

Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität

Pfeiler der Versorgungsforschung

Univ.-Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer

Mitglied des Vorstandes DNVF

Professur für muskuloskeletale Prävention, Rehabilitation u. Versorgungsforschung
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC)
Charité Universitätsmedizin Berlin

Ärztlicher Direktor
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
MEDICAL PARK Berlin Humboldtmühle



**Versorgungsbedarf
=
Bedarfsgerechte Versorgung**

???

Bedarfsgerecht

... erscheint in 19 Paragraphen des SGB V.

diese richten sich an die „gemeinsame Selbstverwaltung“, darunter den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Zulassungsausschüsse oder die Landesausschüsse.

Paragraph 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit):

„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden [...].“

Bedarfsgerecht

Und was ist nun bedarfsgerecht ?

Bedarf

Im Kontext der Gesundheitsversorgung kann Nachfrage (demand) so definiert werden, dass bei einem Individuum ein subjektiver Wunsch bzw. gewisse Präferenzen für eine Behandlung oder Versorgung vorliegen und von ihm die Inanspruchnahme (utilization) entsprechender Leistungen tatsächlich gewünscht und versucht wird. Dieser subjektive und ausgedrückte Wunsch nach Versorgung (Nachfrage) wird in der Literatur auch als „subjektiver Bedarf“ (oder „Bedürfnis“) definiert.

20. Diesem subjektiven Bedarf wird ein professionell (fachlich) oder wissenschaftlich bestätigter „objektiver“ Bedarf gegenübergestellt. Der objektive Bedarf setzt die objektivierende Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung (Behinderung) oder deren drohenden Eintritt voraus; er muss mit dem subjektiven Bedarf keineswegs deckungsgleich sein. Objektiver Bedarf ohne subjektiven Bedarf und ohne Inanspruchnahme von Versorgung wird auch als „latenter“ Bedarf bezeichnet.

Der Bedarf besteht in der Gesundheitsversorgung also zunächst aus zwei u. U. nicht deckungsgleichen Elementen: 1. Der subjektiven Annahme (subjektiver Bedarf) und 2. der objektivierenden Feststellung einer Krankheit oder Behinderung.

Bedarf

21. Hinzu tritt als drittes Element die Feststellung eines objektiven Behandlungsbedarfs; dies setzt das prinzipielle Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen voraus, um die Krankheit oder Behinderung aussichtsreich zu behandeln bzw. deren Eintritt zu verhindern oder Leiden zu lindern. Ein Beispiel dafür bietet der

- **Subjektiver Bedarf:**

Annahme eines Versorgungsbedarfs durch Versicherten

- **Objektiver Bedarf:**

medizinisch nachweisbare Erkrankung liegt vor
und es gibt eine wirksame Behandlungsmöglichkeit

Bedarf

- **Subjektiver Bedarf:**
Annahme eines Versorgungsbedarfs durch Versicherten
- **Objektiver Bedarf:**
medizinisch nachweisbare Erkrankung liegt vor
und es gibt eine wirksame Behandlungsmöglichkeit

Bedarf

- Subjektiver Bedarf:**
 Annahme eines Versorgungsbedarfs durch Versicherten

- Objektiver Bedarf:**
 medizinisch nachweisbare Erkrankung liegt vor
 und es gibt eine wirksame Behandlungsmöglichkeit

Zur Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Leistung ^{a)} Bedarf	wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht ^{b)}
nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Übersversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Übersversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

^{a)} Annahme: Leistung mit gesichertem gesundheitlichen Netto-Nutzen und angemessener Nutzen-Kosten-Relation

^{b)} Annahme: Es wird auch keine alternative Leistung erbracht



Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Symposium 2018 – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Berlin, 26. September 2018

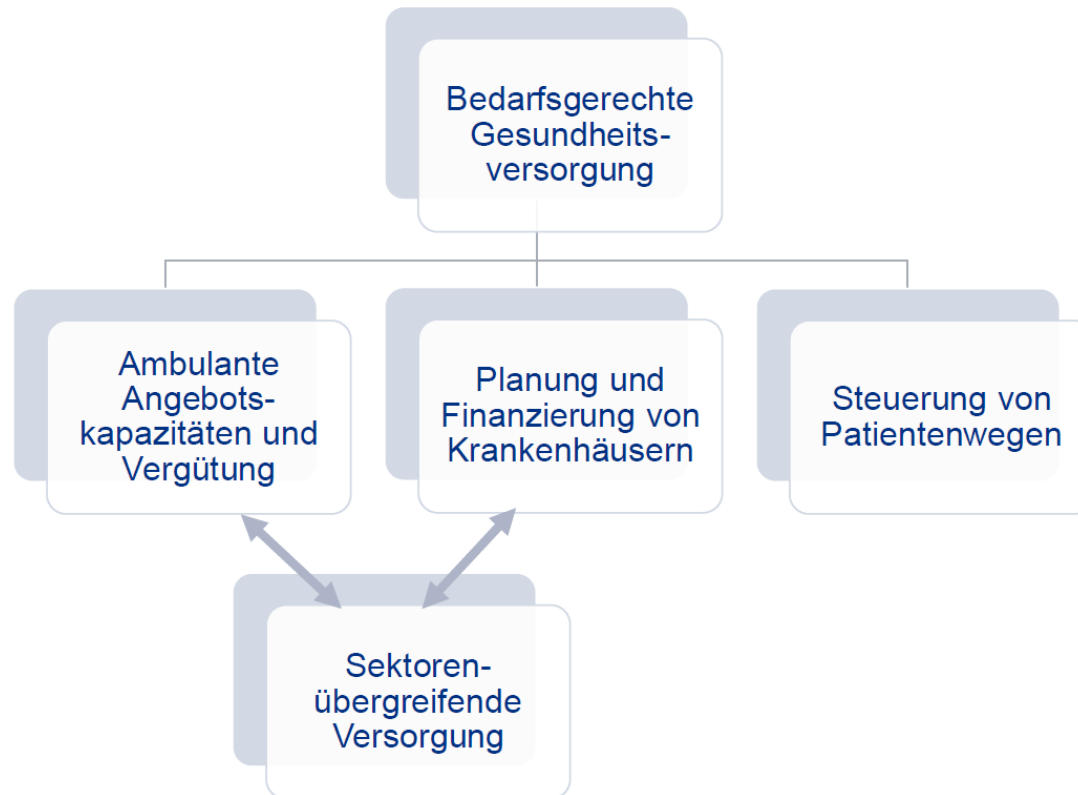
Zentrale Ergebnisse unserer Analysen

1. **Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung**
(gemessen an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, objektivem Bedarf und in diesem Rahmen einer informierten individuellen Entscheidung)
2. **Steuerungsdefizite auf der Angebots- und auf der Nachfrage- bzw. Inanspruchnahmeseite**
3. **Vielfältige Ursachen: Bündel von (Steuerungs-)Maßnahmen** zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlich

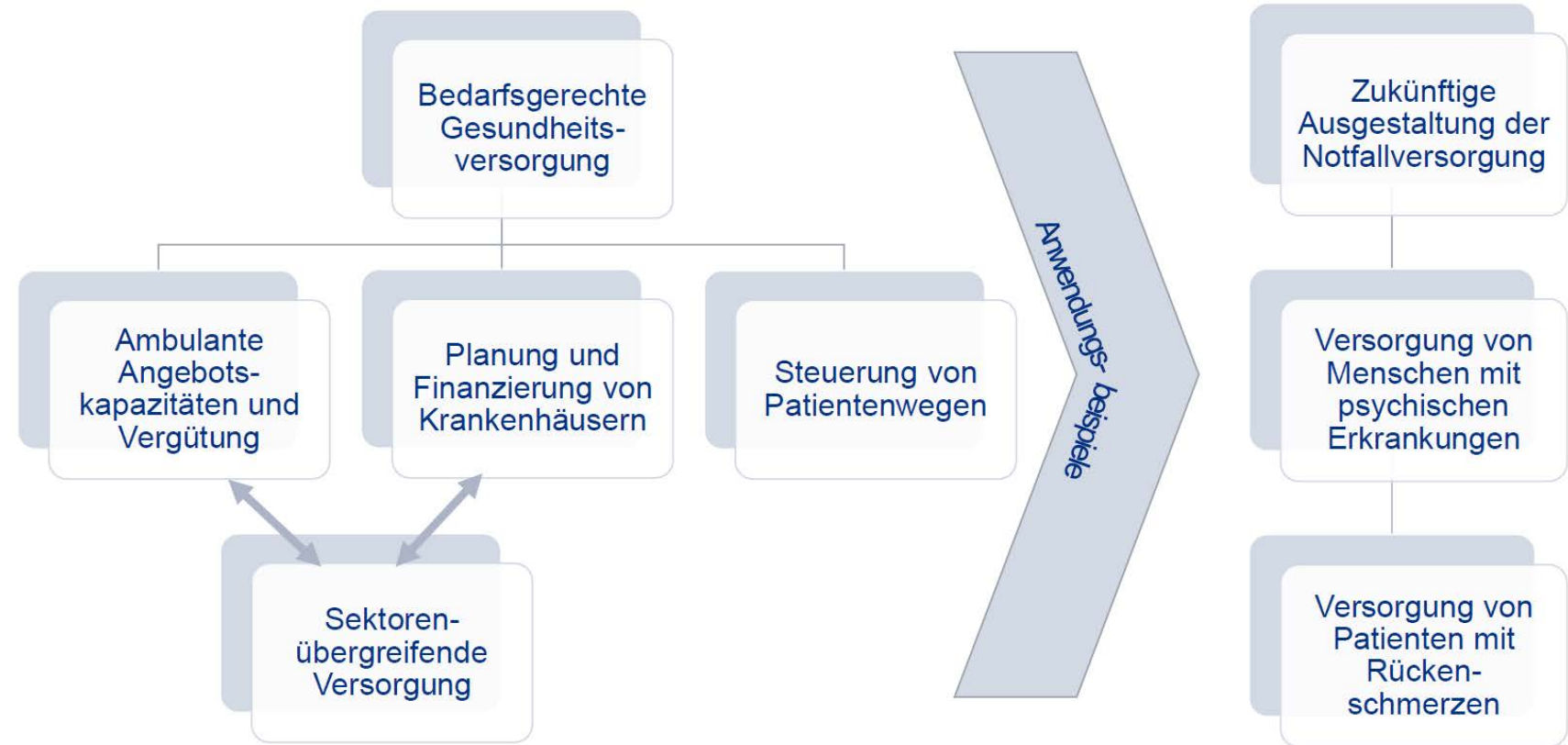
Zentrale Ergebnisse unserer Analysen

1. **Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung**
(gemessen an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, objektivem Bedarf und in diesem Rahmen einer informierten individuellen Entscheidung)
2. **Steuerungsdefizite auf der Angebots- und auf der Nachfrage- bzw. Inanspruchnahmeseite**
3. **Vielfältige Ursachen: Bündel von (Steuerungs-)Maßnahmen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlich**

Die zentralen Empfehlungen des SVR



Die zentralen Empfehlungen des SVR





1 Versorgungsbefar im Gesundheitswesen – ein Konstrukt

Bernt-Peter Robra und Anke Spura

Versorgungsbedarf

§ 101 Absatz 1 Versorgungsgrad

„allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung“

Der G-BA hat den Auftrag dies in einer komplexen Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt

Versorgungsbedarf

§ 87a Abs. 3 Behandlungsbedarf

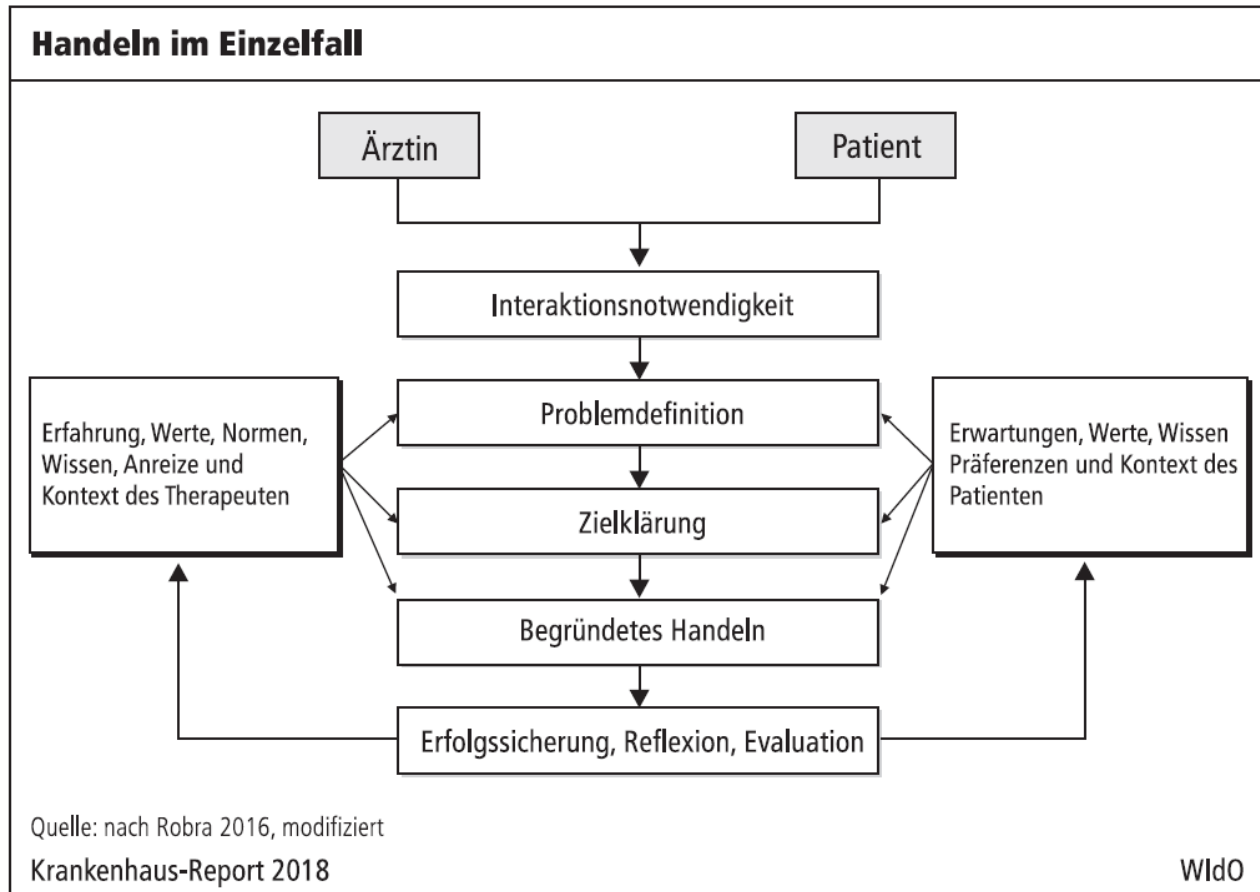
Jede Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich „den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf“ als Punktzahlvolumen.

Der so prospektiv vereinbarte Behandlungsbedarf gilt gleichzeitig als „notwendige medizinische Versorgung“ gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1, d. h. er könnte auch eine Erhöhung des Beitragssatzes begründen. (Robra 2018)

Versorgungsbedarf

„Bedarfsgerechte Versorgung“ in Deutschland wird also von den Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen festgelegt – de facto ausgehandelt – und damit konstruiert
(Robra 2018)

Mikroebene



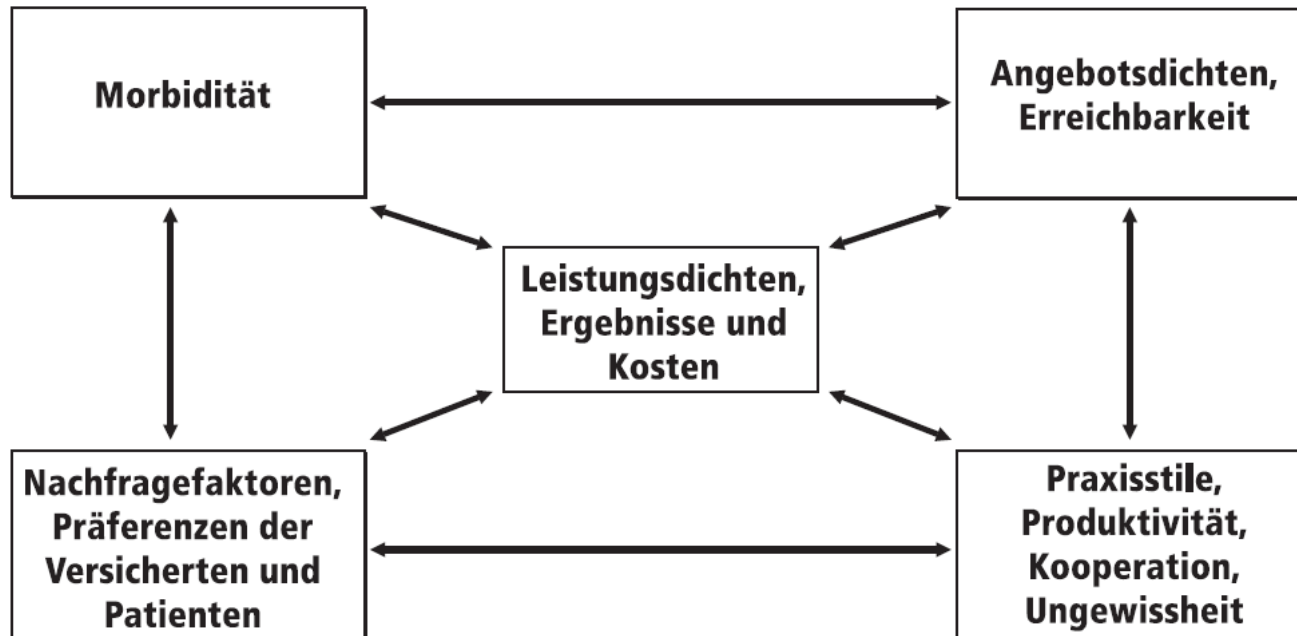
§ 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“.

Diese Definition bindet den Versorgungsanspruch und damit den von der GKV abzudeckenden Bedarf an wirksame Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und damit an einen zu erwartenden Nutzen der medizinischen Maßnahmen ein.

Versorgungsbedarf ist danach ein ausschöpfbares medizinisches Interventionspotenzial.

Determinanten des Leistungsgeschehens – wechselseitige Abhängigkeiten (Endogenität)

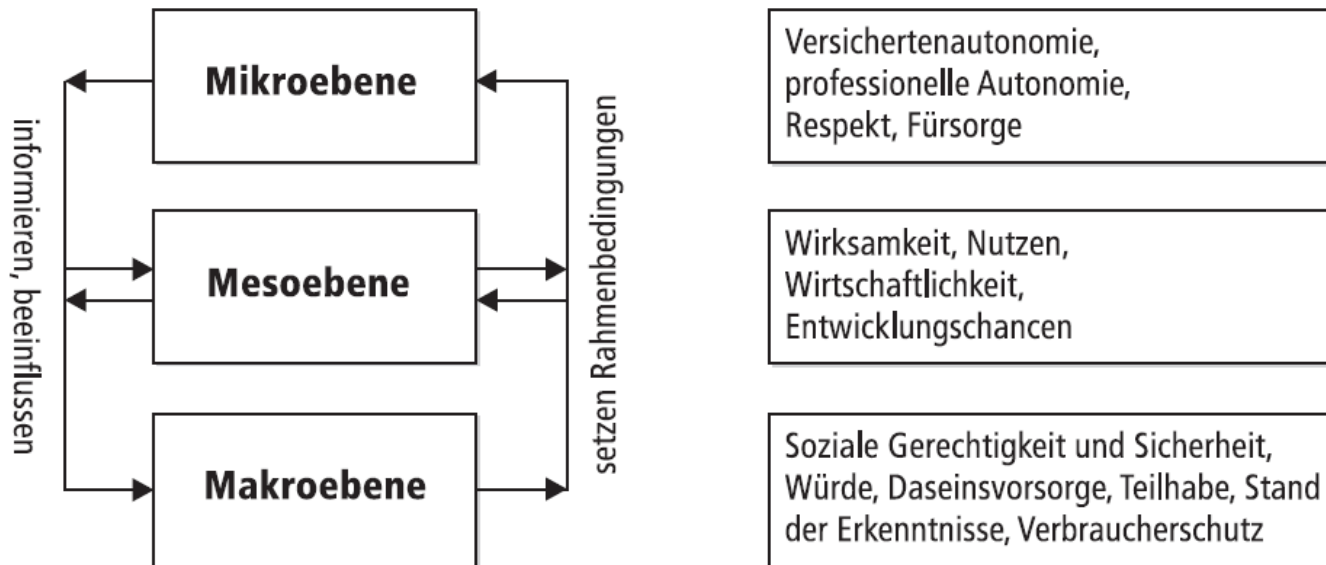


Quelle: Robra 2014a

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Drei Handlungsebenen im Gesundheitswesen mit je spezifischen Allokations-, Verteilungs- und Evaluationskriterien



Quelle: nach Robra 2012

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Versorgungsbedarf

1.5 Fazit

Wenn ein medizinisch zu versorgender Bedarf nicht „exogen“ vorgegeben ist, sondern im Gesundheitswesen selbst gestaltet wird, zudem auf den dargestellten Ebenen mit je unterschiedlichen Zielen und Mitteln, erscheint es vergeblich, „Versorgungsbedarf“ punktgenau messen zu wollen, um daraus den benötigten Leistungsmix und sekundär die für eine wirtschaftliche Leistungserbringung nötigen Kapazitäten herzuleiten. „Bedarfsplanung“, treffender wohl Bedarfsmanagement, wird vielmehr ein iterativer, offener Lern-, Entwicklungs- und Systemgestaltungsprozess. Das heißt nicht, auf evidenzbasierte, gesellschaftlichen Erwartungen standhaltende und nachhaltig finanzierbare, d. h. normative Versorgungsziele zu verzichten. Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgehaltenen Strukturen und erbrachten Leistungen sind dann durch evaluative Versorgungsforschung hinsichtlich ihres Beitrags zur Zielerreichung zu bewerten, ggf. ist korrigierend („planerisch“) einzugreifen.

Versorgungsforschung – Potenzial nutzen & Qualität sichern!

Positionspapier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

vom 01.06.2017

In Wissenschaft, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik herrscht Konsens darüber, dass die Versorgungsforschung eine wichtige Basis für ein lernendes und sich stetig modernisierendes Gesundheitssystem bietet. Doch die Ergebnisse aus der Versorgungsforschung sind als solche nicht hinreichend. Die Transparenz der Ergebnisse, die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse unter Berücksichtigung aller Beteiligten inkl. der Patienten (partizipative Forschung), sowie die Ableitung von praktischen Implikationen im Konsens aller Beteiligten (transferorientierte Forschung) sind notwendig, um ein lernendes System zu schaffen und Modernisierungs- und Optimierungsprozesse zu beschleunigen. Umgekehrt sollte ein Transfer aktueller Fragestellungen und Forschungsbedarfe aus der Praxis in die Forschung erfolgen. Förderprogramme sollten aktuelle Forschungsbedarfe aufgreifen und ihr Erfolg an Versorgungszielen evaluierbar sein. **Möglichst gesamtgesellschaftlich konsentrierte Versorgungsziele sollten als Planungs- und Steuerungselement der Gesundheits- und Forschungspolitik dienen.**

Erst durch eine an Versorgungszielen und praktischen Fragen ausgerichtete, partizipative und transferorientierte Versorgungsforschung kann das große Potenzial der Versorgungsforschung für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems genutzt werden.

Versorgungsforschung – Potenzial nutzen & Qualität sichern!

Positionspapier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

vom 01.06.2017

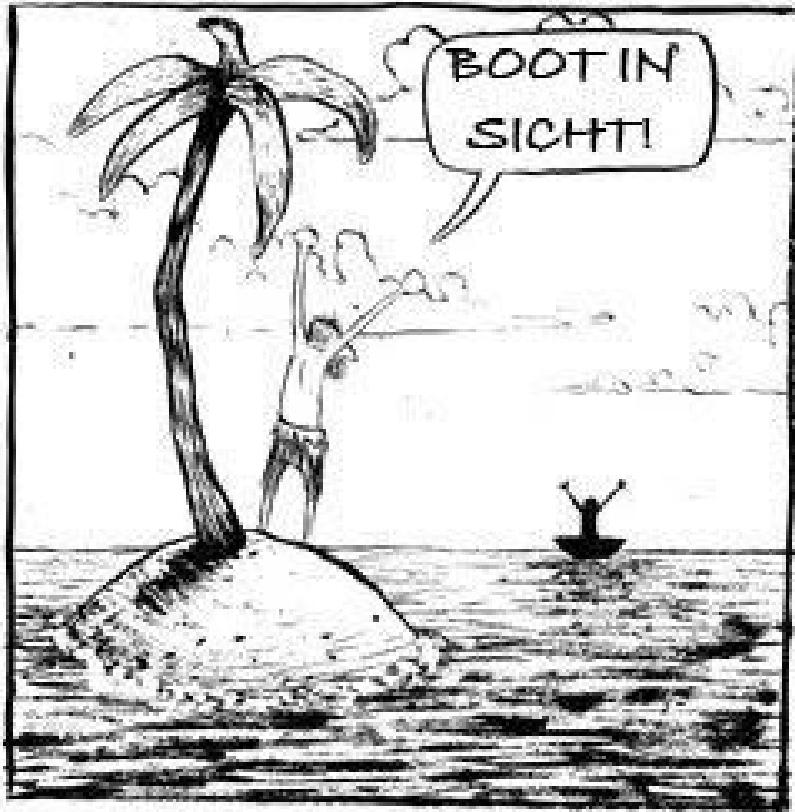
Empfohlene Maßnahmen:

1. Entwicklung von Versorgungszielen zu drängenden Gesundheitsproblemen in Abstimmung aller Player und Betroffenen, die u.a. der thematischen Fokussierung und Evaluation von Förderprogrammen dienen¹ (Ziel: Planung- und Steuerung der Forschungsförderung)

Versorgungsziele ?



Versorgungsziele

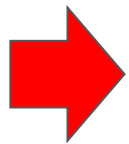


Gelenkerkrankungen

Versorgungsziel:

**Angemessene Versorgung
von Patienten mit Gelenkproblemen**

Nicht eine absolute, abstrakte Anzahl von
operative Eingriffen ist
“*richtig*” oder “*falsch*” :



die einzelne OP-Indikation ist es !!

Rückkehr zum patientenzentrierten System !

wenn OP-Indikation *korrekt* :

> Patient hat Anrecht auf OP + freie Entscheidung!

wenn OP-Indikation *unscharf* :

> *Primum nil nocere* !

wenn OP-Indikation *nicht korrekt* :

> OP = Körperverletzung !



SVR-Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung

5. Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung

- I „Zunehmend werden **Nutzenaspekte** diskutiert, **die über den Nachweis der absoluten Wirksamkeit hinaus Patienten- und gesellschaftliche Präferenzen thematisieren** und bislang noch nicht für transparente Diskussionen und Entscheidungen aufgearbeitet wurden. Diese Aspekte werden als Bestandteil des objektiven Bedarfs unter dem Begriff der **Angemessenheit** zusammengefaßt.“
- I **Patientensicherheit** kommt hohe Bedeutung zu (→ PSI)
- I **Angemessenheit** (Appropriateness) einer Gesundheitsleistung muss **im Kontext der Leistungserbringung** nachgewiesen werden
 - Patientenmerkmale
 - Merkmale des Leistungserbringers
 - Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion
 - Merkmale des Settings: Praxis, Krankenhaus, (Region)

Zeitschrift für

**EVIDENZ,
FORTBILDUNG
und QUALITÄT**

im Gesundheitswesen
German Journal for Evidence and Quality in Health Care

INHALT

108. Jahrgang • 2014 • Hefte 8-9

SCHWERPUNKT:
Qualitätsmessung

Gastherausgeber:
Jochen Schmitt,
Peter C. Scriba

Editorial

Jochen Schmitt, Peter C. Scriba

Qualitätsmedizin braucht Qualitätsforschung: Sind wir bereit?

453

Schwerpunkt

Perspektive: Rolle der Qualitätsmessung aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses

*Points of view: The role of quality measurement from the
Federal Joint Committee's perspective*

Regina Klakow-Franck*

Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss, Berlin, Deutschland

Es ist eine zentrale Frage der Versorgungssteuerung
**„ob etwas nicht nur richtig, sondern ob überhaupt das
Richtige gemacht wird“.**

Angemessenheit der Indikationsstellung in der klinischen Routineversorgung

Patient:

Beschwerden,
Ziele,
Präferenzen



Arzt:

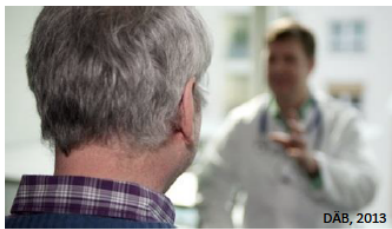
Diagnostik
Diagnosestellung

Indikation ?



Wahrscheinlichkeit für Nutzen und Risiko ?
- aller möglicher Interventionen
- *in der spezifischen klinischen Situation*

Angemessenheit der Indikationsstellung in der klinischen Routineversorgung



DAB, 2013

Indikation ?



Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg
- aller möglicher Interventionen
- *in der spezifischen klinischen Situation*

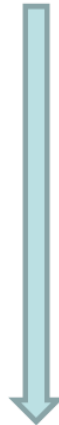
?

Ethische und regulatorische Vorgaben (Zulassung, Regelkatalog, gute klinische Praxis, ethische Gebote)

Absoluter Nutzen
(Efficacy)

Relativer Nutzen
(Erfahrungswissen + Kontext)

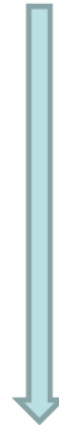
Patientenziele / Präferenzen



Nutzenbewertung nach EbM
(RCTs)



Versorgungsforschung
(Routinedaten, Register,
qualitative Forschung)

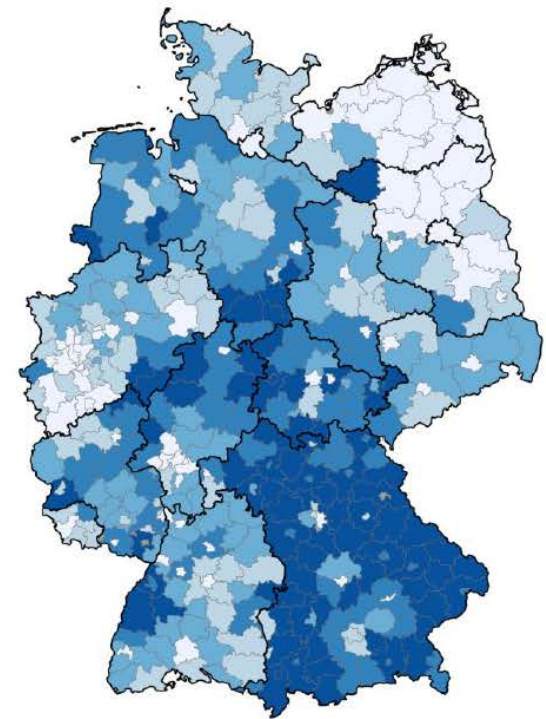
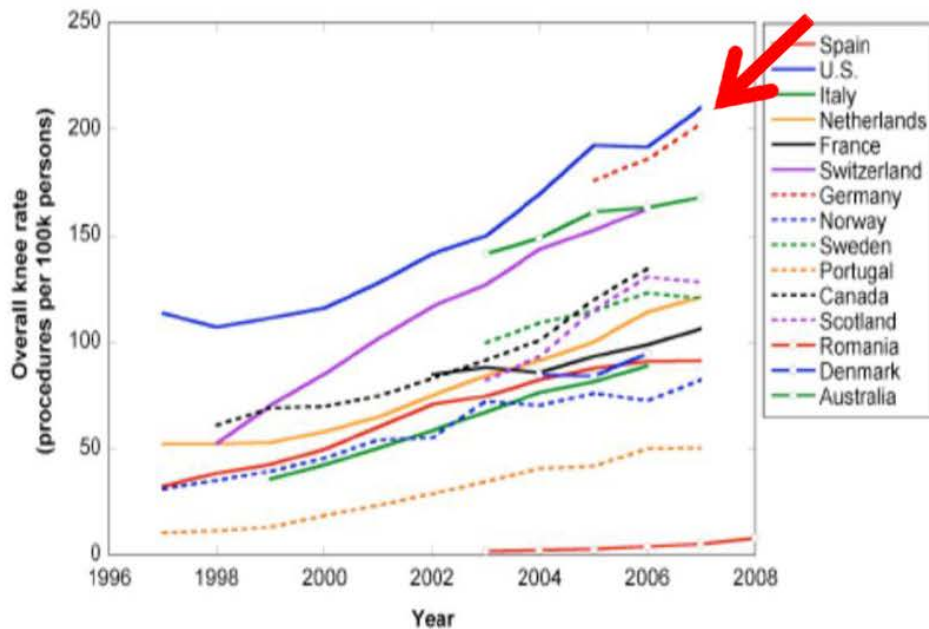


Informierte Beteiligung

Beispiel Kniegelenkersatz: Entwicklung von Evidenz- und konsensbasierten Indikationskriterien

Steigende Implantationszahlen der Knie-TEP im internationalen Vergleich

Deutliche regionale Unterschiede



International Survey of Primary and Revision Total Knee Replacement

+¹Kurtz, SM; ²Röder, C; ³Ong, K; ⁴Lau, E; ⁵Widmer, M; ⁶Maravic, M; ⁷Gomez-Barrena, E; ⁸Pina, MF; ⁹Manno, V; ¹⁰Geesink, R.

Knie-TEP: Keine verbindlichen Indikationskriterien

Radiologische Kriterien sind für die Indikationstellung nicht alleine ausschlaggebend, sondern müssen zusammen mit den Beschwerden und dem klinischen Untersuchungsbefund bewertet werden



- Hoher Leidendruck
- Verlust an Lebensqualität (17)
- Starker Schmerz oder Dauerschmerz (10)
- Deutliche Bewegungseinschränkung
- Erhebliche Einschränkung der Gehstrecke
- Komplikation nach medikamentöser Behandlung
- Hohes und niedriges Lebensalter sind nicht zwangsläufig eine Kontraindikation
- Versagen der konservativen Therapie
- Zunehmender Knochenverlust bei zunehmender Deformierung des Kniegelenks (24)

AWMF, 2010 „Endoprothese bei Gonarthrose“,
abgelaufene S1 Leitlinie

Projekt EKIT – Entwicklung von Evidenz- und konsensbasierten Indikationskriterien für Knie-TEP

Initiiert durch OUC (Prof. Günther, Prof. Lützner) und ZEGV (Prof. Schmitt)

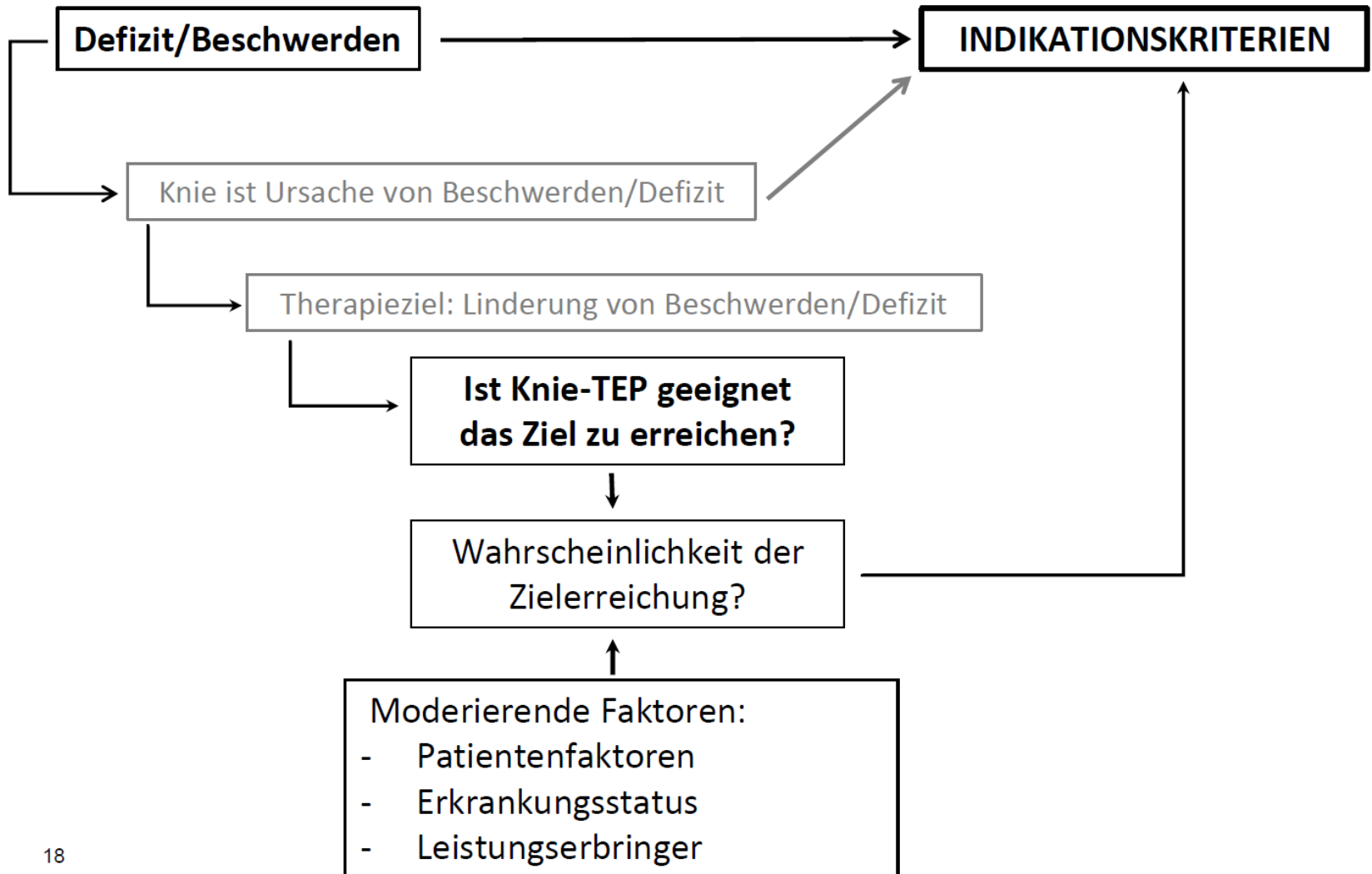
Schirmherrschaft:

*Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und
Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE).*

Beteiligung relevanter Interessengruppen:

- *Kliniker: Orthopäden, Schmerzmediziner, Physiotherapeuten*
- *Patientenvertreter: Deutsche Rheumaliga*
- *Kostenträger: AOK Bundesverband*

Rahmenkonzept





Projekt EKIT – Entwicklung von Evidenz- und konsensbasierten Indikationskriterien für Knie-TEP

Kick-Off Veranstaltung 06/2014

A) Evidenzsynthese und -generierung:

- Systematisch entwickelte, konsentierte **Patientenziele**?
- Messung der **Ergebnisqualität**
- **Prädiktoren für Erfolg** der Knie-TEP?

B) Konsentierung unter allen Interessengruppen:

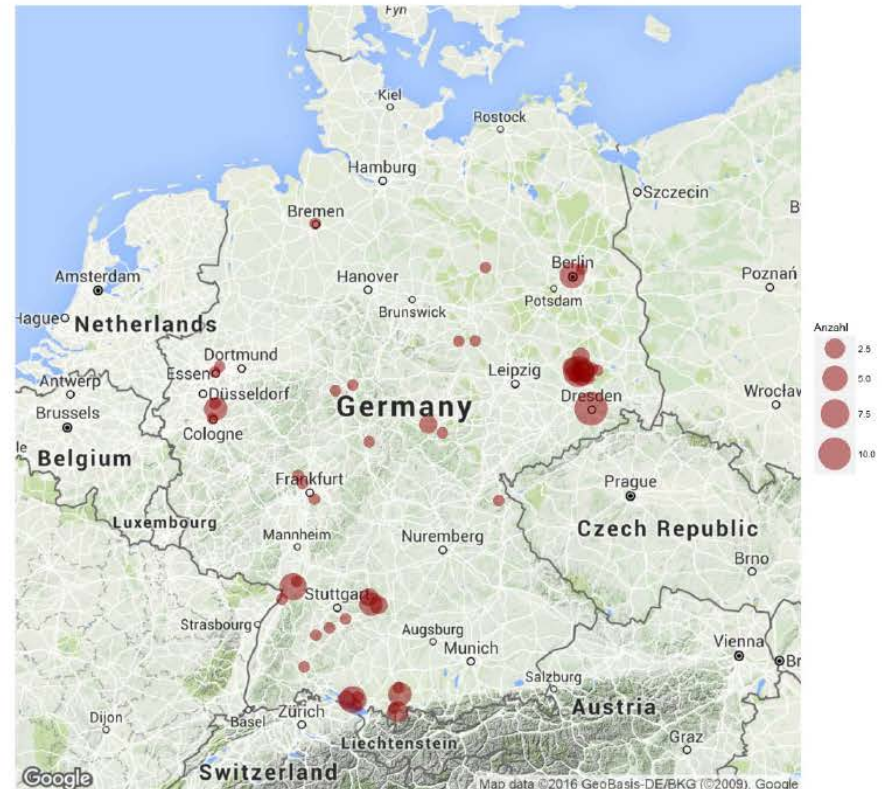
- Indikations-Kriterien: obligat (Hauptkriterien), fakultativ (Nebenkriterien)
 - Kontraindikations-Kriterien: absolut, relativ (Risikofaktoren)
- Delphi Studien und Präsenzmeeting 04/2016

Welche Ziele haben Gonarthrose-Patienten bzgl Knie-TEP?

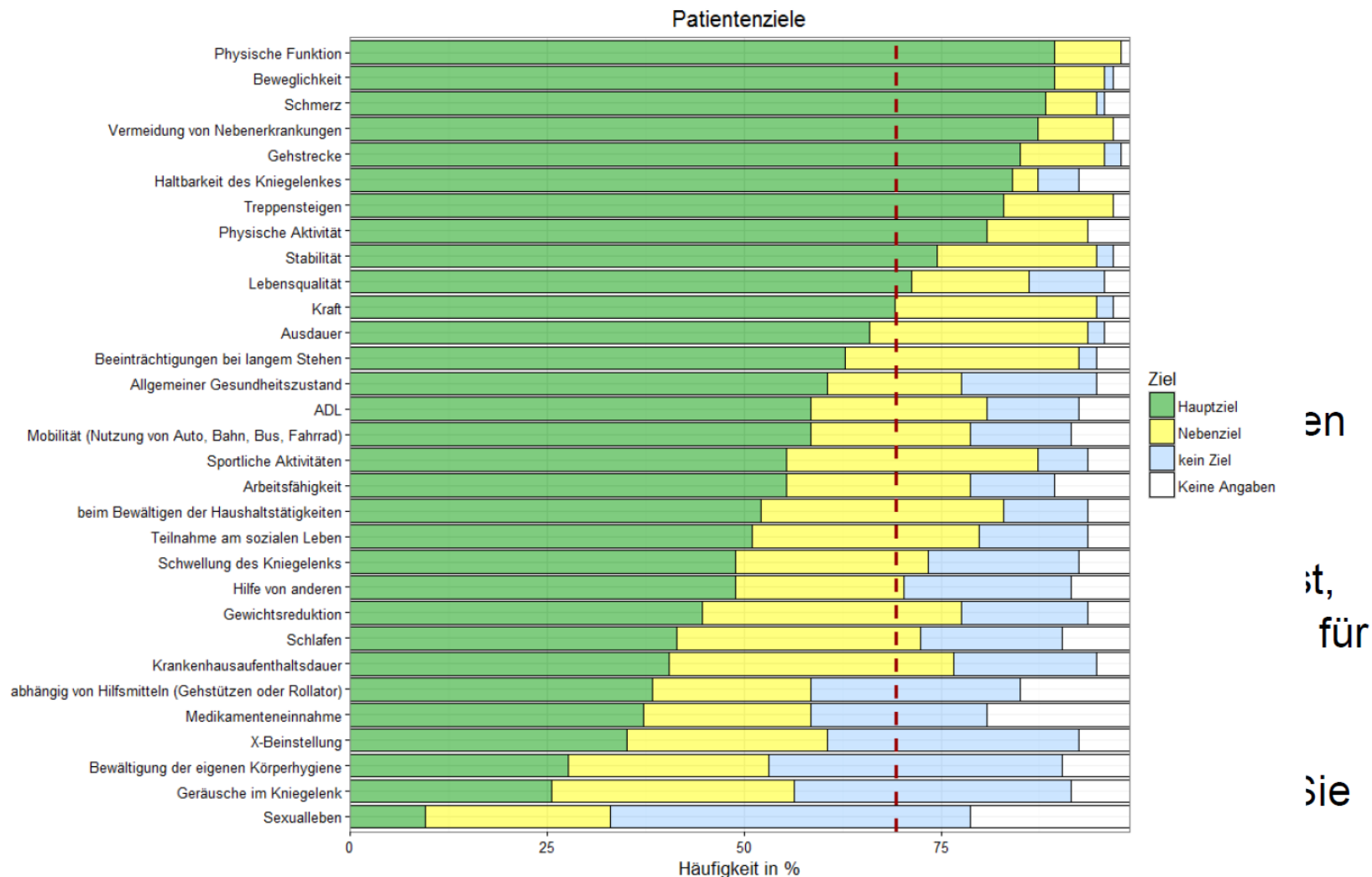
Patienten Delphi-Studie

- Systematische Erfassung der Meinung einer Gruppe und Ableitung eines Konsens
- 16 Rekrutierungszentren deutschlandweit
- 108 Patienten eingeschlossen
- Konsensregeln:

mind. 70% der Befragten bewerten ein Ziel als „sehr wichtig“, nicht mehr als 20% bewerten dieses als „nicht wichtig“



Runde 3 (n=93)



Wann ist der Ersatz angebracht?

Vorstellung von Evidenz- und konsensbasierten Indikationskriterien zur Knie totalendoprothese. Ziel ist die Sicherstellung einer dauerhaft hohen Versorgungsqualität von Patienten mit Gonarthrose.

Jörg Lützner, Jochen Schmitt, Toni Lange, Christian Kopkow, Elisabeth Rataj, Klaus-Peter Günther*



Hauptkriterien

- I **Mindestvoraussetzungen**, die für die Indikationsstellung zur Knie-TEP vorliegen müssen.

Nebenkriterien

- I Eine Erfassung der folgenden Nebenkriterien ist für die Indikationsstellung zur Knie-TEP nicht zwingend erforderlich, ihr Vorhandensein beziehungsweise die Ausprägung **beeinflussen jedoch die Empfehlungsstärke**.

Strukturierter, moderierter Konsensprozess

Hauptkriterien für Knie-TEP

- I Knieschmerz
 - (mehrfach wöchentlich; Dauer min. 3-6 Monate)
- I Nachweis eines Strukturschadens
 - (Arthrose, Osteonekrose)
- I Versagen konservativer Therapiemaßnahmen
 - (Dauer min. 3-6 Monate)
- I Auf die Kniegelenkerkrankung bezogene Einschränkung der Lebensqualität
- I Auf die Kniegelenkerkrankung bezogener subjektiver Leidensdruck

Nebenkriterien

- I ↓ Gehstrecke
- I Fehlstellung der Beinachse
- I Instabilität des Kniegelenks
- I ↓ Kniebeweglichkeit
- I Notwendige Unterstützung von Hilfspersonen
- I Schwierigkeiten beim Hinsetzen, beim Knien, bei der Körperhygiene
- I

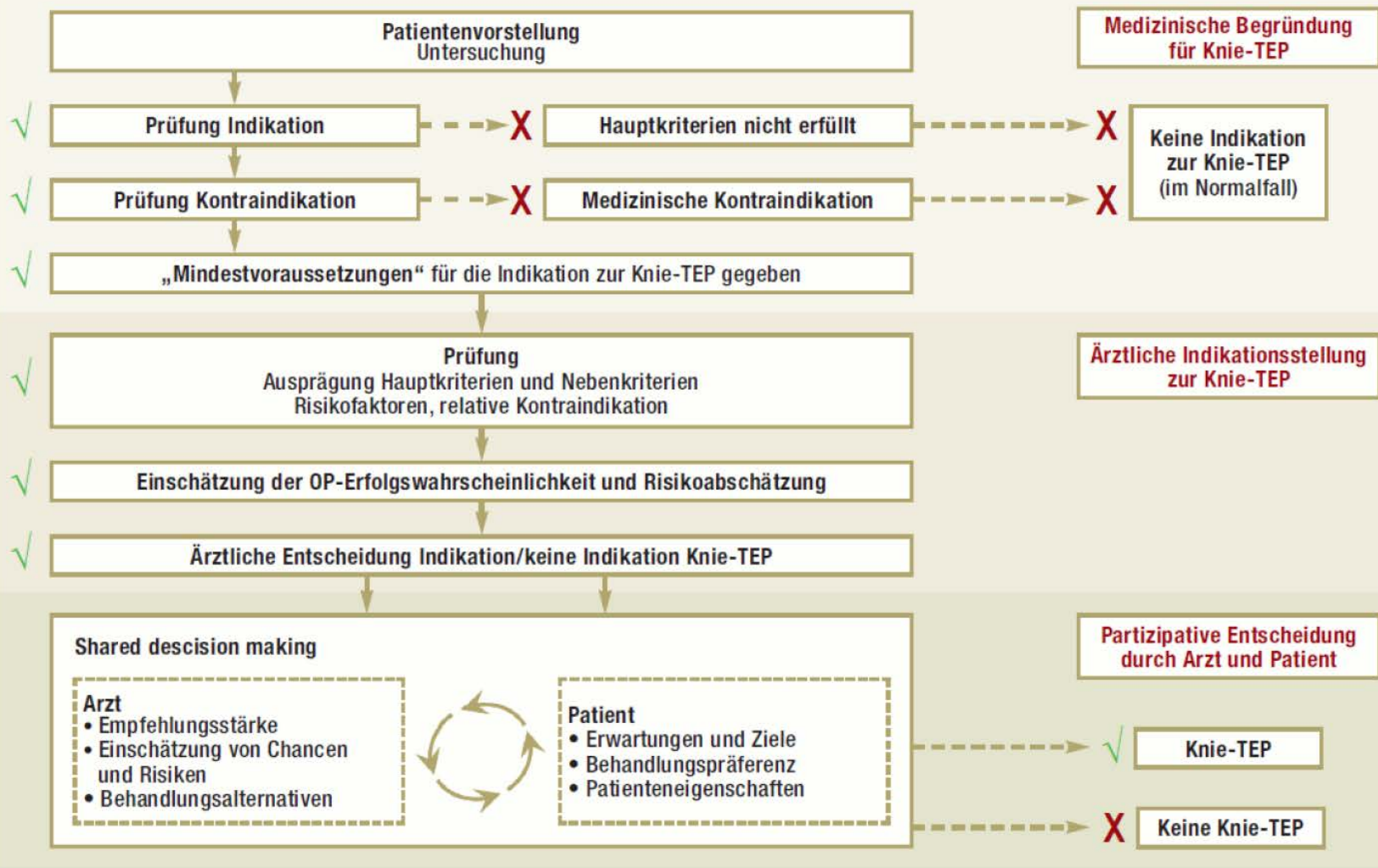
Kontraindikationen

- I Absolute Kontraindikation
 - floride Infektion im Kniegelenk
 - Weitere KI, die typischerweise auch für andere elektive Eingriffe gelten (z. B. Infekt, akutes kardiovaskuläres Ereignis)
- I Relative Kontraindikation
 - Deutlich verkürzte Lebenserwartung aufgrund von Begleiterkrankungen
 - Sehr hoher BMI (≥ 40)

Risikofaktoren

- I Abgelaufene Infektion im Kniegelenk
- I Erhöhtes Infektionsrisiko
- I Einschränkung der Operationsfähigkeit (ASA 3 und 4)
- I Körperliche Komorbidität
- I Psychologisch/psychiatrische Komorbidität
- I Einnahme von Medikamenten, die das Operationsrisiko erhöhen
- I Suchtmittelabhängigkeit
- I Neurologische Störung

Ablauf der Indikationsstellung für einen „normalen“ Gonarthrose-Patienten



Herzlichen Dank !

