

Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze: Strukturierte zielorientierte Versorgung aus Sicht des G-BA – das Beispiel Depression

DR. RAINER HESS, UNPARTEIISCHER VORSITZENDER DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES



Es gibt zum Thema einer strukturierten zielorientierten Versorgung keine Beschlussfassung des G-BA. Zum Thema Depression wurde allerdings vom Plenum eine Versorgungsanalyse durch die Fachberatung Medizin in Zusammenarbeit mit einer dafür gebildeten Arbeitsgruppe in Auftrag gegeben, deren Ergebnis in der Plenumsitzung am 17. Februar 2011 vorgestellt wurde. Diese Versorgungsanalyse soll für den G-BA die Frage beantworten, ob neben der bisherigen Abarbeitung von Einzelaufträgen eine parallele Ausrichtung der Arbeit des G-BA an priorisierten Versorgungsproblemen und entsprechend hierfür unter Beteiligung von IQWiG (Leitlinienbewertung) und AQUA (Qualitätsindikatoren) erstellter Versorgungsanalysen für eine daran ausgerichtete gebündelte Auftragserteilung sinnvoll ist. Es hat dazu kein abschließendes Votum gegeben. Vielmehr soll die Auswertung der Analyse unter Einbeziehung der Unterausschüsse bis September 2011 fortgesetzt werden, um geeignete Handlungsfelder zu definieren.

Sektorenübergreifende Struktur des G-BA

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz ist der G-BA in seiner Organisationsstruktur mit Wirkung vom 1. Juli 2008 sektorenübergreifend ausgerichtet worden. Es gibt nur noch ein Beschlussgremium, das in allen Angelegenheiten entscheidet. Dies entspricht der politisch gewollten sektorenübergreifenden Ausrichtung der medizinischen Versorgung. Die in den Eckpunkten der Regierungskoalition neu entwickelten Vorstellungen zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung („jeder darf, der kann“) machen diese Zielrichtung erneut deutlich.

Auch in den gesetzlichen Vorgaben zur Verfahrensordnung des G-BA ist als methodische Anforderung die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, einschließlich der Frühbewertung von Arzneimitteln vorgegeben. Diese sektorenübergreifende Ausrichtung trägt dem Umstand Rechnung, dass insbesondere als Folge der Einführung von DRG als Vergütungssystem für die Krankenhäuser die Verweildauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes immer kürzer wird. Deren Ergebnisse können häufig erst in der ambulanten Nachbehandlung beurteilt werden. Außerdem wird nicht erst im Wettbewerbsstärkungs-Gesetz die Förderung integrierter Versorgungsstrukturen durch ein intensiviertes Angebot von Wahlтарifen im Vertragswettbewerb der Krankenkassen befürwortet.

Schon frühere Reformgesetze haben es sich auf die Fahnen geschrieben, den durch die Trennung von Krankenhausbehandlung und vertragsärztlicher Versorgung bestehenden Graben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung insbesondere durch stärkere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung zu überbrücken.

der evidenzbasierten Medizin (ebm) vorzubereiten und durchzuführen, die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aber nicht in jedem Fall von einer vorherigen sektorenübergreifenden Bewertungsentscheidung durch den G-BA abhängig zu machen (kein generelles Verbot mit Erlaubnisvorbehalt). Dies würde zu einem „Innovationsstau“ führen, da der G-BA in vertretbarer Zeit nicht in der Lage wäre, alle neuen Medizinprodukte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einer Nutzenbewertung auf evidenzbasierter Grundlage zu unterziehen.

Es macht daher Sinn, die Einführung neuer Medizinprodukte und neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die stationäre Behandlung zunächst nicht von einer vorherigen Bewertung durch den G-BA beziehungsweise in seinem Auftrag das IQWiG abhängig zu machen (Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt). Dies gilt auch deswegen, weil sie häufig kostenmäßig im jeweiligen DRG abgegolten sind und als eigenständig zu bewertende Leistung nicht in Erscheinung treten. Ausgabenrelevant werden sie erst, wenn das INEK die DRG an eingetretene Kostenentwicklungen anpasst oder die Vereinbarung von Zusatzentgelten bewilligt.

Eine solche „Innovationsschiene“ darf aber nicht dazu führen, dass auch nach Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine Überprüfung ihres medizinischen Nutzens nach evidenzbasierten Kriterien unterbleibt. Insbesondere für kostenaufwendige, unter Einsatz einer hochwertigen Medizintechnik erbringbare Methoden muss frühzeitig eine Nutzenbewertung durchgeführt werden, die auch unerwünschte Nebenwirkungen einschließt, die bei kurzer Verweildauer in der stationären Behandlung häufig nicht erkannt werden können. Dies gilt um so mehr, wenn die Methode auch ambulant durchführbar ist und insoweit zunächst der Bewertung durch den G-BA bedarf, bevor sie für die vertragsärztliche Versorgung und damit für die „Versorgung in der Fläche“ freigegeben wird.

Es ist deswegen aus meiner Sicht sehr zu begrüßen, dass in den Eckpunkten der Regierungskoalition zu einem Versorgungsgesetz dem G-BA ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt werden soll, auf Antrag zu einem möglichst frühen Zeitpunkt unter Aussetzung der Bewertungsentscheidung eine Nutzenbewertung unter Studienbedingungen zu veranlassen, und auch die hierfür erforderliche Finanzierung gesichert werden soll. Für neue Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen hat der Gesetzgeber mit Wirkung

vom 1. Januar 2011 eine solche Frühbewertung innerhalb von sechs Monaten nach Inverkehrbringen eingeführt. Sie dient allerdings zunächst nur der Festlegung der Bewertungsebene auf der durch den GKV-Spitzenverband für das GKV-System – mit entsprechender Auswirkung auf die PKV – Erstattungspreisverhandlungen geführt werden, es sei denn, das neue Arzneimittel lässt sich einer Festbetragsgruppe zuordnen. Auch insoweit ist aber erneut strittig geworden, ob dies auch für Arzneimittel gilt, die ausschließlich oder ganz überwiegend in der stationären Behandlung eingesetzt werden.

Auch für neue Heilmittel hat der G-BA eine Bewertungszuständigkeit vor ihrer Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV. Für Leistungen der medizinischen Primärprävention (Ausnahme Zahnprophylaxe, Impfung) und der medizinischen Rehabilitation fehlt eine solche Bewertungszuständigkeit. Medizinprodukte werden über die notwendige Gerätezertifizierung hinaus nur dann durch den G-BA bewertet, wenn sie der Durchführung einer ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethode dienen.

Zwischenergebnis – keine systematische Aufarbeitung von Versorgungsproblemen

Die bestehende Aufgabenstruktur des G-BA ist, wie die bisherigen Ausführungen zeigen, keineswegs vom Gesetzgeber systematisch entwickelt worden. Sie hat sich vielmehr aus der Beibehaltung der den früheren Bundesausschüssen sektorenbezogen zugeordneten Aufgaben ergeben. Je nach gesetzgeberischem Bedarf sind einzelgesetzlich weitere Aufgaben hinzugekommen (z.B. Schutzimpfungen, spezifische ambulante palliative Versorgung, Chronikerregelung). Nur die Qualitätssicherung ist sektorenübergreifend durch das GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz in §§ 137, 137a SGB V neu strukturiert worden, allerdings auch nicht vollständig, wie die nach wie vor nicht einbezogene medizinische Rehabilitation zeigt. Insbesondere in der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ergeben sich aus dem fortbestehenden Sektorenbezug (§§ 92, 108, 135, 137c SGB V) Ungereimtheiten, die mit den Anforderungen an die politisch gewollte stärker integrierte sektorenübergreifende Versorgung nicht in Einklang zu bringen sind. Die Entscheidungen des G-BA sind daher sehr stark von der Erledigung der zu den verschiedensten Aufgabenbereichen gestellten Einzelanträge abhängig. Es gibt bisher keine systematische Aufarbeitung

gesundheitspolitischer Versorgungsprobleme und eine daran ausgerichtete Antragsstellung oder Antragspriorisierung. Der mit der Errichtung des Koordinierungsausschusses verfolgte Zweck einer sektorenübergreifenden Feststellung und Beseitigung von Unter-, Über- und Fehlversorgung ist weitgehend verloren gegangen.

Sektorenübergreifender Regelungsbedarf

Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich in absehbarer Zeit etwas an der Begrenztheit der für das Gesundheitswesen verfügbaren öffentlichen Finanzmittel ändern wird. Die auch politisch erhobene Forderung, die gesundheitliche Versorgung als die Wirtschaft ankurbelnden „Gesundheitsmarkt“ zu begreifen und auszugestalten, wird den ökonomischen Druck auf die Ausgaben der Krankenkassen nicht mindern. Im Gegenteil wird sich dieser Druck noch verschärfen, wenn die spezifisch für Deutschland zu erwartende Überalterung unserer Bevölkerung mit einer entsprechend zunehmenden Krankheitslast zu Beitragsentwicklungen führen sollte, die die junge Generation im Generationenvertrag nicht bereit ist, zusätzlich zu den Beiträgen für den eigenen Versicherungsschutz zu tragen.

Die Notwendigkeit, den zunehmenden medizinischen Fortschritt bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung in einer vom Staat als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge mehr oder weniger umfassenden oder umfangreichen medizinischen Versorgung gewährleisten zu können, beschäftigt alle Industrienationen. Sie haben darauf unterschiedliche Antworten gefunden. Nationale Gesundheitsdienste, wie Großbritannien, Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland und Kanada nehmen die Versicherten durch ein stringentes hausärztlich-pflegerisches „Gatekeeper“-System, bewusst einkalkulierte Wartezeiten für die fachärztliche Versorgung an entsprechend zentralisierten Einrichtungen kombiniert mit Präventionsprogrammen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens stärker in die Pflicht. Entsprechend klar ist dort das ärztliche Berufsbild hausärztlich bzw. fachärztlich geprägt.

Auch die Niederlande haben in einem privatrechtlich strukturierten Versicherungssystem mit öffentlich-rechtlichem Versorgungsauftrag diese gegliederte Struktur der ärztlichen Versorgung. Andere Länder setzen wie die Schweiz, Frankreich und Belgien stärker auf freie Wahlrechte ihrer Bürger und eine Steuerung über erhöhte Zahlungen.

Deutschland hat meines Erachtens in der Gestaltung des Gesundheitswesens seinen Weg in das 21. Jahrhundert noch nicht gefunden. Dem Bürger wird in der Regelversorgung eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung mit einer durch Versichertenkarte garantierten freien Arztwahl und dem international wohl breitesten Leistungskatalog mit einer im internationalen Vergleich niedrigen Selbstbeteiligung zugesichert; er soll freiwillig diejenigen Versorgungssysteme wählen, die seine Wahlrechte und Leistungsansprüche einschränken: hausarztzentrierte Versorgung; facharztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung und spezielle Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen.

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich somit in einem Versuchsstadium, da auch die endgültige Ausrichtung der neuen Vergütungs- und Risikoausgleichssysteme an der Morbidität der Versicherten (DRG; EBM, Morbi-RSA) nicht abschließend vollzogen ist. Entsprechend tief verunsichert sind die Ärzte in Deutschland über die künftige Ausgestaltung ihres Berufsbildes in einem auf Kassenwettbewerb und selektiven Vertragswettbewerb angelegten Entwicklungsprozess.

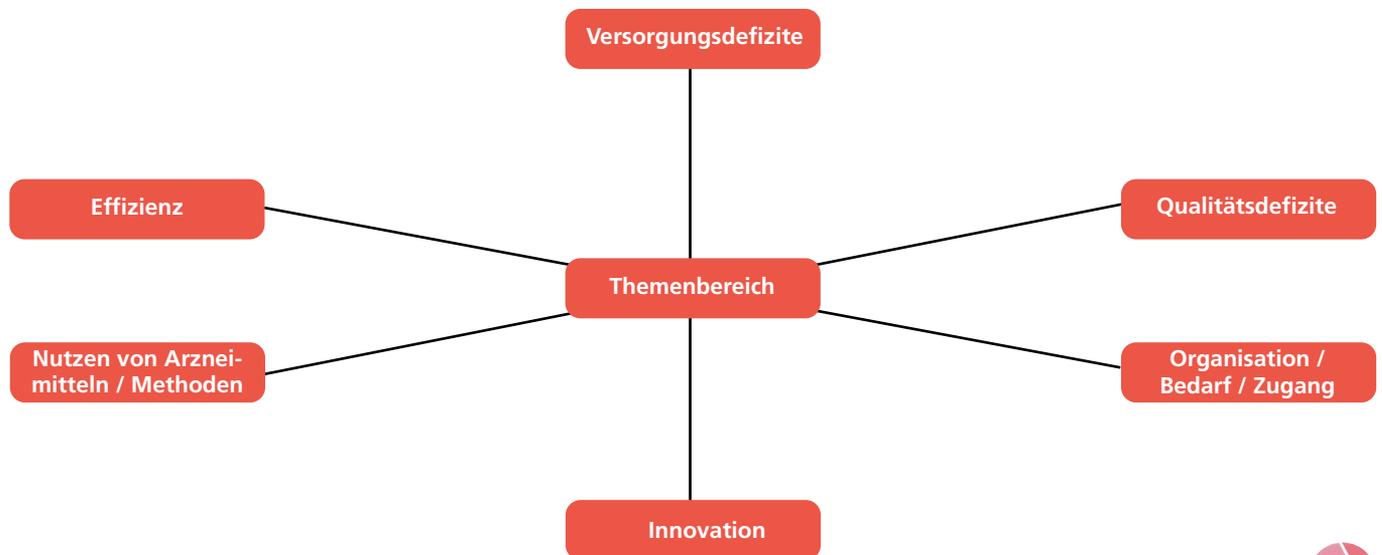
Eine vergleichbare Verunsicherung ergreift aber auch die Patienten. Zumindest die im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretenen Patientenorganisationen begrüßen auf der einen Seite zwar durchaus die den Versicherten angebotenen Wahlfreiheiten. Sie befürchten aber gerade wegen der auch aus ihrer Sicht fortbestehenden Begrenztheit der Mittel, dass die Wahltarife eher zur Kostenreduzierung und nicht zur Qualitätsverbesserung genutzt werden und ihnen in der Regelversorgung das Notwendige nicht mehr garantiert wird. Ihre Forderung geht daher gerade wegen dieser wettbewerblichen Ausrichtung sehr stark in Richtung einer verbindlichen Definition des medizinisch Notwendigen, einer Sicherung der Versorgungsqualität sowie der Gewährleistung einer umfassenden Transparenz durch die Qualitätssicherungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Notwendige Zielorientierung des G-BA

Gerade wegen der politischen Weichenstellung zu einer noch stärker wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitsmarktes unter Beibehaltung eines solidarisch finanzierten einheitlichen Versorgungsanspruches auf das medizinisch Notwendige bedarf es aus meiner Sicht einer

Mehrdimensionale Analyse des Handlungsbedarfs

Welche Leistung / Methode? Wie wird sie erbracht? Wo wird sie erbracht? Bei wem wird sie erbracht? Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis?



Quelle: Perleth / Rütter / Pietsch / Gemeinsamer Bundesausschuß



Im Priorisierungskonzept sollen Einzelanträge im Kontext von Versorgungsproblemen bewertet werden.

systematisierten Aufarbeitung von Versorgungsproblemen und einer stärker daran priorisierten Aufgabenwahrnehmung durch den G-BA. Innerhalb des G-BA wird daher schon seit geraumer Zeit in einer Arbeitsgruppe an einem Priorisierungskonzept gearbeitet, das gestellte Einzelanträge in einen Kontext zu damit im Zusammenhang stehenden Versorgungsproblemen stellen soll und das zunächst beispielhaft Versorgungsprobleme als solche priorisiert und auf dieser Grundlage Einzelanträge zu deren Lösung vorbereiten soll.

Die Übersicht (siehe Seite 10) soll diesen Ansatz verdeutlichen: Sie zeigt sowohl den Ansatz auf, zunächst Themenbereiche zu priorisieren und zu analysieren sowie danach Leistungen/Methoden einzuordnen und zu bewerten, als auch umgekehrt von antragsgemäß zu bewertenden Leistungen/Methoden auszugehen und sie in einen Versorgungskontext mit einem jeweils versorgungsrelevanten Themenbereich zu stellen. Dem G-BA kommt bei entsprechenden Analysen neben der eigenen Fachkunde die Zusammenarbeit sowohl mit dem IQWiG zur Bewertung von Leitlinien und zum Kosten-Nutzenverhältnis von vergleichbaren Leistungen/Methoden als auch mit AQUA zur Erstellung von Qualitätsindikatoren und Durchführung von

Defizitanalysen zugute. Diese mehrdimensionale Analyse des Handlungsbedarfs zeigt aber auch, dass allein mit den Richtlinien des G-BA und deren Umsetzung die durch eine Versorgungsanalyse erkannten Versorgungsprobleme nicht zu lösen sind, sondern auch insoweit ein mehrdimensionaler Handlungsbedarf entsteht.

Dies betrifft zum Beispiel flankierende Maßnahmen im jeweiligen Vergütungssystem, aber auch eine Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen durch regionale Gestaltungsmöglichkeiten. Die einleitend dargestellte Organisationsstruktur der gemeinsamen Selbstverwaltung lässt es zu, diese Gestaltungsmöglichkeiten auf der jeweiligen Bundes- oder Landesvertrags- / oder -Ausschussebene zu schaffen oder zu erhalten. Auch soweit Zuständigkeiten des G-BA zum Beispiel im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht bestehen, ist es den hierfür zuständigen im G-BA vertretenen Trägerorganisationen möglich, insoweit aus einer Versorgungsanalyse erkannte Defizite in die Verhandlungen mit ihren jeweiligen Vertragspartnern einzubringen. Insoweit bestehen aber Vorbehalte seitens der Trägerorganisationen, da sie ihre außerhalb des G-BA bestehenden Zuständigkeiten durch Versorgungsanalysen des G-BA nicht tangiert sehen wollen.

Die Schlussfolgerungen aus einer solchen mehrdimensionalen Analyse für den G-BA können unterschiedlich sein, je nach dem auf welcher Ebene einer Versorgungskette Handlungsbedarf besteht:

- (1) Aus der Analyse heraus können bei erkannten Defiziten in der Evidenz einzelner Methoden oder Maßnahmen Aufträge zu weiteren Methodenbewertungen an das IQWiG ergehen.
- (2) Es können Aufträge zur Erarbeitung von Konzepten einer geeigneten Qualitätssicherung an AQUA erteilt werden.
- (3) Unterausschüsse können direkt mit der Vorbereitung von Anträgen zu Richtlinienänderungen beauftragt werden.
- (4) Die Analyse kann zur Priorisierung von Anträgen und deren Bearbeitung führen, ebenso umgekehrt aber auch zur Zurückstellung bis hin zum Vorschlag einer Antragsrücknahme wegen fehlender Versorgungsrelevanz.
- (5) Die Analyse kann zur Gewichtung unter mehreren in Betracht kommenden Maßnahmen führen mit entsprechender Vorbereitung von Entscheidungen in Richtlinien und Empfehlungen
- (6) Die Analyse kann zu Empfehlungen an die Trägerorganisationen führen, Maßnahmen, die nicht in die Aufgabenzuständigkeit des G-BA fallen, in eigener Zuständigkeit aufzugreifen.

Die folgende Zusammenstellung (vgl. Abb. Seite 11) zeigt die verschiedenen Regelungsebenen des G-BA auf, aus denen Konsequenzen aus entsprechenden Analysen im Rahmen einer Versorgungskette gezogen werden könnten. Im Unterschied zum DMP umfasst eine solche Versorgungskette auch die Prävention. Entsprechende Vorarbeiten des GVG-Ausschusses Gesundheitsziele (www.gesundheitsziele.de) zur Anwendung nationaler Gesundheitsziele sollten daher genutzt werden.

Versorgungsanalyse am Beispiel Depression

Der G-BA hat das Krankheitsbild der Depression ausgewählt, um Erfahrungen mit einer Versorgungsanalyse gegebenenfalls als Grundlage für die Einführung einer stärker konzeptionellen Ausrichtung seiner Arbeit zu sammeln. Das Krankheitsbild der Depression wurde nicht aufgrund einer umfassenden Priorisierungsdiskussion aus mehreren Krankheitsbildern ausgewählt, sondern exemplarisch benannt, nachdem das IQWiG hierfür bereits eine Bewertung der verfügbaren nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) vorgenommen hatte, der Ausschuss Gesundheitsziele der GVG die Depression als weiteres krankheitsbezogenes nationales Gesundheitsziel neben Diabetes und Brustkrebs ausgewählt hatte und eine besondere Relevanz dieses Krankheitsbildes für die künftige Morbiditäts- und Ausgabenentwicklung der GKV unzweifelhaft gegeben ist.

Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen der Versorgungskette

Versorgungskette

Primärprävention,
Gesundheitsförderung

Sekundärprävention,
Screening

Diagnostik, Indikationsstellung

Arzneimitteltherapie

Nicht-medikamentöse Therapie

Tertiärprävention, Rehabilitation

Koordination, Kooperation,
Qualitätssicherung

Quelle: G-BA

Richtlinien; Empfehlungen

Gesundheitsuntersuchung, Schutzimpfung

Krebsfrüherkennung, Kinder, Mutterschaft

Methodenbewertung, Mutterschaft

Nutzen- Bewertung, Therapiehinweis, Off-Label-Use, OTC-, Lifestyle, Schutzimpfung

Methodenbewertung

Arbeitsunfähigkeit / Wiedereingliederung

116b, SAPV; QS-Einzelmaßnahmen Kooperation, Q-Beurteilung, Q-Prüfung, QS Dialyse, Mindestmengen; Bedarfsplanung; DMP



Die Versorgungskette zeigt die verschiedenen Regelungsebenen des G-BA auf.

Bedenken bestanden allerdings wegen der besonderen Komplexität dieses Krankheitsbildes.

Die Versorgungsanalyse wurde in folgender Systematik durchgeführt:

- (a) Strukturierung der Thematik (Leitlinienanalyse, eigene Recherchen, Expertengespräche)
- (b) Analyse der Versorgungssituation (Auswertung Datenquellen, Literaturrecherche, Experten)
- (c) Identifikation von Beratungsthemen (aktuelle, mögliche, betroffene Richtlinien des G-BA)
- (d) Analyse der Regelbarkeit (Zuständigkeit, betroffene Richtlinien, übergreifende Initiative)
- (e) Handlungsempfehlungen (Plenum, Unterausschüsse, sonstige Gremien) (noch nicht erfolgt).

Die Systematik einer Versorgungsanalyse nach den Stufen einer Versorgungskette verdichtet sich dann bezogen auf das Krankheitsbild Depression wie in der Abbildung auf S. 12 geschildert.

Da es nach Maßgabe des vom Plenum erteilten Auftrages nicht darum ging, aus der Versorgungsanalyse bereits Handlungsempfehlungen abzuleiten, sondern zunächst die Handhabbarkeit des Instrumentariums zu klären, sind auch diese Ergebnisse nicht abschließend zu sehen. Dazu wird zunächst eine Rückkoppelung mit den jeweils zuständigen Unterausschüssen erfolgen, um deren Bewertung und deren Anregungen für Handlungsoptionen einzuholen, bevor sich das Plenum erneut damit befassen wird. Die Relevanz des Krankheitsbildes Depression und dessen finanzielle Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aus folgenden ermittelten Daten:

- Pro Patient mit Depression werden direkte Kosten von jährlich 685 Euro in der ambulanten Versorgung und von 2.500 Euro für ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zusammen geschätzt;
- 3,8% aller AU-Tage im Jahr 2007 waren einer F32-Diagnose geschuldet, mit im Mittel 48 AU-Tagen je Fall;
- die direkten Gesamtkosten unter der Annahme einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 3,51% werden mit 1,62 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt.

Die Studienauswertung hat aber gezeigt, dass für einige Fragestellungen nur unzureichende Datenquellen verfügbar sind und die für eine Versorgungsanalyse als Grundlage für konkrete normative Handlungsaufträge notwendige Datenqualität weitgehend nicht besteht. Diese Lücke könnte durch Realisierung der in § 303a mit Wirkung von 1. Januar 2004 vorgesehenen Datenplattform für epidemiologische Versorgungsstudien geschlossen werden. Es ist zu begrüßen, dass die Regierungskoalition in ihren Eckpunkten für ein Versorgungsgesetz diese Lücke in der Gesetzesanwendung aufgreifen und schließen will.

Insgesamt geht der G-BA aufgrund des ihm vorgelegten Berichts davon aus, dass eine Versorgungsanalyse als Grundlage der Definition von Handlungsfeldern für eine auf die Lösung von Versorgungsproblemen eines definierten Krankheitsbildes ausgerichtete Auftragserteilung grundsätzlich machbar ist. Neben der Weiterführung und dem Abschluss des Pilotprojektes in der dargestellten Weise ist für die Annahme des instrumentellen Ansatzes einer partiell auf Versorgungsanalysen aufbauenden Arbeit des

Versorgungsanalyse am Beispiel des Krankheitsbildes Depression

Versorgungsbereich

Primärprävention
 Sekundärprävention
 Diagnose
 Akuttherapie und Notfallversorgung
 Langzeitversorgung
 Rehabilitation

Versorgungsaspekte

Erfassung von Risikofaktoren, Risikogruppen
 Früherkennung von Depression, Screeninginstrumenten, Suizidprävention
 Diagnoseinstrumente, Kriterien für Zu-/ Überweisung, Einschätzung Suizidgefahr
 Medikamentös, Nichtmedikamentös, Kombinationstherapie, Verhinderung von Chronifizierung, Krisenintervention
 Erhaltungstherapie, Suizidprävention (Nachsorge)
 Maßnahmen bei (drohendem) Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation

Quelle: G-BA



Die Versorgungsanalyse nach den Stufen der Versorgungskette schließt die Prävention mit ein.

G-BA eine Kosten-Nutzenabschätzung des Aufwandes für derartige Projekte erforderlich. Dabei wird sich der Aufwand allerdings mit steigender Routine gegenüber dem ersten ohnehin sehr anspruchsvollen Piloten bei Folgeprojekten reduzieren. Neben einer solchen Kosten-Nutzenabschätzung sollte allerdings die mit einer solchen an realen Versorgungsproblemen und deren Lösung erfolgenden Ausrichtung des G-BA erreichbare erhöhte Akzeptanz seiner Arbeit beachtet werden.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt: info@G-BA.de

.....

DR. JUR. RAINER HESS

.....



Dr. Rainer Hess war nach einem Studium der Rechtswissenschaft und der anschließenden Referendarausbildung zunächst bis 1971 als Justiziar des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte tätig. Er hat im Jahr 1972 promoviert. Im Anschluss war er bis zum Jahr 1988 Justiziar der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Von 1988 bis 2004 hat er als Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gearbeitet. Seit 1. April 2004 fungiert er als unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hess ist darüber hinaus Autor juristischer Kommentare zum Sozialversicherungsrecht und zum ärztlichen Berufsrecht.

