

Heft 7

Sozialmedizin und Versorgungsforschung

Autoren

Jens-Uwe Niehoff, Wolfgang Hoffmann

Vorwort

Dem kanadischen Arzt und Mitbegründer einer wissenschaftsbasierten Medizin W. Osler (1849-1919) wird folgendes Statement zugeschrieben:

„Don't tell me what type of disease the patient has, tell me what type of patient has the disease!“

Damit trifft Osler den Kern des sozialmedizinischen Zugangs zur Versorgungsforschung. Im Mittelpunkt des analytischen Interesses stehen die Bedarfe kranker Menschen, die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungsangebote, die Chancen, diese auch in Anspruch nehmen zu können und schließlich die soziale Effektivität medizinischer Hilfen.

Die Fragen, WER von WEM mit WELCHEN Ergebnissen im Falle von Kranksein medizinische Hilfe erhält, schließt zwangsläufig die Fragen ein, WEM von WEM und mit WELCHEN Folgen Hilfen verwehrt bleiben. Solche Fragen beziehen sich gleichermaßen auf die hilfesuchenden Personen einer konkreten Bevölkerung, auf die jeweils bedarfsbegründenden Anlässe und auf die Verteilung der Chancen in einer Bevölkerung, im Falle von Kranksein und Behinderung auch Zugang zu angemessenen Hilfen zu erlangen.

Die Antworten geben über die soziale Effektivität medizinischer Versorgungsangebote Auskunft.

Allerdings: Medizinische Versorgung steht in konfligierenden Interessen von Akteursgruppen und den ihnen zuzurechnenden sog. Stakeholdern. Die relevanten Akteursgruppen sind mindestens die Patienten, die Gruppe der „Gesundheitsberufe“, die Eigentümer medizinischer Versorgungseinrichtungen, die leistungskaufenden Krankenversicherungen, die Produzenten von medizinischen Versorgungsleistungen, die Pharma- und Medizintechnikindustrie sowie die Produzenten und Verkäufer von Heil- und Hilfsmitteln. Soweit die Legislativen, die Judikativen und die Exekutiven von Staaten für die Prävention, die Hilfen für Kranke und für Menschen, die an den Folgen von Kranksein leiden, Verantwortung tragen, sind auch die diesen zuzurechnenden Akteure wesentliche Akteursgruppen. Die Versorgungsforschung würde ihren Blick also unangemessen verengen, begrenzte sie ihre analytischen Wahrnehmungen auf klinische Effektivitätsstudien und die Effizienz betriebswirtschaftlicher Prozesse. Die potenziellen Konflikte betreffen somit die Erwartungen der Patienten, die Erwartungen der Finanzierungsseite und die Gewinnkalküle der Anbieter, sofern diesen Gewinnerwirtschaftung zugestanden ist. Jeder dieser Akteure wird unterschiedliche Erwartungen an die Versorgungsforschung richten, die folglich nicht nur Wissenschaft, sondern auch Kulminationsfeld öffentlicher Interessen ist.

Die faktenbasierte Beurteilung der sozialen Wirksamkeit ebenso wie die Beurteilung der „Gewinne“ und der „Verluste“ der jeweiligen Akteure setzen explizite Versorgungsziele und die Messbarkeit der Ergebnisse voraus. „Bedarf“, „Angebot“, „Wirksamkeit“ und „Aufwand“ sind folglich Kernbegriffe der Versorgungsforschung.

Das sozialmedizinische Interesse ist folglich nur eine Facette der vielfältigen heterogenen und konfliktbesetzten Gesamtinteressen an der Versorgungsforschung. Es fokussiert die bevölkerungsbezogene Wirksamkeit der medizinischen Versorgungssysteme und ebenso das Handeln der Akteure in ihren jeweiligen gesellschaftlichen Kontexten. Immer aber dient die Versorgungsforschung einer wissensgeleiteten Entscheidungspraxis zur Gegenwart und Zukunft der Prävention und der Krankenversorgung.

Der normative Bezugsrahmen ist der Versorgungsbedarf und der Zugang zu Hilfeleistungen der Vorsorge sowie zu Leistungen im Falle von Kranksein und von Behinderungen. Zugangsrechte und ihre Nutzung sowie die tatsächliche Verfügbarkeit von nachgefragten wie von aktiven, bzw. zugehenden Hilfeleistungen und deren Wirkungen sind die von der sozialmedizinischen Versorgungsforschung untersuchten Themen.

Die Autoren

Inhaltsverzeichnis

1	Versorgungsforschung	609
1.1	Medizinische Prävention	615
1.2	Versorgungsleistungen im Krankheitsfall	616
1.3	Versorgungsforschung zur Rehabilitation.....	623
1.4	Versorgungsleistungen zur Pflege.....	626
2	Aufgaben der sozialmedizinischen Versorgungsforschung	629
3	Versorgungsbedarfe	635
3.1	Medizinische Versorgungsbedarfe.....	641
3.2	Versorgungsbedarfe an Rehabilitation	642
3.3	Versorgungsbedarfe an Pflege	644
3.4	Versorgungsaufgaben	646
3.5	Demografisch bedingter Bedarfswandel.....	647
3.6	Gefährdungsänderungen für das Krankwerden	649
3.7	Medizinisch induzierter Bedarfswandel.....	651
3.7.1	Evidence Based Medicine (EBM)	652
3.7.2	Diagnostische Bedarfe	655
3.8	Therapeutische Versorgungsleistungen.....	670
4	Zugänglichkeit	675
5	Inanspruchnahme	679
5.1	Inanspruchnahme nicht professioneller Hilfen	683
5.2	Inanspruchnahme professioneller Hilfen	684
5.2.1	Inanspruchnahmen im Krankheitsfall	685
5.2.2	Inanspruchnahme der Rehabilitation	691
5.2.3	Inanspruchnahme von professionellen Leistungen der Pflege	692
6	Indikationsgerechtigkeit medizinischer Versorgungsleistungen.....	693
7	Fehladressierung von medizinischen Leistungen	697
8	Versorgungsforschung und Versorgungsmanagement.....	699
9	Epidemiologische Transition und medizinische Versorgung.....	703

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Das Dreieck der Versorgungsforschung	630
Abb. 2:	Simulationsmodell zur Änderung der Todesursachenziffern ausgewählter Sterbeursachen bezeichnet nach ICD 9 infolge der Zunahme der mittleren Lebensdauer unter der Annahme konstanter altersspezifischer Gefährdungen im Zeitraum 1600 bis etwa 1970, standardisiert auf die jeweiligen „Tafelbevölkerungen“	648
Abb. 3:	Der Zusammenhang zwischen der Progredienz einer Krankheit, dem Timing und den Effekten eines Screenings.	663
Abb. 4:	Prädiktion von Krankheit durch drei Gefährdungen	669
Abb. 5:	Zusammenhang von Kranksein und Behandlungsbedarf	680

1 Versorgungsforschung

Die Bedarfsprognose und die Ermittlung von medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungsbedarfen, Konzepte ihrer Absicherungen und Wissen zur Inanspruchnahme von medizinischen Hilfeangeboten sind Kernthemen der Versorgungsforschung.

Die Versorgungsforschung begründet evidenzbasierte Entscheidungen zur Infrastrukturgestaltung medizinischer Versorgungssysteme. Analysen zur Verfügbarkeit, zur Inanspruchnahme und zur Wirksamkeit medizinischer und pflegerischer Versorgungsangebote sind die Grundlagen einer Ausgestaltung der Infrastrukturen zur Krankenversorgung, die sich an den Bedarfen der Bevölkerung oder alternativ an den Interessen von Käufer- und Anbietermärkten orientiert. Sie zielen unmittelbar auf Varianten zur Sicherung der sozialen Versorgungseffektivität oder an Marktinteressen. Soziale Effektivität ist dann offenkundig auch nur ein Aspekt der Effektivitätserwartungen. Sie betrifft folglich auch nur eines der vielen Ziele medizinischer Versorgung. Gewinnmaximierung ist ein folglich ein konträres Interesse.

Soziale Effektivität bezeichnet die bedarfsabhängige Zugänglichkeit notwendiger, angemessener, wirksamer und wirtschaftlich effizienter Versorgungsangebote. Marktwirtschaftliche Effektivität bedarf der Kalkulation von verkaufsfähigen Leistungsangeboten und Preisen.

Für die Versorgungsforschung sind ihre Zielorientierungen ausschlaggebend. Es ist allerdings eine offenkundige Schwierigkeit, sich über solche Ziele zu verständigen. Diese Schwierigkeit ist auch nicht bewältigt, wenn man sich hierzu auf demokratisch legitimierte Konsense und legale Normen, alternativ auf ethische Werte oder auf professionalisierten Sachverstand beruft. Medizinischer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgungsleistungen sind Menschen bedürftig, die weltweit mehrheitlich nicht in der Lage sind, solche Bedarfe selbst oder in intrafamiliärer Solidarität zu kaufen. Sie bedürfen mehrheitlich der Hilfe bei der Zugangssicherung, vor allem aber bei der Finanzierung. Die Formulierung sozialer Ziele ist und bleibt deshalb (hoffentlich) ein gesellschaftliches Konfliktfeld und ein Kernelement von Demokratieverständnissen. Die konzeptionellen Varianten von Zielfindungen sind zahlreich und im Vergleich selbst konfliktbesetzt: die „Social Choice Theory“, die Spieltheorie, administrative und unternehmerische Managementkonzepte oder alternativ marktwirtschaftliche Regulation stehen für diese Konflikte. Effektivitätsurteile sind so immer auch konzeptgebunden. In Staaten, die nebeneinander fiskalische, parafiskalische und marktwirtschaftliche Systeme implementiert haben oder implementieren, steht dann die

Versorgungsforschung in den diesen Systemen inhärenten Spannungen, die dann auch für die Sozialmedizin prägend sind.

Unabhängig von dem Grad ihrer Erreichung dürften folgende Ziele global hinreichend mehrheitsfähig sein:

- diskriminierungsfreie Zugänglichkeit medizinischer Hilfen
- Freiwilligkeit der Inanspruchnahme im individuellen Bedarfsfall
- Zustimmungspflicht zu medizinischen Interventionen
- Bedarfsbindung von medizinischen Interventionen und allgemeine Hilfspflicht im Notfall
- Legitimationszwang von medizinischen Hilfen nach Maßstäben der Notwendigkeit sowie der Angemessenheit der eingesetzten Mittel und Methoden
- wirtschaftliche Rationalität des Mitteleinsatzes
- Lizensierungspflicht für Personen, die medizinisch interventiv handeln
- legale sachverständige, ggf. hoheitliche Supervision der handelnden Akteure und Interessengruppen

Zielsetzungen dieser Art bedürfen immer der rechtlichen Ausgestaltung.

Forschungen zu Versorgungsbedarfen und zur Leistungsfähigkeit der Versorgungsinfrastrukturen geben Aufschluss über die sozialen Realitäten bei Hilfeleistungen im Krankheitsfall, z.B. über die soziale Diskriminierungsfreiheit. Versorgungsforschung muss sich dann zwangsläufig mit der Frage nach den Varianten zielorientierter medizinischer Hilfen auseinandersetzen und die verfügbaren Ressourcen für eine Bevölkerung mit möglichst großem Nutzen einsetzen. Zwangsläufig sind gesundheitsbezogene Hilfeleistungen dann auch Gegenstand von Normensetzungen und -kontrollen sowie von Effizienzerwägungen. Die Messung der Zielerreichung durch die Versorgungsanalytik ist so auch eine Messung der sozialen Effektivität.

Gesundheitsdienstleistungen werden global für „Anbieter“ und für „Käufer“ unter erheblich variierenden legalen Normen praktiziert. Sie folgen meist expliziten, aber nicht zwingend auch kongruenten Zielen und legalen Normen. Sie sind folglich immer nur im Kontext der Rechtslagen und der Interessen von Akteuren zu beschreiben und zu bewerten. Die Ergebnisse können immer auch im Konflikt mit vorfindlichen Wirklichkeiten und Interessen sowie mit Wertvorstellungen einzelner Gruppen innerhalb einer Gesellschaft stehen. Versorgungsforschung berührt so immer auch die Fragen der Bereitschaften von Bevölkerungen, soziale Kohärenz als Demokratiemerkmal zu akzeptieren.

Medizinische Maßnahmen sind Interventionen in das Leben von Menschen. Es können aber auch Interventionen in die äußeren Bedingungen des Lebens sein, also in die Bedingungen des Aufwachsens von Kindern, der schulischen und der beruflichen Bildung, der Arbeitsbedingungen, der Befriedigung von Bedürfnissen, der privaten und öffentlichen Haushaltungen und des Alltagslebens oder der Bedingungen, unter denen Menschen alt sind und das Altern erleben.

Gesundheitswirksame Interventionen Dritter bedürfen mindestens der Legitimation durch konsensfähige Ziele. Diese Interventionen betreffen unmittelbar die physische, psychische sowie soziale Autonomie und Integrität von Individuen im Krankheitsfall. Sie haben aber - zumindest indirekt - immer auch Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben, bzw. die gesellschaftliche Lebensweise von Bevölkerungen. Sie bedürfen deshalb auch der öffentlichen Zustimmung, wenn sie nicht nur individuelle Wirkungen haben oder zu Lasten einer Bevölkerung angeboten werden. Da Interventionen auch nicht beabsichtigte oder unvorhersehbare Folgen für das Alltagsleben von Menschen haben können sind Interventionsfolgestudien ein notwendiger Zweig der Versorgungsforschung.

Ursprüngliche Formen solcher Hilfeleistungen sind Eigenhilfen, familiale oder nachbarschaftlich kollektive und Hilfen sowie erfahrungsbasierte Hilfen durch „Berufene“. Deren Angebote haben sich geschichtlich sukzessive professionalisiert und dann letztlich zu „Gesundheitsberufen“, bzw. Berufspersonen (Pflegerpersonen, Hebammen, Ärzte etc.) geführt. Folgerichtig sind mit wachsender Professionalisierung auch rechtliche Normensetzungen zum Schutz der Hilfenachfragenden und zum Schutz der die Hilfen Anbietenden unabdingbar geworden.

Die Konsequenzen sind naheliegend:

- Medizinische Leistungsangebote bedürfen einer hinreichend verbindlichen Normensetzung zu jenen Interventionen, die allgemein verfügbar sein müssen, sollen oder dürfen.
- Medizinische Leistungsangebote bedürfen einer Benennung und Klassifizierung der personen- und der fallbezogenen Bedarfe sowie einer Vereinbarung, wer zu welchen Interventionen berechtigt, ggf. verpflichtet ist.
- Medizinische Leistungsangebote bedürfen der Messbarkeit ihrer Ergebnisse und der Bewertbarkeit ihrer Sinnhaftigkeit, ihrer Effektivität und ihrer Wirtschaftlichkeit.

Beispiel:

Trotz wissenschaftsbasierter Professionalisierung gilt in vielen Rechtssystemen das Leitbild der „Therapiefreiheit“ von Ärzten und weiteren medizinischen Fachberufen. Dies war historisch die Konsequenz einer vorwissenschaftlichen und allein erfahrungsgebundenen medizinischen Praxis. Ihr folgte die Auffassung, Ärzte hätten das Recht, Behandlungsmethoden frei zu wählen und zu praktizieren. Dem folgte dann in der Praxis oft eine Strategie von Versuch und Irrtum. Diese Praxis ist zumindest zu problematisieren, wenn die vertraglichen Beziehungen der Leistungserbringer und der Leistungsträger den legalen Leistungsrahmen und seine Bedingungen festlegen. Therapiefreiheit ist deshalb heute zumeist durch den Interpretationsrahmen quantitativer klinischer Studienergebnisse für den Einzelfall und im Idealfall durch eine gemeinsame Interventionsentscheidung von Patienten und Ärzten begrenzt. Dieser Rahmen sollte die Beliebigkeit von Indikationssetzungen ausschließen. Unregulierte Therapiefreiheit ist jedoch weltweit eine

fortbestehende Realität, die – zumeist auf privatvertraglichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient gegründet – die Versorgungsforschung mit einer außergewöhnlichen Varianz von Indikationssetzungen und Therapieverfahren konfrontiert. Unter dem sich entwickelnden Paradigma der wissenschaftlichen Medizin, der Evidenzbasierung und der Mitentscheidungsrechte der Patienten ist die Praxis der Therapiefreiheit kaum unkonditioniert aufrecht zu erhalten.

Professionelle, bestimmten Berufen zugewiesene medizinische Leistungen unterliegen in den meisten Staaten einem Regelwerk der Zulassung (Akkreditierung, Approbation, Lizensierung, Erlaubnisse) und der legalen und fachlichen Überwachung. Diese Regelwerke sind global erheblich verschieden und am ehesten standardisiert, wenn sie sich auf steuerfinanzierte und/oder versicherungsvertragliche selektive Leistungsbedingungen beziehen. Sie sind eher schwer überprüfbar, wenn sie allein privatvertraglichen Regelungen unterliegen.

Da Hilfebedarfe die wirtschaftlichen Möglichkeiten Einzelner und ihrer Familien erheblich übersteigen können, stehen Staaten vor der Notwendigkeit, Finanzierungssysteme zu schaffen und diese auch beständig anzupassen und weiterzuentwickeln. Die Finanzierungsträger sind dann die Kunden der Leistungserbringer. Dies sind in öffentlich finanzierten Systemen nie die Patienten. Das bedeutet zugleich, dass die Zugangssicherung zu gesundheitsbezogenen Hilfeleistungen ein allgemein und rechtlich normiertes Gesellschaftsziel ist, also auch der öffentlichen Kontrolle unterliegen muss.

Da sich Bedarfe an medizinischen Hilfen quantitativ und strukturell ebenso verändern wie die Interventionskonzepte, sind entsprechende Versorgungssysteme nie abschließend vollendet. Die Versorgungsforschung hat deshalb eine Funktion als permanenter und unverzichtbarer Innovationsbegleiter und -motor des notwendigen Wandels der kapazitiven, strukturellen und prozessualen Voraussetzungen für die Sicherung der sozialen Effektivität der medizinischen Versorgung.

Der Übergang von glaubens- und erfahrungsbasierten Hilfen zu einer wissens- und wissenschaftsbasierten Medizin vollzieht sich zeitlich und räumlich sehr uneinheitlich. Diese allgemein als geschichtlich zu beschreibenden Transformationen verändern die Medizin und so immer auch die Selbstverständnisse der Gesundheitsberufe.

Heute stehen etliche der weltweiten medizinischen und pflegerischen Dienstleistungssysteme an der Schwelle eines neuerlichen tiefgreifenden Wandels. Dieser ist mit weitgehender Datenbasierung, mit prädiktiven und integrativen Handlungsorientierungen sowie mit der Übertragung von Entscheidungsvorbereitungen und der Praktizierung der Dienstleistungen auf andere Gesundheitsberufe (Delegation, Substitution) verbunden. Gleichzeitig werden diagnostische Algorithmen und dafür notwendige Assessments mit Systemen der künstlichen Intelligenz verbunden. Medizinisch nicht legitimierte Datenmonopolisten stehen an der Schwelle zur Übernahme mindestens der Segmente der Medizin, die auch als „simple and defensive medicine“ klassifiziert werden. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass von größeren Teilen der

Bevölkerungen solche Angebote akzeptiert werden, von Gesundheitsberufen unterstützt werden und das Potenzial haben, dass heutige Medizinverständnis radikal zu verändern. Diese Veränderungen betreffen nicht nur die patientengebundene klinische Arbeit, sondern vor allem auch Fragen der Indikationssetzung, der Infrastrukturen, der Versorgungsprozesse und der Finanzierung der medizinischen Aufwendungen.

Ein Aspekt dieser Veränderungen sind die Folgen des demografischen Wandels für die Effektivität (einschließlich der sozialen Effektivität) sowie der Effizienz des Mitteleinsatzes. Ein weiterer Aspekt dieses Wandels ist die Reduzierung direkter personaler Dienstleistungen in Relation zu technischen Leistungen. Diese Wandlungen verändern sowohl die medizinische Berufsausübung als auch die praktizierten Maßnahmen. Die Übertragung von medizinischen Entscheidungskompetenzen auf andere Berufsgruppen oder künstlich intelligente technische Systeme, und die Ausgestaltung von Versorgungsprozessen durch Managementsysteme sind Aspekte des Wandels.

Neben den „klassischen“ gesundheitsbezogenen Dienstleistungen durch die institutionalisierte Akutmedizin, die Zahnmedizin, die Rehabilitation und die Pflege kranker und behinderter Menschen (1. Gesundheitsmarkt) wird die Dynamik in diesem Dienstleistungssektor zunehmend von einem sog. 2. Gesundheitsmarkt jenseits von notwendigen Hilfeangeboten und der Nachweispflicht der Wirksamkeit seiner Angebote bestimmt.

Ziel der Schaffung solcher neuen „Gesundheitsmärkte“ ist nicht das bedarfsorientierte Angebot von medizinischen Hilfen nach Maßstäben einer evidenzbasierten Medizin. Das Ziel ist vielmehr der Ausbau eines Wirtschaftszweiges, der die zahlungsfähige Leistungsnachfrage eines Kundentypus und eines Nachfragesegments bedient, welches zunächst durch Werbung und aktive Angebote als Bedarf erzeugt wird (auch angebotsinduzierte Nachfragesteuerung oder Roemer's Law genannt (Starr, P., 1982): *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books, New York, ISSN 15229-8795). Hierzu gehören dann auch wissenschaftlich ungeprüfte Heilverfahren, in ihrer Wirksamkeit nicht nachgewiesene Vorsorgeuntersuchungen, die Wellness- und Anti-aging-Industrie, das Angebot von Leistungen des chirurgischen body-styling und von Angeboten zur Leistungssteigerung sowie zur „Verbesserung“ von Menschen bis hin zu obskuren paramedizinischen Praktiken. Neben sog. Nahrungsmittelergänzungstoffen, vorgeblich gesundheitsförderlichen Textilien und Wohnraumausstattungen, betrifft das auch vielfältige Trainings- und Stimulationsgeräte, deren gesundheitliches Nutzenversprechen nach der Rechtslage in der Mehrheit der Staaten nicht mit Evidenz belegt werden muss. Es handelt sich hierbei um Leistungen, für deren Bezeichnung die Begriffe „simple“ und „defensive“ Medizin üblich sind. Der Hintergrund ist die Tatsache, dass von 100 Erfahrungen des gesundheitlichen Missbefindens nur der geringere, in den Bevölkerungen zudem stark schwankende Teil auch zu ärztlicher Inanspruchnahme führt und führen muss. Dies eröffnet allerdings unternehmerischen Interessen ein quantitativ gewaltiges Aktionsfeld für Leistungsangebote, die zwar nicht notwendig sind, aber haftungsarm, qualifikatorisch wenig aufwendig in wegen ihrer Menge selbst bei geringen Preisen hochprofitabel sind.

Beispiel:

Ein besonderer Typ eines solchen, in Deutschland von den Vertragsärzten der gesetzlichen Krankenversicherung induzierten 2. Gesundheitsmarkts sind die sog. individuellen Gesundheitsleistungen, auch IGeL genannt. Es handelt sich hier teilweise um Angebote, die wegen des nicht belegten, nachgewiesen fehlenden oder strittigen Nutzens nicht Teil der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung sein dürfen. Sie können aber dennoch innerhalb des durch die vertragsärztliche Tätigkeit definierten Dienstleistungsmarktes ohne Evidenzprüfung und Ergebnisbewertung verkauft werden. Diese Praxis ist keine deutsche Besonderheit und verfolgt vor allem drei Ziele:

- 1) Die Ausweitung direkter unregulierter Geldbeziehungen zwischen Ärzten und Patienten als Mechanismus einer gewollten Systemtransformation von einem (regulierten) Anbieter- zu einem (deregulierten) Käufermarkt.*
- 2) Die Etablierung einer sozialen Risikoselektion als Voraussetzung marktwirtschaftlicher Regulationsprinzipien, die bewirken, dass die Mengen versicherter medizinischer Dienstleistungen erheblich reduzierbar sind. Durch den Abbau von Lizenzierungspflichten kann eine Neuordnung des Anbietermarktes und der notwendig vorzuhaltenden Qualifikationen initiieren werden.*
- 3) Die Ausweitung des Leistungsmarktes auf medizinisch nicht notwendige und hinsichtlich der Wirksamkeit nicht belegte Leistungen, um dem indikationsunabhängigen sog. 2. Gesundheitsmarkt ausreichende Marktanteile zu sichern.*

Die Bewertung von Bedarfen, Angeboten und Ergebnissen ist in Ländern, deren Krankenversorgungssysteme öffentlich-rechtlich reguliert sind, eine beständige sozialmedizinische Praxisaufgabe, sofern es an entsprechenden Nachfragen ein konsentierbares Interesse gibt. Es gehört allerdings auch zu den Grunderfahrungen, dass einflussstarke Interessengruppen versuchen, die Wahrnehmung solcher Aufgaben zu verhindern oder zumindest zu diskreditieren. Das ist in sich selbstverwaltenden Systemen durch die Versicherten besonders problematisch, weil hierdurch die Ausübung elementarer demokratischer Rechte und Pflichten der Versicherten verhindert wird.

Wirksamkeitsbewertung und Infrastrukturgestaltung sowie Vorbereitungen von Normensetzungen, sind vor diesem Hintergrund wichtige Ziele der Versorgungsforschung. Diese Ziele müssen in die jeweiligen Normengefüge der Staaten eingebettet werden (translationale Versorgungsforschung).

Wenngleich es durch das Wirken der WHO global wirksame Verständigungen, zu den Kernbegriffen der Versorgungsforschung „Krankheit“, „Behinderung“ und „Pflegeabhängigkeit“ gibt, sind letztlich für die Praxis der Versorgung die nationalen rechtlichen Normen maßgeblich. Versorgungsforschung trifft also seitens der sozialrechtlichen Bedingungen auf weltweit sehr unterschiedliche Rahmensetzungen und normative

Realitäten sowie auf nur eingeschränkt vergleichbare professionelle Qualifikationsstrukturen und Arbeitsteilungen sowie Interessen.

1.1 Medizinische Prävention

Umfang und Struktur medizinischer Leistungen zur primären Prävention (z.B. Impfungen, Eignungsuntersuchungen) werden maßgeblich von relevanten Innovationen, dem Nutzungsinteresse der Bevölkerungen und von den jeweiligen Rechtsordnungen der Staaten bestimmt. Diese variieren im globalen Vergleich erheblich.

Typische medizinische Präventionsleistungen sind das Impfen, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, Früherkennungsprogramme bei Erwachsenen, der medizinische Arbeitsschutz und arbeitsmedizinische Beratungsleistungen. Auf der Systemebene kann ihnen aber auch die Supervision von rechtlichen Qualitätsanforderungen an die medizinische Versorgung zugerechnet werden. Zur medizinischen Prävention zählen auch präventive Aufgaben des Verbraucherschutzes sowie Aufgaben bei der Überwachung von Gesundheitsgefährdungen durch die Lebens- und Arbeitsumwelt (Wasser, Boden, Luft, klimatische Bedingungen, Nahrungsmittelhygiene). Hierzu gehören ebenso Meldesysteme zu ausgewählten, z.B. zu übertragbaren Krankheiten und zu den Todesursachen. Global variieren solche hoheitlichen „Public Health“ Aufgaben und die Beteiligungen der medizinischen Versorgungsanbieter an ihnen erheblich. Sie sind damit ein Spiegelbild der staatlichen Fähigkeiten und Interessen am Schutz der Gesundheit „ihrer“ Bevölkerungen.

Weltweit gibt es einen erheblichen Druck, solche hoheitlichen Aufgaben der sozialen Prävention der Marktregulation und den Selbstverpflichtungen der Marktakteure zu übertragen. Nur dann, wenn Marktakteure die Aufwendungen für den Schutz der Gesundheit über die erzielbaren Preise nicht gewinnbringend anbieten können, verbleiben die Aufgaben des präventiven Gesundheitsschutzes in der Pflicht der Steuerzahler. Von erheblicher präventionspolitischer Folgewirkung sind zudem die Entscheidungen der Legislativen regulatorisch entweder Verursachungsprinzipien zu folgen oder stattdessen individuelle Verhaltensentscheidungen z.B. fiskalisch oder preislich zu beeinflussen oder zu sanktionieren.

Präventionsaufgaben müssen Gegenstände der Versorgungsforschung zumindest dann sein, wenn sie gesetzliche Pflichtleistungen sind. Das betrifft in vielen Staaten hoheitlich geregelte Präventionspflichten und die legale Pflicht zur öffentlichen Berichterstattung, z.B. in der Form der Gesundheitsberichterstattung. Das betrifft aber auch die Präventionspflichten von Kinder- und Schuleinrichtungen oder die der Arbeitgeber. Entsprechende Präventionsleistungen spielen global immer dann eine besonders wichtige Rolle, wenn Staaten den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung als eine ihrer Grundpflichten bestimmen und für solche Leistungen auch eigene Infrastrukturen vorhalten.

1.2 Medizinische Versorgungsleistungen im Krankheitsfall

Struktur und Umfang medizinischer Versorgungsleistungen spiegeln die rechtlichen Grundlagen der Versorgungssysteme, die Inanspruchnahme der Infrastrukturen durch die jeweilig berechtigten Bevölkerungen sowie die Versorgungsinteressen der Versicherer und der Anbieter.

Die nationalen bevölkerungswirksamen Regelungen zu den Aufgaben der Krankenversorgungssysteme bestimmen auch die Themen der Versorgungsforschung. Hinzu kommen die analytischen Interessen von Forschung und Entwicklung und die Informationsbedürfnisse der Öffentlichkeit, soweit diese kollektiv die Finanzierung der medizinischen Hilfeleistungen trägt. Versorgungsforschung geht dabei über eine Berichterstattung weit hinaus. Sie ist selbst ein unmittelbarer, systemischer Teil der medizinischen Forschungslandschaft. In ihren Zielen ist sie fragen- und hypothesen- sowie konzeptgeleitet und schafft Wissensvoraussetzungen für die Optimierung der Versorgungssysteme. Die praktische Nutzung der Forschungsergebnisse ist allerdings von den Forschungsinteressen zu trennen.

Beispiel:

Anlässlich eines Workshops in einem nicht europäischen Land präsentierte einer der Teilnehmer eine Liste mit ca. 200 Namen von Versicherten (etwa 0,0002 % aller seiner Versicherten und erläuterte, dass ohne diese die von ihm vertretene Krankenversicherung wirtschaftlich erfolgreich wäre. In Krankenversorgungssystemen, die eine von wirtschaftlichen Interessen geleitete Versorgungspraxis und Risikoselektion untersagen, wird Versorgungsforschung dann mit dem Ziel gefördert werden (müssen), die Varianz der Versorgungsbedarfe abzubilden und für diese den sozialen Gruppen und den regionalen Bedingungen adäquate Versorgungslösungen zu finden. In Krankenversorgungssystemen, in denen die Risikoselektion das entscheidende Wirkprinzip ist, wird sie vor allem genutzt werden, um eben solche Selektionen, z.B. zur vorausschauenden Identifizierung von „high utilizers“ im Interesse der Portfolioselektion von Versicherungen wie von Leistungsanbietern zu ermöglichen.

Versorgungsforschung erfordert eine gemeinsame Sprache zur Benennung ihrer Forschungsgegenstände. Im Sinne des im Vorwort zitierten Hinweises von William Osler wird eine solche Sprache zwei maßgebliche und grundsätzlich verschiedene „Sprachsysteme“, nämlich sog. Personen- und sog. Fallklassifikationen nutzen. Diese sind aber selbst an Voraussetzungen, gleichsam an die Schaffung eines sprachbildenden Alphabets gebunden. Solche „Alphabete“ sind die Klassifikationen der Krankheiten und die Klassifikationen der Hilfeleistungen. Solche Alphabete sind zwar vereinbart, werden aber nicht auch verbindlich genutzt. Die wichtigste dieser Klassifikationen,

die ICD, folgt primär klinischen Klassifikationsbedürfnissen. Sie ist eine Fallklassifikation, keine Personenklassifikation und entspricht nur bedingt auch den Bedürfnissen der Versorgungsforschung.

Für deren Zwecke sind eine Vielzahl von Klassifikationen entwickelt worden. Diese verändern sich mit den Kenntnisständen und Nutzungsinteressen. Die für die Versorgungsforschung wichtigsten Klassifikationen sind

1. die Klassifikationen medizinischer Leistungen
2. die Klassifikationen von Gründen und Anlässen der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten
3. die Klassifikationen von Versorgungsfällen und -anlässen
4. die Klassifikationen von Personen, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen oder wahrscheinlich in Anspruch nehmen werden (Personenklassifikationen)

Eine Auswahl der Klassifikationen medizinischer Leistungen und Leistungsfälle sind

- International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)
- Diagnosis Related Groups (DRG)
- Diagnostic Treatment Combinations
- Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)
- Klassifikation von Fallpauschalen für Behandlungsgruppen in der Rehabilitation (RBG)
- Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL)
- Chronic Illness and Disability Payment System (CDPS)

Die Klassifikationen von Gründen und Anlässen der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten sind in besonderer Weise an die jeweiligen infrastrukturellen Varianten der Krankenversorgungssysteme und ihrer Entgeltmethoden angepasst. Beispiele sind

- Internationale Klassifikation der primärmedizinischen Versorgung (ICPC),
- International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC),
- International Classification of Processes in Primary Care (ICPPC),
- die Reason for Visit Classification of Care (RVC)

Zur großen Gruppe der Personenklassifikationen gehören

- Adjusted Average Per Capita Cost (AAPCC)
- Adjusted Clinical Groups (ACG), auch Ambulatory Care Groups (ACG)
- Clinical Risk Groups (CRG)
- Diagnostic Cost Groups,
- Global Risk-Assessment Model
- Resident Assessment Instrument (RAI)

Ziel dieses Typus von Klassifikationen ist die Beschreibung von auf Personen bezogenen Leistungsbedarfen und ihrer Kostenkalkulation (Capitation). Vermutlich hat in

den letzten Jahrzehnten die globale Praxis der Krankenversorgung nichts so sehr verändert wie die auf Personenklassifikationen gegründeten prospektiven Kopfpauschalen.

Beispiel:

Die Klassifikation der sog. "Adjusted Clinical Groups" (<http://www.acg.jhsph.org/>) wird in den USA als Konzept der Versorgungsforschung der Anbieter- und der Käuferseite unter den Rahmenbedingungen des Managed Care zur Nutzung angeboten. Managed Care überträgt die wirtschaftlichen Versorgungsrisiken von den „klassischen“ Finanzierern auf die Leistungserbringer. Dieses Konzept ist insofern radikal, als es sowohl solidarische wie auch marktwirtschaftliche Versorgungssysteme in ihrer Wirkungsweise fundamental verändert (siehe hierzu auch Heft 9). Das Ziel ist die Vorhersage sog. „High Utilizers“, die prospektive Budgetplanung, die pro-Kopf-Kalkulation der Zahlungen für die Managed Care-Versicherten, die Effizienzbewertung der Leistungserbringer, die Überwachung der Versorgungsergebnisse und das ökonomische Benchmarking der Ärzte und der Anbieterunternehmen. Zur Klassifikation werden der Gesundheitszustand der Versicherten, das Alter und das Geschlecht genutzt, um die Bedarfe an ambulanter Versorgung prospektiv abzuschätzen. Mit diesem Klassifikationssystem entstehen insgesamt 93 Risikogruppen. Die soziale Zuordnung ergibt sich dann aus der Nutzung durch die Medicaid-Versicherungen bzw. aus dem Preis für einen individuellen gekauften Managed Care Vertrag.

Personenklassifikationen dienen zwei diametral verschiedenen Zwecken. Der eine Zweck umfasst die Risikoselektion und die prospektive Kostenkalkulation (prospective capitation). Der andere dient der Identifizierung der Personen, bzw. Personengruppen, die im Besonderen des Nachteilsausgleichs bedürfen sowie der Messung des Grades der Zielerreichung.

Eine wissenschaftsbasierte Medizin muss ein Interesse haben, ihre Versorgungsangebote krankheitsspezifisch und im Sinne der Benachteiligungsvermeidung zu normieren. Normierungsgrundlagen sind dann der verfügbare Erkenntnisstand und die Begrenzung auf die Maßstäbe des Notwendigen und fallbezogen Erforderlichen sowie des Wirtschaftlichen. Es bedarf hierzu folglich der Definition eines Standards medizinischer Leistungsangebote, der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften zu konsentieren sind. Der Vorteil für die Definition einer fallbezogene Versorgungsqualität ist erheblich. Die Probleme sind allerdings ebenfalls offensichtlich. Sie betreffen u.a.:

- die Notwendigkeit einer personenbezogenen Varianzbegrenzung von Leistungen bei nach ICD gleich bezeichneten Krankheiten
- die Notwendigkeit einer Klassifizierung von Personen mit besonderem und nicht allein dem klinischen Fall zuzurechnendem Versorgungsbedarf im Sinne des Nachteilsausgleichs

- die Vielfalt der zu normierenden Fallkonstellationen von denen der überwiegende Anteil „selten“ ist
- der regelmäßige, konsequente – und sehr aufwändige – Aktualisierungs- und Revisionszwang solcher Klassifikationen
- die sehr große Zahl der in ihrem Entscheidungsverhalten zu standardisierenden Teilnehmer an der Krankenversorgung
- der dann nachfolgende Standardisierungszwang von arbeitsteiligen Versorgungsprozessen, auch mit der Folge von wachsenden Spezialisierungs- und regional marktbeherrschenden Konzentrationsinteressen

Der Zustand „Kranksein“ betrifft stets den ganzen Menschen. Einem einzelnen Krankheitsbegriff zugeordnete variante Zustände von Kranksein bezeichnen dann abgrenzbare physische und psychische Fehlfunktion und hieraus folgende eingeschränkte oder fehlende Fähigkeiten zur Anpassung an wechselnde Umweltbedingungen und Belastungen. Zudem kann eine Person zugleich an mehreren Krankheiten leiden oder in ihrem Leben nacheinander verschiedene Krankheiten erleiden. Für die Versorgungsforschung ist deshalb die Zuordnung von Versorgungsfällen zu den betreffenden Personen und zu ihrem zeitlichen Lebensverlauf (Ontogenese, Biografie) eine methodische und die Forschungspraxis erheblich herausfordernde Schlüsselbedingung.

Jegliche Begrifflichkeit zur Beschreibung von Kranksein und Hilfebedarf orientiert sich an einem expliziten oder impliziten Konzept von „Normalität“. Medizinische Konzepte von Normalität folgen dabei entweder einer Abweichung von der „normalen“ Varianz oder von einem idealen Leitbild. Beide Konzepte sind erheblich verschieden und schwer zu begründen und zu interpretieren. Sie bedürfen zu ihrer Rechtfertigung zwingend des Bevölkerungsbezuges und einer Datenbasis, die zu schaffen zu den wichtigsten Herausforderungen einer modernen Medizin gehört. Wenn es gelingt, dieses normative Problem zu lösen, bleibt immer noch die Schwierigkeit, dass sich die Leistungsnachfrage von Patienten nicht an einem medizinisch-wissenschaftlichen „Leidensleitbild“ orientiert, sondern an dem der individuell Betroffenen, das sie zur Hilfenachfrage veranlasst hat.

Abweichungen vom „Normalen“ sind die entscheidende Legitimation für medizinische Interventionen im Krankheitsfall. Die Interpretation der Unterschiede zwischen Normalität und Krankheit ist für die Versorgungsforschung deshalb letztendlich das entscheidende Kriterium. Sie ist das begründende Argument für Versorgungsangebote und reguliert das zu rechtfertigende Volumen medizinischer Leistungen im Krankheitsfall. Wandlungen der Bewertung von Normalität sind aus dem gleichen Grunde besonders wirkmächtige Ursachen von sich ändernden Bedarfsinterpretationen. Sie sind deshalb ein zentrales Thema der Versorgungsforschung. Diese hat folglich an der Abbildung der Varianz und hiervon abgeleiteten Normkonzepten ein besonderes Interesse. Dieses Interesse berührt zugleich die Interessen anderer „Stakeholder“ besonders wirksam.

Medizinische Versorgungsangebote sind unter ihren jeweiligen Zielsetzungen vor allem die „Diagnostik“, die „Therapie“ und die „Rehabilitation“ sowie die „Pflege aus

medizinischer Indikation“. Ein zunehmender Anteil der Versorgungsangebote ist zu dem prädiktiven medizinischen Angeboten zuzurechnen, die in keinem Zusammenhang zu einer aktuellen Leidenserfahrung stehen. Sie machen die Möglichkeit von Krankwerden zu einem Handlungsfeld mit positiv wie negativ kaum vorhersehbaren Folgen.

Beispiel:

Mit dem Altern ist u.a. und eher regelhaft eine Funktionseinschränkung der Mitralklappe verbunden. Ihr Ausmaß kann deutlich variieren und wird nach ihrem klinischen Bild in Graden klassifiziert. Die Entscheidung über einen chirurgischen Interventionsbedarf bleibt dennoch ein Interpretationsproblem, das zwei und mehr Kardiologen zu unterschiedlichen Entscheidungsvorschlägen gegenüber dem Patienten führen kann. Bezogen auf die Gesamtzahl als notwendig empfohlener Interventionen können solche variierenden Empfehlungen eine nennenswerte Mengenrelevanz haben.

Medizinischer Versorgungsbedarf kann ohne Normensetzungen nicht bestimmt werden. Eine Kernfrage der Versorgungsforschung ist deshalb die Frage nach den Mechanismen der Normensetzung, nach ihrer Verbindlichkeit und nach der Normenkontrolle. Die Antworten haben nicht nur summarisch quantitative Konsequenzen für den berechtigten Versorgungsgesamtbedarf. Sie haben vor allen Folgen für die Bedarfsstruktur. Diese Folgen haben zumindest in kompetitiven Systemen dann auch Konsequenzen für die Beziehungen der Akteure zueinander. Sofern zwischen den Bedarfsinterpretationen der Patienten, der Leistungserbringer und der Finanzierungspartei deutliche Unterschiede bestehen, sind Mechanismen der Konfliktlösung notwendig. Wird diese von einer evidenzbasierten Medizin erwartet, ist diese Konfliktlösung dann maßgeblich der gutachtlichen Expertise übertragen. Die Normenwahlen und -interpretation werden dann zum Kernproblem gutachtliche Stellungnahmen, ggf. zwischen den Polen einer Varianzbewertung realer Werteverteilungen und einer normativen Begründung durch idealisierende Konzepte von einer „richtigen“ Beschaffenheit menschlicher Biologie.

Der medizinische Versorgungsbedarf bezieht sich auf die begründbaren Hilfeerfordernisse einer räumlich und zeitlich definierten Bevölkerung. Er begründet sich aber auch durch die jeweiligen sozialen Rechtssysteme und die durch sie zugesicherten oder verwehrt Leistungen. Der Begriff „Bedarf“ ist also nicht zwingend mit dem des medizinisch Notwendigen, Erforderlichen und Wirtschaftlichen, und ist auch nicht mit dem des individuellen Bedürfnisses oder Wunsches identisch. Diese Vieldeutigkeit kann der Ausgangspunkt von Kontroversen und dann erforderlich werdender sachverständiger Stellungnahme sein.

Die Umfänge und die Struktur der medizinischen Versorgungsbedarfe betreffen unmittelbar die wirtschaftlichen Interessen der medizinischen Leistungsanbieter und (je

nach Rechtssystem) auch die der Krankenversicherungen. Diese Interessen münden ggf. in Konzepte der Risikoselektion, auch „Portfolioprofilierung“ genannt. Die praktische Funktion der Versorgungsforschung ist also nicht nur „Wirksamkeitsforschung“, sondern aus der Perspektive von Versicherungen und von Unternehmen der medizinischen Versorgung auch „unternehmerische Strategieforschung“. Das sozialmedizinische Interesse an der Versorgungsforschung fokussiert hingegen die sozialen Wirkungsfolgen der Interessen und der ihnen entsprechenden Managementkonzepte der wirtschaftlichen Akteure. Es fokussiert zunehmend auch die Interessen von global agierenden Anbieterkartellen.

Je nach praktischer Zielsetzung erfolgt die Definition von Versorgungsbedarfen

- auf einer quantitativen Ebene, bspw. unter Nutzung medizinischer Fallklassifikationen
- auf einer medizinisch-interventiven Ebene unter Nutzung von Leitlinien, Richtlinien und Klassifikationen interventiver Prozeduren
- auf einer individuellen oder subjektiven Ebene unter Nutzung von Klassifikationen von Anlässen der Inanspruchnahme sowie der jeweiligen Erwartungen, Hoffnungen und Gesundheitsleitbilder der die Leistungen Nachfragenden (Marktsequenzierung)
- auf einer rechtlichen Ebene auf der Basis der legalen Ansprüche auf Hilfeleistungen gegenüber einem Kostenträger oder Vertragspartner sowie der spezifischen Handlungslegitimationen der Anbieter
- auf einer betriebswirtschaftlichen Ebene unter Nutzung von Produktklassifikationen und der Kalkulation der mengenwirksamen Kaufkraft, des Marketings, der Risikoselektionskonzepte, der krankheits- und angebotsspezifischen Kostenstrukturen sowie der Gewinnerwartungen

Beispiel:

Für den Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, geregelt durch das SGB V, bestimmte das Bundessozialgericht in einer Entscheidung aus dem Jahre 1972 die versicherungsrechtliche Dimension von Krankheit. Diese Entscheidung ist für den Leistungsanspruch der Versicherten und damit für die Möglichkeit der Hilfeleistung in Deutschland die maßgebende Norm. Danach ist Krankheit „ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht“ (Urteil des BSG vom 16.05.1972, 9RV 556/71). Arbeitsunfähigkeit und die Notwendigkeit einer Behandlung sind somit im Wirkungsbereich des deutschen Sozialgesetzbuchs die entscheidenden Kriterien für die Normierung von Krankheit, bzw. von Leistungsbedarfen. Damit liegt, mit erheblichen Folgewirkungen für die Versicherungsträger, das Definitionsmonopol von Krankheit bei den Berufsgruppen, die allein berechtigt sind, über die Arbeitsunfähigkeit und die Notwendigkeit einer Behandlung zu entscheiden sowie gutachtliche Empfehlungen an die Leistungsträger zu geben. Das

Recht der Kostenträger ist es hingegen, ggf. zu prüfen, ob sie im Einzelfall verpflichtet oder berechtigt sind, bestimmte Leistungen als Bedarf anzuerkennen.

Medizinischer Behandlungsbedarf setzt die Behandlungsfähigkeit einer Krankheit voraus. Diese muss jedoch zunächst festgestellt werden. Der wahrscheinliche oder der dann einer medizinischen Intervention auch tatsächlich zurechenbare Behandlungserfolg wird in der Regel nicht vorausgesetzt. Es bedarf also auch keines Nachweises, dass die Wiedererlangung von Gesundheit und/oder Arbeitsfähigkeit tatsächlich die Folge einer medizinischen Intervention ist, bzw. gewesen ist. Erwägungen dieser Art können in manchen Krankenversorgungssystemen bei der Zulassung therapeutischer Methoden eine Rolle spielen, nicht aber im individuellen Anwendungsfall einer zugelassenen Prozedur. Die Zulassung medizinischer Prozeduren ist folglich ein entscheidender Regulator des Bedarfes und ggf. erheblich konfliktbesetzt.

Der Bedarf wird in seinem Umfang und in seiner Struktur von den rechtswirksamen Leistungsnormen der Kostenträger bestimmt. Dies gilt, soweit Versorgungssysteme im Auftrag einer „dritten“ Partei wirksam werden, nicht jedoch im Falle einer privatvertraglichen Dienstleistung für einen Kunden, wenn dieser zugleich auch der Patient ist. Die regulierende Macht ist in diesem Fall de facto der Anbieter, de jure die Vereinbarung von Anbieter (provider) und Käufer (purchaser).

Ein Teil des Hilfebedarfs eines Patienten folgt primär aus der Einschränkung oder dem Verlust der Fähigkeit, arbeitsvertragliche Pflichten zu erfüllen, von denen (z.B. in Deutschland) nur ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit freistellen kann. In Staaten ohne gesetzliche Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit wird somit eine solche Leistung auch nicht bedarfswirksam.

Weltweit gibt es erhebliche Bestrebungen, medizinische Interventionskonzepte auf gesunde Personen auszuweiten (simple, defensive and predictive medicine). Solche Leistungen werden dann auch bedarfswirksam, obgleich sie keine notwendigen Leistungen der Akutmedizin sind. Die Ziele sind dann die präventive Dauerüberwachung Gesunder und die prädiktive therapeutische Intervention. Solche Leistungen sind in einigen Systemen (z. T. vorzugsweise) Teil der vertraglich zugesicherten Leistungen. Der Bedarfsumfang wird dann in der Regel erheblich sein und den akutmedizinischen Bedarf des Notwendigen, vor allem auch monetär deutlich überschreiten. Diese Entwicklungen sind heute die wichtigsten und kaum zu regulierenden „Kostentreiber“

Die Bedarfs- und Allokationsfolgen solcher Handlungsstrategien sind erheblich und werden in einigen Staaten massiv forciert. Dies hat nicht nur Folgen für die Leistungsmengen und deren Struktur, sondern wegen der gesundheitlichen Dauer- und ggf. Totalüberwachung der Bevölkerungen auch soziale Folgen. Diese Entwicklungen verändern in der Gegenwart bereits erheblich die Gesundheitssicherungs- und Versorgungssysteme und führen sie auch an ihre finanziellen Belastungsgrenzen (siehe z.B. https://www.bcbsil.com/pdf/clinical/preventive_health_care_guidelines.pdf; Zugriff 13.02.2018).

Die Erfahrung, dass der Zugang zu medizinischer Hilfe von der sozialen Schichtzugehörigkeit abhängt und die Bedarfe sowie die Inanspruchnahme von Leistungen in den Bevölkerungen ungleich ist, begründet in vielen Staaten die Suche und die Etablierung von Strategien zum sozialen Nachteilsausgleich. Diese sind dann im Kontext der Versorgungsforschung sowohl für Bedarfsschätzungen wie für Wirksamkeitsbeurteilungen entscheidende Zielsetzungen und Rahmenbedingungen.

Beispiel:

Regelhaft zeigen Studien in Staaten mit entwickelten Systemen der sozialen Zugangssicherung zur medizinischen Versorgung, dass Nichtbeschäftigte und sozial Benachteiligte auch eine hohe Frequenz der Inanspruchnahme haben. Sie ist auch höher als bei Personen gleichen Alters, aber in guten sozialen Lebensumständen. Studien aus Staaten ohne entwickelte Sozialrechtssysteme zeigen das Gegenteil.

Von den vorkommenden Krankheiten interessiert immer jener Teil, für den diagnostische und therapeutische Konzepte verfügbar sind (Behandlungsmorbidität). Dieser Teil ist variabel und erweitert sich tendenziell aus einer Vielzahl von Gründen. Da nicht alle Krankheiten behandlungsbedürftig sind und zur Inanspruchnahme führen oder führen müssen, macht es Sinn, die „Behandlungsmorbidität“ von der „Morbidität der Inanspruchnahme“ abzugrenzen.

1.3 Versorgungsforschung zur Rehabilitation

Rehabilitation folgt dem Leistungsziel, Menschen zu helfen, im Verständnis der ICF ihre funktionelle Gesundheit zu erhalten, wiederzuerlangen oder deren Verlust einzugrenzen oder zu verlangsamen.

Eine solche Absicht gehört zu den profilbestimmenden Aufgaben der praktischen Sozialmedizin und fokussiert die notwendigen Leistungen zur Bewältigung von Krankheits- und Behinderungsfolgen. Sie ist damit individuell personenorientiert und gründet in einem Assessment solcher Folgen und der Potenziale zu ihrer Minimierung.

Mit der Klassifikation der funktionellen Gesundheit von behinderten Menschen existieren für Leistungen zur Rehabilitation messbare Leistungsbedarfe und -ziele. Diese folgen erstens dem präventiven Ziel, Verlusten an funktioneller Gesundheit vorzubeugen, zweitens dem Ziel im Anschluss an akutmedizinische Versorgungsleistungen deren Behandlungserfolg zu sichern und die Selbständigkeit möglichst schnell und weitgehend wiederzuerlangen, und es geht drittens um den Erhalt, ggf. die partielle Wiedererlangung der Partizipationsfähigkeit im Alltagsleben.

Eine Abgrenzung von Prävention, Rekonvaleszenz und Rehabilitation kann schwierig sein und folglich auch die Zurechenbarkeit von Rehabilitationsmaßnahmen zu den jeweiligen Zielen erschweren.

Die Mehrheit der globalen Bevölkerung hat keinen Zugang zu einer evidenzbasierten Rehabilitation. Rehabilitationsleistungen als regelhafte Bestandteile privatvertraglicher Krankenversicherungen sind eher selten. Allerdings gewinnen sie unter den Finanzierungsbedingungen der DRG-Systeme als Konsequenz der Reduzierung der Verweildauern nach einem Krankenhausaufenthalt auch an Bedeutung. Das ist auch deshalb der Fall, weil es an der Grenze von Akutversorgung und Rehabilitation zwischen einer fall- und einer personenorientierten Versorgung auch ein für die Finanzierungsträger interessantes Kostengefälle gibt. Damit werden normative Grenzziehungen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation unmittelbar kostenwirksam und definieren mit infrastrukturellen Folgen „Versorgungsprozesse“ und deren Integrationsformen.

Die geschichtliche Entwicklung dieses Leistungssegments geht vor allem auf die Absicht zurück, durch Angebote zur Rehabilitation ein wirtschaftlich selbständiges Leben zu ermöglichen. Im Besonderen die „Eingliederung“ von physisch behinderten Kindern wurde im 19. Jahrhundert in einigen europäischen Staaten als Notwendigkeit erkannt.

Beispiel:

Die Herstellung der Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen wird von Franz Josef von Buß (1803 – 1878) in der Ständeversammlung Hessens erstmals als Rehabilitationsziel formuliert. In seiner „Fabrikrede“ vom (1837) versuchte Buß die Industrialisierung und ihre Folgen mit sozialpolitischen Grundsätzen zu vereinen. Er verlangte (erfolglos) staatliche Hilfsmaßnahmen für Opfer der Industriearbeit, Arbeitszeitbegrenzung, Unfallschutz, Bildungsmaßnahmen sowie staatliche Hilfen bei Existenzgründungen. 1844 begann in München das „Königlich bayerische Erziehungs- und Unterrichtsinstitut für krüppelhafte Knaben“ seine berufs- und ausbildungsfördernde Arbeit. 1872 öffnete die Kopenhagener Anstalt ihre Pforten und wird zum ersten Rehabilitationszentrum. 1906 führten in Preußen Biesalski und Lange die „1. Krüppelzählung“ durch. Sie ermittelten in Preußen 98263 betroffene Kinder, von denen sie 56320 für heimbefürhtig hielten. Die zurechenbaren Ursachen waren vor allem Lähmungen, Tbc, Skoliose und Rachitis. Sie schufen 1909 die „Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge“, deren Ziel die Schaffung eines Anrechts auf Behandlung und Berufsausbildung sein sollte. Programmatisch forderte Biesalski: „Der Krüppel darf nicht nur als ein Kranker betrachtet werden. Das Heilen ist nur einer von vielen Faktoren. Das Endziel ist, den Krüppel erwerbstätig zu machen. Dazu dienen der Arzt, der Lehrer, der Handwerksmeister. Das organisierte Zusammenarbeiten von Klinik, Schule und Handwerkslehre möglichst unter einem Dach ist das Wesen und ein Grundstein moderner Krüppelfürsorge.“ (docplayer.org/3174308-Von-der-krueppelfuersorge-zur-rehabilitation-von-menschen-mit-behinderung.html; Zugriff 17.4.2018)

In Deutschland regelt das heute Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX) diesen Leistungsbereich. Die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus und die Verzögerung des Renteneintritts sind politisch maßgebende Leistungsziele. Dabei spielt neben der medizinischen die berufliche Rehabilitation eine wichtige Rolle. Während es in vielen Staaten hierzu keinen allgemeinen Leistungsanspruch gibt, haben andere Staaten diese Aufgaben in den legalen Rahmen ihrer jeweiligen Regelungen zur Krankenversorgung integriert, zumindest, soweit es sich um öffentlich-rechtliche Regelungen handelt. In den USA sind die Anspruchsrechte nach Medicaid und Medicare, gemäß der Managed Care Konstruktionen und denen der Indemnity Insurances sehr verschieden geregelt und dann zumeist auf konkrete Anlässe begrenzt. Zustände nach Unfällen, Rehabilitation nach Schlaganfällen oder bei Bedarfen im Zusammenhang mit Suchtbehandlungen sind solche Anlässe. Über den üblichen Krankenversicherungsschutz sind solche Leistungen allerdings nur begrenzt zu erlangen. Auch im britischen NHS spielte in der Vergangenheit Rehabilitation eine eher untergeordnete Rolle. Aktuell (2017/2018) gibt es Programme, diese Leistungen auszuweiten. Insgesamt gilt global, dass Rehabilitation als Leistung zur Bewältigung von Krankheits- und Behinderungsfolgen eine nachrangige Rolle spielt. Rehabilitation ist in vielen Staaten zudem nur als Sonderrecht verfügbar (z.B. als Teil staatlicher Versorgungsleistungen für Beamte, für Soldaten, für Kriegsoffer, für Spitzensportler oder für sonstige staatlich versorgungspflichtige Personen) oder sind nur durch privatvertragliche Sicherungen außerhalb des öffentlichen Rechts zu erlangen. Dabei spielen Angebote des „rehabilitation tourism“ global eine besondere und wachsende wirtschaftliche Rolle.

Herauszuheben sind folgende Aspekte:

1. Grundlegend für die Einordnung der Rehabilitation sind nicht therapeutische Konzepte, sondern Leistungen zur Bewältigung von spezifischen Krankheitsfolgen. Rehabilitation ist nicht Therapie. Sie ist an expliziten Zielen gesundheitlicher Funktionalität im Kontext definierter Behinderungen orientiert.
2. Neben individuellen psychischen und motivationalen Bewältigungsproblemen sind der Erhalt und ggf. die Wiedererlangung der Selbständigkeit und Autonomie (im Kindesalter also maßgeblich die Bildungssicherung und die Berufsvorbereitung, im Erwerbsalter der Erhalt oder die Förderung der Erwerbsfähigkeit und im „Alter“ die Eingrenzung der Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen zur Lebenssicherung durch Dritte) die prioritären Rehabilitationsziele.
3. Soweit Krankheit und Behinderung Anlässe von sozialer Benachteiligung sind oder sein können, sollte Rehabilitation auch ein Konzept des sozialen Nachteilsausgleichs sein.

Aus sozialmedizinischer Sicht sind folglich die Klassifikationen von Rehabilitationsbedarfen und -leistungen, die evidenzbasierten Empfehlungen von individuellen Rehabilitationsleistungen sowie die Bewertung ihrer Effektivität wissenschaftliche wie auch praktische Schlüsselaufgaben.

1.4 Versorgungsleistungen zur Pflege

Pflege leitet sich als professionelles Versorgungsangebot aus der klassifikatorischen Begrifflichkeit zur funktionellen Gesundheit ab. Solche Angebote, soweit sie überhaupt verfügbar sind, sind in den Rechtssystemen der Staaten sehr unterschiedlich umgesetzt.

In einer realitätsnahen Sicht ist es die Aufgabe der Pflege, die von ihr Abhängigen und ihre Lebensumwelt (z.B. Familie, Nachbarn) bei der Bewältigung des täglichen Lebens und bei der Sicherung der elementaren vitalen Bedürfnisse zu unterstützen. Die Hilfen sollen Selbstständigkeit möglichst erhalten und fördern, können sie allerdings oft nur ersetzen. Pflege wird global regelhaft als eine Aufgabe des engeren Familienkreises, in einigen Gesellschaften auch als gemeindliche Aufgabe wahrgenommen. In einigen wenigen Staaten existieren Möglichkeiten, hierzu Versicherungsprodukte zu kaufen oder auf subsidiäre und/oder solidarische Unterstützungen zurückzugreifen. Mit dem Rückgang der Fertilitätsraten und dem Wandel der Familienstrukturen steigt allerdings die Notwendigkeit, für den Pflegefall öffentliche oder privatvertragliche Leistungen verfügbar zu machen. (Studien, z.B. in der VR China zeigen, dass Personen im Alter 60+ die Versicherung von Pflegeleistungen für wichtiger halten als eine Krankenversicherung.)

Beispiel:

Deutschland hat seit 1995 eine soziale Pflichtversicherung für den Pflegefall (Sozialgesetzbuch XI). Danach gilt (§ 14) derzeit (2021): „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ Im Besonderen die Normierung der „Schwere“ des Pflegebedarfs reguliert die Bedarfsmenge. Analoge Leistungen sind nur für wenige Bevölkerungen verfügbar. Sie sind begrenzt Teil der Ansprüche nach der Medicare- und auch der Medicaid-Gesetzgebung in den USA oder werden als Alternativen zur Krankenversorgung über spezifische Versicherungsprodukte angeboten. In vielen südostasiatischen Staaten ist, z.B. in China, unter dem Einfluss des Konfuzianismus, die Pflege eine „zwingende“ Familienpflicht. Der Wandel der Familienstrukturen und des Reproduktionsverhaltens führt aber auch in diesen Regionen zu Zwängen, alternative Konzepte zu entwickeln.

Die Schätzung entsprechender Bedarfe ist in erheblicher Weise von den sozialen und

kulturellen Settings abhängig. Bei der Bedarfsschätzung kann mit zunächst hinreichender Genauigkeit angenommen werden, dass der Pflegebedarf über die Anzahl derer geschätzt werden kann, die jährlich neu pflegebedürftig werden, wenn die durchschnittliche Pflegedauer kürzer als 12 Monate ist. Ist sie durchschnittlich nennenswert länger, wird die Pflegedauer zur entscheidenden Bedarfsvariablen. In der sog. Altenpflege beträgt die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit kaum mehr als ein Jahr. Von diesen Leistungen sind also solche für jüngere pflegebedürftige Menschen grundsätzlich zu unterscheiden. Bezüglich der erwartbaren Pflegedauer und des Aufwands sind diese hinsichtlich der Bedarfe also anders einzuordnen.

Behinderung wird nach der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) über ein funktionelles Verständnis der individuellen Gesundheit beschrieben und hilfeorientiert klassifiziert. Hierzu werden die physisch-strukturellen Voraussetzungen der möglichen Aktivitäten, die Fähigkeiten zur gesellschaftlich-sozialen Partizipation sowie die verfügbaren Bedingungen der Lebensumwelt als Klassifikatoren genutzt.

Behinderungen sind für Bedarfe der Pflege sowie der Rehabilitation begründungsleitend. Dabei ist konzeptionell zwischen „behindert sein“ und „behindert werden“ zu unterscheiden. Das heutige Verständnis von Behinderung ist das Zwischenergebnis einer weit zurückreichenden „Zivilisationsgeschichte“, die auch die Tötung behinderter Menschen einschloss. Die Konvention der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2006 bestimmt diese Rechte heute als Teil der allgemeinen Menschenrechte. Die diese Konvention unterzeichnenden Staaten verpflichten sich, sie in nationale Rechte umzusetzen, sie also zur Rechtsnorm zu machen. Dabei geht es vor allem um,

- gleiche Rechte auf Bildung, auf Arbeit und auf kulturelle Partizipation
- das Recht an eigenem und ererbtem Besitz
- das Verbot der Diskriminierung in der Ehe
- das Recht auf Kinder in Verbindung mit dem Verbot einer Sterilisation wegen einer Behinderung
- das Verbot von Experimenten an Menschen mit Behinderung
- Barrierefreiheit sowie
- Inklusion vor allem im Bereich der Bildung (seit 2011)

Beispiel:

Für Deutschland gilt nach den grundgesetzlichen Normen Artikel 3 Abs. 3: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Das Sozialgesetzbuch IX normiert Behinderung wie folgt: „Menschen sind behindert, wenn ihre

körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (SGB IX, §2) Die Altersadäquanz des Behinderungsbegriffs ist allerdings ein grundsätzliches Problem, weil sich diese Adäquanz allein auf das kalendarische Alter bezieht und so soziale Ober- und Mittelschichten bevorzugt. Politische Konzepte des Sozialausgleichs werden auf diese Weise unterlaufen.

Für Staaten, die der UN-Konvention beigetreten sind, ergibt sich somit das verpflichtende Handlungsziel, den Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur selbständigen Lebensführung auszugleichen. Dieser Bedarf betrifft zumeist multiinstitutionell und multiprofessionell zu erbringende Leistungen, deren Koordination dann maßgeblich über das Ergebnis entscheidet. In der Konsequenz folgt hieraus auch, die Realität der Umsetzung dieser Rechtsnormen auch als beständigen Gegenstand der Versorgungsforschung zu etablieren. Solche legalen Verbindlichkeiten sind allerdings in sehr prinzipieller Weise an soziale Verfassungsrechte gebunden, die den Sozialausgleich, also Prinzipien sozialer Marktwirtschaft, erlauben. Die benannte Konvention steht also in dem derzeit global wichtigsten ideologischen Streitfall, dem zwischen der sog. Keynesianischen Schule (Keynesianismus - Wikipedia, Zugriff 31. 12. 2021) und der Schule der sog. Chicago Boys (Chicago Boys – Wikipedia, Zugriff 31.12.2021). Diese Auseinandersetzung betrifft explizit und gleichsam als Modellfall des Streites auch und im Besonderen den Konflikt zwischen sozialkompensatorischen und marktwirtschaftlichen Konzepten der Hilfen für Kranke und Behinderte.

2 Aufgaben der sozialmedizinischen Versorgungsforschung

Im Mittelpunkt der sozialmedizinischen Versorgungsforschung stehen die vier W's: Wer wird von Wem Wie und mit Welchem Ergebnis im Falle von Krankheit und Behinderung versorgt.

Die Frage WER versorgt wird, fragt zugleich danach, wer nicht versorgt wird, also keinen oder nur einen erschwerten oder begrenzten Zugang zu Hilfen im Krankheitsfall hat oder diesen nur in vitalen Notfällen erlangen kann. Die Antwort auf diese Frage beschreibt die Struktur und den Umfang der Ursachen und Determinanten (Alter, Geschlecht, soziale Merkmale, Anlass, Diagnose etc.) der nachgefragten Hilfeleistungen und indirekt auch die Leistungsfähigkeit der Versorgungssysteme und ihre sozialrechtlichen Orientierungen.

Die Frage von WEM die Versorgung geleistet wird, fragt nach den beteiligten Professionen, Infrastrukturen und deren Kooperation, nach dem Integrationsgrad komplexer Leistungen und nach den qualifikationsübergreifenden Delegations- und Substitutionskonzepten von Hilfeleistungen und Verantwortungen. Die Antwort beschreibt die Hilfeleistenden nach ihrer Professionalisierung und nach den „Institutionen“ der Hilfeleistungen (Selbstversorgung, Familie, paraprofessionelle Anbieter, soziales Umfeld, ambulante Medizin, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Pflegeeinrichtung etc.)

Die Frage nach dem WIE fragt nach den Methoden, Mitteln und Ergebnissen sowie den jeweiligen Ressourceneinsätzen zur Versorgung, z.B. durch Konzepte der evidenzbasierten Medizin oder wissenschaftsalternativer Angebote sowie einer personalisierten oder einer depersonalisierten Medizin.

Die Frage nach dem Ergebnis informiert über Unter- Über- und Fehlversorgungen, aber auch über subjektive Zufriedenheiten, letztlich auch über die soziale Effektivität. Letztere Information ist oder sollte in sozialkompensatorischen demokratischen Systemen öffentlich verpflichtend allgemein zugänglich sein.

Jede dieser Fragen steht in einem eigenen sozialen Koordinatensystem und wiederholt sich in allen zueinander abgrenzbaren medizinischen Versorgungsfeldern.

Teilgebiet der Versorgungsforschung ist die Inanspruchnahmeforschung, international als „utilization research“ oder „utilization management research“ bezeichnet. Ihre Methodik gründet zumeist auf verfügbaren und typischer Weise sekundären Daten und deren Verknüpfung.

Die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und ihre Leistungsangebote stehen in einem komplexen Wechselverhältnis zu den Marketingstrategien der Anbieter und den Interessen der finanziellen Träger der Leistungen sowie zu der

Selbstinterpretation der Bedarfe durch die Patienten. Analysen zur Nutzung medizinischer Ressourcen sind folglich mit wechselnden Zielen im Interesse jeder dieser Parteien.

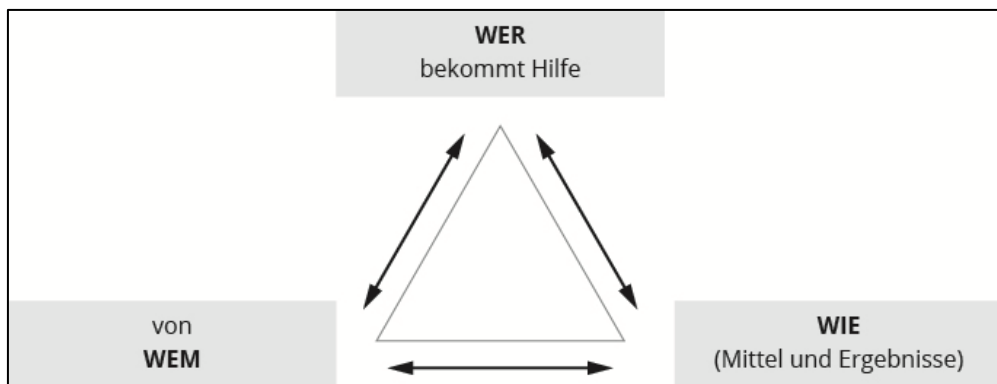


Abb. 1: Das Dreieck der Versorgungsforschung

Unter den Rahmenbedingungen einer Einzelleistungsvergütung etwa nach dem Konzept der DRG-Produkteklassifikationen, ist ein Interesse an der Leistungs- vor allem der Mengenentwicklung so evident wie das Interesse an einer Portfoliosélection entlang den Preis-Gewinn-Relationen solcher Produktkataloge und an den jeweils erzielbaren Fallmengen je Produkt. In gleicher Weise evident ist das Interesse an der Regulation der Versorgungsangebote und der Versorgungsleistungen. Die jeweiligen Konzepte der Anbieter wie der Finanzierer beeinflussen unter den jeweilig politisch präferierten Finanzierungsregeln dann auch das Interesse an der Versorgungsforschung. Deren Ergebnisse können in vielfältiger Weise die System- und Angebotsgestaltungen bestimmen und so Einfluss auf Konzepte zur Risikoselektion, zur Mengenkonzentration (Kartellbildung und Begrenzung des Wettbewerbsdrucks) und zur Angebotsselektion nehmen.

Sozialmedizinische Versorgungsforschung untersucht die Zugänglichkeit und die bevölkerungsbezogene Wirksamkeit medizinischer Versorgungsangebote unter dem besonderen Fokus der Diskriminierungsfreiheit der Zugänglichkeit und der Bedarfsadäquanz der Ressourceneinsätze.

Die global variierenden Finanzierungsmechanismen bestimmen in erheblichem Umfang die Art und Weise der Versorgung, die Fallmengen und deren Struktur. Sie beeinflussen aber auch die Entscheidungen zur Ressourcenallokationen und ebenso die möglichen Versorgungsergebnisse.

Datensammlung, Datenverfügbarkeit, Datenverknüpfung und Datenmanagement sind weltweit in unterschiedlichem Ausmaß verpflichtend, allgemein oder selektiv nutzbar. Sie sind ggf. eigentumsrechtlich geschützt und nur als Handelsware verfügbar (data brokerage). Solche Daten und ihre Verfügbarkeit können das demokratische Selbstverständnis von Staaten spiegeln und dann allgemein verfügbar oder sekretiert sein, können aber gewinnwirtschaftlichen Interessen nachgeordnet werden.

Die sozialmedizinisch fokussierte Versorgungsforschung nutzt ein Methodenarsenal, das sich in Teilen von der klinischen Versorgungsforschung unterscheidet. Ihre Methoden sind vor allem die Sekundärdatenanalyse, Methoden des evidence based decision-making, einfache und multiple Inkrement- und Dekrementtafeln, Simulationsmodelle, Kohorten- oder Generationenstudien, die Methoden der empirischen Sozialforschung, Metaanalysen etc.

Unterversorgung, Überversorgung, Fehlversorgung und Inanspruchnahme ebenso wie die soziale Effektivität von Angeboten und Infrastrukturen, Benachteiligungen bei der medizinischen Versorgung, und die Chancen und die Grenzen einer personenbezogenen Versorgungsintegration sind sozialmedizinische Kernthemen innerhalb der multidisziplinären Versorgungsforschung. Die Ergebnisse beeinflussen bspw. hieraus folgende Managementaufgaben in der medizinischen Versorgungspraxis. Zu diesem Aufgabenbündel gehört u.U. die Analyse von Fehlallokationen, Untersuchungen zur missbräuchlichen Ressourcennutzung und zur Politikfolgenforschung, soweit diese versorgungswirksam ist.

Beispiel:

Nach Schätzungen der Centers for Medicare and Medicaid Services für die USA wurden 2011 durch Versorgungsmängel gemäß einer mittleren Schätzvariante allein in den beiden steuerfinanzierten Programmen Medicaid und Medicare rund 300 Milliarden Dollar (also nahezu 1000 Dollar per capita) vernichtet. Das ist mehr, als die deutsche gesetzliche Krankenversicherung im gleichen Jahr insgesamt aufgewandt hat. Dabei entfielen auf direkte Versorgungsfehler und mangelnde Koordination der Versorgung 66 Milliarden, auf eine nicht zu rechtfertigende Überversorgung 77 Milliarden, auf administrative Aufwendungen 36 Milliarden und auf Strafzahlungen, z.B. wegen Abrechnungsbetrug 64 Milliarden US-Dollar. (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research-Statistics-Data-and-Systems.html>; Zugriff 11.11.2014)

Versorgungsforschung, wie immer sie disziplinär organisiert ist, ist in die nationalen Rahmenbedingungen der Systeme der Finanzierung und der Organisation der Krankenversorgung der Staaten eingebunden. Sie bietet Analysen zur wissenschaftsgeleiteten Optimierung der Gesundheitsversorgung an. Ihr praktisches Selbstverständnis ist das eines normativen „evidence based decision-making“ und berührt somit unmittelbar das Verhältnis von Wissenschaft und politischem Gestaltungsauftrag für die Systeme

der Gesundheitssicherung und -versorgung. Interessen-bindungen und Unabhängigkeit sind besondere Konfliktfelder der Versorgungsforschung. In öffentlich-rechtlich organisierten Krankenversorgungssystemen ist die allgemeine Verfügbarkeit ihrer Ergebnisse Teil eines demokratischen Selbstverständnisses, während unter gewinnwirtschaftlichen Wettbewerbsinteressen Ergebnisse der Vertraulichkeit unterliegen können und bspw. der Integration von Wertschöpfungsketten und der Risikoselektion im unternehmerischen Interesse dienen können.

An den Reibungsflächen von Sozialmedizin mit den Interessen von Entscheidern kann die Versorgungsforschung auf eine Geschichte zurückblicken, die global so weit reicht, wie die Bemühungen um eine allgemeine oder zumindest partiell öffentlich geregelte Krankenversorgung.

Beispiel:

Analysen zeigen weltweit, allerdings mit unterschiedlicher Intensität, dass es regional und schicht- sowie gruppenspezifisch unterschiedliche Versorgungsergebnisse gibt. Es ist von unmittelbarem Interesse zu ermitteln, ob diese Ergebnisse eher der Nutzer- oder der Anbieterseite zuzurechnen sind. Im Sinne der Ergebnisoptimierung wäre es dann notwendig zu prüfen, auf welche Probleme jeweils bezüglich der Nutzer und/oder der Anbieter zu reagieren wäre, ob also anbieterseitige Qualitätsdefizite den Diagnostikern, den Therapeuten oder der Nachsorge zuzurechnen sind oder eher einer erratischen Inanspruchnahme und mangelnder Compliance auf der Patientenseite. Die Auseinandersetzung mit den Analyseergebnissen könnte dann auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisdefizite (vergl. Donabedian's Trias) verweisen. Zeigt sich hingegen, dass die Probleme auf der Nutzerseite bestehen, läge der Fokus auf analytischen Studien zu den Bedingungen der Inanspruchnahme auf der Patientenseite.

Im Kern geht es hier um die Frage nach ursächlich zurechenbaren Verantwortungen für die Entstehung und für den Ausgleich von benachteiligender Zugänglichkeit zur Krankenversorgung nach den Maßstäben evidenzbasierter Notwendigkeiten und Erfordernissen. Versorgungsforschung hat so nicht nur eine klinisch-medizinische, sondern vor allem auch eine sozialmedizinische Dimension.

Beispiel:

Wichtige Etappen der Etablierung einer systematischen Versorgungsforschung finden sich vorzugsweise in den Ländern, in denen der Finanzierungsdruck vor allem auf den Steuerzahlern liegt, vor denen dann auch die Aufwendungen für die gerechtfertigt werden müssen. Das trifft etwa für die skandinavischen Staaten, Großbritannien und auch die USA zu. Bisherige Pioniere der sozialmedizinischen Versorgungsforschung waren z.B. A.L. Cochrane (1909-1988) mit seiner Schrift „Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services“, 1971; M.

Roemer (1917-2001) mit dem zweibändigen Werk "National Health Systems of the World" (1991 and 1993, Oxford University Press) sowie das "Institute of Medicine" der USA (heute "Academy of Medicine"): "To Err is Human. Building a Safe Health System", oder auch die RAND Corporation mit dem RAND Health Insurance Experiment 1974-1982 (https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html, Zugriff 17.08.2009).

Schließlich sei auch auf das australische „Population Health Research Network“ verwiesen: <http://www.phrn.org.au/for-the-community/what-is-data-linkage/>: Zugriff 05.05.2018.

In Deutschland spielen steuerliche Aufwendungen für die Krankenversorgung nur eine marginale Rolle. Entsprechend gering war hier in der Vergangenheit auch das Interesse an der Versorgungsforschung. Dies ändert sich erst zögerlich seit etwa 2000 und wird von den Markt- und Wettbewerbsinteressen maßgeblicher Akteure nicht eben befördert.

Beispiel:

Nach dem 2. Weltkrieg wurden für eine Reihe von Staaten die nicht erklärbare Zunahme der Fallmengen von Tonsillektomien und Appendektomien berichtet. Nach Maßstäben der Indikationsgerechtigkeit waren diese Zunahmen kaum zu erklären. Die typische Rechtfertigung solcher Mengenausweitungen folgte dem Argument einer vorsorglichen medizinischen Intervention. Im Ergebnis schwieriger Auseinandersetzungen gelang es, diese Fallzunahmen nicht nur zu stoppen, sondern - gebunden an fachliche Kriterien der Notwendigkeit - auch wieder deutlich zu reduzieren. Die Geschichte und die Gegenwart der medizinischen Versorgung kennen sehr viele ähnliche Beispiele.

Die Bewertung der Fallmengendynamik medizinischer Leistungen und ggf. deren Verteilungsmuster sind eine die sozialmedizinische Versorgungsforschung maßgeblich prägende Aufgabe. Das allgemeine sozialmedizinische Krankheitsmodell sowie das Konzept der Bewegungsformen von Fallmengen (Heft 3) beschreiben allgemein die Bewegungsmechanismen von Fallhäufigkeiten. Es ist die wichtigste Schlussfolgerung aus diesem Modell, dass von der Änderung von Fallhäufigkeiten nur unter besonderen Bedingungen auf Gefährdungsänderungen geschlossen werden darf. Es gehört deshalb zu den grundlegenden Aufgaben der Versorgungsforschung, die prinzipiellen Wirkmechanismen der sog. Bewegungsursachen von Fallhäufigkeiten systematisch zu analysieren und aufzuarbeiten (siehe auch Niehoff, J.-U, Li, B. *Epidemics and Regressions*, SalusCon Akademieverlag 2022).

Die Analytik zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung benötigt quantifizierbare Indikatoren zum Anlass und zum Ziel der Leistungen sowie die Zuordnungen zu den Versorgungseinrichtungen und professionellen Qualifikationen (warum, wo, durch wen und mit welchem Ergebnis). In gleicher Weise wichtig ist dann die Zuordnung der Patienten zu sozialen Schicht- und Gruppenmerkmalen sowie zu den

Geschlechtern, zum Alter, zur Art der Krankenversicherung, zum rechtlichen Status etc. Die Versorgungsforschung ist also zwingend und grundlegend auf Klassifikationen von Gründen der Inanspruchnahme, von medizinischen Interventionsmaßnahmen und deren Ergebnissen sowie auf die soziale Klassifikation von definierten Gruppen und ganzen Bevölkerungen angewiesen.

Die Ziele der Analysen zur Inanspruchnahme sind an die jeweiligen Systemmerkmale gebunden. Dies sind allgemein die eines wissensbasierten Versorgungsmanagements. Die Ziele unterscheiden sich allerdings unter den Rahmenbedingungen steuer- und/oder umlagefinanzierter Systeme, unter denen der „Managed Care Industry“ oder unter denen privatrechtlich gegründeter Versorgungssysteme sowie hinsichtlich der jeweiligen internen Anbieterinteressen („internal utilization review“ und „benchmarking“) erheblich.

Aus sozialmedizinischer Sicht sind in diesem Zusammenhang Analysen zur Ungleichheit der Versorgungsbedarfe und -leistungen sowie zu sozialen Benachteiligungen im Zugang zur Versorgung zentrale Arbeitsfelder. Das gilt dann auch für die Analytik zu den Unterschieden in der Versorgungsqualität sowie zur Anfälligkeit der Systeme gegenüber dem Missbrauch der Finanzierungsmechanismen.

3 Versorgungsbedarfe

Die medizinische und pflegerische Versorgungsbedarfe entsprechen der Summe rechtswirksam zugesicherter Versorgungsleistungen und der darüber hinaus gehenden Angebote.

Morbidität, Leistungsanrechte, aktive Angebote und deren Inanspruchnahme sind die entscheidenden Bedarfsvariablen und deshalb auch die prioritären Gegenstände des analytischen Interesses der Versorgungsforschung. Einmal bestimmt, sind es die Wandlungen der Bedarfe und die Ursachen entsprechender Dynamiken, die fortlaufender wissenschaftlicher Analyse bedürfen.

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversorgung setzt den Zugang zu Hilfeangeboten voraus. Die Zugänglichkeit ist folglich ein entscheidendes Maß des Bedarfs und ggf. auch ein wichtiges Regulationsziel. Die systematische bevölkerungsbezogene Analyse der drei Variablen „Angebot, Zugänglichkeit, Inanspruchnahme“ steht im Zentrum der Interessen der sozialmedizinischen Bedarfsforschung (necessity research, supply research, access and utilization research). Die wichtigsten Aspekte dieses Forschungsfeldes sind

- der Umfang, die Struktur und die Verteilung der Versorgungsbedarfe in einer räumlich und zeitlich definierten Bevölkerung
- die Ursachen von Bedarfsänderungen, insbesondere von solchen Änderungen, die für einzelne soziale Schichten und Gruppen einer Bevölkerung unterschiedlich wirksam sind (sozialepidemiologische Varianz der Bedarfe und ihre Dynamik)
- die Bedarfsadäquanz der Versorgungsangebote und des Versorgungsmanagements
- die soziale Wirksamkeit medizinischer Hilfen unter Alltagsbedingungen (social and community effectiveness)
- die sozialen Wirkungen von Konzepten der Anbieter- und der Nachfragesteuerung
- Umfang und Angebotsstruktur bedarfsunabhängiger Leistungen

Versorgungsforschung ist in dieser Perspektive auch als ein Aspekt der Sozialforschung aufzufassen, da sie die Wirkungen sozialer Prozesse auf die medizinische Versorgung untersucht. Zu den Mechanismen solcher Prozesse des Wandels medizinischer und pflegerischer Bedarfe gehören vor allem soziodemografische Prozesse, der Wandel von Leistungsangeboten und deren Zugänglichkeit sowie Änderungen der Gefährdungen für die Gesundheit.

Versorgungsbedarfe umfassen alle notwendigen und erforderlichen Leistungen, um im Falle von Kranksein zu helfen, im Falle von Behinderung ein möglichst hohes Maß an Selbständigkeit zu erhalten oder wiederzuerlangen und im Falle des Verlustes von Selbständigkeit, diesen Verlust zu kompensieren.

Diese Beschreibung lässt offen, ob es sich um Bedarfe handelt, denen in Eigenhilfe, in kollektiver Selbsthilfe, in Fremdhilfe durch Laien oder durch professionelle Helfer entsprochen werden kann oder muss. Sie schließt aber die These ein, dass Versorgungsbedarfe vielfältig konditioniert sind, in ihrer Gesamtheit also nicht allein über die Bedarfsanlässe (Morbidity, funktionelle Gesundheit/Behinderung oder Pflegebedarf) objektiviert werden können.

Es ist eine der Aufgaben der Versorgungsforschung, empirisches Wissen über die Versorgungswirklichkeiten bereitzustellen. Bedarfe lassen sich nicht allein über die Klassifikationen der Krankheiten bestimmen. Sie sind ein sozialmedizinisches Thema, weil sich die Verteilung der Anforderungen an die Professionalität von Hilfen nicht allein aus den Anlässen, sondern immer auch aus den sozialen Eigenschaften der Betroffenen, z.B. Bildung, Verfügbarkeit von Ressourcen usw., ableitet.

Der Versuch „Bedarfe“ an medizinischer Versorgung zu bestimmen, führt so in das Zentrum der kontroversen Diskurse um die Ausgestaltung von Systemen der Gesundheitssicherung und -versorgung:

- Kranke, bzw. Personen, die Hilfe benötigen, werden einen solchem Zustand immer auch als Bedarf erleben und deuten, unabhängig davon, ob er Bestandteil einer zugesicherten Leistung ist oder nicht.
- Institutionelle Anbieter werden „Bedarf“ als Angebote deuten, die – über welche Mechanismen auch immer – positiv umsatzwirksam sind.
- Krankenversicherungen werden den Bedarf als Summe vertraglich garantierter Leistungszusagen verstehen.
- VersicherungsökonomInnen schätzen den Bedarf als die Menge kaufkräftiger Nachfragen an Anbietermärkten.
- Anbieter bestimmen als Bedarf die notwendigen Leistungsmengen zur Refinanzierung der fixen und der variablen Kosten plus Gewinnerwartung auf dem jeweiligen Käufermarkt.

Bedarfe sind vor diesem Hintergrund jeweils nach ihren Umfängen, ihrer Struktur und nach den primären Entscheidern über die notwendige, angemessene und wirtschaftliche sowie die berechnete Inanspruchnahme im Falle professioneller Hilfen zu differenzieren. Diese sind jedoch nur eine Teilmenge der Gesamtbedarfe, die über die professionellen und institutionalisierten Angebote weit hinausgehen. Letztlich entspricht der Bedarf jedoch immer nur der monetär kompensationsberechtigten oder -pflichtigen Nachfrage. Soweit die Leistungskataloge der Versicherungen über soziale Umlagen oder über Steuerfinanzierungen abgesichert sind, sind Bedarfe immer auch über

die Kaufkraft dieser kollektiven Kostenträger bestimmt. Versorgungsforschung ist dann unmittelbar in die demokratischen Übereinkünfte von Bevölkerungen zu den Zugänglichkeiten von Versorgungsleistungen eingebettet.

Beispiel:

Bedarfswirksame Verantwortungszuweisungen werden global sehr unterschiedlich argumentiert. Ein besonders wirkungsmächtiges Beispiel gab Margret Thatcher (1925–2013), Premierministerin Großbritanniens von 1979–1990: "There is no such thing as society: there are individual men and women, and there are families" (M. Thatcher, Interview for Woman's Own 1987, Sep 23). Mit fortdauernder Wirksamkeit gründen Reformbemühungen der Krankenversorgungssysteme - nicht nur in den europäischen Staaten - auf diesem politischen Leitbild und haben so die „Einbettung“ der Gesellschaften in die globale Marktwirtschaft vorangetrieben. (Siehe hierzu auch K. Polanyi (1886-1964) The Great Transformation. 1. Ausgabe 1957. (11. Ausgabe 1971, Beacon Press und Rinehart & Company.) Polanyi untersucht in dieser Schrift den Wandel von einem in die Gesellschaft eingebetteten Markt zu einer Gesellschaft, die in den Markt eingebettet ist (Marktgesellschaft). Die Unterordnung aller Produktionsfaktoren, z.B. Boden, Arbeit und Geld unter den „Markt“ (Kommodifizierung) bewirkt nach Polanyi soziale Desintegration und die Ablösung humaner und sozialer Gesellschaftsziele durch die Interessen der marktbeherrschenden Akteure. Dies führt nach Polanyi zur globalen politischen Destabilisierung, zu global wachsender Armut und zu Migration sowie zu massiven Verteilungskonflikten. Das Kommodifizierungstheorem ist dann auch weltweit ein wichtiges Konfliktthema u.a. bei der Ausgestaltung von Systemen der Krankenversorgung.

Für die Vorhaltung der kapazitiven und infrastrukturellen Voraussetzungen medizinischer Versorgung gibt es prinzipiell nur zwei Wege: Entweder folgen entsprechende Zuteilungen (Allokationen) einem Planungs- oder einem marktwirtschaftlichen Mechanismus, die bedarfswirksamen Angebote dann also kaufkräftigen Nachfragen.

Planungsmechanismen erfordern primäre und empirisch begründbare Bedarfsentscheidungen. Marktwirtschaftliche Mechanismen verlangen hingegen fortlaufende Kaufkraftanalysen und Analysen zur Verteilung von Präferenzentscheidungen der Käuferseite. Bedarfsplanung und Kaufkraftanalytik sind somit die beiden entscheidenden Alternativen bei der Ausgestaltung von Versorgungsangeboten und analog bei den konzeptionellen Orientierungen der Versorgungsforschung.

Beide Varianten verlangen einen Bezug zu den verfügbaren Ressourcen wie zu den anzunehmenden Nachfragemengen und -strukturen, zu den belastbaren Budgets oder zu den entweder am Markt oder gegenüber den Käufern durchsetzbaren Preis-Mengen-Relationen. Nachvollziehbar haben beide Strategien Konsequenzen für die Versorgungsforschung. Unter Wissenschaftlern besteht im Wesentlichen weltweit Einigkeit, dass „reine“ Nachfragemärkte nicht in der Lage sind, die sozialen Funktionen

der Krankenversorgung zu gewährleisten und deshalb erheblicher, z.B. staatlicher, Interventionen bedürfen, wenn sozialer Frieden und soziale Kohärenz politische Ziele sind. Die Kontroversen um die Bedarfsermittlung folgen deshalb nicht den Kontroversen um Planung versus Markt, sondern der Kontroverse um die Interessen der Allgemeinheit im Verhältnis zu partikularen Einzelinteressen von Marktakteuren. Vorausschauende Bedarfsplanungen sind jedoch unter allen Varianten der globalen Krankenversorgungssysteme erforderlich, wenn die Vernichtung von Ressourcen entweder der Allgemeinheit oder der Einzelakteure vermieden werden soll. Es unterscheiden sich also lediglich die Ziele, nicht die Fragen.

Beispiel:

Zu den weltweit aktuellen Themen der Versorgungsgestaltung und damit auch der Versorgungsforschung gehört die Integration multidisziplinärer Versorgungsangebote unter dem Sammelbegriff „Integrated Care“. Offenbar setzt sich die Auffassung durch, dass die traditionell diskutierten Integrationsmodelle einer triagebasierten hausärztlichen Versorgung mit den Instrumenten „Überweisung“ und „Arztbrief“ keine ausreichende Integrationsgarantie schaffen. Es ist allerdings unklar, welche Behandlungsanlässe und welche „Patiententypen“ spezieller Integrationsangebote bedürfen. Eine solche Integration ist für die Organisation von Versorgungsleistungen zudem mit erheblichen Aufwendungen verbunden, zumal, wenn sie unter den Bedingungen freier Arztwahl und eines freien Niederlassungsrechtes der Anbieter ausgestaltet werden sollen. Die infrage kommenden Gestaltungsvarianten sind komplexe und anbieterübergreifende Budgets, die Integration von Wertschöpfungsketten in einer Anbieterhand und die Einflussnahme auf die Patientenentscheidung zur Nutzung von Versorgungsangeboten durch Marketing oder Anreizsysteme. Jede dieser Lösungen erzeugt einen neuen und zusätzlichen Aufwand für die Koordination von Leistungen und die notwendigen Kommunikationen. Die Integration ist nur durch spezielle Managementlösungen entweder auf der Nutzer-, der Anbieter- oder der Käuferseite sowie durch die verbindliche Nutzung von Standards für medizinische Leistungen und von Klassifikationen der Gründe und Anlässe der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten möglich. Gleichgültig welcher Weg beschritten wird, er ist weder aufwandsneutral noch ohne erhebliche systemische Interventionen und Innovationen zu bewältigen.

Die Definition von Versorgungsbedarfen ist ein grundlegendes konzeptionelles und damit kontextgebundenes Problem einschlägiger Forschungen. Der Kontext ist durch die jeweiligen systemischen Lösungen zur Krankenversorgung und die „Machtverteilung“ zwischen den Patienten, den Dienstleistern (provider) und der Finanzierungsseite (purchaser) bestimmt. Vor allem die Definitionsrechte von Bedarfen sind dabei Gegenstände konfliktbeladener und für die Versorgungspraxis folgenreicher Diskurse.

Der Beitrag der Sozialmedizin zur Ermittlung von Versorgungsbedarfen bezieht sich vor allem auf vier Fragestellungen:

1. Welche Mechanismen bewirken Bedarfsdynamiken?
2. Welche Teile einer Bevölkerung sind eher über- und welche eher unterversorgt?
3. Welche Wirkungen haben Innovationen auf Versorgungssysteme und die in ihnen agierenden Berufe?
4. Welche Folgen hat die epidemiologische Transition für die langfristige Ausgestaltung von Versorgungssystemen?

Im Kontext von Bedarfsschätzungen existieren der versicherte Behandlungsbedarf und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unabhängig voneinander. Dies wirft die Frage auf, wem die „Objektivierung“ von Bedarfen im Verhältnis zu Inanspruchnahmen übertragen werden kann. Ein solcher „objektiver“ Bedarf muss zunächst festgestellt werden. Dazu bedarf es dann dreier Anforderungen und einer Bedingung: Es muss erstens eine Norm existieren, es muss zweitens eine berechnete Instanz geben, die diese Norm anwendet und „richtig“ interpretiert, und es muss drittens Normennutzung sowie deren Anwendung unabhängig von Drittinteressen überprüfbar sein. Allerdings: Es ist die Bedingung, dass es zunächst überhaupt zu einer „Inanspruchnahme“ kommt, die eine solche Prüfung ermöglicht. Auch die Feststellung einer nicht berechtigten Leistungsnachfrage ist ggf. sehr aufwändig und wird dadurch bedarfsrelevant. Sie „verbraucht“ nämlich Arbeitszeit, Qualifikation und Technikeinsätze. Unter diesen Voraussetzungen lassen sich vielfältige Konstellationen für eine Bedarfsdefinition konstruieren. Vor allem aber ist anzuerkennen, dass keine der genannten Anforderungen sowie die Bedingung invariant und zeitlich stabil ist.

Die Entscheidung über eine Inanspruchnahme medizinischer Leistungen obliegt, sofern nicht rechtlich angeordnet, dem Patienten oder seinem Rechtsvertreter. Im einzelnen Behandlungsfall ist die Bedarfsdefinition lizenzierten, zertifizierten oder auch approbierten Personen übertragen, die autonom oder in abhängiger Stellung gegenüber einer Anbieterorganisation agieren.

Diese Sachlage ist noch vergleichsweise einfach, solange sie sich auf Einzelindikationen bezieht. Sie ist nur schwer zu beherrschen, wenn es sich um indikationsübergreifende Ressourcenallokationen handelt, also z.B. entschieden werden soll, ob bestimmte Indikationen gegenüber anderen als prioritär gelten sollen.

Beispiel:

In einer Bevölkerung A ist die Tuberkulose eine wichtige Ursache einer „vergleichsweise“ geringen mittleren Lebensdauer von 25 % der Bevölkerung. Die häufigste Todesursache der übrigen 75 % sind „Krankheiten des Herzens“. Diese stehen allerdings für eine deutlich höhere mittlere Lebensdauer. Beide Todesursachen betreffen Personengruppen mit unterscheidbaren sozialen Merkmalen wie z.B. Einkommen und Bildung. Zudem wird beobachtet, dass die soziale Schicht mit der höchsten Tuberkuloseinzidenz jene ist, die aus welchen Gründen immer, die größten Barrieren vor einer Inanspruchnahme von Hilfen hat. Die Benennung der Tuberkulose als eines prioritären Versorgungsproblems ist hier allein aus einer klinischen Perspektive nicht möglich. Sie ist eine politische Entscheidung für und

gegen sozialschichtspezifische Interessen: Mit der Entscheidung für die eine oder die andere Krankheit, bzw. Krankheitsklasse als prioritär, ist/wäre in jedem Falle eine Priorisierung von Bedarfen unterschiedlicher sozialer Schichten verbunden.

Beispiel:

Wie hoch der kapazitive Bedarf an präventiven medikamentösen Blutdrucksenkungen ist, hängt primär nicht von der Verteilung der Blutdrücke in einer Bevölkerung ab, sondern von der Interpretation entsprechender Werteverteilungen als „riskant“ und als „normabweichend“ oder „interventionsbedürftig“. Diese Deutungen verlangen eine Entscheidung zu einem oder mehreren „Normwert(en)“, zu den akzeptablen Risiken einer präventiven Therapie und zu ihrer vertretbaren Dauer sowie zu Zielprioritäten gegenüber anderen individuellen und auch sozialen Prioritäten bei der Allokation von verfügbaren Ressourcen. Patienten, Anbieter und Finanzierer sowie die Verkäufer von einschlägigen Medikamenten dürften hierzu jeweils unterschiedliche Auffassungen vertreten. Das Entscheidungsproblem ist dann durch Studien, auch wenn diese den methodischen Anforderungen hinreichend genügen, nicht aufzulösen.

Es gehört zum Wissensbestand der Versorgungsforschung, dass sich Dynamiken der Versorgungsbedarfe, ihre ungleichen Verteilungen und ihre Dynamiken nur unter bestimmten Umständen als gefährdungs- bzw. morbiditätsbedingt deuten lassen. Für das Verständnis grundlegender Sachzusammenhänge von Bedarfsdynamiken ist es deshalb notwendig, die prinzipiellen Wirkmechanismen von relevanten Einflussgrößen abzuschätzen. Das sind neben der Beurteilung von Gefährdungsänderungen auch das Marketing maßgeblicher Verkäufergruppen und die wirksamen Regulations- und Steuerungskonzepte der Finanzierungsträger.

Der Wandel gesundheitsbezogener Handlungsbedarfe hat dann folgende potenzielle Ursachen

- die Zugänglichkeit von Hilfeleistungen und die subjektive Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheitsproblemen ändern sich
- Innovationen eröffnen neue Interventionsmöglichkeiten
- Produktmarketing und Techniken der Bedarfssteuerung beeinflussen die Nachfragen medizinischer Versorgungsleistungen
- die Hilfeangebote professionalisieren und spezialisieren sich und bewirken so einen erheblichen Druck auf die notwendigen Fallmengen, um die Aufwendungen für die Spezialisierung und die Konzentration von Leistungen zu refinanzieren und ggf. die Gewinnerwartungen (-zwänge) zu befriedigen
- die objektiven Gesundheitsprobleme und ihre individuellen und sozialen Folgen ändern sich (epidemiologische Transition)

Die Anpassung der Infrastrukturen zur Versorgung Kranker an den Bedarfswandel ist so eine dauerhafte versorgungskonzeptionelle Herausforderung. Sie ist insofern

komplex als sie eine integrative und fachlich übergreifende Aufgabe ist. Sie ist aber auch eine spezifische soziale und medizinische Herausforderung, da sich an ihr die öffentlich und rechtlich garantierten Versorgungsziele entscheiden.

Bedarfe an medizinischer Versorgung „konkurrieren“ mit den Fähigkeiten zur Eigen- und Selbsthilfe. Sie sind somit auch immer an die Entscheidungskompetenz der Patienten gebunden. Da diese Kompetenz mit der sozialen Lage (z.B. Bildung, Motivation etc.) korreliert ist, ist die Bedarfsschätzung von Versorgungsangeboten immer auch an Annahmen zum Wandel der Sozialstruktur einer Bevölkerung gebunden.

Beispiel:

Kontusionen, Distorsionen, Verletzungen durch scharfe Gegenstände, aber auch die Diarrhoe oder Infekte der oberen Atemwege, bedürfen oft keiner professionellen Behandlung. Sie sind folglich auch nicht bedarfsrelevant, wenn Personen, Eltern oder sonstige Angehörige damit umgehen können. Die Kompetenz zur individuell angemessenen Entscheidung über eine Selbstversorgung oder zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe wird zwischen den Menschen immer auch variieren. Führt dann ein solcher Anlass zu einer nicht erforderlichen Inanspruchnahme und zu der Frage, ob sie durch einen Versicherungsvertrag gedeckt ist, wird eine solche Klärung ebenso wenig aufwandsneutral sein wie die notwendig werdende Beratung eines Patienten mit dem Ziel der Entängstigung. Zur Abwehr möglicherweise Haftungsansprüchen können zudem, wie umfangreich auch immer, eine (fachlich nicht gerechtfertigte) diagnostische Leistung und auch der nicht notwendige Griff zum Rezeptblock nachvollziehbar sein. Hierbei handelt es sich um typische Probleme öffentlich-rechtlich begründeter Versorgungssysteme.

3.1 Medizinische Versorgungsbedarfe

Ein akuter medizinischer Versorgungsbedarf liegt vor, wenn eine Hilfeleistung unmittelbar notwendig und erforderlich ist. Ein dauerhafter Bedarf liegt vor, wenn es sich um eine medizinische Versorgung im Falle nicht heilbarer oder remittierender Krankheiten handelt.

Die Bedarfe bei „akuten“ Krankheiten sind vorrangig von ihrer Inzidenz und von der Unmittelbarkeit des Interventionsbedarfs bestimmt. Die Bedarfe bei „chronischen“ Krankheiten sind hingegen vorrangig von der Prävalenz und der Dauer der lebensbegleitenden Interventionen determiniert. Gleiche Krankheiten können unmittelbare Hilfen wie auch planbare Hilfen erfordern. In diesem Sinne ist dann auch die Unterscheidung von akuten Krankheiten und chronischen Krankheiten problematisch. Sinnvoll ist hingegen die Unterscheidung von Notfällen und elektiven, bzw. planbaren Behandlungsanlässen sowie von dauerhaften und phasenhaften Leistungsbedarfen oder auch von heilbaren und nicht heilbaren Zuständen des Krankseins. Heilung und Erhalt

sowie Wiederherstellung der funktionellen Gesundheit sind somit zu unterscheidende Interventionsziele.

Es gibt allerdings auch Sichten, die die stationäre und die ambulante Versorgung regelhaft als akutmedizinischen Versorgungsbedarf deuten und so von einer nachsorgenden (Rekonvaleszenz) und rehabilitativen Versorgung abgrenzen.

Aus bedarfsanalytischer Sicht sind die Begriffe „seltene“ und „häufige“ Krankheiten wenig präzise und je nach Personen und Fällen sehr unterschiedlich zu beschreiben. So können wenige Personen viele „Fälle“ erzeugen und viele Personen wenige Fälle. Es bleibt oft unklar, ob sich solche Zuordnungen auf Ereignisse (Krankwerden = Inzidenz) oder auf Zustände (Kranksein = Prävalenz) beziehen. Seltene Krankheiten betreffen wenige Personen, können aber große Aufwände je Fall und je Patient auch hohe Fallmengen bewirken. Als Anteil an allen Behandlungsfällen sind sie hingegen selten. Häufige Krankheiten betreffen viele Personen, können aber geringe Aufwände je Fall und je Patient geringe Fallmengen bewirken. Als Anteil an allen Behandlungsfällen können sie hingegen häufig sein.

Bezogen auf die jeweiligen Patientenzahlen bleibt dann festzuhalten, dass wenige Krankheiten einen hohen Anteil der Aufwände bewirken können. Über die Menge der möglichen Behandlungsanlässe sind die Bedarfsvolumina je Behandlungsanlass also erheblich ungleich verteilt. Diese Asymmetrie nimmt mit der Zunahme der mittleren Lebensdauer einer Bevölkerung tendenziell zu. In der Folge verdichten sich die Bedarfe am Lebensende und die Effekte, z.B. als messbare Lebenszeitgewinne durch medizinische Interventionen nehmen bei steigendem Aufwand ab.

Es gilt als gute Schätzung, dass etwa 20 % der Bevölkerung 80 % des Versorgungsbedarfs beanspruchen und etwa 80 % der Aufwendungen im Zeitraum von etwa 3 Jahren vor dem Lebensende benötigt werden. Es gilt gleichzeitig, dass soziale Schichten, die durchschnittlich eine höhere Lebensdauer erreichen als die übrigen Schichten, im Lebensdauerbezug mehr Leistungen beanspruchen als sozial (und gesundheitlich) Benachteiligte. Für solidarische Gesundheitssicherungssysteme erwächst hieraus ein erhebliches Legitimationsproblem und für die Versorgungsinfrastrukturen die Notwendigkeit aktiver Managementkonzepte zum bedarfsgerechten Sozialausgleich.

3.2 Versorgungsbedarfe an Rehabilitation

Leistungen zur Rehabilitation dienen der Sicherung der sozialen Teilhabefähigkeit. Im Mittelpunkt stehen Leistungen zur physischen, psychischen und sozialen Bewältigung von Krankheitsfolgen und deren Prävention.

Krankheitsfolgenbewältigung ist eine komplexe, u.a. auch sozialmedizinische Aufgabe, in deren Mittelpunkt die Sicherung der Bildungs- und Berufsfähigkeit sowie der körperlichen und mentalen Autonomie im Falle von dauerhaftem Kranksein und

Behinderung steht. Inhalte und Schwerpunktsetzungen für die Rehabilitation folgen in den Staaten den jeweilig konsentierten Konzepten zur sozialen Teilhabefähigkeit (Partizipation). Diese begrenzen sich allein auf die Wiedererlangung der physischen und kognitiven Voraussetzungen von Fertigkeiten oder schließen zusätzlich die gezielte berufliche Rehabilitation ein. In einigen Sozialsystemen fallen hierunter auch präventive Maßnahmen zum Erhalt der Teilhabefähigkeit sowie der Fähigkeiten, die individuellen Rechte selbst zu verfolgen (Enabling).

Gegenwärtige von der Weltgesundheitsorganisation präferierte Rehabilitationskonzepte ordnen diese in das Konzept des „Health Promotion“ (Gesundheitsförderung) ein: *“Health Promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health”*. (www.who.int/health-promotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf; Zugriff 27.12. 2018)

Der Fokus liegt vor allem auf der Sicherung des selbständigen Wohnens, der Sicherung der Ernährung, der persönlichen Sicherheit, des Zugangs zur Erwerbsarbeit und der Garantie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen.

Entsprechend diesem Programm werden von der Ottawa Charta aus dem Jahre 1986 vier Schwerpunkte gesetzt:

1. Die Förderung der Gesundheit der Bevölkerungen soll ein prioritäres Entwicklungsziel eines Landes oder einer Region werden.
2. Es sollen gleiche Bedingungen dafür geschaffen werden, die eigene Gesundheit zu erhalten, im Falle von Krankheit Zugang zu medizinischen Hilfen selbst zu nutzen und die Ressourcen zu entwickeln sowie die Folgen von Behinderungen zu bewältigen.
3. Zu diesem Zweck sollen relevante Akteure wie z.B. Regierungen, die Wirtschaft, die nichtstaatlichen Hilfsorganisationen, die Kommunen, die Medien etc. koordiniert handeln.
4. Entsprechende Hilfestrukturen sollen an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der jeweiligen Betroffenen unter Beachtung ihrer sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Bedingungen adaptiert werden.

Die Ottawa Charta ist durch die ihr nachfolgenden WHO-Konferenzen in Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexico City 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009, Helsinki 2013, Shanghai 2016, 2019 Bonn jeweils bestätigt worden und schließt Aufgaben der Rehabilitation explizit ein. Die Schwäche des Konzepts ist seine Begrenzung auf die „eigene Gesundheit“ und damit die Unterschätzung der solidarischen Voraussetzungen für einen solchen individualisierenden Anspruch. Die demokratische Mitwirkung und Mitwirkungsbereitschaft mindestens von Mehrheiten einer Bevölkerung sind für Konzepte der Gesundheitsförderung essenziell.

Die erste Voraussetzung für die Verfügbarkeit rehabilitativer Leistungsangebote und deren soziale Effektivität ist die Bereitschaft oder Verpflichtung einer dritten Partei, die Finanzierung solcher Leistungen zu übernehmen. In Staaten, die kaum in der Lage sind, Präventionsaufgaben und die akutmedizinische Versorgung abzusichern, ist der

Zugang zu Leistungen der Rehabilitation typischer Weise ein soziales Privileg vor allem für Vermögende und sozial Privilegierte oder wird unter dem Dach spezifischer haftungsrechtlicher Gegebenheiten oder durch karitative Organisationen ermöglicht.

3.3 Versorgungsbedarfe an Pflege

Umfang, Struktur und Dynamik der Pflegebedarfe sind das Resultat komplexer sozialer und demografischer Transitionen.

Ziel von Leistungen zur Pflege ist die Kompensation von Verlusten der physischen, kognitiven und sozialen Selbständigkeit. Die wichtigsten bedarfssteuernden Größen sind die jeweiligen regionalen sozio-kulturellen und wirtschaftlichen Bedingungen sowie die durchschnittliche Dauer des Pflegebedarfs. Diese Dauer ist vom Zeitpunkt des Eintritts eines Bedarfs und der nachfolgenden Lebensdauer unter Bedarf bestimmt, bzw. von den Kriterien, die für die Anerkennung von solidarisch oder subsidiär abgesicherten Pflegebedarfen geltend gemacht werden können.

Neben dem Wandel der Altersstrukturen von Bevölkerungen durch Änderungen der Fertilität, durch Migrationsprozesse und Gewinne an mittlerer Lebensdauer sind für die bevölkerungsbezogenen Pflegebedarfe vor allem auch sozialstrukturelle Wandlungen und Änderungen der familialen und ihnen analoge Lebensformen entscheidende Bedarfsdeterminanten.

Wenn der Pflegebedarf über seine Dauer klassifiziert wird, zeigen sich mindestens zwei abgrenzbare Cluster: Personen mit sehr langer Pflegedauer, die bei Bedarfseintritt noch jung waren und zudem einen vergleichsweise hohen personalen, qualifikatorischen, materiellen und technischen Hilfebedarf haben sowie Personen, mit vergleichsweise kurzer Pflegebedarfsdauer und hohem Zuwendungsbedarf, bei denen Pflege oft auch Sterbebegleitung beinhaltet.

Die Feststellung von Pflegebedarfen im Falle privat- oder sozialrechtlich garantierter Unterstützungsleistungen folgt zwingend den jeweils individuell oder solidarisch vereinbarten Normen. Solche Normen beziehen sich zunächst auf die Feststellung und Klassifizierung des individuell anspruchsberechtigenden Bedarfs. Auf dieser Normengrundlage können dann auch bevölkerungsbezogene quantitative Bedarfsschätzungen abgeleitet werden.

Beispiel:

Einige der häufig benutzten Klassifikationsinstrumente sind: die Activities of Daily Living (Katz, S. et al: Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. JAMA 1963 185 (12) 914-919), das Assessment of Mobility von Tinetti (Tinetti, M.E.: Performance-oriented

assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986 Feb; 34(2):119-26), der Barthel-Index (Mahoney, F.I., Barthel, D.: Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965, 14:56-61), Functional Independent Measure – FIM (Granger CV, Deutsch A, Russell C, et al. Modifications of the FIM instrument under the inpatient rehabilitation facility prospective payment system. Am J Phys Med Rehabil. Nov 2007;86(11):883-92), das Resident Assessment Instrument. (Garms-Hormolova, Gilgen (Hrsg.): RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Huber, 2000, ISBN 3-456-83260-5 und das Stufenmodell nach dem deutschen SGB XI (Pflegegrad Tabelle: Hier finden sie alle Leistungen im Überblick (pflege-grad.org) Zugriff 02.01.19.04.2022). Interessanter Weise sind viele der dann auch zur Klassifikation von Pflegebedarfen genutzten Instrumente ursprünglich zur Messung von Rehabilitationsergebnissen entwickelt worden.

Der bevölkerungsbezogene Pflegebedarf ist dem Produkt der Anzahl neu als pflegebedürftig anerkannten Personen und deren durchschnittlich zu erwartender Pflegedauer direkt proportional. Wegen der sehr unterschiedlichen Normenkonzepte zur Feststellung von individuellem Pflegebedarf sind globale Vergleiche nicht möglich.

Allgemein gilt:

1. Die dem Selbstständigkeitsverlust zugrundeliegenden funktionellen Störungen unterscheiden sich bei Männern und Frauen.
2. Die mäßigen und schweren funktionellen Störungen lassen sich in allen Altersklassen bei den Betroffenen gegenüber den jeweils gleichaltrigen nicht betroffenen Referenzpersonen gut abgrenzen. Pflegebedarf ist also auch im hohen Alter kein allgemeines Alterungsmerkmal.
3. Die zum Pflegebedarf führenden Selbstständigkeitsverluste sind in den unterschiedlichen Pflegestufen ungleich ausgeprägt, belegen aber durchweg, dass pflegeabhängige Menschen ohne Hilfe nicht leben können.
4. Männer sind beim Eintritt des Pflegebedarfs etwa 8 Jahre jünger als Frauen. Es zeigt sich zudem, dass die Pflegebedürftigen zumindest aus zwei Gruppen bestehen. Die eine Gruppe hat eine geringer Prävalenz und ist deutlich jünger und langdauernd von Pflege abhängig, bei der anderen Gruppe, gekennzeichnet durch ein hohes Alter und zumeist eine kurze fernere Pflegedauer, beinhaltet Pflege oft zugleich Sterbebegleitung.
5. Pflegeleistungen beanspruchen Frauen häufiger als Männer. Das deutet darauf hin, dass Männer eher auf familiäre Hilfe zurückgreifen können als Frauen. U.a. gehört dieser Aspekt auch zu den Determinanten der geschlechtsspezifischen mittleren Lebensdauer.
6. Etwa bis zum 65. Lebensjahr ist die Wahrscheinlichkeit eines Pflegebedarfs bei Männern höher als bei Frauen, jenseits des 65. Lebensjahres hingegen bei den Frauen höher als bei den Männern.
7. Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Pflegebedürftigkeit und deren Schwere sind eng der sozialen Lage korreliert.

3.4 Medizinische Versorgungsaufgaben

Medizinische Versorgungsaufgaben umfassen alle Leistungen zur individuell interventionellen Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege. Sie schließen aber auch alle Leistungen zur individuellen Bedarfsprüfung und zur organisatorischen Absicherung der Versorgung ein. Die Leistungen werden in Eigenhilfe, durch Laienhilfen und durch professionelle Hilfen erbracht.

Eine solche Beschreibung erfordert die Klärung der Bedarfsanlässe. Über diese ist dann die Abgrenzung von professionellen und nicht professionellen Leistungsbedarfen, die Untersuchung der Varianz der individuellen Reaktionen auf Bedarfe, und die Legitimation zur Bedarfsfeststellung und zur Intervention möglich. Bedarfe ergeben sich nicht allein aus dem Zustand „Kranksein“. Vorsorgeuntersuchungen, Atteste, Beratungen, gutachtliche Stellungnahmen, Hilfen bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen, ggf. die Bewertung der Arbeitsfähigkeit oder die Begleitung bei chronischem Kranksein sind ebenfalls bedarfswirksame Leistungen.

Sofern Leistungen gegen Geld getauscht werden, werden diese unvermeidlich zur Ware und unterliegen dann allen Normen und Komplikationen von Ware-Geld-Beziehungen. Das führt zu der Frage, ob im Falle medizinischer Hilfebedarfe die Theoreme der Marktwirtschaft und Marktkonkurrenz wirksam werden können, sollen oder dürfen. Da in deren Kontext der Bedarf über die Kaufkraft definiert ist, ist der Bedarf der kaufkräftigen Nachfrage äquivalent. Auf dieses Problem sowie das des Marktversagens im medizinischen Versorgungsfall reagieren die Staaten unterschiedlich. Die typische Reaktion in entwickelten Krankenversorgungssystemen ist die Vermeidung marktwirtschaftlicher Prinzipien oder zumindest deren erhebliche Regulation.

Das Regulationsziel ist die Begrenzung zugänglicher Leistungen auf solche, die nach dem Stand der Wissenschaften notwendig und erforderlich sind, um ein definiertes medizinisches Handlungsziel mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Solche Festlegungen sind die Grundlage für die Bestimmung des individuellen Bedarfs und davon abgeleitet, der Volumina bedarfswirksamer medizinischer Leistungen. Die Bestimmung dessen, was notwendig und erforderlich ist, die Kompetenzzuweisung, dies zu bewerten und die geltenden vertraglichen Vereinbarungen mit der jeweils finanzierenden Partei sind der „medizinisch-professionelle Versorgungsbedarf“. Dieser Sachverhalt unterscheidet dann auch eine sozialmedizinische Bedarfsanalyse von einer Marktanalyse.

Die Konfliktfelder sind offenkundig. Sie sind durch die Verschiedenheit der Interessen, der Bedürfnisse und der Wünsche der Patienten, der medizinischen Dienstleister, der Eigentümer der Versorgungsunternehmen und der Kostenträger geformt.

In der Praxis der Krankenversorgungssysteme wird zumeist unterstellt, die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungseinrichtungen, bzw. die Summe der erbrachten Leistungen spiegele mit hinreichender Genauigkeit den Bedarf. Folglich

entstünden Bedarfskonflikte immer nur dann, wenn sich Bedarfe quantitativ und strukturell ändern, also zu Mehrbedarfen, zu Bedarfsminderungen oder zu sich ändernden Bedarfsverteilungen führen.

Die typischen Erklärungsalternativen sind dann

- gesundheitliche Gefährdungsänderungen
- soziodemografische Veränderungen
- Wandel des medizinischen Entscheidungsverhaltens
- veränderte Leistungsregulationen und
- durch Marketingkonzepte induzierte neue Leistungsnachfragen

Beispiel:

Studien belegen, dass die Gefährdung an einer altersassoziierten Makuladegeneration zu erkranken in vielen Bevölkerungen abnimmt. Das ändert nichts daran, dass in vielen Bevölkerungen der Behandlungsbedarf zunimmt. Die Ursache dieses scheinbaren Widerspruchs ist es, dass der Behandlungsbedarf bei chronischen, bzw. langdauernden und ggf. nicht heilbaren Krankheiten nicht primär von der Inzidenz, sondern von der Prävalenz und diese von der Leistungsdauer definiert wird. Deren Dynamik hängt jedoch maßgeblich von der fernerer Dauer des Lebens mit einer Krankheit ab. Die Makuladegeneration ist hierfür nur eines von vielen Beispielen. Der Bedarf ist folglich von der erreichbaren Lebensdauer mit Krankheit, nicht von der Inzidenz abhängig. Die Autoren einer jüngeren Studie bestätigen so einen nahezu seit einem halben Jahrhundert bekannten Sachverhalt: „Factors that explain this decline in risk are not known. However, this pattern is consistent with reported declines in risks for cardiovascular disease and dementia, suggesting that aging Baby Boomers may experience better retinal health at older ages than did previous generations.“ (K.J. Cruickshank et al: Generational Differences in the 5-Year Incidence of Age-Related Macular Degeneration. "online first JAMA Ophthalmology" Zugriff 16. 11. 2017)

Für die Bedarfsforschung gilt allgemein, dass die Bedarfsdynamik kurzdauernder Krankheiten vor allem über die Inzidenzdynamik, die bei langdauernden Krankheiten über die Dynamik der Behandlungsdauer zu erklären ist. Es gilt aber auch, dass die Inzidenzdynamik nicht ungeprüft als ein Indikator für Gefährdungsänderungen gedeutet werden darf.

3.5 Demografisch bedingter Bedarfswandel

Die für den Menschen relevanten Gesundheitsgefährdungen, Gesundheitsstörungen, Anlässe der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Hilfebedarfe zur Teilhabe am Leben sind über das Alter und die sozialen Strukturen einer Bevölkerung ungleich verteilt.

Hieraus folgt, dass jede Änderung des Umfangs und der Struktur einer Bevölkerung auch zu Änderungen des Umfangs und der Struktur der medizinischen Versorgungs- und der behinderungsbedingten Hilfebedarfe führt, bzw. führen muss.

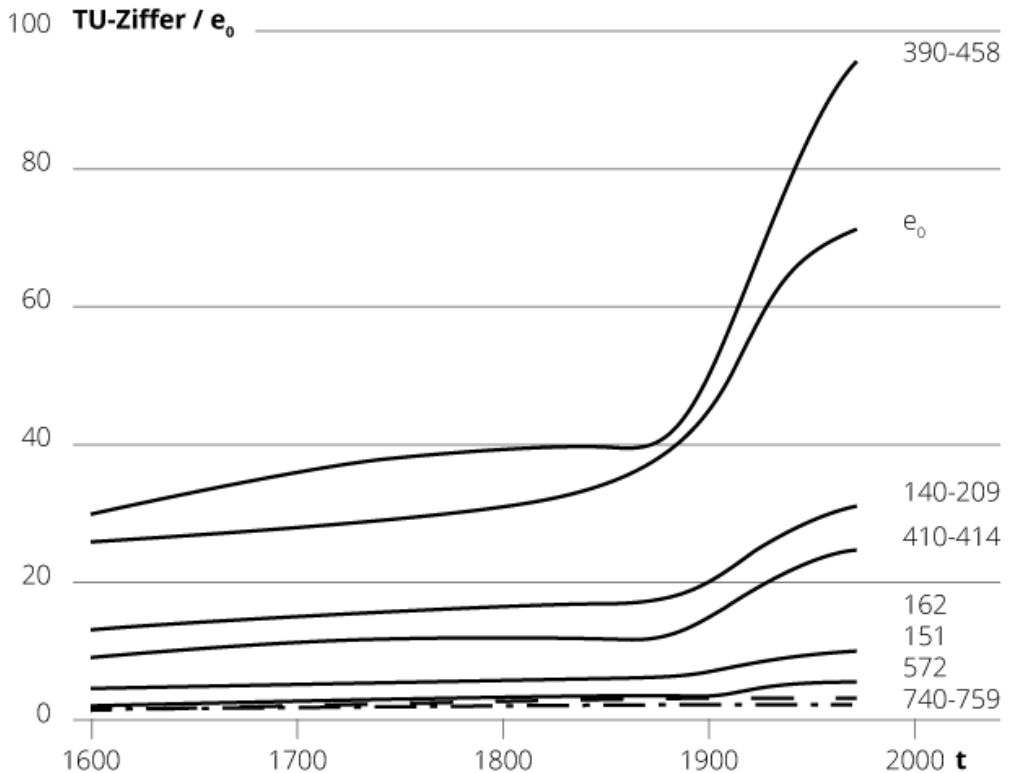


Abb. 2: Simulationsmodell zur Änderung der Todesursachenziffern ausgewählter Sterbeursachen bezeichnet nach ICD 9 allein infolge der Zunahme der mittleren Lebensdauer unter der Annahme konstanter altersspezifischer Gefährdungen im Zeitraum 1600 bis etwa 1970, standardisiert auf die jeweiligen „Tafelbevölkerungen“ (Niehoff, J.-U. 1984: Der Morbiditätsprozess, Habilitationsschrift, Humboldt-Universität zu Berlin)

Demografische Wandlungen gehen ursächlich auf drei Vorgänge zurück. Diese sind Veränderungen der Reproduktion, der Lebensdauer und der räumlichen Bevölkerungsverteilungen durch Migrationsprozesse. Solche Vorgänge sind soziale Prozesse. Alle diese Einwirkungen manifestieren sich im „Lebensbaum“, der in seinen Strukturen geschichtlich-epochale Einflüsse bis zu 150 Jahren „erinnert“. Parallel gestalten Wandlungen des Reproduktionsgeschehens und die Änderungen der mittleren Lebensdauer der Bevölkerungen diese Lebensbäume und werden so über lange Zeitspannen auch für den Wandel der Versorgungsbedarfe wirksam.

Der demografische Wandel ist einer der die Menschheitsgeschichte begleitenden und diese in ihrem Verlauf auch bestimmenden wesentlichen sozialen Prozesse. Er war

und ist Teil der Besiedlungsgeschichte der Erde, der Herausbildung von gegeneinander abgrenzbaren Bevölkerungen oder auch der Zunahme der genetischen Varianz von Homo Sapiens. Diese Vorgänge stehen mit dem Wandel der vorkommenden Krankheiten und Sterbeursachen sowie jeweils mit deren sozialspezifischen Verteilungen als Ursache und Folge in einem unmittelbaren und wechselseitigen Zusammenhang.

Demografische und die sie verursachenden sozialen Wandlungsprozesse sind die wichtigsten historischen Ursachen des systematischen Wandels medizinischer Versorgungsbedarfe.

Dieser Sachverhalt rechtfertigt, sich bei der Prognose von Versorgungsbedarfen maßgeblich auf soziodemografische Prognosemodelle zu stützen. Soweit es sich um bevölkerungsbezogene Prognosen mit räumlich und zeitlich begrenzter Planungsperspektive handelt, kann dabei eine hinreichende Stationarität der durchschnittlichen Gesundheitsgefährdungen angenommen werden. Je kleiner die Räume und je länger die zeitlichen Reichweiten sind, umso problematischer werden jedoch solche Prognosen.

Das gilt analog, wenn es sich um Bedarfsschätzungen für selektive Versicherungsbevolkerungen handelt. Hier ist allerdings zu beachten, dass deren Umfangs- und Strukturwandel nicht notwendig von demografischen Variablen abhängt, sondern ebenso Folge von Selektionsvorgängen und Veränderungen der Einkommen und Vermögen über die Zeit sein kann. Für die Zukunft ist zudem zu prüfen, in welchem Ausmaß marktwirtschaftliche Bedingungsgefüge die Bedarfswirksamkeit demografischer Prozesse radikal relativieren.

3.6 Gefährdungsänderungen für das Krankwerden

Gefährdungsänderungen spiegeln sich in wandelnden Expositionen, sich ändernden Wirkintensitäten und -dauern sowie in einer sich wandelnden Durchdringung von betroffenen Bevölkerungen, bzw. den epidemiologischen Potenzialen.

Gefährdungsänderungen sind demnach über Intensität einer Gefährdung, die Wahrscheinlichkeitsverteilungen ihrer Wirkungen, die Risikopopulationen oder epidemiologischen Potenziale und über die zeitlichen Zuordnungen zum Lebensverlauf der einander folgenden Geburtsjahrgenerationen (siehe Lexisdiagramm und allgemeines sozialmedizinisches Krankheitsmodell, Heft 3) zu beschreiben. Hierbei ist dann die Heterogenität einer Bevölkerung ein entscheidender Bezugspunkt für die Beurteilung von Gefährdungsänderungen. Die Relevanz von Gefährdungsänderungen hängt also maßgeblich von der Struktur einer Bevölkerung ab. Die Deutung der Bedarfsrelevanz

von Gefährdungsänderungen ist schwierig, weil die „betroffenen“ Bevölkerungen hinsichtlich ihrer expositionsrelevanten Sensitivität zumeist inhomogen sind. Die Bewertung der bevölkerungsbezogenen Relevanz entsprechender Gefährdungsänderungen verlangt zusätzlich die Kenntnis der Prävalenz der Betroffenen und deren differenzieller Sensitivität gegenüber der Gefährdung.

Beispiel:

Raucher haben eine höhere Gefährdung, an einem Lungenkarzinom zu erkranken. Das schließt nicht aus, dass z.B. infolge konkurrierender Gefährdungen, die Mehrheit der Raucher nicht an einem Lungenkarzinom erkrankt.

Gefährdungsänderungen kennen nur zwei Richtungen: Gefährdungen nehmen „zu“ oder „ab“ (siehe hierzu Heft 3).

In der Regel gilt, dass sich die Force of Morbidity und die Prävalenz der epidemiologischen Potenziale zueinander umgekehrt proportional verhalten. Je höher die force of morbidity ist, desto kleiner ist – in der Regel – die Menge der Betroffenen. Die Folge ist, dass nicht jede relevante Änderung der Force of Morbidity auch (in überschaubaren Zeiträumen) zu relevanten Änderungen der Versorgungsbedarfe führt.

Beispiel:

Das Konzept der Force of Morbidity (analog Force of Mortality) wurde vor allem für haftungsrechtliche Fragestellungen unter den legalen Bedingungen von Sammelklagen entwickelt. Es folgt dem Theorem, dass Krankheit (zumindest fraktionell) die Folge von messbaren Expositionen ist (etiologic fraction). Im Falle von rechtlich möglichen Sammelklagen bedarf es dann u.U. keines individuellen Kausalnachweises, der über Wahrscheinlichkeiten auch nie mit Sicherheit zu erbringen ist.

Messbarkeit heißt in diesem Zusammenhang, dass die Wirkungsstärke als Funktion der Zeit abgebildet werden kann. Typische Anwendungsfelder sind chemische, physikalische und biologische Expositionen. Werden Gefährdungsabnahmen als Präventionseffekte bezeichnet und Gefährdungszunahmen als gefährdungsbedingte Epidemien, sind deren Wirkungen auf den Versorgungsbedarf maßgeblich von den strukturellen Eigenschaften einer Bevölkerung und ihrer mittleren Lebensdauer sowie konkurrierenden Gefährdungen abhängig (siehe hierzu auch Heft 8).

Es gilt: Je höher die mittlere Lebensdauer desto stabiler die Summe der Versorgungsbedarfe gegenüber Gefährdungsänderungen.

3.7 Innovationen und Bedarfswandel

Der Wandel des Umfangs und der Struktur medizinischer Versorgungsbedarfe wird in erheblichem Umfang durch neue Versorgungsangebote, die anbieterinduzierte Nachfragen (Marketing) und durch die Regulierungen von Angeboten und Inanspruchnahmen bestimmt.

Neue medizinische Versorgungsbedarfe folgen zumeist nicht dem Wandel des Krankheitspanoramas, sondern Anbieterinteressen (supplier induced demand). Zu diesen gehören auch Anbieterspezialisierungen und räumliche Anbieterkonzentrationen (Monopolbildung mittels sog Integrated Delivery Systems), deren Wirtschaftlichkeit ggf. Mengenausweitungen zwingend voraussetzen, insbesondere, wenn die erzielbaren Preise reguliert sind. Solche Ausweitungen folgen neuen Indikationen und dem Wandel von handlungsleitenden Normenkonzepten. Die zumeist selektive Ausweitung von Interventionsindikationen wird dann zu einem unvermeidlichen Managementinteresse. Diese Effekte gewinnen an Bedeutung, wenn sich eine marktwirksame Trennung nicht nur der medizinischen Spezialisten, sondern auch der Indikationssetzungen und der nachfolgenden medizinischen Interventionen (Diagnostik, Therapie und Rekonvaleszenz) infrastrukturwirksam etabliert.

Beispiel:

Krankenversorgungssysteme, die sich entschlossen haben, Produktklassifikationen zur Etablierung marktwirtschaftlich wirksamer Einzelleistungsvergütungen zu nutzen, erleben regelhaft erhebliche Mengenausweitungen bei bestimmten (attraktiven) Produktsegmenten.

Um sicherzustellen, dass Bedarfsausweitungen nicht interessengeleitet, sondern möglichst ausschließlich innovationsbedingt sind, ist die Prüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in einer Reihe von Staaten durch unabhängig agierende Institutionen eine legale Norm. Allerdings gibt es für deren Arbeit keine allgemeinverbindlichen methodischen Standards. Vor allem reduziert sich die Innovationsdebatte zumeist allein auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und bezieht sich eher selten auf Modernisierungsbedarfe der Versorgungsinfrastrukturen oder auf die Ausgliederung obsoleter oder veralteter Methoden. Hiermit sind dann oft Konflikte zwischen den Anbietern und den finanzierenden Parteien verbunden, die im Besonderen die freie Arztwahl und die Rechtsinteressen der Indikationswahl betreffen.

Rechtliche wie ethische Erwägungen fordern, medizinische Interventionen in der Regel auf notwendige und erforderliche Maßnahmen zu begrenzen. Diese Forderung bezieht sich allerdings eher auf therapeutische als auf diagnostische Angebote. In der

Folge sind Mengenausweitungen der Diagnostik quantitativ zumeist wirksamer als die der therapeutischen Aktivitäten. Evidence based Medicine und konsentiierte Leitlinien sollen bewirken, dass die Leistungskataloge die Versicherungen und die Versicherten, bzw. die Steuerzahler vor wirtschaftlicher Überforderung und wissenschaftlich nicht gerechtfertigten Angeboten und Praktiken schützen. Weltweit gelingt dies jedoch kaum.

3.7.1 Evidence Based Medicine (EBM)

"Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of EBM requires the integration of individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research." (Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (2000): *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM (2nd Edition)* London; Churchill Livingstone)

EBM folgt dem Konzept, quantitativ begründetes Wissen für individuelle Entscheidungsprozesse über medizinische Versorgungsleistungen möglichst normativ und im Konsens mit den Patienten zu nutzen. Aus diesem Grunde ist EBM ein Mechanismus der Überführung quantitativer Aussagen in individuelle Entscheidungen, idealer Weise als gemeinsame Entscheidungen von Patienten und ihren Ärzten. Dabei treten allerdings eine Reihe grundsätzlicher Probleme auf:

1. Behandelnde Ärzte sind mehrheitlich nicht ausgebildet, quantitative Studien selbst methodisch sicher zu bewerten und in individuelles Handeln zu übersetzen. Idealerweise bedürften sie hierzu einer metaanalytisch profilierten und von Interessen dritter Parteien unabhängiger Kompetenz. Dies ist eine für den klinischen Alltag oft nicht zu realisierende Forderung. Institutionsspezifische Handlungsweisen, Prozessabläufe und Normen sind eher als realitätsnah zu unterstellen.
2. Nur für wenige der in der ICD klassifizierten Krankheiten liegen diesem Ziel entsprechende Studien und betreffen zumeist Krankheiten mit hoher Prävalenz. Die Mehrheit der „seltenen“ Behandlungsanlässe kann eher nicht auf Studien gegründet werden.
3. Globale Datensammlungen sind nicht oder nur eingeschränkt auf sich von den Studienbevölkerungen unterschiedene Patientencluster übertragbar und im Besonderen sehr kleine Bevölkerungen haben kaum die Möglichkeit, eine eigenständige EBM-Kultur zu entwickeln. Das macht sie von global agierenden Anbietern standardisierter Leitlinien weitgehend abhängig.
4. Es bedarf immer einer im Einzelfall zu verantwortenden Entscheidungen, wenn diagnostische Parameter bewertet und den Patienten interventive Konzepte empfohlen werden.

Um evidenzbasierte individuelle Entscheidungen normativ wirksam zu machen, haben sich viele Staaten entschlossen, ihnen den Charakter von Leitlinien unterschiedlicher Verbindlichkeit zu geben und ihre Anwendung gesondert zu honorieren. Es ist/wäre dann Aufgabe der Versorgungsforschung die Praxis und ihre Varianz offenzulegen, ggf. als eine systematische Routine.

Seit dem Beginn der Diskussion um eine evidenzbasierte Medizin haben sich zwei unterschiedliche Diskussionsstränge herausgebildet. Der eine treibt die Entwicklung von „evidence-based guidelines“ (EBG) mit dem Ziel der Etablierung und Klassifizierung von standardisierten klinischen Versorgungsprodukten voran. Der andere bemüht sich um die Etablierung von „evidence-based decisions“ (EBID) als Handlungs- und Wettbewerbsmodell von Anbietern medizinischer Versorgungsleistungen.

Beide Entwicklungsstränge stehen in einem engen Bezug zu den Eigenschaften der jeweiligen nationalen Versorgungssysteme. Folgerichtig haben sich z.B. in den USA und in Großbritannien unterschiedliche Interpretationen der EBM entwickelt. Das U.S. Modell ist ein Produkt der „US Preventive Services Task Force“. Diese verantwortliche Behörde (Agency for Healthcare Research and Quality) klassifiziert die Evidenzen (www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm, Zugriff 02.01.2022), wie folgt:

- Level I: Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial.
- Level II-1: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization.
- Level II-2: Evidence obtained from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group.
- Level II-3: Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled trials might also become related to this level of evidence.
- Level III: Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.

Das britische National Health Services geht einen anderen Weg. Das *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* (www.cebm.net/; Zugriff 29.12.2018) schlägt Stufen der Evidenz (LoE) in Abhängigkeit von Studiendesign und sog. critical appraisals getrennt für Prävention, Diagnostik, Prognose und Versorgungsfehlerstudien vor:

- Level A: Consistent Randomized Controlled Clinical Trial, cohort study, all or none, clinical decision rule validated in different populations.
- Level B: Consistent Retrospective Cohort, Exploratory Cohort, Ecological Study, Outcomes Research, case-control-study; or extrapolations from level A studies.
- Level C: Case-series-study or extrapolations from level B studies.
- Level D: Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or first principles.

Hieraus werden folgende praktische Entscheidungskriterien abgeleitet:

- Level A: Good scientific evidence suggests that the benefits of the clinical service substantially outweigh the potential risks. Clinicians should discuss the service with eligible patients.
- Level B: At least fair scientific evidence suggests that the benefits of the clinical service outweigh the potential risks. Clinicians should discuss the service with eligible patients.
- Level C: At least fair scientific evidence suggests that there are benefits provided by the clinical service, but the balance between benefits and risks are too close for making general recommendations. Clinicians need not offer it unless there are individual circumstances.
- Level D: At least fair scientific evidence suggests that the risks of the clinical service outweigh potential benefits. Clinicians should not routinely offer the service to asymptomatic patients.
- Level E: Scientific evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, such that the risk versus benefit balance cannot be assessed. Clinicians should help patients understand the uncertainty surrounding the clinical service.

Die Autoren des Oxford Centre for Evidence-based Medicine betonen: "It may be noticed that medicine is an applied human science. Any trial to reduce evidence to clinical decision-making will also find limits gravely to be taken into account. The reason is simple: There cannot be evidence if not based on the complex human sciences going beyond the clinical view." Mit dieser Stellungnahme schließt sich dann auch der von W. Osler adressierte Argumentationskreis (siehe Zitat im Vorwort).

Vor diesem Hintergrund gewinnen beide Modelle auch eine zu unterscheidende praktische Relevanz, auf die die Schlüsselautoren dann auch hinweisen:

„The practice of EBM requires the integration of individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.“ EBM bedarf also der Integration von klinischer und psycho-sozialer Kompetenz. Evidenzbasierte Medizin kann folglich nur eine evidenzbasierte medizinische Praxis werden, wenn „...the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values“ gelingt. Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (2000): *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM (2nd Edition)* London; Churchill Livingstone

Die Vorteile einer evidenzbasierten Medizin würden unnötig begrenzt, wenn sich diese auf vereinfachte Vorstellungen von Kranksein reduzieren würden. Die individuelle Erfahrung von Kranksein kann solchen Vorstellungen deutlich widersprechen. Mögliche Folgen sind Enttäuschungen von einer wissenschaftlichen Medizin, die zur Suche nach Alternativen zu ihr führen können. Deshalb sieht T. Hope den einzigen Lösungsweg in „the use of evidence-based information in a way of enhancing people's choices when those are patients“. (Hope, T. (1996): *Evidence-based patient choice*. London: King's Fund Publishing) Vor dem Hintergrund der erheblichen Heterogenität von Bevölkerungen, die sich dann auch in den Patientengruppen spiegelt, sind Fragen zur realitätsnähe berechtigt. Hoffnungen, diese Probleme mit umfassenden Zugriffen auf

social media Apps aufzulösen dürften kaum zu akzeptablen Lösungen, eher zu dauerhaften Konflikten führen.

Entgegen dem Konzept von Leitlinien und therapeutischen Versorgungsprodukten wird mit dieser Sicht das sog. Shared Decision-Making und der "Informed Consent" zum Fundament einer wissensgeleiteten Medizin, die sich in jedem Fall aber mit der Varianz der Ressourcen der Patienten, zumal unter dem Druck eines Leidenserlebnisses auseinandersetzen müsste. Beiträge der sozialmedizinischen Versorgungsforschung zur EBM stammen bspw. aus

- Untersuchungen zur Ressourcenplanung und -allokation
- Zu den sozialen Folgen der Portfolio- und zur Risikoselektion durch Versorgungsanbieter
- Analysen zur Inanspruchnahme und zur Bewertung der Effektivität und der Effizienz von infrastrukturabhängigen Versorgungsleistungen
- Analysen des internen Versorgungsmanagements von Versorgungsanbietern und deren Prozesssteuerungen

EBM forciert folgenreich jegliche Entscheidung zur Versorgung wissenschaftsgeleitet vorzubereiten und zu überwachen. Entsprechend haben sich folgende Begriffe etabliert:

- Evidence based Prevention
- Evidence based Behavior or Compliance
- Evidence based Resource Allocation
- Evidence based Organization of Health Services
- Evidence based Health Policy
- Evidence based Health Services
- Evidence based Health Planning
- Evidence based Purchasing
- Evidence based Management

3.7.2 Diagnostik und Versorgungsbedarfe

Diagnostik ist die bedarfswirksamste medizinische Aktivität.

Diagnostik klassifiziert und legitimiert medizinische Interventionsbedarfe, kontrolliert Therapieverläufe und bewertet deren Ergebnisse. Sie beschreibt auch gesundheitliche Sachverhalte selbst, wenn diese ohne therapeutische Konsequenz sind und allein der Beschreibung eines konkreten Gesundheitszustandes, etwa für Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, dienen.

Folglich sind die die Diagnostik leitenden wissenschaftlich, rechtlich oder vertraglich hinterlegten Normenkonzepte, deren Veränderungen sowie neue diagnostische Verfahren und Interventionskonsense (präventive Therapien, Frühtherapien) bezüglich der Notwendigkeit und ggf. auch der Zeitpunkte und -intervalle von Interventionen und Kontrollen erheblich wirksame Determinanten für die Dynamik der als behandlungsbedürftig definierten Prävalenzen von Fällen und/oder Personen. Solche Veränderungen betreffen nicht allein die Methodik und die Behandlungsziele. Sie betreffen auch die zugehörigen Leistungsprozesse und Versorgungsinfrastrukturen. Der möglicherweise wichtigste Aspekt ist die oft weitgehende organisatorische Trennung von Diagnostik und Therapie sowie die tendenzielle Reduktion der Diagnostik auf Laborleistungen und bildgebende Verfahren. Bereits die Diagnostik wird zunehmend ein arbeitsteiliger und ggf. auch multiprofessioneller sowie multiinstitutioneller Vorgang. Diagnostik trennt sich so von einem traditionellen ärztlichen Berufskonzept, das die ärztliche Profession in der Vergangenheit als die fachliche Einheit von Diagnostik und Therapie bestimmte. Diagnostik wird so zu einem der Schlüssel für die Spezialisierung, für professionelle Integrationsbedarfe und Interessen an hochintegrierten „Wertschöpfungsketten“ (integrated care), die für Monopolisten dann auch ausreichende Mindestmengen sichern.

Eine besondere und von obigem zu unterscheidende Problemkonstellation findet sich in der Psychotherapie. Hier ist die Diagnostik wesentlicher und inhärenter Bestandteil der therapeutischen Prozeduren. Im Rahmen von Eignungsuntersuchungen kann die psychologische Diagnostik unabhängig von unmittelbaren therapeutischen Interventionszielen zudem weitreichende und auch die Biografie bestimmende Konsequenzen haben. Diagnostische Standardbedingungen der somatischen Medizin, wie die Quantifizierung von Informationen zur Sensitivität, Spezifität und zu den predictive values sind zumeist nicht verfügbar. Entsprechend flach ist das Niveau der Standardisierung und eine überprüfbaren Leitlinienbindung nach den Regeln evidenzbasierter Medizin findet sich in der psychologischen Diagnostik eher selten.

Aus der Perspektive der sozialmedizinischen Versorgungsforschung sind folgende analytische Themenfelder herauszustellen:

- der Wandel diagnostischer Ziele
- die Realitäten einer undiskriminierten Zugänglichkeit notwendiger diagnostischer Methoden
- die Ursachen und Folgen diagnostischer Über- und Unterversorgung
- die ziel- und evidenzbasierte Adäquanz der Nutzung diagnostischer Methoden
- die Steuerung des diagnostischen Aufwandes nach Maßstäben der Effektivität

Diagnostik ist die regelgebundene Zuordnung (Klassifizierung) von individuellen physischen und psychischen Zuständen zu einem Krankheitsbegriff. Diese Zuordnung folgt einer Bewertung von Befunden nach Maßstäben der Normengerechtigkeit, bzw. der Ähnlichkeit von Krankheitsmodell und individueller Fallbeschreibung. Dieser Vorgang beurteilt dann zum einen die positiven Übereinstimmungen und zum anderen die Nichtübereinstimmungen. Letzteres ist in der Regel der schwierigere

Entscheidungsvorgang bei der Annahme oder Ablehnung einer Ähnlichkeit. Dabei kann Diagnostik in erheblichem Umfang selbst interventiv sein und bedarf folglich einer eigenen Risiko-Nutzen-Abwägung.

Da diagnostische Aufwendungen und Entscheidungen am Beginn jedes Behandlungszyklus stehen, ist deren Normierung nach Maßstäben des Notwendigen und der Angemessenheit auch ein Schlüsselthema der Versorgungsforschung. Bedarfsentscheidungen zu präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Interventionen, über notwendige Maßnahmen zur Kompensation von Verlusten der Autonomie sind die maßgeblichen Diagnostikziele.

Klinisch und sozialmedizinisch relevant ist die Beurteilung der Aussagekraft einzelner diagnostischer Methoden. Neben technischen und interpretativen Fehlern sind immer auch die Sensitivität, die Spezifität und die positiven und negativen prädiktiven Werte zu beachten. (Siehe hierzu das Schlüsselwerk von Galen R.S., Gambino, S.R. : *Beyond Normality: Predictive Value and Efficiency of Medical Diagnoses*, Churchill Livingstone, 1976 ISBN 10: 0471290475 .)

Gleiche Methoden können unterschiedlich zu bewerten sein, wenn die Prävalenzen der Kranken und der Gesunden in unterschiedlichen Grundgesamtheiten erheblich variieren. Das bedeutet zugleich, dass ohne hinreichend gute Prävalenzschätzungen die Gütekriterien einer diagnostischen Methode nicht bestimmbar sind. Dies bedeutet aber auch, dass mit dem Wandel oder der bevölkerungsbezogenen Erweiterung von Diagnostikzielen (Screening) sich auch die Güte Merkmale identischer Testmethoden ändern.

Typische Diagnostikziele sind:

- Diagnostik von Kranksein mit dem Ziel von Entscheidungen über Behandlungsindikationen
- Diagnostik zur Therapiebegleitung
- diagnostische Überwachung von Personen unter Risiko
- die Diagnostik von Zuständen, die zu Krankheit führen können (z.B. arbeitsmedizinische Überwachungsuntersuchungen, ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, pränatale Diagnostik, Einstellungsuntersuchungen, die Ermittlung von Verhaltensrisiken, die Beobachtung von Risiken als Teil der sozialen Lebensbedingungen)
- Diagnostik der Übergangswahrscheinlichkeit vom Gesundsein zum Kranksein (z.B. Diagnostik mit prädiktiven Zielen und Diagnostik von frühen Zuständen des Krankseins)
- Diagnostik aus rechtlichen Gründen (z.B. Begutachtung und Beweismittelsicherung bei Haftungsfragen oder forensischen Fragestellungen, Gesundheitszeugnisse und Atteste)
- Feststellung medizinischer Schadensfälle

Diagnostische Aktivitäten wirken auf zweierlei Weise auf die Versorgungsbedarfe. Solche Wirkungen sind einmal die Veränderungen der diagnostischen Intervalle und

zum anderen der Einfluss auf Normenänderungen bezüglich der Notwendigkeit therapeutischer Interventionen (präventive Therapie, Frühtherapie, „disease interception“).

Aus versorgungsanalytischer Sicht verdienen zwei Diagnostikziele offenbar wachsende Aufmerksamkeit: das sind einmal das Ziel einer Diagnostik von Gesundheit und zum anderen das Ziel, eine definierte Bevölkerung aus prädiktiven und präventiven Gründen systematisch und fortlaufend diagnostisch zu überwachen (Screening).

Zwar ist es mit überschaubaren Konsequenzen möglich, das Kranksein an einzelnen zuvor definierten Krankheiten auszuschließen, eine umfassende und prädiktiv interpretierbare Gesundheitsdiagnostik ist, zumindest aus sozialmedizinischer Perspektive erheblich problembehaftet. Eine solche Absicht würde mindestens verlangen, „Gesundsein“ zu klassifizieren und unterschiedliche Formen von Gesundsein, ggf. mit erheblichen gesellschaftlichen Folgen, auch zu bewerten. Dies findet im Rahmen von Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen für ausgewählte berufliche, sportliche und militärische Verwendungen auch statt, ist global bislang jedoch kein politisch mehrheitsfähiges Klassifizierungsmodell für ganze Bevölkerungen. Zumindest sind die ethischen Implikationen erheblich (siehe hierzu z.B. R. Crawford: *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*. In: *Internat. Journal of Health Services*. 10(3), 1980, S. 365–388; Kühn, H. (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*, Berlin, Edition Sigma; Skrabanek, P.: *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. St. Edmundsbury Press Dublin 1994, ISBN 0-907631-59-2.

3.7.2.1 Screening

Screening ist eine systematische bevölkerungsbezogene diagnostische Suchstrategie nach gesundheitlich Gefährdeten und nach Kranken mittels klinischer Tests, Befragungen und/oder körperlichen Untersuchungen.

Der Begriff „Screening“ wurde 1951 von der „Conference on Preventive Aspects of Chronic Disease“ der US Commission on Chronic Illness wie folgt definiert: It is „... the presumptive identification of unrecognized disease or defect by the application of tests, examinations, or other procedures which can be applied rapidly. Screening tests sort out apparently well persons who probably have a disease from those who probably do not. A screening test is not intended to be diagnostic. Persons with positive or suspicious findings must be referred to their physicians for diagnosis and necessary treatment.“ (www.who.int/ionizing_radiation/medical_radiation_exposure/munich-WHO-1968-Screening-Disease.pdf?ua=1; last checked 12.12. 2017).

Beispiel:

Die vermutlich erste große Screeningstudie an 760.000 Textilarbeitern publizierte L. R. Villermé (1782-1863): Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie (in French). 1 et 2. Paris 1840. Ihr folgten andere frühe epidemiologische Studien in Belgien, England und auch in Deutschland. Eine der ersten großen bevölkerungsbezogenen Analysen in den USA war die sog. Framingham Study (Mahmood, S.S., Levy, D., Vasan, R.S. MD, Wang, T. J. MD: The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Lancet, 15. März 2014, zuletzt abgerufen am 17. 03 2017). Die erste als Screening bezeichnete Studie durch die Commission on Chronic Illness fand 1956 in Baltimore statt (Commission on Chronic Illness (1956): Chronic Illness in a Large City: The Baltimore Study. Harvard University Press. ISBN-10: 0674129008)

Mit solchen Suchstrategien verband sich die Erwartung, dass eine ständig wiederkehrende und engmaschige Überwachung der gesamten Bevölkerung oder zumindest von hinreichend großen Teilbevölkerungen (Risikogruppen) mittels standardisierter Testungen erreichen könne, zunächst alle bereits Kranken in einer Bevölkerung (bzw. die prävalenten Fälle von Kranksein) zu erfassen sowie dann einer Diagnostik und schließlich ggf. einer Behandlung zuzuführen. Ist dieser Effekt erreicht, würde – Engmaschigkeit und krankheitsspezifisches Timing nachfolgender Diagnostikkampagnen vorausgesetzt – die Menge unbekannter Krankheitsfälle gegen Null gehen. Nachfolgend würden folglich nur noch die inzidenten Fälle versorgungswirksam. So ließe sich die allgemeine „Volksgesundheit“ verbessern, die Prävalenz von chronischem Kranksein ließe sich reduzieren und die Aufwendungen für die Versorgung könnten minimiert werden.

Allerdings gibt es eine entscheidende Voraussetzung: Der sinnvolle Einsatz setzt die Kenntnis der Prävalenz der Zielkrankheit voraus. Nur wenn diese Bedingung erfüllt ist, können auch die Sensitivität und die Spezifität der Testmethodik und Nutzungen für prädiktive Zwecke auch die predictive values geschätzt werden. Dies ist eine so wichtige Bedingung, weil sich infolge von Screeningaktivitäten die krankheitsspezifischen Prävalenzen und damit die Sensitivität und die Spezifität der Testmethodik verändern können. Für jedes Screening ist ein eigenes Organisationsmodell mit an Zielgruppen adressierten Organisationsprinzipien, entsprechenden Einladungsritualen, bei Bedarf individueller Gesprächsführung und ggf. auch einer Teilnahmekontrolle zwingend erforderlich. Es handelt sich also um Bedingungen, die in vielen Bevölkerungen nicht erfüllt werden können und wollen.

Es ist deshalb ausgeschlossen, ein Screening unter den regelhaften Bedingungen einer medizinischen Versorgungseinrichtung (Apotheke, Arztpraxis oder Krankenhaus) durchzuführen. Bekannt geworden sind auch Marketingaktivitäten von Handelsketten, die ihren Kunden „Blutdruck- oder z.B. Cholesterinscreenings“ anbieten. Die Beliebigkeit und Zufälligkeit einer Teilnahme an diagnostischen Tests sollte niemals mit einem Screening verwechselt werden.

Beispiel:

Ein nachweislich wirksames Screeningmodell waren unter der Bedingung einer hohen Prävalenz Röntgenreihenuntersuchungen auf Tuberkulose, wie sie nach dem 2. Weltkrieg in einigen Staaten praktiziert wurden. Das gilt analog für Screenings auf Karzinome der Cervix aber auch arbeitsmedizinische Screenings für gesundheitlich besonders gefährdete Berufe und Tätigkeiten sowie Überwachungen der kindlichen Entwicklung oder postnatale Screenings z.B. auf Phenylketonurie.

In Erweiterung solcher Ziele entstanden auch Konzepte, an Gesunden Sachverhalte zu ermitteln, die prädiktiv als Gefährdung deutbar sind und dann verhaltensinterventiv oder medizinisch-interventiv genutzt werden könnten, um Gefährdete zu ermitteln. Das weiterführende Ziel könnte dann sein, die als gefährdet identifizierten Personen präventiv zu behandeln und oder deren Verhalten zu korrigieren (Interventionsstudien).

Screening ist gleichsam das Konzept einer auf der Erhebung von Massendaten gründenden „kriminalistischen“ Rasterfahndung nach Personen, die gefährdungsrelevante Zielmerkmale aufweisen. Mit dem (Teil-)Ziel der Frühdiagnostik verbindet sich dann die Erwartung, eine vorsorgliche, bzw. prädiktive Therapie einzuleiten, also bereits im Vorfeld von möglichem Krankwerden (individuelle Therapie von Gefährdungen) wirksam zu intervenieren.

Die Zunahme von prädiktiven Diagnostiken bereits am ungeborenen Leben führt in der Praxis auch zur Implementation von de facto Screenings auf angeborene Krankheiten sowie auf genetische Dispositionen für Krankheit. Dieses Konzept ist mehr oder weniger eng mit der Idee einer allgemeinen Optimierung der „Gesundheit“ der Bevölkerung verbunden und Gegenstand komplexer ethischer Konflikte.

Eine besondere Form von Screening ist das sog. Multiphasenscreening (auch multiple Screening), das vor allem in den 1970er Jahren von der WHO propagiert wurde. Ein Beispiel war die sog. Sternberg-Studie von 1970 in der DDR (Thiele, H.J. et al.: *Viel-fachreihenuntersuchungen. Erfahrungen und Entwicklungstendenzen*. 1974 Verlag Volk und Gesundheit, Berlin). Mit solchen Modellen verknüpfte sich die Erwartung, durch mehrphasige Siebsteste möglichst viele Dispositionen und bereits manifeste Krankheiten so frühzeitig zu entdecken und klassische therapeutische Aktivitäten zu marginalisieren.

Ebenfalls eine besondere Screeningvariante sind die Verknüpfungen von „Fahndung“ und „Intervention“. Hierbei handelt es sich um ein standardisiertes gemeindezentriertes Klassifikationsschema (community health measurement) für die Pflegepraxis. Neben der Klassifikation orientiert es auf Intervention und auf die Messung der Interventionsergebnisse (OMAHA System).

Der Einsatz von Massenscreenings wird unter verschiedenen Blickwinkeln und Interessenlagen kontrovers diskutiert. International gibt es sowohl positive (z.B.

Screening auf Tuberkulose, Screening auf Cervixkarzinom, bzw. carcinoma in situ, Screening auf Phenylketonurie PKU), problematische (z.B. Screening auf Mammakarzinom mittels Mammographie im Alter unter 55 Jahren) und abzulehnende Beispiele (z.B. Screening auf Lungenkarzinom mittels röntgenologischer Untersuchungen, Blutdruckuntersuchungen in Kaufhäusern, Cholesterinkontrollen in Apotheken oder bei Kindern und jungen Erwachsenen).

Screenings in Kopplung mit aufwändigen bevölkerungsweiten Interventionsprogrammen führten in den 1970er und 80er Jahren zu der Annahme, etwa um das Jahr 2010 wären nur noch etwa 20 % der ärztlichen Leistungen therapeutischer Natur, die übrigen 80 % der Leistungen hingegen solche der Präventivmedizin. Die intensive und aufwändige Erprobung solcher komplexen Screeningprogramme hat insgesamt zu ernüchternden Erfahrungen bezüglich der Effektivität, der Effizienz und der Akzeptanz solcher Überwachungsmaßnahmen geführt.

In einigen Krankenversorgungssystemen werden Screenings auch zur Steuerung des Zugangs zu Krankenversicherungen eingesetzt. Hierbei handelt es sich um (u.U. illegale) Strategien der Risikoselektion von Versicherungen und unter dem Einfluss prospektiver Entgeltsysteme der Managed Care Industry (Heft 9), bzw. um Konzepte der zielgerichteten Portfolioselektion von Versorgungsanbietern.

Analog werden Triagemethoden auch eingesetzt, um die Notwendigkeit eines Arztbesuches (z.B. durch auf Fragebögen gegründete telefonische Konsultation), bzw. dessen Dringlichkeit und Fachspezifik zu prüfen. Es handelt sich hierbei um Techniken des standardisierten sog. Gatekeeping auf technischer Basis (z. B. mittels einer auf Konzepten der künstlichen Intelligenz gegründeten Software kombiniert mit touch screens auf der Anbieterseite etc.). Im Besondern dürften Angebote von Unternehmen mit Zugriffen auf große Datenmengen von Patienten und Versorgungsanbietern zur Ausweitung von nachgefragten Dienstleistungen erheblich versorgungsrelevant werden.

Ob und in welcher Form sich solche Entwicklungen durchsetzen werden, ist derzeit unklar. Allerdings sind solche Techniken zumindest hinsichtlich ihrer methodischen Probleme (Sensitivität, Spezifität, Prädiktion) und ihrer rechtlichen Voraussetzungen (Haftung, Sozialrecht, Datenschutz) bislang kaum untersucht. Sie sind zumindest insofern problematisch, als sie nicht als Zugangshilfe zu medizinischer Versorgung, sondern als Zugangshürde oder als Selektionsverfahren genutzt werden könnten.

Es gilt als allgemein akzeptiert, dass für die Etablierung eines Screenings die Beachtung der folgenden Kriterien grundlegend ist:

- Die individuelle, soziale und/oder gesellschaftliche Bewertung einer Krankheit muss ein Screening rechtfertigen und die Priorisierung der ausgewählten Krankheit muss mehrheitlich akzeptiert sein.
- Das Screeningziel und die Zielgruppen müssen definiert und die Zielgruppe muss motiviert sein und dem Ziel zustimmen.

- Auch bei der Orientierung auf nur ausgewählte Zielgruppen sollte eine allgemeine Zugänglichkeit für Interessierte gesichert sein.
- Es muss eine wirksame primär- oder sekundärpräventive Intervention oder eine Therapie verfügbar sein.
- Die diagnostischen Methoden müssen ethisch zumutbar sein; Sensitivität, Spezifität, Effektivität und prädiktiver Wert der diagnostischen Methoden müssen valide bekannt sein.
- Das Intervall zwischen dem Erkrankungsbeginn und dem Zeitpunkt noch effektiver Interventionen bzw. Therapien muss länger sein als das Intervall zwischen den jeweiligen Screeningeinsätzen.
- Der durch Screeningaktivitäten (zumeist erheblich) wachsende Betreuungsbedarf muss abgesichert sein.
- Die materiellen, personellen und ideellen Aufwendungen für Screenings müssen im sozialen Konsens akzeptiert sein.

(Niehoff, J.-U. Studie zum wissenschaftlichen Vorlauf für eine umfassende Prophylaxe, Charité 1983; Niehoff, J.-U., Braun, B., Welti, F. Sozialmedizin und Public Health, 2. Auflage 2010 Nomos Verlag Baden-Baden ISBN 978-3-8329-4025-6)

Bei der Beurteilung der Effektivität von Screenings ist zu beachten, dass aggressive und rasch fortschreitende Krankheitsverläufe kaum zu erfassen sind oder unverhältnismäßig kurze Distanzen zwischen den Screenings verlangen. Andererseits kann es bei langdauernden Krankheitsverläufen sinnvoller sein, entsprechende Leistungen in die regelhafte Versorgungspraxis zu integrieren, bzw. dort zu belassen.

Erläuterung:

Nimmt man zu Demonstrationszwecken an, in jedem beliebigen Zeitpunkt würden 4 Lungenkarzinome entstehen, die bei hinreichend früher Erkennung geheilt werden könnten, wobei "hinreichend früh" hier jeweils durch die Tumorgroße definiert sein soll, ergäbe sich die durch die Abbildung dargestellte Situation:

- **Beispiel t_0 -S₁:** Beträgt der Abstand zwischen zwei Untersuchungen diese Zeitspanne, würde von vier Karzinomen eines rechtzeitig erkannt werden.
- **Beispiel t_1 -S₂:** Beträgt der Abstand zwischen zwei Untersuchungen diese Zeitspanne, würden von vier Karzinomen zwei rechtzeitig erkannt werden.
- **Beispiel t_2 -S₃:** Beträgt der Abstand zwischen zwei Untersuchungen diese Zeitspanne, würden von vier Karzinomen drei rechtzeitig erkannt werden.

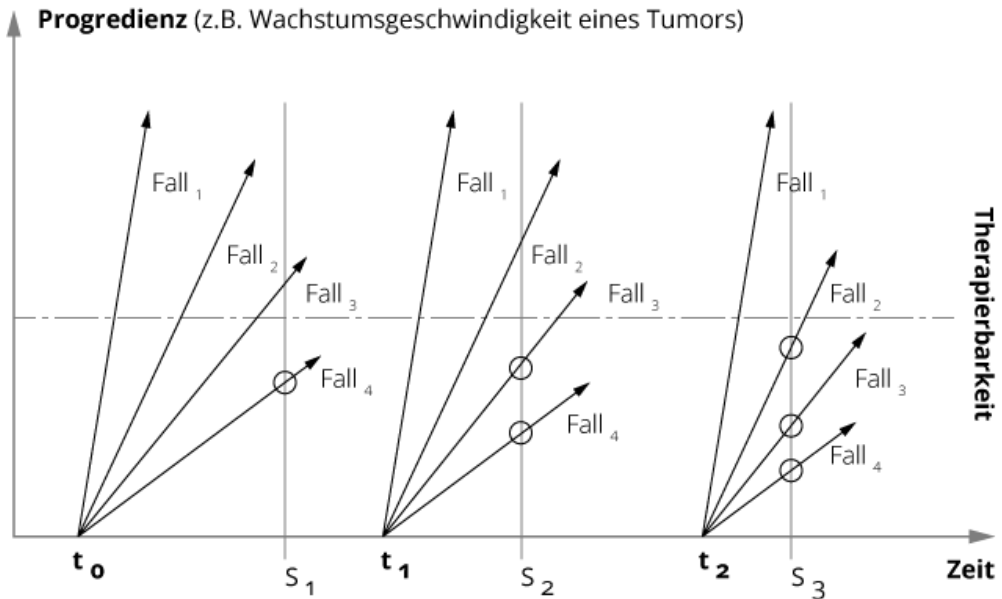


Abb. 3: Der Zusammenhang zwischen der Prozedienz einer Krankheit, dem Timing und den Effekten eines Screenings. (Die Kreise stehen für die identifizierten therapierbaren Fälle in Abhängigkeit vom Timing der Screeningabstände.) zitiert nach Niehoff, J.U. Sozialmedizin systematisch. UNI-MED Verlag Bremen, London, Boston, 3. Aufl. 2011, Seite 151 ISBN 978-3-8374-1283-3

Für die Schätzung der Untersuchungsbedarfe bei einem solchen Screening wäre beispielhaft von folgenden Voraussetzungen auszugehen: Da Lungenkarzinome in der Regel schnell wachsen, würde ein Screening, das alle oder weitgehend alle Karzinome rechtzeitig erkennen will im „Idealfall“ etwa alle 12 Monate wiederholt werden müssen. Jede Person der Zielgruppe müsste sich folglich jährlich einer röntgenologischen Thoraxuntersuchung unterziehen. Nach den Sterbetafelbedingungen des Jahres 2015/16 für Männer in Deutschland wären dies insgesamt rund 3 Mill. Untersuchungen für eine Geborenenkohorte von 100.000 Männern. Für diese Kohorte ist ab dem 50. Lebensjahr eine kumulative Inzidenz von etwa 2000 Fällen zu erwarten. Unter gegenwärtigen Bedingungen scheint die Annahme realistisch, dass für etwa 20 %, also 400 Fälle, die Diagnose noch rechtzeitig gestellt werden könnte. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wären die absoluten Bedarfe dann über den realen Lebensbaum zu kalkulieren. Hierbei sind die Diagnostikfehler ebenso wenig berücksichtigt, wie die ggf. notwendigen Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen, um ggf. für alle regelmäßig eine Untersuchung durchsetzen zu können. Es würden folglich unter den beschriebenen Standardbedingungen rund 750 Untersuchungen notwendig sein, um 1 Fall rechtzeitig zu erkennen (sog. number needed to screen).

Die Absicht, ein Screening als methodische Strategie zur besseren Bewältigung von als prioritär vereinbarten Gesundheitsproblemen einzusetzen, verlangt zwingend eine eigenständige Organisationsplattform. Es kann nicht unter den typischen

Bedingungen der individuellen Nachfrage von Leistungen unter den Alltagsbedingungen einer Arztpraxis durchgeführt werden.

Screenings bekommen in der Gegenwart noch eine weitere Bedeutung: Diese folgt der offenkundigen Bereitschaft von Milliarden von Menschen ihre Persönlichkeitsdaten einigen Data Broking Kartellen zur Nutzung, u.a. für die Erstellung von gruppenspezifischen Risikoprofilen zu überlassen. Es muss davon ausgegangen werden, dass zusätzlich auch datenbesitzende Unternehmen ihre Datenbestände solchen Kartellen anbieten und ggf. verkaufen. Aus globaler Perspektive kann sicher davon ausgegangen werden, dass dies auch Anbieter medizinischer Leistungen und ebenfalls Krankenversicherungen, aber auch Arbeitgeber tun (werden) und an den Ergebnissen eines solchen „Profiling“ ein großes Interesse haben.

Beispiel:

Einige Staaten folgen der Rechtsauffassung, dass Arbeiter und Angestellte, die gegen besseres Wissen ihre Gesundheit gefährden, in dem sie z.B. Rauchen, die vertraglichen Pflichten gegenüber dem Arbeitgeber verletzen. Diesem sei deshalb das Recht zur Kontrolle des Verhaltens auch in der Freizeit zu geben. Arbeitgeber, die davon Gebrauch machen werden gern auch die Angebote solcher data broker nutzen.

Derzeit gibt es offenbar keine allgemein zugänglichen Studien, die die Sinnhaftigkeit solcher Datenbestände für Screenings analysiert haben. Es ist aber nicht auszuschließen, dass diese Entwicklungen die sozialmedizinische Versorgungsforschung erheblich herausfordern werden.

3.7.2.2 Prädiktive Tests

Prädiktive Tests verfolgen das Ziel einer Klassifizierung von Personen nach der Wahrscheinlichkeit, in der Zukunft eine definierte Zielkrankheit zu erleiden (Risikogruppenbildung).

Es handelt sich bei solchen Programmen nicht um Diagnostik von Kranksein, sondern um eine ereignisselektive prospektive Personenklassifikation. Eine solche Personenklassifikation gründet auf drei wesentlichen Parametern:

1. Die Differenz der prospektiv erwarteten kumulierten Inzidenzen ausgewählter Zielkrankheiten zwischen mindestens zwei disjunkten Personengruppen entscheidet über die Zugehörigkeit zu einem Risikocluster. Das Klassifizierungsprinzip folgt also einem mengendiskriminierenden Klassifizierungskonzept.

2. Die „Zeit unter Risiko“ ist die entscheidende Bestimmungsgröße der kumulierten Inzidenz. Sie ist die Zeitspanne für die Gültigkeit der prospektiven Risikoschätzung. Diese Zeitspanne wird jeweils durch den altersspezifischen Beginn des Schätzintervalls und durch dessen festgelegtes Ende begrenzt.
3. Die predictive values der eingesetzten Tests müssen für die „Zeiten unter Risiko“ differenziert bekannt sein, weil die Prävalenzen der Zielkrankheit(en) altersspezifisch variieren und sich infolge von Screenings altersdifferentiell verändern.

Alle Personenklassifikationen sind folglich immer wieder neu anzupassen. Sie sind in Bezug auf die epochale, biografische und die biologische Alterszuordnung instabil und können folglich zwischen unterschiedlichen Bevölkerungen auch nicht ungeprüft ausgetauscht werden.

Beispiel:

Das Körpergewicht als Klassifikator einer Risikogruppe, kann nicht unabhängig von deren weiteren Eigenschaften zur prospektiven Gefährdungsschätzung für das Merkmal „Körpergewicht“ genutzt werden. Die Eignung dieses Merkmals hängt mindestens vom Alter und vom Geschlecht, von weiteren sozialen Merkmalen und den jeweils konkurrierenden Gefährdungen ab. Das gilt analog auch für andere Prädiktoren.

Die als einer Risikoklasse zugehörig klassifizierten Personen sind in Bezug auf die Zielkrankheit dennoch grundsätzlich als „gesund“, bzw. nicht krank zu beurteilen. Bei einer Risikoklassifizierung handelt es sich deshalb auch nicht um diagnostische Versorgungsleistungen, sondern um ein Assessmentverfahren zur Zuordnung von Personen zu einer Risikoklasse. Handlungsleitend sind dann für die so Klassifizierten potenziell folgenreiche Ziele:

1. individuelle Lebensstilberatung
2. Tauglichkeits- und Eignungsprüfung, z.B. in arbeits- und sportmedizinischen Kontexten und in der begleitenden Diagnostik potenzieller Folgen von besonderen – zumeist beruflichen sowie sozialen, physischen und psychischen Belastungen
3. Evidenzbasierung präventiver klinischer Therapiekonzepte
4. Interessen medizinischer Versorgungsanbieter an einer Mengenausweitung der abrechenbaren Leistungen
5. versicherungsökonomische Kalküle der Risikoselektion

Die Klassifikation folgt dem Prüfprinzip, Gruppen von Personen danach zu unterscheiden, ob sie im Vergleich mit anderen Gruppen eine „höhere“ oder eine geringere kumulierte Inzidenz der interessierenden Zielkrankheit aufweisen. Das Kriterium für „erhöht“ folgt keinem individuellen Bewertungskonzept, sondern dem relativierenden Vergleich von Gruppen mit höheren oder geringeren Mengen künftig erkrankender Personen, folgt also mindestens der Auswahl der Vergleichsgruppe. Diese

Entscheidung folgt allein aus der Über- oder Unterschreitung eines vereinbarten Referenzwertes. Dieser Schwellenwert wird so festgelegt, dass von allen zukünftig Erkrankenden ein hinreichend großer Anteil einer Risikogruppe zugerechnet werden kann oder eben nicht. Solche Referenzwerte sind im physiologischen Kontext keine „Normwerte“. Wer einen solchen Referenzwert überschreitet, ist weder krank, noch kann für ihn eine Entscheidung über eine künftige Erkrankung getroffen werden. Die einzige, allerdings ggf. erheblich folgenreiche Entscheidung ist die über die Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Menschen, die mehr Erkrankungen erleben wird als eine beliebig zu definierende Vergleichsgruppe. Dies gilt auch umgekehrt: Wer einen solchen Referenzwert unterschreitet, kann und darf nicht als prospektiv „gesünder“ beurteilt werden.

Beispiel:

Herr A lässt sich seit dem 65. Lebensjahr regelmäßig präventiv untersuchen. Sein Blutdruck beträgt dabei stets zwischen 125/85 und 135/85 mm Hg, der HbA1c Wert ist regelmäßig < 7,0. Herr A zeigt keine Anzeichen einer Mitralklappeninsuffizienz. Er ist Nichtraucher, lebt alkohol- und drogenabstinient. An den großen Gefäßen sind keine Plaques feststellbar. Sein Body-Maß-Index liegt bei 27. Er gehört damit keiner Risikogruppe an. Im Alter von 72 Jahren erleidet Herr A einen Schlaganfall. Wäre er als „Risikoperson“ klassifiziert worden, wäre dies jedoch fraglos eine Fehleinstufung gewesen.

Beispiel:

Der Referenzwert 130 mm Hg für den systolischen Blutdruck (oder auch jeder beliebige andere Wert) besagt nicht, dieser sei auch ein Normwert für den „gesunden“ Blutdruck. Richtig ist, dass dieser Wert im Konsens der scientific community unter der Festlegung definiert wurde, im Falle einer therapeutischen Intervention sei der Anteil der prospektiv falsch-positiv Behandelten aber auch der Anteil der trotz Behandlung Erkrankenden hinnehmbar. Der vereinbarte Blutdruckwert sei deshalb ein akzeptabler Klassifikator für die Diskriminierung zweier Risikoklassen bezüglich der kumulierten Inzidenzen einer oder mehrerer Zielkrankheiten. Da hier kein pathogenetisches Modell handlungsleitend ist, sondern ein prädiktives, muss neben der Vereinbarung solcher Referenzwerte immer auch die jeweils gültige „fernere Lebenszeit unter Risiko“ festgelegt werden. Die Bedeutung einer solchen Entscheidung und damit auch ihr Konfliktpotential ist erheblich, weil sie in das Leben und ggf. auch in die Lebensperspektiven Einzelner eingreift.

Vereinbarte prädiktive Referenzwerte haben für die sozialmedizinischen Aspekte der Versorgungsforschung ein erhebliches Gewicht. Sie erzeugen „Krankheitserleben“ und vermitteln, wenngleich nicht intendiert, die Idee, die jeweiligen Referenzwerte seien Normwerte, ggf. ideale Normwerte, die auch, ggf. dauerhafte medikamentöse Interventionen rechtfertigen. Die Erzeugung einer diesen Werten genügenden

homogenen Bevölkerung wäre folgerichtig ein präventives Endziel für die „Volksge-sundheit“.

Die Bedeutung für die Versorgungsforschung gründet somit auf drei Argumenten:

1. Im Rahmen der individualmedizinischen Versorgung eröffnet sich mit diesem Konzept ein außergewöhnliches Mengenpotential für prädiktive Testungen.
2. Sofern der einmaligen Risikoidentifizierung auch prädiktive therapeutische Aktivitäten folgen, wirken diese auch auf die (risiko-)therapeutischen Versorgungsbedarfe und veranlassen zudem eine fortdauernde regelmäßige Überwachung mit permanenten prädiktiven Tests.
3. Entsprechende Testungen können durch risikoäquivalente Krankenversicherungen als die maßgebende Methode der Risikoselektion, bzw. für die Produktgestaltung selektiver Versicherungsangebote genutzt werden.

Das Konzept der Klassifikation von Bevölkerungen nach ihren Gefährdungen Krankheit zu erleiden und diese Gefährdungen auch zu behandeln wird auch als „Risikofaktorenmedizin“ bezeichnet (siehe Abholz; H.H. et al *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse*. Berlin, New York 1982. ISBN: 9783110088151). Das Konzept entspricht einem strategischen Wandel von der Behandlung und Begleitung Kranker hin zur Überwachung und „Behandlung“ gesunder Menschen.

Die Nutzung prädiktiver Tests in der individuellen medizinischen Versorgung folgt keinem zielgruppenorientierten systematischen Ansatz und ist deshalb auch von einem Screening und einer nachfolgenden bevölkerungszentrierten Intervention zu unterscheiden. Es ist vielmehr ein Angebot der Individualmedizin und folgt dem Argument einer individuellen Überwachung eines möglichen künftigen Krankwerdens (watchful waiting).

Eine grundsätzliche Frage ist, ob und unter welchen Bedingungen Prädiktionskonzepte auf die altersassoziierten sog. chronischen Krankheiten ausgeweitet werden können. Immerhin handelt es sich um Angebote, die erheblich in die persönliche Autonomie eingreifen und soziale Kontrolle durch die Medizin bewirken können. Für die sozialmedizinische Versorgungsforschung sind die soziale Effektivität und die weiterreichenden sozialen Folgen folglich wesentliche Fragestellungen.

Beispiel:

Es gibt keinen Blutdruckwert, bei dem ein Myokardinfarkt unmöglich wäre. Allerdings sind „hohen“ und „sehr hohen“ Blutdruckwerten auch höhere Wahrscheinlichkeiten eines Infarktereignisses zuzurechnen. Folglich lassen sich einzelnen Prävalenzklassen von Blutdruckwerten auch jeweils spezifische Häufigkeiten von Ereignissen des Krankwerdens zurechnen. Die Menge der jeweiligen Infarktfälle ist dann das Produkt der Prävalenzen je Blutdruckklasse und der zurechenbaren kumulierten Inzidenzen. Die Gesamtinzidenz ist dann folglich die Summe aller blutdruckassoziierten Inzidenzen. Es gilt in der Regel,

dass mit der Zunahme der Gefährdung die Prävalenz der Betroffenen abnimmt. Eine „Normensetzung“ kann deshalb nur erfolgen, wenn eine Mindestmenge von zu vermeidenden Infarkten definiert wird. Hierzu werden dann die Ereignishäufigkeiten der Blutdruckklassen kumuliert bis, z.B. nach ökonomischen Kalkülen, ein solches Konzept Effizienz verspricht. Wenn es das Ziel ist, primär nicht nur die Hochrisikopersonen zu schützen, sondern den ökonomischen Effekt von Prävention zu optimieren, gibt es folglich nur die Möglichkeit, die Referenzwerte zu normierender Blutdruckwerte abzusenken bis rechnerisch genügend Fälle vermieden werden. Die Folge ist aber auch, dass die Zahl der Personen, die unter ein solches Regime gesetzt werden, ohne je einen Infarkt zu erleiden dramatisch ansteigt. Der britische Internist und Epidemiologe Geoffrey Rose (1926-1993) unterschied deshalb zwei strategische Varianten prädiktiver Testungen: die „mass strategy“ (auch „population strategy“) und die „high risk strategy“.

Es ist zu beachten, dass die Gefährdungsvarianz nicht nur nach dem Blutdruck, sondern auch nach Merkmalen der vertikalen und der horizontalen sozialen Ungleichheit beurteilt werden muss. Es ist folglich ein Unterschied, ob Prävention prioritär dem vertikalen sozialen Chancenausgleich dienen soll oder der sozialen Kontrolle von präventiv nicht konformen Lebensstilen. Das Beispiel „Blutdruck“ verweist noch auf ein anderes Problem. Wenn Staaten die gesundheitspolitische Entscheidung treffen, ihre Krankenversorgungssysteme von der Behandlung Kranker stärker auf die Überwachung und Risikoreduktion Gesunder zu fokussieren (Prävention statt Therapie), hat dies auch weitreichende Folgen für die Versorgungsinfrastruktur, vor allem aber für die Rechtfertigung solidarischer Krankenversicherungen.

Es verbleibt dennoch das grundsätzliche Problem, individuell langfristige Vorhersagen zum Auftreten von Krankheiten zu machen. Das ist besonders dann eine Schwierigkeit, wenn die Wahrscheinlichkeiten künftiger Erkrankungen durch die Kombination mehrerer Risikomerkmale gleichsam verdichtet wird.

Erläuterung:

Gesetzt den Fall, mittels dreier Prädiktoren könnte die Anzahl künftiger Erkrankungen für eine Gruppe ähnlicher Personen (also einer Risikogruppe) mit hinreichend guter Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden, würde jeder dieser Prädiktoren einen bestimmten Anteil der zu erwartenden Gesamtinzidenz schätzen. Analog gilt das für die Schnittmengen, für die unterstellt sein soll, dass sie jeweils besser als die einzelnen Prädiktoren eine Krankheit vorhersagen. Damit ergeben sich folgende Konstellationen:

1. zu erwartende Erkrankungen bei Personen ohne Prädiktoren
2. zu erwartende Erkrankungen bei Personen mit ausschließlich Prädiktor 1
3. zu erwartende Erkrankungen bei Personen mit ausschließlich Prädiktor 2
4. zu erwartende Erkrankungen bei Personen mit ausschließlich Prädiktor 3

5. zu erwartende Erkrankungen bei Personen mit ausschließlich den Prädiktoren 1 und 2
6. zu erwartende Erkrankungen bei Personen mit ausschließlich den Prädiktoren 1 und 3
7. zu erwartende Erkrankungen bei Personen mit ausschließlich den Prädiktoren 2 und 3
8. zu erwartende Erkrankungen bei Personen mit den Prädiktoren 1, 2 und 3

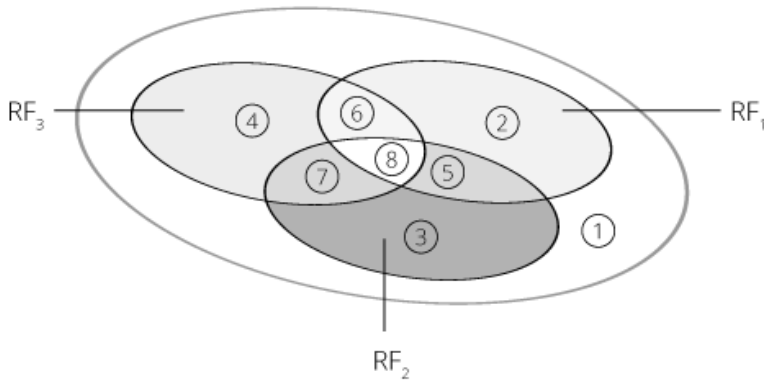


Abb. 4: Prädiktion von Krankheit durch drei Gefährdungen. (zitiert nach Niehoff, J.U. Sozialmedizin systematisch. UNI-Med Verlag Bremen, London, Boston, 3. Aufl. 2011, Seite 149 ISBN 978-3-8374-1283-3)

Im Regelfall wird zu unterstellen sein, dass die Prävalenz der Exponierten im Fall 1 größer ist als in den Fällen 2, 3, und 4, die ihrerseits größer ist als in den Fällen 5, 6 und 7. Der Fall 8 wird die geringste Menge der Exponierten umfassen. Da aber die Menge der Fälle das Produkt aus der kumulierten Inzidenz und der jeweiligen Prävalenz der Exponierten ist, wird mit zunehmender Präzision der Vorhersage der Anteil der vorhergesagten Fälle an der Gesamtheit der zu erwartenden Fälle immer kleiner werden.

Das Ergebnis ist unschwer nachvollziehbar: Je besser die Vorhersage (zunehmende Ereignisdichte), desto kleiner ist der Anteil der richtig vorhergesagten Fälle an ihrer Gesamtzahl. Es gilt aber auch, dass mit der Abnahme der Prädiktionswerte die Zahl der Personen, die fälschlich als gefährdet bezeichnet und ggf. deshalb auch behandelt werden, größer wird.

Es gilt somit:

- Je seltener eine Krankheit in einer Bevölkerung, Altersgruppe, Berufsgruppe oder in einer sozialen Schicht vorkommt, desto aufwendiger ist die Früherkennung.
- Je häufiger ein Prädiktor in der Zielbevölkerung vorkommt, desto unspezifischer und damit ungeeigneter ist er in der Regel, um für die individuelle Früherkennung genutzt zu werden.

- Je spezifischer ein Prädiktor, bzw. eine Konstellation von mehreren Prädiktoren ist, desto kleiner ist der Anteil, der mit seiner Hilfe richtig vorhergesagten Erkrankungen an der Gesamtinzidenz.

Es ist ein weiterer Aspekt zu bedenken: jeder zur Diagnostik genutzte Test muss sich den Qualitätskriterien Sensitivität, Spezifität und Prädiktion stellen. Deren quantitative Werte sind allerdings keine alleinigen Eigenschaften der Tests selbst, sondern ihrerseits wiederum maßgeblich von der Prävalenz in den Clustern der „Normenüberschreiter“ abhängig.

3.8 Therapeutische Versorgungsleistungen

Therapie ist im Kontext einer medizinischen Maßnahme jede an konkrete Ziele gebundene, dem allgemein konsentierten Stand der Wissenschaften folgende und durch lizenzierte Personen Intervention in die körperliche, psychische und soziale Autonomie eines kranken oder von Krankheit bedrohten Individuums.

Für die Versorgungsforschung sind die Umfänge und die Struktur der Therapieanlässe, deren allgemeine oder nur konditionierte Zugänglichkeit und die Therapieergebnisse von vorrangigem Interesse. Die Umfänge beziehen sich auf die Bedarfsmengen je Person und/oder auf die Bevölkerung einer definierten Region zu einem definierten Zeitpunkt oder Zeitraum. Die Gliederung solcher Umfänge ist deren Struktur. Relevante Strukturmerkmale sind neben den Behandlungskrankheiten, deren Schweregrade, die Geschlechter- und Altersverteilungen sowie deren soziale Verteilungen nach deren relevanten Indikatoren. Das wichtigste Theorem der Versorgungsforschung ist der unvermeidliche Zusammenhang der Dynamiken von Bedarfsumfängen und ihrer Struktur.

Jede Form kollektiver Absicherung der Bedarfe an medizinischer Versorgung bedarf der Bedarfsprognose und der Abschätzung der Ursachen der Dynamiken von Bedarfsmengen und ihrer Struktur. Der Wandel des Umfangs und der Struktur therapeutischer Versorgungsleistungen folgt der epidemiologischen Transition, den Innovationsprozessen der medizinischen Wissenschaften, den Änderungen in den zugesicherten Versorgungsleistungen für Versicherte, der zusätzlichen notwendigen oder auch ausschließlichen kaufkräftigen Nachfrage von Kunden und den Refinanzierungsbedarfen von Investitionen in die Versorgungsangebote und in die Infrastrukturen. Die Komplexität von quantitativen und strukturellen Wandlungen in den Bedarfen macht die Versorgungsforschung zu einem multidisziplinären und auch permanenten Analysefeld. Die Bedarfsanalytik muss sich zudem immer auch mit der Ungleichverteilung der Bedarfe in einer Bevölkerung sowie mit divergierenden individuellen und krankheitsspezifischen Therapieerwartungen und -zielen sowie mit der Vielfalt der therapeutischen Konzepte auseinandersetzen.

Die Beschreibung und Klassifikation von Versorgungsfällen in der ambulanten wie in der Krankenhausversorgung haben die Versorgungsforschung allerdings auch erheblich vorangebracht. (Anmerkung: Der englische Begriff „outpatient care“ ist die wohl bessere Bezeichnung für das, was im Deutschen eine ambulante Versorgung ist. Da diese ursprünglich eine den Patienten zugehende, also aktiv mobile Versorgung war, entspricht die heutige Versorgung durch „niedergelassene“ Ärzte nicht dem historischen Bild einer „ambulanten“, bzw. nicht-stationären Versorgung.)

Zwei grundsätzliche Probleme der Versorgungsforschung bleiben jedoch die individuelle Varianz der Bedarfe bei gleichen Anlässen und die in der Regel große Zahl der beteiligten Leistungserbringer mit z.T. erheblich kompetitiven Interessen. Beide bewirken, dass häufig nicht davon ausgegangen werden kann, dass gleich bezeichnete Bedarfe auch tatsächlich gleich sind. Zudem gelingt es global nur eher selten personen- und fallbezogene Daten so zu verknüpfen, dass Lebens- und Fallverläufe komplett dargestellt werden können.

Beispiel:

Der Bedarf an Versorgungsleistungen im Falle eines Stroke schließt für die Betroffenen erheblich mehr ein als die rechtzeitige Lysetherapie oder auch Trombektomie. Der Bedarf umfasst auch begleitende und nachfolgende diagnostische Leistungen sowie ggf. rehabilitative und ggf. auch langdauernde pflegerische Leistungen. Er schließt ebenso dauerhafte medikamentöse Versorgungsbedarfe und diagnostische Kontrollen ein, bei erheblichen Schädigungen ggf. auch langdauernde Beatmungen. Die Leistungsergebnisse sind folglich nur systematisch analysiefähig, wenn die gesamte Leistungskette, ggf. bis zur Rückkehr in die Arbeitsfähigkeit oder auch bis hin zum Abgleich mit den Todesursachen in ihrer Gänze dargestellt werden können.

Arbeitsteilige Versorgungsprozesse sind global eher selten als integrierte Versorgungsverläufe mit jeweils ihren spezifischen Ergebnissen darstellbar. Folglich sind auch Performance- und Ergebnismessungen nur möglich, wenn es gelingt, sie mittels übergreifender Datenverknüpfungen abzubilden. Neben datenschutzrechtlichen Problemen stehen dem oft wettbewerbsrechtliche Komplikationen entgegen. Datenintegration ist unter marktähnlichen Rahmenbedingungen kaum möglich, wenn die konträren Interessen der Versorgungsanbieter einer Kooperation entgegenstehen. Der, soweit notwendig vernünftige Wunsch nach Leistungsintegration treibt die Schaffung hochintegrierter Anbieter von Versorgungsleistungen (sog. „Integrated Delivery Systems“) und damit die Schaffung riesiger Versorgungskartelle massiv voran.

Es ist die Folge, dass – von spezifischen Projekten und Einzelfällen abgesehen – praktisch keine systematischen und repräsentativen Spiegelungen von „Patientenkarrieren“, beginnend mit der Diagnostik bis zum Ende eines Behandlungszyklus und der Behandlungsergebnisse, bzw. verbleibenden Einschränkungen verfügbar sind.

Entsprechend unsicher sind folglich auch patienten- und fallbezogene Qualitäts- und Effizienzanalysen. Der Versuch, dem durch diagnosespezifische Register abzuhelfen ist ein wichtiger Schritt, scheitert aber auch hier oft an Problemen der Datenqualität und der fehlenden Möglichkeiten des Abgleichs mit Längsschnittdaten sowie an der unzureichenden Standardisierung methodischer Konzepte.

Wenngleich Therapieangebote die entscheidende Legitimation der Medizin sind, bleiben deren bevölkerungswirksame Ergebnisse (community effectiveness) bei vielen, besonders bei langdauernden und multiplen Behandlungsanlässen unklar. Das gilt im Besonderen für medizinische Interventionen, die nicht der Therapie, sondern der Prävention dienen sollen.

Prädiktive Therapieangebote folgen prädiktiver Diagnostik. Das Ziel sind medizinische Interventionen an gesunden Personen.

In vielen Bevölkerungen sind heute prädiktive bzw. präventive Angebote sehr häufige Therapieanlässe. Lässt man andere Kriterien außer Betracht, ist somit die Legitimation therapeutischer Entscheidungen allein von den prädiktiven Werten der Testungen abhängig. Diese quantifizierbaren Werte sind jedoch selbst von der Prävalenz abhängig, also dem Wert, der von den prädiktiven Tests unmittelbar beeinflusst wird. Folglich: Massenhaft und beliebig genutzte prädiktive Tests („Wollen wir dies vorsichtshalber auch noch untersuchen?“) verschlechtern die prädiktiven Werte. Dieser Zusammenhang ist in der individuellen Begegnung von Arzt und Patient nicht zu kontrollieren. Das ist vor allem dann ein Problem, wenn das Patienten-Arzt-Verhältnis in ein Kunden-Anbieter-Verhältnis umgedeutet und ohne legale Regulation marktwirtschaftlichen Prinzipien unterworfen ist (Therapiefreiheit, sog. IGeL-Leistungen etc.).

Prädiktive Therapieangebote gehören zu den wichtigsten Gründen für die Mengenzunahmen von Interventionsfällen im ambulanten wie im stationären Versorgungsbereich. Das belastet vor allem die sich entwickelnden Krankenversorgungssysteme der sog. emerging countries auf dramatische Weise, weil es zu einem (sozialstrukturell) konkurrierenden Ressourcenkonsum zulasten der Bevölkerungsteile führt, die medizinischer Hilfe besonders bedürftig sind.

Es darf vermutet werden, dass die Medizin erst am Beginn des fundamentalen Wandels ihres traditionellen professionellen Selbstverständnisses steht, nämlich medizinische Interventionen stets auf Notwendiges und Erforderliches zu begrenzen. Die Alternative ist dann die Orientierung auf Mögliches, Wünschenswertes, Machbares und erfolgreich Verkaufbares. Die Ressourcenverbräuche orientieren sich dann nicht an der bevölkerungsweiten Belastung durch Kranksein, sondern am Marketingerfolg von Verkäufern.

Die adressierten Entwicklungen sind mindestens in dreierlei Beziehung zu unterscheiden:

1. die Vorverlagerung von Therapien in frühe Stadien von Kranksein mit Interventionstechniken, die denen bei manifesten Krankheiten dennoch entsprechen
2. die medizinische Intervention bei Gesunden, für die eine künftige Erkrankung wahrscheinlicher ist als für andere Gesunde
3. die medizinisch bewirkte „Verbesserung“ von Personen (Augmentation) mit dem Ziel, gewünschte, bzw. sozial positiv bewertete Eigenschaften zu erlangen

Beispiel:

Bei der Mehrzahl von Karzinomerkrankungen ist nach dem Stand des Wissens die möglichst frühzeitige Therapie ein Therapiestandard. Allerdings gibt es hiervon auch Ausnahmen, etwa im Falle bestimmter Formen des Prostatakarzinoms.

Beispiel:

Die medizinischen Interventionen bei gesunden Personen sind in ihrem gesamten Leistungsumfang und in ihrer bevölkerungsbezogenen Leistungsstruktur derzeit kaum darstellbar. Neben den Impfungen gehören hierzu auch die (nach G. Rose so benannten präventiv-medizinischen) „mass strategies“, z.B. zur Erlangung „idealer“ und kaum variierender Verteilungen der Blutdruck- und Cholesterinwerte in einer Bevölkerung.

Beispiel:

Es ist eine immer wieder neu aufgerufene Strategie, mit Mitteln der medizinischen Intervention Menschen gesundheitlich zu „optimieren“. Neben der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit spielt hier auch die „Optimierung“ des äußeren Erscheinungsbildes eine wesentliche Rolle. Die traditionellen Anwendungsbereiche sind der Einsatz von Medikamenten als Voraussetzung der Bewältigung von Belastungen in der Schule und im Studium, dann im Arbeitsleben, ggf. auch im Kriegsdienst oder im Sport. Training, Selektion und auch die Nutzung chemische Stoffe (z.B. Kokablätter, Opioide, Pervitin, Benzedrin oder Fenetyllin, sog. Stimmungsaufheller, die ganze Breite der Suchtstoffe und Dopingsubstanzen oder auch Angstlöser und Beruhigungsmittel) spielen hier eine wichtige Rolle. Hierzu sind auch die Konzepte zur genetischen Optimierung durch Selektion und genetische Manipulationen zu zählen, denen immer mal wieder eine große Perspektive zugeschrieben wird. Hierzu gehören aber auch die Angebote zum Bodystyling, „ästhetisch“ begründete kieferorthopädische Manipulationen oder möglichst frühzeitige (präventive) Implantationen von Endoprothesen. In etlichen Ländern spielen auch präventive Hysterektomien und Mammaresektionen eine auch quantitativ nennenswerte Rolle.

Der Einsatz therapeutischer Mittel bedarf der Begründung durch gesichertes und überprüfbares Wissen, ggf. legal wirksame Ansprüche und Verträge. Der jeweilige Legitimationsdruck für ihren Einsatz hängt zudem von den medizinisch vertretbaren Zielen ab. Er ist dann besonders hoch, wenn therapeutische Mittel mit präventiven Zielen eingesetzt werden. Er ist dann besonders niedrig, wenn es um die Sicherung unmittelbar bedrohter vitaler Funktionen geht.

Wie bei der Diagnostik gibt es auch hinsichtlich der therapeutischen Ziele Leistungsausweitungen, die sowohl die Fallmengen als auch die Menge der zurechenbaren Prozeduren betreffen. Mengenausweitungen sind besonders die Folge präventiver Therapien (therapeutische Eingriffe an Gesunden), von Frühtherapien (im Übergang von Gesundheit zu Krankheit), von präventiven „Therapien“ sowie von Therapien zur Verbesserung der Lebensqualität (kosmetische Eingriffe).

Für die Therapie existieren jeweils spezifische therapeutische Potentiale. Diese variieren nicht nur zwischen den einzelnen Krankheiten und Methoden, sondern auch bei gleichartig Kranken je nach Krankheitsstadium, Alter, sozialer Situation, Mitwirkungsfähigkeit des Kranken usw. Solche Potentiale nehmen mit dem Alter und somit auch mit der Zunahme der mittleren Lebensdauer tendenziell ab. Dies wirft Fragen zur Ressourcenoptimierung und zur Verteilungsgerechtigkeit auf, wenn etwa 70 - 80% aller medizinischen Aufwendungen von Personen „verbraucht“ werden, die innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre versterben.

Der Begriff des „therapeutischen Potentials“ spielt in der Versorgungsforschung eine wichtige Rolle. Dieses Potential entspricht der Menge der erreichbaren gewünschten Ergebnisse einer Therapie. Solche Potentiale sind neben subjektiven Zufriedenheiten, z. B. die „recovery rates“, die im Längsschnitt zwischen 0 und 100 % schwanken können. Eine weitere Quantifizierung sind aus klinischer Sicht die „numbers needed to treat“. Sie geben an, wie viele Fälle therapiert werden müssen, um ein positives Ergebnis zu erzielen. Tatsächlich ist die Interpretation des therapeutischen Potentials jedoch schwierig. Die medizinischen Wissenschaften können bislang keine Klassifikation der Krankheiten anbieten, die eine umfassende, belegbare und direkte Zuordnung eines Therapieergebnisses zu einer therapeutischen Prozedur ermöglicht. Entsprechende Potentialschätzungen nutzen mittels unterschiedlicher Methoden deshalb den Ergebnisvergleich unter der Bedingung vergleichbarer, bzw. möglichst homogener Patientengruppen.

Beispiel:

Die Numbers needed to treat werden als der reziproke Wert der „Absolut Risk Reduction“ (ARR), bzw. der absoluten Risikodifferenz (im günstigen Fall ist dies eine Risikoreduktion) ermittelt. Die ARR ist dabei die Differenz zwischen der „Basiswahrscheinlichkeit“ eines Ereignisses (in der Regel die Ereigniswahrscheinlichkeit in der gewählten Kontrollgruppe) und der Ereigniswahrscheinlichkeit in der

Interventionsgruppe. Hierzu werden beide Vergleichsgruppen auf 100% normiert und die Ereignishäufigkeiten auf ganze Zahlen gerundet. Da die Zuverlässigkeit solcher Angaben auch von der Größe der Studienpopulation und von der Ereignishäufigkeit abhängt, ist grundsätzlich die Angabe der Konfidenz (üblicherweise 95%) bzw. des Konfidenzintervalls erforderlich. In einigen Krankenversorgungssystemen muss als Zulassungsbedingung die Wahrscheinlichkeit eines positiven Therapieerfolgs als "cut off point" mindestens 2,5 bis 5 % betragen.

Beispiel:

Eine andere Art der Potentialbeschreibung liegt vor, wenn nach dem Stand des Wissens bei der Krankheit A 30 % der Betroffenen heilbar sind und weitere 40 % eine Besserung ihres Zustandes erwarten können. Analog kann eine Erhöhung der krankheitsspezifischen mittleren Lebensdauer, z.B. um 10 % als Beschreibung eines Potentialgewinns dienen.

Wenngleich die Validität solcher Potentialmessungen problembehaftet ist, sind diese dennoch von erheblicher relationaler Bedeutung, wenn unter realen Bedingungen die Potentiale unterschiedlicher Therapien bei gleichen Diagnosen erheblich variieren. Dies spielt etwa bei der Bewertung „vermeidbarer Todesfälle“ (avoidable deaths) eine Rolle.

Aus sozialmedizinischer Perspektive muss verstanden werden, dass solche Potentiale weder allein als Eigenschaft der Krankheit noch allein als Eigenschaften einer Therapiemethode interpretiert werden dürfen. Sie sind immer auch von sozialen Strukturvariablen abhängig.

Beispiel:

In einer Bevölkerung A versterben 50 % der Personen, die an einer Lungentuberkulose erkrankt sind an dieser Krankheit, in einer Bevölkerung B hingegen nur 10 %. Dies bewertet nicht die verfügbare Therapie, sondern die Bedingungen für die medizinische Versorgung je in diesen Bevölkerungen. Es wird also kein therapeutisches Potential beschrieben, sondern soziale Benachteiligung im Zugang zu den Möglichkeiten der Therapie. Das Ergebnis quantifiziert gleichsam das sozialmedizinische Potential.

4 Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit zu notwendigen und erforderlichen therapeutischen Leistungen ist das entscheidende Merkmal der Qualität von Krankenversorgungssystemen.

Die Zugänglichkeit eines medizinischen Versorgungssystems im Bedarfsfall ist das wichtigste Maß seiner sozialen Effektivität. Der nicht diskriminierte Zugang zu medizinischer Versorgung im Bedarfsfall kennzeichnet damit die soziale Effektivität von Krankenversorgungssystemen.

Zugänglichkeit setzt zunächst die materielle und infra-strukturelle Verfügbarkeit, dann die Erreichbarkeit und schließlich die Finanzierbarkeit voraus. Diese drei Bedingungen sind miteinander verknüpft und bedürfen zwingend einer wissensbasierten Bedarfsfeststellung. Es gehört deshalb zu den zentralen Entscheidungsproblemen eines jeden Krankenversorgungssystems, welche Infrastrukturen für eine fachlich differenzierte Versorgung ambulant und stationär vorgehalten werden müssen, welche regionalen Versorgungseinrichtungen wohnortnah oder nur zentralisiert erreichbar sein sollen und welche materiellen und immateriellen Ressourcen mit welchen Zugangsschwellen verfügbar gemacht werden können.

Zugänglichkeit berührt zwangsläufig auch die Frage von Priorisierungen und von Rationierungen sowie die nach den jeweils betroffenen Krankheiten und Leistungsarten. Das gilt dann auch für die jeweils zu sichernden qualifikatorischen Voraussetzungen für medizinische Versorgungsleistungen. Ebenso muss entschieden werden, ob und ggf. welche Leistungen und für welche Teile der Bevölkerung aktiv vorzuhalten und zu erbringen sind, und welche hingegen nur der Nachfrage folgen sollen und auch können.

Die Zugänglichkeit der Versorgung im Krankheitsfall ist weltweit ein zentrales Thema aller Debatten über die Zukunft der Krankenversorgung. Diese Debatten sind nicht nur durch die Zugangshürden infolge unzureichender Ressourcen oder demografischer und regionaler Besonderheiten bestimmt. Sie sind auch Teil der Debatten um neue technische Lösungen für die Zugangssicherung und die Regulation der Inanspruchnahme durch niedrige oder alternativ hohe Zugangshürden. Diese Debatten stehen in einem widersprüchlichen Interessenfeld. Dieses thematisiert anbieterseitig Mengenausweitungen und kostenträgerseitig Mengenbegrenzungen. Die Patienten hingegen sehen eher soziale Ungleichheiten im Zugang, Wartezeiten, Einschränkungen der versicherten Leistungen, wohnortferne Versorgungseinrichtungen und Zuzahlungspflichten als Problem. Diese Debatten werden durch Visionen zu neuen technischen Lösungen im Zusammenhang mit der sog. Digitalisierung aller Lebensbereiche (siehe auch Heft 10) forciert.

Bei erheblicher regionaler und auch globaler sowie sozialstruktureller Varianz kann angenommen werden, dass 50% bis 90% der Störungen des Befindens nie zu einer professionellen Diagnostik und Therapie führen und zu einem erheblichen, aber quantitativ kaum abschätzbaren Anteil auch nicht führen müssen. Das bedeutet aber zugleich, dass dieser Anteil das Potential für Angebotsausweitungen und entsprechende Marketingaktivitäten ist.

Global werden sehr unterschiedliche Methoden zur Regulation der Zugänge zur Versorgung genutzt. Solche Methoden sind neben der direkten Vergütung der

Leistungserbringer durch die Nutzer auch Wartezeiten, Anbieterkonzentrationen, Zuzahlungen oder Leistungsinclusionen und -exclusionen. Besonders sog. fee-for-service Systeme verlagern dann die potenziellen Honorierungskonflikte zwischen den Leistungserbringern und den Versicherungen auf die Patienten, die dann u.U. Rück- oder Zuzahlungen gegenüber ihren Versicherungen geltend machen und Differenzen tragen müssen. Vor allem für sozial benachteiligte soziale Schichten erweist sich dies dann als eine erhebliche Zugangshürde mit erheblichen Folgen für die Struktur und Menge nachgefragter medizinischer Hilfen. Diese Hürde wirkt also am stärksten bei jenen, die nach dem Maßstab des Notwendigen und Erforderlichen auch den größten Bedarf haben. Bei Patienten aus Mittel- und Oberschichten veranlasst dies hingegen die Erbringerseite u.U. unnötige Leistungsausweitungen und Überversorgung.

Zur Regulation der Zugänglichkeit folgen viele Staaten dem Konzept kompetenzgestufter Versorgungssysteme mit und ohne verpflichtende Überweisung sowie mit und ohne verpflichtendem Datentransfer. Diese Maßnahmen werden in der Regel als ideal marktkonform gerechtfertigt und von den Nutznießern auch verteidigt. Sie sind allerdings wegen qualitativer Bedenken und wegen ihrer geringen Effizienz (hoher Ressourcenverbrauch bei geringer community effectiveness) kritisch zu beurteilen.

Die Entscheidung, eine professionelle Versorgung in Anspruch zu nehmen, wird zu meist von den Patienten selbst getroffen. Folglich gibt es bei den Akteuren unterschiedliche Interessen, diese Entscheidungen (auch sozial- und fallselektiv) entweder durch „Hürden“ oder durch „Marketing“ zu beeinflussen. Entsprechende Managemententscheidungen sind so ggf. erheblich bedarfswirksam. Die Indikationssetzung für die nachfolgenden Behandlungserfordernisse, ihre Dauer sowie die Empfehlung der Inanspruchnahme weiterer Leistungsanbieter ist dann regelhaft eine professionelle Entscheidung. Die Entscheidungsregeln und -verantwortungen sind folglich ein Schlüsselthema des Assessments der Qualität der Anbieter von Hilfeleistungen und der durch sie ausgelösten Versorgungsbedarfe. Der Versuch, diese Bedarfe durch Zweitmeinungen, Genehmigungsverfahren, Begutachtungen, Zuzahlungen, Spezialisierungen, regionale Anbieterkonzentrationen, Richtlinien und Leitlinien oder Veränderungen der Leistungskataloge und Anbietersupervisionen zu steuern ist naheliegend, damit aber immer auch bedarfswirksam und interessengesteuert. Aus sozialmedizinischer Perspektive liegt der Fokus dann auf den Wirkungen dieser Techniken, die tendenziell in den sozialen Schichten unterschiedliche Folgen haben.

Neben der legalen Regulation wird die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung maßgeblich von den jeweiligen Infrastrukturentscheidungen zu den Krankenversorgungssystemen bestimmt. Sie betreffen im Besonderen die Konzepte bezüglich der flächendeckenden und wohnortnahen Erreichbarkeit und der regionalen Konzentration der Angebote. Im Besonderen dünn besiedelte Regionen, ländliche Bevölkerungen und isoliert lebende ethnische Gruppen stehen hier vor Problemen, deren Auflösung technisch möglich ist, häufig aber an Ressourcenmangel oder fehlendem politischem Willen scheitert.

Für die Sicherung der Zugänglichkeit erwachsen für die Versorgungsforschung hieraus Aufgaben, die potenziell immer folgenreich für die Versorgungsinfrastrukturen, aber auch für die professionellen Leistungsprozesse und beruflichen Profile sind.

Jedes der globalen Krankenversorgungssysteme steht vor der Aufgabe, die Beziehungen zwischen primären, bzw. Grundversorgungsaufgaben und einer spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung zu klären. Dies schließt jeweils die Frage nach den professionellen Kompetenzträgern ein. Nachvollziehbar sind solche Klärungen konfliktbesetzt und werden unter den Stichworten Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen geführt. Analog konfliktträchtig ist die Nutzung von Triagekonzepten, z. B. in Gestalt von Techniken des Gatekeeping. Folgerichtig sind dann auch die Aufgabenzuweisungen jeweils für die stationäre und die ambulante Versorgung Gegenstände von Konflikten. Diese erstrecken sich auch auf die Sinnhaftigkeit einer flächendeckenden Integration der Wertschöpfungskette „Krankenversorgung“ (Integrated Care und Integrated Delivery Systems) in regionalen und überregionalen Versorgungskartellen. Problemlösungen sind immer folgenreich. Sie betreffen so bedeutsame Themen wie die weitgehende fachliche Trennung von Diagnostik und Therapie, das Verhältnis von flächendeckenden und wohnortnahen Zugängen zur medizinischen Versorgung sowie die unumgängliche Spezialisierung und strukturelle und räumliche Konzentration von Versorgungsangeboten mit ihren vielfältigen Wirkungen.

Zugleich ist unverkennbar, dass die sich rasch entwickelnden Funktionalitäten der künstlichen Intelligenz und deren Integration in den medizinischen Arbeitsalltag die Verständnisse und Realitäten der medizinischen Versorgung und der beruflichen Verantwortungszuweisungen erheblich verändern (werden).

5 Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahmen von Angeboten der Krankenversorgung in Relation zum Bedarf spiegeln die soziale Effektivität der Systeme der Krankenversorgung.

Inanspruchnahme (engl. utilization) bezeichnet die Nutzung der für die Behandlung von Krankheiten vorhandenen Infrastrukturen. Das Ausmaß der Übereinstimmung der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen mit dem medizinisch begründbaren Bedarf an ihnen ist eines der wichtigsten Regulationsziele von Krankenversorgungssystemen und damit ein prominentes analytisches Interesse der Versorgungsforschung.

Die Inanspruchnahme hängt nicht allein von der individuellen Nachfrage, sondern auch vom versicherungsvertraglichen Anspruch und dem aktiven Anbieterverhalten ab. Zwischen den Polen Bedarf, Anspruch und Inanspruchnahme entstehen so komplexe Steuerungsinteressen. Es ist die allgemeine Auffassung, dass in einem medizinischen Versorgungssystem ohne Gewinninteressen dieses Dreieck vergleichsweise leicht zu beherrschen ist.

Ob die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen immer ein Spiegel des Bedarfs der Versicherten ist, wird kontrovers beurteilt. Hierbei ist zu beachten, dass sowohl die Zugänglichkeit des Krankenversorgungssystems als auch die Bewertungen von Gesundheitsproblemen sozial variieren (Bildung, Einkommen, sozialer Status, Chancen zur Selbstbestimmung, Leitbilder und Normen, Benachteiligungserfahrungen etc.). In der Regel gilt im globalen Vergleich, dass mit niedrigerer sozialer Schichtzugehörigkeit Hilfe später und seltener aktiv nachgefragt wird und Marketing und Werbung weniger kritisch beurteilt werden.

In Krankenversorgungssystemen, in denen Leistungsanbieter die Möglichkeit haben, die Risiken der Krankenversicherungen gegen eine prospektive sog. Kopfpauschale zu kaufen, ist die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen das wichtigste Geschäftsrisiko solcher Managed Care Unternehmen. Diese sind dann in besonderer Weise an unternehmensspezifischen Versorgungsanalysen interessiert, u.a. mit dem Ziel der Identifizierung von „high utilizers“ und internen „high cost performers“.

Medizinische Hilfeleistungen sind besondere, mit anderen nicht vergleichbare personale Interaktionen und Dienstleistungen. Ihr Erfolg hängt, wegen der häufig maßgeblichen Beteiligung des Patienten, von der Qualität dieser Interaktion ab. Mit der Norm, dass alle Menschen auch bei medizinischem Behandlungsbedarf gleiche Rechtsansprüche haben, ist das u.U. schwer in Einklang zu bringen. Personen mit gleichen objektiven Behandlungserfordernissen können dennoch individuell unterschiedliche Bedarfe haben. In Krankenversorgungssystemen mit sozialkompensatorischen Zielen kann dies in den Konflikt zwischen rechtsgleichen Ansprüchen und ungleichen Bedarfen führen. Sofern es ein Interesse an der Kompensation solcher Ungleichheiten gibt, liegt es zumeist im Ermessen (und auch im wirtschaftlichen Risiko) der Leistungserbringer, solche sozialen Risikoausgleiche zu gewähren oder nicht.

Die Inanspruchnahme von Hilfe folgt im globalen Vergleich alternativ dem Modell einer zu bringenden oder dem Konzept einer zu holenden Leistung. Die Wirksamkeit (community effectiveness) hängt dann von den sozialen Merkmalen der Patienten (Bildung, Einkommen, Art der typischen Arbeitstätigkeiten etc.) und von den vorherrschenden Gesundheitsproblemen ab.

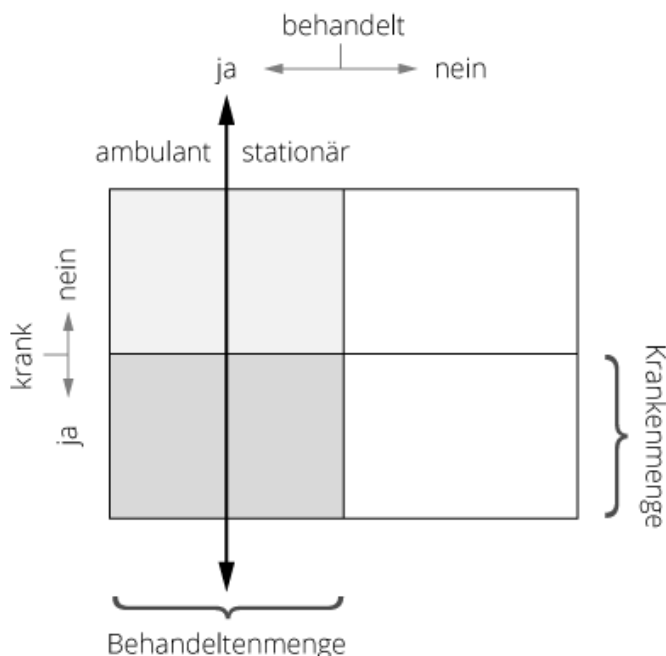


Abb. 5: Zusammenhang von Kranksein und Behandlungsbedarf (zitiert nach Niehoff, J.U. Sozialmedizin systematisch. 3. Auflage, UNI MED Verlag Bremen, London, Boston 2011, ISBN 978-3-8374-1283-3).

Kranksein und Behandlungsbedarf bezeichnen unterschiedliche Sachverhalte. Folglich sind auch die Mengen der in einer Bevölkerung zu einem beliebigen Zeitpunkt lebenden Kranken (Prävalenz) und der Personen mit Behandlungsbedarf nicht kongruent. Die reale Menge der Behandlungsfälle ist kein Abbild der Morbidität in einer Bevölkerung, sondern vor allem ein Abbild der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, bzw. der wirkenden Steuerungsmechanismen für eine solche Inanspruchnahme.

In einem am Bedarf orientierten Versorgungssystem kommt der Kenntnis der Bestände Betreuungsbedürftiger große Bedeutung zu. Diese Bestände, deren soziale Struktur und deren Dynamik zu ermitteln und zu bewerten ist eine der wichtigsten sozialmedizinischen Aufgaben im Rahmen der Versorgungsforschung.

Die Menge der von Ärzten behandelten Personen (Behandeltenmenge) entspricht nicht der Menge kranker Personen (Krankenmenge).

In jeder Bevölkerung gibt es zu jedem beliebigen Zeitpunkt Personen, die die Einrichtungen zur medizinischen Versorgung bei Bedarf in Anspruch nehmen und solche, die sie nicht in Anspruch nehmen. Aus versorgungsanalytischer Sicht gibt es ein Interesse, beide Gruppen näher zu charakterisieren.

1. Es gibt in jeder Bevölkerung Personen, die keinen Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem benötigen oder finden. Sie können deshalb nicht ungeprüft als gesunde Personen klassifiziert werden und schließen immer auch Personen ein, die – obwohl krank und behandlungsbedürftig – keinen Zugang zur Krankenversorgung finden sowie Personen, die zwar krank, jedoch nicht behandlungsbedürftig sind.
2. Es gibt in jeder Bevölkerung Personen, die das Versorgungssystem in Anspruch nehmen, obgleich sie weder krank noch behandlungsbedürftig sind (z.B. Beratungen, Atteste, Vortäuschung von Bedarfen).
3. Es gibt in jeder Bevölkerung Personen, die das Versorgungssystem in Anspruch nehmen, nicht krank sind, jedoch als behandlungsbedürftig charakterisiert werden können (z.B. präventive Interventionen).
4. Es gibt in jeder Bevölkerung Personen, die das Versorgungssystem in Anspruch nehmen und für die auch alle drei Merkmale krank, in Anspruch nehmend und behandlungsbedürftig zutreffen.
5. Es gibt in jeder Bevölkerung Personen, die das Versorgungssystem nicht in Anspruch nehmen, obgleich sie krank und behandlungsbedürftig sind (z.B. Dissimulation, Zugangsbarrieren) .
6. Es gibt in jeder Bevölkerung Personen, die das Versorgungssystem nicht in Anspruch nehmen und - obgleich krank - auch nicht behandlungsbedürftig sind (z.B. leichte Diarrhoen, leichte Atemwegsinfekte, geringfügige Verletzungen).
7. Es gibt in jeder Bevölkerung Personen, die das Versorgungssystem nicht in Anspruch nehmen, wenngleich sie behandlungsbedürftig sind, jedoch nicht als krank bezeichnet werden können oder müssen (z.B. präventive Behandlungsindikationen, die Begleitung einer Schwangerschaft, Schuluntersuchungen, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, „Check-ups“).

In Ländern, in denen die Befreiung von der Arbeitspflicht wegen Krankheit eine ärztliche Aufgabe ist, ist diese bei analogen Klassifikationen entsprechend zu berücksichtigen. Jedes Versorgungssystem sollte ein Interesse daran haben, die jeweilig zurechenbaren Personen quantitativ abzuschätzen und hinsichtlich ihrer Eigenschaften (Alter, Geschlecht, sozialstrukturelle Merkmale, Versicherungsstatus etc.) zu kennen. Es ist eine Aufgabe der Versorgungsforschung durch entsprechende Analysen, den Versorgungsbedarf und seine Struktur abzuschätzen. Hierdurch wird zwangsläufig auch die soziale Realität einer Bevölkerung charakterisiert werden. Zumindest dann,

wenn es ein politisches Interesse an der Messung der Qualität eines Krankenversorgungssystems gibt, sind entsprechende Studien unverzichtbar.

Die Menge der von Ärzten behandelten Personen (Behandeltenmenge) entspricht nicht der Menge kranker Personen (Krankenmenge).

Analysen zur Inanspruchnahme gesundheitsbezogener, speziell medizinischer Versorgungsangebote dienen vor allem dem Versorgungsmanagement. Die Interpretation der Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Konsequenzen können sich in umlagefinanzierten, steuerfinanzierten und privatvertraglichen Konstruktionen der Risikoabsicherung sowie auf der „Käufer- und auf der Verkäuferseite“ erheblich unterscheiden.

Die allgemein anerkannte Definition eines solchen „Utilization Managements“ folgt dem Institute of Medicine (heute Academy of Medicine) der USA: *„Utilization Management is a set of techniques used by or on behalf of purchasers of health care benefits to manage health care costs by influencing patient care decision-making through case-by-case assessments of the appropriateness of care prior to its provision“*. (Gray, B. H., Field M. J. (editors): *Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management*. Institute of Medicine (US) Committee on Utilization Management by Third Parties. Washington (DC): National Academies Press (US) 1989). Das Management medizinischer Versorgung greift hierzu auf Methoden zurück, die die Angebote medizinischer Versorgung und deren Nutzung durch die Patienten und die unmittelbaren Leistungserbringer zu steuern versuchen.

Die Schlüsselposition dieser Schrift aus dem Jahr 1989 folgt der Auffassung, dass die Versorgungsforschung die Grundlage eines wissensbasierten Managements der Inanspruchnahme sein sollte. Die Notwendigkeit und die Angemessenheit medizinischer Versorgungsleistungen soll dabei möglichst vertragswirksam in Form von Leitlinien allgemein normiert und im Einzelfall im Konsens mit dem Patienten umgesetzt werden. Dies verlangt allerdings auch die Entscheidungsunabhängigkeit von professionellen Helfern und Patienten von Drittinteressen sowie die extern unabhängige Supervision und Regulation von berechtigten Angeboten und Nachfragen.

Diese Deutung hat allerdings zwei entscheidende Mängel:

1. Anspruch, wissenschaftliche und qualifikatorisch professionelle Basis sowie die Entscheidungs- und Supervisionsunabhängigkeit sind nur in wenigen Staaten, die zudem nur einen sehr kleinen Teil der Weltbevölkerung repräsentieren, im hinreichenden Einklang.
2. Die Absicht von Staaten eine allgemein zugängliche und sozial nicht diskriminierte Krankenversorgung zu garantieren, wird regelhaft priorisierende Entscheidungen erzwingen. Diese sind dann aber auch durch das Management der

Versorgungsanbieter umzusetzen, wenn sie dem betriebswirtschaftlichen Interesse nicht entsprechen.

Die datenbasierte Empfehlung von prioritären Entscheidungen ist ein sozialmedizinisches Handlungsfeld, soweit soziale Benachteiligungen vermieden und Versicherungsangebote sozialspezifisch adressiert werden sollen. Dies erweitert zugleich den Rahmen dessen, was als indikationsgerechtes Handeln gedeutet werden kann. Es ist dann nicht auf medizinisch Richtiges oder Vertretbares begrenzt, sondern anerkennt individuell adäquates Handeln ausdrücklich auch als individuell indikationsgerechtes Handeln. Es erweitert den wissensbasierten Umgang mit der Inanspruchnahme und Zugänglichkeit medizinischer Versorgung um das Ziel des Nachteilsausgleichs und erweitert zugleich das Verständnis von Über- und Unterversorgung durch personenbezogen inadäquates Handeln. Das gilt analog für aktive Versorgungsangebote und die Diskussion um angebotsinduzierte Nachfragesteuerungen zwischen den Polen der „Notwendigkeit einer Versorgungsleistung“ und der „Vermeidbarkeit einer Versorgungsleistung“.

5.1 Inanspruchnahme nicht professioneller Hilfen

Ein erheblicher Anteil medizinischer, rehabilitativer und pflegerischer Hilfebedarfe muss nicht in professionellen Settings genutzt und geleistet werden.

„Nicht professionell“ soll hier für Leistungen stehen, die nicht durch speziell lizenzierte Berufsträger erbracht werden müssen oder dürfen. Sie umfassen Eigenhilfen bei leichten Unfällen und Erkrankungen, Laienhilfen durch Dritte (Eltern, Verwandte, Nachbarn, tradierte Volksmedizinanbieter) und Selbsttherapien mittels frei verkäuflicher Pharmaka und durch homöopathische Produkte oder andere zur wissenschaftlichen Medizin alternative Methoden.

Hiervon sollte die Selbsthilfe unterschieden werden. Sie ist ein eigenes Leistungsfeld mehr oder weniger organisierter solidarischer Hilfen bei der Sicherung des Zugangs zu professionellen Leistungen, bei der Vertretung von Interessen im Fall von Benachteiligung oder auch bei der individuellen oder familialen Bewältigung von chronischem Kranksein und dessen Folgen.

Eigenhilfen, Selbsttherapien und Selbsthilfen spielen weltweit eine große, wenngleich erheblich unterschiedliche Rolle. Sie substituiert, ergänzt oder konkurriert zu professionellen Hilfen und ist bei fehlendem oder eingeschränktem Zugang zu diesen dann auch der einzige verfügbare Hilfezugang (siehe z.B. *David Werner et al: Where There Is No Doctor: A Village Health Care Handbook. 13. Edition 2013, ISBN 978-0-942364-15-6*).

Die Determinanten, Leistungsumfänge und -strukturen der Eigenhilfen und ihre globale Bedeutung sind kaum bekannt. Am ehesten gibt es punktuelle Einblicke, wenn Daten zur freien Verkäuflichkeit von Pharmaka vorliegen oder Befragungsergebnisse

verfügbar sind. Die hier zurechenbaren Versorgungsleistungen haben einen erheblichen Umfang, der durch internetbasierte Wissens- und Marketing- und Kaufangebote und bei einem unzureichenden Zugang zu professionalisierten Versorgungsleistungen eher zusätzlich an Bedeutung gewinnt.

Beispiel:

Leichte Verletzungen, Schmerzen, Diarrhoen, Infekte, Fieber, Schlafstörungen, Übelkeit, Refluxbeschwerden etc., also vor allem Symptome und nicht Krankheiten, sind die überwiegenden Anlässe von Selbstbehandlungen. Berichte aus Afrika, Südostasien und Südamerika besagen, dass vor allem frei verkäufliche Antibiotika, Steroide, Schmerz- und Schlafmittel, Psychopharmaka, leistungssteigernde Mittel und Antiphlogistika die Verkaufslisten anführen.

5.2 Inanspruchnahme professioneller Hilfen

Die Nutzung professioneller Versorgungsangebote ist überwiegend eine individuelle Entscheidung. Ausnahmen sind legale Pflichten und Zwänge zur Inanspruchnahme sowie Notfälle.

Die individuelle Entscheidung, medizinische Leistungen zu nutzen, ist vielfältig reguliert. Im Falle des direkten Leistungsaufsatzes rationiert die Kaufkraft den Leistungszugang. Private Risikoabsicherungen definieren ihre Leistungsgarantien durch einen individuell wirksamen Vertrag, bzw. durch dessen Preis. Steuerfinanzierte und umlagefinanzierte Absicherungen bieten die jeweils gesellschaftlich konsensfähigen legalen Leistungsgarantien.

Der Bedarf an medizinischen Leistungen und sonstigen Hilfen ist folglich maßgeblich von den wirksamen Regeln für ihre Inanspruchnahme bestimmt. Sofern es ein allgemeines Interesse gibt, Benachteiligungen im Zugang zu medizinischer Versorgung zu vermeiden, sind zwei Bedingungen zu erfüllen:

1. Es muss gleiche Zugangsrechte zu den jeweils definierten Leistungsansprüchen geben (Verbot von Risikoselektion).
2. Es muss die Möglichkeit geschaffen sein, dass Menschen, die in der Wahrnehmung dieser Rechte behindert sind oder werden, aktive und zugehende Hilfen angeboten bekommen können (aktive Fürsorge).

Es ist die Aufgabe der sozialmedizinischen Versorgungsforschung zu ermitteln, welche Schichten und Gruppen der Bevölkerung ungleiche Chancen haben ihre Hilfebedarfe zu realisieren, wie diese Ungleichheiten durch aktiv zugehende Angebote ausgeglichen werden können und welche Möglichkeiten es gibt, Benachteiligungen zu verhindern. Die Problemlage ist erheblich, weil Ungleichheiten und Benachteiligungen

nicht intendiert sein müssen, um dennoch zu wirken. Zudem wird es immer unabdingbar sein, zur Inanspruchnahme Normen zu legalisieren.

Die fortlaufende Ermittlung, wer von wem und bei welchen Anlässen medizinische Hilfen im Rahmen der geltenden Anspruchsrechte erhält und wer nicht ist dann ebenso ein sozialmedizinisches Analysefeld, wie die Entwicklung und Erprobung von Konzepten entsprechender Nachteilsausgleiche.

5.2.1 Inanspruchnahmen im Krankheitsfall

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wegen Krankheit ist der häufigste Kontaktgrund mit den Infrastrukturen medizinischer Versorgung.

Informationen über die Inanspruchnahme medizinischer Betreuung und über die erbrachten Versorgungsleistungen - Behandlungsmorbidität, Fallzahl, Krankheitsstadium, Betreuungsdauer, Patientenstruktur, Behandlungsergebnisse etc. – sind für den ambulanten und für den stationären Versorgungsbereich global in unterschiedlichem Ausmaß verfügbar. Über die entsprechende soziale Schicht- und Gruppenspezifität der Inanspruchnahme liegen nahezu keine systematischen Erkenntnisse vor. Diese Intransparenz ist weltweit eine der größten Hürden für eine am Ziel von Benachteiligungsvermeidung orientierten Steuerung der Versorgung.

Insgesamt gilt:

- Die Inanspruchnahme der ambulanten Betreuung überschreitet die der stationären um ein Vielfaches.
- Die Anlässe der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen unterscheiden sich zwischen den Polen einer primären Inanspruchnahme wegen oft unklarer Störungen des Befindens und hochspezialisierten Interventionen für bereits weitgehend abgeklärte Indikationen.
- Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist über das Jahr, über die Woche und über die Tageszeit, den Wohnort und die sozialen Schichten ungleich verteilt. Im Besonderen untere soziale Schichten, benachteiligte ethnische Gruppen, Migranten und ländliche Regionen sind in vielen Staaten beim Zugang zu medizinischer Versorgung benachteiligt.
- Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen variiert nach sozio-demographischen Variablen auch bei gleichen Rechtsansprüchen in weiten Grenzen.

5.2.1.1 Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Hilfen

Die Abgrenzung von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen folgt zu meist infrastrukturellen Gegebenheiten, die die Krankenhausversorgung und die

nichtstationäre Versorgung systematisch trennen. Sie folgt nicht zwingend den Indikationen.

Diese Trennung ist global keine durchgängige Realität. Weder schließt ambulante Versorgung die Vorhaltung von „Betten“ aus, noch kann eine ambulante Versorgung durch Krankenhäuser ausgeschlossen werden. Die Trennung von „ambulant“ und „stationär“ folgt nur begrenzt einer medizinischen Logik.

Ambulante Versorgung ist in der globalen Gegenwart durch folgende Momente bestimmt: sie wirkt als gatekeeper (Triage) vor einer qualifikatorisch und technisch aufwändigen Versorgung und als Träger fortlaufender Versorgungsbedarfe. Mit dem Wandel der Medizin ist sie häufig eine Alternative zur Krankenhausversorgung, und sie ist auch ihr unverzichtbarer Partner. Die ambulante Versorgung kann also sowohl eine Basis- und Grundversorgung (simple medicine) als auch eine hochspezialisierte interventive Medizin ohne fortdauernden Beobachtungsbedarf sein. Der qualifikatorische Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist in vielen Staaten erheblich.

Beispiel:

Viele Krankenhäuser in den USA arbeiten ohne angestellte Ärzte, sie nutzen diese als sog. Belegärzte. Folgerichtig sind die Qualifikationsanforderungen an das nichtärztliche Fachpersonal eines Krankenhauses dann erheblich hoch. Dies sichert auch die (zumeist exakt definierten) Delegations- und Substitutionsrechte ärztlicher Leistungen. In Großbritannien sind hingegen fachärztliche Leistungen nach Überweisung vom General Practitioner regelhaft nur am Krankenhaus verfügbar. In China sind (in der Regel) ärztliche Leistungen ebenfalls nur am Krankenhaus und ihnen zugeordneten out-patient centers verfügbar, allerdings derzeit noch ohne jegliches Überweisungssystem und vorgehende und nachsorgende Hilfen. Dänemark bietet seinen Bürgern Community Health Centers für die medizinische Grund- und Dauerversorgung älterer Bürger ohne eigene Ärzte an. In Finnland werden etwa 60% der medizinischen Versorgungsleistungen von nicht ärztlichem Fachpersonal selbständig erbracht. In Australien liegt die schnelle Notfallhilfe in der Verantwortung von sog. Paramedics im dauerhaften on-line Kontakt mit ärztlich besetzten Zentralen. In Deutschland verfügt sowohl die ambulante wie auch die stationäre Versorgung über ein vollständiges Facharztangebot, das in der ambulanten Versorgung vor allem Aufgaben der Akutmedizin, der Überweisung und der stationären Nachsorge sowie der Dauerversorgung chronisch Kranker wahrnimmt.

Inhalt und Funktion der ambulanten Versorgung variieren weltweit erheblich. Ihre Aufgaben sind zwar im internationalen Raum nicht exakt vergleichbar, können aber dennoch wie folgt zusammengefasst werden:

- diagnostische Aufgaben (z.B. Abklärung von Störungen des Befindens, Kontrolle des Verlaufs einer chronischen Krankheit, prädiktive Diagnostik, Triage, Gutachten)
- therapeutische Anlässe (z.B. Medikation, Überweisungen, Nachsorge, ambulante chirurgische Maßnahmen, Wund- und Verletzungsversorgungen)
- psychosoziale Anlässe (z.B. Beratung, Begleitung bei schweren chronischen Krankheiten)
- Hausbesuche
- rehabilitative Anlässe (z.B. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation)
- rechtliche Anlässe (z.B. Atteste, Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen, Gutachten)
- präventive Anlässe (z.B. Impfungen, Beratungen, Vorsorgeuntersuchungen)

Die Inanspruchnahme ambulanter Beratung, Versorgung und Betreuung ist – vor allem bei älteren Menschen – Teil des Lebensalltags und sollte deshalb möglichst wohnortnah und niedrigschwellig möglich sein.

Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, ihr Umfang und die nachgefragten Leistungen, sind weitgehend von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Versorgungssysteme bestimmt. Die Spannbreite ambulanter Versorgungssysteme ist im globalen Vergleich entsprechend groß. Vor allem psychosoziale Problemkonstellationen oder nur der Wunsch nach Kommunikation und Lebensberatung können Gründe ambulanter Inanspruchnahme sein. Diese Leistungen sind aber auch an der Grenze der spezifisch medizinischen Qualifikationen, in der Praxis unverzichtbar.

In einer globalen Perspektive vollziehen sich widersprüchliche Entwicklungen. Der Forderung nach dem Aufbau eines mehrstufigen Versorgungssystems mit wohnortnahe Primary Healthcare (PHC) und nachfolgenden weiteren, zumeist stationären und spezialisierten ambulanten Versorgungsstufen, stehen Interessen integrierter und stark zentralisierter Versorgungskartelle gegenüber.

Dem Primary HealthCare werden im Wesentlichen folgende Funktionen zugewiesen:

- Diagnostik und Therapie von häufigen und einfachen akuten Erkrankungen und Verletzungen, z.B. Infektionen, Hauterkrankungen, Bluthochdruck, Störungen des Allgemeinbefindens, Diabetes, Magen-Darm-Erkrankungen, Steinleiden, Harnwegsinfekte, Schmerzzustände, Übergewicht, psycho-soziale Beratungen
- Überweisung und Leistungen des Integrated Care
- Triagefunktion zur Feststellung von spezialisiertem Behandlungsbedarf (z.B. Rheuma, psychische Erkrankungen, chronische Bronchitis, Anämien, Zustände nach Unfällen und Verletzungen, Herzinsuffizienz, kardiogene Erkrankungen, Karzinomkrankungen, Asthma, Magen-/Darmulcera, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Epilepsie, Diabetes mellitus, Nierenerkrankungen)

- Attestierung und medizinische Kontrolle von Arbeitsunfähigkeit, sofern dies eine rechtlich geregelte und ärztliche Aufgabe ist
- Angebote der medizinisch-interventiven Prävention
- Familien- und Sozialberatung.

In Versorgungssystemen mit starkem regionalem Zentralisierungsdruck der stationären Versorgung ist ein massiver Ausbau wohnortnaher und auch spezialisierter ambulanter Versorgung (out-patient) eine zwingende Bedingung und ohne leistungsfähige Systeme des Datentransfers kaum möglich. Integrated Care ist hierbei ein facettenreiches Konzept in dessen Mittelpunkt – wie auch immer finanziert – mindestens die Datenintegration aller Versorgungsteilnehmer stehen muss. Sie hat das Potenzial, die stationären Versorgungsbedarfe drastisch zu reduzieren und die out-patient Versorgung erheblich auszuweiten. Diese Entwicklungen konfliktieren allerdings mit der freien Arztwahl.

Das fokussiert zunächst die Frage nach den Instrumenten der Integration. Deren wichtigste sind die Überweisung und der Informationsaustausch, der stets mehr sein sollte als ein Datenaustausch. Integration kann aber auch bedeuten, Kompetenzen in fallbezogenen Versorgungsteams zu bündeln. Schließlich ist auch ein Aspekt, Wertschöpfungsketten in sog. Integrated Delivery Systems (IDS) zu etablieren. Dies sind hoch integrierte Wirtschaftsunternehmen mit dem primären Ziel der (regionalen) Marktbeherrschung durch vernetzte Datenaustauschsysteme. Eine besondere Typologie sind IDS, die zugleich die Funktion von Krankenversicherungen übernehmen und sich in strategische Allianzen mit pharmazeutischen Unternehmen, mit der Labordiagnostikindustrie und mit den Herstellern von Heil- und Hilfsmitteln begeben.

Einige der vielfältigen Folgeprobleme solcher Entwicklungen sind die üblicherweise praktizierten Strategien der Risikoselektion, die massiven Interessen an der Vermeidung von Patienten mit aufwändiger medizinischen Versorgungsbedarfen etwa der Notfallmedizin und die Erzeugung einer „big data industry“ mit dem Ziel der sozialen Kontrolle des „Kundenverhaltens“ und das globale „data brokerage“. Solchen Entwicklungen stehen global aber auch Behinderungen durch die nationalen Kartellgesetzgebungen entgegen. Deren Schwächung ist dann ein prominentes Ziel entsprechender Lobbyakteure.

Beispiel:

In Deutschland behindern das korporatistische vertragsärztliche System, die länderspezifische Krankenhausplanung sowie die korporatistische Verfassung der gesetzlichen Krankenversicherung wertschöpfungsintegrierte Kartellbildungen. Mit der Unterstellung der körperschaftlich verfassten gesetzlichen Krankenkassen unter das Kartellrecht („Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen - 8. GWB-ÄndG im Jahre 2012) sind allerdings die Weichen gestellt, dies grundlegend zu verändern. Hierzu urteilt der Bundesrat: „die ... Änderungen führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation und der Rechte ... der gesetzlich

Versicherten. Eine Gleichsetzung der am Gemeinwohl orientierten Krankenkassen mit privatwirtschaftlichen und gewinnorientierten Unternehmen zieht eine Unterordnung der Patienteninteressen unter die des Wettbewerbs nach sich.“ BR-Drs. 641/1/12 vom 9.11 2012.

5.2.1.2 Inanspruchnahme stationärer medizinischer Versorgung

Stationäre Versorgungsleistungen erfolgen heute in vielen Staaten nur auf der Grundlage von expliziten Produktklassifikationen, bzw. Fallkatalogen.

Diese Klassifikationen legen fest, welche Versorgungsleistungen im Krankenhaus erbracht werden dürfen und welche nicht, sie standardisieren die verfügbaren medizinischen Prozeduren und klinischen Leistungsprozesse (clinical pathways) und ermöglichen eine weitestgehende interne und externe Leistungstransparenz und Leistungsprüfung. Der wichtigste Typ dieser Klassifikationen sind die Diagnosis Related Groups.

So vielfältig die Klassifikationen der sog. DRG-Familie sind, so vielfältig ist ihre Nutzung. In der Europäischen Union nutzen Österreich, Finnland, Frankreich, Irland, Polen und Portugal Produktklassifikationen vor allem zu Planungszwecken und Budgetbildungen, Großbritannien/England, Estland, Deutschland, die Niederlande und Katalonien für fallbezogene Einzelleistungsvergütungen und Schweden für das Benchmarking.

Beispiel:

Nach den Erfahrungen in Deutschland waren um 2008 die drei häufigsten stationären Fallcluster (1) die Versorgung Neugeborener Einlinge mit einem Aufnahme-gewicht von mehr als 2499 g ohne weitere Prozeduren, ohne Beatmung und ohne weitere Probleme, (2) die Ösophagitis, die Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe weitere Diagnosen und ohne Dialyse im Alter von mehr als 2 bis unter 75 Jahre und (3) die vaginale Entbindung ohne komplizierende Erkrankungen. Die drei häufigsten medizinischen Prozeduren waren (1) die Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des pulmonalen Arteriendrucks und des zentralen Venendrucks, (2) die Computertomographie des Schädels und (3) die diagnostische Ösophago-Gastro-Duodenoskopie.

5.2.1.3 Inanspruchnahme präventiv-medizinischer Leistungsangebote

Medizinisch-interventive Leistungen mit dem Ziel der Prävention beschreiben einen großen und wachsenden Anteil an allen medizinischen Versorgungsleistungen.

Für die Inanspruchnahme präventiver medizinischer Leistungen kann weltweit von folgenden Erfahrungen ausgegangen werden

- die Inanspruchnahme präventiver Leistungen ist geringer als die von Leistungen im Krankheitsfall, zeigt aber erhebliche Steigerungsraten
- es handelt sich hierbei vor allem um prädiktive Diagnostiken und primär- und sekundärpräventive Medikationen
- Frauen nutzen solche präventiven Angebote eher als Männer
- die Bereitschaft zur medizinisch-interventiven Prävention nimmt mit dem Alter zu
- die Nutzung von Prävention korreliert positiv mit der sozialen Schichtzugehörigkeit
- individuelle Präventionsorientierungen sind oft eher mode- und angebots- als rationalitäts- und bedarfsorientiert

Besondere Bedingungen existieren in vielen Staaten für etablierte institutionelle Präventionsleistungen, wie die Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen, Kleinkindern, und Jugendlichen sowie von Angeboten der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und (verpflichtende und freiwillige) arbeitsmedizinische Dienste. Unterversorgungen sind Folgen mangelnder Ressourcen und des fehlenden politischen Interesses an solchen Public Health Angeboten.

Präventive medizinische Leistungen umfassen vor allem prädiktive diagnostische Tests, prädiktive therapeutische Interventionen und in geringem Umfang auch Leistungen zur Rehabilitation. Diese sind gegen die Prävention oft nur schwer abzugrenzen, wenn sie einer Leidensverschlimmerung vorbeugen sollen und so immer auch als präventiv aufgefasst werden können. Folglich ist die quantitative Bedeutung entsprechender Dienstleistungsangebote nicht sicher zu bestimmen.

Beispiel:

Die Versicherungsleistungen durch das sog. „Obamacare“ in den USA umfassen neben Leistungen der Grundversorgung für die Medicare-Versicherungstypen A&B (zugangsberechtigt sind Personen älter als 65 Jahre) vor allem prädiktive diagnostische Tests. Diese betreffen Beratungen über die Folgen des Rauchens und über Entwöhnungsmöglichkeiten. Personen, die bereits an Krankheiten leiden, die durch das Rauchen verursacht sein könnten, haben Zuzahlungen und Selbstbehalte zu leisten. Durch „Obamacare“ werden zudem bei Medicare nach Plan B keine Selbstbehalte und Zuzahlungen für präventive Knochendichtemessungen, für

präventive Tests auf Cervix-Ca, für Cholesterinmessungen, für Testungen auf Diabetes sowie für Grippeimpfungen und Hepatitis B Impfungen, für Testungen auf HIV und für Ernährungsberatungen bei Diabetes mellitus und bei Nierenerkrankungen übernommen. ("Patient Protection and Affordable Care Act", "<http://www.Healthcare.gov/law/features/index.html>" , last checked 16.05.2015)

Kommentar:

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sind typische präventiv-medizinische Maßnahmen in der Individualmedizin. Sie sind unter den Bedingungen einer freien Arztwahl niemals als Screening zu bezeichnen. Solche Leistungen sind in der Regel von geringer sozialer Effektivität und global eher selten auch Bestandteil von Leistungen der Krankenversicherungen. Sie werden deshalb häufig als direkt zu finanzierende privatvertragliche Leistungen angeboten.

Präventiv-medizinische Leistungen führen sowohl seitens der diagnostischen wie der therapeutischen Aufwendungen und auch wegen der nachfolgenden Häufigkeitszunahme von Arztkontakten zu erheblichen Leistungsausweitungen.

5.2.2 Inanspruchnahme der Rehabilitation

Leistungen der Rehabilitation sind global zumeist auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation begrenzt.

Rehabilitation ist eine maßgebliche Leistung des Krankheitsfolgenmanagements. Das Verständnis von Rehabilitation umfasst zwei unterschiedliche Zielfunktionen: die eine zielt auf den Erhalt der Teilhabefähigkeit, speziell auf die Sicherung der Selbstversorgungsfähigkeit. Ein solches Ziel ist immer auch ein Konzept des sozialen Nachteilsausgleichs. Versorgungsanalytisch ist deshalb die Frage, ob und ggfs. inwieweit ein solcher Ausgleich tatsächlich erreicht werden kann, von vorrangigem analytischem Interesse.

Eine andere Perspektive folgt der Absicht, regelhafte Nachsorgeleistungen nach akuten Krankheitsereignissen (Rekonvaleszenz) der Rehabilitation zuzuordnen. Ziel ist es, so die Verweildauer im Krankenhaus zu minimieren oder akute Versorgungsleistungen in kostengünstigere Einrichtungen zu verlagern. In Krankenversorgungssystemen, in denen die Wiedererlangung oder der Erhalt der funktionellen Gesundheit wichtige Ziele sind, erfüllt Rehabilitation auch die Aufgabe eines Bindegliedes zwischen medizinischer Versorgung und Sicherung der Selbständigkeit.

Schließlich werden auch Wellnessangebote unter Rehabilitation geführt und machen Rehabilitation dann zu einem Angebot an eher vermögende Kunden.

Unter dem Aspekt der Inanspruchnahme ist Rehabilitation eine Angebotsleistung von Versicherungen oder direkt von Anbietern entsprechender Leistungen an ihre „Kunden“. Für die Inanspruchnahme heißt dies, dass Rehabilitation in der Regel dem Wirken von sozialen wie auch medizinischen Auswahlprinzipien unterworfen ist.

Beispiel:

Die Sozialgesetzgebung in Deutschland verlangt für die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung die Prüfung der Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme und der Rehabilitationsfähigkeit des betreffenden Patienten durch ein ärztliches Gutachten. In diesem Rahmen ist auch immer das konkrete Rehabilitationsziel festzulegen.

5.2.3 Inanspruchnahme von professionellen Leistungen der Pflege

Die Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen dient der partiellen oder vollständigen Kompensation von Verlusten selbständiger Lebensführung.

Die Nutzung solcher Leistungen setzt deren Finanzierung durch fiskalische, parafiskalische oder Eigenfinanzierungen voraus. Falls als Rechtsanspruch durch eine dritte Partei garantiert, sind entsprechende Ansprüche zumeist so definiert, dass der Leistungsfall erst gegeben ist, wenn die Notwendigkeit, bspw. der begründende Selbstständigkeitsverlust sehr weit vorangeschritten ist. Der Zeitpunkt des Einsetzens einer öffentlich-rechtlichen Hilfegarantie ist dann durch die Bereitschaft der Allgemeinheit definiert, die Kosten solidarisch oder subsidiär zu tragen und ist damit ein Aspekt der jeweiligen demokratischen Einigungsfähigkeiten der jeweiligen Bevölkerungen. Die Institutionalisierung der Pflege zur Kompensation dauerhafter Autonomieverluste ist die Folge des Wandels familialer oder gemeindlich-solidarischer Lebensweisen sowie der mehrheitlichen Unmöglichkeit einer Selbstfinanzierung. Es gilt deshalb, dass immer zwischen dem gesamten Pflegebedarf in einer Bevölkerung und dem individuell, familiär, subsidiär und solidarisch zu tragenden Pflegebedarf und einer Inanspruchnahme von Leistungen zu unterscheiden ist.

Die Inanspruchnahme von öffentlich-rechtlich garantierten Leistungen der Pflege ist durch Zugangsvoraussetzungen normiert. Deren Wirkungen sind, sofern nicht als solidarische Leistungen etabliert, zumeist in hohem Maße sozial diskriminant. Pflege im Behinderungsfall ist an finanzielle und infrastrukturelle Voraussetzungen gebunden, die für die globale Mehrheit der Menschen auf längere Sicht nicht erfüllbar sind.

6 Indikationsgerechtigkeit medizinischer Versorgungsleistungen

Indikationsgerechtigkeit bezeichnet die nach dem Stand der Wissenschaft und nach der Gesamtsituation des Patienten im Einzelfall notwendigen und erforderlichen medizinischen Versorgungsleistungen.

Im Interesse indikationsgerechter Versorgung bedarf es hinreichend verbindlich vereinbarter Versorgungsstandards. Hierbei ist zu beachten:

- die Versorgungswirklichkeit und die nach Maßgabe des Wissensstandes indikationsgerechten Versorgungsleistung müssen gegeneinander prüfbar sein
- die Berücksichtigung der Gesamtsituation des individuellen Patienten sowie seiner Bedürfnisse und Umstände muss Bestandteil der akzeptierten Versorgungsstandards sein
- auch bei gleichen Behandlungsanlässen kann der individuelle Hilfebedarf der Patienten deutlich variieren

Vor diesem Hintergrund sind zwei Fragen von besonderer Bedeutung:

1. Wer ist legitimiert, über den diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Handlungsbedarf bei einem Patienten zu entscheiden?
2. Wie, durch wen und mit welchen Folgen lässt sich die „Richtigkeit“ einer solchen Entscheidungen überprüfen?

In vielen Staaten ist es eine rechtlich verbindliche Berufspflicht von Ärzten, Therapiestrategien gemeinsam mit dem Patienten festzulegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Berufsbezeichnung „Arzt“ global nicht einheitlich festgelegt ist, also sehr unterschiedlichen Ausbildungsstandards folgen kann. Die Professionalisierung der Medizin kennt folglich unterschiedliche Standards und damit auch unterschiedliche fachliche Kompetenzen bei der Entscheidung über interventive Maßnahmen. In überschaubaren zeitlichen Perspektiven wird es nicht möglich sein, diese Unterschiede anzugleichen.

Die Prüfbarkeit entsprechender Entscheidungen setzt Vereinbarungen, z.B. in Gestalt von Leitlinien oder Richtlinien voraus. Diese müssen jedoch zunächst vereinbart und dann auch mit hinreichender Verbindlichkeit vermittelt werden. Zudem müssen sie von den Patienten akzeptiert werden.

Beispiel:

Eigene Erfahrungen zeigen, dass z.B. in Ländern Südostasiens Patienten kaum bereit sind Arztkontakte zu akzeptieren, die – unabhängig von der Notwendigkeit –

nicht auch mit einer Röntgenaufnahme verbunden sind und nicht zur Verordnung von Steroiden und Antibiotika führen.

Es ist unschwer nachzuvollziehen, neben den Therapeuten und den Patienten auch die Kostenträger ein erhebliches Interesse haben, an Indikationsentscheidungen mitzuwirken, ein Sachverhalt, der auch als Konfliktfeld beschrieben werden kann. Dieses Konfliktfeld verschärft sich, wenn die Partner der finanzierenden Partei nicht unmittelbar das medizinische Fachpersonal, sondern die Eigner der anbietenden Infrastrukturen, bzw. deren Geschäftsführer sind.

Aus sozialmedizinischer Sicht interessieren bei der Bewertung der Indikationsgerechtigkeit vor allem

- die Überversorgung
- die Unterversorgung (z.B. eine Versorgung unter den Möglichkeiten der Medizin, Zugangsbarrieren zur medizinischen Hilfe, unzureichende Inanspruchnahme, unzureichende Kapazitäten)
- die Fehlversorgung

Überversorgung liegt vor, wenn medizinische Maßnahmen unnötig häufig, intensiv und lange, also indikationsunabhängig eingesetzt werden.

Im Geltungsbereich des SGB V bezeichnet Überversorgung auch die Bedarfsüberschreitung bei der Zahl niedergelassener Ärzte in einer Region. Überversorgung in Bezug auch das indikationsgerechte Handeln liegt vor, wenn nicht bedarfsbegründete bzw. unnötige medizinische Leistungen erbracht oder vorgehalten werden. Die Selbstlegitimation von Überversorgung erfolgt häufig mit dem Argument der Prävention. Überversorgungen erfolgen häufig sozial selektiv. Der typische Mechanismus ist das sozial selektive Angebot an „Käufer“ unabhängig davon, ob das Angebot tatsächlich erforderlich, notwendig und wirtschaftlich vernünftig ist (supplier induced demand, Marketing). Überversorgung ist überall dort ein Problem, wo Krankenversorgungssysteme Leistungserbringung ermöglichen, ohne eine systematische Bedarfsorientierung und Evaluation zu etablieren. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Einkommens- und Wettbewerbsinteressen zu einer systematischen Systemverzerrung führen. Überversorgung ist wegen des Schädigungspotenzials häufig auch eine ethisch-moralisch zu bewertende Fehlversorgung.

Beispiel:

Behandlung sog. falsch-positiver Fälle nach Vorsorgeuntersuchungen, unnötige chirurgische und pharmakologische Interventionen sowie diagnostische Leistungen, der Einsatz diagnostischer Verfahren aus ökonomischen Amortisationszwängen, Managementvorgaben oder z.B. unnötige Schnitttentbindungen sind weltweit Beispiele interessengeleiteter Überversorgungen.

Unterversorgung liegt vor, wenn erforderliche medizinische Maßnahmen in zu geringer Menge, Intensität oder Dauer angewandt werden sowie, wenn Menschen mit Versorgungsbedarf der Zugang zu notwendigen Hilfeleistungen versagt ist.

Im Geltungsbereich des SGB V bezeichnet Unterversorgung auch die Bedarfsunterschreitung bei der Zahl niedergelassener Ärzte in einer Region

Typische Ursachen der Unterversorgung sind

- Unterschätzungen eines Gesundheitsproblems seitens der Betroffenen
- sozial bedingte Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung
- Leistungsbeschränkungen aufgrund ökonomischer Mechanismen und Mängel in der Verfügbarkeit
- mangelndes Versorgungsinteresse seitens der Leistungsträger und der Dienstleister
- Fehlallokationen im Gesundheitswesen durch unzureichende Prioritätensetzungen
- Qualifikationsdefizite bei den Leistungserbringern
- Fehlanreize des Honorierungssystems
- Mechanismen der Risikoselektion
- Strukturdefizite im Versorgungssystem

Typische Personengruppen, die eher unter Unterversorgung leiden sind

- psychisch Kranke
- Opfer von häuslicher Gewalt
- Kinder aus dissozialen Familien
- Asylsuchende
- Wohnungs- und Obdachlose
- Drogenabhängige
- sozial Benachteiligte
- bestimmte Behindertengruppen
- Arbeitnehmer, die aus Angst um den Arbeitsplatz auf notwendige Leistungen verzichten
- Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz

Fehlversorgung liegt vor, wenn falsche oder in ihrer Wirksamkeit nicht belegte medizinische Maßnahmen bspw. aus wirtschaftlichen Interessen eingesetzt werden, Patienten also falsch oder unzweckmäßig behandelt werden.

Fehlversorgung werden eher selten offenbar, da sie nicht notwendig auch zu Gesundheitsfolgen führen oder diese erst zeitversetzt eintreten und dann nicht zugeordnet werden (können). Sie sind eine erstzunehmende Realität auf der Ebene des individuellen Behandlungsfalls, auf der Ebene der Ressourcen- und Mittelallokation oder auf der Ebene inadäquater Prioritätensetzung durch gesundheitspolitische Entscheidungen (z.B. als Folge sog. Anreizsysteme bei der Versorgungssteuerung). Ursächlich sind dementsprechend sowohl das Nichterkennen des tatsächlichen Gesundheitsproblems bzw. Hilfebedarfs oder auch wirtschaftliche und politische Interessen.

Vorrangig im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung (und hier vor allem bei dauerhaft Behandlungsbedürftigen) diskutiert, handelt es sich dennoch auch um ein erhebliches Problem in der medizinischen Prävention, der Diagnostik, der chirurgischen Therapie, der Rehabilitation, der Pflege und auch der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

Über- und Unterversorgung sind dann immer auch Fehlversorgung, wenn sie dem Patienten Schaden zufügen. Dieser Schaden kann von Todesfällen gefolgt sein. Deren Schätzung variiert in weiten Grenzen und ist vermutlich nur zu einem Teil ärztlichen Fehlentscheidungen zuzurechnen.

Beispiel:

Für Deutschland werden 58.000 Todesfälle aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen pro Jahr geschätzt (Schnurrer, J.U., Frölich, J.C. Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Der Internist 2003, Volume 44, Issue 7, pp 889–895). In den USA wurden für 2013 251.454 Todesfälle als Folge medizinischer Fehler in den Krankenhäusern geschätzt. Übertragen auf Deutschland wäre dies die 3. häufigste Todesursache <https://www.us-news.com/news/articles/2016-05-03/medical-errors-are-third-leading-cause-of-death-in-the-us#close-modal>; Zugriff 07.07 2018. Schätzungen gehen für die USA insgesamt von bis zu 400.000 Todesfällen aus, die neben der Opiatkrise maßgeblich durch den freien Verkauf von Medikamenten bzw. nicht versicherte Medikationen verursacht sind. (Die ärztlich induzierte Opioid-Epidemie in den USA hat nach Schätzungen des Center of Disease Control der USA (CDC) zwischen 1999 und dem 1. Quartal 2021 etwa 841.000 Todesfälle verursacht (CDC's Response to the Opioid Overdose Epidemic. 15.10.2021, <https://www.cdc.gov/opioids/strategy.html>; abgerufen am 21.01.2022)

7 Fehladressierung von medizinischen Leistungen

Ein erheblicher Teil der Inanspruchnahmen, vor allem in der ärztlichen ambulanten Versorgung wird als nicht medizinisch begründet vermutet.

Für notwendige, wenngleich nicht durch Krankheit begründete Hilfen und Unterstützungen fehlen häufig geeignete Angebote. Auf diese Weise können Probleme an die Medizin adressiert werden, die diese nicht zu lösen vermag, weil das System qualifikatorisch auf diese Probleme nicht vorbereitet ist. Hieraus kann folgen, dass das Medizinsystem auf solchen Hilfebedarf unangemessen, z.B. mit medizinischen Interventionsmethoden reagiert (z.B. Medikalisierung psychosozialer Problemlagen).

Unnötig sind ärztliche Inanspruchnahmen dann, wenn aus Gründen, die nicht der spezifischen ärztlichen Qualifikation entsprechen, Leistungen in Anspruch genommen werden. Das gilt grundsätzlich auch, wenn tatsächliche Hilfebedarfe fälschlich als ein medizinisches Problem vermutet und adressiert werden. Von Fehladressierung wäre auch zu sprechen, wenn Ärzte weitergehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen an nachfolgende Versorgungsteilnehmer unnötig empfehlen.

Beispiel:

Ein ärztlicher Kollege berichtet von einer 83jährigen „Patientin“, die auf seine Frage, welche Beschwerden sie zu ihm geführt hätten, antwortete, sie sei nicht krank. Sie teilt ihm dann mit, sie habe in der Nacht auch schon den Notarzt gerufen, der ihr dann empfahl, sich an den Hausarzt zu wenden. Sie begründete schließlich ihren Arztbesuch damit, seit Wochen mit keinem Menschen mehr Kontakt gehabt zu haben, und das hätte sie nicht mehr ausgehalten. Es ginge ihr nur um einen menschlichen Kontakt und hier ersatzweise zu ihrem Hausarzt.

Es liegt hier zweifelsfrei ein Hilfebedarf vor. Unklar ist aber, unter welchen Rahmenbedingungen die Inanspruchnahme als richtig oder falsch adressiert gelten kann. Diese Frage ist im Kontext der fachlichen Qualifikation ebenso zu stellen wie im Kontext der Leistungspflichten des Kostenträgers und ggf. im Kontext der Interessen des Leistungsanbieters.

Beispiel:

Der Versicherer lässt die Notwendigkeit einer ärztlich attestierten langdauernden Arbeitsunfähigkeit prüfen. Es zeigt sich, dass es keine Krankheitsbegründung gibt, wohl aber schwerste soziale Lebenskonflikte, deren Lösung sich die Patientin in

Ermanglung von Alternativen durch eine medizinische Begründung gleichsam entzogen.

Fehlen Hilfeangebote, z.B. bei psychosozialen Problemlagen werden medizinische Versorgungsleistungen kaum bewältigen, sondern nur verzögern können. Sie können dann auch als fehladresseiert gelten.

Beispiel:

In Krankenversorgungssystemen mit abgestuften Versorgungskompetenzen ist die „richtige“ Zuordnung jeweils berechtigter Inanspruchnahmen ein erhebliches und ggf. auch aufwändiges Problem, zumal unter den Bedingungen einer freien Arztwahl und fehlender oder nicht explizit normierter und verpflichtender Überweisungspraxis.

Vor dem Hintergrund der globalen Versorgungssituation mit dramatischem personalem und materiellem Ressourcenmangel sind Fehladressierungen am ehesten zu vermeiden, wenn primäre Versorgungsstufen ärztliche Leistungen substituieren können. Hierbei sind dann intelligente Triage-Systeme unabdingbar. Sie können allein durch die Inanspruchnahme schon wirksame Hilfen sein. Es kann davon ausgegangen werden, dass solche Entwicklungen auch in modernen entwickelten Krankenversorgungssystemen in der Zukunft wirksam werden und in einigen längst wirksam sind.

Fehladressierungen sind aus medizinischer Sicht ein permanentes Problem. Ebenso wie in Bezug auf Diagnostik und Therapie die Frage nach falsch positiven und negativen Interventionen zu beantworten ist, sollte auch mit gleichen Akzeptanzkriterien die Bedarfswirksamkeit von Fehladressierungen durch und an die Medizin als beständige Herausforderung angenommen werden.

Medizinische Versorgung ist in wachsendem Maße ein arbeitsteiliger Prozess, der notwendig der Spezialisierung folgt. Spezialisierung kann aber auch in Defizite und zu Fehlhandlungen führen. Erfolgreiche Spezialisierung verlangt die Kommunikation zwischen allen an der medizinischen Versorgung Beteiligten, sowohl im ambulanten Bereich wie auch im stationären.

8 Versorgungsforschung und Versorgungsmanagement

Versorgungsforschung zielt auf die Generierung von Wissen zu einem zieladäquaten Versorgungsmanagement.

Versorgungsforschung und Versorgungsmanagement sind unmittelbar über Ziele verbunden. Diese Verbindung stellt sich in den unterschiedlichen Zielkontexten der Akteure jedoch sehr unterschiedlich dar. Die Antwort auf die Frage nach den Zielen wird so der Schlüssel zur Praxisrelevanz der Versorgungsforschung (siehe z.B. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-06-28/amazon-makes-big-foray-into-health-care-with-pillpack-purchase>. Zugriff 02.07.2018)

Beispiel:

In Krankenversorgungssystemen, deren Ziel eine möglichst bevölkerungsweite und sozial diskriminierungsfreie Zugänglichkeit medizinischer Versorgung ist, wird von der Versorgungsforschung zu erwarten sein, zieladäquate Konzepte zu entwickeln und deren Ergebnisse zu evaluieren. In marktwirtschaftlich orientierten Krankenversorgungssystemen wird die Versorgungsforschung hingegen Möglichkeiten der Angebotsoptimierung und Marktpräsenz untersuchen. Versicherungen und Versorgungsunternehmen werden dann jeweils von der Versorgungsforschung erwarten, sie bei der Risiko- und Portfoliosелеktion zu unterstützen. In Managed Care Systemen wird hingegen vor allem die Schaffung bedarfsseitiger Grundlagen für die Kalkulation prospektiver Kopfpauschalen erwartet werden.

Es sind grundsätzlich zwei Zwecke des Versorgungsmanagements zu unterscheiden.

- Das ist einmal die Bewältigung eines konkreten bevölkerungsbezogenen Versorgungsproblems.
- Das ist zum anderen die Lösung von Managementproblemen der Unternehmen der Krankenversicherung und -versorgung.

Versorgungsforschung hat so zwei Perspektiven, die Bevölkerungs- und die Unternehmenssicht. Hierbei können sehr verschiedene Qualitätsziele verfolgt werden. Das eine folgt dem Ziel einer bevölkerungsbezogenen Performance, das andere den unternehmensspezifischen Zwecksetzungen. Beide Ziele müssen sich nicht widersprechen, sie müssen aber auch nicht kongruent sein.

Im Bevölkerungskontext geht es um die Sicherung einer bedarfsadäquaten materiellen Infrastruktur, um deren Zugänglichkeit, um die sinnhaften Dislokationen der Versorgungsangebote und ihre kapazitive Ausgestaltung sowie um die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Makromanagement).

Allerdings braucht auch jede Versorgungseinrichtung eigene und auf den Typus der Versorgungsverträge, -angebote und -leistungen abgestimmte Versorgungsstrukturen und -prozesse. Diese vorzuhalten, zu pflegen und weiterzuentwickeln, ist die Aufgabe des Mikromanagements, das zwingend auch einer permanenten Versorgungsanalytik bedarf. Versorgungsforschung untersucht in diesem Kontext auch das Vertragsmanagement, das Aufnahme- und Entlassungsmanagement der Patienten, die Erbringung, Dokumentation und Abrechnung der Leistungen gemäß den geltenden rechtlichen und vertraglichen Bedingungen, die beständige Sicherung der qualifikationsgerechten Personalvorhaltung oder die Sicherung der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Fachpersonals sowie die strategische Personal- und Strukturentwicklung (Mikromanagement).

Versorgungsforschung umfasst deshalb immer auch die Evaluations- und Entscheidungsfolgenforschung sowie die Forschung zu Entscheidungsalternativen. Unter dem (problematischen) Trend, die Gesundheitsökonomie als normative Wissenschaft zu interpretieren, sind für die Versorgungsforschung wie für das Versorgungsmanagement somit wirtschaftliche Zielvorgaben von maßgeblicher Bedeutung. Dies schafft dann auch eine Brücke zwischen Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (Heft 5).

Im Sinne einer prädiktiven Versorgungsforschung geht es zudem um die Analyse von Modellszenarien zu Wirkungen von Versorgungslösungen vor ihrer Implementierung. Analog zu den klinischen Fragestellungen einer Evidence based medicine (EbM) und der Entwicklung sog. evidence based guidelines (EBG) hat die Versorgungsforschung eine bunte Welt von begrifflichen Assoziationen hervorgebracht, die auf die Rationalität von Entscheidungsfindungen für versorgungsorganisatorische Lösungen abzielen.

Beispiele sind:

- Evidence Health Planning
- Evidence based Purchasing
- Evidence based Management
- Evidence based Resource Allocation
- Evidence based Organization of Health Services
- Evidence based Health Policy

Schätzungen besagen, dass die Penetration von Wissen zu den Gestaltungsoptionen von Krankenversorgungssystemen selbst in entwickelten Krankenversorgungssystemen mindestens 25 Jahre beträgt. Sie verläuft also langsamer als die bei neuen Behandlungsmethoden. Diese Dauer hat - auch jenseits der stets virulenten Frage nach den materiellen Ressourcen - viele Ursachen. Zu denen gehören mindestens die mangelnden Einigungsfähigkeiten von relevanten Akteuren und ggf. Wünsche nach sich wenig oder gar nicht verändernden Rahmenbedingungen seitens der Nutzer wie der Anbieter. Die Bemühungen um eine „Verwissenschaftlichung“ von Strategieentscheidungen ändern also nichts an der Tatsache ihrer prinzipiellen System- und

Interessengebundenheit. Sie sind folglich auch nicht problemlos zwischen Krankenversorgungssystemen oder zwischen Anbietern von Versorgungsleistungen auszutauschen.

Versorgungsforschung und -management befinden sich in einer besonders engen Beziehung, wenn die Versorgungsqualität dargestellt werden soll. Qualität ist eine komplexe Managementleistung, die sich auf die Versorgungsstrukturen, die Versorgungsprozesse und schließlich auch auf die Versorgungsergebnisse bezieht (nach Avedis Donabedian (1919-2000) auch Donabedian's Trias genannt).

Qualität ist ein wertneutraler Begriff. Die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung ist die Summe aller Eigenschaften eines Produktes bzw. einer Dienstleistung. Qualität beschreibt vielmehr das Verhältnis von Preis und Produkteigenschaften sowie das Verhältnis von vereinbarten und von tatsächlichen Produkteigenschaften. Die Vorstellungen der Akteure von Effizienz und von Effektivität (vor allem also der Krankenversorgungsunternehmen und der Krankenversicherungen) können deshalb „zwei Paar Schuhe“ sein. Sie schließen auch nicht zwingend die Patientenerwartungen ein. Der Wunsch der Akteure nach einer bestimmten und normierten Qualität setzt folglich die Vereinbarung der gewünschten Eigenschaften voraus. Ziel des Qualitätsmanagements ist es dann, die explizit vereinbarten und zu fordernden Merkmale und Eigenschaften eines Produkts zu sichern.

Das Leistungsziel kann also nur in dem Maße Gegenstand eines Qualitätsmanagements werden, wie die Produkt- und Dienstleistungseigenschaften allgemein vorgegeben oder speziell vereinbart sind. Die jeweiligen sozialrechtlichen Normen oder versicherungsvertraglichen Vereinbarungen, also nicht einfach nur Absprachen zwischen Leistungsempfänger und Leistungserbringern, bilden in der Regel den Normenrahmen für die Qualität und damit auch für das Qualitätsmanagement. Im Zusammenhang mit dem weltweit wachsenden politischen Willen, die Ausgestaltung der Krankenversorgung wettbewerbsfähig und marktkonform, also sozial diskriminant, selektiv und in direkter Vereinbarung zwischen Käufer (z.B. Krankenkassen) und Anbieter (z.B. Krankenhauskonzerne) auszugestalten, wächst das Bedürfnis nach konkreten und spezifischen vertraglichen Vereinbarungen über die Eigenschaften der zu „kaufenden“ bzw. zu „verkaufenden“ Produkte und Dienstleistungen. Vor diesem Hintergrund ist das Qualitätsmanagement ein unmittelbarer Bestandteil der Vertragserfüllung.

Sowohl die Qualität als auch die Steuerungskompetenz von Qualitätszielen geraten in Konflikt, wenn die Ziele der Akteure nicht oder nur begrenzt in Übereinstimmung zu bringen sind. Die Lösung wird dann entweder durch die Normensetzung gemeinsamer Gremien oder durch vertragsbindende Vorgaben von Leitlinien und Standards angestrebt. Dies kann dann zu – auch rechtlichen – Konflikten führen, wenn die Feststellung eines Versorgungsbedarfs und seine Befriedigung, (ggf. auch haftungs-)rechtlich bindend einer Berufsgruppe eindeutig zugewiesen ist.

Da aus der Sicht des Nutzers die Ergebnisqualität immer eine Gesamtqualität ist, ist es auch unverzichtbar, alle in ihrer Gesamtheit zu dieser Ergebnisqualität

hinführenden Strukturen und Prozesse gemeinsam zu bewerten. Das betrifft Qualitätsmerkmale wie

- die sozial undiskriminierte und freie Zugänglichkeit
- die demokratischen Mitwirkungsrechte der Versicherungsmitglieder, bzw. der Steuerzahler an der Ausgestaltung der Versorgungssysteme
- die Finanzierungsübernahme für alle zugesicherten Leistungen im individuellen Bedarfsfall durch eine dritte Partei (third-party-payer)
- die sozial ausgleichende Wirkung des Versicherungsrechts, im Sinne einer von den Beitragshöhen unabhängigen Leistungsgewährung
- die Unabhängigkeit der Leistungsgewährung von den wirtschaftlichen Zielen der Versicherung
- die Kontrollfähigkeit der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungen durch ihre Mitglieder, also die öffentliche Kontrollfähigkeit der Leistungsentscheidungen und des Finanzgebarens der von den Mitgliedern beauftragten und legitimierten Vorstände der öffentlichen Krankenversicherungen

Die Vereinbarung von Versorgungszielen ist nur sinnhaft, wenn die Ergebnisse auch systematisch, unabhängig und nachvollziehbar überprüft, bewertet und im Falle von Verstößen sanktioniert werden. Die möglichst systematische Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen sollte regelhaft finanzierungs- und erbringerübergreifend erfolgen. Sie ist dann möglichst eine spezifische medizinische Aufgabe des Versorgungsmanagements.

Die Evaluation von Angeboten, Verträgen und Leistungen als einheitlicher Prozess schließt aus der Nutzersicht immer die Versicherungsleistungen und die vertragsäquivalenten Versorgungsleistungen ein. Es ist deshalb problematisch, wenn in wettbewerblich organisierten Versorgungssystemen mit freien Gestaltungsmöglichkeiten für vertragliche Vereinbarungen, solche Evaluationen nur Teil der innerinstitutionellen Organisation sind. Evaluationen bedürfen geeigneter unabhängiger Institutionen und einer systematischen sowie strikt unabhängigen Versorgungsforschung.

Ein besonderes Problem ist die Bewertung von Versicherungs- und Versorgungsleistungen und die Zurechenbarkeit der Ergebnisse zu den Beiträgen der einzelnen beteiligten Akteure. Versicherte sind, beginnend mit der individuellen Entscheidung über eine Inanspruchnahme von Leistungen bis zum Endergebnis der jeweils zugänglichen Dienstleistungen nicht nur passiver Leistungsempfänger. Sie sind in vielfältiger Weise sehr oft auch maßgebliche Akteure der Ergebnisse, verfügen jedoch für diese Mitwirkung über individuell sehr unterschiedliche Motivationen und Ressourcen.

9 Epidemiologische Transition und medizinische Versorgung

Menschliche Bevölkerungen sind in der Lage, Umfang und Struktur ihrer krankheitsbedingten Versorgungs- und Hilfebedarfe aktiv zu beeinflussen und zu verändern.

Es ist eine der Folgen dieser Fähigkeit, dass sich auch die gesundheitlichen und im Besonderen die medizinischen Versorgungsaufgaben mit dem Lauf der Geschichte gewandelt haben und weiter wandeln werden. Zukunftsannahmen und quantitative Prognosen zum Morbiditätswandel sind Aufgaben der sozialmedizinischen Versorgungsforschung. Zwei zentrale Aufgaben betreffen die Abschätzung der Versorgungsbedarfe und die der weiteren Potentiale für die Veränderung der gesundheitlichen Gegebenheiten von Bevölkerungen.

Das analytische Interesse im Kontext der Versorgungsforschung bezieht sich vor allem auf die medizinisch-präventiven, die diagnostischen, therapeutischen und die rehabilitativen Potentiale. Diese entsprechen zugleich dem Anteil, den die Medizin zu den insgesamt komplexeren gesellschaftlichen Transitionsprozessen beitragen kann.

Unter der Bedingung einer endlichen Lebensdauer und einer auch in der Zukunft fortbestehenden erheblichen Ungleichheit der Gefährdungen in und zwischen den globalen Bevölkerungen sollten drei Hypothesen allgemein akzeptiert werden können:

1. Die präventiven und die therapeutischen Potentiale nehmen in Bevölkerungen mit zunehmender mittlerer Lebensdauer tendenziell ab. Das bedeutet zugleich, dass die Effektivität medizinischer Interventionen geringer wird. Allerdings steigt der Aufwand. Das bedeutet aber auch, dass sich die „Landschaft der Krankheiten und der Sterbeursachen“ tendenziell gleichsam stabilisiert.
2. Der Ausgleich vertikaler sozialer Benachteiligungen bezüglich der Gefährdungen der Gesundheit und der Zugänge zur medizinischen Versorgung und zur Rehabilitation bleibt ein entscheidendes Potenzial der künftigen epidemiologischen Transition. Heterogenität und die von ihr zu unterscheidenden systematischen sozialen Benachteiligungen bleiben so langfristig prominente sozialmedizinische Themen.
3. Die horizontale Ungleichheit kann im Falle kollektiv getragener Nachteilsausgleiche ein erhebliches Konfliktpotenzial bezüglich der Toleranz gegenüber „Anderssein und -leben“ entwickeln. Die Folgen können die Toleranzfähigkeit gegenüber individuell non-konformen Lebensstilen mit erheblichen Folgen für die Formen der Sicherung des Zugangs zum Risikoschutz im Krankheitsfall betreffen.

Beispiel:

Der verhinderte Sterbefall eines Säuglings konnte in Mitteleuropa um 1900, also zu einer Zeit als 25 % und mehr aller Neugeborenen vor dem Erreichen des 1. Lebensjahrs verstarben, zum Gewinn von 70 Lebensjahren führen. In der Gegenwart sind bei einem Dichtemittel der Lebensdauer von etwa 80 Jahren im Falle der Verhinderung eines Sterbefalls vergleichbare Effekte nicht zu erzielen. Ein Jahr Gewinn ist schon ein bemerkenswerter Effekt. Er wird jedoch nur mit einem unvergleichbar größeren Aufwand zu erreichen sein.

Beispiel:

Der vertikale Chancenausgleich wird derzeit massiv gefährdet, weil in vielen Krankenversorgungssystemen dieser Ausgleich zunehmend vor allem von den Benachteiligten allein getragen werden muss. Die Entkopplung der gesellschaftlichen Gesamtgewinne von den Einkommen der Bevölkerungsmehrheit wird unvermeidbar die soziale Kohärenz der Bevölkerungen und ihren gemeinschaftlichen Handlungswillen gefährden. Ohne massive Beteiligung der exzessiv Vermögenden werden sich auch bezüglich der Gesundheit vertikale Ungleichheiten erheblich weiter vertiefen oder nicht überwinden lassen.

Beispiel:

Horizontale Ungleichheiten haben das Potential, einen erheblichen sozialen Konformitätszwang, verbunden mit sozialem Kontrolldruck gegenüber individuellen Lebensstilen zu bewirken. Sie bewirken zugleich, gesellschaftlich verursachte Ungleichheiten in individuelle Lebensstilentscheidungen umzudeuten und soziale Verantwortungen gleichsam abzustreifen.

Kommentar:

Mit der Zunahme der mittleren Lebensdauer sinken, hier bezogen auf Lebensdauererfolge, folglich die Effekte präventiv-medizinischer Aufwendungen. Das Beispiel zeigt zudem, dass ggf. eine vergleichsweise große Effektivität zu erlangen ist, wenn die eingesetzten Aufwendungen für die Vermeidung von Sterbeursachen mit einer deutlich geringeren zurechenbaren Lebensdauer wirksam werden. Dies würde allerdings in Bevölkerungen mit einer hohen mittleren Lebensdauer verlangen, solche Leistungen nicht auf die umsatzstärksten Sterbeursachen, sondern auf die große Zahl vergleichsweise seltener Sterbeursachen zu orientieren. Aus wirtschaftlicher Sicht wäre dann auch die Formulierung richtig, dass u.U. die Effektivität bei „umsatzschwachen“ Behandlungskrankheiten eher hoch, die Effizienz hingegen gering ist. Es zeigt sich hier zudem, dass die Bedeutung der häufigsten Todesursachen für die

Benennung prioritärer Gesundheitsziele mit der Zunahme der mittleren Lebensdauer tendenziell abnimmt.

Nicht Heilung, sondern Verbesserung der Qualität des Lebens mit Kranksein, bzw. der funktionellen Gesundheit, besser: Leben mit fortdauernder medizinisch-interventiver, rehabilitativer und pflegerischer Assistenz, werden wesentliche Versorgungsziele.

Es ist ein weiterer Aspekt, dass die Medizin an den Lebensdauergewinnen bis etwa zu einer mittleren Lebensdauer von 70 Jahren einen eher marginalen Anteil hatte. Dies ändert sich jedoch grundlegend jenseits dieses Wertes. Mit der Dominanz sog. chronischer, besser dauerhaft therapiepflichtiger Krankheiten wird die medizinische Versorgung zu einem entscheidenden Mechanismus weiterer Lebensdauergewinne: die Medizin wirkt gleichsam als Keil zwischen Krankwerden und Lebensende bei zudem mehrheitlich deutlichen Gewinnen an Lebensqualität. Dauerhafte medizinisch-interventive Maßnahmen werden für einen großen und auch wachsenden Bevölkerungsanteil ein Alltagsritual. Es ist folglich nur ein scheinbarer Widerspruch, wenn für einen wachsenden Anteil der globalen Menschheit ein historisch nie erreichter Gesundheitszustand zu konstatieren ist und dennoch die medizinischen Aufwendungen mit tendenziell abnehmenden Gewinnen größer werden.

Allerdings: Der Mensch überwindet nicht nur Gefahren für die Gesundheit, er schafft auch neue. ökologische (im Besonderen der Klimawandel) sowie wachsende wirtschaftliche Krisen infolge der globalen Chancendisparitäten – und trägt dadurch unmittelbar zu einer neuen Dimension globaler Entwicklungsunterschiede bei.

In der bisherigen Geschichte sind bei Fortbestehen dramatischer Benachteiligungen für große Teile der Menschheit erhebliche, wenngleich ungleich wirksame Besserungen der gesundheitlichen Bedingungen zu beobachten. Diese beziehen sich weitestgehend auch auf phänotypische Merkmale, die im Sinne einer Optimierung der Nutzung der biologischen Potentiale unserer Art gedeutet werden können.

An diesen geschichtlichen und dennoch widersprüchlichen Transitionen war die individuelle Medizin in der Vergangenheit kaum je wirksam beteiligt. Sie war allerdings an der Vermittlung von Erfahrung und dann auch der wissenschaftlichen Grundlagen von „überindividuellen“ Konzepten der gesellschaftlichen Prävention beteiligt (siehe Heft 8).

Diese Transitionen folgen vor allem dem Wandel der Lebensweisen. Es scheint jedoch, als würde eben diese in der Vergangenheit so erfolgreiche Strategie sich in jüngerer Zeit sukzessive in ihr Gegenteil verkehren: Massenproduktion und -konsum jenseits der notwendigen Bedarfe sowie neuerliche Eigentums- und Machtkonzentrationen in gewaltigen Ausmaßen und deren schwerwiegende soziale und ökologische Folgen gefährden die Grundlagen der menschlichen Existenz. Bezogen auf die globalen Bevölkerungen sind jedoch auch diese Gefährdungen ungleich verteilt. Die Medizin wird dies nicht ändern können, sich aber mit den gesundheitlichen Folgen auseinandersetzen müssen. Nicht „Reparatur“, sondern Mitwirkung bei der Gestaltung der

Bedingungen für Leben und Arbeit wird eine neue dominante Aufgabe. Die Versorgungsforschung wird hieran ihren Anteil leisten müssen.

Der Perspektivwandel von einer auch unter Nutzung von Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaften die Lebensbedingungen und -verhältnisse gestaltenden sozialen und gesellschaftlichen Handlungsrationalität hin zur Individualmedizin der Gegenwart ist folgenreich. Er ergänzt die soziale Prävention (Heft 8) durch medizinische Intervention und verschiebt normativ das Handeln von der Sicherung dem Menschen gerecht werdender Lebensbedingungen hin zur zwangsweisen Anpassung des Menschen an Bedingungen, die ein nur kleiner Teil der Menschheit geschaffen und zu verantworten hat.

Die Folgen der epidemiologischen Transition umfassen vor allem:

1. das Spektrum der möglichen Erkrankungen wird mit der Zunahme der globalen Bevölkerung und mit den Gewinnen an Lebensdauer größer
2. die Diversität der Gesundheitsprobleme in den Bevölkerungen wächst
3. die Struktur der Morbidität und der Todesursachen wird stabilisiert, die Chancen weiterer fundamentaler Wandlungen werden geringer

Es sind so unabwiesbare Folgen, dass die Potenziale des Morbiditätswandels sich sukzessive verbrauchen und sich die Wichtungen von Gesundheitsförderung, Prävention, akutmedizinischer Versorgung, Rehabilitation und Pflege wandeln (müssen). Solche Entscheidungen sind für prioritäre Aufgaben ebenso wie für Erwartungen an die Prävention, die medizinische Versorgung, die Rehabilitation und die Pflege folgenreich. Die elementarste Folge ist der Konflikt konkurrierender Interessen bei der Allokation von Ressourcen.

Beispiel:

Die Benennung prioritärer Probleme anhand der häufigsten Todesursachen orientiert das Handeln und die hierfür notwendigen Mittel auf die Probleme vor allem älterer Menschen und hierbei wiederum vorrangig auf den Aspekt der Krankheitsbewältigung.

Beispiel:

Die Benennung seltener Krankheiten als prioritäre Option würde vergleichsweise wenige Menschen, jedoch zumeist jüngeren Alters betreffen und würde zwangsläufig die Schwergewichte auf die komplizierten medizinischen Infrastrukturprobleme bei der Diagnostik und Behandlung der sehr vielen seltenen Krankheiten lenken. Analog widersprüchlich können Prioritätensetzungen jeweils auf die soziale Ungleichheit, die Arbeitswelt, Risiken der Lebensumwelt oder die Kontrolle und Korrektur individueller Lebensstile sein.

Beispiel:

Es ist nachvollziehbar, dass die alternative Entscheidung verfügbare Ressourcen auf die häufigsten Todesursachen oder stattdessen auf Krankheiten, an denen Menschen ihr ganzes Leben lang leiden, auch wenn sie nicht an ihnen versterben werden, erhebliche Interessenkonflikte aufwerfen kann. Das ist auch der Fall, wenn nicht der relative Anteil einer Todesursache an allen Ursachen, sondern stattdessen die todesursachenspezifischen Lebensdauern als Allokationskriterien genutzt werden würden.

Die Bewertung von Gesundheitsproblemen als prioritär ist keine wissenschaftliche, sondern primär eine politische Aufgabe. Wissenschaft befindet sich hier gegenüber der Öffentlichkeit in einer beratenden Funktion.

Jede Bevölkerung muss letztlich ihre Mechanismen der Konsensbildung (auch) bezüglich der praktischen Folgen der epidemiologischen Transition finden. Die Sozialmedizin wird dabei von den Antworten auf drei Fragen geleitet:

1. Wessen und welche Gesundheitsprobleme werden jeweils als prioritär akzeptiert?
2. Wer entscheidet, welche dieser Probleme Priorität zuzubilligen ist?
3. Wer kontrolliert die Maßnahmen zur Bewältigung prioritärer Probleme?

Es geht also um die Darstellung und Bewertung

- der Verteilung der Gesundheitsprobleme und der ablaufenden gesundheitlichen Wandlungen in einer Bevölkerung
- der Ursachen und praktischen Folgen des Wandels
- die Identifikation, Benennung und Unterstützung marginalisierter und selbst nicht durchsetzungsfähiger Gruppen (health advocacy)
- die bevölkerungsbezogene Evaluation und Folgeabschätzung von Priorisierungs- und Allokationsentscheidungen

Die Vorstellung, die erfolgreiche soziale Entwicklung von Bevölkerungen würde die sozialmedizinische Versorgungsforschung künftig unnötig machen führt in die Irre. Exakt das Gegenteil ist der Fall und auch vor der Versorgungsforschung stehen so weltweit erhebliche Aufgaben.