

# **Versorgung der Patienten - Anspruch und Wirklichkeit -**

Joachim Kugler

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.

Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften / Public Health

Medizinische Fakultät der TU Dresden

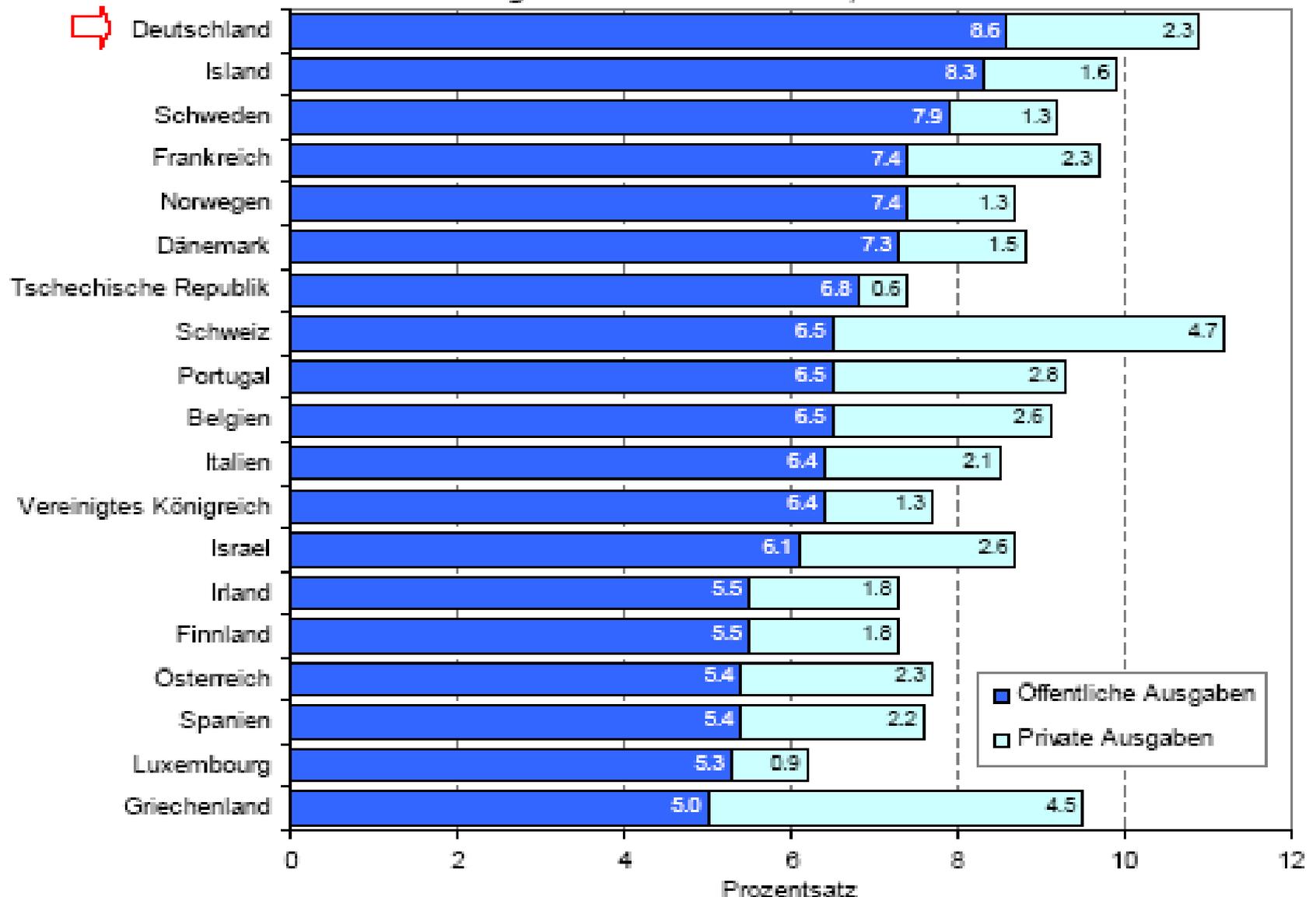
**„Erst das Wort, dann die Arznei,  
dann das Messer“**

**Hippokrates**

# Gliederung

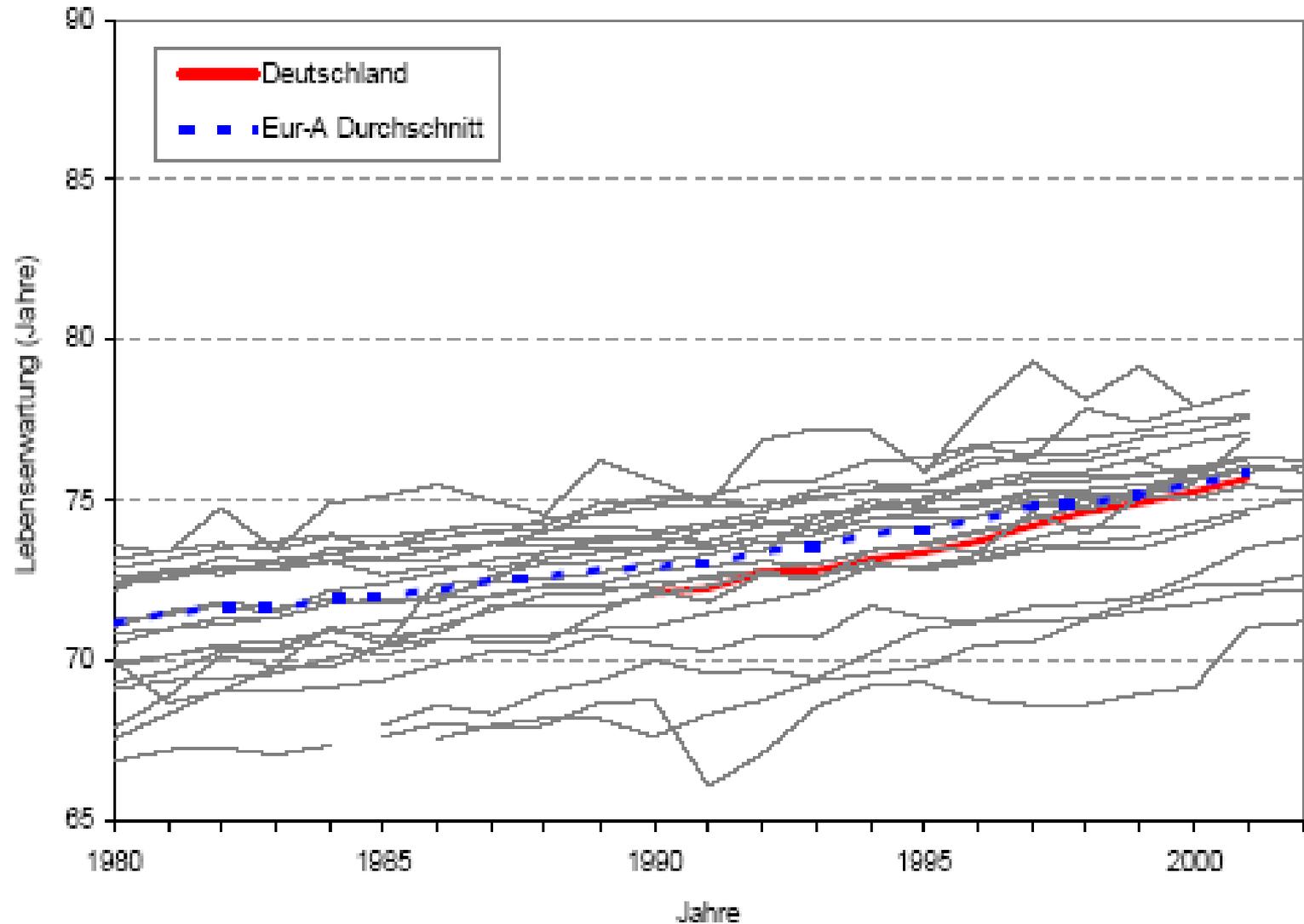
- Gesundheitssystemvergleich
- These I: Compliance & Adhärenz
- These II: Klinische Pfade
- These III: Evidenzbasierte Leitlinien
- These IV: Selbsthilfe
- Ausblick

## Öffentliche und private Gesamtausgaben für Gesundheit pro Person, ausgewählte Länder in Eur-A, 2002

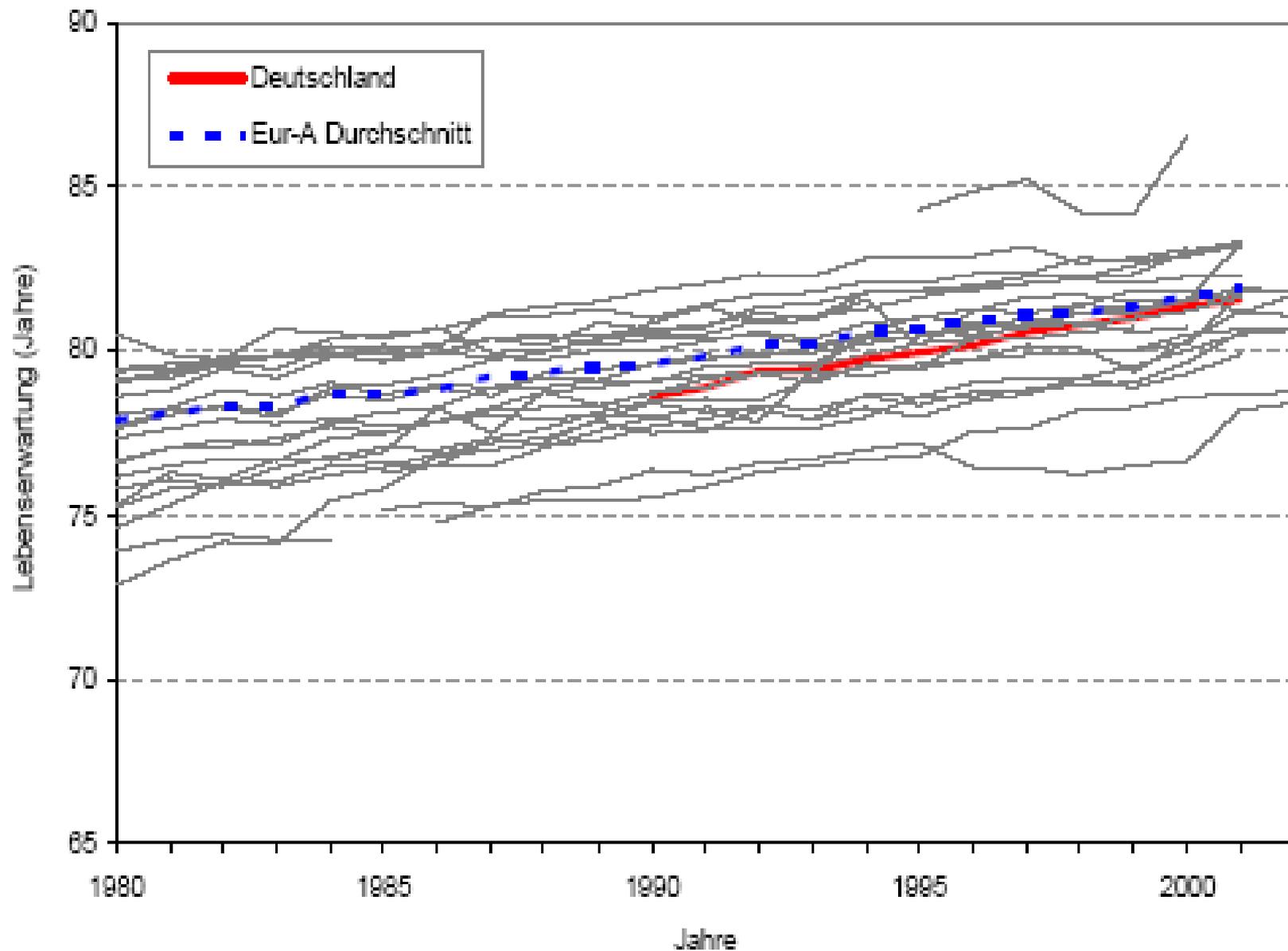


Quelle: OECD (2004); Daten für Israel basieren auf Schätzungen der WHO aus dem Jahr 2001 (2004b).

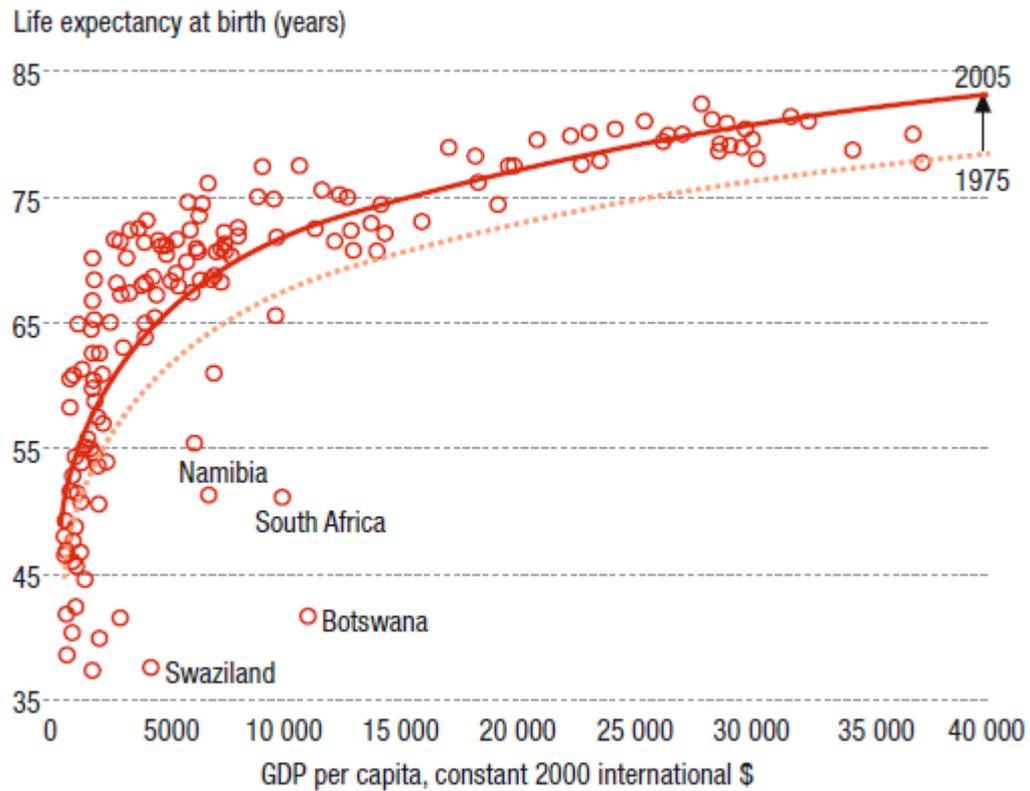
Lebenserwartung bei der Geburt von Männern, Deutschland und Eur-A,  
1980 bis letzte verfügbare Angabe



# Lebenserwartung bei der Geburt von Frauen, Deutschland und Eur-A, 1980 bis letzte verfügbare Angabe

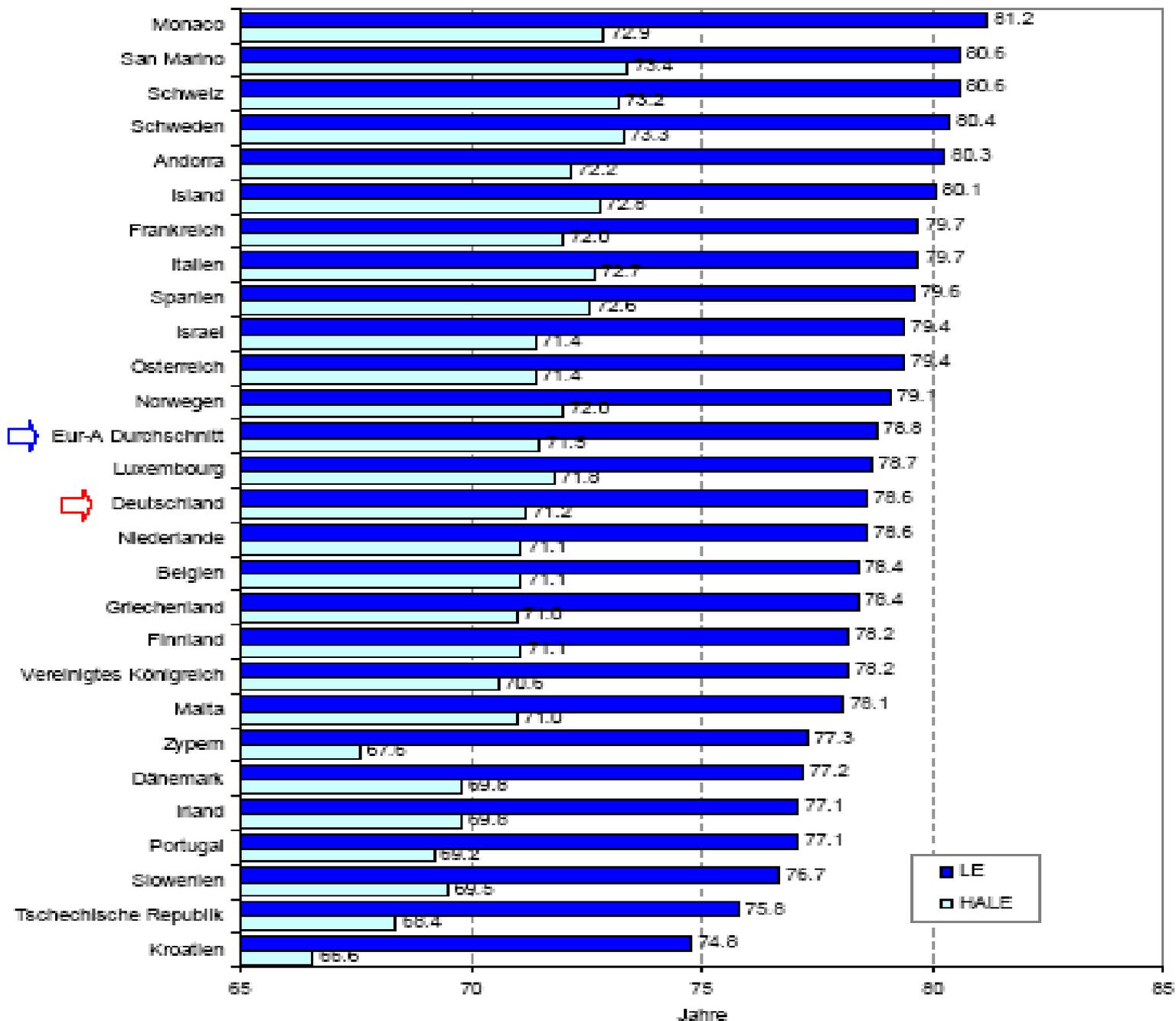


**Figure 1.4** GDP per capita and life expectancy at birth in 169 countries<sup>a</sup>, 1975 and 2005

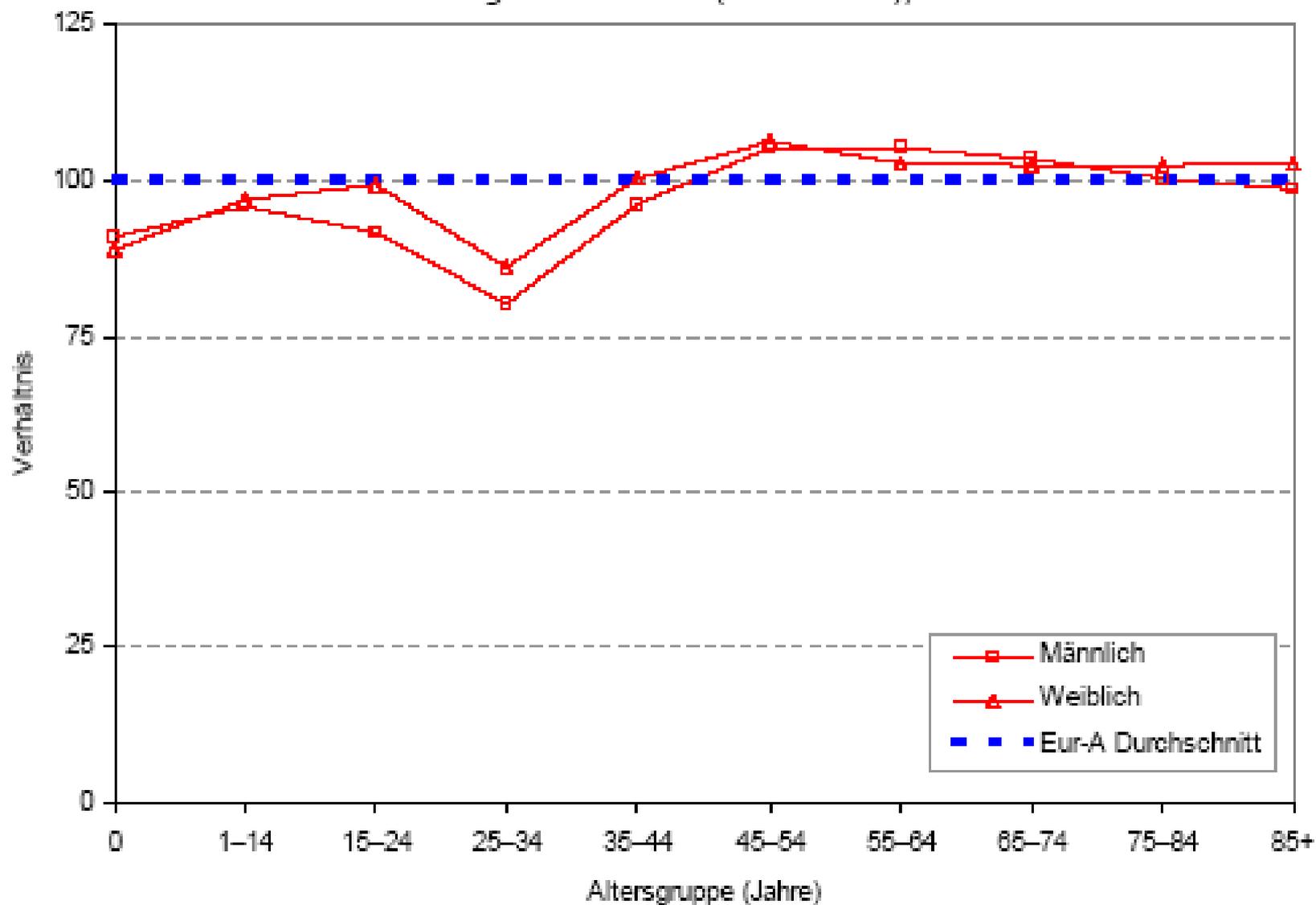


<sup>a</sup> Only outlying countries are named.

Lebenserwartung (LE) und gesunde Lebenserwartung (HALE),  
Österreich und Eur-A<sup>9</sup>, 2002



Gesamte Sterblichkeit nach Geschlecht und Altersgruppe in Deutschland  
im Vergleich mit Eur-A (Eur-A = 100), 2001



**Annex Table 9 Overall health system attainment in all Member States, WHO index, estimates for 1997**

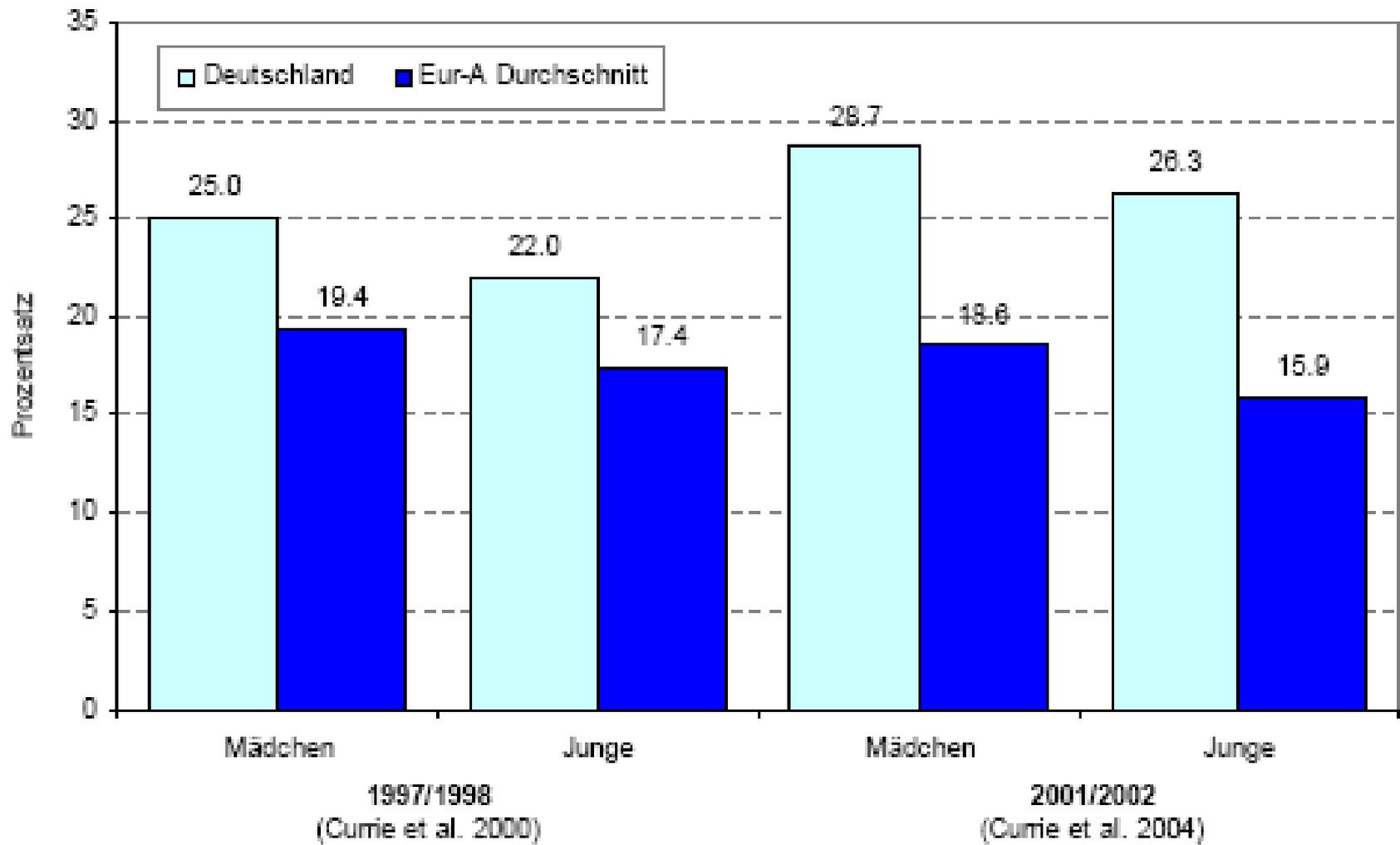
Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval
1	1	Japan	93.4	92.6 – 94.3
2	2 – 8	Switzerland	92.2	91.2 – 93.3
3	2 – 6	Norway	92.2	91.4 – 93.1
4	2 – 11	Sweden	92.0	91.1 – 93.0
5	2 – 11	Luxembourg	92.0	91.0 – 93.0
6	3 – 11	France	91.9	91.0 – 92.9
7	4 – 14	Canada	91.7	90.8 – 92.6
8	4 – 15	Netherlands	91.6	90.7 – 92.5
9	6 – 13	United Kingdom	91.6	90.9 – 92.3
10	6 – 18	Austria	91.5	90.5 – 92.4
11	7 – 21	Italy	91.4	90.5 – 92.2
12	7 – 19	Australia	91.3	90.4 – 92.2
13	7 – 18	Belgium	91.3	90.2 – 92.3
14	8 – 20	Germany	91.3	90.4 – 92.2
15	7 – 24	United States of America	91.1	89.9 – 92.3

Zehn ausgewählte wichtigste Risikofaktoren als Ursache der Krankheitslast, gemessen in DALYs in entwickelten Ländern

Risikofaktoren	Total DALYs (%)
Tabak	12.2
Bluthochdruck	10.9
Alkohol	9.2
Cholesterin	7.6
Übergewicht	7.4
Geringer Verzehr an Obst und	3.9
Bewegungsmangel	3.3
Drogen	1.8
Unsicherer Sex	0.8
Eisenmangel	0.7

Quelle : WHO (2002).

### Fünfzehnjährige, die täglich rauchen, Deutschland und Euro-A<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Ohne Zypern, Island, Luxemburg und San Marino.

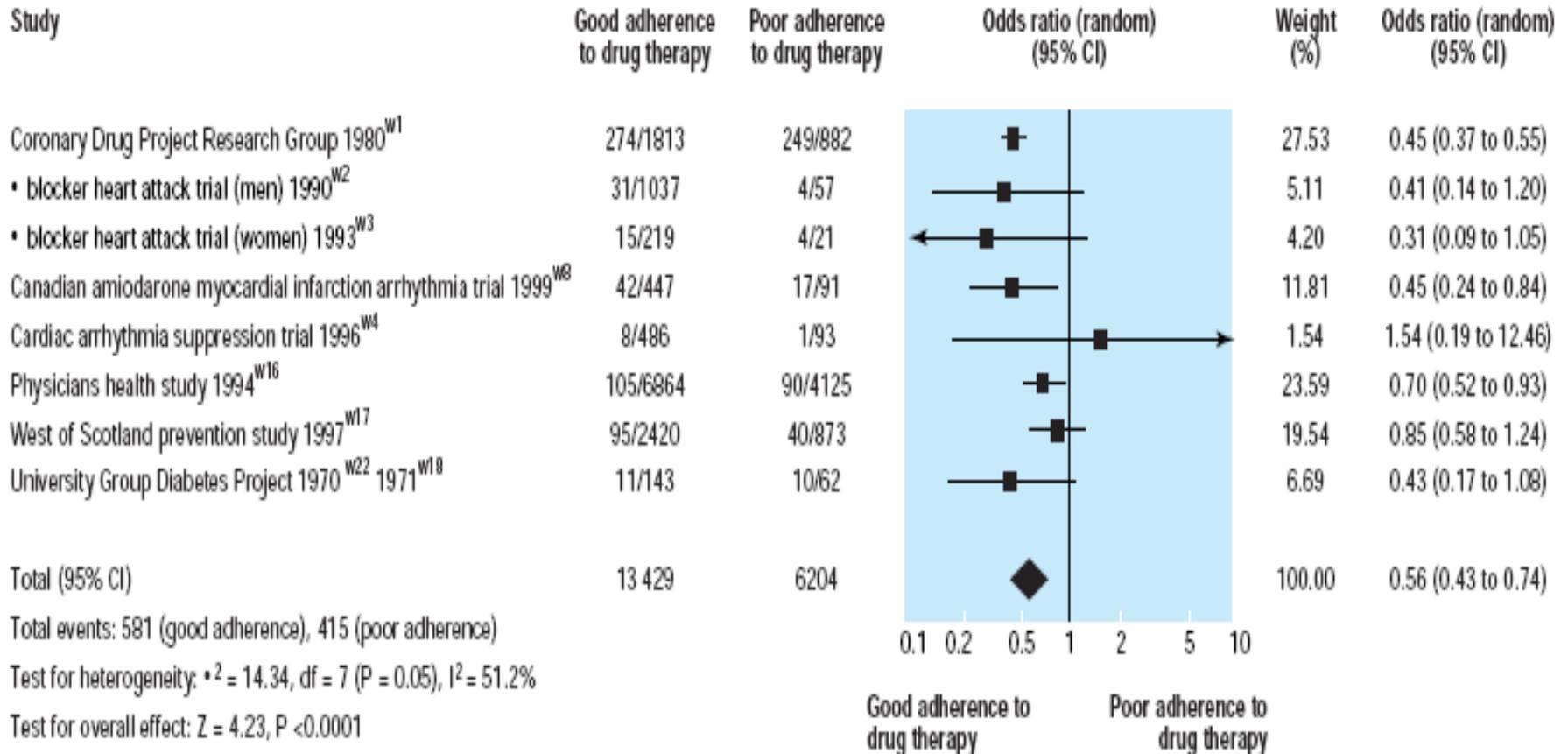
# Gliederung

- Gesundheitssystemvergleich
- **These I: Compliance & Adhärenz**
- These II: Klinische Pfade
- These III: Evidenzbasierte Leitlinien
- These IV: Selbsthilfe
- Ausblick

# Compliance und Adhärenz

- Ca. 40-50 % der Medikamente werden nicht so eingenommen oder verschrieben, dass die anvisierten Therapieziele erreicht werden (WHO, 2003)

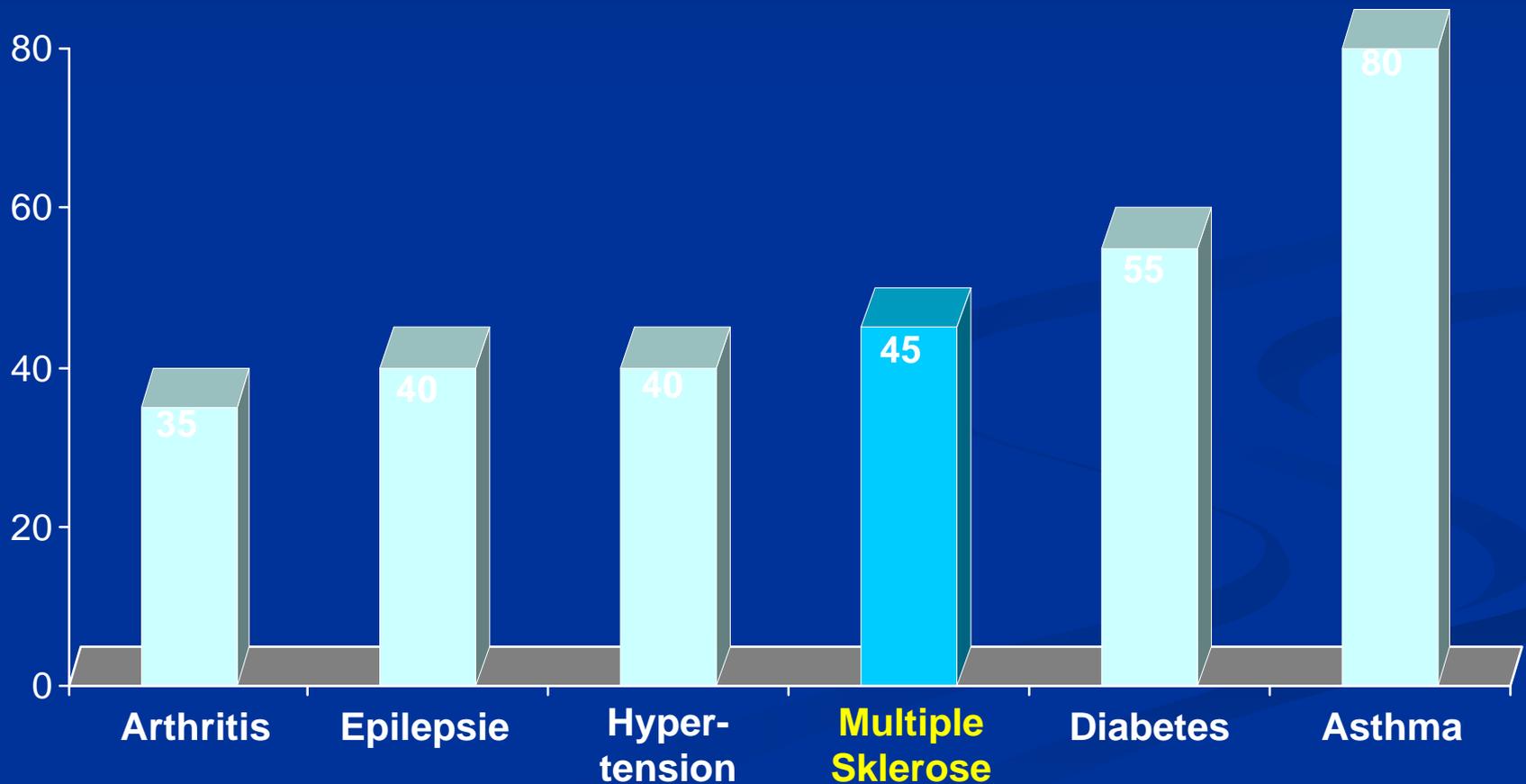
# Adhärenz rettet Leben !



Simpson et al.,2006

# Non-Adhärenz gegenüber Therapien

% of Patienten, die nicht compliant sind



# Therapieadhärenz

Arterielle Hypertonie:

Therapieadhärenz über 24 Monate  
48,3 %

Typ II-Diabetes:

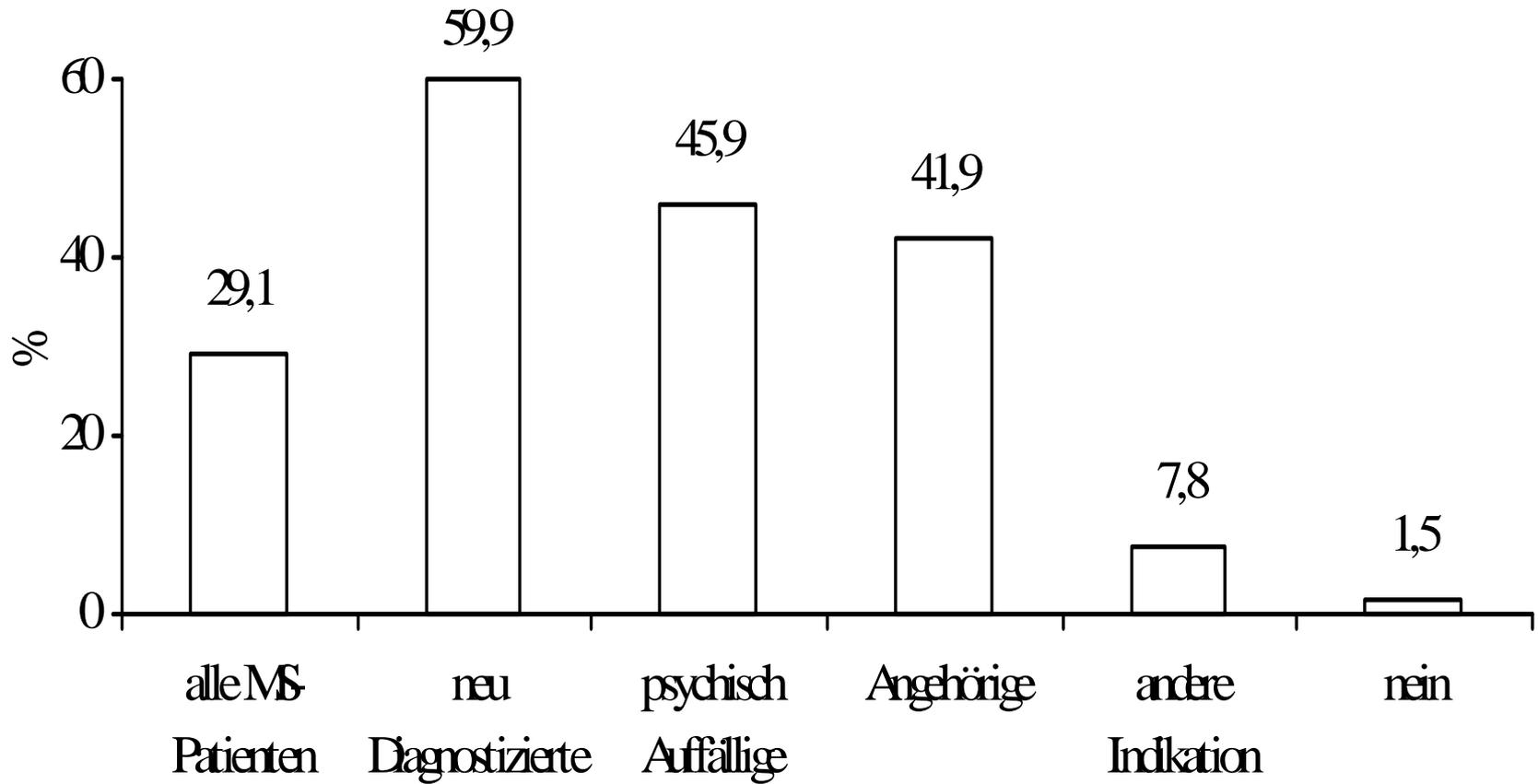
Therapieadhärenz über 24 Monate  
35,4 %

Quelle: eine GKV

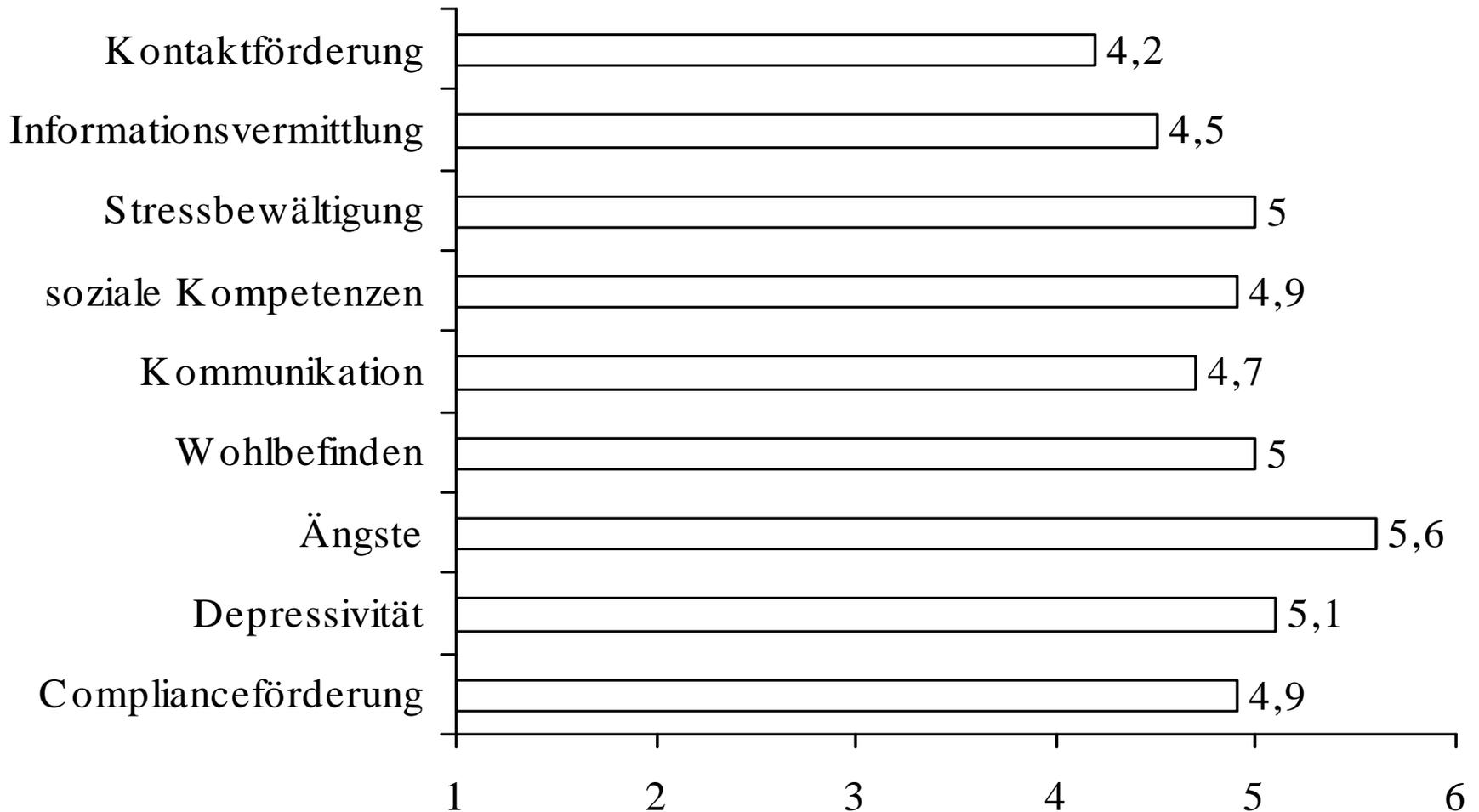
# Bedarfsanalyse: Therapiegruppen Multiple Sklerose

- Befragung von 1541 ambulant in der MS-Versorgung tätigen Neurologen / Nervenärzte
- Rücklauf 404 Fragebögen (= 26.2 %)
- 29.6 % behandelten mindestens 100, 4.1 % mehr als 400 MS-Patienten im Jahr
- Mehr als 98 % sehen einen Bedarf für Krankheitsbewältigungstrainings bei MS
- 22.1 % hatten bereits Erfahrungen mit Krankheitsbewältigungstrainings, 32.6 % hatten davon gehört

# Für wen sind Krankheitsbewältigungstrainings geeignet ?



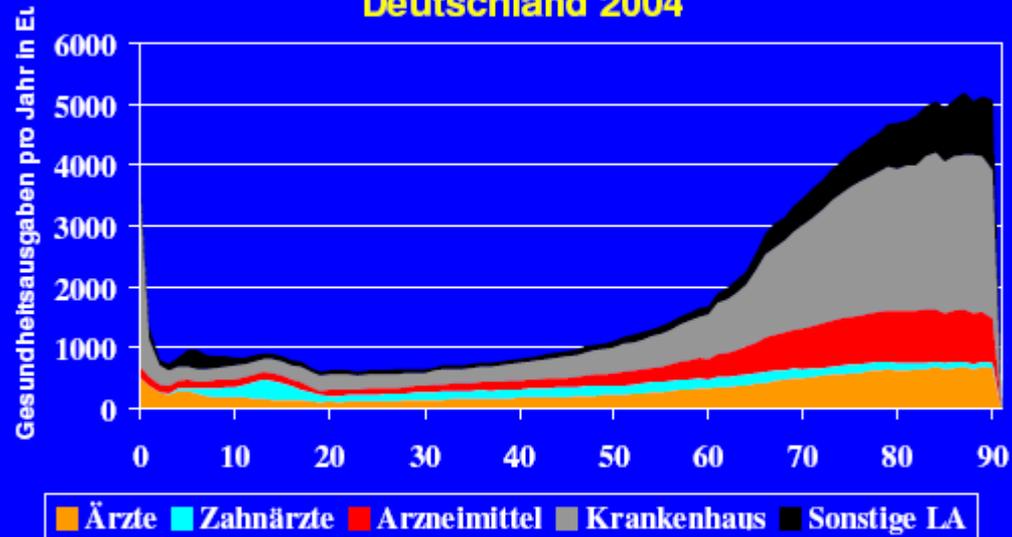
# Ziele des Krankheitsbewältigungstrainings (6 höchste Priorität)



# Gliederung

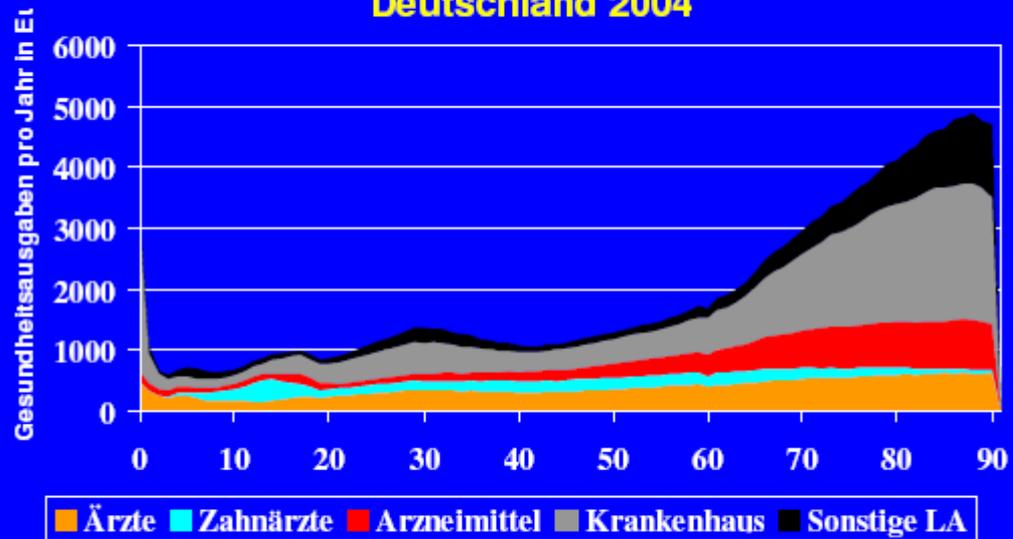
- Gesundheitssystemvergleich
- These I: Compliance & Adhärenz
- These II: **Klinische Pfade**
- These III: Evidenzbasierte Leitlinien
- These IV: Selbsthilfe
- Ausblick

## Gesundheitsausgaben der GKV für Männer nach Arten in Abhängigkeit vom Alter Deutschland 2004



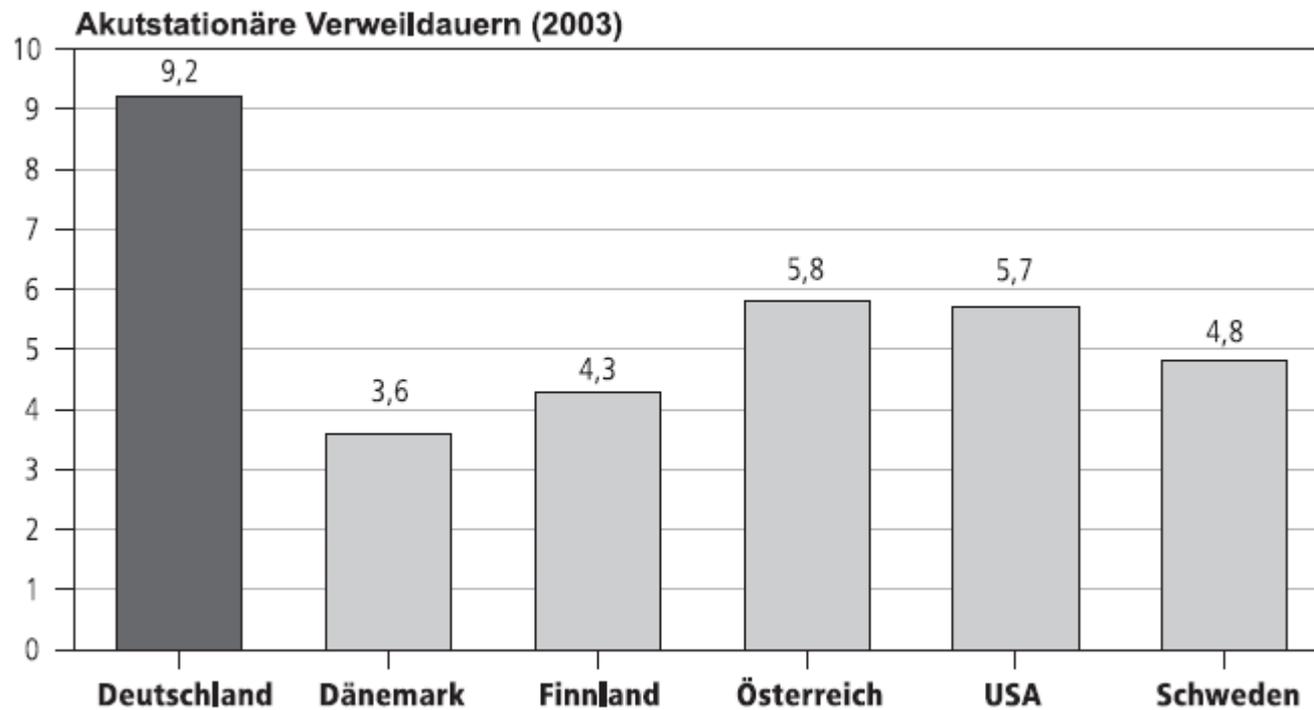
Quelle: Eigene Berechnungen aus RSA Daten des Bundesversicherungsamtes 2005.

## Gesundheitsausgaben der GKV für Frauen nach Arten in Abhängigkeit vom Alter Deutschland 2004



Quelle: Eigene Berechnungen aus RSA Daten des Bundesversicherungsamtes 2005.

## Akutstationäre Verweildauer im internationalen Vergleich (2003)



Datenquelle: DKG (2005); Zahlen, Daten, Fakten 2004/2005

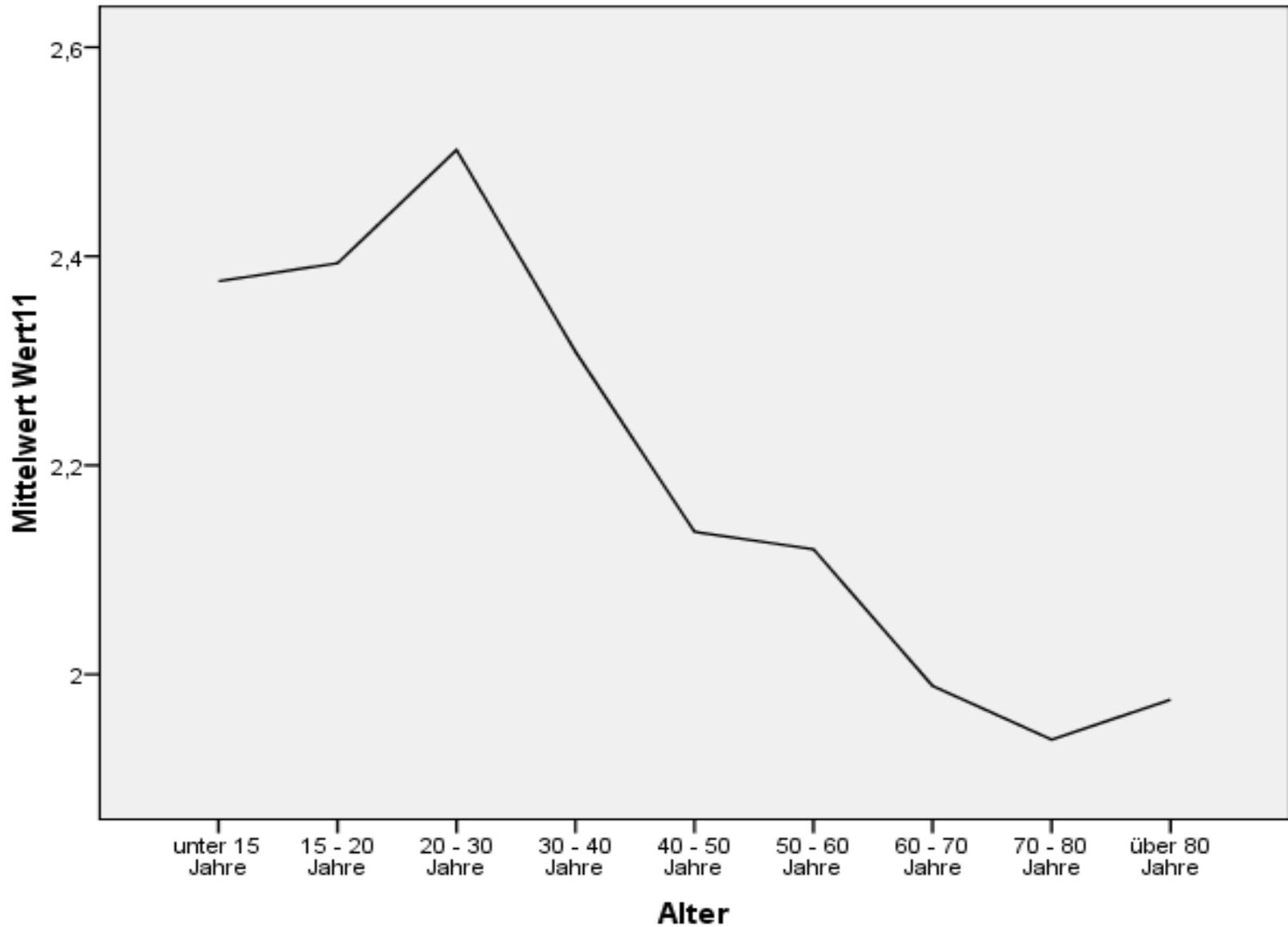
Patientenzufriedenheit:

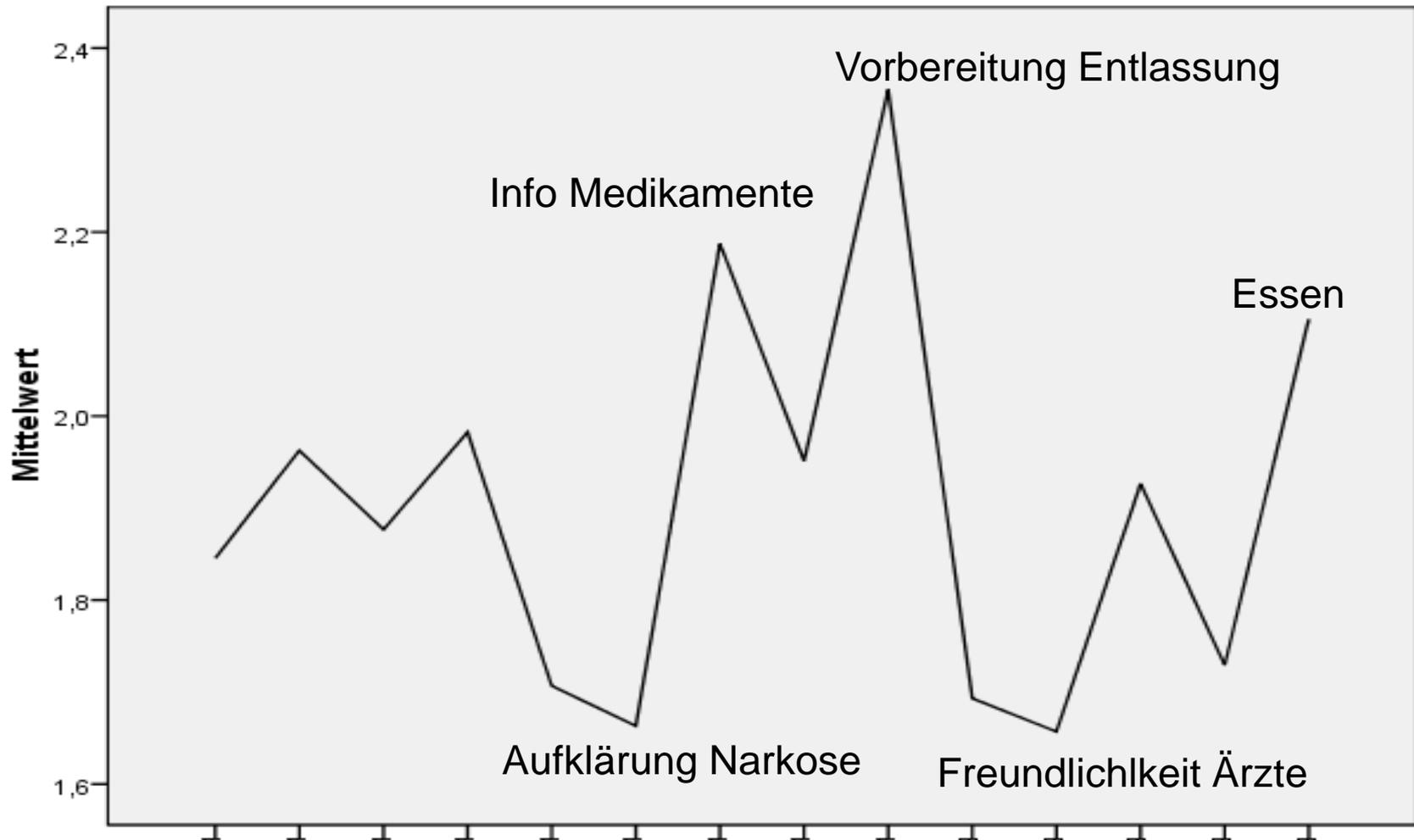
Ergebnisse der Umfrage in  
Zusammenarbeit mit der  
Sächsischen Zeitung

# Patientenbefragung

- 31.000 Patientinnen/Patienten (2008 stationär in einem der Krankenhäuser im Reg.-Bezirk Dresden)
- GKV: AOKplus, IKK-Sachsen, Barmer, TK
- Fachgebiete: Innere, Chirurgie, Neurologie, Augenheilkunde, Urologie, Kinderheilkunde
- Rücklauf 10.121 Fragebögen

# Patientenzufriedenheit und Alter





# Gliederung

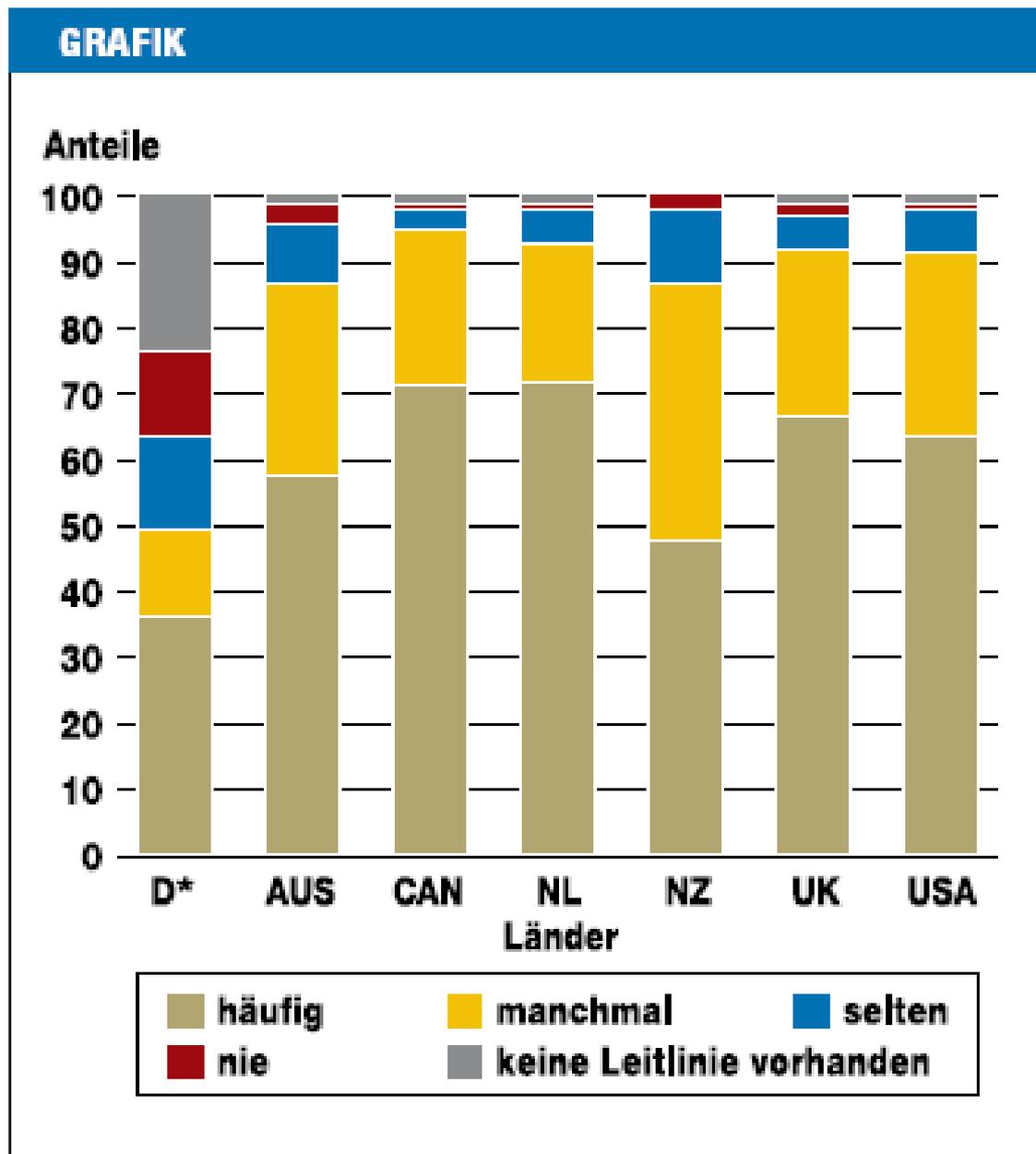
- Gesundheitssystemvergleich
- These I: Compliance & Adhärenz
- These II: Klinische Pfade
- **These III: Evidenzbasierte Leitlinien**
- These IV: Selbsthilfe
- Ausblick

**TABELLE 2****Arbeitsbelastung und Zahl der Patientenkontakte der Ärzte laut eigener Angabe**

	D	AUS	CAN	NL	NZ	UK	USA
durchschnittliche Wochenarbeitszeit* <sup>1</sup> davon für:	50,6* <sup>2</sup>	39,9	44,9	48,1	41,5	45,1	45,9
persönlichen Kontakt* <sup>1</sup>	31,4	31,2	32,5	31,1	29,4	28,6	32,5
Tätigkeit für Patienten ohne Kontakt* <sup>1</sup> Forschung, Bildung, Lehre	6,0	4,1	5,8	6,0	6,5	7,8	6,8
Qualitätsverbesserung* <sup>1</sup>	5,4* <sup>2</sup>	2,0	2,6	3,1	2,3	3,3	2,4
Verwaltung, Dokumentation, Rechnungserstellung, Finanzen* <sup>1</sup>	6,8* <sup>2</sup>	1,5	2,0	4,8	1,9	3,4	2,3
Andere Praxistätigkeiten* <sup>1</sup>	1,2	1,1	2,1	2,9	1,5	2,0	2,0
Zahl der Patientenkontakte pro Woche	243* <sup>2</sup>	128	122	141	112	154	102
Durchschnittliche Zeit pro Patientenkontakt (min)	7,8	14,6	16,0	13,2	15,8	11,1	19,1

\*<sup>1</sup> Angaben in Stunden\*<sup>2</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder ( $p < 0,05$ )  
D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

Nutzung von  
evidenzbasierten  
Leitlinien bei  
unkomplizierten  
Erkrankungen;  
\* signifikant  
unterschiedlich  
zu allen anderen  
Ländern ( $p < 0,05$ )



DAS  
AUTISTISCH-UNDISZIPLINIERTER  
DENKEN IN DER MEDIZIN  
UND SEINE ÜBERWINDUNG

VON

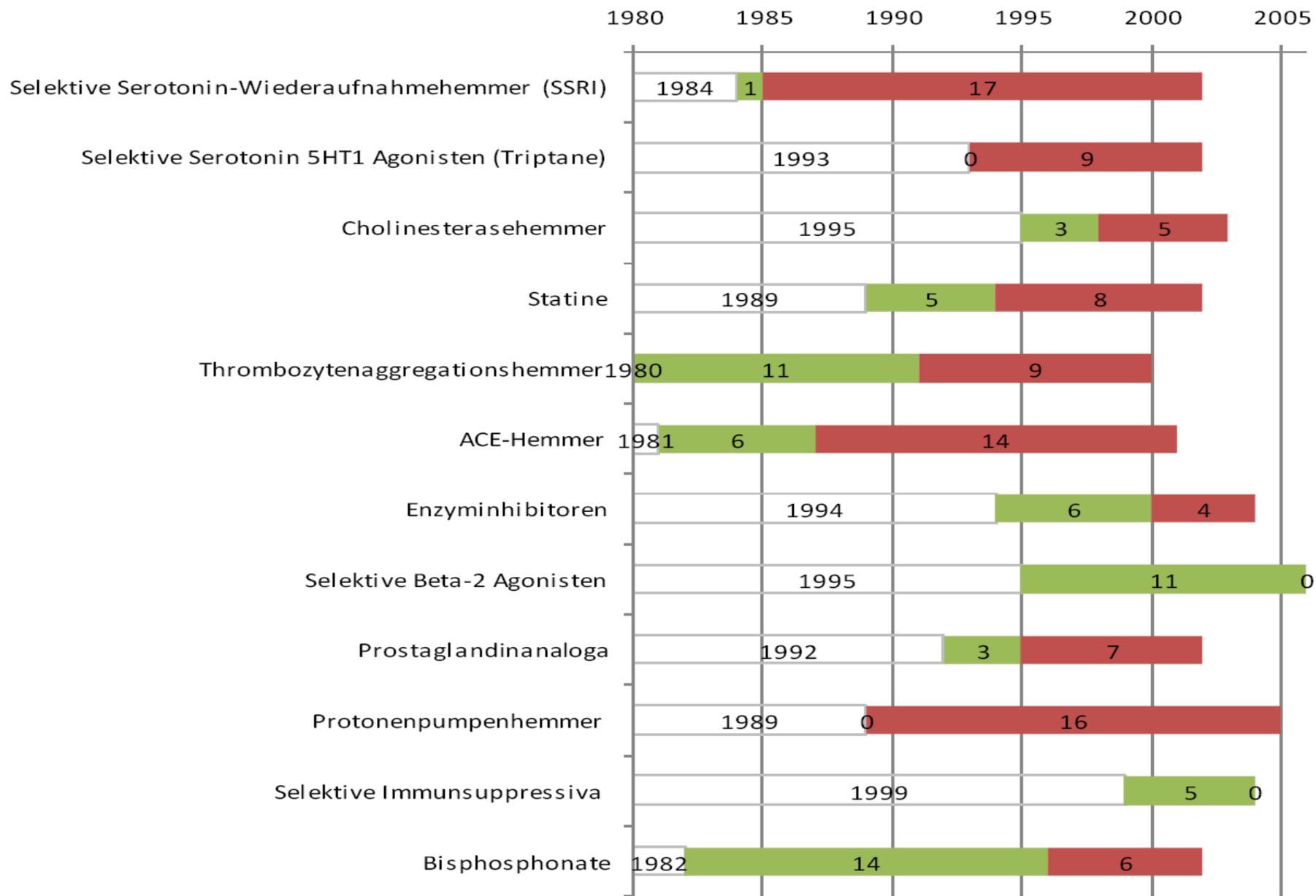
E. BLEULER

PROFESSOR DER PSYCHIATRIE IN ZÜRICH

**Erkenntnisse zur Arzneimittel-  
therapie im Zeitverlauf: Frühe  
Ergebnisse und späte Umsetzung?**

**Retrospektive Untersuchung  
für ausgewählte Arzneimittel-  
Wirkstoffgruppen**

IGES, 2010



- Begründung der Wirkstoffgruppe (Marktzugang 1. Wirkstoff) bis zum Nachweis der Überlegenheit
- Nachweis Überlegenheit bis Erreichen von 50% des Verbrauchs von 2006

# Gliederung

- Gesundheitssystemvergleich
- These I: Compliance & Adhärenz
- These II: Klinische Pfade
- These III: Evidenzbasierte Leitlinien
- **These IV: Selbsthilfe**
- Ausblick

# Organisation der Selbsthilfe

- 70.000-100.000 Selbsthilfegruppen
- 300 Selbsthilfeverbände
- 2,5 – 3,0 Mio Mitglieder
- Größter Einzelverband:  
Rheuma-Liga 220.000 Mitglieder
- Dachorganisationen
  - Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen
  - Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband

# Aufgaben

- Individuelle Selbsthilfe
- Gegenseitige Hilfe
- Laienhilfe
- Fachliche Hilfe
- Organisation professioneller Hilfe
- Interessenvertretung

# Zur Lebenssituation von Patienten und Patientinnen mit MS

Befragungen in den  
Landesverbänden Berlin,  
Sachsen, Sachsen-Anhalt und  
NRW der DMSG

# Dauer bis zur Diagnose

	<b>N</b>	<b>Frauen</b>	<b>Alter</b>	<b>Krankheitsdauer</b>	<b>RR</b>	<b>EDSS≤4</b>	<b>Dauer bis zur Diagnose</b>
<b>MS-Register (DMSG 2004, Flachenecker et al. 2005)</b>	<b>3223</b>	<b>72%</b>	<b>42,9 (SD=11,2)</b>	<b>12,6 (SD=8,7)</b>	<b>64%</b>	<b>69%</b>	<b>3,4 (SD nicht bekannt)</b>
<b>Berlin-Studie (Haas et al. 2003)</b>	<b>645</b>	<b>76%</b>	<b>47,4 (SD=12,3)</b>	<b>15,4 (SD=9,6)</b>	<b>33%</b>	<b>13%</b>	<b>4,5 (SD=6,1)</b>
<b>DMSG-NRW</b>	<b>3157</b>	<b>72%</b>	<b>48,21 (SD=11,8)</b>	<b>13,2 (SD=9,40)</b>	<b>39%</b>	<b>47,6%</b>	<b>5,1 (SD=6,1)</b>

Vergleich: Ausgewählte Variablen aus dem MS-Register, der Berlin-Studie, der DMSG-NRW-Studie

## Hauptbehandler

sonstige Fachrichtung

1,6%

Krankenhausarzt

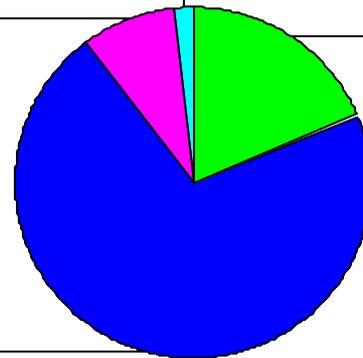
8,5%

Hausarzt/Allgemeinme

18,7%

Niedergelassener Neu

71,1%



# Darstellung der Ergebnisse

## Medizinische (krankheitsbezogene) Aspekte II

- aktuelle und frühere Medikation, komplementäre Therapie und Zufriedenheit

Zeitpunkt	Kortison		Avonex		Betaferon		Rebif		Glatiramerazetat	
	aktuell	früher	aktuell	früher	aktuell	früher	aktuell	früher	aktuell	früher
N	671	2395	291	443	419	708	287	425	312	404
Mittelwert	2,77	2,77	2,88	3,62	2,68	3,69	2,57	3,48	2,47	3,21
Median	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	4,00	2,00	3,00	2,00	3,00
SD	1,44	1,38	1,57	1,72	1,48	1,74	1,44	1,77	1,40	1,78

Zufriedenheit mit aktueller und früherer Medikation (Basistherapie)

Zeitpunkt	Azathioprin		Cyclophosphamid		Mitoxantron		Immunglobuline	
	aktuell	früher	aktuell	früher	aktuell	früher	aktuell	früher
N	234	601	19	38	286	334	90	200
Mittelwert	2,59	3,67	3,58	3,84	3,04	3,23	2,67	2,95
Median	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00
SD	1,59	1,80	1,77	1,57	1,53	1,66	1,79	1,67

Zufriedenheit mit aktueller und früherer Medikation (Eskalationstherapie)

Heilsteine	Homöopathie	Bachblüten
95	757	251
3,44	3,09	3,09
3	3	3
1,37	1,48	1,48

Zufriedenheit komplementäre Therapie

# Gliederung

- Gesundheitssystemvergleich
- These I: Compliance & Adhärenz
- These II: Klinische Pfade
- These III: Evidenzbasierte Leitlinien
- These IV: Selbsthilfe
- **Ausblick**

# Schnittstelleninsuffizienzen

- Implementierung präventiver Maßnahmen:  
Screening, Check-up
- Krankenhaus – Hausarzt – Pflege:  
Behandlungskoordination
- Apotheke – Hausarzt – Pflege:  
Complianceförderung
- Ambulant – stationär: Versorgung am  
Wochenende

# Zielgrößen einer integrierten Versorgung

- Reduktion der Ineffizienz in der Pharmakotherapie (Non-Adhärenz, Polypharmazie)
- Schnittstellenoptimierung: Hausarzt, Facharzt, Apotheker, Pflegedienst...
- Reduktion stationärer Einweisungen
- Angebote zur Überwindung der ‚clinical inertia‘: Patientenbetreuung
- Transparenter klinischer Pfad
- Evaluation im Vergleich zu Kollektivvertrag

# Qualitätsorientierte Anreize in Großbritannien

## **Box 3.3 Domains of reward in the Quality and Outcomes Framework**

Practices are awarded points up to a maximum of 1050 points, according to four domains.

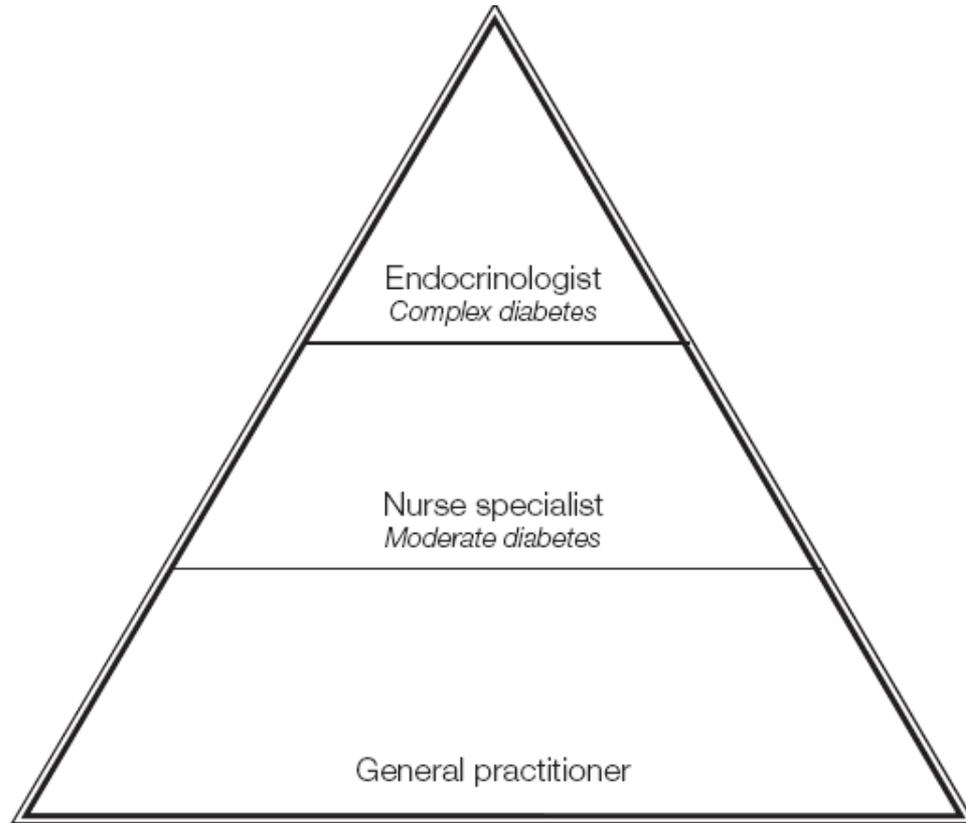
*Clinical domain:* 76 indicators in 11 areas – coronary heart disease; left ventricular disease; stroke or transient ischaemic attack; hypertension; diabetes; Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); epilepsy; hypothyroidism; cancer; mental health; and asthma. This domain accounts for up to 550 points and aims to reward adherence to evidence-based guidelines for long-term conditions.

*Organizational domain:* 56 indicators in 5 areas – records and information about patients; patient communication, education and training; practice management; and medicine management.

*Patient experience domain:* 4 indicators in 2 areas: patient surveys and consultation length.

*Additional services domain:* 10 indicators in 4 areas: cervical screening; child health surveillance; maternity services; and contraceptive services.

# Coordinated care in the Netherlands: Matador Program



*Source: Adapted from Maastricht Transmural Diabetes Organisation 2000.*

# Primärversorgung in Schweden

## **Box 7.3 Nurse-led clinics in Sweden**

The decision to establish a nurse-led clinic is generally made locally, at a hospital department or primary health care centre (PHCC). In reality, most clinics have developed from doctor–nurse cooperation into an independent nurse-led clinic. Another method by which nurse-led clinics are established is within the framework of a research project, usually a clinical study which requires a designated person (often a nurse) to be responsible for administration, registration, randomization, follow-up according to protocol and reporting. The staff involved will have acquired very special skills while working within the study and will be familiar with all the patients involved. It thus appears plausible to translate this experience into a routine nurse-led clinic. Examples include clinical studies on breast cancer and hypertension. Nurses in nurse-led clinics receive in-house training and they attend external courses and conferences. An increasing number also have academic affiliations and training.

**„Erst das Wort, dann die Arznei,  
dann das Messer“**

**Hippokrates**