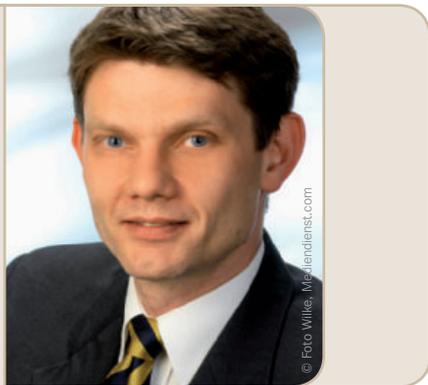


Gesundheitsreform konkret am Beispiel COPD



Von Ernest Pichlbauer*

Seit der „Globalen Initiative für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen“ (GOLD) der WHO liegen Klassifikationen vor, die es ermöglichen, Prävalenz-Untersuchungen durchzuführen. Für GOLD-1 und höher wurde eine Prävalenz - bezogen auf die Bevölkerung über 40 Jahre - von 26,1 Prozent gefunden; ein Wert, der international plausibel ist. Auf Österreich hochgerechnet würde das bedeuten, dass mehr als eine Million Österreicher bereits an COPD erkrankt sind. Allerdings sind etwa 630.000 Patienten dem GOLD-1-Stadium zuzurechnen. Der Krankheitswert von GOLD-1 ist nicht klar. Für die etwa 440.000 Patienten mit GOLD-2 und höher (Prävalenz 10,7 Prozent der über 40-jährigen Bevölkerung) ist jedenfalls ein Krankheitswert zu unterstellen.

Versorgung

Es ist weitgehend unbekannt, wie COPD-Patienten versorgt werden. Wesentlich dafür ist, dass Patienten über

sehr lange Zeit im ambulanten Bereich versorgt werden, dort jedoch keinerlei Aufzeichnungen existieren. Etwa 250.000 Österreicher (60 Prozent der Patienten ab GOLD-2) geben an, laut ihrem Arzt an chronischer Bronchitis, Emphysem oder COPD zu leiden. Der Versuch, aus dem Medikamentenverbrauch zu schließen, wie viele COPD-Patienten in Behandlung stehen, ergab, dass etwa 40.000 Patienten (zehn Prozent der Patienten ab GOLD-2) behandelt werden; eine Zahl, die hoffentlich nicht der Realität entspricht, denn das wäre eine massive Unterversorgung und Unterbehandlung.

Über die Versorgungs- beziehungsweise Behandlungssituation Bescheid zu wissen, ist wichtig, da COPD un- oder insuffizient behandelt eine chronisch-progressive Krankheit ist. Aber es gibt eben für jede Phase der Krankheit Behandlungsoptionen und vor allem evidenzbasierte präventive Maßnahmen.

In vielen Ländern gibt es Versorgungsstandards¹ und Versorgungsprogramme. Wesentlicher Teil dieser Programme ist ein niedrighschwelliger und engmaschiger Kontakt zwischen Patient und primärer, multiprofessionell integrierter Krankenversorgung (Primary Health Care!). Die integrierte Versorgung verfolgt vor allem sekundärpräventive Ziele, Selbstmanagementtraining und die Integration rehabilitativer (tertiär-präventiver) Elemente in die Primärversorgung. Um diese Programme qualitätsgesichert umzusetzen,

sind regelmäßige Fortbildungen aller Gesundheitsdiensteanbieter (international werden viele nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen eingesetzt) verpflichtend. All das gibt es für Österreich nicht - oder wenigstens nicht standardisiert.

Ungeachtet der enormen Wichtigkeit der Rehabilitation², dürfte das Angebot massiv unterdimensioniert sein. Aktuell erhalten nur etwa 2.800 COPD-Patienten (etwa zehn Prozent aller Spitalsaufnahmen mit der Hauptdiagnose COPD) eine stationäre Rehabilitation. Ein Angebot für ambulante Rehabilitation seitens der Sozialversicherungen existiert praktisch nicht. Und leider ist festzuhalten, dass es auch so gut wie keine (strukturierten) Rehabilitationsangebote in den Spitälern oder Zuhause gibt. Warum? Weil Rehabilitation (von Nicht-Pensionisten) nicht Sache der Krankenkassen oder Länder ist.

Mangels Daten bleibt daher nur die Spitalshäufigkeit, um die Qualität der Versorgung zu messen.

Der Bundes-Ziel-Steuerungsvertrag

Die Hospitalisierungsrate ist die einzige messbare Größe, auf die sich die bis 30. Juni 2013 im sogenannten Bundes-Ziel-Steuerungsvertrag zu beschließenden Ziele, die bis 2016 erreichbar sein sollen, beziehen könnten. Und da die Ziele ohnehin an internationaler Vergleichbarkeit orientiert sein sollen, ist es möglich, diese

Beim Expertenforum der ÖÄZ handelt es sich um eine - in loser Folge erscheinende - Plattform, im Rahmen derer unabhängige wissenschaftliche Expertise über relevante Themen an die ärztliche Öffentlichkeit herangetragen wird und die Diskussion darüber angeregt werden soll.

Die im Expertenforum dargelegten Ansichten und Schlussfolgerungen müssen sich nicht mit der Meinung des Herausgebers oder der Redaktion decken.

Prävalenzschätzung COPD GOLD-2 oder höher

Bundesland	Burgenland	Kärnten	Nieder-österreich	Ober-österreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
40-49	1.151	2.260	6.763	5.753	2.176	4.877	2.645	1.497	6.840
50-59	3.752	7.061	19.217	16.846	6.266	14.485	7.998	4.132	16.582
60-69	2.904	5.772	16.293	13.029	5.282	11.926	6.696	3.374	17.188
70 +	10.150	18.777	52.189	42.277	14.817	39.817	19.592	9.701	47.238
Gesamt	17.536	33.617	95.318	79.787	29.930	70.693	39.180	19.849	93.674

* nach CHEST; 131/1/ 2007; Schirrhofer et al.; „COPD Prevalence in Salzburg, Austria; Results From the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Study“; Statistik Austria; Einwohner 2011 - eigene Berechnungen

Tab. 1

¹ Quality standard for chronic obstructive pulmonary disease (July 2011)
² Cochrane Database Syst Rev. 2011 Oct 5;(10); Puhan et al.: „Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease“

am OECD-Ergebnisparameter für die Versorgung von COPD-Patienten auszurichten. Das könnte so aussehen:

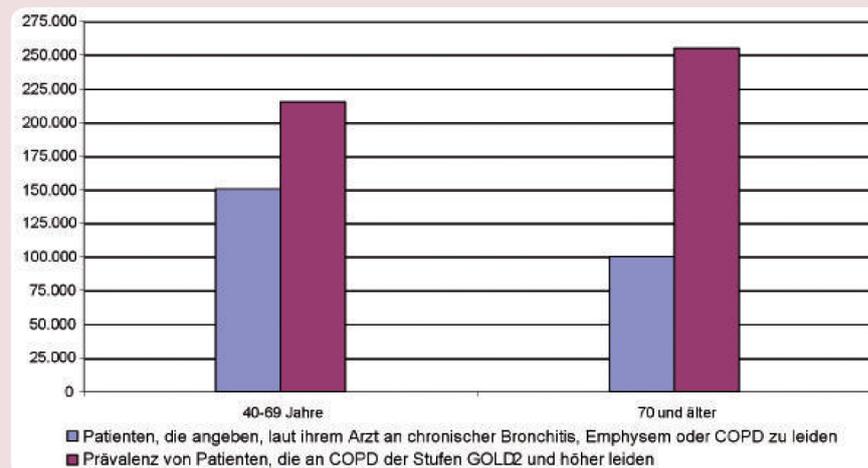
Bundesziele „Verbesserung der Versorgung von COPD-Patienten“:

- Senken der Spitalsaufenthalte von COPD-Patienten entsprechend den OECD-Definitionen bis 2016 auf 200 pro 100.000 Einwohner. Die Reduktion ist primär durch rehabilitative beziehungsweise tertiär-präventive Maßnahmen zu erzielen, die primär jenen Patienten angeboten werden, die einen Spitalsaufenthalt wegen COPD oder einer Begleiterkrankung hatten.
- Für jede der 32 Versorgungsregionen sind Statistiken über entsprechende Spitalsaufenthalte zu publizieren.
- Die Homepage samt der darin enthaltenen Dokumente der GOLD-Initiative (www.goldcopd.org/) ist zu übersetzen.
- Eine Beratungsstelle ist vorzuhalten, die zu Versorgungsfragen, insbesondere zu Präventions- beziehungsweise Rehabilitationsprogrammen aus den Versorgungsregionen eine Literaturrecherche durchführt und einen „Kurz-HTA-Bericht“ erstellt.

Der Landes-Zielsteuerungsvertrag

Dieses Bundesziel muss dezentral konkretisiert werden. Betrachtet man die Bundesländer einzeln, wird klar, dass die Versorgung (gemessen an Spitalsaufnahmen) unterschiedlich gut

Differenz zwischen erwartbarem GOLD 2+ und diagnostizierten Patienten



Quelle: CHEST; 131/1/ 2007; Schirnhöfer et al.; „COPD Prevalence in Salzburg, Austria; Results From the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Study“; Statistik Austria: Einwohner 2011 - Eigene Darstellung

Abb. 1

funktioniert (siehe Tab. 1). Bei dieser Statistik handelt es sich ausschließlich um Patienten mit der Hauptdiagnose COPD. COPD als Nebendiagnose - etwa 70.000 zusätzliche Aufnahmen - sind darin nicht berücksichtigt.

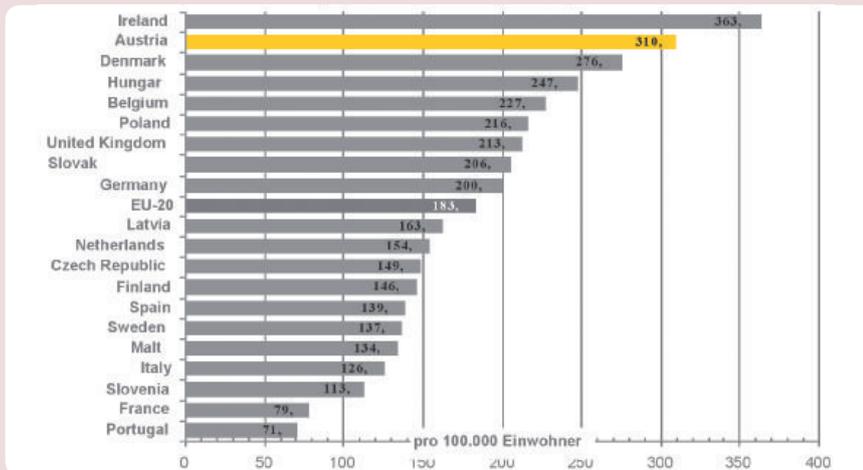
Um Rehabilitationsprogramme für Patienten nachhaltig umsetzen zu können, muss gesichert sein, dass jeder COPD-Patient - wenigstens aber ab GOLD 2 - persönlich und individuell geführt wird. Der Patient muss ausführlich über seine Krankheit unterrichtet sein und Bescheid wissen, woran er leidet, welche medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien zur Ver-

fügung stehen, und wie sich sein Lebensstil auf sein Leben auswirken kann/wird - keine Selbstverständlichkeit in Österreich.

Und weil für diese Führungs-, Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit ein enger Arzt-Kontakt nötig ist, nehmen Hausärzte die zentrale Rolle in der Versorgung ein. Allerdings können sie diese nur ausfüllen, wenn sie der COPD genug Aufmerksamkeit schenken und ausreichend Wissen vorhanden ist - auch das leider keine Selbstverständlichkeit.

Aber selbst wenn der Hausarzt über ausreichend Aufmerksamkeit und Kom- ▶▶

Spitalsaufnahmen COPD



Quelle: OECD (2012), „Avoidable admissions: Respiratory diseases“, in OECD, Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing; eigene Darstellung

Abb. 2

- petenz verfügt, einen COPD-Patienten zu führen, wird er das nur dann können, wenn
- 1) Spitäler für COPD-Patienten spezialisierte Entlassungsprogramme implementieren, die eine rasches Eintreten in einen Rehabilitationsprozess unter Einbindung des betreuenden Hausarztes erlauben, und
 - 2) ausreichend (ambulante und stationäre) Rehabilitationsangebote zur Verfügung stehen.

Zwar wissen wir nichts, aber es ist anzunehmen, dass es seitens der Hausärzte eine Fülle von Initiativen gibt, COPD-Patienten in Trainingsgruppen, Nordic-Walking-Gruppen

etc. auch außerhalb des „regelfinanzierten“ Rehabilitationsbetriebes zu betreiben. So lobenswert diese Art der eigeninitiativen Betreuung ist, hat sie den großen Nachteil, dass sie die Ungleichheit der Gesundheit erhöht; ein Problem, das generell im Bereich der Prävention vorliegt („Inverse Care Law“). Nichts desto trotz sollten dezentral diese regionalen Initiativen als Kristallisationspunkte herangezogen werden, um ein Netz an ambulanten, wohnortnahen Rehabilitationsangeboten aufzubauen.

Dezentrale Versorgungskonzepte, in denen regionale Initiativen berücksichtigt wer-

den, müssen detailliert ausgearbeitet und in neun Landes-Zielsteuerungsverträgen, abzuschließen mit dem Bund am 30. September 2013, eingearbeitet werden.

Landesziel für die Versorgungsregion (zum Beispiel): 72: Tirol West: „Verbesserung der Versorgung von COPD-Patienten“:

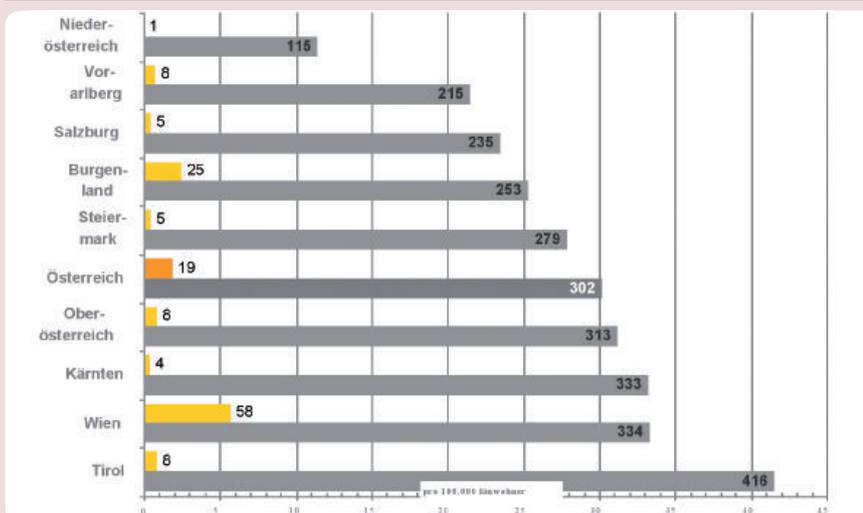
- Reduktion der Spitalsaufenthalte von COPD-Patienten um 50 Prozent durch rehabilitative beziehungsweise tertiärpräventive Maßnahmen
Maßnahmen: ... (wer, was, wann, wo, mit welchen Ressourcen)
Ziele: ... (wie wird gemessen)
- 100 Prozent der COPD-Patienten, die aus dem Spital wegen einer Exazerbation der COPD oder einer Begleiterkrankung entlassen wurden und Rehabilitationspotential haben, sind einem individuell angepassten, wohnortnahen, stationären und/oder ambulanten Rehabilitationsprogramm zugeführt.
Maßnahmen: ... (wer, was, wann, wo, mit welchen Ressourcen)
Ziele: ... (wie wird gemessen)
- Alle COPD-Patienten, die an GOLD 2 und höher leiden, sind auf Bezirksebene erfasst (dezentrales epidemiologisches Register) und einem betreuenden Hausarzt (dezentrales Einschreibemodell) zugeordnet.
Maßnahmen: ... (wer, was, wann, wo, mit welchen Ressourcen)
Ziele: ... (wie wird gemessen)
- Die Landesärztekammer führt Fortbildungsprogramme für Mitarbeiter aller Gesundheitsberufe, die in der COPD-Versorgung tätig sind, durch und errichtet Qualitätszirkel.
Maßnahmen: ... (wer, was, wann, wo, mit welchen Ressourcen)
Ziele: ... (wie wird gemessen)
- Die Ziele und Maßnahmen sind evidenzbasiert und orientieren sich an international erprobten Vorbildern.

So könnte die Reform konkret für COPD-Patienten aussehen. Aber das ist sehr viel echte Arbeit, weit weg vom Glamour der „großen Politik“. Ob unsere Entscheidungsträger dafür bereit sind? ◀◀

Tip:
www.aerztezeitung.at
www.rezeptblog.at/category/konkretisierung-der-gesundheitsreform

*) Dr. Ernest Pichlbauer ist Gesundheitsökonom

Spitalsentlassungen mit COPD als Hauptdiagnose



Grau: Aufenthalte über 24 Stunden, gelb: O-Tagesaufnahmen

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik. Erstellt am 19.11.2012; Spitalsentlassungen 2011 aus Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Wohnbundesland; Einwohnerstatistik 2011.

Abb. 3