab es laut DRG-Statistik des Statistischen Bundesamts in palliativmedizinischen Fachabteilungen im Krankenhaus 32.057 Behandlungsfälle, die meisten in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre (Abb. 5.5.2) [16]. Auch in diesem Bereich ist ein großer Zuwachs zu verzeichnen

(2006: 15.576 Behandlungsfälle [17]). Erfasst werden in der Statistik Krankenhäuser, die palliativmedizinische Behandlungen nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen.

Die Daten der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE) 2014, an der 68 Einrichtungen der stationären und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung mit insgesamt 1.888 Patientendokumentationen teilnahmen, zeigen einen Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten von 70,0 Jahren und einen Frauenanteil von 50,6%. Als Hauptdiagnosen wurden vor allem bösartige Neubildungen angegeben (80,0%). Erkrankungen des Kreislauf- (3,3%), des Nerven- (3,2%) und des Atmungssystems (2,3%) spielten eine untergeordnete Rolle. Häufigste Gesundheitsprobleme bei Aufnahme waren Schwäche, Appetitmangel, Müdigkeit

und Schmerzen (Abb. 5.5.3). Mehr als drei Viertel der Patientinnen und Patienten gaben an, Hilfe im Alltag zu benötigen [18]. Eine Studie zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in hausärztlichen Praxen zeigt, dass dort andere Diagnosen im Vordergrund stehen: an einer Krebserkrankung litten etwa 25 % der Patientinnen und Patienten, während bei etwa 75 % der Patientinnen und Patienten andere, vor allem kardiovaskuläre und neurologische Erkrankungen im Vordergrund standen [19].

5.5.4 VERSORGUNGSBEDARF

Trotz der deutlichen Zunahme der palliativen Einrichtungen gilt der Versorgungsbedarf als nicht gedeckt: Man geht davon aus, dass für eine Million Einwohner mindestens 50 Palliativ- und Hospizbetten benötigt werden. Laut den Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) von 2011 ergeben neuere Schätzungen sogar einen Bedarf von 80 bis 100 Betten je eine Million Einwohner; diese berücksichtigen zusätzlich den Bedarf für Patientinnen und Patienten, die nicht an einer Krebserkrankung, sondern an einer anderen chronischen unheilbaren Krankheit leiden sowie die demografische Entwicklung [20]. Der Bedarf an Palliativbetten hängt auch von der Verfügbarkeit anderer spezialisierter palliativer Versorgungsangebote ab, die zum Beispiel ambulante und häusliche Versorgung anbieten. Für den Bedarf an ambulanten Diensten wird angenommen, dass ein SAPV-Team für 100.000 Einwohner sowie ein ambulanter Hospizdienst für 40.000 Einwohner zur Verfügung stehen sollte [20]. Handlungsbedarf besteht vor allem in folgenden Bereichen [4, 21]:

- / Weiterer Auf- und Ausbau von Einrichtungen und Diensten, flächendeckende Umsetzung der spezialisierten und Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung.
- / Weitere Vernetzung der Einrichtungen und Dienste, um den Zugang zur Palliativversorgung zu erleichtern, auch für Patientinnen und Patienten mit nicht-tumorbedingten Erkrankungen.
- / Erweiterung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Einführung einer palliativmedizinischen Ausbildung in der Kranken- und Altenpflege.
- / Entwicklung der Forschungsmethodik, Formulierung einer Forschungsagenda, Forschungsförderung im Bereich Palliativmedizin und -versorgung.

Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarf für eine gelingende Palliativversorgung beschreibt die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband und der Bundesärztekammer initiiert wurde [22]. Die zweite Phase des Charta-Projekts (2010–2013) diente ihrer gesellschaftlichen Verankerung und der Umsetzung der darin formulierten Ziele. In der dritten Phase soll die Charta zu einer Nationalen Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland weiterentwickelt werden. Die Verbesserung der Palliativversorgung ist auch das Ziel des Forums

»Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland«, das im Juli 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit gegründet wurde. Unter der Trägerschaft der DGP wurde 2011 ein Nationales Hospiz- und Palliativregister begonnen. Die darin erfassten Daten sollen die Versorgungsqualität dokumentieren und deren Weiterentwicklung fördern sowie für Öffentlichkeitsarbeit und Wissenschaft genutzt werden [23].

Auch von gesetzgeberischer Seite soll die Hospiz- und Palliativversorgung gestärkt werden. Zu den Zielen des geplanten Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG), das derzeit parlamentarisch beraten wird, gehört es, die Palliativversorgung besonders in strukturschwachen und ländlichen Regionen weiter auszubauen und eine Vernetzung der Versorgungsangebote zu erreichen. Weitere Schwerpunkte des Gesetzes sind, die finanzielle Förderung stationärer Hospize und ambulanter Hospizdienste zu verbessern sowie die Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken. Zu den Maßnahmen gehört auch, gezielt Informationen über die Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung zu stellen, um deren Angebote besser bekannt zu machen [24].

LITERATUR

1. World Health Organization (2002) WHO Definition of Palliative Care. Deutsche Übersetzung: Bundesministerium für Gesundheit. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (Stand: 15.04.2015)
2. Radbruch L, Nauck F, Sabatowski R (2005) Was ist Palliativmedizin? www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski..pdf (Stand: 15.04.2015)
3. Müller-Busch HC (2012) Abschied braucht Zeit – Palliativmedizin und Ethik des Sterbens. Suhrkamp, Berlin
4. Radbruch L, Nauck F, Aulbert E (2012) Grundlagen der Palliativmedizin – Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, S. 1-11
5. Nauck F, Jaspers B (2012) Die Arztrolle in unterschiedlichen klinischen Kontexten. Der Arzt als Begleiter in der Palliativmedizin. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 55(9):1154-1160
6. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (2009) SAPV-Glossar. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf (Stand: 15.04.2015)
7. Cremer-Schaeffer P, Radbruch L (2012) Palliativversorgung im Blickwinkel gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 55(2):231-237
8. Melching H (2011) Entwicklungsstand und Struktur der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Artikel_HM_Palliativstrukturen_2011-11-28.pdf (Stand: 05.01.2015)
9. Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2015) Hintergründe. www.dhpv.de/service_hintergruende.html (Stand: 28.08.2015)
10. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (2015) Statistiken, Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen. www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html (Stand: 15.04.2015)
11. Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin Deutschland (2015) Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin Deutschland. www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de (Stand: 15.04.2015)
12. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (2015) Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/%C3%9Cbersicht_zum_aktuellen_Stand_der_Hospiz_08-2015_wegweiser.pdf (Stand: 20.08.2015)

13. Bundesärztekammer (2014) Ärztekammerstatistik. Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. www.gbe-bund.de (Stand: 02.01.2015)
14. Nauck F, Fittkau-Tönnemann B, Kern M (2012) Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin – Ärzte, Pflegepersonal und psychosoziale Berufsgruppen. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, S. 1269-1277
15. Bundesministerium für Gesundheit (2014) KG 3-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Mutterschaftsvorsorgefälle). www.gbe-bund.de (Stand: 02.01.2015)
16. Statistisches Bundesamt (2014) Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2013. Fachserie 12, Reihe 6.4. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
17. Statistisches Bundesamt (2007) Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Diagnosen und Prozeduren der vollstationären Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2006. Fachserie 12, Reihe 6.4. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
18. Lindena G (2014) HOPE 2014 – Bericht. https://www.hope-clara.de/download/Hope_2014_Bericht.pdf (Stand: 02.01.2015)
19. Bleeker F, Kruschinski C, Breull A et al. (2007) Charakteristika hausärztlicher Palliativpatienten. *Z Allg Med* 83(12):477-482
20. Radbruch L, Payne S (2011) Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). *Z Palliativmed* 2011(12):260-270
21. Behmann M, Junger S, Radbruch L et al. (2012) Public health actions to improve palliative care in Germany: results of a three-round Delphi study. *Health Policy* 106(3):303-312
22. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Bundesärztekammer (2010) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf (Stand: 15.04.2015)
23. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2011) Nationales Hospiz- und Palliativ-Register – Dokumentation und Qualitätssicherung – Konzept. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/110718_Konzept_Register.pdf (Stand: 02.01.2015)
24. Deutscher Bundestag (2015) Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Bundestagsdrucksache 18/5170 www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Drucksache_BT_1805170.pdf (Stand: 17.07.2015)

5.6 ARZNEIMITTELVERSORGUNG

- / *Etwa 15% der Gesundheitsausgaben werden in Deutschland pro Jahr für Arzneimittel aufgewendet; das waren 2013 rund 48 Milliarden Euro.*
- / *Rund drei Viertel der Erwachsenen, Frauen häufiger als Männer, gebrauchen innerhalb einer Woche Arzneimittel.*
- / *Rund die Hälfte der 70-Jährigen und Älteren nimmt wöchentlich mindestens fünf Arzneimittel.*
- / *Arzneimittel werden überwiegend ärztlich verordnet, die Selbstmedikation hat aber seit Jahren einen relevanten Anteil am Arzneimittelgebrauch der Bevölkerung.*
- / *Etwa 20.400 öffentliche Apotheken sichern die Versorgung im ambulanten Bereich.*

INFOBOX 5.6.1

BEGRIFFSDEFINITIONEN LAUT ARZNEIMITTELGESETZ (AMG)

Arzneimittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind oder die im oder am menschlichen oder tierischen Körper angewendet oder einem Menschen oder einem Tier verabreicht werden können, um entweder die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder

metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder eine medizinische Diagnose zu erstellen (§ 2 Absatz 1 AMG).

Fertigarzneimittel sind Arzneimittel, die im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht werden, oder andere zur Abgabe an Verbraucher bestimmte Arzneimittel, bei deren Zubereitung in sonstiger Weise ein industrielles Verfahren zur Anwendung kommt oder die, ausgenommen in Apotheken, gewerblich hergestellt werden. Fertigarzneimittel sind nicht Zwischenprodukte, die für eine weitere Verarbeitung durch einen Hersteller bestimmt sind (§ 4 Absatz 1 AMG).



5.6

ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Die Arzneimitteltherapie ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Krankheiten. Der Arzneimittelgebrauch ist deshalb von großer Bedeutung, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beurteilen zu können. Von den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland in Höhe von 314,9 Milliarden Euro im Jahr 2013 entfielen 47,8 Milliarden Euro auf Arzneimittel. Mit 15,2% entspricht dies dem drittgrößten Ausgabenanteil nach den ärztlichen und pflegerischen Leistungen (27,8% sowie 18,7%) [1].

Im Folgenden werden zunächst die Entwicklungen der Arzneimittelversorgung in Deutschland dargestellt, wobei der Schwerpunkt bei Arzneimittelverordnungen und Selbstmedikation liegt. Amtliche Statistiken zu Arzneimittelausgaben und Leistungsträgern sowie Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden dazu durch Daten des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH) ergänzt, die unter anderem Angaben zur Selbstmedikation enthalten. Im Anschluss wird das tatsächliche Anwendungsverhalten in der Bevölkerung beschrieben. Dazu dienen Daten aus bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts: der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) und die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, 2003–2006). Zum Abschluss des Kapitels wird die Qualität der Arzneimittelversorgung diskutiert, unter anderem die Aspekte der leitliniengerechten Versorgung und der Patientensicherheit.

5.6.1

ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Die Arzneimittelversorgung in Deutschland unterliegt einer weitreichenden Regulierung, die neben arzneimittelrechtlichen Regelungen auch sozialrechtliche Aspekte umfasst, welche die Leistungserbringung für die Versicherten regeln. Eine Vielzahl von Akteuren und Institutionen ist an der Arzneimittelversorgung und deren

Qualitätssicherung in Deutschland beteiligt (siehe Infobox 5.6.2).

ARZNEIMITTELVERTRIEB

Herstellung und Vertrieb von Arzneimitteln sind in Deutschland durch umfangreiche Rechtsvorschriften geregelt und liegen vollständig in privatwirtschaftlicher Hand. Die Vertriebswege laufen von den pharmazeutischen Unternehmen über den Pharmagroßhandel zu öffentlichen Apotheken, in denen Verbraucherinnen und Verbraucher verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel beziehen können. Freiverkäufliche Arzneimittel können auch außerhalb von Apotheken erworben werden, beispielsweise in Drogerien oder bei Discountern.

Ende des Jahres 2014 gab es in Deutschland insgesamt 20.441 öffentliche Apotheken (inklusive Filialapotheken) [2]. Die Anzahl der Apotheken hat damit weiterhin leicht abgenommen. Sie ist seit 2008 (21.602 Apotheken) rückläufig. Die Apothekendichte ist regional unterschiedlich verteilt [3] Sie liegt in den neuen Ländern niedriger als in den alten sowie in ländlichen Gebieten niedriger als in Städten. Im europäischen Vergleich befindet sich Deutschland bei der Apothekendichte im Mittelfeld: Auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner kommen circa 25 Apotheken. Im EU-Durchschnitt sind es circa 31 [2].

Etwa 3.000 öffentliche Apotheken haben eine Erlaubnis zum Versandhandel mit Arzneimitteln, machen davon aber in unterschiedlichem Umfang Gebrauch. Der Versandhandel erzielt über die Hälfte seines Umsatzes mit rezeptfreien Arzneimitteln, sogenannten OTC (Over-the-Counter)-Produkten [4]. Diese unterliegen im Gegensatz zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, sofern sie nicht ausnahmsweise zu Lasten der GKV abgegeben werden, nicht der Preisbindung und werden im Versandhandel häufig unterhalb der unverbindlichen Preisempfehlung des Herstellers angeboten [5].

ARZNEIMITTELMARKT

Die Gesamtausgaben für Arzneimittel sind in Deutschland im Zeitraum von 1992 bis 2013 von 25,8 Milliarden Euro auf 47,8 Milliarden Euro angestiegen [1]. Der Anteil

5.6

INFOBOX 5.6.2

WICHTIGE AKTEURE UND INSTITUTIONEN IM BEREICH DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Zuständig für die Zulassung von Fertigarzneimitteln auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes unter Prüfung der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und der pharmazeutischen Qualität. Aufgaben im Rahmen der europäischen Arzneimittelzulassung. Laufende und systematische Überwachung der Sicherheit von Fertigarzneimitteln im Bereich Pharmakovigilanz.

Paul-Ehrlich-Institut (PEI): Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, zuständig für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel (beispielsweise Antikörper, Arzneimittel aus Blut und Allergenpräparate). Prüft und bewertet Nutzen und Risiko biomedizinischer Human-Arzneimittel und immunologischer Tier-Arzneimittel im Rahmen der klinischen Entwicklung, Zulassung und danach.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, damit verantwortlich für die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Beschließt unter anderem Richtlinien zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln. Kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel verordnet werden können. Bewertet seit 2011 den Zusatznutzen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den Nutzen medizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten objektiv überprüfen soll; erhält Aufträge vom G-BA und vom Bundesministerium für Gesundheit. Bewertet unter anderem den Nutzen und Schaden von in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln. Erstellt Vergleiche von Arzneimitteln mit anderen

medikamentösen, aber auch mit nichtmedikamentösen Maßnahmen.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Alleiniger gesetzlich vorgesehener Verband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene. Regelt insbesondere die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Entscheidungen gelten für die Mitgliedskassen, die Landesverbände der Krankenkassen und für die Versicherten. Kann bei Arzneimitteln die Höhe der Erstattung durch Festbeträge begrenzen und verhandelt mit den pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen.

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände: Spitzenorganisation der Apothekerinnen und Apotheker in Deutschland, Mitglieder sind die Apothekerkammern und Apothekerverbände der Länder. Informiert und berät ihre Mitglieder über relevante Vorgänge im Gesundheits-, Apotheken- und Arzneimittelwesen. Verhandelt in Fragen der Arzneimittelversorgung von bundesweiter Bedeutung mit der Politik und den zuständigen Institutionen.

Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK): Institution der ABDA, die Verdachtsmeldungen aus Apotheken zu Qualitätsmängeln von Arzneimitteln und zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen sammelt und bewertet. Informiert Apothekerinnen und Apotheker regelmäßig über neu auftretende Probleme bei bestimmten Arzneimitteln.

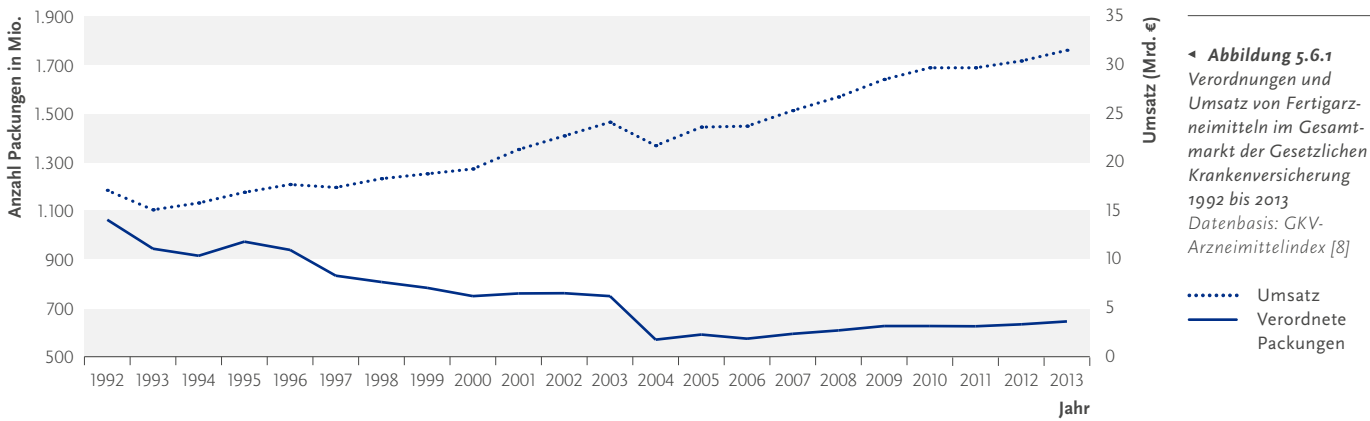
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer, informiert die Ärzteschaft über rationale Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) müssen ihr gemäß ärztlicher Berufsordnung mitgeteilt werden. Unterhält mit dem BfArM den Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit und eine Datenbank zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

der Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben von 15,2% liegt damit etwa in derselben Größenordnung wie vor 20 Jahren. Wie für die Gesundheitsausgaben insgesamt gilt auch für die Arzneimittelausgaben, dass sie deutlich stärker ansteigen als der Verbraucherpreisindex [6] (siehe Kapitel 6). Der von der GKV getragene Anteil an den Arzneimittelausgaben lag 2013 bei 71,4% (34,1 Milliarden Euro). Auf private Haushalte entfielen 16,5% (7,9 Milliarden Euro) und auf private Krankenversicherungen 7,0% (3,3 Milliarden Euro) [1]. Nach Berechnungen des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller betrafen 2013 die Arzneimittelausgaben im ambulanten Bereich überwiegend die rezeptpflichtigen Arzneimittel (36 Milliarden Euro), gefolgt von Arzneimitteln, die

im Rahmen der Selbstmedikation erworben wurden (6,2 Milliarden Euro) und verordneten rezeptfreien Präparaten (1,2 Milliarden Euro) [7].

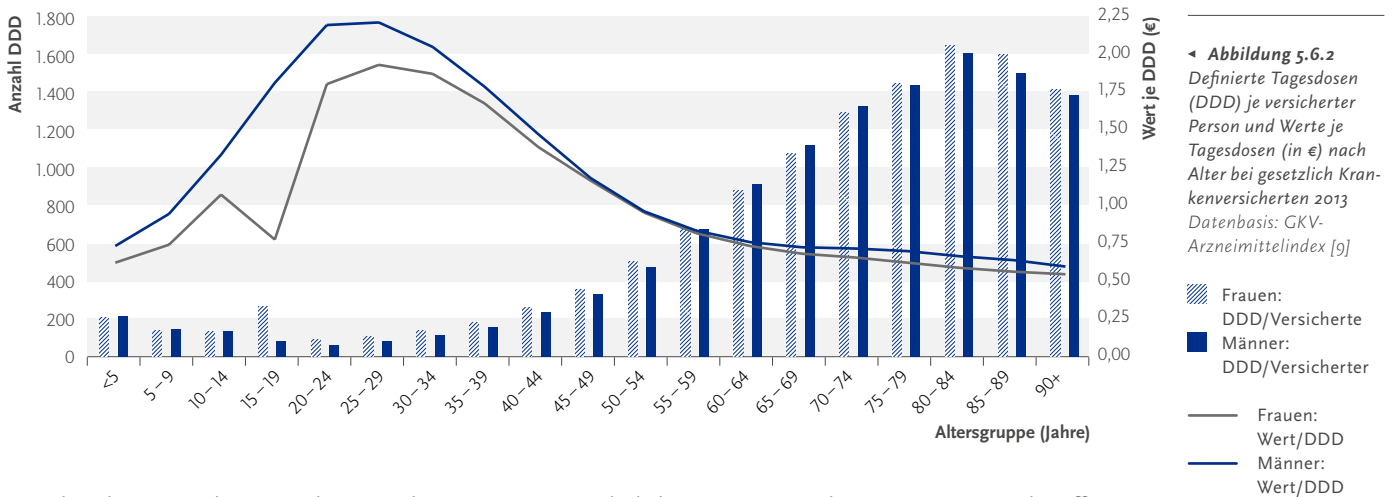
2013 wurden gesetzlich krankenversicherten Personen 645 Millionen Packungen Fertigarzneimittel (siehe Infobox 5.6.1) mit einem Umsatzvolumen von 31,5 Milliarden Euro verordnet und erstattet. Dabei stieg der Arzneimittelumsatz mit Fertigarzneimitteln im Zeitraum von 1992 bis 2013 ausgehend von rund 17,1 Milliarden Euro um 84% an. Gleichzeitig ging zwischen 1992 und 2013 die Zahl der Verordnungen um 39% zurück (Abb. 5.6.1). Die deutliche Umsatzsteigerung lässt sich in erster Linie auf die Zunahme der Verordnung relativ teurer Arzneimittel zurückführen. Zusätzliche umsatzstei-





◀ **Abbildung 5.6.1**
Verordnungen und
Umsatz von Fertigarzneimitteln im Gesamtmarkt der Gesetzlichen
Krankenversicherung
1992 bis 2013
Datenbasis: GKV-
Arzneimittelindex [8]

..... Umsatz
— Verordnete
Packungen



◀ **Abbildung 5.6.2**
Definierte Tagesdosen
(DDD) je versicherter
Person und Werte je
Tagesdosen (in €) nach
Alter bei gesetzlich Kran-
kenversicherten 2013
Datenbasis: GKV-
Arzneimittelindex [9]

▨ Frauen:
DDD/Versicherte
■ Männer:
DDD/Versicherter
— Frauen:
Wert/DDD
— Männer:
Wert/DDD

gernde Faktoren sind unter anderem Mehrwertsteuererhöhungen und eine Ausweitung der Kostenübernahme für Schutzimpfungen [8].

UNTERSCHIEDE NACH ALTER UND GESCHLECHT

Die Verordnung von Arzneimitteln variiert stark nach Alter und Geschlecht. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Menge als auch der Kosten und der Inhaltsstoffe. Abbildung 5.6.2 zeigt die Menge der für GKV-Versicherte verordneten Arzneimittel in Definierten Tagesdosen (DDD, Defined Daily Doses) und die Kosten je Tagesdosis für das Jahr 2013. Gemessen in Definierten Tagesdosen steigt bei beiden Geschlechtern der Verbrauch ab dem jungen Erwachsenenalter kontinuierlich an, erreicht das Maximum bei den 80- bis 85-Jährigen und sinkt danach wieder leicht ab. Jüngeren Menschen, insbesondere Männern, werden dabei durchschnittlich teurere Präparate verordnet. Bei weiblichen GKV-Versicherten zwischen 15 und 20 Jahren stellen empfängnisverhütende Mittel den wesentlichen Grund für die relativ hohen Verordnungsmengen und die niedrigen durchschnittlichen Kosten dar.

Die mit Abstand verordnungsstärkste Arzneimittelgruppe sind Mittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Angiotensinhemmerstoffe), Antiphlogistika und Antirheumatika (Schmerzmittel mit entzündungshemmender Wirkung) sowie Antibiotika. Auch Medikamente zur Therapie von Ulkusleiden, Diabetes mellitus und Asthma spielen eine wichtige Rolle. Die meisten dieser Pharmaka erhalten Menschen ab 60 Jahren. Nur wenige Arzneimittel, wie etwa Antibiotika oder Vitamine, werden jüngeren und älteren Personen in

ähnlicher Menge verordnet. Bestimmte Wirkstoffe (etwa hormonelle Antikonzeptiva) und Darreichungsformen (zum Beispiel speziell für Kinder) weisen charakteristische alters- und geschlechtsspezifische Verordnungsmuster auf [8].

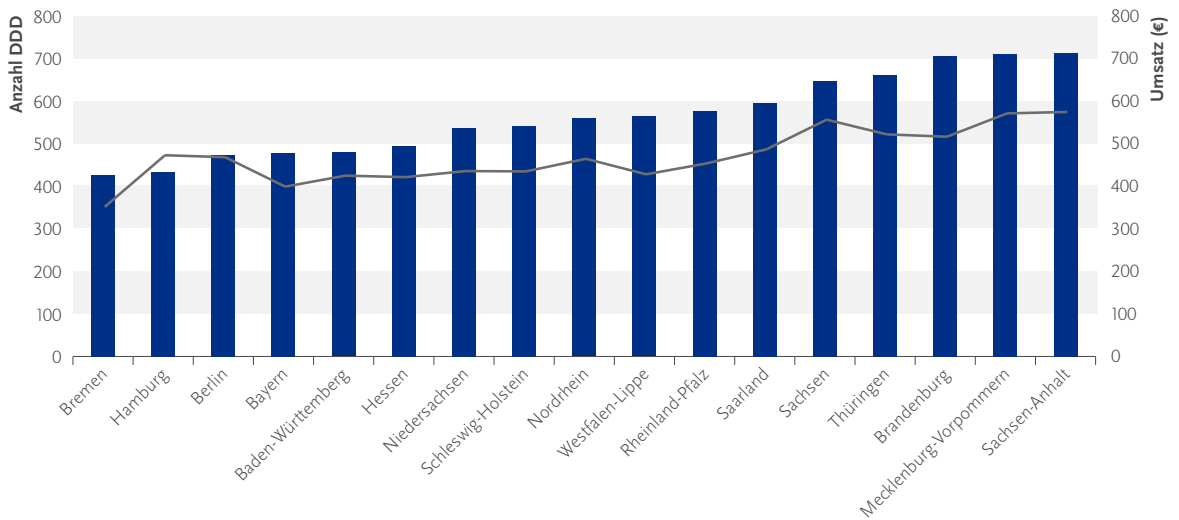
REGIONALE UNTERSCHIEDE

Darüber hinaus zeigen sich regionale Unterschiede in der Arzneimittelversorgung. 2013 waren nach Definierten Tagesdosen je Versichertem die höchsten Werte in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg zu verzeichnen, während die Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin die niedrigsten Werte aufwiesen (Abb. 5.6.3). Auch bei Betrachtung des Umsatzes je versicherter Person lagen die Werte in den östlichen Ländern am höchsten [9]. Deutliche regionale Unterschiede zeigen sich auch bezüglich der Versorgung mit einzelnen Wirkstoffgruppen, etwa bei Arzneimitteln zur Behandlung von Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes mellitus. Sie lassen sich unter anderem durch Unterschiede in der Altersverteilung, aber auch durch eine entsprechende zugrunde liegende Morbidität erklären [10, 11].

Neben patientenseitigen Faktoren wie Morbidität, Alter, Geschlecht, Inanspruchnahme und Therapietreue (auch Adhärenz oder Compliance genannt) wirken sich viele weitere Faktoren auf das ärztliche Verordnungsverhalten aus. Hierzu zählen unter anderem ökonomische Faktoren und Strukturmerkmale (zum Beispiel die Arztdichte), die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtung sowie das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Versorgung. Auch Qualitätsaspekte wie

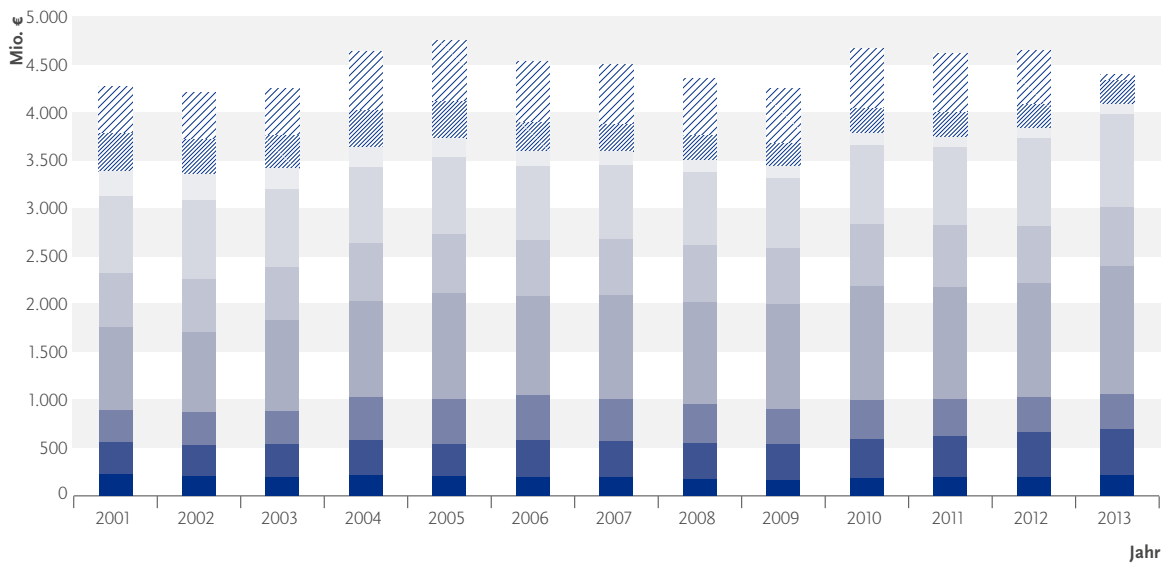
► **Abbildung 5.6.3**
Definierte Tagesdosen (DDD) und Umsatz je versicherter Person nach Kassenärztlichen Vereinigungen 2013
Datenbasis: GKV-Arzneimittelindex [9]

DDD/Versicherte ■
Umsatz/Versicherte —



► **Abbildung 5.6.4**
Selbstmedikation: Umsatzstärkste Indikationsbereiche in Apotheken, Drogerie- und Verbrauchermärkten, Lebensmitteleinzelhandel, Discountern und Versandhandel 2001 bis 2013
Datenbasis: Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen [14]

Indikationsbereiche:
Sonstige ■
Vitamine und Mineralstoffe ■
Tonika und Geriatrika (einschl. Knoblauch) ■
Schmerzen (einschl. Muskel- und Gelenkschmerzen) ■
Magen und Verdauung ■
Husten- und Erkältung ■
Herz und Kreislauf ■
Haut, Schleimhäute, Wunden ■
Beruhigung, Schlaf und Stimmungsaufheller ■



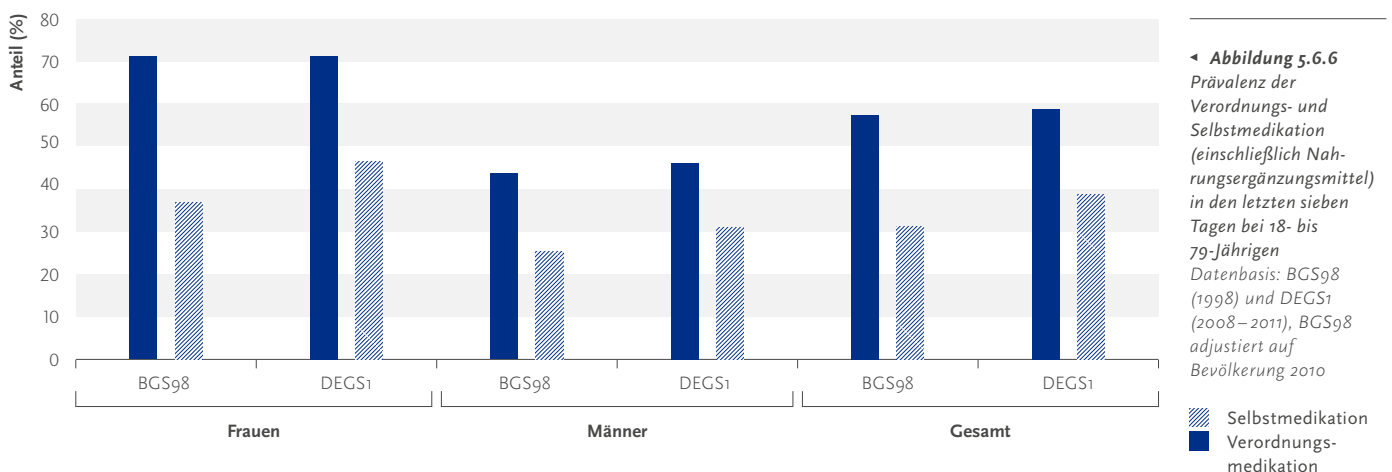
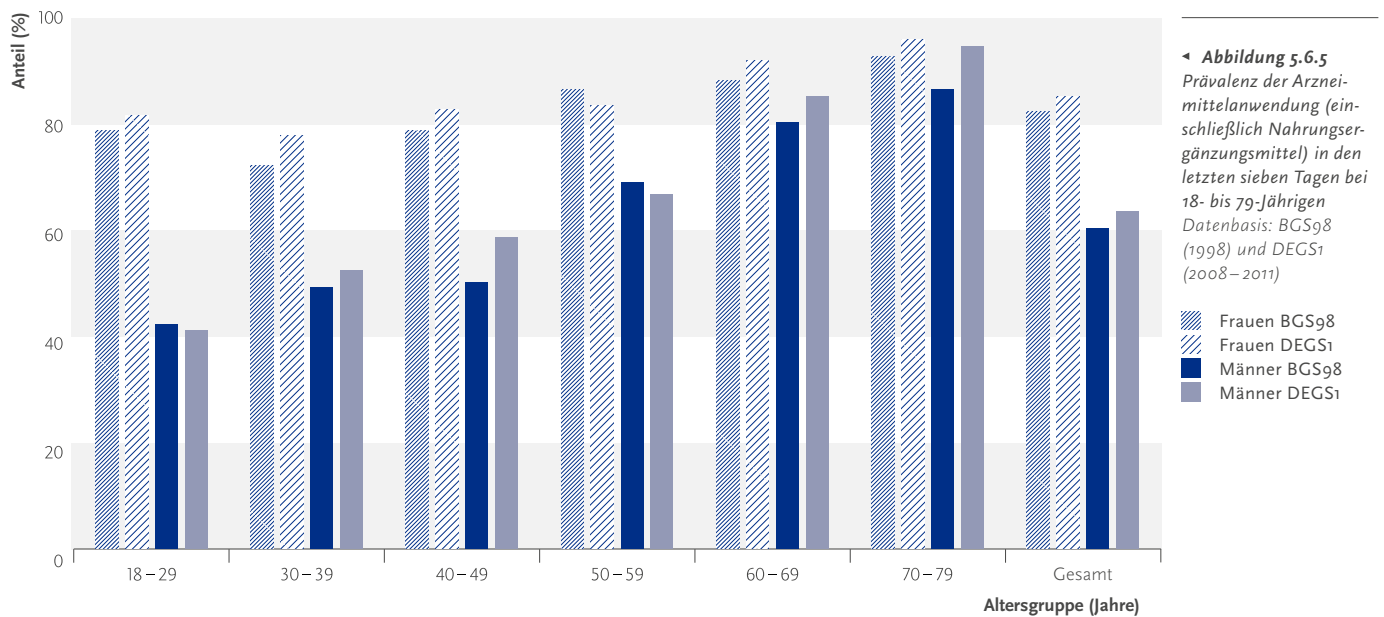
etwa die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien oder die Teilnahme an Pharmakotherapie-Zirkeln spielen eine Rolle. Daneben haben die Marketingaktivitäten der pharmazeutischen Industrie einen quantitativen und qualitativen Einfluss auf die Arzneimittelverordnungen [12]. Aus diesen Gründen kann – selbst bei einer alters- und geschlechtsstandardisierten Analyse – aus den Verordnungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen nur bedingt auf Morbiditätsunterschiede in den Regionen geschlossen werden.

SELBSTMEDIKATION

Rezeptfreie Arzneimittel zur Selbstmedikation können in Apotheken gekauft werden, freiverkäufliche Arzneimittel darüber hinaus auch in anderen Verkaufsstellen. Etwa 37,5 % der Arzneimittelpackungen, die über Apotheken abgegeben werden, entfallen auf Medikamente zur Selbstmedikation (34,6 % nicht verordnete apothekenpflichtige und 2,9 % freiverkäufliche Arzneimittel) [2]. Im Zeitraum von 1992 bis 2012 stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger für rezeptfreie Arzneimittel aus Apotheken von rund 39 Euro auf 52 Euro pro Jahr [13]. Die Umsatzsteigerung über diese 20 Jahre liegt damit etwa in der Größenordnung des Anstiegs des Verbraucherpreisindex.

Der Gesamtumsatz im Selbstmedikationssegment erhöhte sich zwischen 2001 und 2013 um rund drei Prozent, wobei der Umsatz nach rückläufigen Werten zwischen 2005 und 2009 zunächst wieder anstieg, 2013 aber erneut zurückging (Abb. 5.6.4) [14]. Bei der Interpretation der Umsatzentwicklung im Selbstmedikationsbereich müssen unterschiedliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden: Mit dem Fall der Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel 2004, die nicht zu Lasten der GKV abgegeben werden, entstand ein Wettbewerb in diesem Bereich, der zu Preissenkungen geführt hat. Zudem sind einige früher verschreibungspflichtige Wirkstoffe mittlerweile rezeptfrei erhältlich.

Der Anteil pflanzlicher (einschließlich homöopathischer) Fertigarzneimittel am Apothekenumsatz mit rezeptfreien Medikamenten lag im Jahr 2013 bei 30 % [7]. Am häufigsten werden im Selbstmedikationsbereich Mittel gegen Husten und Erkältungskrankheiten erworben, gefolgt von Schmerzmitteln sowie Präparaten zur Behandlung von Magen- und Verdauungsbeschwerden. Ein Vergleich der Ausgaben für Selbstmedikation mit anderen europäischen Staaten zeigt, dass Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für OTC-Produkte gehört [15].



5.6.2 ARZNEIMITTELANWENDUNG IN DER BEVÖLKERUNG

ARZNEIMITTELGEBRAUCH BEI ERWACHSENEN

Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) und der ersten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008–2011 (DEGS1) des Robert Koch-Instituts wurden repräsentative Daten zum Arzneimittelgebrauch der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 79 Jahre) in Deutschland erhoben. Diese Daten ermöglichen auch eine differenzierte Betrachtung nach Herkunft der Arzneimittel aus Verordnungs- oder Selbstmedikation.

Im Jahr 1998 (BGS98) haben 71,5% der 18- bis 79-jährigen innerhalb der letzten Woche Arzneimittel angewendet (einschließlich Nahrungsergänzungsmittel) [16]. 2008 (DEGS1) lag dieser Wert bei 74,7% [17]. In beiden Surveys weisen Frauen insgesamt signifikant höhere Anwendungsprävalenzen auf als Männer. Nur in der höchsten Altersgruppe der 70- bis 79-jährigen sind diese Unterschiede nicht mehr signifikant (Abb. 5.6.5).

Im höheren Alter, insbesondere ab 60 Jahren, wenden viele Frauen und Männer fünf und mehr Präparate gleichzeitig an (Polypharmazie). Nach den Ergebnissen von DEGS1 haben fast die Hälfte aller Männer (47,0%)

und 53,2% aller Frauen im Alter von 70 bis 79 Jahren in den letzten sieben Tagen fünf und mehr Präparate angewendet. Nahezu 40% aller 70- bis 79-jährigen Frauen und Männer hatten in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens fünf ärztlich verordnete Arzneimittel eingesetzt. Vor dem Hintergrund potenzieller Risiken der Polypharmazie [18–21] verdient diese Tatsache erhöhte Aufmerksamkeit (siehe Kapitel 8).

Differenziert nach Verordnungs- und Selbstmedikation zeigt sich zu beiden Erhebungszeitpunkten (BGS98 und DEGS1), dass die Arzneimitteltherapie überwiegend ärztlich verordnet wird. Während sich das Niveau der Verordnungsmedikation im zeitlichen Verlauf kaum verändert hat, stieg es bei der Selbstmedikation signifikant von 31,2% auf 38,8%. Dieser Anstieg fällt für die Frauen deutlicher aus als für die Männer (Abb. 5.6.6).

ARZNEIMITTELGEBRAUCH BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, 2003–2006) des Robert Koch-Instituts wurde die Arzneimittelanwendung von Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) erhoben. Dabei zeigte sich, dass der Arzneimittelgebrauch mengenmäßig dem von Erwachsenen im mittleren Lebens-

► **Tabelle 5.6.1**
 Prävalenz der Arzneimittelanwendung (einschließlich Nahrungsergänzungsmittel) in den letzten sieben Tagen bei 0- bis 17-Jährigen nach Alter, Sozialstatus und Migrationshintergrund
 Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) [22]

	MÄDCHEN	JUNGEN	GESAMT
Gesamt	53,1 %	48,7 %	50,8 %
Alter			
0–2 Jahre	73,1 %	76,7 %	74,9 %
3–6 Jahre	50,2 %	51,9 %	51,1 %
7–10 Jahre	41,5 %	43,6 %	42,6 %
11–13 Jahre	42,8 %	42,0 %	42,4 %
14–17 Jahre	61,4 %	40,5 %	50,7 %
Sozialstatus			
Niedrig	49,5 %	44,9 %	47,1 %
Mittel	52,9 %	49,6 %	51,2 %
Hoch	57,9 %	52,4 %	55,1 %
Migrationshintergrund			
Ja	43,5 %	39,6 %	41,5 %
Nein	55,0 %	50,7 %	52,8 %

alter entspricht. Gänzlich verschieden ist jedoch das Spektrum der Präparate und Wirkstoffe. Bei Kindern kommen vor allem Husten-, Schnupfen-, Fieber- und Erkältungsmittel sowie Vitamin D- und Fluorid-Präparate zur Anwendung [22]. Husten- und Erkältungsmittel werden dabei häufig ohne ärztliche Verordnung eingesetzt, obwohl bis zum Alter von zwölf Jahren auch nicht rezeptpflichtige Präparate von der GKV erstattet werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden. Die Bedeutung der Selbstmedikation im Kindesalter spiegelt sich in der hohen Anwendungsprävalenz wider: Etwa ein Viertel aller Jungen und Mädchen unter 18 Jahren hat laut KiGGS in den letzten sieben Tagen mindestens ein Präparat ohne vorherige ärztliche Verordnung angewendet [23]. Bei homöopathischen Mitteln, die bei fast fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen in den letzten sieben Tagen eingesetzt wurden, ist der Anteil von Selbstmedikation mit rund 50 % besonders hoch [24]. Am höchsten ist die Prävalenz der aktuellen Arzneimittelanwendung in den letzten sieben Tagen bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von zwei Jahren (Tab. 5.6.1).

Bei Jungen sinkt diese mit zunehmendem Alter kontinuierlich, bei Mädchen erfährt die Prävalenz in der Pubertät einen erneuten Anstieg, der vorwiegend auf die Anwendung hormoneller Verhütungsmittel zurückzuführen ist [22]. Hierbei spielen neben der Wohnregion auch der Sozialstatus der Familien und der Migrationshintergrund eine Rolle: Mädchen aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus verwenden häufiger hormonelle Antikonzeptiva, Mädchen mit türkischer Herkunft seltener [25].

5.6.3 QUALITÄT DER ARZNEIMITTLERVERSORGUNG

Neben der pharmazeutischen Beschaffenheit sind klinische und patientenbezogene Aspekte von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Arzneimittelversorgung (siehe Kapitel 5.8). Die pharmazeutische Beschaffenheit zugelassener Arzneimittel auf dem deutschen Markt muss hohen rechtlichen Anforderungen entsprechen. Arzneimittelfälschungen, die weltweit zunehmend Probleme bereiten, sind in Deutschland bei

Bezug der Arzneimittel über die legalen Lieferketten bisher auf Einzelfälle beschränkt [26]. Bei der Abgabe von Arzneimitteln auf ärztliche Verordnung oder im Rahmen der Selbstmedikation erfüllen öffentliche Apotheken durch die individuelle Beratung und Vermittlung von Informationen eine wichtige Aufgabe.

Die evidenzbasierte, an medizinischen Leitlinien orientierte Arzneimitteltherapie leistet einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsqualität. Durch die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln kann der gesundheitliche Nutzen für Patientinnen und Patienten mit einer Reduktion unnötiger Ausgaben verbunden werden. Der Barmer GEK Arzneimittelreport 2013 nennt als Beispiele für eine mögliche Über- und Fehlversorgung die Antibiotikatherapie im Kindesalter und für eine mögliche Unterversorgung die Therapie mit inhalativen Kortison-Präparaten bei Asthma [27]. Über-, Unter- und Fehlversorgung wird bei bestimmten Erkrankungen auch mit dem Geschlecht in Zusammenhang gebracht. Beispielsweise wird die medikamentöse Unterversorgung von Frauen bei kardiovaskulären Erkrankungen [28] und von Männern bei Depression [29] beschrieben.

Zunehmend wird auch gefordert, bei pharmakotherapeutischen Entscheidungen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung von Arzneimitteln zu berücksichtigen, weil sich die erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Arzneistoffen bei Frauen und Männern teils erheblich unterscheiden können [30].

Wichtig ist bei allen therapeutischen Entscheidungen, die individuelle Lebenssituation der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation spielt dabei eine zentrale Rolle für eine Arzneimitteltherapie, die auch die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen einbezieht [31].

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Versorgungsqualität in der Arzneimitteltherapie ist die Patientensicherheit. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass in Deutschland etwa fünf Prozent der Krankenhauseinweisungen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen sind [32, 33]. Bis zu 40 % dieser Fälle werden als vermeidbar eingeschätzt [34]. Für die sta-

tionäre Versorgung wird geschätzt, dass dort 5 % bis 15 % der Patientinnen und Patienten von unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit Arzneimitteltherapie betroffen sind [35]. Fehlerquellen können im gesamten Medikationsprozess auftreten, von der ärztlichen Verordnungsentscheidung über die Rezeptausstellung und Arzneimittellabgabe bis hin zur Anwendung durch Patientinnen und Patienten. Dabei sind bestimmte Patientengruppen wie Kinder, Schwangere, ältere und multimorbide Menschen besonders gefährdet. Um die Patientensicherheit in Deutschland zu fördern, wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit 2007 der Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) erarbeitet, der mittlerweile in der dritten Fortschreibung (AMTS 2013–2015) vorliegt. Übergeordnetes Ziel ist die Abwendung vermeidbarer Schäden bei der Arzneimitteltherapie, beispielsweise durch ärztliche Fortbildung, Forschung und Patienteninformation [32].

Ein kontinuierliches Monitoring des Arzneimittelgebrauchs ist vor dem Hintergrund der Arzneimittelsicherheit, aber nicht zuletzt auch der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen von hoher Relevanz. Mit gesetzlichen Regulierungen wie etwa dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG, 2002), dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG, 2006) und dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG, 2011) wurde und wird zu einer Begrenzung der Arzneimittelausgaben beigetragen (siehe Kapitel 6). Der Arzneiverordnungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) beziffert zum Beispiel die möglichen Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben für das Jahr 2013 auf etwa 3,4 Milliarden Euro [8]. Auch die Patientinnen und Patienten können zur Ausgabenvermeidung beitragen, indem sie unkritischen Umgang mit Arzneimitteln vermeiden und damit zum Beispiel auch Resistenzentwicklungen bei Antibiotika vorbeugen. Durch eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation lässt sich auch die Verordnung ungewollter oder ungeeigneter Arzneimittel, die später nicht eingenommen werden, von vornherein vermeiden. Schätzungen zufolge werden jährlich Arzneimittel im Wert von mehreren Milliarden Euro weggeworfen [36]. Nicht zuletzt kann eine verbesserte Arzneimitteltherapiesicherheit einen Beitrag zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen leisten: Auf der Basis verschiedener Modellrechnungen wird geschätzt, dass in Deutschland jährlich bis zu 1,3 Milliarden Euro durch die Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen eingespart werden könnten [37].

LITERATUR

1. Statistisches Bundesamt (2015) Gesundheitsausgabenrechnung. www.gbe-bund.de (Stand: 29.04.2015)
2. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2015) Die Apotheke - Daten, Zahlen, Fakten - 2015. www.abda.de/uploads/tx_news/ABDA_ZDF_2015_Brosch.pdf (Stand: 18.08.2015)
3. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2014) Apotheken- und Personalstatistik, Anzahl und Dichte sowie Neugründungen und Schließungen von öffentlichen Apotheken. www.gbe-bund.de (Stand: 15.04.2015)
4. Bundesverband deutscher Versandapotheken (2015) Fakten zum Arzneimittelversandhandel in Deutschland. www.bvdva.de/home/daten-und-fakten (Stand: 18.08.2015)
5. PZ online (2013) Versandapotheken: OTC-Segment bildet stabile Größe. Pharmazeutische Zeitung online. www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=45938 (Stand: 15.04.2015)
6. Statistisches Bundesamt (2015) Preise - Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Lange Reihen ab 1948. März 2015. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Preise/Verbraucherpreise/VerbraucherpreisindexLangeReihenPDF_5611103.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 30.04.2015)
7. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (2014) Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2013. www.bah-bonn.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=4089&token=3ec3eb2533e1c4c5ab6a42e783fo651d200c7e08 (Stand: 13.03.2015)
8. Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) (2014) Arzneiverordnungs-Report 2014. Springer, Berlin Heidelberg
9. Wissenschaftliches Institut der AOK (2015) GKV-Arzneimittelindex – Fertigarzneimittel. WiDO, Berlin
10. Repschläger U (2011) Die Verteilung von Morbidität in Deutschland. Ein Morbiditätsatlas zum Vergleich von Regionen auf Basis der 80 Krankheiten des Risikofaktorausgleichs. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell – Beiträge und Analysen, S. 170-193
11. Häussler B, Hoer A, Hempel E (Hrsg) (2014) Arzneimittel-Atlas 2014. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. Springer, Berlin, Heidelberg
12. Schröder H, Nink K, Coca V et al. (2007) Report oder Atlas? Zur Analyse von Arzneimittelverordnungsdaten. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn
13. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2013) Die Apotheke – Daten, Zahlen, Fakten – 2012. www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2012/ABDA_ZDF_2012_Brosch.pdf (Stand: 24.03.2015)
14. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (2014) Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen, Selbstmedikation: Umsatzstärkste Indikationsbereiche in Apotheken, Drogerie- und Verbrauchermärkten, Lebensmitteleinzelhandel, Discountern und Versandhandel (in Mio. Euro). www.gbe-bund.de (Stand: 04.05.2015)
15. Tisman A (2013) The rising tide of OTC in Europe. IMS Health. www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Healthcare/Healthcare%20Solutions/Consumers/The_Rising_Tide_Of_OTC_Europe.pdf (Stand: 15.04.2015)
16. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
17. Knopf H, Grams D (2013) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):868-877
18. Lai SW, Liao KF, Liao CC et al. (2010) Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. *Medicine (Baltimore)* 89(5):295-299
19. Haider SI, Johnell K, Thorslund M et al. (2007) Trends in polypharmacy and potential drug-drug interactions across educational groups in elderly patients in Sweden for the period 1992 - 2002. *Int J Clin Pharmacol Ther* 45(12):643-653
20. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A et al. (2006) Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *Br J Clin Pharmacol* 61(2):218-223
21. Venturini CD, Engroff P, Ely LS et al. (2011) Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. *Clinics (Sao Paulo)* 66(11):1867-1872
22. Knopf H (2007) Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50(5/6):863-870
23. Du Y, Knopf H (2009) Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Br J Clin Pharmacol* 68(4):599-608
24. Du Y, Knopf H (2009) Paediatric homoeopathy in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 18(5):370-379
25. Du Y, Melchert HU, Schäfer-Korting M (2007) Use of oral contraceptives in Germany: prevalence, determinants and use-associated health correlates. Results of National Health Surveys from 1984 to 1999. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 134(1):57-66

26. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Arzneimittelfälschungen - ein globales Problem. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/A/Arzneimittelfaelschung/130507_Infoblatt_Arzneimittelfaelschungen.pdf (Stand: 16.11.2015)
27. Glaeske G, Schickanz C (2013) BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
28. Bischoff B, Silber S, Richartz B et al. (2006) Inadequate medical treatment of patients with coronary artery disease by primary care physicians in Germany. *Clin Res Cardiol* 95(8):405-412
29. Wittchen H-U, Winter S, Höfler M et al. (2000) Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin* 118 (Sonderheft):22-30
30. Regitz-Zagrosek V (2014) Geschlechterunterschiede in der Pharmakotherapie. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(9):1067-1073
31. Glaeske G (2008) Anforderungen für ein bundesweites Monitoring der gesundheitlichen Versorgung: Arzneimittel. In: Kurth B-M (Hrsg) *Report Versorgungsforschung: Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland - Konzepte, Anforderungen, Datenquellen*. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, S. 31-40
32. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Aktionsplan 2013 - 2015 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. BMG, Bonn
33. Stausberg J, Hasford J (2010) Identification of adverse drug events: the use of ICD-10 coded diagnoses in routine hospital data. *Dtsch Arztebl Int* 107(3):23-29
34. Pirmohamed M, James S, Meakin S et al. (2004) Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 329(7456):15-19
35. Thürmann PA (2014) Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg) *Krankenhausreport 2014 - Schwerpunkt: Patientensicherheit*. Schattauer, Stuttgart, S. 169-181
36. Osterloh F (2012) Arzneimittelreport: Zu viele Psychopharmaka. *Dtsch Arztebl Int* 109(27-28):A-1408
37. Stark RG, John J, Leidl R (2011) Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: a modelling approach. *BMC Health Serv Res* 11:9

5.7 NEUE VERSORGUNGSFORMEN

- / Neue Versorgungsformen sollen die Koordination und Qualität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland verbessern.*

- / An der hausarztzentrierten Versorgung beteiligten sich 2013 etwa 16.000 Ärztinnen und Ärzte und rund drei Millionen Versicherte.*

- / Neben Einzel- und Gemeinschaftspraxen haben sich rund 1.800 Medizinische Versorgungszentren in der ambulanten Versorgung etabliert.*

- / Disease Management Programme werden derzeit für sechs Erkrankungen angeboten. Mit Stand Dezember 2014 nahmen mehr als 6,5 Millionen Patientinnen und Patienten an einem Programm teil.*

- / Zur Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen bedarfes eines kontinuierlichen Monitorings und belastbarer Evaluationen.*

5.7 NEUE VERSORGUNGSFORMEN

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist durch eine starke Segmentierung seiner Leistungsbereiche (vor allem der Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege) in einen ambulanten und einen stationären Sektor gekennzeichnet. Dies wird angesichts der aktuellen Anforderungen an ein modernes Gesundheitssystem, in dem die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen stark an Bedeutung gewinnt [1], zunehmend hinterfragt: Menschen mit chronischen Erkrankungen bedürfen einer kontinuierlichen Begleitung. Dabei spielt die koordinierte Zusammenarbeit aller beteiligter Berufsgruppen und Leistungserbringer über Sektorengrenzen und Leistungsbereiche hinweg eine zentrale Rolle [2]. Demgegenüber zeigen sich in der gegenwärtigen Segmentierung des Versorgungssystems vielfältige Schnittstellenprobleme zwischen Sektoren, Leistungsbereichen und Berufsgruppen. Diese erschweren ein koordiniertes Vorgehen sowie eine effektive und effiziente Versorgung [3–5]. Konkrete Folgen für die Patientinnen und Patienten können z. B. Doppel- oder Mehrfachuntersuchungen, unnötige Wechsel der Medikamente oder der verspätete Beginn einer ambulanten Nachbehandlung sein.

Insbesondere seit den 1990er-Jahren wurden daher eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten geschaffen, mit denen die interprofessionelle Kooperation verbessert und die Sektorengrenzen durchlässiger gestaltet oder gänzlich überwunden werden sollen. Im ambulanten Bereich sind diese neuen Möglichkeiten häufig außerhalb des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt und werden über eigens abgeschlossene Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (sogenannte Selektivverträge) vergütet. Damit tragen sie zu einer Liberalisierung des ersten Gesundheitsmarktes und zum Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen bei [6].

Häufig werden unter neuen Versorgungsformen vor allem Konzepte verstanden, die eine selektive Vertragsgestaltung erlauben, beziehungsweise einen sektorenübergreifenden Ansatz verfolgen [6]. In diesem Kapitel wird dagegen ein breiteres Verständnis neuer Versorgungsformen zugrunde gelegt, da auch Medizinische Versorgungszentren oder Arztnetze durch ihre interprofessionelle Anlage besonders geeignet sind, eine wichtige Rolle in sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen zu spielen.

In den folgenden Abschnitten werden mit den Medizinischen Versorgungszentren, der hausarztzentrierten Versorgung sowie den strukturierten Behandlungsprogrammen (so genannten Disease Management Programmen) drei wichtige neue Versorgungsformen einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Als Datengrundlagen dienen die MVZ-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Teilnehmerstatistik des Bundesversicherungsamtes zu den Disease Management Programmen sowie Daten des Deutschen Hausärzteverbandes zur Beteiligung an der hausarztzentrierten Versorgung.

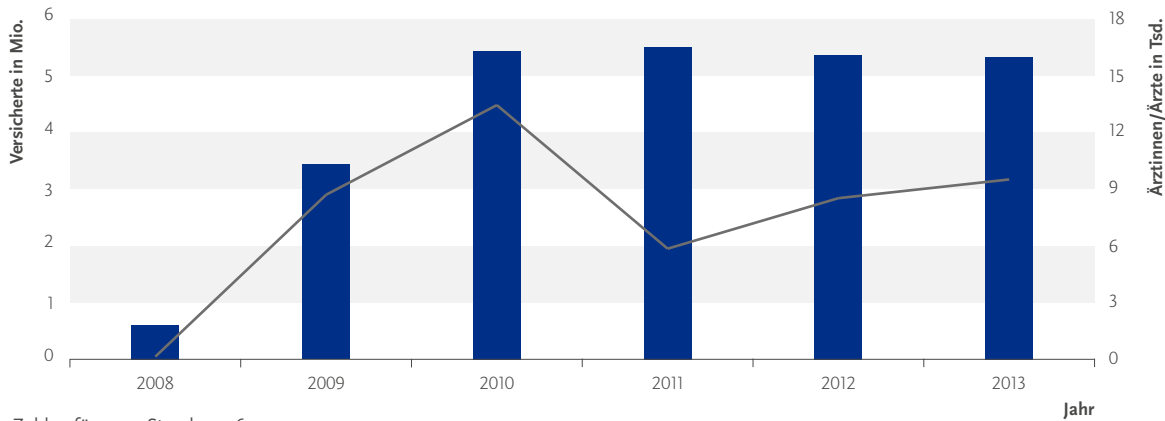
5.7.1 HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG

Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V soll die zentrale Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als Lotsen (“gatekeeper”) in der Gesundheitsversorgung weiter stärken. Seit 2009 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten Hausarztmodelle anzubieten. Dabei verpflichten sich die eingeschriebenen Versicherten für mindestens ein Jahr, bei medizinischen Anlässen immer zuerst die Hausarztpraxis aufzusuchen, welche je nach Notwendigkeit die Überweisung zu einer Fachärztin oder einem Facharzt veranlasst (Ausnahmen: gynäkologische und Augenarztpraxen sowie Kinderärztinnen und -ärzte) [7–9]. Auch für die Ärztinnen und Ärzte ist die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell freiwillig. Sie geht jedoch mit bestimmten Verpflichtungen einher, welche die Qualität der Versorgung verbessern sollen. Zu diesen gehören die Teilnahme an Qualitätszirkeln, die Einführung eines Qualitätsmanagements und leitliniengerechtes Handeln. Die Anreize für die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte liegen in einer höheren Vergütung. Den teilnehmenden Versicherten können die Krankenkassen Vergünstigungen wie Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen anbieten [9–11].

Die selektive Vertragsgestaltung erfolgt regional, auf Ebene der KV-Bezirke, in der Regel zwischen den jeweils zuständigen hausärztlichen Fachverbänden und den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen. Ein wichtiges Ziel der HzV ist, die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten aus einer Hand zu gewährleisten sowie unnötige Facharztkontakte, Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden [12, 13]. Aus der Lotsenfunktion der hausärztlichen Praxis ergibt sich auch das Potenzial der HzV für eine sektorenübergreifende Versorgung: Bei den Hausärztinnen und Hausärzten laufen alle wichtigen Informationen zusammen, sodass sie die weiterführenden Versorgungsschritte koordinieren können. Dies ermöglicht ihnen, eine wichtige Rolle in weiteren Formen der sektorenübergreifenden Versorgung wie der Integrierten Versorgung nach SGB V § 140a-d oder in Disease Management Programmen zu übernehmen [12, 14].

Trotz der gesetzlichen Verpflichtung, die HzV einzuführen, ist eine flächendeckende Versorgung mit entsprechenden Angeboten bislang nicht vorhanden. An den Zahlen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ist abzulesen, dass insgesamt eine Ausweitung der Angebote der HzV stattgefunden hat (Abb. 5.7.1). 2011 beteiligten sich 16.503 Ärztinnen und Ärzte an der HzV, 2013 waren es 16.012. Die Zahl der eingeschriebenen Versicherten stieg bis 2010 auf nahezu 4,5 Millionen Personen an. Infolge verbands- und gesundheitspolitischer Auseinandersetzungen wurden 2010 in Bayern nahezu alle Verträge zur HzV durch die gesetzlichen Krankenkassen gekündigt und es kam zu einem deutlichen Rückgang eingeschriebener Versicherter. Mitte 2013 betrug die Zahl der an der HzV teilnehmenden Versicherten wieder etwa 3,2 Millionen.

Die Versichertenzahlen machen zudem deutlich, dass sich die versicherte Bevölkerung nur in Baden-Württemberg (1.533.478) und Bayern (1.387.285) in relevanter Zahl in Verträge zur HzV eingeschrieben



◀ **Abbildung 5.7.1**
Eingeschriebene Versicherte sowie Ärztinnen und Ärzte in der hausarztzentrierten Versorgung
Datenbasis: Statistik des Deutschen Hausärzterverbands [15]

■ Ärztinnen/Ärzte
— Versicherte

Zahlen für 2013: Stand 30.06.2013

hat [15]. In allen anderen Regionen nutzt nur eine Minderheit der Anspruchsberechtigten das Angebot der HzV. Diese regionalen Unterschiede sind das Ergebnis spezifischer Akteurskonstellationen in den KV-Bezirken: Die Durchsetzung der HzV ist also trotz gesetzlicher Verpflichtungen nach wie vor vom Willen der jeweiligen Akteure abhängig. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen sowie in der Ärzteschaft findet das Konzept keine einhellige Unterstützung: Während Befürworter der HzV vor allem Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung anführen, befürchten die Krankenkassen eher Mehrkosten ohne nachgewiesenen Zusatznutzen. In der Ärzteschaft wird zudem vor allem die starke Rolle der Hausarztverbände kritisch gesehen, da die Hausarztverträge gewissermaßen mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen konkurrieren [9, 12, 16]. Auf Ebene der KV-Bezirke, auf der die Verträge zur HzV geschlossen werden, gestaltet sich die Konsensfindung vor diesem Hintergrund teilweise schwierig. Dies erklärt die unterschiedliche Durchdringung mit Modellen der HzV wie auch die regional stark schwankenden Zahlen der jeweils eingeschriebenen Versicherten.

Evaluationen zur HzV sind bislang selten, zeichnen aber ein eher positives Bild: Hervorgehoben wird, dass es die HzV den Hausärztinnen und Hausärzten ermöglichen, ihrer Lotsenfunktion gerecht zu werden. Insbesondere Facharztkontakte ohne Überweisung würden vermieden. Zudem würden Patientinnen und Patienten in der HzV häufiger leitliniengerecht behandelt und in Disease Management Programme eingeschrieben. Auch scheint die HzV mit Personen höheren Alters und schlechterer Gesundheit überproportional häufig ihre wesentliche Zielgruppe zu erreichen [17]. Zudem belegen die Evaluationen zur HzV, dass die Betreuungsintensität durch Hausärztinnen und Hausärzte höher war, während die Zahl der Facharztkontakte bei eingeschriebenen Patientinnen und Patienten niedriger lag als bei nicht eingeschriebenen. Zudem waren die Ausgaben für Arzneimittel geringer, es gab weniger vermeidbare Krankenhauseinweisungen und in der Altersgruppe ab 65 Jahre weniger Notfalleinweisungen [11, 14, 18].

Bislang wird jedoch nur ein kleiner Teil der Verträge zur HzV systematisch evaluiert. Deshalb sollte der Ausbau dieser Versorgungsstrukturen mit einer fortgesetzten Wirksamkeitsprüfung und Weiterentwicklung einhergehen.

5.7.2

MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V wurden als ambulante Versorgungsform durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 eingeführt. Laut Gesetz sind sie ärztlich geleitete Einrichtungen, die Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Ursprünglich war die Zusammenarbeit mehrerer Fachrichtungen Voraussetzung für die Gründung eines MVZ. Dies wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geändert, so dass seit Juli 2015 auch reine Hausarzt- oder spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ möglich sind. Die Möglichkeit, weitere Leistungserbringer (z. B. Heilmittelerbringer) zu integrieren sowie eine Vergütung, die einen hohen Kooperationsgrad innerhalb des MVZ zusätzlich honoriert, stärken die Anlage von MVZ als Einrichtungen der interdisziplinären und multiprofessionellen Kooperation [19]. Das Konzept der MVZ öffnet die ambulante Versorgung auch für die Krankenhäuser, die selbst MVZ gründen dürfen. Zudem ist es möglich, dass neben Vertragsärztinnen und -ärzten mit festem Arztsitz auch angestellte Ärztinnen und Ärzte in MVZ tätig sein können.

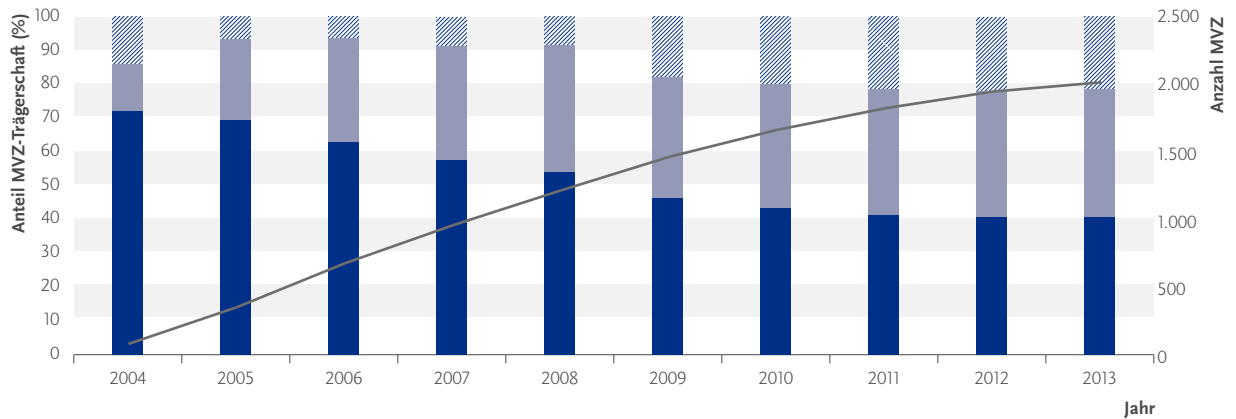
Seit 2004 haben MVZ zunehmend Verbreitung gefunden. Ihre Zahl stieg von 70 im vierten Quartal 2004 auf 2.006 im vierten Quartal 2013. Ende 2013 waren 12.788 Ärztinnen und Ärzte in MVZ tätig [20]. Dabei scheinen kleinere MVZ, die – Gemeinschaftspraxen ähnlich – ausschließlich aus Vertragsärztinnen und -ärzten bestehen, zunehmend an Bedeutung zu verlieren [21]. Der Anteil größerer, häufig von Krankenhäusern getragener MVZ nimmt hingegen zu: Er wuchs von 13,9% Ende 2004 auf 37,8% Ende 2013. Im selben Zeitraum ging der Anteil der Vertragsärztinnen und -ärzte an allen Trägern von 72,2% auf 40,7% zurück (Abb. 5.7.2). Ende 2013 waren in 32,2% der MVZ sieben oder mehr Ärzte tätig, im vierten Quartal 2004 lag dieser Anteil noch bei 7,1%. Gleichzeitig sank der Anteil der MVZ mit vier oder weniger Ärztinnen oder Ärzten von 81,4% auf 47,4% [20]. Damit geht einher, dass in MVZ heute vermehrt angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Ihr Anteil hat von 42,6% im vierten Quartal 2004 auf 89,0% im vierten Quartal 2013 zugenommen.

MVZ haben inzwischen einen festen Platz in der vertragsärztlichen Versorgung und nehmen die Aufgabe einer interprofessionellen Zusammenarbeit in wachsen-

5.7

► **Abbildung 5.7.2**
Anzahl Medizinischer
Versorgungszentren
und Trägerschaft (in %)
2004–2013
(jeweils 4. Quartal)
Datenbasis:
Kassenärztliche
Bundesvereinigung,
MVZ-Statistik [20]

Sonstige
Träger
Krankenhäuser
Vertragsärzte
Anzahl MVZ



dem Umfang wahr. In urbanen Räumen bilden sie häufig spezialisierte, interdisziplinär arbeitende ambulante Zentren und sind so besonders für die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Personen geeignet [19, 22]. In ländlichen Regionen gelten sie als ein Mittel, um eine Unterversorgung aufgrund von Ärztemangel zu mildern [23] – eine Funktion, die sie wegen eigener Rekrutierungsprobleme bisher nur sehr eingeschränkt erfüllen können [22].

Bei der Überwindung von Schnittstellenproblemen zwischen Sektoren und Leistungsbereichen weisen besonders von Krankenhäusern geführte MVZ ein großes Potenzial auf. Sie sind am besten in der Lage, die prästationären, stationären und poststationären Leistungen zu verzahnen, um so Synergieeffekte zu erzeugen [23]. Kritisch wird hierzu jedoch angemerkt, dass Krankenhäuser nicht nur an einer verbesserten Versorgung interessiert seien, sondern mit einer Ausweitung ihres Tätigkeitsbereiches in den ambulanten Bereich hinein über eine effektivere Patientenrekrutierung und Kundenbindung auch ökonomische Ziele verfolgen würden [24].

Zudem können sich MVZ an Programmen der Integrierten Versorgung (SGB V § 140a-d) wie auch an Disease Management Programmen beteiligen und so als Vertragspartner in Selektivverträgen die Überwindung von Sektorengrenzen mitgestalten [25]. Inwieweit dies tatsächlich geschieht oder ob die Qualität der gesundheitlichen Versorgung insgesamt von MVZ profitiert, ist bislang jedoch unklar, da Evaluationsstudien bislang kaum vorliegen [19, 23, 25].

5.7.3

DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME

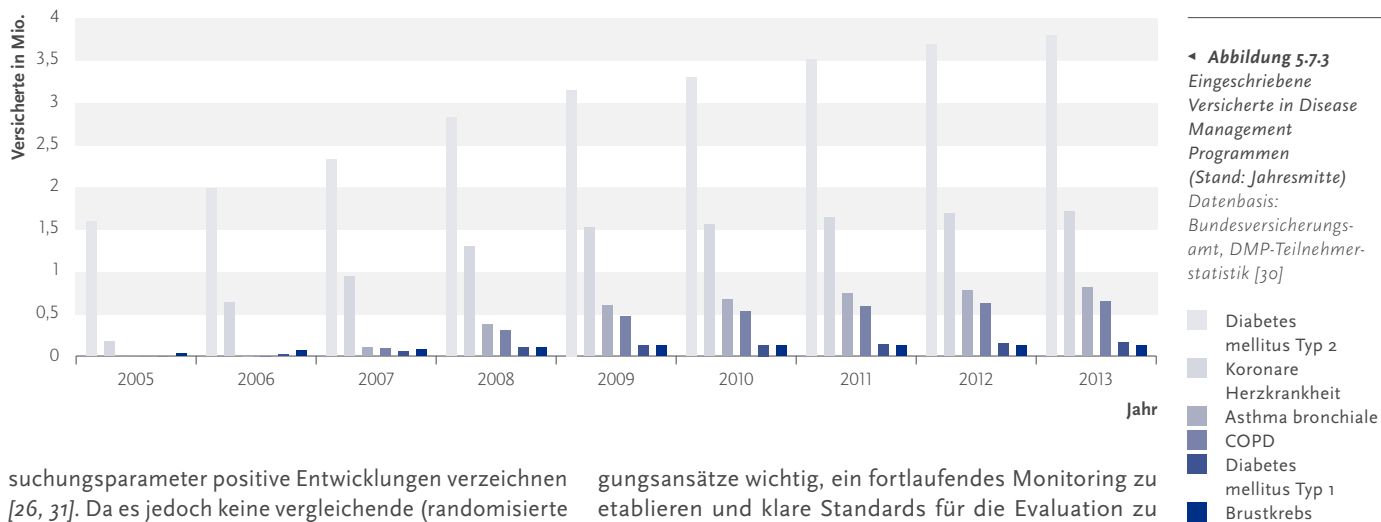
Strukturierte Behandlungsprogramme nach SGB V § 137f-g (so genannte Disease Management Programme, DMP) sollen den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen verbessern. Neben ihrer sektorenübergreifenden Ausrichtung sind die Evidenzbasierung der Behandlung über ein leitliniengerechtes Vorgehen und die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft sowie Patientenschulungen für einen informierten Umgang mit der eigenen Erkrankung wichtige Elemente von DMP. DMP sind zudem durch ein regelmäßiges Monitoring des Krankheitsverlaufs gekennzeichnet sowie durch eine entsprechende Dokumentation zentraler Qualitätsparameter, für die Zielvorgaben festgelegt werden. Diese umfassen medizinische Parameter, aber auch Aspekte

des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten [26]. Die Teilnahme an den Programmen ist – wie für alle Akteure – für die Versicherten freiwillig und erfolgt durch Einschreibung. In der Regel koordiniert eine behandelnde (Haus-)Ärztin oder ein behandelnder (Haus-)Arzt die Behandlung mit den beteiligten Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg.

DMP werden von den gesetzlichen Krankenkassen entwickelt und auf Basis regionaler Verträge mit den Leistungserbringern (Vertragsärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser) umgesetzt. Sie müssen dem Bundesversicherungsamt zur Zulassung vorgelegt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt geeignete Krankheiten, für die DMP entwickelt werden sollen, und erlässt Richtlinien zur medizinisch-inhaltlichen Ausgestaltung der Behandlung [27, 28].

DMP werden derzeit für sechs Erkrankungen angeboten: Diabetes mellitus Typ 2 (seit 2002), Brustkrebs (seit 2002), Koronare Herzkrankheit (seit 2003), Diabetes mellitus Typ 1 (seit 2004), Asthma bronchiale (seit 2005) und Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD; seit 2005). Der G-BA hat beschlossen, für die Diagnosen Rheumatoide Arthritis, Chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenschmerz Beratungen aufzunehmen [29]. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird der G-BA zudem beauftragt, für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen entsprechende Richtlinien mit den Anforderungen für die DMP zu erlassen. Im Dezember 2014 nahmen rund 6,5 Millionen Patientinnen und Patienten an einem (oder mehreren) zugelassenen DMP teil. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den DMP zu den einzelnen Diagnosen. Mit rund vier Millionen Patientinnen und Patienten gab es die meisten Einschreibungen in DMP zu Diabetes mellitus Typ 2 [28]. Bei allen Erkrankungen nahm die Zahl eingeschriebener Patientinnen und Patienten zu, wobei sich die jährlichen Zuwächse allerdings im Zeitverlauf deutlich abschwächten (Abb. 5.7.3).

DMP sind aufgrund ihrer Verbreitung und der großen Zahl eingeschriebener Versicherter ein fester Bestandteil in der Versorgung chronisch Kranker und ein wichtiges Element einer sektorenübergreifenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Dennoch wird über den Nutzen der DMP nach wie vor diskutiert. Die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation auf Basis der dokumentierten Krankheitsverläufe kann für einige Folgeerkrankungen sowie für Mess- und Unter-



◀ **Abbildung 5-7.3**
Eingeschriebene
Versicherte in Disease
Management
Programmen
(Stand: Jahresmitte)
Datenbasis:
Bundesversicherungs-
amt, DMP-Teilnehmer-
statistik [30]

suchungsparameter positive Entwicklungen verzeichnen [26, 31]. Da es jedoch keine vergleichende (randomisierte kontrollierte) Studie gibt, in der Auswertungen zwischen in ein DMP eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Patientinnen und Patienten vorgenommen werden, bleibt unklar, ob positive Entwicklungen auf DMP zurückgehen oder Folge einer insgesamt verbesserten Versorgungssituation auch außerhalb der DMP sind. Zudem besteht Grund zu der Annahme, dass freiwillig eingeschriebene Patientinnen und Patienten eine positive Auswahl unter den chronisch Kranken darstellen können und somit die Versorgungsrealität in dieser Gruppe nicht adäquat widerspiegeln [32, 33].

Weiterführende Ansätze kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. So berichten einige Studien von höheren Überlebensraten und niedrigeren Kosten bei DMP-eingeschriebenen Versicherten im Vergleich zu Patientinnen und Patienten in der Routineversorgung [33–36] und stellen fest, dass die Bewertung durch die Versicherten im Vergleich zur Regelversorgung positiver ausfällt [37]. Andere Untersuchungen finden hingegen keine oder nur geringfügige Effekte von DMP [38, 39].

Auf Basis der bisherigen Auswertungen lässt sich daher nicht abschließend beurteilen, wie wirksam DMP tatsächlich sind [6, 33]. Weitgehende Einigkeit besteht dahingehend, dass der grundsätzliche Ansatz der DMP in die richtige Richtung weist und weiterentwickelt werden sollte [1, 6, 38].

5.7.4

ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG

Ziel der neuen Versorgungsformen ist es, Sektorengrenzen zu überwinden, Schnittstellenprobleme zu mindern, die Behandlung insbesondere chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten besser zu koordinieren und damit eine höhere Qualität der Versorgung zu erreichen. Die bislang in Deutschland eingeführten Ansätze bieten den verantwortlichen Akteuren ein breites Spektrum an Handlungsmöglichkeiten. Besonders wichtig ist dabei die Verzahnung der verschiedenen Ansätze: Die Modelle müssen sich miteinander kombinieren lassen, und die Akteure der einen Versorgungsform (zum Beispiel hausärztliche Praxen, MVZ) müssen auch Vertragspartner bei weiteren Modellen wie etwa DMP sein können. Bisher besteht allerdings noch Forschungsbedarf, wie wirksam die neuen Versorgungsformen tatsächlich sind. Daher ist es für die weitere Planung und Verbesserung innovativer Versor-

gungsansätze wichtig, ein fortlaufendes Monitoring zu etablieren und klare Standards für die Evaluation zu setzen [1, 6, 33, 40, 41].

Zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung unter den bestehenden Bedingungen des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts wird mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ein Innovationsfonds in der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Aus diesem Innovationsfonds werden in den Jahren 2016 bis 2019 innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen sowie Versorgungsforschung mit jährlich 300 Millionen Euro gefördert. Die Versorgungsforschung soll darauf abzielen, konkrete Erkenntnisse über bestehende Versorgungsstrukturen zu gewinnen und die Versorgungseffektivität und -effizienz zu fördern. Insgesamt sollen mit Hilfe des Innovationsfonds die Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf eine sektorenverbindende Gestaltung verändert werden. Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Innovationsausschuss als neues Gremium eingerichtet.

LITERATUR

1. Amelung V, Wolf S (2012) Integrierte Versorgung – Vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik? *Gesundheits- und Sozialpolitik* (1):13-19
2. Gensichen J, Muth C, Butzlaff M et al. (2006) Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 100(5):365-374
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. BT-Drs. 15/5670
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. BT-Drs. 16/13770
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. BT-Drs. 16/6339
6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. BT-Drs. 17/10323

7. Mehl E, Weiß I (2012) Selektivverträge am Beispiel der Hausarztmodelle. In: Thielscher C (Hrsg) Medizinökonomie – Band 1: Das System der medizinischen Versorgung. Gabler, Wiesbaden, S. 459–482
8. Moßhammer D, Grober-Gratz D, Bolter R et al. (2009) Hausarztzentrierte Versorgung – Internationale Daten und aktuelle Entwicklungen in Deutschland mit Fokus auf Baden-Württemberg. *Gesundheitswesen* 71(12):832-838
9. Thomas D, Matusiewicz D (2012) Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in Deutschland. Ein Auslaufmodell? In: Mühlbauer B, Kellerhoff F, Matusiewicz D (Hrsg) Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft. Lit Verlag, Berlin, S. 162-174
10. Gerlach FM, Szecsenyi J (2013) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 107(6):365-371
11. Gerlach F, Szecsenyi J (2014) Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016). Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main, Universitätsklinikum Heidelberg, Frankfurt, Heidelberg
12. Mehl E, Becker-Berke S, Weiss I et al. (2013) Versorgungslandschaften zur Hausarztzentrierten Versorgung. Integrationsversorgung braucht neue gesetzliche Regelungen. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 67(2/3):72-77
13. Schnitzer S, Balke K, Walter A et al. (2011) Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Versorgungssituation von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 54(8):942-950
14. Gerlach F, Szecsenyi J (2013) Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010–2011). Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt am Main, Universitätsklinikum Heidelberg, Frankfurt, Heidelberg
15. Deutscher Hausärzteverband (2013) Hausarztzentrierte Versorgung i. R. v. Vollversorgungsverträgen gem. § 73 b SGB V. Sonderauswertung. Deutscher Hausärzteverband, Köln
16. Bundesversicherungsamt (2014) Tätigkeitsbericht 2013. BVA, Bonn
17. Kürschner N, Weidmann C, Mütters S (2011) Wer wählt den Hausarzt zum "Gatekeeper"? Eine Anwendung des Verhaltensmodells von Andersen zur Beschreibung der Teilnahme an Hausarztmodellen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 54(2):221-227
18. Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2013) Evaluation von fünf Ersatzkassen - Hausarztverträgen auf Grundlage des §73 b SGB V. www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/2013-09-16_HzV-Evaluation_vdek.pdf (Stand: 15.04.2015)
19. Rudolph P, Isensee D, Gerlach E et al. (2013) Medizinisches Versorgungszentrum. Geeignetes Instrument der ambulanten patientenadäquaten Versorgung und leistungsgerechten Vergütung. *Zentralbl Chir* 138:45-52
20. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015) Auswertungen aus der MVZ-Statistik der KBV. Sonderauswertung 20.03.2015. KBV, Berlin
21. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013) Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf (Stand: 15.04.2015)
22. Gibis B, Armbruster S, Hofmann M et al. (2012) MVZ-Survey 2011. Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
23. Amelung V, Wolf S (2013) Medizinische Versorgungszentren – eine Idee setzt sich durch. *Public Health Forum* 21(78):21.e21-21.e23
24. Schubert-Lehnhardt V (2010) DDR-Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren – ein Vergleich zweier umfassender Versorgungsformen. In: Heubel F, Kettner M, Manzeschke A (Hrsg) Die Privatisierung von Krankenhäusern. Springer VS, Wiesbaden, S. 77-98
25. Burger S (2009) Die Zukunft von Managed Care in Deutschland. Chancen und Perspektiven am Beispiel von Medizinischen Versorgungszentren. In: Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg) Gesundheitssysteme im Wandel. *Economica*, Heidelberg, S. 283-310
26. Hagen B, Altenhofen A, Groos S et al. (2013) Qualitätssicherungsbericht 2012. Disease-Management-Programme in Nordrhein. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR, Düsseldorf
27. van Lente E, Willenbourg P (2011) Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) in Deutschland. Einleitung. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2011: Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, S. 56-62
28. Bundesversicherungsamt (2015) Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html (Stand: 27.08.2015)
29. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Festlegung von geeigneten chronischen Krankheiten für die Entwicklung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V. <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2056/> (Stand: 11.06.2015)
30. Bundesversicherungsamt (2013) DMP-Teilnehmerstatistik. Sonderauswertung. BVA, Berlin
31. Leinert J, Maetzl J, Olthoff C (2011) Ergebnisse der AOK-Bundesauswertungen zur gesetzlichen Evaluation der deutschen Disease-Management-Programme. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2011: Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, S. 62-68
32. Birnbaum D, Braun S (2010) Evaluation von Disease Management Programmen – Bewertung der Methodik und der ersten Ergebnisse aus gesundheitsökonomischer Sicht. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 104(2):85-91
33. Fuchs S, Henschke C, Blümel M et al. (2014) Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 111(26):453-463
34. Drabik A, Buscher G, Sawicki PT et al. (2012) Life prolonging of disease management programs in patients with type 2 diabetes is cost-effective. *Diabetes Res Clin Pract* 95(2):194-200
35. Stock S, Drabik A, Buscher G et al. (2010) German diabetes management programs improve quality of care and curb costs. *Health Aff (Millwood)* 29(12):2197-2205
36. Miksch A, Ose D, Szecsenyi J (2011) Ergebnisse der ELSID-Studie. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2011: Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, S. 73-77
37. Elkeles T, Kürschner W, Graf C et al. (2008) Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten – Ergebnisse einer vergleichenden Versichertenbefragung von Typ 2-Diabetikern der BARMER. *Gesundheits- und Sozialpolitik* (1):10-18
38. Linder R, Ahrens S, Koppel D et al. (2011) Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. *Dtsch Arztebl Int* 108(10):155-162
39. Berthold HK, Bestehorn KP, Jannowitz C et al. (2011) Disease management programs in type 2 diabetes: quality of care. *Am J Manag Care* 17(6):393-403
40. Schmacke N (2013) Wie viele und welche Ärzte braucht das Land? *G+G Wissenschaft* 13(4):7-15
41. Fullerton B, Nolte E, Erler A (2011) Qualität der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105(8):554-562

5.8 QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

-
- / *Qualitätssicherung und -management im Gesundheitswesen sollen eine gleichmäßig gute und effiziente Behandlung gewährleisten.*
-
- / *Gesetzliche Grundlage ist vor allem das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss als zentralem Akteur.*
-
- / *Weitere wichtige Grundlagen für die Qualitätssicherung sind Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Bundesärztekammer sowie Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.*
-
- / *Qualitätsmessung mit Qualitätsindikatoren, Fehlerberichtssysteme, kollegiale Beratung und Supervision sowie die Veröffentlichung von Qualitätsberichten gewinnen bei der Qualitätssicherung zunehmend an Bedeutung.*
-
- / *Zukünftige Herausforderungen sind die Weiterentwicklung der Methodik für Qualitätsmessung und -bewertung, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, die stärkere Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie die Qualitätsorientierung von Planungsentscheidungen im stationären Bereich.*



INFOBOX 5.8.1

DEFINITIONEN: QUALITÄT,
QUALITÄTSSICHERUNG,
QUALITÄTSMANAGEMENT

Qualität wird nach der Deutschen Industrienorm (DIN) und internationalen Normen definiert als »Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt« [4]. Zentraler Bestandteil dieser und aller anderen Qualitätsdefinitionen ist der Vergleich zwischen Ist und Soll. Nach Donabedian [5] werden die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.

Qualitätssicherung (QS) bezeichnet im Allgemeinen »alle organisatorischen und technischen Maßnahmen, die vorbereitend, begleitend und prüfend der Schaffung

und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen« [6].

Qualitätsmanagement (QM) umfasst alle »aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität«. Dazu gehören üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele sowie die Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung [4].

Qualität der Gesundheitsversorgung ist nach Definition des Institute of Medicine »das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen« [7].

5.8 QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Seit Beginn der 1990er-Jahre wächst das Bemühen um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im deutschen Gesundheitswesen (Definitionen siehe Infobox 5.8.1). Dafür werden im Wesentlichen zwei Gründe genannt: Zum einen ergibt sich aus der Erkenntnis, dass selbst in modernen Versorgungssystemen Behandlungsfehler vorkommen, die Notwendigkeit, vorbeugende Maßnahmen zu entwickeln, um Fehler zu vermeiden beziehungsweise Patientensicherheit (siehe Infobox 5.8.2) zu gewährleisten [1]. Zum zweiten soll bei begrenzten Ressourcen sichergestellt sein, dass die vorhandenen Mittel effizient und im Sinne einer guten Versorgungsqualität zum Einsatz kommen [2]. Dabei soll auch verhindert werden, dass Maßnahmen, die der Effizienzsteigerung dienen, eine schlechtere Behandlungsqualität zur Folge haben. So wurde zum Beispiel bei der Umstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen (DRG) befürchtet, dies könne auch zu vorzeitigen Entlassungen von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus führen [3].

Charakteristische Elemente von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind der Vergleich von Ist und Soll sowie die Prozessorientierung: Zunächst wird festgelegt, in welcher Qualität eine Versorgungsleistung erbracht werden soll (Qualitätsziel), dann wird die tatsächlich erreichte Qualität gemessen. Auf Grundlage der Messergebnisse beschließen die Verantwortlichen Maßnahmen, welche die Qualität erhalten oder verbessern sollen. Dieser Prozess wird auch durch die Begriffe »Plan – Do – Check – Act« beschrieben. Der sich daraus ergebende Regelkreis wird PDCA-Zyklus genannt (Abb. 5.8.1). Ziel seiner Anwendung ist eine stetige Qualitätsverbesserung.

Die Maßnahmen der Qualitätssicherung sind vielfältig. Zu den traditionellen Verfahren gehören Entscheidungshierarchien, klinische Supervision und Krankenblatt-Reviews. Hinzugekommen sind Instrumente, die ursprünglich aus der Industrie sowie dem Managementbereich stammen. Nachfolgend werden zuerst die gesetzlichen Grundlagen und dann die wichtigsten Instrumente der Qualitätssicherung beschrieben, orientiert am PDCA-Zyklus.

5.8.1 GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND STRUKTUREN

Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) ist festgeschrieben, dass die Gesundheitsversorgung nicht nur ausreichend und zweckmäßig, sondern auch in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden muss (§ 70 SGB V). Hierbei nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, siehe Infobox 5.8.3) eine Schlüsselposition ein: Er beschließt die Richtlinien zur Sicherung der Versorgung, unter anderem auch zur Qualitätssicherung (§§ 91, 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V). Fachlich unterstützt wird er vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; § 139a SGB V) sowie nach § 137a SGB V von einem weiteren wissenschaftlich unabhängigen Institut: bis Ende 2015 dem AQUA-Institut, danach dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Dieses ist vor allem für die Weiterentwicklung der Verfahren und Instrumente zur Qualitätsmessung und -bewertung zuständig, beteiligt sich aber auch an der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, die im Auftrag des G-BA erfolgt.

Die Erbringer von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind gesetzlich verpflichtet, für eine gute Qualität ihrer Leistungen zu sorgen. Sie müssen in ihrer Einrichtung – etwa Krankenhaus, Arztpraxis oder Rehabilitationsklinik – ein einrichtungsinternes

INFOBOX 5.8.2 PATIENTENSICHERHEIT

Der Begriff Patientensicherheit bezeichnet die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse in der Gesundheitsversorgung. Ein unerwünschtes Ereignis ist ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung des jeweiligen Betroffenen beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein [8]. Ein Behandlungsfehler ist definiert als eine nicht ordnungsgemäße, d. h. nicht den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten medizinischen Standards entsprechende Behandlung durch einen Arzt oder eine Ärztin oder auch einen Angehörigen anderer Heilberufe. Er kann alle Bereiche ärztlicher Tätigkeit betreffen – und zwar Tun und Unterlassen. Der Fehler kann rein medizinischen Charakter haben oder sich auf organisatorische Fragen beziehen, oder es kann ein Fehler nachgeordneter oder zuarbeitender Personen sein. Auch eine fehlende, unrichtige, unverständliche, unvollständige oder nicht rechtzeitige Aufklärung über einen medizinischen Eingriff gehört zu den Behandlungsfehlern [9].

Nach einer Untersuchung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) treten in Deutschland bei fünf bis zehn Prozent der Behandlungsfälle in Krankenhäusern unerwünschte Ereignisse auf. In zwei bis vier Prozent der Behandlungsfälle kommt es zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen. Der Anteil von Behandlungsfehlern liegt bei rund einem Prozent aller Behandlungsfälle, der Anteil von tödlichen Fehlern bei etwa 0,1% [10, 11]. Diese Schätzung fasst die Ergebnisse von 184 internationalen Studien zusammen, wobei die sieben Untersuchungen aus Deutschland ähnliche Ergebnisse zeigen wie die internationalen Studien. Demnach würde die Anzahl der unerwünschten Ereignisse in Krankenhäusern in Deutschland, übertragen auf das Jahr 2011, schätzungsweise 900.000 bis 1.800.000 betragen, die Zahl der Behandlungsfehler etwa 188.000 [12].

Wie häufig Behandlungsfehler in Deutschland tatsächlich sind, ist unbekannt; eine entsprechende Statis-

tik existiert nicht. 2014 wurden von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) rund 14.700 und von den Ärztekammern rund 7.800 Verdachtsfälle bearbeitet. Ungefähr ein Viertel der gemeldeten Verdachtsfälle wurden als Behandlungsfehler bestätigt oder anerkannt. Insgesamt handelte es sich um etwa 6.000 Fälle [13, 14]. Die meisten dieser Fälle betrafen den stationären Bereich, und dort die Gebiete Orthopädie und Unfallchirurgie. Darüber hinaus gibt es eine große Zahl nicht gemeldeter oder unerkannter Fälle.

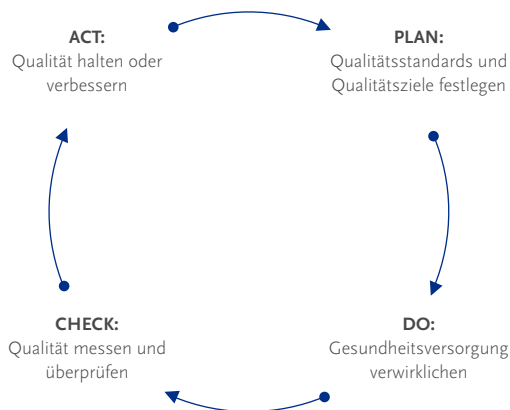
Ein besonderes Problem sind die sogenannten nosokomialen Infektionen. Darunter werden Infektionen verstanden, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung erwerben. In Deutschland treten jedes Jahr etwa 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen in Krankenhäusern auf [15]. Davon sind 80.000 bis 180.000 potentiell vermeidbar. Die Anzahl der Todesfälle aufgrund vermeidbarer nosokomialer Infektionen wird zwischen 1.500 und 4.500 im Jahr geschätzt [16] (siehe auch Kap. 2.8.8).

Patientinnen und Patienten, die einen medizinischen Behandlungsfehler vermuten, können sich an ihre Krankenkasse wenden, die dann in der Regel ihren medizinischen Dienst mit einer Begutachtung beauftragt. Auch über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern kann ein Verdacht geklärt und gegebenenfalls eine außergerichtliche Regelung getroffen werden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, sich an die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD, siehe Kap. 5.9) zu wenden. Auch eine zivil- bzw. strafrechtliche Klärung ist möglich.

Den hohen Stellenwert der Patientensicherheit belegen nicht zuletzt internationale Beschlüsse und Empfehlungen [17, 18]. Deutschland beteiligt sich unter anderem an dem Projekt "Action on Patient Safety: High 5s" der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und am Netzwerk "Patient Safety and Quality of Care" (PaSQ) der Europäischen Union. Seit 2013 gehört Patientensicherheit zu den nationalen Gesundheitszielen (siehe auch Kap. 7).



5.8



◀ **Abbildung 5.8.1**
Plan-Do-Check-Act-Zyklus
der Qualitätssicherung in
der Gesundheitsversorgung
(nach ÄZQ 2008 [19])

INFOBOX 5.8.3

WICHTIGE AKTEURE UND INSTITUTIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, in dem die Patientenvertretung mit berät; verantwortlich für die Umsetzung und Konkretisierung gesetzlicher Vorgaben. Er beschließt unter anderem Richtlinien zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, die den Charakter untergesetzlicher Normen besitzen und für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bindend sind. Dies beinhaltet auch wichtige Aufgaben des G-BA bei der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten in Kliniken und Praxen.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Unabhängiges wissenschaftliches Institut, das unter anderem den Nutzen medizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin überprüfen soll. Es erhält Aufträge vom G-BA und vom Bundesministerium für Gesundheit und erstellt Gutachten, zum Beispiel über den Nutzen von Arzneimitteln, Operationen und Diagnoseverfahren, oder gibt Empfehlungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP). Zudem veröffentlicht es allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Unabhängiges wissenschaftliches Institut, das ab 2016 im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erarbeitet und an deren Umsetzung mitwirkt. Schwerpunkte sind u. a. die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse in allgemeinverständlicher Form. Zuvor lagen diese Auf-

gaben beim BQS-Institut (bis 2009) und beim AQUA-Institut (bis Ende 2015).

Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS): Einrichtungen auf Landesebene, zuständig für die externe Qualitätssicherung des G-BA in den Ländern. Sie nehmen unter anderem Daten für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser an und leiten sie weiter. Zudem sind sie maßgeblich an der Aus- und Bewertung bei qualitativen Auffälligkeiten von Krankenhäusern und an der Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen beteiligt (so genannter strukturierter Dialog). Sie erfüllen auch Aufgaben zur Information und Beratung der Krankenhäuser.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Aufgabe, diese bei der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung zu unterstützen. Schwerpunkte sind medizinische Leitlinien, Patienteninformationen, Patientensicherheit und evidenzbasierte Medizin.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Eingetragener Verein mit dem Ziel, die medizinische Wissenschaft nach außen zu vertreten. Er koordiniert unter anderem die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und veröffentlicht diese auf seiner Internetseite.

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS): Eingetragener Verein, der sich für eine sichere Gesundheitsversorgung einsetzt sowie die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung der dazu geeigneten Methoden zum Ziel hat. Im APS ist eine Vielzahl unterschiedlicher Organisationen und Einzelpersonen aus dem Gesundheitswesen zusammengeschlossen. Das APS engagiert sich in verschiedenen Projekten, zum Beispiel dem gemeinsam mit dem ÄZQ durchgeführten WHO-Projekt "Action on Patient Safety: High 5s".



Qualitätsmanagement einrichten sowie an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung teilnehmen (§ 135a SGB V). In der ambulanten Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Qualität der vertragsärztlichen Leistungen durch Stichprobenkontrollen zu prüfen (§ 136 Absatz 2 SGB V). Darüber hinaus besteht insbesondere eine Verpflichtung zur Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte (§§ 95d, 137 Absatz 3 SGB V). Weitere gesetzliche Bestimmungen zur Qualitätssicherung in der GKV-Versorgung betreffen unter anderem das ambulante Operieren und neue Versorgungsformen.

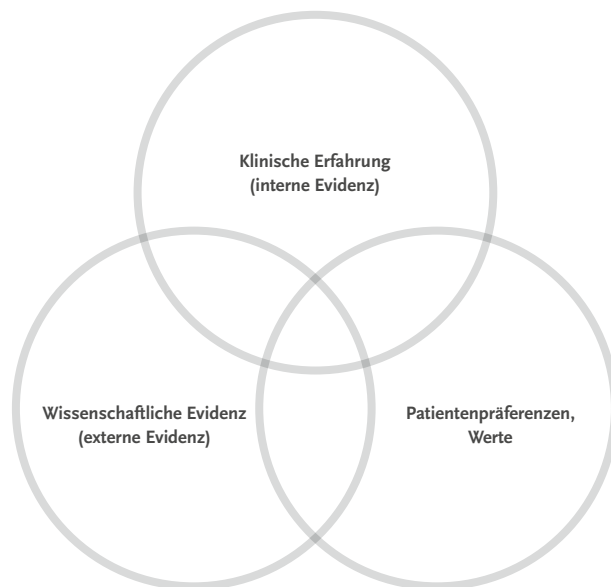
Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sind nach den Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB

XI) zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement verpflichtet (siehe insbesondere § 112 SGB XI).

5.8.2

QUALITÄTSSTANDARDS

Verschiedene Arten von Vorgaben sollen gewährleisten, dass die Leistungen der Gesundheitsversorgung in einer guten Qualität erbracht werden. Richtlinien sind Regelungen, die von rechtlich legitimierten Institutionen wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder der Bundesärztekammer beschlossen und im gesetzlich vorgesehenen Rahmen für alle Beteiligten verbindlich sind. So wird zum Beispiel in der »Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen« festgelegt, welche unter anderem per-



◀ **Abbildung 5.8.2**
 Komponenten der
 evidenzbasierten
 klinischen
 Entscheidungsfindung
 (nach SVR 2001 [2],
 Haynes et al. 1996 [22])

sonelle und technische Ausstattung Kliniken haben müssen, die sehr kleine Frühgeborene versorgen dürfen [20].

Fachliche Standards für die Qualität der Gesundheitsversorgung werden durch die evidenzbasierte Medizin (EbM) gesetzt. Darunter ist zu verstehen, dass für Entscheidungen in der Patientenversorgung neben individueller ärztlicher Erfahrung (interne Evidenz) und den Wertvorstellungen der Patientin oder des Patienten die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse (externe Evidenz) herangezogen werden sollen (Abb. 5.8.2) [21].

Medizinische Leitlinien fassen die vorliegende Evidenz zusammen und stellen dar, welches die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen ist. Sie dienen Ärztinnen und Ärzten als Entscheidungshilfen im Sinne von »Handlungs- und Entscheidungskorridoren« – das heißt, in begründeten Fällen kann auch oder muss sogar von ihnen abgewichen werden [23]. Je nach Art der Aufbereitung der wissenschaftlichen Erkenntnisse unterscheidet die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) drei Entwicklungsstufen von Leitlinien. Die höchste methodische Qualität haben die S3-Leitlinien: Sie basieren auf externer Evidenz und auf dem in einem formalen Verfahren erzielten Konsens von Expertinnen und Experten [24]. Das Programm »Nationale Versorgungsleitlinien« wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) koordiniert. Es dient der Entwicklung von Leitlinien zur sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonders verbreiteten Erkrankungen wie Asthma, koronarer Herzkrankheit oder Typ-2-Diabetes [25, 26]. Ergänzende Patientenleitlinien sollen die Behandlung für die Betroffenen transparent und nachvollziehbar machen.

Auch das Health Technology Assessment (HTA) kann der evidenzbasierten Medizin zugeordnet werden: Damit lässt sich eine die Gesundheit betreffende Maßnahme systematisch und evidenzbasiert bewerten (zum Beispiel ein diagnostisches Verfahren oder die Anwendung eines Arzneimittels). HTA soll eine Entscheidungsgrundlage für Politik und Praxis bereitstellen – etwa wenn über die Finanzierung eines bestimmten

Verfahrens durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entschieden werden soll [27].

Konkret auf die Anwendung in einzelnen Krankenhäusern bezogen sind die klinischen Behandlungspfade (Clinical Pathways). Dabei werden einrichtungsintern für bestimmte Erkrankungen Ablaufpläne der Versorgung festgelegt, die eine einheitliche gute Behandlungsqualität sicherstellen sollen [28]. Disease-Management-Programme (DMP) mit ihrer Ausrichtung auf eine evidenzbasierte sektorenübergreifende Versorgung dienen in diesem Sinne ebenfalls der Gewährleistung einer hohen Qualität der medizinischen Versorgung (siehe Kap. 5.7).

5.8.3 QUALITÄTSMESSUNG UND QUALITÄTBEWERTUNG

Die Qualität einer medizinischen Behandlung oder Versorgungsleistung abzubilden ist komplex, da sie aus vielen verschiedenen Einzelhandlungen und -teilen besteht. So spielen zum Beispiel die Ausstattung einer Praxis oder Klinik eine Rolle, die Kompetenz des ärztlichen und pflegenden Personals, die Beziehung zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten, die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der weitere Krankheitsverlauf. Um Qualität messen zu können, werden sogenannte Qualitätsindikatoren definiert. Dies sind messbare Elemente der Versorgung, die so gewählt sind, dass sich daraus Aussagen über die Qualität einer Behandlung ableiten lassen [29]. Qualitätsindikatoren existieren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich (siehe Beispiele in Tab. 5.8.1). Für die Krankenhäuser wurden 2013 im Rahmen der externen Qualitätssicherung im Auftrag des G-BA insgesamt 434 Indikatoren aus 30 Leistungsbereichen bestimmt [30]. Zur Beurteilung der Messergebnisse können Standards und Normen festgelegt werden, etwa Qualitätsziele und Referenzbereiche, oder es werden die Werte verschiedener Einrichtungen miteinander verglichen (Benchmarking-Verfahren). Ein Großteil der Ergebnisse dieser Qualitätserhebungen wird in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht.

► **Tabelle 5.8.1**
Beispiele für
Qualitätsindikatoren

INDIKATOR	VERSORGUNGSSEKTOR / VERBINDLICHKEIT	QUALITÄTS-DIMENSION	QUELLE / INSTITUTION	REFERENZBEREICH
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre). Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 10	Stationär / gesetzlich verpflichtend	Struktur	G-BA [32]	(Voraussetzung für die Durchführung dieser Operationen im Krankenhaus)
Erfüllte Indikationskriterien bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (Gelenkersatz-Operation)		Indikation	AQUA-Institut [33]	Zielbereich: ≥ 90% (Anteil der Patienten, die die von einer Expertengruppe definierten Kriterien für eine korrekte Indikationsstellung erfüllen)
Anwesenheit eines Pädiaters (Kinderarztes) bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen (Schwangerschaftsalter 24+0 bis unter 35+0 Wochen)		Prozess	AQUA-Institut [34]	Zielbereich: ≥ 90% (Anmerkung: Idealerweise wäre ein fester Prozentwert von 100% zu wählen. In seltenen Fällen wie z. B. bei einer Sturzgeburt kann jedoch die Anwesenheit des Kinderarztes aus zeitlichen Gründen mitunter nicht verwirklicht werden.)
Anteil der Arztbesuche mit dokumentierter Gewichtsbestimmung für Patienten ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	Ambulant / freiwillig	Prozess	AQUIK / Kassenärztliche Bundesvereinigung [35]	Ziel: Optimierung der symptomatischen Therapie der Herzinsuffizienz auf der Basis regelmäßiger Gewichtskontrollen
Hospitalisierungsrate (Anteil an Krankenhausaufnahmen) der Typ-2-Diabetiker		Ergebnis	QISA / AOK-Bundesverband und AQUA-Institut [36]	Ziel: langfristig Vermeidung unnötiger Krankenhausaufnahmen. Mögliche Konsequenzen: Identifikation vermeidbarer Krankenhausaufnahmen, Diskussion der Indikation
Anteil der Patienten, bei denen eine Lungenfunktionsuntersuchung (Spirometrie) durchgeführt wurde, an allen Asthmapatienten	Sektorenübergreifend / freiwillig	Prozess	ÄZQ [37]	Nicht definiert
Indikationsbereich Kardiologie: Technische Ausstattung, z. B. Notfall-Labor, Röntgen, Langzeit-EKG, Herzschrittmacherkontrolle	Rehabilitation / gesetzlich verpflichtend	Struktur	QS-Reha / GKV-Spitzenverband und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer [38]	Nicht definiert. In der Auswertung werden der Anteil der erfüllten Basiskriterien (in %) und die Anzahl nicht erfüllter Kriterien berichtet.
Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera (Druckgeschwüre) Grad 4	Stationär (Pflege) / gesetzlich verpflichtend für Krankenhäuser	Ergebnis	AQUA-Institut [39]	Sentinel Event: Bei allen Fällen sollte eine differenzierte Einzelfallanalyse erfolgen.

Sektorenübergreifende Indikatoren können die Qualität größerer Bereiche bis hin zum ganzen Gesundheitssystem abbilden. Einen solchen Katalog von Qualitätsindikatoren auf Ebene der Gesundheitssysteme stellen die Health Care Quality Indicators (HCQI) der OECD dar [31].

Patienten- oder Mitarbeiterbefragungen sind weitere Möglichkeiten, Daten zur Qualität der Gesundheitsversorgung zu gewinnen. Die Einrichtung eines Beschwerdemanagements ist für Krankenhäuser gesetzlich verpflichtend (§ 135a Absatz 2 SGB V). 2010 hatten 87,4% der Krankenhäuser ein systematisches und strukturiertes Beschwerdemanagement eingeführt [40].

Klinische Register ermöglichen ebenfalls Aussagen zur Versorgungsqualität. Sie erfassen Daten zu bestimmten Erkrankungen oder Therapien – etwa Herzinfarkt, Schlaganfall oder Endoprothesen. So werden in dem im Jahr 2012 begonnenen »Endoprothesenregister Deutschland« Daten zu Gelenkersatz-Operationen gesammelt und können im Hinblick auf Qualitätsmängel (z. B. die Notwendigkeit von Zweitoperationen, Prothesenwechsel) ausgewertet werden [41].

Auch eine größere Erfahrung in der Durchführung zum Beispiel schwieriger Operationen wird als Qualitätskriterium angesehen. Deshalb dürfen Krankenhäuser bestimmte besonders komplexe, planbare Leistungen, deren Qualität in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängt, nur dann erbringen, wenn sie eine Mindestzahl dieser Leistungen durchführen (§ 137 Absatz 3 Nummer 2 SGB V). Dies gilt zum Beispiel für Leber- und Nierentransplantationen sowie für Eingriffe an der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse [32].

5.8.4 QUALITÄTSFÖRDERUNG UND QUALITÄTSVERBESSERUNG

Über Qualitätsstandards und Qualitätsmessung hinausgehend gibt es Programme und Aktivitäten, die daraufhin orientiert sind, Versorgungsqualität in der Versorgungspraxis zu verbessern oder aus Fehlern zu lernen. So ermöglichen es Fehlerberichtssysteme (Critical Incident Reporting Systems, CIRS), tatsächlich oder beinahe

	INTERNE QUALITÄTSTRANSparenZ	EXTERNE QUALITÄTSTRANSparenZ (PUBLIC REPORTING)
Adressaten	<ul style="list-style-type: none"> / Beteiligte Ärztinnen und Ärzte / Managementebene der Versorgungsform (Netz, MVZ, Hausarztvertrag, Krankenhaus) / beteiligte Vertragspartner (z. B. Krankenkassen) 	<ul style="list-style-type: none"> / Öffentlichkeit / Versicherte / Patientinnen und Patienten / Fachleute / Vertragspartner
Wege der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> / individuelle Feedbackberichte / Einzelberatung für Leistungserbringer auf Basis von Qualitätsindikatoren / Diskussion von Qualitätswerten und Veränderungsmöglichkeiten, z. B. in Konferenzen oder im Qualitätszirkel / Sonderform: qualitätsorientierte Vergütung (Pay for Performance) 	Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren in unterschiedlicher Form: <ul style="list-style-type: none"> / Qualitätsberichte / Internet / Ärztelisten, Rankings / Gezielte Versicherten-Information
Wirkung soll erreicht werden durch...	<ul style="list-style-type: none"> / Reflexion über Qualitätswerte und Hintergründe für Differenzen / Beratung und Hinweise von Kolleginnen/Kollegen und hinzugezogenen Fachleuten / Erarbeitung von geeigneten Verbesserungsmöglichkeiten / Bei qualitätsorientierter Vergütung: finanzielle Anreize zu Sicherung / Verbesserung der Qualitätswerte 	<ul style="list-style-type: none"> / Öffentlichen Erwartungsdruck auf die Leistungserbringer, ihre Qualitätswerte zu verbessern oder gute Werte zu halten / Das Interesse der Leistungserbringer, nicht wegen unterdurchschnittlicher Werte an Ansehen zu verlieren / Das Bemühen der Leistungserbringer, kritische Fragen der Patientinnen und Patienten oder gar deren Abwanderung zu vermeiden / Das Ziel der Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, für Zuweisende und für neue Patientinnen und Patienten attraktiv zu sein und zu bleiben

◀ **Tabelle 5.8.2**
Interne und externe
Qualitätstransparenz
(nach Szecsenyi et al.
2009 [44])

aufgetretene medizinische Behandlungsfehler anonym zu melden, zu analysieren und zu veröffentlichen. Damit weisen solche Systeme auf mögliche Fehlerquellen in der Praxis der gesundheitlichen Versorgung hin sowie auf Maßnahmen, um diese zu vermeiden. CIRs können als einrichtungsinterne Systeme betrieben werden oder über das Internet allen Leistungserbringern zugänglich sein wie zum Beispiel CIRsmedical Deutschland oder das Berichtssystem »Jeder Fehler zählt!« für Hausarztpraxen [41].

Kollegiale Beratung und Supervision sind weitere Instrumente der Qualitätsförderung. Konkret geschieht dies etwa in Qualitätszirkeln für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte: Auf regelmäßigen Treffen findet ein moderierter Austausch über klinische Fälle statt, bei dem Evidenzbasierung eine besondere Rolle spielt, und dessen Ziel es ist, die eigene Tätigkeit kritisch zu überprüfen. Die Teilnahme ist meist freiwillig; Verpflichtungen können sich aus besonderen Vereinbarungen mit den Krankenkassen ergeben (zum Beispiel wegen der Teilnahme an einem DMP) [42]. Im stationären Bereich sind Konferenzen ein häufig eingesetztes Mittel des kollegialen Austausches. Auch diese sind in der Regel freiwillig und dienen der gemeinsamen Erörterung bestimmter Fälle oder Behandlungsverläufe. Sie können fachspezifisch oder interdisziplinär mit verschiedenen Schwerpunkten stattfinden, wie etwa Tumorkonferenzen, Schmerzkonferenzen oder Ethikbesprechungen [42].

Ein weiteres Instrument zur Qualitätsförderung ist die qualitätsorientierte Vergütung (Pay for Performance, P4P). Das Prinzip von P4P ist, dass die Vergütung von Leistungen an die durch Kennzahlen definierte Qualität gekoppelt wird. Dies soll Anreize für Leistungserbringer setzen, effiziente und qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen [43]. Ein solches Konzept ist allerdings im Rahmen der üblichen Gemeinschaftsverträge (Kollektivverträge) zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in der Regel nicht umsetzbar. Es greift nur, wenn

Krankenkassen Einzelverträge (Selektivverträge) zum Beispiel mit bestimmten Arztpraxen oder Versorgungsnetzen abschließen. Daher gibt es in Deutschland – im Gegensatz zu den englischsprachigen Ländern – bisher nur eine vergleichsweise geringe Anzahl von P4P-Projekten [43].

5.8.5

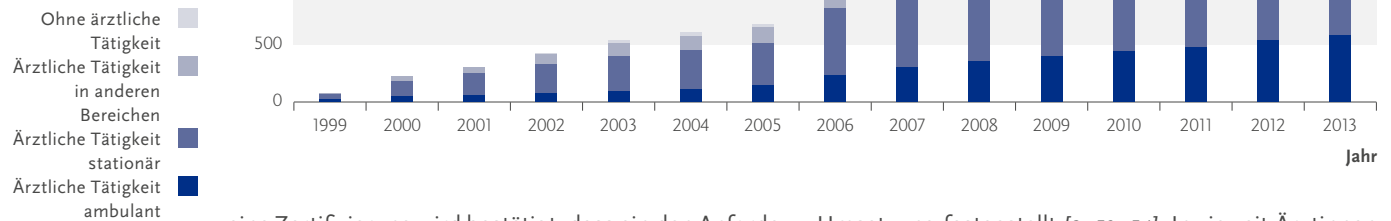
QUALITÄTSDARLEGUNG UND ZERTIFIZIERUNG

Die Information über die Ergebnisse einer Qualitätsmessung kann ebenfalls der Qualitätsverbesserung dienen. Man unterscheidet zwischen einer Rückmeldung an die teilnehmenden Einrichtungen selbst (interne Transparenz) und einer öffentlichen Darlegung der Ergebnisse (externe Transparenz, Public Reporting; Tab. 5.8.2). So zeigt zum Beispiel die interne Rückmeldung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung jedem Krankenhaus, wie es im Vergleich zu anderen Kliniken abschneidet. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt durch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die von 2013 an jährlich (vorher alle zwei Jahre) veröffentlicht werden müssen; auf diesen basieren auch die Internetportale der Krankenkassen zur Kliniksuche sowie zum Klinikvergleich. Außerdem hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen den gesetzlichen Auftrag erhalten, künftig in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung auch einrichtungsbezogen vergleichende und risikoadjustierte Übersichten über die Versorgungsqualität zu veröffentlichen (§ 137a Absatz 2 Nummer 5 SGB V).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, über die Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung zu berichten, und auch für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von Pflegediensten und -einrichtungen (»Pflegetoten«) besteht Veröffentlichungspflicht.

Über die verpflichtenden Qualitätsmessungen und -berichte hinaus können Einrichtungen sich freiwillig einer zusätzlichen Qualitätsprüfung unterziehen. Durch

► **Abbildung 5.8.3**
Ärztinnen und Ärzte
mit Weiterbildung
»Ärztliches
Qualitätsmanagement«
 1999 bis 2013
 Datenbasis:
 Ärzttestatistik [47]



eine Zertifizierung wird bestätigt, dass ein den Anforderungen entsprechendes, funktionierendes Qualitätsmanagementsystem vorliegt. Die am häufigsten genutzten Qualitätsmanagement-Verfahren und Zertifizierungen sind jene nach DIN EN ISO 9001:2008 oder DIN EN 15224:2012 [45, 46], KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), EFQM (European Foundation for Quality Management) oder – speziell für Arztpraxen – QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) und EPA (Europäisches Praxisassessment). Zertifiziert werden können nicht nur Krankenhäuser und Arztpraxen, sondern auch Rettungsdienste sowie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

Seit 2003 existiert für Ärztinnen und Ärzte eine Zusatzweiterbildung »Ärztliches Qualitätsmanagement«. Die entsprechende Zusatzbezeichnung hatten im Jahr 2013 rund 2400 Ärztinnen und Ärzte erworben. Von diesen war etwa die Hälfte im Krankenhaus tätig (Abb. 5.8.3).

5.8.6 ERGEBNISSE UND WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sollen als »sekundäre« Techniken die Optimierung der medizinischen Versorgung unterstützen [48]. Aus der Vielfalt der Instrumente ergeben sich dabei vielfältige Evaluations- und Forschungsaufgaben. Diese betreffen vor allem Akzeptanz und Nutzung, Methodenentwicklung sowie die Wirksamkeit qualitätssichernder Maßnahmen.

Analysen der Nutzung von Informationen zur Behandlungsqualität zeigen, dass diese immer noch nur von sehr wenigen (potenziellen) Patientinnen und Patienten genutzt werden [49, 50]. In der Gesundheitsmonitor-Befragung 2012 der Bertelsmann Stiftung zusammen mit der Barmer GEK gaben rund zehn Prozent der Befragten an, sich im Internet über die Qualität der Krankenhäuser zu informieren; dabei waren die Qualitätsberichte der Krankenhäuser die am dritthäufigsten genutzte Informationsquelle. Die wichtigste Rolle bei der Beurteilung der Qualität eines Krankenhauses spielte für die Befragten jedoch die Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes [49].

Die Akzeptanz von Leitlinien durch Ärztinnen und Ärzte wird insgesamt als hoch beschrieben [51–53]; einschränkend werden die Sorge um den Verlust der professionellen Autonomie und Probleme bei der praktischen

Umsetzung festgestellt [2, 53, 54]. Inwieweit Ärztinnen und Ärzte Leitlinien tatsächlich nutzen, lässt sich nicht allgemein beantworten.

Die methodische Weiterentwicklung der Qualitätssicherung betrifft vor allem die Qualitätsmessung. So werden derzeit Ansätze zur Integration von Patientbefragungen in die Qualitätsmessung, zur sektorenübergreifenden Qualitätsmessung und zur Messung der Indikationsqualität entwickelt und erprobt. Geprüft wird auch, inwieweit sich Daten für die Qualitätssicherung nutzen lassen, die zu Abrechnungs- und Versorgungszwecken zum Beispiel von Krankenkassen erhoben werden (so genannte Routinedaten) [55]. Weiterer Entwicklungsbedarf wird hinsichtlich einer patientengerechten Darstellung der Versorgungsqualität gesehen [56].

Darüber hinaus ist im geplanten Krankenhausstrukturgesetz vorgesehen, die Qualitätssicherung mit der Krankenhausplanung zu verknüpfen: Dabei soll die Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder eine stärkere Rolle spielen. Auch für die Krankenhausvergütung sollen Qualitätsaspekte eine Rolle spielen, indem für bestimmte Leistungen Qualitätszuschläge und -abschläge eingeführt werden. Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Juli 2015 eingeführte Zweitmeinungsregelung soll das Recht der Versicherten auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung stärken und dient damit ebenfalls der Qualitätssicherung.

Zur Wirksamkeit qualitätssichernder Maßnahmen gibt es unterschiedliche Befunde. Die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität durch Leitlinien wurde in einer systematischen Übersichtsarbeit nachgewiesen [57]. Auch die Einführung klinischer Behandlungspfade kann zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führen [28, 58], während dies für Pay-for-Performance-Maßnahmen bislang nicht gezeigt werden konnte [43, 59–61].

Neben grundsätzlichen Einwänden gegen den Einsatz von Managementtechniken in der Medizin (z. B. in [62]) wird in allgemeinen Bewertungen vor allem darauf hingewiesen, dass Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung evidenzbasiert sein und dass Aufwand und Ertrag in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen sollten [2, 63]. Insgesamt werden Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement aber als wichtige Instrumente des Managements von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und auch der Steuerung des Gesundheitssystems im Ganzen angesehen [2, 64].

LITERATUR

- Hoffmann B, Rohe J (2010) Patientensicherheit und Fehlermanagement: Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. *Dtsch Arztebl Int* 107(6):92-99
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. *BT-Drs.* 14/5661
- Kastenholz H, Both B (2002) Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 45(3):215-222
- Deutsches Institut für Normung e. V. (2005) Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000: 2005). Beuth Verlag, Berlin
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 44(3):166-206
- Gabler Wirtschaftslexikon (2014) Stichwort: Qualitätssicherung. www.wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/57713/qualitaets-sicherung-v5.html (Stand: 15.04.2015)
- Lohr K (1990) *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. National Academy Press, Washington D.C.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2014) Glossar. www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/ (Stand: 15.04.2015)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Medizinische Behandlungsfehler. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 5. RKI, Berlin
- Schrapppe M, Lessing C, Jonitz G et al. (2006) Agenda Patientensicherheit 2006. Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Witten
- Schrapppe M, Lessing C, Albers B et al. (2007) Agenda Patientensicherheit 2007. Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Witten
- Geraedts M (2014) Das Krankenhaus als Risikofaktor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit*. Schattauer, Stuttgart, S. 3-11
- Bundesärztekammer (2015) Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2014. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Behandlungsfehlerstatistik.pdf (Stand: 19.08.2015)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg) (2015) *Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresstatistik 2014*. www.mdk.de/media/pdf/6_-_-Jahresstat-BHF-Begutachtung_2014-MDS-MDK.pdf (Stand: 19.08.2015)
- Gastmeier P, Geffers C (2008) Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? *Dtsch med Wochenschr* 133(21):1111-1115
- Gastmeier P, Brunkhorst F, Schrappe M et al. (2010) Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? *Dtsch med Wochenschr* 135(03):91-93
- World Health Organization (2002) *Quality of care: patient safety*. WHA55.18. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1 (Stand: 15.04.2015)
- Rat der Europäischen Union (2009) *Empfehlung zur Sicherheit der Patienten*. Amtsblatt der Europäischen Union. www.ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_de.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008) *Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013) *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen*, vom 20.9.2005, zuletzt geändert am 19.12.2013. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-814/QFR-RL_2013-12-19.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312(7023):71-72
- Haynes RB, Sackett DL, Gray JM et al. (1996) Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *ACPJ Club* 125(3):A14-16
- Bloch R, Lauterbach K, Oesingmann U et al. (1997) *Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung*, Juni 1997. *Dtsch Arztebl* 94(33):A-2154-2155
- Ständige Kommission »Leitlinien« der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2012) *AWMF-Regelwerk »Leitlinien«*. www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html (Stand: 08.06.2015)
- Ollenschläger G, Kopp I, Lelgemann M et al. (2006) *Nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, AWMF und KBV*. *Med Klin* 101(10):840-845
- Raspe H, Lühmann D (2002) *Klinische und Versorgungsleitlinien*. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 96:212-213
- Perleth M, Busse R (2004) *Health Technology Assessment (HTA) - Teil und Methode der Versorgungsforschung*. *Gesundh ökon Qual manag* 9(03):172-176
- Koitzka C, Roeder N, Hensen P (2012) *Ergebnismessung von Klinischen Behandlungspfaden in internationalen Studien: eine systematische Literaturanalyse*. *Gesundh ökon Qual manag* 17:33-40
- Kötter T, Schaefer F, Blozik E et al. (2011) *Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren – Hintergrund, Methoden und Probleme*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105(1):7-12
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2014) *Qualitätsreport 2013*. AQUA-Institut, Göttingen
- Arah OA, Westert GP, Hurst J et al. (2006) *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. *Int J Qual Health Care* 18(Suppl 1):5-13
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013) *Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R)*, Stand: 4. Dezember 2013. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-816/Mm-R_2013-12-04_mit%20Aussetzungshinweisen.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2014) *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation*. Indikatoren 2013. Stand 25.04.2014. https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2013/AQUA_17n2_Indikatoren_2013.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2014) *Geburtshilfe*. Indikatoren 2013. Stand: 25.04.2014. https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2013/AQUA_17n2_Indikatoren_2013.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) *Aktualisiertes AQUIK-Indikatorenset 2013*. www.kbv.de/media/sp/AQUIK_QI_Aktualisierung_1_0_140324.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Glassen K, Urban E, Micksch A et al. (2011) *Diabetes mellitus Typ 2. Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2*. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg) *QiSA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung*, Band C2. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2013) *Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung*, 2. Auflage. Version 5, zuletzt geändert: August 2013. www.leitlinien.de/nvl/asthma/mdb/downloads/nvl/asthma/asthma-2aufl-vers5-lang.pdf (Stand: 15.04.2015)
- QS Reha (2013) *Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen: Einrichtungsbogen, Indikationsbereich Kardiologie*. Version: qs-reha 1.0 eb_k. www.qs-reha.de/media/dokumente/instrumente/einrichtungsboegen/Einrichtungsbogen_Kardio_2011.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2014) *Pflege: Dekubitusprophylaxe*, Indikatoren 2013. Stand: 06.05.2014. https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2013/AQUA_DEK_Indikatoren_2013.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Blum K, Löffert S, Offermanns M et al. (2011) *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2011*. www.dkgev.de/media/file/10655.Krankenhaus_Barometer_2011.pdf (Stand: 15.04.2015)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2013) *Arthrose*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 54. RKI, Berlin
- Griem C, Kleudgen S, Diel F (2013) *Qualitätssicherung: Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung*. *Dtsch Arztebl Int* 110(26):1310-1313

43. Veit C, Hertle D, Bungard S et al. (2012) Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_03/120817_PM_58_Anlage_Gutachten_BQS_01.pdf (Stand: 08.06.2015)
44. Szecsenyi J, Stock J, Chenot R (2009) QISA stellt sich vor. In: J S, Broge B, Stock J (Hrsg) QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band A. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin
45. Deutsches Institut für Normung e. V. (2008) Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001: 2008). Beuth Verlag, Berlin
46. Deutsches Institut für Normung e. V. (2012) Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001: 2008. Beuth Verlag, Berlin
47. Bundesärztekammer (2013) Ärztestatistik. Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement. www.gbe-bund.de (Stand: 09.06.2015)
48. Helou A, Schwartz F, Ollenschläger G (2002) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. Übersicht auf der Grundlage des Gutachtens »Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit« des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 45(3):205-214
49. Manky T (2012) Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen - Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 136-159
50. Cruppé W, Geraedts M (2011) Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(8):951-957
51. Hasenbein U, Schulze A, Busse R et al. (2005) Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien. Gesundheitswesen 67(05):332-341
52. Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M et al. (2006) German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines – a national survey. BMC Fam Pract 7:47
53. Bucker B, Redaelli M, Simic D et al. (2013) »Wir machen doch eigentlich alle EbM!« – Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zu Evidenzbasierter Medizin und Leitlinien im Praxisalltag: eine qualitative Studie. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 107(6):410-417
54. Hasenbein U, Wallesch CW, Rübiger J (2003) Ärztliche Compliance mit Leitlinien. Ein Überblick vor dem Hintergrund der Einführung von Disease-Management-Programmen. Gesundh ökon Qual manag 8(06):363-375
55. Broge B (2013) Aktuelle Entwicklungsprojekte im AQUA-Institut. Vortrag bei der Tagung »Qualität kennt keine Grenzen« 2013. http://tagung-2013.sqg.de/2013/ppt/Broge_Aktuelle_Entwicklungsprojekte.pdf (Stand: 15.04.2015)
56. Mayer S (2013) Public Reporting. Vortrag bei der Tagung »Qualität kennt keine Grenzen« 2013. http://tagung-2013.sqg.de/2013/ppt/1_Meyer.pdf (Stand: 02.09.2013)
57. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G et al. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 8(6):iii-iv, 1-72
58. Rotter T, Kinsman L, James E et al. (2010) Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev (3):CD006632
59. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D et al. (2011) The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev (9):CD008451
60. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S et al. (2011) An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. Cochrane Database Syst Rev (7):CD009255
61. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M et al. (2013) Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy 110(2-3):115-130
62. Maio G (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart
63. Eberlein-Gonska M (2011) Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(2):148-153
64. Schrappe M (2010) Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens – Qualitätsmanagement als Managementinstrument. In: Lauterbach KW, Lungen M, Schrappe M (Hrsg) Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine - Handbuch für Praxis, Politik und Studium. Schattauer, Stuttgart, S. 291-302

5.9 PATIENTENORIENTIERUNG

- / Patientenorientierung ist die Ausrichtung der Versorgung an den Interessen, Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten.*

- / Das Patientenrechtegesetz hat das Arzt-Patienten-Verhältnis im Bürgerlichen Gesetzbuch gesetzlich verankert und damit wesentliche Rechte der Patientinnen und Patienten, wie z. B. das Recht auf umfassende und rechtzeitige Aufklärung oder das Einsichtsrecht in Behandlungsunterlagen, festgeschrieben.*

- / Partizipative Entscheidungsfindung setzt auf Patientenseite Gesundheitskompetenz und auf ärztlicher Seite die Bereitschaft zur aktiven Einbindung der Patientinnen und Patienten voraus.*

- / Patienteninformationen sollten qualitativ hochwertig, ausgewogen, gut auffindbar und allgemeinverständlich sein.*

- / Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland ist seit dem Jahr 2000 gesetzlich verankert und berät rund 80.000 Menschen im Jahr.*



INFOBOX 5.9.1 PATIENTENORIENTIERUNG

Patientenorientierung heißt, dass sich das Gesundheitssystem und die darin handelnden Professionellen an den Wünschen, Erwartungen und der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten orientieren [8]. Dabei wird die Patientenorientierung auf den unterschiedlichen

Organisationsebenen betrachtet – der Makroebene mit dem Blick auf gesellschaftspolitische Entwicklungen und gesetzliche Rahmenbedingungen, der Mesoebene mit dem Fokus auf Institutionen und Verbände sowie der Mikroebene, bei der die Beziehungen zwischen Professionellen und Patientinnen bzw. Patienten im Zentrum stehen.

5.9 PATIENTENORIENTIERUNG

Seit Beginn der 1990er-Jahre wird eine Orientierung der gesundheitlichen Versorgung an den Interessen von Patientinnen und Patienten zunehmend als wichtig angesehen. Diese sollen im Gesundheitssystem mit ihren Interessen, Bedürfnissen und Wünschen wahrgenommen und respektiert werden [1]. Darüber hinaus leistet die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in das System der gesundheitlichen Versorgung einen wesentlichen Beitrag zu dessen Weiterentwicklung [2–5]. Nicht zuletzt haben Patientenaktivierung und Patientenengagement positive Auswirkungen auf Gesundheitsverhalten und Behandlungsergebnisse und tragen so zur Erhaltung und Wiedergewinnung der Gesundheit bei [6, 7].

Im Folgenden werden mit den rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung sowie den Themen Patientinneninformationen und Patientenberatung wesentliche Bereiche von Patientenorientierung beschrieben.

5.9.1 GESELLSCHAFTSPOLITISCHE UND GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Auf Bundesebene schafft die Gesetzgebung Rahmenbedingungen für Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen; Ziel ist es, Patientenrechte und Patientenberatung zu stärken sowie die Vertretung von Patienteninteressen zu gewährleisten. Vor allem zwei Gesetze werden weiter unten ausführlich dargestellt: das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) und das Patientenrechtegesetz.

Bereits mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurde durch Einführung des § 65b Sozialgesetzbuch V (SGB V) den Krankenkassen die modellhafte Finanzierung unabhängiger Verbraucher- und Patientenberatung übertragen. Die Selbsthilfeförderung wurde in § 20 Absatz 4 SGB V verpflichtend geregelt (siehe Kapitel 5.10). Im gleichen Jahr wurde der nationale Gesundheitszieleprozess begonnen, bei dem die Stärkung von Patientinnen und Patienten ein zentrales Anliegen ist (siehe Kapitel 7). Auch in der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gewinnt die Patientenperspektive zunehmend an Bedeutung (siehe Kapitel 5.8).

VERTRETUNG VON PATIENTENINTERESSEN

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz,

GMG) wurde ab dem Jahr 2004 das Amt eines bzw. einer Patientenbeauftragten geschaffen. Deren oder dessen Aufgabe ist es, auf Bundesebene darauf hinzuwirken, dass die Rechte der Patientinnen und Patienten und ihre Interessen im Gesundheitswesen und in politischen Entscheidungsprozessen stärker berücksichtigt werden. Dazu gehört auch, dass Patientinnen und Patienten umfassende und unabhängige Beratung sowie objektive Informationen durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden erhalten (§ 140h SGB V). Wie eine Auswertung der Anfragen an den Patientenbeauftragten zeigt, wird dieser vor allem als eine Anlaufstelle für Kritik an erlebten Versorgungsproblemen (83,8%) und als Informationsstelle (15,6%) wahrgenommen [9].

Mit Berlin, Bayern und Nordrhein-Westfalen haben auch einige Länder das Amt eines Patientenbeauftragten eingerichtet. Zudem ist in manchen Ländern ein Ombudsmann im Krankenhaus gesetzlich vorgeschrieben, zum Beispiel in Rheinland-Pfalz, Hessen und Berlin. Unabhängige Patientenfürsprecher, die Patienten Anliegen gegenüber dem Krankenhaus vertreten, gibt es auch in anderen Ländern. Seit 2010 werden auf Initiative des Patientenbeauftragten der Bundesregierung jährlich Patientenfürsprechertage durchgeführt, um ein Forum für Diskussion und Erfahrungsaustausch zu bieten.

Im GMG sind ebenfalls zum ersten Mal Beteiligungsrechte für Patientenvertreterinnen und -vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, siehe Kapitel 5.8) gesetzlich verankert worden. Patienten- und Verbraucherverbände sowie Selbsthilfeorganisationen werden mit beratender Stimme an den Entscheidungen des G-BA beteiligt: Sie haben ein Antrags- und Mitberatungs-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f SGB V).

Die von den Krankenkassen finanziell geförderte Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berät nach § 65b SGB V und gehört seit 2011 bundesweit zu den Regelangeboten der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch der Verband der privaten Krankenversicherung beteiligt sich seit diesem Zeitpunkt an der Finanzierung. Zu den Aufgaben der UPD zählt es, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. Angeboten werden 21 regionale Beratungsstellen, ein bundesweites Beratungstelefon in drei Sprachen, eine zahnärztliche Kompetenzstelle und ein Arzneimittelberatungsdienst. Dort werden derzeit rund 80.000 Menschen pro Jahr kostenfrei beraten [10]. Dabei geht es vor allem um gesundheitlich-medizinische, rechtliche und psychosoziale Fragen. Jährlich werden die Anliegen der Ratsuchenden anonym ausgewertet und in einem

Bericht an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten übermittelt («Monitor Patientenberatung» [10]).

PATIENTENRECHTEGESETZ

Mit dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz wurde das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) um einen eigenen Abschnitt ergänzt, der Regelungen über den medizinischen Behandlungsvertrag und die Rechte und Pflichten im Rahmen der Behandlung enthält (§§ 630a-630h BGB). Im Gesetz ist zum Beispiel festgehalten, dass die Behandelnden ausreichend und verständlich über die Behandlung und die damit verbundenen Risiken und Heilungschancen aufklären müssen sowie Patientinnen und Patienten Einsicht in ihre Patientenakte nehmen können. Das Patientenrechtegesetz stärkt außerdem die Recht der Patientinnen und Patienten im Falle eines Behandlungsfehlers, insbesondere durch zahlreiche nunmehr ausdrücklich im Gesetz geregelte Beweiserleichterungen. Daneben enthält das Gesetz Verbesserungen der Versichertenrechte gegenüber den Krankenkassen, beispielsweise die Verpflichtung zur Unterstützung bei dem Verdacht eines Behandlungsfehlers [11, 12].

5.9.2

ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

In der Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten hat die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making, SDM) zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieser Interaktionsprozess hat das Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung auf Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen [13]. Das Einbeziehen der Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess beeinflusst nicht nur deren Zufriedenheit, sondern auch die der Behandelnden sowie die Qualität der Behandlungsergebnisse positiv [14–18].

Sowohl von Patienten- als auch von ärztlicher Seite wird eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung mehrheitlich befürwortet [19–22]. Eine Studie der Bertelsmann Stiftung und der Krankenkasse Barmer GEK ergab, dass sich etwa 55 % der Bevölkerung eine gemeinsame Entscheidungsfindung wünschen. Dieser Anteil war in den Jahren 2001 bis 2012 stabil [23].

Um das partnerschaftliche Entscheidungsmodell umsetzen zu können, müssen auf beiden Seiten Bereitschaft und Fähigkeit sowie entsprechende Rahmenbedingungen vorhanden sein [24]. Auf Seiten der Patientinnen und Patienten ist die Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Das bedeutet für den Behandlungsprozess, dass Patientinnen und Patienten fähig sein müssen, Gesundheitsinformationen und Angebote aufzufinden, zu verarbeiten und zu verstehen. Die Information und Aufklärung durch die Behandelnden muss sie in die Lage versetzen, Vor- und Nachteile von Behandlungsoptionen abwägen und realistisch einschätzen zu können [25, 26]. Auf ärztlicher Seite wird am häufigsten Zeitmangel als Problem benannt, das eine partnerschaftliche Entschei-

nungsfindung erschwert; jedoch zeigen wissenschaftliche Studien keinen signifikant erhöhten Zeitbedarf für partizipativ getroffene Entscheidungsprozesse [27]. Relevant für das Abwägen von Diagnose- und Behandlungsverfahren ist auch fundiertes ärztliches Wissen zur Einschätzung von Risiken und eine entsprechende Fähigkeit, dieses der Patientin oder dem Patienten zu vermitteln [28, 29].

Durch die Einrichtung eines Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« wurde die partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland weiterentwickelt, bezüglich der Definition und des prozessualen Ablaufs präzisiert, sowie in einzelnen Modellprojekten evaluiert [30]. Daran schlossen sich mehrere Transferprojekte an, welche die Ergebnisse unter anderem in die universitäre Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie in die zertifizierte Fortbildung durch die Ärztekammern integrieren sollen.

5.9.3

PATIENTENINFORMATION UND PATIENTENBERATUNG

In einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem und als Voraussetzung für partizipatives Handeln im Kontext von Gesundheit und Krankheit sind ausreichende, verständliche und leicht auffindbare Informationen ein wichtiges Element [8, 25, 31]. Das darin vermittelte Wissen schafft eine Basis für eine gute Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung und unterstützt die Patientinnen und Patienten dabei, ihre Rechte wahrzunehmen und adäquate Entscheidungen zu treffen.

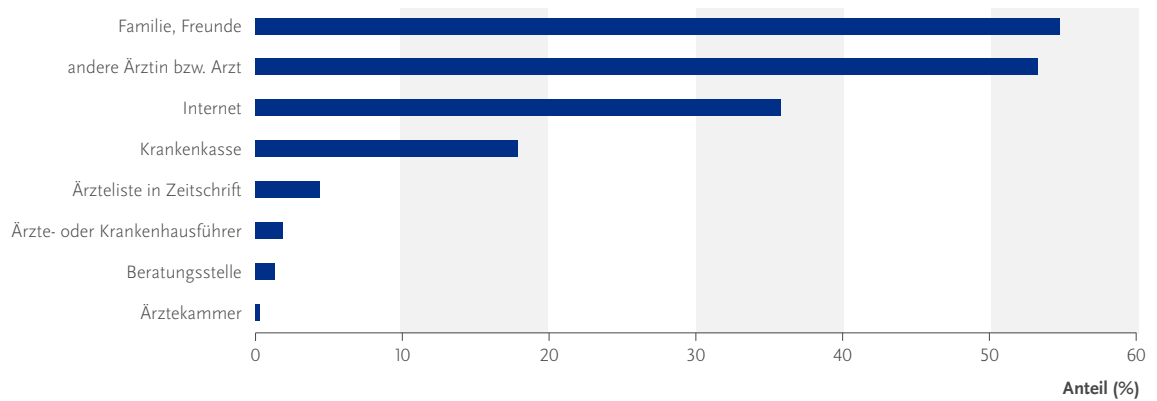
Wie verschiedene Studien zeigen, besteht generell ein hohes Interesse an Gesundheitsinformationen in der Bevölkerung [32, 33]. Häufig genutzte Informationsquellen zu Gesundheitsthemen sind Apotheken- und Krankenkassenzschriften, Tageszeitungen, Fernseh- und Radiosendungen sowie Ärztinnen und Ärzte [34]. Nach Daten der Zusatzbefragung zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2009 informieren sich speziell vor einem Arzt- oder Krankenhausbesuch 28,2 % der Personen über eine gewählte Einrichtung [35]. Frauen holen dabei etwas häufiger Informationen ein als Männer, Personen mit höherem Sozialstatus häufiger als Personen mit niedrigem Sozialstatus. Sowohl Frauen als auch Männer informieren sich vor einem Arzt- oder Krankenhausbesuch am häufigsten in ihrem sozialen Umfeld oder bei anderen Ärztinnen und Ärzten (Abb. 5.9.1). Dass diese beiden Informationsquellen eine wichtige Rolle spielen, zeigen auch andere Untersuchungen [36, 37].

Weiterentwicklungsbedarf wird vor allem im Hinblick auf Verständlichkeit und Auffindbarkeit von Gesundheitsinformationen gesehen [38, 39]. Speziell zu Themen, die Rahmenbedingungen und Organisation des Gesundheitswesens betreffen, gibt es weniger Informationen, und (potenzielle) Patientinnen und Patienten fühlen sich eher schlecht informiert [34, 35].

Mit zunehmender Zahl und Vielfalt unterschiedlicher Informationsangebote steigen auch die Anforderungen an die Nutzerinnen und Nutzer, qualitativ gute von schlechten Gesundheitsinformationen zu unter-

5.9

► **Abbildung 5.9.1**
Informationsquellen
vor Arzt- oder
Krankenhausbesuch
 Datenbasis:
 GEDA-Zusatzbefragung
 2009 [35]



scheiden. Zu den Angeboten, die hier Orientierung bieten, gehört das DISCERN-Instrument (von englisch to discern: erkennen, verstehen), das eine Checkliste für gute Patienteninformationen zur Verfügung stellt [40]. Das deutsche DISCERN-Projekt wird durchgeführt von der Medizinischen Hochschule Hannover in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ, siehe Kapitel 5.8). Darüber hinaus wurde im Gesundheitsziele-Prozess eine Checkliste Gesundheitsinformation entwickelt, die auch auf der BMG-Homepage zu finden ist (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/Gesundheitsziele/Checkliste_fuer_Gesundheitsinformationen.pdf).

Grundsätzlich sind in Patienteninformationen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen. Sie sollten verständlich und für die Zielgruppe relevant sein; die Nutzenden sollten bei der Erstellung einbezogen sein und auch der Hinweis auf eine möglicherweise nicht ausreichende Evidenz sollte nicht fehlen. Die »Gute Praxis Gesundheitsinformation« des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin beschreibt Qualitätsanforderungen für Gesundheitsinformationen und unterstützt Anbieter bei der Erstellung [41].

Zu den Anbietern von Gesundheitsinformationen gehören die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Bundesärztekammer sowie Institutionen wie die Unabhängige Patientenberatung, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (vgl. [8, 42]). Eine Auswahl ist in der Infobox 5.9.2 zu finden.

LITERATUR

1. Klemperer D (2000) *Patientenorientierung im Gesundheitssystem*. http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2000/Patientenorientierung.pdf (Stand: 15.04.2015)
2. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) *Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*. BT-Drs. 14/5660
3. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) *Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. BT-Drs. 15/530
4. Badura B, Schellschmidt H, Hart D (1999) *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden

5. Härter M, Loh A, Spies C (2005) *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
6. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R et al. (2007) *Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?* *Health Serv Res* 42(4):1443-1463
7. Hibbard JH, Greene J (2013) *What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs*. *Health Aff (Millwood)* 32(2):207-214
8. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) *Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 32*. RKI, Berlin
9. Schenk L, Adolph H, Holzhausen J et al. (2010) *Informationen für eine partizipative Gesundheitsversorgung (IPAGE). Abschlussbericht*. Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/pdf/fof/S-2007-60-4-4.pdf (Stand: 09.06.2015)
10. *Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2014) Die UPD - Lotse, Wegweiser und Berater in Gesundheitsfragen*. UPD, Berlin
11. *Patientenrechtegesetz (2013) Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9 vom 25.02.2013. Bundesanzeiger Verlag Bonn, S. 277–282
12. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, Der Beauftragte für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2014) *Informiert und Selbstbestimmt. Ratgeber für Patientenrechte*. www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/Barrierefrei%20Broschuere_Patientenrecht_bf.pdf (Stand: 09.06.2015)
13. Härter M (2004) *Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) - Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch*. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 98:89-92
14. Vogel B, Leonhart R, Helmes A (2009) *Communication matters. The impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life*. *Patient Educ Couns* 77:391-397
15. Cassell E (1985) *Doctor-patient relationship*. *New Physician* Sep;34(6):17
16. Keller M (2002) *Aufklärung und Information von Tumorkranken*. In: Margulies A, Fellingner K, Kroner T et al. (Hrsg) *Onkologische Krankenpflege*. Springer, Berlin, Heidelberg
17. Scheibler F, Pfaff H (2003) *Shared-Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Beltz Juventa Verlag, Weinheim
18. Klippel KF (2002) *Prostatakarzinom: Psychoonkologische Aspekte*. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* (34):100-105
19. Coulter A, Magee H (2003) *The European Patient of the Future*. Open University Press, Philadelphia
20. Dierks M, Seidel G (2005) *Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten - wollen Patienten wirklich Partner sein?* In: Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg) *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Neue Anstöße zum Transfer in die Patientenversorgung*. Deutscher Ärzteverlag, Köln
21. Klemperer D, Rosenwirth M (2005) *Shared Decision Making. Konzept, Voraussetzungen, politische Implikationen*. Bertelsmann Stiftung, Universität Bremen, Gütersloh
22. Streich W, Klemperer D, Butzlaff M (2002) *Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen*. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2002: Die ambulante*

INFOBOX 5.9.2

AUSWAHL WICHTIGER INFORMATIONSEN- QUELLEN FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Die **gesetzlichen Krankenkassen** sind verpflichtet, ihre Versicherten zu informieren. Neben medizinischen Informationen und Entscheidungshilfen bieten sie auch Gesundheitskurse und Schulungen an. Internet-Suchportale der Krankenkassen unterstützen Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus. AOK und Barmer GEK sind Entwicklungspartner der **Weißten Liste**, einem Portal zur Suche nach einer Klinik, einem Arzt oder einem Pflegeheim, das von der Bertelsmann Stiftung im Verbund mit den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen zur Verfügung gestellt wird (www.weisse-liste.de).

Gemeinsam mit der **Bundesärztekammer** bietet die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** seit 2008 ein Internetportal zur Patienteninformation an, unter anderem zu Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungskosten und Patientenrechten (www.patienten-information.de).

Die **Unabhängige Patientenberatung (UPD)** ist ein Verbund unabhängiger Beratungsstellen. Kostenlos und anonym kann sich hier jede Bürgerin und jeder Bürger vor Ort in einer von 21 regionalen Beratungsstellen, am bundesweit kostenfreien Beratungstelefon oder online von unabhängigen Beraterinnen und Beratern zu medizinischen, rechtlichen oder psychosozialen Fragen im Zusammenhang mit Gesundheit beraten lassen (www.unabhaengige-patientenberatung.de).

Das **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)** hat unter anderem den gesetzlichen Auftrag, den Bürgerinnen und Bürgern allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Auf einem eigens dafür entwickelten Internetportal werden medizinische Themen verständlich aufbereitet und der

jeweils aktuelle Stand der Forschung beschrieben (www.gesundheitsinformation.de).

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das zentrale Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitssystem. Seit 2004 sind vier Organisationen berechtigt, beim G-BA Patienteninteressen zu vertreten: der **Deutsche Behindertenrat (DBR)**, die **Bundes-Arbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)**, die **Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)** und die **Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)**. Ratsuchende können sich mit ihren Anliegen direkt an diese Organisationen wenden (www.deutscher-behindertenrat.de, www.bagp.de, www.dag-shg.de, www.vzbv.de).

Der **Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten** wirkt in unabhängiger und beratender Funktion darauf hin, dass die Angelegenheiten und Interessen der Patientinnen und Patienten in allen wichtigen gesellschaftlichen Bereichen beachtet werden (www.patientenbeauftragter.de).

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** verfolgt das Ziel, durch gesundheitliche Aufklärung Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu fördern. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung im Geschäftsbereich des BMG entwickelt die BZgA Strategien und setzt sie in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Zugleich bietet sie Gesundheitsinformationen an, die aktuell, wissenschaftlich abgesichert und zielgruppengerecht aufbereitet sind (www.bzga.de).

Der **Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums** ist Ansprechpartner für alle Ratsuchenden mit Fragen zum Thema Krebs (am Telefon, per E-Mail sowie in Sprechstunden in Heidelberg und Dresden). Er bietet aktuelles Wissen zu Krebserkrankungen und hilft bei der Orientierung im Gesundheitswesen (www.krebsinformationsdienst.de).



- Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft. Bertelsmann Stiftung Gütersloh, S. 35-51
23. Braun B, Marstedt G (2014) Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2014: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 107-131
 24. Härter M, Simon D (2013) Wollen Patienten partizipative Entscheidungsfindung und wie wird das gemessen? In: Gigererenzer G, Muir Gray J (Hrsg) Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin - Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 55-60
 25. Dirmaier J, Härter M (2012) Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) Handbuch Partizipation und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, S. 318-330
 26. Gaissmaier W, Gigererenzer G (2013) Wenn fehlinformierte Patienten versuchen, informierte Entscheidungen zu treffen. In: Gigererenzer G, Muir Gray J (Hrsg) Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin - Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 29-44
 27. Legare F, Ratto S, Gravel K et al. (2008) Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 73(3):526-535
 28. Gigererenzer G (2007) Gut Feelings. The Intelligence of the Unconscious. Viking Press, New York
 29. Wegwarth O, Gigererenzer G (2013) Overdiagnosis and overtreatment: Evaluation of what physicians tell patients about screening harms. JAMA Int Med 173(22):2086-2087
 30. Härter M, Loh A, Spies C (2005) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Neue Anstöße zum Transfer in die Patientenversorgung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln

31. Gigerenzer G, Muir Gray J (Hrsg) (2013) *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
32. Horch K, Wirz J (2005) *Nutzung von Gesundheitsinformationen*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 48(11):1250-1255
33. Isfort J, Floer B, Butzlaff M (2004) »Shared Decision Making« – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2004: Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 88-101
34. Marstedt G (2010) *Gesundheitsfragen - Information und Wissen der Bürger*. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2010 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 43–89
35. Horch K, Ryl L, Hintzpeter B et al. (2011) *Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive*. GBE kompakt 2(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015)
36. Manský T (2012) *Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus?* In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 136-159
37. Cruppé W, Geraedts M (2011) *Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe?* Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54(8):951-957
38. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2014) *Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG durch sozial benachteiligte Personen*. IQWiG-Berichte – Nr. 208. www.iqwig.de/download/GA13-01_Arbeitspapier_Nutzertestung_durch_sozial_Benachteiligte.pdf (Stand: 15.06.2015)
39. Geraedts M, Auras S, Hermeling P et al. (2010) *Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung*. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2967/2010-10-21_QS-KH_Geraedts-Abschlussbericht.pdf (Stand: 15.04.2015)
40. DISCERN-Online (2009) *Das Discern-Instrument*. www.discern.de/instrument.htm (Stand: 02.04.2015)
41. Klempere D, Lang B, Koch K et al. (2010) *Die »Gute Praxis Gesundheitsinformation«*. Z Evid Fortbild Qual Gesundhew 104:66-68
42. Härter M, Müller H, Dirmaier J et al. (2011) *Patient participation and shared decision making in Germany – history, agents and current transfer to practice*. Z Evid Fortbild Qual Gesundhew 105(4):263-270

5.10 SELBSTHILFE

- / *In Deutschland gibt es bis zu 100.000 Selbsthilfegruppen zu mehr als 1.100 gesundheitsbezogenen, psychosozialen und sozialen Themen.*
- / *Ihre Arbeitsweise ist geprägt durch Selbstverantwortung, Gleichberechtigung, Partizipation und Solidarität.*
- / *Kostenlose Beratungsangebote werden oftmals auch Nicht-Mitgliedern zur Verfügung gestellt.*
- / *Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sind zur Förderung der Selbsthilfe verpflichtet. Ihr Beitrag belief sich 2014 auf rund 44 Millionen Euro.*
- / *Die Selbsthilfe steht vor neuen Herausforderungen wie beispielsweise die Mitgliedergewinnung und -aktivierung oder die internetbasierte Selbsthilfe.*



INFOBOX 5.10.1

DEFINITION SELBSTHILFEGRUPPEN

Die Definition von Selbsthilfegruppen erfolgt üblicherweise auf Grundlage des »Leitfadens zur Selbsthilfeförderung«, an dessen Erstellung die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie in beratender Funktion die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe BAG SELBSTHILFE, der PARITÄTISCHE Gesamtverband, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG

SHG) sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) beteiligt sind. Demnach werden unter »gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen [...] freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen verstanden, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung eines bestimmten Krankheitsbildes, einer Krankheitsfolge und/oder auch psychischer Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind« [8, 10].

5.10

SELBSTHILFE

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe chronisch Kranker und Menschen mit Behinderungen hat einen hohen Stellenwert in Deutschland. Selbsthilfeorganisationen sind heute nicht mehr aus der Gesundheitsversorgung wegzudenken. Sie bieten Hilfestellungen für die Alltagsbewältigung in besonderen Lebenslagen und geben den Betroffenen sowie deren Angehörigen bei einer Krankheit oder einer Behinderung Halt und Perspektive.

Seit den 1950er-Jahren entwickelten sich Selbsthilfeszusammenschlüsse zu einem festen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland [1]. Zu den Ursachen gehören eine zunehmende Thematisierung von Problemen in der Gesundheitsversorgung sowie die Kostendämpfungsmaßnahmen seit Mitte der 1970er-Jahre. Zudem wurde die Dominanz der professionellen Leistungserbringer kritisiert, die eine Beteiligung von Laien an der Gestaltung des Versorgungssystems behindere [2–6]. Dagegen rückten Selbsthilfegruppen die persönliche Begegnung und die Stärkung durch die Gemeinschaft in den Mittelpunkt; Ziele sind individuelle Problembewältigung, gegenseitige Hilfe, Hilfe für andere und soziale Veränderung [7]. Seit den 1970er- und besonders in den 1980er-Jahren erfuhr die gemeinschaftliche Selbsthilfe deshalb einen enormen Aufschwung [8]. Etwa ein Viertel der im Jahr 2008 bestehenden Bundesvereinigungen der Selbsthilfe wurden in den 1980er-Jahren gegründet und fast 40 % in den 1990er-Jahren [7]. Zunächst konzentrierten sich die thematischen Schwerpunkte von Selbsthilfeszusammenschlüssen stark auf körperliche und kognitive bzw. geistige Behinderungen sowie Alkoholsucht. Von den 1970er-Jahren an traten psychotherapeutische und psychosoziale Problemlagen hinzu. In den 1990er-Jahren setzte verstärkt die Gründung von Betroffenenorganisationen insbesondere für seltene Erkrankungen ein. Nach Informationen der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) arbeiten Selbsthilfegruppen derzeit zu mehr als 1.140 abgrenzbaren gesundheitsbezogenen, psychosozialen und sozialen Einzelthemen [9].

Die folgenden Abschnitte stellen Strukturen, Organisationsformen und Förderung der Selbsthilfe in Deutschland vor und beschreiben die Bedeutung der Selbsthilfe für die gesundheitliche Versorgung. Dabei wird vor allem auf Daten der NAKOS zurückgegriffen.

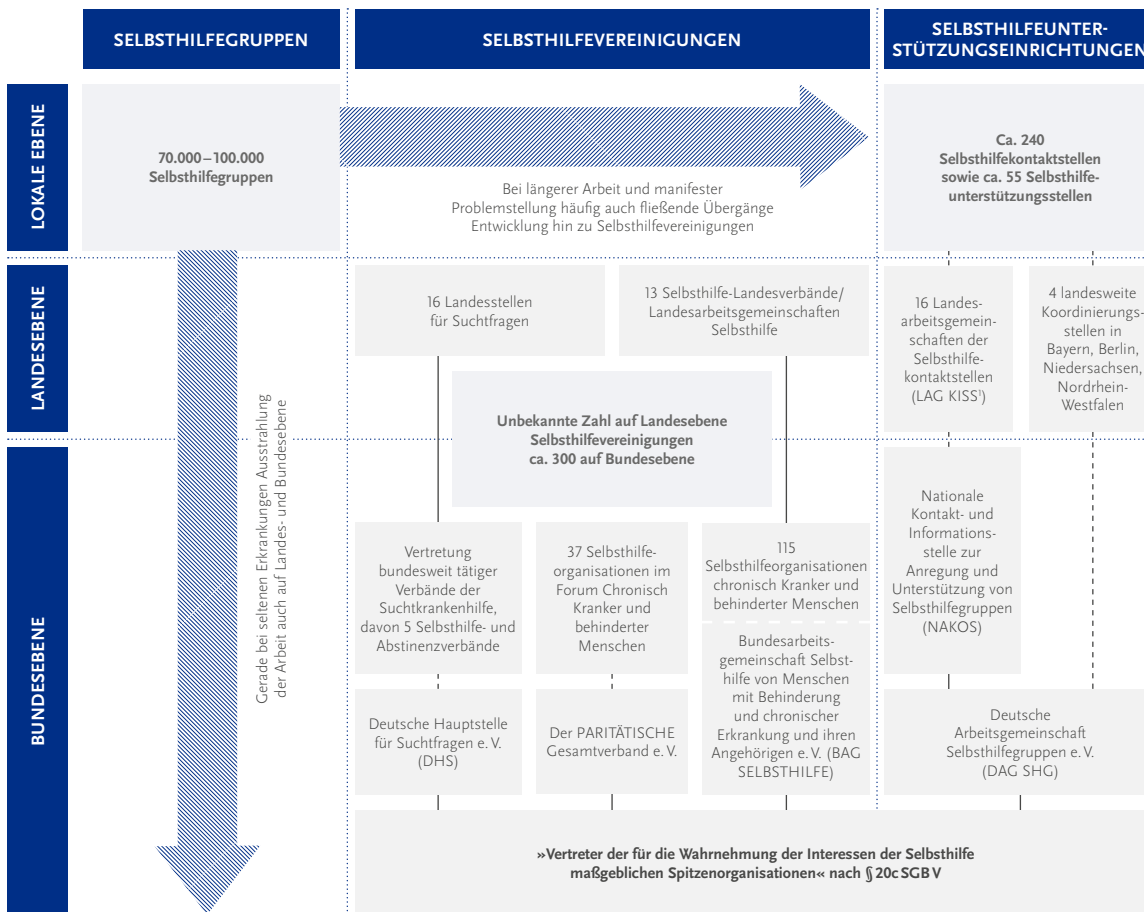
5.10.1

STRUKTUREN UND ORGANISATIONSFORMEN DER SELBSTHILFE IN DEUTSCHLAND

Die historisch gewachsenen Strukturen der Selbsthilfe in Deutschland lassen sich nach Organisationsform und Arbeitsebene differenziert beschreiben (Abb. 5.10.1). Ende der 1970er-Jahre und verstärkt von den 1980er- und 1990er-Jahren an entstanden örtliche Selbsthilfekontaktstellen als professionelle Einrichtungen zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Diese Entwicklung wurde unter anderem durch zwei Bundesmodellprogramme unterstützt [11, 12]. 1984 wurde die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) als bundesweite Selbsthilfekontaktstelle und Facheinrichtung zur Selbsthilfe gegründet. Eine besondere Rolle bei dieser Entwicklung spielten entsprechende Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation [13]. Heute bilden Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen die Organisationsformen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe auf örtlicher Ebene. Auf überörtlicher Ebene lassen sich Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfedachorganisationen und Anonymusgruppen wie die Anonymen Alkoholiker unterscheiden; diese werden unter dem Sammelbegriff Selbsthilfevereinigung zusammengefasst [14]. Zunehmend gewinnt die internetbasierte Selbsthilfe als besondere Form gemeinschaftlicher Selbsthilfe an Bedeutung [15].

SELBSTHILFEGRUPPEN

Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland derzeit 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen mit rund drei Millionen Engagierten [8]. Die Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2003 zeigen, dass rund neun Prozent der 18-Jährigen und Älteren im Laufe ihrer Lebensgeschichte schon einmal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben [8]; bei Menschen mit einem potenziell erhöhten Bedarf an Selbsthilfeaktivitäten (z. B. mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen) waren dies sogar 13 % [16]. Insbesondere bei seltenen Erkrankungen ist jedoch meist ein Zusammenschluss von Betroffenen oder Angehörigen auf örtlicher Ebene nicht möglich, sodass die Gruppenarbeit in diesen Fällen häufig auf Landes- oder Bundesebene stattfindet. Bei sehr seltenen Erkrankungen arbeiten Selbsthilfegruppen auch über das Internet international zusammen.



◀ **Abbildung 5.10.1**
Strukturen der
Selbsthilfe in
Deutschland [9]

¹ Daneben existieren weitere Arbeitsgemeinschaften der Selbsthilfeunterstützung auf Landesebene

BUNDESWEITE SELBSTHILFEVEREINIGUNGEN

Nach Recherchen der NAKOS gab es 2011 insgesamt 302 Selbsthilfevereinigungen auf Bundesebene, davon 237 Selbsthilfeorganisationen, 29 mit dem Charakter einer Dachorganisation oder eines Dachverbandes sowie elf Anonymousgruppen [9]. Zusammengenommen bearbeiten diese insgesamt 800 Problemstellungen und deren Variationen aus den Sektoren Gesundheit, Psychosoziales und Soziales. Bei längerer Arbeit und manifester Problemstellung finden sich häufig fließende Übergänge bei der Entwicklung von Selbsthilfegruppen zu Organisationen.

Gut drei Viertel (77,2 %) der Selbsthilfevereinigungen auf Bundesebene arbeiten zu gesundheitsbezogenen Themen. Das Spektrum reicht dabei von Atemwegs-, Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen über Sucht und Abhängigkeit bis hin zu psychischen Erkrankungen und geistiger Behinderung. Knapp ein Fünftel der Selbsthilfevereinigungen (18,5 %) kann psychosozialen Themen zugeordnet werden wie Alter, Erziehung, Familie oder Partnerschaft. 4,3 % der Selbsthilfevereinigungen auf Bundesebene beschäftigen sich mit sozialen Themen wie Umwelt, Arbeitslosigkeit oder gesellschaftlicher Integration [9]. Eine eindeutige Abgrenzung nach gesundheitsbezogenen, psychosozialen und sozialen Themen ist jedoch meist nicht möglich: In der Realität haben gesundheitliche

Problemlagen oftmals auch psychosoziale oder soziale Auswirkungen und umgekehrt.

Neben der fachlichen Beratung, der Vernetzung von Mitgliedern sowie der Lobbyarbeit und Interessenvertretung bilden Seminare und Fortbildungen sowie die Organisationshilfe weitere wichtige Unterstützungsangebote. Fast 90 % der Bundesvereinigungen der Selbsthilfe stellen ihre Angebote auch Nichtmitgliedern zur Verfügung, in den meisten Fällen durch eine kostenfreie Erst- oder Folgeberatung (98,5 % bzw. 79 %) [9].

SELBSTHILFEKONTAKT- UND UNTERSTÜTZUNGSSTELLEN

Im Jahr 2012 existierten in Deutschland an insgesamt 338 Orten 289 Selbsthilfekontakt- und Unterstützungsstellen, die zusätzlich 49 Außenstellen unterhielten. Nach Angaben von 244 Einrichtungen unterstützen diese bundesweit insgesamt mehr als 38.000 Selbsthilfegruppen – unabhängig davon, ob diese Gruppen überregionalen Selbsthilfevereinigungen angeschlossen sind oder nicht [9]. Zentrale Aufgaben der professionellen Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen vor Ort sind die Vermittlung von Interessierten in örtliche Selbsthilfegruppen sowie die Beratung zu Fragen der Gruppengründung und des Gruppengeschehens. Überdies bieten sie infrastrukturelle Angebote wie etwa Gruppenräume und halten eine aktuelle Übersicht zu örtlichen Selbsthilfegruppen bereit. Diese Leistungen sind kostenlos.

5.10

MASSGEBLICHE SPITZENORGANISATIONEN DER SELBSTHILFE

Zu den für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe in Deutschland berufenen maßgeblichen Spitzenorganisationen gehören die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE), der PARITÄTISCHE Gesamtverband e.V., die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Abb. 5.10.1). Zusammen mit dem PARITÄTISCHEN Gesamtverband gehört die BAG SELBSTHILFE zu den großen Dachverbänden der Patientenselbsthilfe. 2011 waren in der BAG SELBSTHILFE 115 bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen und 13 Landesarbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen [9]. Die DAG SHG ist der Fachverband der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland, dessen Schwerpunkte in der Schaffung und Sicherstellung einer Unterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen, der Selbsthilfeförderung sowie der Etablierung selbsthilfefreundlicher Rahmenbedingungen in Versorgung und Gemeinwesen liegen. Darüber hinaus erfüllt die DAG SHG zusammen mit ihrer bundeszentralen Einrichtung NAKOS eine Schnittstellenfunktion zur Information und Vernetzung von Betroffenen und Mitarbeitern der Selbsthilfe sowie Multiplikatoren [8]. Die DHS vertritt die Interessen einer großen Anzahl von Selbsthilfegruppen im Bereich Suchtselbsthilfe, darunter fünf Abstinenz- und Selbsthilfeverbände.

5.10.2

FÖRDERUNG DER SELBSTHILFE IN DEUTSCHLAND

Die Förderung der Selbsthilfe in Deutschland besteht im Wesentlichen aus einer infrastrukturellen und einer finanziellen Komponente: Die infrastrukturelle Förderung von Selbsthilfegruppen leisten vor allem die Selbsthilfekontaktstellen, etwa durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten oder die Organisation von Selbsthilfetagen [17]. Finanzielle Zuwendungen erhalten Selbsthilfegruppen, -organisationen und -vereinigungen durch die öffentliche Hand (Bund, Länder und Kommunen), die Sozialversicherungsträger (vorrangig gesetzliche Krankenkassen) sowie private Geldgeber wie Spender, Sponsoren und Stiftungen.

Die finanzielle Förderung kann sowohl indirekt durch die Übernahme von Kosten für Materialien oder Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen durch Kommunen und Sozialversicherungsträger erfolgen, als auch direkt durch die Bereitstellung von Fördermitteln, beispielsweise durch die GKV. Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände sind seit 2008 zur Förderung nach § 20c SGB V verpflichtet. Sie müssen von einem festgelegten Betrag (2014: 0,62 Euro pro Versicherten) mindestens die Hälfte für eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung zur Verfügung stellen (siehe Infobox 5.10.2). Die restlichen Mittel können weiterhin von den Krankenkassen individuell ausgegeben werden, um spezifische Schwerpunkte zu fördern. Nicht ausgegebene Fördermittel werden im Folgejahr der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zusätzlich zugeführt [18].

Im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) stehen nach § 45d Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ebenfalls Mittel zur Förderung der Selbsthilfe zur Verfügung. Die Pflegekassen sind verpflichtet, hierfür einen Betrag von zehn Cent pro Versicherten und Jahr aufzuwenden, das sind pro Jahr insgesamt ungefähr acht Millionen Euro. Eine Komplementärfinanzierung in gleicher Höhe durch die Länder bzw. Kommunen ist Voraussetzung für eine Förderung. Darüber hinaus wird die Selbsthilfe durch weitere Maßnahmen gefördert: Sie wird zum Beispiel nach Möglichkeit in die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen – beispielsweise durch die Integration in das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte – eingebunden.

Auf der Bundesebene werden vor allem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Modellvorhaben und einige bundesweit arbeitende Selbsthilfeorganisationen sowie die NAKOS gefördert. Auf der Ebene der 16 Länder legen einige Länder den Schwerpunkt auf die finanzielle Förderung örtlicher Selbsthilfegruppen, andere auf die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen [19].

Die Förderung der (gesundheitsbezogenen) Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen ist seit 1999 kontinuierlich angestiegen, von 7,5 auf 43,2 Millionen Euro im Jahr 2014 (Abb. 5.10.2); dies entspricht 0,62 Euro pro Versicherten. Mit rund 40,6 Millionen Euro gaben die Krankenkassen 2014 den weitaus größten Anteil für die direkte Förderung aus; rund 2,5 Millionen Euro flossen in die indirekte Förderung [21]. Im Rahmen der paritätischen Förderung der Selbsthilfe in der Pflege durch die Pflegeversicherung und die Länder bzw. Kommunen wurden im Jahr 2014 insgesamt rund 807.000 Euro durch die Länder und Kommunen abgerufen und damit insgesamt Mittel in Höhe von rund 1,6 Millionen Euro für die Stärkung der Selbsthilfearbeit verwendet. Im Jahr 2013 lag dieser Betrag noch bei 934.000 Euro [22]. Aus dem Bundesministerium für Gesundheit erhielt die Selbsthilfe 2012 Fördermittel in Höhe von mehr als 1,7 Millionen Euro [23]. Der Anteil der Selbsthilfeförderung durch die Länder (ohne die Förderung nach § 45d SGB XI) sank vom höchsten Stand im Jahr 1995 mit rund 16 Millionen Euro auf 10,6 Millionen Euro im Jahr 2013 [5, 19] (Abb. 5.10.2).

Angesichts der unterschiedlichen Finanzierungswege und an der Finanzierung beteiligten Akteure ist es wünschenswert, diese transparent darzustellen. Dies gilt nicht nur für die Finanzierung aus GKV- oder öffentlichen Mitteln, sondern auch für die anderen Zuwendungen wie Mitgliedsbeiträge, Spenden und Sponsoring [25]. Eine Erhebung der NAKOS ergab, dass 64% der befragten Selbsthilfevereinigungen auf Bundesebene ihre Finanzierung im Erhebungsjahr 2011 veröffentlicht hatten. 60% gaben an, über Leitsätze zur Transparenz und Unabhängigkeit von Wirtschaftsunternehmen zu verfügen [9].

5.10.3

FAZIT UND AUSBLICK

Die sozialpolitische Bedeutung von Selbsthilfezusammenschlüssen als subsidiärer Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung ist heute allgemein anerkannt, ebenso wie die Bedeutung von Laien als Ergänzung des professionellen Versorgungssystems. Selbsthilfeorgani-

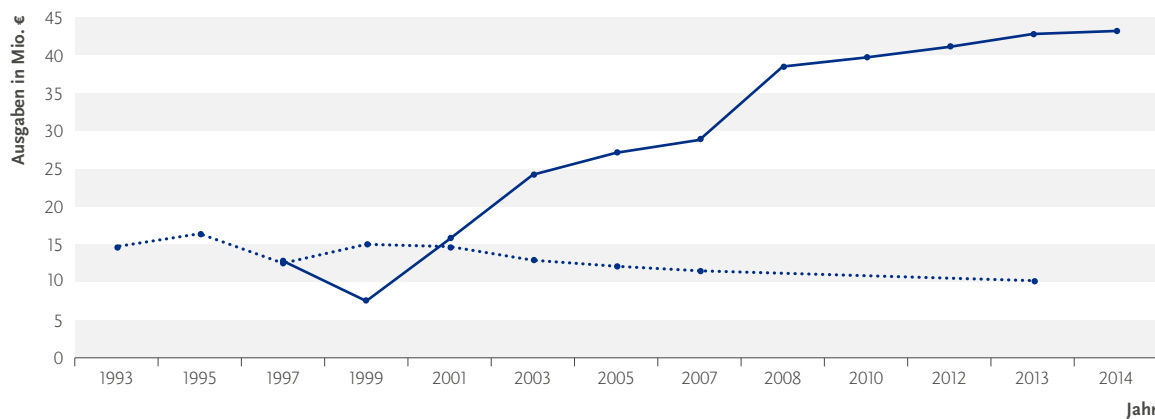
INFOBOX 5.10.2

GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER SELBSTHILFEFÖRDERUNG DURCH DIE GKV UND DIE SPV

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom Dezember 1992 fand die Förderung der Selbsthilfe Eingang in das Sozialgesetzbuch (SGB), indem eine Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht wurde [20]. Gemäß § 20 Abs. 3a SGB V konnten Krankenkassen nun Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern. Die gesetzliche Regelung der Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen wurde mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 (§ 20 Abs. 3 SGB V), dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (§ 20 Abs. 4 SGB V) und dem GKV-Modernisierungsgesetz 2003 jeweils

präzisiert und qualifiziert. § 20 Abs. 4 SGB V und § 29 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) regeln die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2006 ist § 20 Abs. 4 SGB V als neuer § 20c SGB V noch einmal klarer formuliert und stärker verpflichtend gestaltet worden [18].

Seit Juli 2008 ist mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der § 45d SGB XI und somit eine Möglichkeit zur Förderung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement im Bereich der Pflege geschaffen worden. Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz, das im Oktober 2012 in Kraft getreten ist, wurde diese Regelung noch einmal deutlich gestärkt, indem die Pflegekassen dazu verpflichtet wurden, zusätzliche Mittel in Höhe von zehn Cent pro Versicherten und Jahr zur Verfügung zu stellen.



◀ **Abbildung 5.10.2**
Förderentwicklung der Selbsthilfe durch die Länder und die gesetzlichen Krankenkassen (gesundheitsbezogene Selbsthilfe)
Datenbasis: NAKOS, Bundesministerium für Gesundheit [5, 6, 9, 19, 21, 24] (Es liegen nicht für alle Jahre Daten vor.)

..... Ministerien der Länder
— Gesetzliche Krankenversicherung

sationen werden als kompetente Kooperationspartner bei Fragen der Krankheitsbewältigung und der Weiterentwicklung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung geschätzt. Aufgrund ihres hohen Vernetzungsgrades und ihres indikationsspezifischen Erfahrungswissens werden die Selbsthilfefachvertreterinnen und -vertreter als Expertinnen bzw. Experten gesehen und anerkannt. Zudem nimmt die Selbsthilfe im Rahmen der Patientenbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 140f SGB V) eine besondere Rolle ein, zum Beispiel durch die Koordinierung der Patientenvertretung und die Mitberatung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) [4]. Die Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe wird auch daran deutlich, dass mit § 20c SGB V die finanzielle Unterstützung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die GKV von einer ursprünglichen Soll- zu einer Pflichtleistung erhoben wurde [18]. Das Präventionsgesetz sieht zur Stärkung der Selbsthilfe ab 2016 eine Erhöhung der Ausgaben der Krankenkassen auf 1,05 Euro pro Versicherten im Jahr vor. Die weitere Stärkung der gesundheitlichen Selbsthilfe sowie die Nutzung ihrer Potenziale ist ein wichtiger Beitrag für eine patientenorientierte Versorgung.

Wie die Studie »Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven« (SHILD) zeigt, gehören Mitgliedergewinnung und -aktivierung derzeit zu den wichtigsten Herausforderungen für die Selbsthilfe. Dabei ist besonders die Beteiligung von Bevölkerungsgruppen, die bisher nur sehr wenig an Selbsthilfegruppen teilnehmen (zum Beispiel Migrantinnen und Migranten), von Bedeutung [26–28]. Die Nutzung des Internets kann dazu beitragen, insbesondere jüngere Zielgruppen zu erreichen [15].

Neben dem Beitrag, den Selbsthilfefachvertreterinnen und -vertreter für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland leisten, bildet die gemeinschaftliche Selbsthilfe auch eine wichtige Säule für das bürgerschaftliche Engagement im Gesundheitswesen [3]. Die Arbeitsweise vieler Selbsthilfegruppen basiert auf einem salutogenetischen, ganzheitlichen Ansatz und ist geprägt durch Partizipation, Empowerment, Autonomie, Selbstgestaltung und Solidarität im Sinne von New Public Health [29]. Für viele Menschen, die sich aufgrund einer eigenen Problemlage oder der eines Angehörigen einer Selbsthilfegruppe anschließen, bildet die gemeinsame Bearbeitung ihres Problems mit Gleichbetroffenen den Beginn eines

persönlichen, beruflichen und sozialen Wandlungsprozesses. Dieser Prozess führt häufig zu Formen eines Engagements, das über die Verfolgung von Strategien zur eigenen Problembewältigung hinausweist [30]. Von diesem Engagement profitieren nicht nur die Betroffenen selbst, sondern die Gesellschaft als Ganzes.

LITERATUR

1. Geene R, Huber E, Hundertmark-Mayser J et al. (2009) Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 52(1):11-20
2. Grunow D (2006) Selbsthilfe. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 1053-1075
3. Grunow D, Pflingsten A, Borgetto B (2012) Selbsthilfe. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 961-984
4. Trojan A (2011) »Selbsthilfebewegung« und Public Health. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit – 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 87-104
5. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2010) NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick 2. Zahlen und Fakten 2008. NAKOS, Berlin
6. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2011) NAKOS INFO 107. NAKOS, Berlin
7. Thiel W (2010) Zur historischen Entwicklung von Gruppenselbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland und die NAKOS-Datenbanken GRÜNE und ROTE ADRESSEN. In: NAKOS (Hrsg) NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick 2. Zahlen und Fakten 2008. NAKOS, Berlin, S. 38–42
8. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23. RKI, Berlin
9. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg) (2013) NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick 3. Zahlen und Fakten 2011/2012. 3. Ausgabe. NAKOS, Berlin
10. GKV-Spitzenverband (2013) Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 17. Juni 2013. www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheits/selbsthilfe/leitfaden_selbsthilfefoerderung_2013.pdf (Stand: 24.2.2015)
11. Braun J, Opielka M (1992) Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen: Abschlussbericht der Begleitforschung zum Modellprogramm »Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen« im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 14. Kohlhammer, Stuttgart. Berlin. Köln
12. Braun J, Kettler U, Becker I (1997) Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland: Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen und alten Ländern. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 136. Kohlhammer, Stuttgart. Berlin. Köln
13. World Health Organization (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (Stand: 29.01.2015)
14. Thiel W (2011) »Gemeinschaftliche Selbsthilfe«: Vielfalt verbinden. Für ein erneuertes offenes Handlungsverständnis der Selbsthilfe in Deutschland. NAKOS INFO 107:15-19
15. Walther M, Hundertmark-Mayser J (2011) Virtueller ist auch real – Selbsthilfe im Internet. Formen, Wirkungsweisen und Chancen. Eine fachliche Erörterung. NAKOS EXTRA 38. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Berlin
16. Gaber E, Hundertmark-Mayser J (2005) Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. Gesundheitswesen 67(08/09):620-629
17. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2006) Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe. Expertise zum Fachgespräch über die Situation der Selbsthilfe sowie deren aktuelle Probleme in Deutschland im Rahmen einer öffentlichen Sitzung des Unterausschusses »Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe« des Deutschen Bundestages. UA-Drs. 16/030, S. 37-40. <http://www.nakos.de/data/Texte/2006/NAKOS-Expertise-Buergerschaftliches-Engagement.pdf> (Stand: 16.11.2015)
18. Hundertmark-Mayser J (2008) Von der Soll- zur Pflichtleistung. Der neue Paragraph 20 c SGB V: Umsetzungserfordernisse und -schritte. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. DAG SHG, Gießen, S. 146-155
19. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2014) NAKOS-Studien. Selbsthilfe im Überblick 4. Selbsthilfeförderung durch die Länder in Deutschland im Jahr 2013. NAKOS, Berlin
20. Helms U (2007) Die Verankerung des Selbsthilfegedankens in den Büchern des Sozialgesetzbuches. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. DAG SHG, Gießen, S. 152-162
21. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2014 (KJ1-Statistik). www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2014.pdf (Stand: 31.08.2015)
22. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Geschäftsstatistik der Pflegekassen (unveröffentlicht)
23. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom Juli 2015.
24. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007) NAKOS-Studien. Selbsthilfe im Überblick 1.1. Selbsthilfeförderung durch die Länder in Deutschland im Jahr 2007. NAKOS, Berlin
25. Feyerabend E, Görlitzer K-P (2015) Ungleiche Partner – Patientenselbsthilfe und Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitssektor. Verband der Ersatzkassen, Siegburg
26. Nickel S, Werner S, Kofahl C (2014) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen. www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf (Stand: 09.09.2015)
27. Nickel S, Werner S, Kofahl C (2014) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfeorganisationen. www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHO_20140630.pdf (Stand: 09.09.2015)
28. Seidel G, Weber J, Dierks ML (2014) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Erste Ergebnisse der multiperspektivischen, qualitativen Befragung von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe und ihrer relevanten Stakeholder. www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht_Qualitativ_SH_Stakeholder_20140613.pdf (Stand: 09.09.2015)
29. Rosenbrock R (2001) Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 44(8):753-762
30. Schilling R (2006) Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Selbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement und Familie. NAKOS Extra 35. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Berlin



Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

**Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel:
Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verändert?**

IMPRESSUM

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Dr. Anke-Christine Saß (verantw.)
PD Dr. Thomas Lampert
Dr. Franziska Prütz
Stefanie Seeling
Anne Starker
Dr. Lars E. Kroll
Alexander Rommel
Dr. Livia Ryl
Dr. Thomas Ziese

Redaktionsassistentz

Gisela Dugnus
Kerstin Möllerke

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gesundheitsbericht
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Gestaltung

SHORT CUTS GmbH, Berlin

Umschlaggestaltung

WEBERSUPIRAN.berlin

Druck

H. Heenemann GmbH & Co.KG, Berlin

ISBN 978-3-89606-225-3

DOI 10.17886/rkipubl-2015-003-5

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums
für Gesundheit