

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Prof. Dr. med.
Stefan G. Spitzer,
Vorsitzender des
Vorstands der DGIV:
„Veränderungen mit
Augenmaß“

„Hochwertige Studien unter Real-Life-Bedingungen“ (Weißbach)
„Un-Thema: Verschwendung im Gesundheitswesen“ (Wehling)
„Vertrauen, Image und Glaubwürdigkeit“ (Scherenberg)

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

04/11 4. Jahrgang

Editorial

Fokus: Fachkongress „10 Jahre DMP“ 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Veränderungen mit Augenmaß“ 6

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes der DGIV, im MVF-Interview

Redaktion

Fokus auf der Versorgung 12

KVB-Themenabend in der bayerischen Vertretung in Berlin

ICW richtet sich neu aus 14

Interview mit dem Vorstand von ICW, Jörg Stadler, zur neuen Unternehmensausrichtung

MVF-Fachkongress: 10 Jahre DMP 15

Das Programm des MVF-Kongresses in Kooperation mit dem BVA im Detail

Adhärenz aus dem Land der Maori 18

Interview mit Michael Whittaker, CEO von Atlantis Healthcare, über Patientenprogramme

PRO: Pflegekammern: Wenn nicht jetzt, wann dann? 20

Rolf Höfert, Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbands und Mitglied im Deutschen Pflegerat e.V.

KONTRA: Pflegekammern - wozu? 21

Gerd Dielmann, Fachgruppenleiter Gesundheitsberufe bei der ver.di-Bundesverwaltung

Zahlen - Daten - Fakten

Große Differenzen bei HIV/AIDS zwischen den Bundesländern 10

Standards

Impressum 2 Essay 9

WISSEN 26

**Michael Schaaf / Dr. Evelyn Kade-Lamprecht
Versorgungsmanagement: Der Mensch im Mittelpunkt der GKV?**

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 22 - 25

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt als Beilage das Kongressprogramm „10 Jahre DMP“ bei.

Impressum Monitor Versorgungsforschung - Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität,
Qualität und Innovation der
Gesundheitsversorgung
4. Jahrgang/ISSN: 1866-0533

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)

Kölnstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Wolfgang Dame

dame@m-vf.de

Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag

eRelation AG - Content in Health

Vorstand: Peter Stegmaier

Kölnstr. 119, 53111 Bonn

www.erelection.org

mail@erelection.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

Boris Herfurth

herfurth@m-vf.de

Kölnstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“

erscheint sechsmal jährlich. Der

Preis für ein Jahresabonnement

beträgt 90 Euro. Jahresvorzugspreis

für Studenten gegen Vorlage einer

Immatrikulationsbescheinigung

60 Euro. Die genannten Preise

verstehen sich zzgl. Versandkosten:

Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.

Preisänderungen vorbehalten. Die

Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

Das Abonnement verlängert sich

automatisch um ein weiteres Jahr,

wenn es nicht spätestens sechs

Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres

schriftlich gekündigt wird.

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Fruehaufstraße 21

84069 Schierling

info@koessinger.de

Tel +49-(0)9451-499124

Fax +49-(0)9451-499101

Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr

enthaltenen einzelnen Beiträge

und Abbildungen sind urheber-

rechtlich geschützt. Mit Annahme

des Manuskripts gehen das Recht

zur Veröffentlichung sowie die

Rechte zur Übersetzung, zur

Vergabe von Nachdrucken,

zur elektronischen Speicherung

in Datenbanken, zur Herstellung

von Sonderdrucken, Fotokopien

und Mikrokopien an den Verlag

über. Jede Verwertung außerhalb

der durch das Urheberrechtsgesetz

festgelegten Grenzen ist ohne Zu-

stimmung des Verlags unzulässig.

In der unaufgeforderten

Zusendung von Beiträ-

gen und Informationen

an den Verlag liegt das

jederzeit widerrufliche

Einverständnis, die zu-

gesandten Beiträge bzw. Informati-

onen in Datenbanken einzustellen,

die vom Verlag oder Dritten geführt

werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-

schaft zur Feststellung der Verbrei-

terung von Werbeträgern e.V. (IVW),

Berlin. Verbreitete Auflage: 6.207

(IVW 2. Quartal 2011)

Wissenschaftlicher Beirat Praxisbeirat

Prof. Dr. med. Bettina Borisch MPH

FRCPath/Prof. Dr. Gerd Glaeske/

Dr. Christopher Hermann/Franz

Knieps/Roland Lederer/Prof. Dr.

Wolf-Dieter Ludwig/Prof. Dr. h.c.

Herbert Rebscher/Dr. Joachim

Roski MPH/Prof. Dr. med. Matthias

Schrappé/Dr. Thomas Trümper

arvato services healthcare/

Deutsche BKK/InterCompo-

nentWare AG/Kassenärztliche

Vereinigung Bayerns/Novartis

Pharma GmbH/MedicalContact

AG/Pfizer Deutschland GmbH/

Vivantes - Netzwerk für Gesund-

heit GmbH

WISSENSCHAFT

Heike Schön / Dr. med. Dietrich Schnell / Prof. Lothar Weißbach 32

HAROW: Versorgungsstudie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom

HAROW ist eine Studie auf dem Gebiet der urologischen Versorgungsforschung und zugleich die größte Studie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom (PCa) in Deutschland. Der Name leitet sich ab aus den Anfangsbuchstaben der bei einem PCa anwendbaren Behandlungsoptionen, Hormontherapie, Active Surveillance, Radiotherapie, Operation und Watchful Waiting. HAROW dokumentiert den Verlauf der unterschiedlichen Therapiestrategien unter Alltagsbedingungen. Sie erfasst die medizinischen Verlaufsdaten, Angaben zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient, zu Nebenwirkungen und zur Therapieakzeptanz sowie die Kosten einer Behandlung unter Alltagsbedingungen. Die Besonderheit besteht darin, dass erstmals in Deutschland mit Active Surveillance und Watchful Waiting defensive Strategien in den Behandlungsvergleich einbezogen werden.

Dipl.-Kffr. Henrike Hannemann-Weber / Dipl.-Psych. Maura Kessel / Prof. Dr. Carsten Schultz 35

Versorgungssituation von Patienten mit seltener Erkrankung

In Europa gilt eine Krankheit als selten, wenn nicht mehr als einer von 2.000 EU-Bewohnern betroffen ist. Insgesamt leiden in Europa circa 30 Millionen Menschen an einer von etwa 6.000 bis 8.000 verschiedenen seltenen Krankheiten, davon allein rund 4 Millionen in Deutschland (Eurordis 2009). Die Anzahl der Betroffenen schwankt stark zwischen den Erkrankungen: Von einer der wohl bekanntesten seltenen Erkrankungen, der Mukoviszidose, sind allein in Deutschland circa 8.000 Menschen betroffen (Eurordis 2009), mit der Erkrankung NBIA-Nervendegeneration mit Eisenspeicherung im Gehirn – sind in Deutschland geschätzt nur circa 100 Patienten bekannt. Wer mit einem Leiden kämpft, das kaum einen anderen betrifft, stößt auf besondere Herausforderungen: fehlendes Wissen bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, fehlende Therapiemöglichkeiten, geographisch weit verteilte Expertisen.

Dr. Viviane Scherenberg / Gabriele Dostal 39

Vertrauen, Image und Glaubwürdigkeit: Schlummernde Potenziale des Versorgungsmanagements der GKVn?

In einer immer unbeständigeren und schnelllebigem Zeit gewinnen Marken für Konsumenten – auch in ihrer Rolle als Krankenversicherte – immer mehr an Bedeutung. Stimmt indes das dabei von den Unternehmen geschaffene Markenbild nicht mit der tatsächlichen gelebten Markenidentität überein, treten Dissonanzen mit kontraproduktiver Wirkung auf. Ein Aspekt, der für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) unter anderem aufgrund der entstandenen Marktübersichtlichkeit und Produktvielfalt wichtiger denn je wird.



In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträ-
gen und Informationen
an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zu-
gesandten Beiträge bzw. Informati-
onen in Datenbanken einzustellen,
die vom Verlag oder Dritten geführt
werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
terung von Werbeträgern e.V. (IVW),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.207
(IVW 2. Quartal 2011)

BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



Erwarten Sie mehr von uns: Die einzigartige Analyseplattform IH-GALAXY, umfangreiches Markt- und Daten-Know-how sowie exzellenter Service machen uns zu einem der führenden Dienstleister im Gesundheitsmarkt. Auf Basis der Behandlungshistorie von bis zu 40 Millionen Patienten können wir zeitnah Auffälligkeiten im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung aufdecken. Unsere Daten und Analysen dienen u. a. als Basis für umfassende Kosten-Nutzen-Bewertungen und Versorgungsstudien.

Was Sie sonst noch von uns erwarten können, finden Sie unter www.insight-health.de.

**INSIGHT**HEALTH



Prof. Dr. Reinhold Roski:

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

10 Jahre DMP und Versorgung

Fokus und MVF-Fachkongress: 10 Jahre DMP

Mit über 11.000 laufenden Programmen und fast 6 Millionen teilnehmenden Versicherten sind DMP heute fester Bestandteil der qualitätsorientierten Versorgung chronisch Kranker. Und zwar, obwohl bisher nur unvollständig Nachweise über ihre Wirkungen und Nebenwirkungen vorlagen. Zum Nutzen und den erhofften Kosteneinsparungen gibt es widersprüchliche Erfahrungen. Nach 10 Jahren Debatte um die DMP in Deutschland ist es an der Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen. Welchen Nutzen erreichen die Programme der Kassen bezüglich medizinischer Parameter und ökonomischer Daten. Und was haben die Versicherten und Patienten davon? Löhnen sich DMP? Nach welchen Kriterien kann man ihre Qualität, Effektivität und Effizienz beurteilen? Am **19. September 2011**, beim ersten Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt, geben 15 hochrangige Referenten die Antwort. Sie sind dazu herzlich eingeladen.

> S. 15 ff.

Titelinterview mit Prof. Dr. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes der DGIV

„Der Leistungsvergleich im Gesundheitswesen wird die Versorgung verbessern.“ „Medizinische wie pflegerische Leistungen sind objektiv messbar – dieser Erkenntnis darf man sich nicht mehr verschließen.“ So **Prof. Dr. Stefan G. Spitzer**, Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV), im Titelinterview.

> S. 6 ff.

Kommentare

In der Selbstverwaltung hat es die Pflege, die größte Gruppe der Gesundheitsberufe, oft schwer, sich zu behaupten. Mit Pflegekammern hofft sie, eine einflussreichere Stimme zu haben. In zwei pointierten Kommentaren argumentieren **Rolf Höfert**, Deutscher Pflegeverband, und **Gerd Dielmann**, ver.di, pro und kontra.

> S. 20 f.

Wissen

Schaaf und **Kade-Lamprecht** präsentieren eine repräsentative Befragung von 2.052 GKV-Versicherten. Ergebnis: Kostenzwänge und oft auch neue Versorgungsstrukturen führen dazu, dass menschliche Werte wie Zeit und Einfühlungsvermögen sowie die Berücksichtigung von Patientenwünschen vernachlässigt werden. Das gefährdet die Kundenbeziehungen und letztlich die Gesundheit der Versicherten.

> S. 26 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Schön, Schnell und **Weißbach** stellen die Ergebnisse von HAROW vor, der größten Studie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom in Deutschland vor. Bisher ist nicht klar, mit welchen Vor- und Nachteilen abwartende und invasive Strategien einhergehen. HAROW untersucht diese Frage unter Alltagsbedingungen und berücksichtigt klinische Parameter ebenso wie Lebensqualität, Kosten und Arzt-Patient-Interaktion. Damit ist HAROW ein gutes Beispiel für versorgungsmedizinische Untersuchungen zu Fragestellungen, denen randomisierte Studien nicht gerecht werden können.

> S. 32 ff.

Hannemann-Weber, Kessel und **Schultz** präsentieren eine Befragung zur Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen. Hier geht es insbesondere um Abstimmung, Koordination und Informationsweitergabe in interdisziplinären Expertenteams. Der Patient muss dabei oft selbst Experte seiner Krankheit sein.

> S. 35 ff.

Scherenberg und **Dostal** analysieren die Rolle von Marken, Markenslogans und deren Wahrnehmung von gesetzlichen Krankenversicherungen. Image, Reputation und Vertrauen haben im für die Versicherten oft unüberschaubaren Kassenmarkt hohe Signalwirkung, zum einen für die Nachfrage, zum anderen auch für die Teilnahme an Versorgungs- und Vorsorgeprogrammen.

> S. 39 ff.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer und interessante Lektüre.

Ihr



Patienten gut versorgen

Sie wollen neue Wege gehen? Mit unseren integrierten Vertriebs- und Versorgungslösungen für Pharmaindustrie und Krankenkassen sind Sie stets nah am Patienten. Profitieren Sie von unserer Unterstützung bei Markteinführungen, Versorgungsmanagement, Patient-Relationship-Management, Supply Chain Management und Marketing & Sales Support.

www.arvato-healthcare.de

Kontakt: info@arvato-healthcare.de

»HEALTHCARE

arvato
BERTELSMANN

DGIV-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer im Titel-Interview:

„Veränderungen mit Augenmaß“

„Es ist richtig, bei der Reform der medizinischen Versorgung deutlich zu machen, dass im Mittelpunkt der Versorgung niemand anderes als die Bürgerinnen und Bürger steht“, hieß es in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV) zum vorliegenden Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) des Bundesgesundheitsministeriums. Daher begrüße die Gesellschaft überwiegend den Entwurf. Neben dieser positiven Reaktion stellte die DGIV jedoch auch Nachbesserungsbedarf fest. Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie und Sportmedizin und seit November 2010 Vorsitzender des Vorstandes der DGIV, stand „Monitor Versorgungsforschung“ Rede und Antwort.

>> Herr Professor Spitzer, die DGIV begreift die „Integrierte Versorgung“ als ein gesundheitspolitisches Prinzip, das in allen Bereichen der medizinischen Versorgung und Pflege durchgesetzt werden soll. Im aktuellen Gesetzentwurf fehlen jedoch laut DGIV Antworten auf wichtige Fragen der derzeitigen Versorgung. Auf welche Punkte bezieht sich die Kritik?

Wir haben uns in unserer Stellungnahme bemüht, unter anderem auch auf Problemfelder hinzuweisen, die bisher im Vorfeld des Referentenentwurfes aus unserer Sicht zu kurz gekommen sind. Dazu gehört zum Beispiel die Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ bei der Gestaltung des Katalogs zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung oder die unbefriedigende, diffuse Rechtslage auf dem Gebiet der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten, die vielfach auch als Honorarärzte bezeichnet werden. Darüber hinaus haben wir auch zum Ausdruck gebracht, dass die Selektivversorgung und insbesondere die Integrierte Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V im Gesetzentwurf zu kurz gekommen ist.

Wie sollte Ihrer Ansicht nach die Zukunft der selektiven Versorgungsformen aussehen?

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist derzeit mit einem umfangreichen Gutachten zum „Wettbewerb an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung“ beauftragt. Mit der Vorlage des Gutachtens wird für Dezember dieses Jahres gerechnet. Man darf sich von dieser Arbeit wichtige Erkenntnisse, auch für die Weiterentwicklung der selektiven Versorgungsformen, vor allem der Integrierten Versorgung, erwarten. Dennoch sollte die Bundesregierung die Chancen, die das Versorgungsstrukturgesetz auch für die Weiterentwicklung der Selektivversorgung bietet, nicht ungenutzt lassen. Das hieße, ein bereits mit großem Aufwand vorbereitetes Feld nicht weiter im erforderlichen Maße zu bestellen.

Welchen Beitrag leistet die DGIV in diesem Prozess?

Unsere Gesellschaft widmet sich in erster Linie den integrativen Komponenten innerhalb und in der Verknüpfung der einzelnen Versorgungsformen. Hier gibt es aus unserer Sicht noch ungenutzte Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung. Nicht alle selektiven Versorgungsformen bergen integrierende Bestandteile in sich. Deshalb setzen wir uns besonders dafür ein, die einzelnen Versorgungsprojekte mit integrierenden Zielstellungen zu verbinden, wie zum Beispiel die Hausarztzentrierte Versorgung mit der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung oder der Integrierten Versorgung. Die Integrierte Versorgung und

„Medizinische wie pflegerische Leistungen sind objektiv messbar – dieser Erkenntnis darf man sich nicht mehr verschließen.“

Summary

- Nicht alle selektivvertraglichen Versorgungsformen bergen integrierende Bestandteile in sich.
- Insbesondere zur Förderung populationsbezogener Versorgungsprojekte müssen die Finanzierungsgrundlagen für Integrierte Versorgung wieder verbessert werden.
- Wettbewerb benötigt zwingend auch eine Verpflichtung zur Evaluation.

die Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V bieten hier bereits weit bessere Voraussetzungen, die durch noch flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten für die Krankenkassen ausgebaut werden könnten. Es ist außerdem kein Geheimnis, dass es derzeit noch an ausreichenden Anreizen fehlt, mit denen Kassen, Leistungserbringer und andere Partner der Selektivprojekte zu einer Teilnahme in größerem Umfang als bisher motiviert werden könnten. Hier spielen wirtschaftliche Effekte eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Aus unserer Sicht ist es falsch, seinen Frieden damit zu machen, dass die Phase der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung vorüber ist und die Kassen eben abwägen müssen, wie viel Finanzkraft sie in ihre Projekte noch investieren können. Hier sind kluge Lösungen gefragt, und einige Vorschläge zur Verbesserung der Finanzierungssituation liegen bereits vor. Ohne mehr Anschub wird aber aus unserer Sicht die Zielstellung des Gesetzgebers, dass sich große populationsbezogene Projekte im Land etablieren sollen, in den nächsten Jahren kaum verwirklicht werden können. Die überwiegende Mehrzahl der Projekte hat derzeit eine eher kleinräumige indikationsbezogene Ausrichtung.

Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang Evaluation und Versorgungsforschung? Wie kann die Qualität integrierter Versorgung angemessen erfasst werden und wie sinnvoll ist eine Pflichtevaluation in der Regel- und Selektivversorgung, aber auch bei den Leistungserbringern?

Der Referentenentwurf sieht in den §§ 303 a bis e SGB V (neu) eine Novellierung der Bestimmungen über die Datentransparenz vor. Wir sagen aber: Für wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen, auch für einen Leistungsvergleich von kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung, ist darüber hinaus eine Verpflichtung zur Evaluation der Versorgungsergebnisse erforderlich. Wie soll man sonst einen Wettbewerb und einen Leistungsvergleich durchführen? Dass dieser Wettbewerb leistungsbezogen geführt werden muss, liegt doch auf der Hand.

Natürlich wissen wir auch, dass sich ein Wettbewerb auf Leistungserbringerseite auch auf das Patientenverhalten auswirken kann. Es ist vorstellbar, dass Qualitätsführer dann anders nachgefragt werden als bisher. Wir denken aber nicht, dass dadurch unbeherrschbare Effekte entstehen werden – im Gegenteil: Der Leistungsvergleich im Gesundheitswesen wird die Versorgung verbessern. Überdurchschnittliche Angebote werden - zum Beispiel über die Investitionsförderung - belohnt, und die Grund- und Regelversorgung wird dennoch wie bisher gewährleistet werden. Die zu evaluierenden Daten sind dafür sorgfältig auszuwählen. Medizinische wie pflegerische Leistungen sind objektiv

messbar – dieser Erkenntnis darf man sich nicht mehr verschließen.

Wenn Sie nun die Entwicklung rückblickend beurteilen würden: Hat die Integrierte Versorgung den Patienten innerhalb der letzten zehn Jahre eine bessere Versorgungsqualität gebracht? Waren die Disease-Management-Programme ein Schritt in die richtige Richtung?

Niemand kann heute mehr bestreiten, dass integrierte Versorgungsprojekte in aller Regel auch die Versorgungsqualität für die Patienten verbessert haben. Das gilt sowohl für indikations- als auch für populationsbezogene Projekte. Stationersetzende Maßnahmen, bessere Koordinierung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, kürzere Bestellzeiten – das sind nur einige Vorteile, die die Integrierte Versorgung auf dem Gebiet der Behandlungsqualität zu bieten hat. Es war richtig, die Integrierte Versorgung im SGB V aus ihrem Dornröschenschlaf zu wecken. Genauso war es auch richtig, die Disease-Management-Programme ins Leben zu rufen. Chronische Erkrankungen müssen in der Regel langfristig behandelt werden, auf meinem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen mindestens zehn Jahre, oft noch sehr viel länger. Hier leisten diese Programme gute Dienste für Kassen, Leistungserbringer und Patienten.

Die Bundesregierung plant derzeit, die DMP stärker beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu verankern. Der G-BA soll darüber hinaus die Vorgaben für die Evaluation der Programme erarbeiten lassen. Die Chroniker-Programme durch diesen Ausschuss zu steuern, ist ein machbarer Weg. Eine andere Entwicklungsrichtung könnte aber auch sinnvoll sein: nämlich die DMP mit der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V zusammenzuführen und gemeinsame Finanzierungsgrundlagen anzustreben; die Evaluationsvorgaben sollten ohnehin – auch für die anderen Versorgungsformen bis hin zur Regelversorgung – beim G-BA liegen.

Die DGIV will die sektorenübergreifende Versorgungsintegration vorantreiben und Schnittstellenprobleme besser in den Griff bekommen. Wo sehen Sie die aussichtsreichsten Stoßrichtungen für diese Änderungen?

Die spannendste Frage ist derzeit aus unserer Sicht: Wie viel Integrierte Versorgung traut sich der Gesetzgeber in der Regelversorgung zuzulassen? Die derzeitige Situation ist schon eigentümlich: Es besteht Einigkeit darüber, dass durch eine bessere Verzahnung der sektoralen Leistungserbringung die Versorgung in sektoralen Grenzen überwunden werden soll. Die Versorgungsform Integrierte Versorgung bietet heute bereits annähernd solche Verhältnisse, auch wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen noch eine Reihe von Beschränkungen aufzuwei-



sen haben. Aber dieses „Experimentierfeld der GKV“ wird noch zu wenig angenommen; offensichtlich fehlt es im Ergebnis der Chancen-Risiken-Bewertung der Kassen am Ende dann doch an der nötigen Motivation.

Auf der anderen Seite stößt die Regelversorgung zunehmend an die Grenzen der über Jahrzehnte verfestigten sektoralen Strukturen. Diese Grenzen sozialverträglich aufzuweichen und zu flexibilisieren, ist die große Aufgabe, die so einfach klingt, aber so schwierig zu lösen ist. Das System der medizinischen Versorgung in Deutschland ist äußerst komplex und enthält vielfältige verflochtene Strukturen mit vielen wechselseitigen Abhängigkeiten. Im Mittelpunkt stehen die Bürgerinnen und Bürger als Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig ist aber die Gesundheitswirtschaft der größte Bestandteil unserer Volkswirtschaft, hier geht es also unter anderem auch um Sicherung von Arbeitsplätzen, Fachkräftemangel, um Industrieproduktion und den Innovationsstandort Deutschland. Über allem steht die

Erkenntnis, dass demografischer Wandel und wissenschaftlich-technischer Fortschritt in der Medizin uns heute schon dazu zwingen, die Effizienz der Versorgung deutlich zu verbessern sowie Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

Welche Schritte sollten als Nächstes erfolgen?

Aus Sicht der DGIV kommt es in den nächsten Jahren darauf an, stärker die Überwindung der sektoralen Leistungserbringung zu betreiben. Hier hat der vorliegende Referentenentwurf nicht alle Erwartungen erfüllt, auch in der Systematik des Herangehens. Natürlich müssen diese Veränderungen mit Augenmaß betrieben werden. Das gilt auch für das von uns wieder stärker in den Vordergrund gebrachte Prinzip „ambulant vor stationär“. Wir wissen natürlich, dass man in dieser Situation die Leistungserbringung in Sektoren nicht einfach beseitigen kann. Deshalb treten wir auch immer für die Aufrechterhaltung der Balance der sektoralen Kräfte ein. Dennoch könnten bereits jetzt die bestehenden Möglichkeiten zur Zusammenarbeit der Sektoren konsequenter genutzt werden. Das bedeutet: weitere Liberalisierung, Ausbau der Zusammenarbeit von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen und die Einbeziehung nichtmedizinischer oder -pflegerischer Leistungserbringer in diese Kooperationen. Darüber hinaus sollte diese Zusammenarbeit gerade in den sich neu herausbildenden Versorgungsformen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär gefördert werden, zum Beispiel im aktuell diskutierten Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung oder auch an den Schnittstellen von medizinischer Versorgung und Pflege.

Bleiben wir bei den Kooperationen. Wo sehen Sie die größten Schwie-

rigkeiten bei der Vernetzung und Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer, aber auch rehabilitativer und pflegerischer Versorgung?

Die Hauptschwierigkeit liegt wohl darin, die einzelnen Gruppeninteressen in den verschiedenen Bereichen und Sektoren mit dem gesamtgesellschaftlichen Interesse in Übereinstimmung zu bringen. Im Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz wird deutlich, dass einigen Forderungen bestimmter Interessenvertreter entsprochen wurde. Es stellt sich daher in diesem Zusammenhang auch die Frage nach dem inneren Kräfteverhältnis im Reformprozess. Auf der anderen Seite bestehen noch Zweifel, ob tatsächlich ausreichend wissenschaftliche Aufschlüsse über die richtigen, heute und in den nächsten Jahren notwendigen Reformschritte vorliegen. Diese wissenschaftliche Begleitung wurde zu stark vernachlässigt. Hier muss Deutschland auch mehr investieren. Letztlich sehen wir noch Defizite bei der Verfolgung ganzheitlicher Ansätze in der Versorgung und Pflege. Die jahrzehntelange sektorale Trennung hat tiefe Spuren, um nicht zu sagen Gräben, hinterlassen. Diese zu überwinden verlangt ein Umdenken, sowohl bei der Ausarbeitung zentraler Zielstellungen als auch bei der Bewertung des Verständnisses eigener Positionen jedes Einzelnen.

In vielen Versorgungsansätzen spielt die Hausarztzentrierte Versorgung eine große, oft dominante Rolle. Sicherlich ist der Vorrang des Medizinischen berechtigt, aber stellt sich nicht angesichts des zunehmenden Ärztemangels, des steigenden Bedarfs an Versorgungsmanagement sowie der dringend nötigen Verzahnung mit der Pflege die Frage, wer in Zukunft die zentrale Patienten-Steuerungsrolle übernehmen soll und wer über die dafür nötige Kompetenz verfügt?

Spätestens seit die Hausarztzentrierte Versorgung mit der Kontrahierungspflicht verbunden wurde, ist sie ein Dauerthema in der Diskussion der Selektivversorgungskonzepte. Auch wir verbinden Selektivversorgung eher mit dem Prinzip des freien Kontrahierens. Dennoch wird die hausärztliche Versorgung auch in den nächsten Jahren eine Versorgungsgrundlage bleiben.

Interessant ist jedoch die Bestimmung dessen, was die Hausärzte hier leisten können und sollen. In diesem Zusammenhang halte ich den Begriff der „zentralen Patienten-Steuerungsrolle“ für problematisch. In einer optimal koordinierten Zusammenarbeit der Leistungserbringer sind die Regeln der medizinischen Zusammenarbeit und der damit verbundenen Patientenpfade auf der Grundlage der jeweiligen Erkenntnisse der modernen Medizin evidenzbasiert definiert. Niemand anders als der Hausarzt, der die Erstdiagnose treffen muss, kann als erstes Glied einer Behandlungskette den nächsten Schritt des Patienten veranlassen. Das heißt aber nicht, dass der Hausarzt damit zwingend die „Steuerung“ des Patienten in der weiteren Diagnostik, Therapie und gegebenenfalls auch Rehabilitation zu verantworten hat. Hier müssen andere zweckmäßige Mechanismen im fachärztlichen Bereich, erforderlichenfalls auch in integrierender Zusammenarbeit mit den Vertretern der anderen Sektoren, greifen. Viele Projekte zur Integrierten Versorgung haben gerade auf diesem Gebiet der indikationsbezogenen Patientenpfade bereits viel geleistet. Leider werden diese Erkenntnisse noch viel zu wenig publiziert und von der Versorgungsforschung zur Kenntnis genommen.

Welchen Stellenwert räumen Sie dem Thema regionaler Versorgungsmodelle ein, die mit ihren Ansätzen zur Integrierten Versorgung deutlich über die bislang existierenden klassischen IV-Verträge hinausgehen?

Ich kenne keine Rechtsform für regionale Versorgungsmodelle, die mehr zu leisten in der Lage ist, als die Integrierte Versorgung. Natürlich ist mir bekannt, dass es auf regionaler Ebene mitunter sehr vielfältige Bestrebungen gibt, konkrete regionale Besonderheiten für eine definierte „Versorgungsregion“ mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung - über alle Kassen- zu nutzen. Meist sind große stationäre Leistungserbringer die Initiatoren dieser Projekte, für die um die Zusammenarbeit mit möglichst vielen ambulanten und stationären Partnern in der Region geworben wird.

Diese Ansinnen sind durchaus zu begrüßen, bergen sie doch – wenn sie seriös sind – durchaus Elemente der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V in sich. Problematisch sind diese Projekte jedoch dann, wenn sie in der vertraglichen Konstruktion der Zusammenarbeit die gesetzlichen Grundlagen für die medizinische Versorgung verlassen. Nach dem Verständnis der DGIV werden solche Projekte zwangsläufig in eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen münden, so dass spätestens an diesem Punkt bewertet werden muss, ob die rechtlichen Anforderungen an ein Projekt zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V erfüllt werden.

Was wird sich bei den IV-Verträgen nach § 140b SGB V ändern, wenn pharmazeutische Unternehmen beteiligt werden? Ist dies eine große Chance oder sehen Sie diese Beteiligungsform als kritisch an?

Nicht nur die pharmazeutischen Unternehmen, sondern auch die Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes sind als Partner von Verträgen zur Integrierten Versorgung gemäß § 140b SGB V zugelassen. Wir begrüßen das, denn es ist aus unserer Sicht unverzichtbar, diese Unternehmen an den IV-Projekten zu beteiligen. Der Gesetzgeber hat gut daran getan, den Krankenkassen und ihren Partnern in der Integrierten Versorgung die Nutzung der Innovations- und Wirtschaftskraft dieser Unternehmen zu ermöglichen. Die Befürchtung, damit würde der Übernahme von Versorgungsaufträgen durch die Industrie Tür und Tor geöffnet, teilen wir nicht. Die Integrierte Versorgung wird

wie jede andere Versorgungsform auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen bestimmt, die eine rechtmäßige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger gewährleisten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber – auch im vorliegenden Referentenentwurf – für eine staatliche Aufsicht über die IV-Verträge gesorgt.

Auch die DGIV erhofft sich von der Beteiligung der Industrie noch mehr Versorgungskraft, Innovation und Attraktivität für die IV-Projekte. Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass sofort alle IV-Projekte auf Industriebeteiligung umgestellt werden und neue Projekte mit diesen neuen Partnern wie die Pilze aus dem Boden schießen. Zum einen tun sich Kassen erfahrungsgemäß mit „Erstbesteigungen“ auf dem Gebiet der Selektivversorgung eher schwer - Ausnahmen bestätigen die Regel -, sodass auch hier die Industriepartner gefragt sind, sich mit guten Argumenten zur Kosten-Nutzen-Bewertung und viel sozialrechtlichem Sachverstand als geeignete Partner der Projekte zu erweisen. Zum anderen gibt es eine Reihe von gesetzlichen Beschränkungen außerhalb des SGB V - zum Beispiel im Vergabe- oder im Kartellrecht -, die die Möglichkeiten und Verfahren zur Auswahl geeigneter Industriepartner nicht gerade einfach gestalten. Hier würden wir uns gesetzliche Erleichterungen für die Selektivversorgung wünschen, damit die Möglichkeiten zur Nutzung dieser Kooperation nicht von vorneherein deutlich begrenzt sind.

Herr Professor Spitzer, vielen Dank für das Gespräch.
Das Gespräch führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski



Prof. Dr. Martin Wehling

ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie sowie Direktor der Klinischen Pharmakologie Mannheim an der Universität Heidelberg.

Das Un-Thema „Verschwendung“

>> Ex-Gesundheitsminister Rösler hat als großen Clou der laut propagierten Gesundheitsreform am 6. Juli 2010 eine Beitragserhöhung der gesetzlich Krankenversicherten von 14,9 % auf 15,5 % verkündet, um den drohenden Bankrott des Systems abzuwenden.

Statt einer großen Empörung und Ursachensuche für die ausufernden Kosten hat „man“ dies offensichtlich nach dem Motto akzeptiert, es hätte ja noch schlimmer kommen können.

Dies ist aber schon jetzt sehr schlimm, da es ja zahlreiche Stimmen gibt, die große Einsparpotenziale des Systems nachweisen. Diese gehen weit über das Volumen der Beitragserhöhung hinaus und würden diese auf bis zu zehn Jahre unnötig machen. Es geht also um die unglaubliche Verschwendung im deutschen Gesundheitswesen (dem zweit teuersten der Welt), das geradezu darauf ausgelegt ist, teure Akut- und (Zu-)Spätmedizin anzubieten, die sich nur bei Unterdrückung der Präventivmedizin rentiert. Der Autor hat in zwei ausführlichen Arbeiten Ende 2009 (Wehling 2009) und Anfang 2010 (Wehling 2010) in dieser Zeitschrift das Sparpotenzial im deutschen Gesundheitswesen aufgrund einer eingehenden Analyse auf zwischen 20 und 80 Milliarden Euro/Jahr beziffert, mit dem Schwerpunkt bei etwa 60 Milliarden Euro; er steht damit wirklich nicht allein (SVR 2002).

Wen interessiert's?

Anfang 2010 hat der Autor, als die Diskussion um die Kostenexplosion und mögliche Maßnahmen dagegen heftiger wurde, diese Publikationen insgesamt 75 mal in Deutschland an alle relevanten Politiker (4), Kassenführer (4), vor allem aber auch Journalisten (14) der großen Zeitschriften und zeitkritischen Fernsehformate (11) geschickt. Das Begleitschreiben enthielt ein eindeutiges Angebot zur weiteren Diskussion und Unterstützung bei diesbezüglichen Reaktionen, z.B. in der politischen oder journalistischen Äußerung zum Thema. Die Bilanz dieser Aktion war allerdings mehr als ernüchternd: Obwohl Daten, Recherche, auch Querverweise zur kritischen Kontrolle durch Vergleich mit anderen Autoren sozusagen „frei Haus“ kamen, wurden nur 15 Schreiben beantwortet. Davon kamen 11 erst, nachdem insgesamt 27 Adressaten zum zweiten Mal angeschrieben wurden. Die Antworten hatten im Wesentlichen drei Inhalte: A) sehr spannend, vielen Dank (3) – B) wir sind nicht zuständig (1) – C) Sie hören noch von uns (5). Eine konkrete Aktion bestand in einem Fall in einer Einladung zu einem Gespräch mit einem Gesundheitspolitiker, in den anderen Fällen fanden noch ein bis zwei schriftliche oder fernmündliche Kontakte statt. Am Ende, ein Jahr später, ist keine einzige erkennbare Aktion aus dieser Bemühung resultiert. Den Höhepunkt der Enttäuschung markierten dann die oben erwähnte Beitragserhöhung und die fast völlige Ignoranz gegenüber den Einsparpotenzialen im Gesundheitswesen.

Im Februar 2011 hat der Autor einen erneuten Versuch unternommen, auf die Verschwendung im Gesundheitswesen aufmerksam zu machen, indem er weitere neun Redaktionen (Printmedien und einen TV-Sender) angeschrieben hat. Auch hier wieder Ernüchterung: Entweder folgte überhaupt keine Reaktion (4) oder es gab kein Interesse (3 - Empfehlung den Artikel gekürzt als Leserbrief zu veröffentlichen, Weiterleitung an die Fachredaktion ohne weitere Reaktion, Ablehnung mit unver-

schämten und anmaßenden Worten). Lediglich zwei Adressaten zeigten ein gewisses Interesse und waren grundsätzlich der gleichen Meinung wie der Autor. Leider sind aber auch diese Spuren im Sande verlaufen.

Die üblichen Verdächtigen?

Es ist völlig unverständlich, warum die in den Publikationen nachgewiesenen Verschwendungen (als stellvertretendes Beispiel für viele hat Deutschland z.B. die größte Herzkatheterdichte der Welt) offensichtlich keiner Behandlung bedürfen und so neben Geldverlusten auch Patientenschädigungen, also eine unethische Medizin, geduldet werden. Es drängt sich ein beklemmender Verdacht auf: Hier beschützen Lobbyisten ihre Pfründe, und die Politiker trauen sich nicht, dagegen anzugehen. Die notwendigen Einsparungen würden in jedem Fall zu Umsatzeinbußen z.B. bei Geräteherstellern wie Philips oder Siemens, Pharmafirmen, aber auch Ärzten und Krankenhäusern führen. Dass unter dem Druck dieser Lobby Politiker Eingriffe nicht wagen, ist zumindest wahlmechanistisch verständlich, wenn auch trotzdem höchst unethisch.

Was aber hält die zahlreichen angeschriebenen Journalisten nach anfänglich deutlichem Interesse von einer Thematisierung dieses Problems ab? Es entsteht der hochgradige Verdacht, dass auch in diesem Bereich Abhängigkeiten bestehen, die einer Thematisierung entgegenstehen. Es ist bekannt, dass insbesondere Printmedien durch die neuen Medien, vor allem das Internet, unter einem enormen Kostendruck stehen. Sie sind daher mehr denn je auf ihre Anzeigeneinnahmen angewiesen, die natürlich durch für manche Firmen ungünstige Berichte leiden könnten.

Ob dies auch für die Fernsehjournalisten gilt, bleibt unklar. Hier haben die wenigen Interaktionen, die stattfanden, den Eindruck vermittelt, dass der Skandalcharakter oder der „Knalleffekt“ dieser Tatsachen nicht groß genug wären, um genügend Aufmerksamkeit zu erregen. Obwohl natürlich diese Annahmen rein spekulativer Natur sind, erzeugen sie doch eine Plausibilität, der sich gerade Journalisten als die letzten Wächter der gesellschaftlichen Ehrlichkeit durch eine mutigere Haltung entgegenstellen sollten. Es ist zu erwarten, dass es im Wesentlichen „nur“ noch darauf ankommt, endlich den ersten Bericht, die erste Reportage hierzu zu veröffentlichen. Da es um viel Geld, vor allem aber auch um Gesundheit und Versorgungsqualität für viele Millionen Wähler geht, sollte dies ein sehr dankbares journalistisches Thema mit großer Brisanz und langer Laufzeit sein. Allerdings sind Argumentationen im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich immer etwas sperrig und abhängig von „Autoritäten“. Welcher investigative Journalist möchte diese Herausforderung und Chance als erster ergreifen? Es lohnt sich! <<

Literatur

- SVR –Sachverständigenrat (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit 2000/2001. Baden-Baden 2002
 Wehling, M. (2009): Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Teil 1; In: Monitor Versorgungsforschung 2009, 2, 6: 46-51
 Wehling, M. (2010): Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Teil 2; In: Monitor Versorgungsforschung 2010, 3, 1: 33-39

INSIGHT Health zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion

Große Differenzen bei HIV/AIDS zwischen den Bundesländern

Die AIDS-Therapie hat sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Neben gesundheitlichen Aufklärungs- und Präventionskampagnen haben vor allem die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten zu einem Rückgang der Todesfälle geführt. Dank der nahezu im Jahrestakt neu zugelassenen Präparate hat sich auch die Lebensqualität der AIDS-Patienten deutlich verbessert. Beachtenswert sind die großen regionalen Unterschiede hinsichtlich Morbiditäts- und Verordnungsprävalenz innerhalb Deutschlands.

>> Die weltweite HIV/AIDS-Epidemie hat sich innerhalb von 20 Jahren zu einem der größten Gesundheitsprobleme der heutigen Zeit entwickelt.“ So beginnt das vom Robert Koch-Institut (RKI) herausgegebene Heft 31 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes „HIV und AIDS“ vom Juni 2006. Auch wenn die Zahl der HIV-Neuinfektionen und HIV-bedingter Todesfälle in den letzten Jahren weltweit gesunken ist, so zeigen die Zahlen von 2009 doch noch immer das Ausmaß dieser Epidemie: 33,3 Millionen HIV-Infizierte, jährlich 2,6 Millionen Neuinfektionen (entspricht ca. 38 je 100.000 Einwohner) und 1,8 Millionen Todesfälle (vgl. UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010).

Dagegen stellt sich die Situation in Deutschland - nicht zuletzt dank der frühzeitig begonnenen effektiven Präventionsmaßnahmen - noch vergleichsweise günstig dar: Das RKI schätzt die Zahl der Ende 2010 in Deutschland lebenden HIV-Infizierten auf ca. 70.000 - bei 3.000 Neuinfektionen (entspricht ca. 3,8 je 100.000 Einwohner) und 550 HIV-bedingten Todesfällen im Jahr 2010. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Männer bei den Neuinfektionen in Deutschland 90 Prozent beträgt, während weltweit ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Geschlechtern besteht. Letzteres ist vor allem auf Afrika südlich der Sahara zurückzuführen, wo knapp 60 Prozent der Neuinfektionen Frauen betreffen (vgl. RKI 2006, 2010; UNAIDS 2010).

AIDS – die Krankheit der wirtschaftlich produktivsten Bevölkerungsgruppe

Wie auch bei anderen Indikationen gibt es hinsichtlich Prävalenz und Arzneimittelverordnungen große regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands. Bei einem Großteil der Krankheitsbilder ist ein vermehrtes Auftreten

in jenen Bundesländern zu beobachten, in denen das Durchschnittsalter der Bevölkerung relativ hoch ist. Bei AIDS ist das Bild nahezu spiegelverkehrt: HIV-Infektionen treten in Deutschland vorwiegend in der Altersgruppe der 25- bis 50-Jährigen auf, der wirtschaftlich produktivsten Bevölkerungsgruppe. Über 80 Prozent aller AIDS-Fälle entfallen auf diese Altersgruppe (RKI 2006). So kann auch festgestellt werden, dass in den Bundesländern mit einem relativ hohen Anteil 25- bis 50-Jähriger (wie vor allem in Hamburg und Berlin, aber auch in Hessen) die Infektionsrate tendenziell höher liegt als im Durchschnitt und in jenen mit einem niedrigen Anteil 25- bis 50-Jähriger (wie den östlichen und nördlichen Flächenländern) tendenziell niedriger.

Nicht zuletzt der hohe Anteil junger Erkrankter macht die gesundheits- wie auch sozialpolitische Relevanz von AIDS aus. Hinzu kommt, dass eine Heilung weiterhin nicht möglich ist, wengleich es laut der Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „GIB AIDS KEINE CHANCE“ eine Tendenz gibt, AIDS wie eine chronische Krankheit zu behandeln. Dies bedeutet aber dennoch eine lebenslange Therapie, die mit hohen Arzneimittelkosten, therapiebedingten Folgeerkrankungen und erheblichem medizinischen Betreuungsaufwand verbunden ist (vgl. RKI 2006). Die direkten Kosten von HIV betragen je nach Studie zwischen 11.000 und 25.000 Euro p.a., wobei die Arzneimittelkosten für ca. 2/3 bis 3/4 der Ausgaben stehen (vgl. Enninghorst et al. 2009, Hoffmann/Rockstroh 2010, Stoll et al. 2002).

4 von 7 HIV-Infizierten unter antiretroviraler Therapie

Von den 70.000 HIV-Infizierten befanden sich im Jahr 2010 lt. RKI (2010) 40.000 unter antiretroviraler Therapie. Nach Zahlen von INSIGHT Health erhalten die Patienten bun-

Summary

- 80 Prozent aller HIV-Fälle treten bei 25- bis 50-Jährigen auf, der regionale Schwerpunkt liegt in den alten Bundesländern und hier v.a. in den großen Metropolen Berlin und Hamburg.
- Lebenserwartung und -qualität der Patienten in medikamentöser Behandlung haben sich hierzulande deutlich verbessert.
- In den neuen Bundesländern werden weniger Verordnungen und größere Packungen an Virustatika verordnet.
- Pro Jahr infizieren sich in Deutschland 3.000 (3,8 je 100.000) Menschen neu mit HIV .

desweit durchschnittlich 16,4 Verordnungen von HIV-Präparaten im Jahr. Allerdings gibt es große regionale Differenzen. Die Verordnungen in den fünf neuen Bundesländern liegen mit durchschnittlich 12 je HIV-Patient deutlich unter jenen der Flächenländer im Westen mit 15 je HIV-Patient. Demgegenüber werden im Westen durchschnittlich Packungen mit geringerer Reichweite - gemessen in definierten Tagesdosen (DDD) je Packung - verordnet. Deshalb hebt sich dieser Effekt geringerer Verordnungszahlen je Patient p.a. durch die stärkere Verordnung größerer Packungen in den neuen Bundesländern zum größten Teil wieder auf. Basis für diese Analyse ist die INSIGHT Health-Datenbank „Patienten Tracking“, mit der die Medikationshistorie von rund 40 Mio. anonymisierten Patienten im ambulanten Bereich (abgerechnete GKV-Rezepte in öffentlichen Apotheken) dargestellt werden kann. Dabei wurden sämtliche Medikamente aus der ATC-Gruppe J05C „Virustatika gegen HIV“ (nach EphMRA) zugrunde gelegt.

Zunehmende Therapieoptionen – abnehmende Mortalität

Die zunehmend erfolgreichen Möglichkeiten zur medikamentösen Behandlung von AIDS-Patienten zeigen sich zum einen in der sinkenden Zahl HIV-assoziierter Todesfälle: Seit 1995 nimmt die AIDS-Mortalität in Deutschland nahezu kontinuierlich ab, von ca. 2.600 Todesfällen im Jahr 2004 zu ca. 550 Todesfällen im Jahr 2010 (RKI 2010). Zum anderen zeigen auch die steigenden Verordnungsumsätze in die gleiche Richtung: Virustatika gegen HIV gehören zu den Arzneimittelgruppen mit den höchsten Wachstumsraten innerhalb der GKV. Unter den 30 umsatzstärksten (vierstelligen) ATC-Gruppen (nach Apothekenverkaufspreis) weist die ATC-Gruppe J05C „Virustatika gegen HIV“ mit 10,1 Prozent die vierthöchste Wachstumsrate auf –

bei durchschnittlich 2,6 Prozent Wachstum. Die Datenbank NVI von INSIGHT Health weist für die vergangenen zwölf Monate ambulante GKV-Ausgaben für Virustatika gegen HIV in Höhe von 720 Mio. Euro aus (Quelle: NVI, INSIGHT Health, MAT Mai 2011, Umsatz nach AVP ohne Abzug von Rabatten).

In Tabelle 1 sind die zehn J05C-Wirkstoffe (darunter fünf Wirkstoffkombinationen) mit den höchsten GKV-Ausgaben (auf Basis des Apothekenverkaufspreises - AVP) in den letzten zwölf Monaten dargestellt. Sie allein stehen für 86 Prozent der gesamten Ausgaben innerhalb der ATC-Gruppe J05C „Virustatika gegen HIV“. Die ersten acht hier genannten Wirkstoffe sind durchweg erst innerhalb der letzten zehn Jahre auf den deutschen Markt gekommen (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

Stadtstaaten mit höchster HIV-Prävalenz

Nicht überraschend besteht zwischen HIV-Prävalenz und medikamentöser HIV-Therapie eine hohe Korrelation: Regionen mit relativ vielen HIV-Infizierten zeichnen sich auch durch eine hohe Anzahl an abgerechneten GKV-Rezepten von Virustatika gegen HIV aus. So liegen z. B. die Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen nicht nur wegen des Umlandeffektes bei den Verordnungen je Versicherten vorn, sondern auch bei den an das

RKI gemeldeten und hochgerechneten HIV-Fällen (vgl. Abb. 1).

Der Stadt-Land-Effekt scheint hier die herausragende Rolle zu spielen: Städte mit über 250.000 Einwohner wiesen nach Zahlen des RKI 2009 eine um durchschnittlich 200 Prozent höhere Inzidenz aus als der Bundesdurchschnitt – allen voran Köln, Frankfurt/Main, Berlin, Hamburg und München, also die fünf einwohnerstärksten Städte Deutschlands.

Sehr auffällig ist, dass die neuen Bundesländer deutlich weniger AIDS-Fälle aufweisen als die alten Bundesländer. So leben nach Zahlen vom RKI auch weniger als drei Prozent der unter antiretroviraler Therapie stehenden AIDS-Patienten in den neuen Bundesländern, die zusammen knapp 16 Prozent der Einwohner Deutschlands stellen. Zudem fällt auf, dass Hessen der einzige Flächenstaat mit einer überdurchschnittlichen HIV-Prävalenz ist (RKI 2010).

Ausblick

Aus Versorgungsforschungsperspektive bie-

tet HIV ein vielfältiges Themengebiet. Prävention und Aufklärung kommt dabei künftig weiterhin die größte Bedeutung zu, ungeachtet von Hinweisen einzelner Studien darauf, dass AIDS-Medikamente nicht nur die Vermehrung von HI-Viren nach einer Infektion hemmen, sondern auch das Ansteckungsrisiko mit dem Erreger verringern können (vgl. etwa Spiegel-Online, 14.07.2011). <<

von: Dr. André Kleinfeld
Christian Bensing*

Literatur: bei den Verfassern

Top-10-Virustatika		Zul.-jahr
1	Emtricitabin + Tenofovir	2005
2	Efavirenz + Emtricitabin + Tenofovir	2008
3	Lopinavir + Ritonavir	2001
4	Atazanavir	2004
5	Darunavir	2007
6	Tenofovir	2002
7	Raltegravir	2008
8	Abacavir + Lamivudin	2005
9	Nevirapin	1998
10	Lamivudin + Zidovudin	1998

Tab. 1: Top-10-Virustatika gegen HIV nach GKV-Ausgaben im ambulanten Bereich; Quelle: NVI (INSIGHT Health), abgerechnete GKV-Rezepte innerhalb der ATC-Gruppe J05C (EphMRA), MAT Mai 2011 (Juni 2010-Mai 2011), bewertet zu AVP. Die Datenbank basiert auf einer nahezu vollständigen Erfassung der über Apothekenrechenzentren abgerechneten GKV-Rezepte von Fertigarzneimitteln.

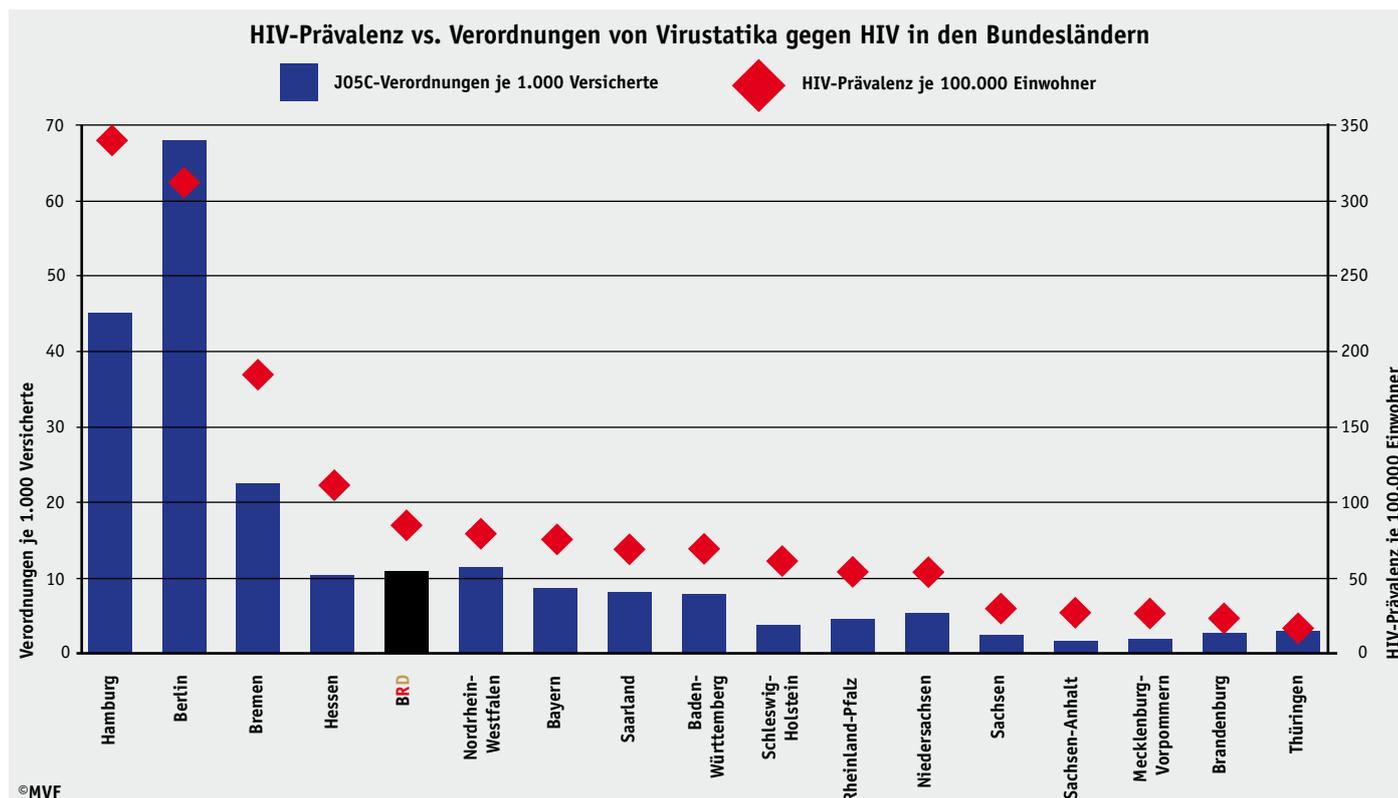


Abb. 1: HIV-Prävalenz vs. GKV-Verordnungen von Virustatika gegen HIV in den Bundesländern.

*Business Development Manager INSIGHT Health, vf@insight-health.de

KVB-Themenabend in der bayerischen Vertretung in Berlin:

Fokus auf der Versorgung

Über die optimale Steuerung der medizinischen Versorgung tauschten sich Experten aus Politik, Krankenkassen und ärztlichen Berufsverbänden Ende Juni in der Vertretung des Freistaats Bayern in Berlin aus. Eingeladen dazu hatte der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Trotz wie üblich zahlreicher Parallelveranstaltungen in Berlin nahmen rund 120 Teilnehmer an dem Themenabend teil.

>> Ministerialdirigent Horst Wonka, der als Vertreter des Bayerischen Gesundheitsministeriums die Veranstaltung eröffnete, lobte die konstruktive Zusammenarbeit zwischen der Bayerischen Staatsregierung und der KVB. Zudem hob er hervor, dass die Bundesregierung nicht nur im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsgesetz wieder „breite und flexible Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für die Landesebene“ vorsehen müsse. Der Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg, Dr. Norbert Metke, zeigte sich in dieser Hinsicht vom GKV-Versorgungsgesetz sogar „begeistert“. Ein weiterer Pluspunkt, so Metke: „Erstmals sind in einem Gesetz auch echte Maßnahmen genannt, wie man gegen Versorgungsengpässe vorgehen kann.“ Die Möglichkeit, wieder regional mehr Gestaltungsspielräume zu haben, wurde allgemein als ein Pluspunkt des Gesetzes betrachtet. Weiterer Pluspunkt laut Dr. Andreas Köhler, dem Vorstandschef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: „Endlich einmal kein reines Kostendämpfungsgesetz.“

Während sich die Diskutanten bei den Vorteilen und Chancen des Gesetzes rasch einig waren, sorgte ein Thema für echte Kontroversen: die im Gesetz neu vorgesehene ambulante spezialärztliche Versorgungsebene (ASV). Die anwesenden Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen machten in der Diskussionsrunde deutlich, dass die ASV in der jetzt vorgesehenen Form eine existenzielle Gefahr für



Dr. Wolfgang Krombholz, Vorsitzender des Vorstandes der KVB; Dr. Norbert Metke, Vorsitzender des Vorstandes der KV BW; Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der KBV; Moderatorin Michaela Hoffmann (freie Journalistin); Andreas Wagener, Stv. Hauptgeschäftsführer der DKG; Wilfried Jacobs, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland-Hamburg (v.l.n.r.)

viele Facharztpraxen darstelle. So sagte der KVB-Vorstandsvize Dr. Pedro Schmelz: „Wenn das so wie im Gesetz vorgesehen umgesetzt wird, dann reichen die vorhandenen Betten in den Krankenhäusern bald nicht mehr aus. Leidtragende sind die niedergelassenen Fachärzte und letztlich auch die Patienten.“

Eine andere Sicht der Dinge stellten der Vertreter der Krankenhausgesellschaft, Justitiar Andreas Wagener, sowie auch der Vorstandschef der AOK Rheinland-Hamburg, Wilfried Jacobs, vor. Beide betonten, dass die neue Versorgungsebene eine Chance für die Patientenversorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär sei. „Wir begrüßen die spezialärztliche Versorgungsebene, sofern ein freier, gleichberechtigter Zugang möglich ist“, so Wagener. Der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn machte deutlich, dass die wesentlichen Kerninhalte des neuen Versorgungsgesetzes, zu denen er auch die ambulante spezialärztliche Versorgung zählt, sicher erhalten bleiben. Der Ende Juni vorgelegte Referentenentwurf für das Gesetz stelle allerdings nicht die Endfassung dar, Änderungen seien noch möglich.

MdB Spahn machte auch deutlich, dass in Sachen effektive Versorgungssteuerung in Deutschland noch erheblicher Nachholbedarf besteht: „Wir brauchen hier eine bessere Analyse der Gegebenheiten vor Ort. De facto wissen wir ja nicht einmal wirklich, was Unter- oder Überversorgung ganz konkret bedeutet.“ Und an diesem Punkt war sich die Runde dann auch wieder einig, dass eine echte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems nur dann gelingen kann, wenn die Versorgungsforschung ausgebaut und die Belange der Ärzte und der Patienten ausreichend berücksichtigt werden. <<

Statement (Auszug) von Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die bisherige großräumige und arztbezogene Bedarfsplanung wird den realen Bedürfnissen nicht mehr gerecht: Die demografische Entwicklung führt zu abnehmenden Patientenzahlen bei steigender Morbidität; die Wege zum Arzt werden länger; eine altersbedingte Austrittswelle von Ärzten ist absehbar. Die Bedarfsplanung unterscheidet beim Versorgungsgrad nicht zwischen hochspezialisierten Fachärzten und Grundversorgern. Deshalb fordert die KBV einen Wechsel hin zu einer versichertenzentrierten Versorgungsplanung. Diese muss Änderungen der Krankheitslast und Dichte der Bevölkerung berücksichtigen, ein ausgewogenes Verhältnis von Grund- und Spezialversorgung schaffen und freiwerdende Praxen bedarfsorientiert nachbesetzen. Die getrennte Betrachtung des ambulanten und des stationären Sektors ist zu überwinden. Es bedarf einer sektorübergreifenden Planung und -Steuerung. Um Versorgungsdefizite zu beheben, schlägt die KBV ein umfangreiches Maßnahmenpaket vor. Dazu gehören Arztstationen in strukturschwachen Gebieten, eine Re-Organisation des Bereitschaftsdienstes, Kooperationsverträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern etc.



Statement (Auszug) von Jens Spahn, MdB

Die ambulante ärztliche Versorgung, vor allem die hausärztliche Versorgung, muss wohnortnah gesichert sein. Damit geht einher, dass unter anderem die Politik die Rahmenbedingungen schaffen muss, um die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland zu erhalten und zu steigern. Die Ärztinnen und Ärzte brauchen einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Gerade in den ländlichen Regionen müssen in Zukunft für junge Ärzte attraktiver werden. Wir müssen Anreize schaffen, um die Versorgung in diesen Gebieten sicherzustellen.



Statement (Auszug) von Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg



1) Überversorgung - auch in den Ballungsgebieten - gibt es nicht. Wer sich über zu lange Wartezeiten insbesondere bei Fachärzten beklagt, kann nicht gleichzeitig durch begrenzte Zulassungen und den Aufkauf von Praxen die Reduzierung von Ärzten fordern. Die Denkweise, wie sie vor allem auf Seiten einiger Vertreter der Kassen nach wie vor vorhanden ist, wonach in den Ballungszentren zu viele Ärzte vorhanden sind, die nur besser übers Land verteilt werden müssen, muss aufhören, weil sie von falschen Voraussetzungen ausgeht und daher nicht in die richtige Richtung geht. Zum einen sind Ärzte keine Figuren auf einem Schachbrett, die nach Belieben hin- und hergeschoben werden können, sondern freiberuflich tätige selbstständige Unternehmer. Zum anderen ist die Diskussion um Über- und Unterversorgung Ausdruck eines rein planwirtschaftlichen Systems, welches nicht mehr in die heutige Zeit passt. Beispielsweise wird nicht berücksichtigt, dass es in den Städten jeden Tag eine große Anzahl von Pendlern gibt, so dass die reine Betrachtungsweise der Einwohnerzahlen nicht korrekt ist.

2) Wenn es ein Hindernis für die jungen Medizinerinnen und Mediziner gibt, sich niederzulassen, dann ist es die fehlende Planungssicherheit. Wenn im GKV-Finanzierungsgesetz, das erst vor wenigen Monaten in Kraft getreten ist, die Honorarsystematik für 2012 geregelt wird und dies nun durch das GKV-Versorgungsgesetz schon wieder überholt ist, dann ist es für den Arzt nicht mehr möglich, auch nur halbwegs seinen Betrieb zu planen. Erforderlich ist es daher, Stabilität ins System zu bringen und die Größe zu haben, die Regelungen nicht permanent zu ändern, sondern sie wirken zu lassen und den Ärzten die Möglichkeit zu geben, sich darauf einstellen zu können. Daher gehört es auch zu den Aufgaben der Gesundheitspolitik, zunehmend zu einem System aus festen Preisen zu kommen. Wir freuen uns darauf, wieder in regionaler Verantwortung die Honorierung mit den Kassen gestalten zu können.

3) Gängelungsmechanismen wie Arzneimittelregresse müssen der Vergangenheit angehören. Das GKV-VG zusammen mit dem AMNOG sind hier ein ausgesprochen guter Beginn. Auch wenn es heute dank der Vernunft der Ärzte nur noch wenige Regresse gibt, bleiben sie nach wie vor ein Problem. Denn zur Abwendung eines Regresses müssen immer noch jedes Jahr Hunderte von Ärzten in Baden-Württemberg gegenüber den Prüfungsgremien Praxisbesonderheiten begründen, was viel Zeit und Aufwand erfordert. Vor diesem Hintergrund sollten wir die Offenheit haben und darüber nachdenken, ob bei all den Gremien mit Wirtschaftlichkeits-, Plausibilitäts- und Sprechstundenbedarfsprüfungen Aufwand und Nutzen noch in einem vertretbaren Verhältnis stehen.

4) Die ambulante Versorgung hat in den vergangenen Jahren seine großartige Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Umso weniger können wir es akzeptieren, wenn die Krankenhäuser als in der Regel subventionierte Systeme versuchen, in den ambulanten, nicht subventionierten Sektor zu drängen, um sich einen größeren Teil am Kuchen der ambulanten Vergütung zu sichern. Besonders ärgerlich ist es, dass dies wird dann noch mit Steuermitteln finanziert wird, während gleichzeitig ambulante Leistungen der Krankenhäuser, die sie über die DRGs vergütet bekommen, nicht erbracht, sondern den niedergelassenen Ärzten überlassen werden. Wer den ambulanten Sektor schwächt, der darf sich über die Konsequenzen nicht wundern. Wir bitten daher um eine Ergänzung des § 115a SGB V. Die vorgesehenen Regelungen zum neuen § 116b SGB V sind daher ein Angriff auf die niedergelassenen Fachärzte. Gleichzeitig gilt es, die exzellent funktionierenden Kooperationen zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern zu stärken.

Statement (Auszug) von Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft DKG.



Ziel der Koalition ist es, die medizinische Versorgung der Patienten in Deutschland vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der mit ihr einhergehenden Veränderungen des Krankheitsspektrums und des Fachkräftemangels besser abzusichern. Zur Erreichung dieses Zieles ist der Referentenentwurf ein Köcher wichtiger und guter Ansatzpunkte zur Versorgungssteuerung. Allerdings werden die Potentiale zur Verbesserung der Versorgung bei weitem nicht gehoben. So wird die Verzahnung der Sektoren nicht konsequent umgesetzt und damit die Überwindung der Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen nur in Teilen angegangen. Voraussetzung dafür, dass die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser umfassend für das Gesundheitssystem und zur Lösung der skizzierten Probleme nutzbar gemacht werden kann, ist u.a. der konsequente Abbau von Hemmnissen für die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung. Aus Sicht der Krankenhäuser ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass Hospitaler und niedergelassene Ärzte in Zukunft zu gleichen und vom vertragsärztlichen Planungs- und Zulassungssystem losgelösten Bedingungen spezialärztliche ambulante medizinische Leistungen erbringen können. Diese Möglichkeit ist insbesondere in der ambulanten Krebstherapie von großer Bedeutung. Allerdings wird dieser ordnungspolitisch grundsätzlich richtige Ansatz dadurch verwässert, dass der Gesetzentwurf nun aber ausgerechnet bei den Krebserkrankungen eine neue Hürde zu Lasten der Krankenhäuser aufbaut.

Statement (Auszug) von Wilfried Jacobs, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg



Wenn die Wörter „Verbesserung und Versorgung“ im Titel eines Gesetzesentwurfes auftauchen, könnte man durchaus geneigt sein, anzumerken, es ginge wirklich im Herzstück um die für den Patienten demnächst spürbaren Verbesserungen der erlebten Abläufe im Medizinbetrieb. Sollte der Gesetzgeber diese Vorstellungen gehabt haben, müsste man ihn beglückwünschen. Ich habe aber erhebliche Zweifel, dass der Patient wirklich im Mittelpunkt dieser Gesetzesinitiative steht. Wäre es nämlich so, hätte der Titel des Gesetzes lauten müssen „Verbesserung der patientenorientierten Versorgungsstrukturen der GKV“. Wo nichts selbstverständlich ist, endet Selbstverständlichkeit. Aber so ist es im Gesundheitswesen. Wir regeln, was das Zeug hält, verändern auch laufend die Spielregeln und sorgen dadurch dafür, dass wir im Medizinbetrieb auch Vollbeschäftigung hätten ohne Patienten. ...

1.) Der Gesetzgeber hat das Recht, das, was er in der Versorgungsstrukturpolitik plant, in Gesetze zu kleiden wie z. B. das Versorgungsstrukturgesetz. 2.) Die am tatsächlichen Leistungsgeschehen hautnah beteiligten Einrichtungen wie die KVen und die Krankenkassen haben die Pflicht, die Vorgaben der Politik zu beachten, sie aber durch praktisches und am Patienten ausgerichtetes Handeln orientiert umzusetzen. 3.) Es besteht weder ein latentes Unterversorgungsproblem, noch führt die in 90 % der Planungsgebiete festzustellende Überversorgung zu einer eindeutigen Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Versorgungssteuerung gehört in die regionale Ebene des Wohnumfeldes des Patienten. In der individualisierten Medizin und im Medizinbetrieb ist Nähe auf allen Ebenen das Entscheidende. 4.) Die Politik muss zur Kenntnis nehmen, dass die tatsächliche vom Patienten erlebte Welt des Medizinbetriebes sich nicht mit dem deckt, was die Politiker glauben, - wie im Versorgungsstrukturgesetz - regeln zu müssen. 5.) Die meisten im Medizinbetrieb gut funktionierenden Versorgungsablaufprozesse waren das Ergebnis pragmatischer Lösungen vor Ort. Pragmatiker sollten daher mehr beachtet werden als Theoretiker und Bewahrer.

Interview mit Jörg Stadler, Vorstand der InterComponentWare AG (ICW):

Die ICW richtet sich neu aus

„Google Health“ (s. Beitrag im Special „Market Access & Health Policy“ von „Pharma Relations“ 08/11) hat den Betrieb seiner Gesundheitsakte eingestellt. Wenige Wochen zuvor hatte auch bereits ICW die Reißleine gezogen. Da stellt sich die Frage, was nun nach „LifeSensor“ kommt, denn die Gesundheitsakte war lange Zeit das Kernprodukt des Unternehmens gewesen. Im Interview erläutert ICW Vorstand Jörg Stadler, wie es bei InterComponentWare weiter geht.

>> Herr Stadler, nachdem „LifeSensor“ eingestellt wurde, wo liegt nun der Unternehmensschwerpunkt von ICW? Gibt es ein neues Kernprodukt?

Wir überschreiben unsere Ausrichtung mit „connect – manage – personalize“. Einfach ausgedrückt heißt das: Wir vernetzen Akteure im Gesundheitswesen und machen relevante Daten sicher verfügbar, damit medizinische Versorgung vorausschauend und effizient organisiert werden kann. Und bei all dem bleiben wir der – wenn Sie so wollen – „LifeSensor“-Idee treu, auch den Patienten selbst in die Kommunikationsprozesse einzubinden.

Wo findet sich dieser Ansatz in der Praxis wieder?

Im Bundesstaat New York unterstützen wir mit unserer „Master Patient Index“-Lösung die Vernetzung von Krankenhäusern und Arztpraxen im Auftrag der dortigen regionalen Gesundheitsorganisation. Innerhalb einer neuen Medicaid-Lösung wird in Texas unsere Vernetzungslösung in die Arztpraxen gebracht. Und GE Healthcare IT hat die ICW Technologie zur Grundlage ihrer eigenen Vernetzungslösung gemacht und schon eine Reihe internationaler Projekte gewonnen. Aber auch in Europa vertrauen Klinikverbände auf unsere Technologie. Das Potenzial, das unsere technologische Grundlage, die ICW eHealth Platform, bietet, war im Übrigen auch der Grund für die weltweite Partnerschaft, die Roche Diabetes Care mit uns geschlossen hat. Gemeinsam entwickeln wir gerade eine neue Lösung für eine moderne, verbesserte Kommunikation zwischen Diabetes-Patienten, ihren Ärzten und Diabetesassistentinnen.

Findet dabei das Selektivvertragsgeschäft noch Platz? ICW hatte immerhin den ersten 73b-Hausarztvertrag technologisch auf den Weg gebracht.

Hausarzt+ und der ICW-Konnektor haben tatsächlich eine Erfolgsgeschichte geschrieben. Es ist uns damit in Baden-Württemberg der Nachweis gelungen, dass eine eHealth-Infrastruktur mit höchstem Sicherheitsstandard reibungslos funktioniert. Derzeit ist allerdings keine Perspektive erkennbar, die Telematik-Infrastruktur über Baden-Württemberg hinaus flächendeckend in ganz Deutschland auszurollen. Deshalb tragen HA+ und der Konnektor nicht zur weiteren Portfolio-Entwicklung von ICW bei. Die politischen Abhängigkeiten sind in diesen Größenordnungen betriebswirtschaftlich nicht zu kalkulieren.

Das heißt, Sie fokussieren sich künftig auf größere Einheiten. Aber der einzelne niedergelassene Arzt spielt keine Rolle mehr?

Selbstverständlich spielt auch der einzelne Arzt weiter eine große Rolle. Er gehört ja in vielen Fällen originär zu den Netzwerken, die aufgebaut werden und die wir vernetzen. Aber was wir in der Tat nicht länger anbieten, sind Anwendungen oder gar Hardwarekomponenten für einzelne Praxen.

Wo sehen Sie denn für ICW das größte Marktpotenzial?

Wir richten unser Augenmerk natürlich auf Märkte, in denen sich Wachstum ganz konkret abzeichnet bzw. die heute bereits in großem Umfang von der Politik finanziell gefördert werden. USA steht da gewiss ganz oben. Mit milliarden-schweren Förderprogrammen hat Präsident Obama in den USA Bewegung in die eHealth-Landschaft gebracht. Die Projekte, die ich eingangs erwähnt habe, resultieren daraus. Und letztlich werden wir unsere Erfahrungen daraus im nächsten Schritt in den europäischen und deutschen Markt tragen. Unser aktueller Fokus auf den USA bedeutet keinesfalls, dass wir uns aus dem hiesigen Markt zurückziehen – auch wenn er derzeit den kleineren Teil unseres Umsatzes einbringt.

Apropos Umsatz. Wie sieht da die Entwicklung aus?

ICW ist an vielen Stellen ins kalte Wasser gesprungen. Das Paradebeispiel dafür ist „LifeSensor“. Paradigmen im Gesundheitswesen zu durchbrechen kostet in der Tat viel Zeit und Geld. Wenn sich dann, wie in diesem Fall, der Markt für die Lösungen als noch nicht reif erweist, wird es schwierig. Aber wir haben aus den Erfahrungen gelernt. Wir haben uns von kostspieligen Geschäftsmodellen getrennt. Insgesamt hat sich der Strategiewechsel schon deutlich bemerkbar gemacht. Im vergangenen Jahr konnten wir die besten Umsatzzahlen in der Unternehmensgeschichte erreichen. Wir sind noch nicht am Ziel, aber auf dem besten Wege dahin.

Sie sprechen vom Markt, der noch nicht reif ist. Heißt das, „LifeSensor“ kommt irgendwann zurück?

Wir sind zutiefst davon überzeugt, dass die persönliche Gesundheitsakte in den Händen des Patienten in der Zukunft irgendwann kommen wird. ICW war einfach zu früh am Markt. Aber wenn es soweit ist, sind wir schnell in der Lage, die „LifeSensor“-Idee mit angepassten Geschäftsmodellen aus der Schublade zu ziehen..

Herr Stadler, vielen Dank für das Gespräch.



Das Detail-Programm des MVF-Kongresses in Kooperation mit dem BVA:



MVF-Fachkongress: 10 Jahre DMP

Zehn Jahre sind seit der ersten Diskussion der Disease-Management-Programme vergangen. Zeit, aus den Erfahrungen zu lernen und zu eruieren, ob das seit 2003 eingeführte Modell DMP, das international als Erfolgsmodell made in Germany gilt, wirklich zu einer höheren Versorgungsqualität in Deutschland geführt hat. „Lohnen sich DMP?“, fragt deshalb Prof. Dr. Reinhold Roski, der Herausgeber der wissenschaftlichen Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF), die den Fachkongress „10 Jahre DMP“ in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) veranstaltet. Roskis Fragen: „Sind DMP ein Erfolgsmodell für integrierte Versorgung?“ „Nach welchen Kriterien sollte man Qualität, Effektivität und Effizienz beurteilen?“ Die Antwort geben 15 Vortragende sowie die Co-Kongress-Vorsitzenden Prof. Dr. Gerd Glaeske und Prof. Dr. Alfred Holzgreve.

>> „Zeit, um Bestehendes zu überprüfen und Neues anzugehen“, sagt Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK, in seinem Statement zur Veranstaltung „10 Jahre Disease-Management-Programme“ am 19. September in Berlin. Die anfängliche Skepsis sei gewichen und inzwischen nähmen mehr als 650.000 Versicherte an den Gesundheitsprogrammen (DMP) seiner Kasse teil – mit weiterhin steigender Tendenz. Rebscher: „Die gesetzlichen, aber auch die zusätzlichen kasseneigenen Evaluationen zeigen, dass die Programme die Erwartungen erfüllen.“ Einerseits werde die Versorgungsqualität erhöht, andererseits Folgeerkrankungen vermieden. Und was den Kassen-Chef besonders freut: Zudem zeigten die Analysen eine Senkung der Leistungsausgaben. Darum plädiert er in seinem Vortrag dafür, dass die Weiterentwicklung der Programme mehrdimensional erfolgen sollte: strukturell, prozessual und inhaltlich.

Auch für Dr. Christian Graf, den Abteilungsleiter für Versorgungsprogramme der Barmer GEK, sind DMP heute zu einem festen Bestandteil qualitätsorientierter Versorgung chronisch Kranker in der GKV geworden. Gleichwohl lägen bislang nur partielle Wirksamkeitsbelege vor. „Um weitere Evidenz über den Nutzen der Programme zu erhalten, sollte eine gesetzliche Evaluation durchgeführt werden“, wie Graf in seinem Vortrag erläutern wird. Für Holger Söldner, dem Abteilungsleiter Versorgungsmanagement Deutsche BKK, bedeuten zehn Jahre DMP „dauerhaftes Optimieren der Analysen, der internen und externen Abläufe und das Anpassen an die sich immer wieder verändernden Anforderungen an Personal und Prozesse“, aber auch, dass sich aus Sicht der Deutschen BKK der Invest zum Wohl des Kunden gelohnt hat, wie er in seinem Vortrag belegen wird.

Etwas anderer Meinung über die Wirkung von DMP ist hingegen Prof. Dr. Roland Linder, der Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse, WINEG. Mit innovativer Methodik habe das WINEG eine

Nutzenbewertung des DMP „T2DM“ vorgenommen, indem Routinedaten der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2006 bis 2008 ausgewertet wurden. Linder: „Im Ergebnis zeigten sich hinsichtlich der Inzidenz relevanter Komorbiditäten keine deutlichen Unterschiede zwischen den DMP-Teilnehmern und der Kontrollgruppe, Kosteneinsparungen waren nicht erkennbar.“

Besonders spannend werden deshalb die im Vormittags- und Nachmittagsprogramm (s. S. 16/17) eingeplanten Podiumsdiskussionen sein, die zum einen von Prof. Dr. Alfred Holzgreve, Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerks für Gesundheit GmbH, Berlin, zum anderen von Prof. Dr. Reinhold Roski, dem Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF), geleitet werden.

Darin wird Linder unter anderem im Namen der TK fordern, dass künftig „angesichts der noch immer ungeklärten Studienlage und der immensen Programmkosten“ die bestmögliche Evidenz zur Nutzenbewertung von DMP angeboten werden muss. Diese sei durch eine kassenübergreifende Evaluation von GKV-Routinedaten – idealerweise durch RCT – vorstellbar.

Eine ähnliche Aufgabe übernimmt bisher das Bundesversicherungsamt (BVA), das deshalb auch der Kooperationspartner dieses Fachkongresses ist. Dessen Präsident wird nach einer kurzen Begrüßung durch MVF-Herausgeber Roski und einem Grußwort von Regierungsdirektorin Dr. Josephine Tautz (Stellv. Referatsleiterin Referat 213 „Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)“ beim BMG) den Eingangsvortrag halten.

„Die Einführung von DMP hatte vor allem die Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung der wichtigen und wachsenden Patientengruppe chronisch Kranker zum Ziel“, erklärt Dr. Maximilian Gaßner. Derzeit zeigten über 11.000 laufende Programme und fast sechs Millionen teilnehmende Versicherte den Erfolg der DMP. Denn diese Patienten würden

durch ein gezieltes Versorgungsmanagement, das auf aktuellen medizinischen Erkenntnissen basiert, sektorenübergreifend betreut.

Das BVA übernimmt – so Gaßner weiter – hier zwei Schlüsselpositionen: „Zum einen sind wir verantwortlich für das Zulassungsverfahren der DMP. Zum anderen führen wir die gesammelten medizinischen und ökonomischen Daten über Krankenkassen- und regionale Grenzen hinweg zusammen und werten sie im Rahmen der gesetzlich verantworteten, vergleichenden Evaluation aus.“ So sei es zehn Jahre nach Beginn der Debatte um DMP in Deutschland an der Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen. Gaßner: „Im Rahmen des Kongresses werden die Ziele und Erfolge der DMP in Deutschland von den Anfängen bis zur aktuellen Entwicklung dargelegt.“

Für die Auswertung beim BVA zuständig sind Dr. Christian Gawlik, der dabei auf der wissenschaftlichen Ebene eng mit dem wissenschaftlichen Beirat des BVA, Prof. Dr. Karl Wegscheider, zusammenarbeitet. „Im Wesentlichen müssen zwei Probleme beherrscht werden“, wird Wegscheider erklären. Dies seien die Schaffung eines mathematischen Ausgleichs für Strukturunterschiede und die korrekte Berücksichtigung möglicher Zufallseffekte. Im aktuellen DMP-Vergleich werden daher beide Ziele simultan durch den Einsatz adjustierter empirischer Bayes-Schätzer erreicht, die im Rahmen der Anpassung eines gemischten linearen Modells abgeleitet und anschließend visualisiert werden. Im Vortrag wird die Funktionsweise dieser Methodik am Beispiel vorgeführt.

Welchen Nutzen die einzelnen Kassen aus diesen Auswertungen im Detail ziehen können, wird Gawlik (Referat VI 4 Medizinische Grundsatzfragen und Evaluation von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP) beim BVA) vorstellen. „Die dokumentierten medizinischen Parameter und die zusätzlich erhobenen ökonomischen Daten werden für eine vergleichende Evaluation der DMP genutzt“, wird Gawlik vortragen. Nach einer

Risikoadjustierung werden dem BVA von den damit durch die Kassen beauftragten Evaluationsinstituten aggregierte Daten übermittelt, die eine vergleichende Darstellung des Gesundheitszustands der Versicherten und der Kostensituation in den DMP ermöglichen. Gawlik: „Diese Informationen geben den Kassen die Möglichkeit, intern und gemeinsam mit den Leistungserbringern qualitätssichernde Prozesse zu steuern.“ Bisher liegen bei der Indikation Diabetes mellitus Typ 2 Daten für den Zeitraum Juli 2003 bis Juli 2008

und bei der Indikation KHK für den Zeitraum Januar 2005 bis Dezember 2009 vor.

Auf der Basis der Analyseergebnisse ließen sich über den Vergleich der DMP hinaus interessante Trends ablesen, die auf nachhaltige Effekte strukturierter Versorgungsstrukturen hinweisen. Und nicht zuletzt könnten verknüpfende Analysen von DMP-spezifischen Qualitätssicherungs- und Verwaltungskosten und medizinischen Daten Informationen zur Effizienz der DMP bereit stellen.

In vielen Vorträgen werden zudem die

Schlüsselfaktoren für erfolgreiche DMP thematisiert. Darum wird sich Prof. Dr. Stefan G. Spitzer, der Vorsitzende des Vorstandes der DGIV, in seinem Referat vor allem den Schnittstellenproblemen solcher Projekte widmen. Dabei wird er insbesondere die Koordinierung der medizinischen Zusammenarbeit, technisch-technologische Erfordernisse und noch bestehende rechtliche Hemmnisse bei der Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in strukturierten Versorgungskonzepten in den Fokus nehmen. <<

Vormittag					
von	bis	Thema	Wer		Statement / Abstract
09:30	09:50	Morgenkaffee/Check-in	eRelation AG		
09:50	10:00	Begrüßung	Prof. Dr. Reinhold Roski Herausgeber „Monitor Versorgungsforschung“		Lohnen sich DMP? Sind sie ein Erfolgsmodell für Integrierte Versorgung? Nach welchen Kriterien sollte man Qualität, Effektivität und Effizienz beurteilen? In den vorliegenden Evaluationen zeigen sich positive, aber auch negative Effekte. Wo liegen die Gründe dafür? Das BVA und Kassen präsentieren die Ergebnisse: Das wissen wir nach 10 Jahren DMP!
10:00	10:10	Grußwort	Regierungsdirektorin Dr. Josephine Tautz Bundesministerium für Gesundheit, Stellv. Referatsleiterin, Referat 213 Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)		Nach dem seit 2009 vorgenommenen Abbau der finanziellen Anreizwirkung über den RSA soll durch das Versorgungsstrukturgesetz zukünftig der administrative Regelungsaufwand für die DMP-Durchführung weiter zurückgeführt werden. Die Regelungen für Inhalte und Ausgestaltung der DMP einschließlich deren Evaluation sollen statt über BMG-Rechtsverordnungen zukünftig durch G-BA Richtlinien erfolgen. Ziele sind Flexibilisierung, Vereinfachung und beschleunigte Umsetzung in der Versorgungspraxis..
10 Jahre DMP					
10:10	10:40	DMP-Realität nach 10 Jahren	Dr. Maximilian Gaßner Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA)		Zehn Jahre nach Beginn der Debatte um DMP in Deutschland ist es Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen. Im Rahmen des Kongresses werden die Ziele und Erfolge der DMP in Deutschland von den Anfängen bis zur aktuellen Entwicklung dargelegt.
10:40	11:00	Nutzen und Effizienz von DMP	Prof. Dr. Gerd Glaeske Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen / MVF-Herausgeberbeirat		Oftmals kommen Stratifizierungsüberlegungen im Hinblick auf die Ausgangssituation der Krankheitsschwere oder der sozialen Schicht der Patienten zu kurz. Nicht für alle, die ein DMP benötigen, wurde die Maßnahme genutzt, andererseits wurden die Programme oft wegen der ökonomischen Anreize auch bei solchen eingesetzt, die kaum Vorteile haben dürften.
11:00	11:20	Schnittstellenproblematiken strukturierter Versorgungskonzepte	Prof. Dr. Stefan G. Spitzer Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V (DGIV)		Das Referat widmet sich den Schnittstellenproblemen solcher Projekte, insbesondere der Koordinierung der medizinischen Zusammenarbeit, technisch-technologischen Erfordernissen und noch bestehenden rechtlichen Hemmnissen bei der Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in strukturierten Versorgungskonzepten.
11:20	11:40	Kaffeepause			
11:40	12:00	DMP: Methodik für faire Vergleiche	Prof. Dr. Karl Wegscheider Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Wissenschaftlicher Beirat DMP beim BVA		Im Wesentlichen müssen zwei Probleme beherrscht werden: die Schaffung eines mathematischen Ausgleichs für Strukturunterschiede und die korrekte Berücksichtigung möglicher Zufallseffekte. Im aktuellen DMP-Vergleich werden beide Ziele simultan durch den Einsatz adjustierter empirischer Bayes-Schätzer erreicht, die im Rahmen der Anpassung eines gemischten linearen Modells abgeleitet und anschließend visualisiert werden. Im Vortrag wird die Funktionsweise dieser Methodik am Beispiel vorgeführt.
12:00	12:20	DMP: Wirkungen und Nebenwirkungen – Folgenabschätzung	Professor Dr. Bertram Häussler Geschäftsführer IGES, Berlin		Die im Nachhinein erkennbare „Insulinisierung“ der Typ-2-Diabetiker ist die Folge der Bemühungen um eine Reduzierung der vom Typ-2-Diabetes ausgehenden Folgewirkungen. Vor dem Hintergrund der heutigen Erfahrungen wäre die Frage zu stellen, wie hoch der zusätzliche Nutzen einer breit angelegten insulinbasierten Blutzuckerkontrolle ist angesichts der Risiken, die sich aus Hypoglykämien, Gewichtszunahme und der Induktion von Krebserkrankungen ergeben.
12:20	13:00	Podiumsdiskussion: Evidenz und Zukunft der DMP	Moderator: Prof. Dr. Alfred Holzgreve Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerks für Gesundheit, Berlin		
13:00	14:00	Mittagspause			

Nachmittag					
DMP im Vergleich					
von	bis	Thema	Wer		Statement / Abstract
14:00	14:20	DMP: Vergleiche und Ergebnisse	Dr. Christian Gawlik M.Sc. Referat VI 4 Medizinische Grundsatzfragen und Evaluation von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke - DMP beim BVA		Die dokumentierten medizinischen Parameter und die zusätzlich erhobenen ökonomischen Daten werden für eine vergleichende Evaluation der DMP genutzt. Nach einer Risikoadjustierung werden dem BVA von den damit durch die Kassen beauftragten Evaluationsinstituten aggregierte Daten übermittelt, die eine vergleichende Darstellung des Gesundheitszustands der Versicherten und der Kostensituation in den DMP ermöglichen. Diese Informationen geben den Kassen die Möglichkeit, intern und gemeinsam mit den Leistungserbringern qualitätssichernde Prozesse zu steuern.
14:20	14:40	DMP: Erfahrungen der BARMER GEK	Dr. Christian Graf Abteilungsleiter für Versorgungsprogramme der BARMER GEK		Nach holprigem Start und kontroverser Diskussion um die Einführung haben sich DMP heute zu einem festen Bestandteil qualitätsorientierter Versorgung chronisch Kranker in der GKV entwickelt. Gleichwohl liegen bislang nur partielle Wirksamkeitsbelege vor. Um weitere Evidenz über den Nutzen der Programme zu erhalten, sollte eine gesetzliche Evaluation durchgeführt werden.
14:40	15:00	DMP: Erfahrungen der TK	Prof. Dr. Roland Linder Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG)		Angesichts der noch immer ungeklärten Studienlage und der immensen Programmkosten fordert die TK die bestmögliche Evidenz zur Nutzenbewertung von DMP. Diese ist durch eine kassenübergreifende Evaluation von GKV-Routinedaten vorstellbar, erfolgt idealerweise jedoch durch einen RCT.
15:00	15:20	DMP: Erfahrungen der AOK	Evert Jan van Lente Stellv. Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband		Nach 10 Jahren liegen eine Reihe von Studien und Patientenbefragungen vor. Das WiDo hat im Versorgungs-Report 2011 gleich vier Studien vorgestellt, die alle sehr unterschiedlich angelegt sind und – soweit es sich um kontrollierte Studien handelt – versucht haben, Selektionseffekte auszuschließen. Für die AOK ist entscheidend, dass externe Studien, Patientenbefragungen und interne Kalkulationen in der Tendenz zum gleichen Ergebnis kommen: Die patientenrelevanten Endpunkte sind unter DMP-Bedingungen deutlich besser und die Gesamtkosten niedriger.
15:20	15:40	DMP: Erfahrungen der DAK	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher Vorsitzender des Vorstandes, DAK, Hamburg / MVF-Herausgeberbeirat		Zeit, um Bestehendes zu überprüfen und Neues anzugehen. Die anfängliche Skepsis ist gewichen, und inzwischen nehmen mehr als 650.000 Versicherte an unseren DAK-Gesundheitsprogrammen teil – mit weiterhin steigender Tendenz. Einerseits wurde die Versorgungsqualität erhöht, andererseits werden Folgeerkrankungen vermieden. Zudem zeigen die Analysen eine Senkung der Leistungsausgaben
15:40	16:00	Kaffeepause			
16:00	16:30	DMP: Erfahrungen der Deutschen BKK und anderer BKKen Gemeinsamer Vortrag	Holger Söldner Abteilungsleiter Versorgungsmanagement der Deutschen BKK		10 Jahre DMP – zunehmend Konfliktpotenzial mit Kollektiv- und Selektivvertragsrecht. 10 Jahre DMP – dauerhaftes Optimieren der Analysen, der internen und externen Abläufe und das Anpassen an die sich immer wieder verändernden Anforderungen an Personal und Prozesse. 10 Jahre DMP bedeuten aber auch, dass sich aus Sicht der Deutschen BKK der Invest zum Wohl des Kunden gelohnt hat.
			Dr. Sunder-Plassmann spektrumIK		Was haben diese (politisch gewollten) Versorgungsformen im Selbstverständnis und Handeln bei den Beteiligten ausgelöst? Welche Erfahrungen konnten Krankenkassen durch DMP gewinnen und für die Entwicklung selektiver, also freiwilliger Versorgungsverträge nutzen? Anhand von Evaluations- und Dokumentationsdaten werden beispielhafte Ergebnisse präsentiert.
16:30	17:00	Podiumsdiskussion	Moderator: Prof. Dr. Reinhold Roski		
DMP und Versorgungsmanagementansätze					
17:00	17:15	DMP: Erfahrungen in Bayern	Dr. Frank Hofmann Teamleiter Datenmanagement und Abrechnung, CoC DMP bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)		Nach anfänglicher inhaltlicher Skepsis und technischen Herausforderungen wie der elektronischen Dokumentation, die in Bayern von Anfang an Pflicht war, entwickelten sich die DMP sehr erfolgreich: Mittlerweile sind alle Prozesse effizient etabliert, und jährlich werden in Bayern über drei Millionen DMP-Dokumentation erstellt.
17:15	17:30	Regionale Versorgungsunterschiede	Dr. André Kleinfeld, Business Development Manager bei INSIGHT Health, Waldems-Esch		Ein datenbasierter Blick auf die Situation der ambulanten Arzneimittelversorgung innerhalb der GKV zeigt, dass große Unterschiede zwischen den Regionen bestehen. Einfluss üben dabei neben demographischen und versorgungsstrukturellen Parametern auch verordnungsabhängige Faktoren. Indikationsbezogene Analysen von INSIGHT Health verdeutlichen, dass Versorgungsansätze stets an die regionalen Besonderheiten anzupassen sind oder sogar von den regionalen Auffälligkeiten her gedacht werden müssen.
17:30	17:45	DMP: Indikationsübergreifendes Versorgungsmanagement	Prof. Dr. Stephan Burger Leitender Direktor der MedicalContact AG, Essen / MVF-Praxisbeirat		Das gesetzliche DMP bleibt als statisch organisiertes Programm hinter den Möglichkeiten zurück. Um Potenziale stärker zu nutzen, sollten DMP in ihrer heutigen indikationsbezogenen Ausgestaltung durch Case Management erweitert und bei den Kassen im Sinne eines zielgruppenspezifischen Versorgungsmanagements integriert werden. Zentraler Ansatzpunkt ist die Stärkung des Patientencoachings.
17:45	18:00	Schlusswort	Prof. Dr. Reinhold Roski		
18:00	20:00	Abendempfang mit Buffet			

Michael Whittaker, CEO von Atlantis Healthcare, über Patientenprogramme

Adhärenz aus dem Land der Maori

Atlantis Healthcare zählt zu den weltweit führenden Anbietern von Programmen zur Patientenunterstützung. Seit dem Ende des letzten Jahres ist das Unternehmen aus Neuseeland auch auf dem deutschen Markt präsent. Die Programme des Anbieters sind evidenzbasiert und zeichnen sich durch einen gesundheitspsychologischen Ansatz aus, bei dem Patienten als einzelne Personen betrachtet werden. Ziel der Programme ist es, die Patienten individuell und lebensbejahend bei der Therapie zu begleiten und dadurch nachhaltig die Therapietreue zu verbessern. Von den Programmen profitieren alle Seiten: Einerseits wird die Wirksamkeit der Behandlungen gesteigert und andererseits werden die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem CEO von Atlantis Healthcare, Michael Whittaker, über Compliance in Deutschland, Patientenverantwortung und darüber, was das deutsche Gesundheitssystem von dem neuseeländischen lernen kann.

>> Die Non-Compliance und Non-Adhärenz der Patienten stellt eine große Belastung für alle Gesundheitssysteme und so auch in Deutschland dar. Sind die Gründe dafür in Neuseeland/Australien andere als die der Patienten in Deutschland respektive Europa? Wo liegen die Parallelen und wo die Unterschiede im Vergleich zu Deutschland?

Die Gründe für eine unzureichende Adhärenz sind meiner Meinung nach länderübergreifend. Je nach Indikation sind dies verschiedene Überzeugungen der Patienten, zum Beispiel die Angst vor Nebenwirkungen oder die persönliche Einschätzung der Erkrankung, der zufolge eine medikamentöse Behandlung nicht notwendig ist. Die Unterschiede liegen eher darin, wie wir in den verschiedenen Märkten kommunizieren, wie wir die Maßnahmen und Botschaften so zuschneiden, dass sie lokal Anklang finden. Unterschiedliche Länder haben unterschiedliche kulturelle Einstellungen, verschiedene regulatorische Voraussetzungen, Gesundheitssysteme und andere einzigartige Charakteristika, die in Betracht gezogen werden müssen.

Auf welche Ursachen führen Sie die Non-Compliance und -Adhärenz von Patienten in Deutschland zurück? Liegt der Fehler in der Mentalität und Haltung der Erkrankten, im System als solches, in den gesetzlichen Rahmenbedingungen oder bei den Krankenkassen?

Generell gibt es zwei Hauptgründe für Non-Adhärenz: Erstens die unbeabsichtigte Non-Adhärenz, die auf 30 Prozent der Fälle zutrifft, und zweitens die absichtliche Non-Adhärenz, welche mit 70 Prozent der Fälle den größeren Teil ausmacht. Unbeabsichtigte Non-Adhärenz bedeutet, dass die betreffenden Personen einfach vergessen, ihre Medikamente einzunehmen. Dies kann relativ einfach über Erinnerungen gelöst werden. Beabsichtigte Non-Adhärenz hingegen bedeutet, dass die Personen sich bewusst dagegen entscheiden, ihre Medikamente einzunehmen.

Aber was kann man dagegen tun?

Es ist wichtig nachzuvollziehen, warum die Leute ihre Medikamente nicht nehmen; wir müssen ihre Überzeugungen und Wahrnehmungen im Bezug auf ihre Erkrankung verstehen. Einerseits hat die Non-Adhärenz mit der veränderten Beziehung zwischen Ärzten und Patienten zu tun. Patienten sind nicht mehr dazu bereit, den absoluten Wissens- und Autoritätsanspruch von Medizinerinnen zu akzeptieren. Immer häufiger nutzen sie andere Informationsquellen wie das Internet. Auf der anderen Seite haben Ärzte und Apotheker oft nicht genügend Zeit, um die Patienten zu informieren und emotional zu unterstützen. Die Deutschen besuchen ihren Hausarzt durchschnittlich 18 Mal im Jahr, aber die durchschnittliche Beratungsdauer beträgt weniger als

„Idealerweise sollten Patientenprogramme jeden mit einbinden, angefangen beim Arzt, der die Medikamente verschreibt, über die Apotheker, die sie aushändigen, bis hin zu den Kostenträgern.“

Michael Whittaker, ansässig in Neuseeland, ist Gründer und Miteigentümer von Atlantis Healthcare. Der Schwerpunkt seiner Arbeit liegt auf der globalen Expansion von Atlantis sowie der Erweiterung des professionellen Beratungsgeschäftes mit der Entwicklung von effektiven und innovativen Adhärenz-Programmen. 2001 wurde er in Neuseeland zum Unternehmer des Jahres gewählt.



acht Minuten.

Ihr Unternehmen konzipiert Patientenprogramme im Auftrag von Pharmaunternehmen und Krankenkassen. Wie sehen diese Programme aus?

In den letzten 15 Jahren hat Atlantis Healthcare einen Prozess entwickelt, um im Auftrag von Gesundheitsplayern erfolgreiche Patientenunterstützungs- und Adhärenz-Lösungen zur Verfügung zu stellen. Unsere Methode nennen wir den UCC-Prozess: Understand (verstehen) – Connect (verbinden) – Change (verändern). Um wirklich zu verstehen (Understand), was die Non-Adhärenz in der jeweiligen Indikation verstärkt und warum die Patienten ihre Medikamente nicht einnehmen, nutzen wir eine eigens entwickelte Kombination aus klinischer Forschung und gesundheitspsychologischer Expertise. Das schließt umfassendes Wissen des Gesundheitssystems mit ein. Dann bauen wir eine Beziehung mit den Patienten auf (Connect) durch Maßnahmen, die eine langfristige Verhaltensänderung (Change) herbeiführen. Letzteres wird gewährleistet, indem wir ein maßgeschneidertes, personalisiertes Programm konzipieren und eine kundenspezifische Infrastruktur schaffen.

Welche Faktoren sind denn nach Ihrer Erfahrung für einen guten

Kontakt zu den Patienten besonders wichtig?

Eine erfolgreiche Patientenbeziehung hängt von verschiedenen Parametern ab, dazu gehören relevante Inhalte, eine angemessene Häufigkeit hinsichtlich der Kontaktaufnahme, das bevorzugte Medium und das passende Timing. Normalerweise bieten unsere Programme mehrere Ansätze, um mit den Patienten in Kontakt zu treten, zum Beispiel Telefongespräche mit medizinischem Fachpersonal, personalisierte Informationsmaterialien, web-basierte Programme, E-Mail und SMS sowie Feedbackschleifen zum Arzt. Es ist wichtig hervorzuheben, dass unsere Programme nicht das vom Arzt verschriebene Therapieregime beeinflussen oder etwa einen werblichen Charakter haben. Wir arbeiten partnerschaftlich mit Ärzten zusammen und betrachten uns selbst als jemanden, der ihre Arbeit ergänzt und einen Mehrwert schafft, wo ein Mangel an Zeit besteht.

Wie sieht ein effizientes und erfolgreiches Patientenprogramm Ihrer Ansicht nach aus? Welche Rolle spielen darin idealerweise die einzelnen Akteure Arzt, Patient und Krankenkasse?

Traditionelle Anbieter haben ihre Bemühungen meist auf Erinnerungsprogramme fokussiert, die typischerweise Patienten mit chronischen Erkrankungen daran erinnern, ihre Medikamente einzunehmen oder ein Wiederholungsrezept anzufordern. Aber bei drei Vierteln der Non-Adhärenz-Fälle spielt die Vergesslichkeit des Patienten keine Rolle. Daher schießen diese Erinnerungsprogramme am Ziel vorbei und sind langfristig weniger wirksam. Wirklich effektive Programme müssen die Ursache für eine mangelnde Patienten-Adhärenz an der Wurzel packen. Idealerweise sollten diese jeden mit einbinden, angefangen beim Arzt, der die Medikamente verschreibt, über die Apotheker, die sie aushändigen, bis hin zu den Kostenträgern. Nur so kann ein Patienten-fokussierter Ansatz verfolgt werden. Ein erfolgreiches Programm liefert Resultate, die für alle vier Hauptakteure relevant sind: Patienten, Gesundheitsversorger, Pharmaunternehmen und Kostenträger, zum Beispiel durch das Management von Nebenwirkungen oder die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten.

Welche Erfahrungen haben Sie bereits im deutschen Markt mit Patientenprogrammen gesammelt?

Wir arbeiten mit Pharmaunternehmen wie Boehringer Ingelheim und Novartis zusammen und auch mit Vertretern der Heilberufe. Wir wurden sehr positiv angenommen und leisten in mancherlei Hinsicht auch Pionierarbeit im deutschen Markt. Sehr wichtig für deutsche Kunden ist die Beachtung der rechtlichen und regulatorischen Aspekte bei der Entwicklung von Patientenunterstützungsprogrammen.

Welche Rahmenbedingungen müssen in Deutschland geschaffen werden, um die Adhärenz der Patienten zu steigern und erfolgreiche Patientenprogramme durchführen zu können?

Erstens muss das Bewusstsein für das Problem der Non-Adhärenz bei allen Beteiligten verstärkt werden. Idealerweise sollte die Adhärenz Teil der Ausbildung für im Gesundheitswesen Tätige werden und Teil der Einführungsprogramme für neue Mitarbeiter in pharmazeutischen Unternehmen. Zweitens sollten bei der Entwicklung und Umsetzung von Patientenunterstützungsprogrammen evidenzbasierte Methoden angewendet werden. Drittens ist es wichtig, dass der Anbieter ein kompetentes Team vor Ort bereitstellt, das die nötige Expertise und ein Verständnis für den lokalen Markt gewährleistet.

Wie könnte eine stärkere Verantwortung und Patientenbeteiligung auch monetärer Art aussehen?

Wir sind davon überzeugt, dass Patienten immer mehr dazu befähigt werden, mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und ihr eigenes Wohlbefinden zu übernehmen. Aus finanzieller Sicht sollten die Patienten von einem verantwortungsbewussten und damit gesundheitsbewussten Verhalten profitieren, beispielsweise über die Krankenkassen-Bonusprogramme oder indirekte finanzielle Vorteile: bessere Adhärenz – bessere Wirkung – (finanzielle) Belohnung.

Welche systemischen Erfolgsfaktoren lassen sich aus Ihrer Erfahrung in Neuseeland auf Deutschland übertragen?

Ich glaube, um erfolgreich zu werden, ist die Offenheit der Ärzte in Neuseeland gegenüber Patientenunterstützungsprogrammen etwas, das sich in Deutschland noch weiter entwickeln muss. In Neuseeland haben die Gesundheitsversorger den Service als Erweiterung ihrer Leistungen schätzen gelernt und ihn sich zu Nutze gemacht. Es ist ein Teil der integrierten Gesundheitsversorgung geworden.

Herr Whittaker, vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Olga Gnedina.

Enjoy the time
you save with your
projects in our safe hands



Full service **CRO** for clinical trials
and non-interventional studies

Since 1981

Lessingstrasse 14 • 80336 München • Germany
Tel.: +49 (89) 20 91 20 0 • Fax: +49 (89) 20 91 20 30
mail@gkm-therapieforschung.de • www.gkm-therapieforschung.de



Rolf Höfert

ist Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbands und Mitglied im Deutschen Pflegerat e.V.

Pflegekammern: Wenn nicht jetzt, wann dann?

>> Die Gesundheits- und Sozialpolitik wird geprägt von der Selbstverwaltung. Allerdings wird die größte Gruppe der Gesundheitsberufe, die Pflege mit immerhin 1,2 Millionen Menschen, immer noch ausgegrenzt.

Die berufsfremde Selbstverwaltung ist im politischen und strategischen Geschäft verankert. Sie ist es, die so das Maß von Qualität der Pflege definiert oder auch rationiert. Die Pflegenden dagegen werden zwar hier und da beteiligt, aber nicht verbindlich integriert. Versuche, diese Situation zu ändern, blieben bisher erfolglos.

Es zeichnet sich ab, dass der Notstand der Pflege heute größer ist als 1989 und der demografische Wandel große Herausforderungen stellt. Stimmt damals noch Parteien und Regierung darin überein, dass es Mängel in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung gibt und Verbesserungen notwendig sind, scheint diese Erkenntnis inzwischen anderen politischen Zielen geopfert worden zu sein.

Die Planung von Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen unterliegen überwiegend ökonomischen Interessen und nicht der zuständigen Pflegeprofession. Studiengänge der Pflegewissenschaft, Pflegelehre und des Pflegemanagements an mehr als 40 Universitäten und Fachhochschulen belegen die wissenschaftliche Fundierung der Profession Pflege. Mit dem Krankenpflegegesetz ab 01.01.2004 und dem Altenpflegegesetz ab 01.08.2003 wurden der Pflege eigenverantwortliche Aufgaben zugeordnet. Nur eine Kammer für Pflegeberufe wäre die richtige Institution, um weitere Fehlentwicklungen zu verhindern. Welche grundsätzlichen Ziele hätte die Pflegekammer? Vor allem der Schutz der Bevölkerung vor Pflegefehlern bzw. schwarzen Schafen, die Qualitätssicherung und -erweiterung in der Pflege und die Sicherheit für die Berufsinhaber/innen stehen im Vordergrund. Außerdem würde die Pflegekammer eine verbindliche Berufsordnung, Berufsethik und die geforderte Selbstverwaltung des Berufsstandes garantieren.

Diese Module wären ein echter Ansatz zur Qualitätssicherung im Sinne der integrierten und sicheren Versorgung. Die jüngsten Debatten zur Pandemieplanung im Rahmen der Schweinegrippe und der EHEC-Dramatik zeigten erneut, dass eine wesentliche und größte Gruppe der Gesundheitsberufe nicht verbindlich registriert ist!

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten 2007 neue Ansätze für Kooperation und Verantwortung für alle Akteure im Gesundheitswesen gefordert.

Fundierte Rechtsgutachten zur Verkammerung der Pflege liegen seit 1994 fortlaufend vor. Das aktuelle Gutachten des Kieler Rechtsgelehrten Prof. Gerhard Igl (2008) im Auftrag des DPR entkräftet alle bisherigen Gegenargumente. Er kommt zu dem Schluss:

„Eine Verkammerung, das heißt die Einrichtung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft mit Pflichtmitgliedschaft der Pflegeberufe, ist verfassungsrechtlich möglich. Die Gesetzgebungskompetenz für die Einrichtung der Kammern liege bei den Bundesländern.“

Der Deutsche Pflegerat mit seinen 14 Mitgliedsverbänden positionierte sich am 22.01.2009 wie folgt:

„Der Deutsche Pflegerat als Dachorganisation der Pflegeorganisationen fordert umgehend Gesetzesinitiativen in den Bundesländern zur Schaffung von Pflegekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts im Sinne der Selbstverwaltung.

Der DPR sieht sich perspektivisch als Bundespflegekammer“.

In den letzten 18 Jahren gab es in mehreren Bundesländern Initiativen für eine Pflegekammer. Doch erst mit der Initiative des Bayerischen Staatsministers für Umwelt und Gesundheit, Dr. Markus Söder, sieht der DPV seine Forderung im Sinne des Schutzes der Bevölkerung und der Sicherheit für Berufsinhaberinnen und -inhaber der Pflegeberufe realisiert. Es ist der erste Vorstoß für eine Pflegekammer durch eine Regierungspartei.

Das politische Gegenargument, Kammern seien nicht mehr zeitgemäß, wurde gerade in den letzten Jahren ad absurdum geführt. In den Bundesländern sind Heilberufsgesetze mit dem Ziel der Einrichtung einer Psychotherapeutenkammer geändert worden.

In Hessen liegt ein umfangreiches Positionspapier des „Fachbeirates Pflege“ beim hessischen Sozialministerium „Zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe in Hessen“ seit 2006 vor.

Bereits 1995 hat unser Verband gemeinsam mit dem Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern und dem Arbeitskreis zur Gründung einer Pflegekammer in Berlin, einem Vertreter des Katholischen Berufsverbandes für Pflegeberufe und Frau Professorin Edith Kellnhauser den Runden Tisch „Kammer für Pflegeberufe“, heute Nationale Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern in Deutschland, gegründet.

Auch die erste Landesärztekammer als Körperschaft öffentlichen Rechts wurde 1946 in Bayern gegründet, bis dann alle anderen Bundesländer nachzogen. So braucht jetzt kein Bundesland mehr Angst zu haben, das erste zu sein.

Der Deutsche Pflegeverband ist Mitglied des am 09.02.2011 gegründeten Bündnisses für eine Pflegekammer in Bayern und wird die weiteren Schritte zur Realisierung konstruktiv mitgestalten.

Seit 07.03.2011 liegt der Gesetzentwurf zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes mit Implementierung einer Pflegekammer in Bayern vor.

In der Europäischen Union sind in vielen Ländern Pflegekammern, bzw. kammerähnliche Institutionen Selbstverständlichkeit.

Das immer wiederkehrende Argument der Kammergegner, die Pflegebasis würde eine Kammer mit Pflichtmitgliedschaft nicht tolerieren, ist aufgrund von überzeugenden Unterschriftenaktionen und großer Pro-Resonanz bei unzähligen Veranstaltungen nicht greifend.

Die Basis fordert aufgrund des seit langem schwelenden, untragbaren Zuständigkeitsgerangels eine rechtlich verbindliche Körperschaft mit Wirkung nach innen und außen. Die Bundesregierung ist jetzt gefordert, umgehend ein Berufsgesetz für die Pflegeberufe auf den parlamentarischen Weg zu bringen. In den Bundesländern müssen die Heilberufsgesetze geändert und öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungsorgane für die Pflegeprofession realisiert werden.

Es reicht nicht, wie in Bremen, Hamburg und im Saarland, Berufsordnungen zu erlassen, die von niemandem in der Praxis überprüft werden. Alle politischen Parteien und auch die Gewerkschaften haben hiermit eine Chance, dem Bürger eine Botschaft zur qualitätsorientierten Versorgung durch Pflege mit der Pflegeprofession zu senden! Die Einrichtung einer Pflegekammer ist daher die logische und absolut wichtigste Konsequenz zur Sicherung der pflegerischen Versorgung. <<



Gerd Dielmann

ist Bereichsleiter Berufspolitik im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen der ver.di

Pflegekammern - wozu?

>> Bevor man die von Herrn Höfert aufgeworfene Frage „Pflegekammern: Wenn nicht jetzt, wann dann?“ beantwortet, ist die Frage zu beantworten: „Pflegekammern - wozu?“ Brauchen wir überhaupt Pflegekammern? Welchen Nutzen haben sie? Sind sie besser geeignet die gesellschaftlichen Aufgaben zu übernehmen, die ihnen übertragen werden sollen, als die damit bisher beauftragten Institutionen und Behörden?

Von den Befürwortern der Einrichtung von Pflegekammern - so auch von Herrn Höfert - werden u.a. folgende Gründe angeführt: Kammern dienen dem Schutz der Bevölkerung vor Pflegefehlern oder vor „schwarzen Schafen“ der Branche. Sie dienen der Qualitätssicherung und der Sicherheit der Berufsinhaber/-innen. Sie würden eine verbindliche Berufsordnung garantieren, die Einhaltung einer Berufsethik und dienen der Selbstverwaltung des Berufsstands.

In diesem Beitrag will ich mich mit den für die Kammern vorgesehenen Funktionen befassen und der Frage nachgehen, ob sie das geeignete Instrument sind, die ihnen zugedachten Aufgaben zu erfüllen.

Kammern haben als Einrichtungen öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft lediglich Zugriff auf die in ihnen zusammengeschlossenen Berufsangehörigen. Sie können diese zu bestimmten Verhaltensweisen verpflichten oder zur Selbstverpflichtung anregen, etwa einen fest gelegten ethischen Kodex einzuhalten. Fehlverhalten kann sanktioniert werden. So sieht beispielsweise der bayerische Gesetzesentwurf vor, dass die Kammer Geldstrafen verhängen kann. Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege werden in Deutschland aber überwiegend nicht von freiberuflich tätigen Pflegekräften ausgeübt, die über eine Kammer oder durch Selbstverpflichtung zu korrektem Verhalten angehalten werden müssen, sondern von Pflegekräften im Angestelltenverhältnis. Sie unterliegen der Weisungspflicht ihrer Arbeitgeber und haben nur begrenzte Möglichkeiten, die Qualität ihrer Arbeit zu beeinflussen. Die Kammer könnte weder eine ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser und Pflegedienste noch eine angemessene Personalausstattung, ja nicht einmal eine richtige Qualifizierung der Berufsangehörigen sicherstellen. Eine gute Pflege kann bei noch so gutem Willen der Berufsangehörigen nicht sicher gestellt werden, wenn die Bedingungen sie nicht zulassen.

In einer solchen Situation auch noch von der eigenen Kammer bestraft zu werden, weil Fehler unterlaufen sind, scheint mir keine sehr erfreuliche Perspektive. Einschränkend ist allerdings zu konstatieren, dass etablierte Kammern, wie die Ärztekammern, bisher weder dadurch aufgefallen sind, Fehlverhalten so genannter „schwarzer Schafe“ unter den niedergelassenen Ärzten nachhaltig zu sanktionieren, noch dass sie in der ambulanten ärztlichen Versorgung oder gar in den Krankenhäusern für eine gute Versorgungsqualität sorgen würden. Wer als Patient oder Pflegebedürftiger zu seinem Recht kommen will, wird schon ordentliche Gerichte bemühen müssen. Warum sollte das bei den Pflegekammern anders sein?

Wir sind der Überzeugung, dass die Qualitätssicherung über verbesserte Rahmenbedingungen erfolgen muss und dass die Verantwortung für die Qualität der Dienstleistungen in erster Linie bei den Leistungsanbietern selber (Heimen, Pflegediensten, Krankenhäusern) liegt, nicht überwiegend bei deren Angestellten. Die Qualitätskontrolle sollte von unabhängigen Behörden und Einrichtungen erfolgen wie der Heimaufsicht oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Letzterem würde mehr Unabhängigkeit allerdings nicht schaden. Hier ist eher eine Be-

teiligung der Leistungsempfänger sinnvoll über ihre Interessenverbände oder Verbraucherschutzorganisationen. Eine auf Sanktionierung der Berufsangehörigen hinauslaufende Qualitätssicherung durch die Kammern ist hier nicht das Mittel der Wahl.

Berufsordnungen für Pflegeberufe gibt es bisher in den Bundesländern Bremen, Hamburg und dem Saarland. Als staatliche Regelungen lassen sie an Verbindlichkeit nichts zu wünschen übrig. Ob sie allerdings sinnvolle Regelungen enthalten und zur Qualitätssicherung beitragen, kann man bezweifeln. Ihre Zielsetzung ähnelt sehr stark der von Pflegekammern, wie diese Form der Qualitätssicherung praktisch wirksam werden soll, bleibt jedoch offen.

Zentraler Kern der Berufsordnungen ist die Vorschrift zur „Kompetenzerhaltung und Qualitätssicherung“. So sieht die Berufsordnung in Bremen vor, dass als „Maßnahmen der Kompetenzerhaltung im Umfang von mindestens zehn Stunden neben dem Studium der Fachliteratur durch jede professionelle Pflegekraft verbindlich zu erbringen“ sind. Eine solche Regelung mag für Selbstständige und Freiberufler sinnvoll sein, die ihre Arbeitszeitgestaltung in höherem Maße selbst regeln können, für angestellte Pflegekräfte ist es neben einer persönlichen Verpflichtung zur Fortbildung wichtiger, einen Rechtsanspruch auf Fortbildung während oder unter Anrechnung als Arbeitszeit bei Kostentragung durch den Arbeitgeber zu gewährleisten. Hier sind die Arbeitgeber genauso in der Pflicht, die Qualifikation ihrer Beschäftigten zu fördern und zu erhalten wie diese selber. Regeln kann das aber nicht die Kammern, sondern der Gesetzgeber oder die Tarifvertragsparteien.

Ethische Grundsätze sind bereits durch Berufsverbände und den Ethikodex des Internationalen Council of Nurses (ICN) aufgestellt und werden in der Berufsausbildung gelehrt. Sie leben jedoch gerade davon, dass diejenigen, die sie einhalten sollen, von deren Richtigkeit überzeugt sein müssen. Das ist schwerlich durch eine Berufsordnung oder per Rechtsverordnung zu regeln.

Eine berufliche Selbstverwaltung mag bei Freiberuflern und Selbstständigen, die sonst keinen Weisungen unterliegen, sinnvoll sein, bei Angestellten wird das berufliche Verhalten sehr stark durch das Arbeitsverhältnis und seine Bedingungen geprägt. Ihre Interessenvertretung erfolgt über Berufsverbände, Gewerkschaften und ggfs. Fachgesellschaften. Berufliches Engagement wird durch Pflichtmitgliedschaft nicht erhöht, allenfalls das zur Verfügung stehende Finanzvolumen. Die Vielfalt der Interessen und Verbände wird durch landesrechtlich geregelte Kammern nicht aufgehoben. Ihre Zusammensetzung wird diese Vielfalt widerspiegeln. Erhöht wird allenfalls die Legitimation, für die Berufsangehörigen zu sprechen, wobei die Minderheitsfraktionen in den Kammern damit leben müssen, kein öffentliches Gehör zu finden. Die Bundeskammer ist ein eingetragener Verein, sie kann die Meinungsvielfalt der Länderkammern nur bedingt vereinheitlichen. Warum sollte also die Meinung des Bundeskammerpräsidenten mehr Gehör finden als die des Präsidenten des Deutschen Pflegerats? Auch wenn letzterer nur einen Teil der Pflegekräfte repräsentiert?

Der den Kammern zugeschriebene Nutzen steht aus meiner Sicht in keinem Verhältnis zum Aufwand, eine flächendeckende Kammerstruktur aufzubauen, personell zu besetzen und über eine Zwangsmemberschaft aus Mitgliedsbeiträgen zu finanzieren. <<

Arbeitsgruppe Patientencoaching

Die Verhaltensintervention ist ein wichtiger Erfolgsfaktor

Wir befinden uns im Jahrhundert des Patienten, das gekennzeichnet ist durch eine deutliche Zunahme an chronischen verhaltensabhängigen Volkskrankheiten, eine höhere Verantwortung der Bürger und Patienten für ihre Gesundheit und einen Aufbruch in neue Rollen für alle Akteure und Nutzer des Gesundheitswesens. Das zeigt sich zum Beispiel in der aktuellen Diskussion um die Delegation von ärztlichen Leistungen und der Formulierung eines Patientenrechtegesetzes. Ein wichtiger Faktor für das neue Rollenverständnis der Patienten ist das sogenannte Patientencoaching, dem sich die DGBV mit ihrer expliziten Ausrichtung auf die Belange der Bürger und Patienten seit zwei Jahren mit einer eigenen Arbeitsgruppe widmet, die sich zuletzt vor wenigen Wochen zu ihrer routinemäßigen Sitzung in Berlin traf.

>> Die Basis für die Arbeitsgruppenarbeit ist die folgende Definition zum Patientencoaching: „Patientencoaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen, indem sie lernen, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement der Erkrankung zu entwickeln sowie Angebote und Strukturen zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen und damit ihre Lebensqualität zu steigern.“

In allen früheren Diskussionen in der Arbeitsgruppe hat sich herauskristallisiert, dass eine Abgrenzung zwischen Patientencoaching und Casemanagement hilfreich ist. Im Gegensatz zum Patientencoaching definiert sich Casemanagement dadurch, dass ein Patient durch einen Versorgungsprozess geleitet, ein integratives Schnittstellenmanagement aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure organisiert und ein zielgerichteter, strukturierter, koordinierter und effizienter Mitteleinsatz sichergestellt wird.

Die Agenda der Sitzung sah wie folgt aus:

- Diskussion einer Bewertungsmatrix für Patientencoaching
- Praxisbeispiel: Coaching nephrologischer Patienten und Transplantationspatienten
- Praxisbeispiel: AGnES und Agnes Zwei im Praxistest

Im ersten Punkt beschäftigte sich die Arbeitsgruppe damit, eine Klassifizierungs- und Bewertungsmatrix zum Patientencoaching zu erarbeiten. In vorangegangenen Sitzungen wurden bereits verschiedene Elemente aus diesen Checklisten beleuchtet. Die Checklisten sollen pragmatische Instrumente sein, um Patientencoaching-Angebote transparent zu machen und an Hand von Indikatoren zu erfassen und zu bewerten. Sie beinhalten unter

anderem Punkte zu folgenden Themen:

- Struktur
- Ziele
- Methode der Intervention
- Vernetzung und Kooperation
- Einwilligung der Patienten
- Evaluation
- Zielgruppen
- Erfolgsindikatoren
- Erfolgsmessung

In den kommenden Arbeitsgruppensitzungen wird es nun darum gehen, die bestehenden Checklisten zu verfeinern und gemeinsam zu verabschieden. Um dies nicht nur in der Theorie zu tun, werden wie gewohnt verschiedene Anbieter von Patientencoaching in die kommenden Sitzungen eingeladen.

Praxisbeispiel Coaching nephrologischer Patienten und Transplantationspatienten

In ihrem Vortrag „Coaching nephrologischer Patienten und Transplantationspatienten“ stellte Sabine Lösment die Entstehung, Inhalte und Abläufe des Angebotes dar, die in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt sind.

Besonders interessant für die Arbeitsgruppe war die Frage nach den eingesetzten Techniken zur Verhaltensintervention. Dieser Punkt wurde für die Erweiterung der Checklisten berücksichtigt.

AGnES und Agnes Zwei

Im zweiten Praxisbeispiel ging es um die Projekte AGnES und Agnes Zwei in Brandenburg. Dabei wurden sowohl die vertraglichen Rahmenbedingungen und Zusammenhänge dar-

Kommentar



Dr. John Weatherly
Präsident DGBV

Der letzte Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz liegt vor. Was wurde nicht alles vorher geredet und erklärt, wozu und wem das Gesetz dienen soll! Doch wer den Entwurf liest, sucht in diesem Strukturregelungs- und Ärzteversorgungs-Entwurf vergeblich nach Regelungen der Versorgung, der Bürgerorientierung oder den Begriff des Patientenbegleiters oder Patientencoaches. Es ist schon besorgniserregend, wie wenig die derzeitige Regierung sich um die tatsächliche Versorgung, das dazu gehörende Management und die Patientenorientierung kümmert. Solange Patienten Anliegen und Patientenvertretungen nur als freundliches Zugeständnis betrachtet werden und nicht unübergebar im Mittelpunkt stehen, ist für die DGBV noch viel zu tun. Packen wir es weiter an!

Arbeitsgruppen-Termine

AG Versorgungsprozesse

(Leitung: M. Knetsch, Prof. Dr. G. Platter)

24. August 2011

Thema: Zukunftswerkstatt II

AG Telematik zur Patientenselbststeuerung

(Leitung: Prof. Dr. Th. Wolf, M. Deters)

Konstituierende Sitzung: 13. September 2011

AG Patientencoaching

(Leitung: R. Pourie, Dr. K. Meyer-Lutterloh)

6. Oktober 2011

Themen: Gesundheitscoaching der Deutschen BKK (Programm und Ergebnisse) / Weiterentwicklung von Analyse- und Bewertungs-Checklisten für Patientencoaching

AG Kommunikation

(Leitung: Prof. Dr. R. Roski, Sylvia Jung, Sandy Katzer)

7. Oktober 2011

Thema: Kommunikation der Krankenkassen mit zunehmend mündigen Versicherten und Patienten (II) - Referent: Thomas Moormann, MPH

Vorankündigung:

Weiterer Termin 1. Dezember 2011

Für folgende Arbeitsgruppen standen die Termine bei Redaktionsschluss noch nicht fest:

AG Vertrags- und Finanzierungsmanagement

(Leitung Dr. J. N. Weatherly, R. Bals)

Thema: Mehrwertverträge

AG Bürger-/Patienten-/Versichertenbelange

(Leitung: H. Marona, Dr. S. Petak-Opel)

AG Arzneimittelversorgung

(Leitung: Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. mult. D. Adam, Dr. U. Krötsch)

Tagungsort: NEWSTAND Management-Akademie / Genter Str. 63 / 13353 Berlin

MindHealth Management (MHM)	
Zwei Programme – ein Ziel: Verbesserung der Versorgung von chronisch Niereninsuffizienten (Lebensqualität, Therapieerfolg & Kosteneffizienz)	
MHM in der Nephrologie	MHM in der Transplantation
Seminar & Coachingprogramm für „neu“ dialysepflichtige Patienten & deren Angehörige	Coachingprogramm für Patienten im Transplantationsprozess
Ausbildung Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement mit dem Ziel, Angebote und Strukturen zielgerichtet auswählen und nutzen zu können (partizipative Entscheidungsfindung)	Ausbildung Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement mit dem Ziel, ein eigenständiges (unterstützendes) Therapiemanagement auszubilden (optimale Compliance)
10 Stunden Seminar plus 11 Stunden Coaching	Bedarfgerechtes Coaching in drei Modulen (max. 36 Std.)

Abb. 1: MindHealth-Management

gestellt, als auch die Tätigkeiten im Rahmen des Projektes.

Dabei kristallisierten sich für AGnES folgende Schwerpunkte heraus:

- 50 % Erhebung diagnostischer Parameter
- 35 % Standardisierte Beurteilung des Gesundheitszustandes, Dokumentation
- 15 % medizinische Tätigkeiten sowie Medikamentenkontrolle, Sturzprophylaxe

Zielrichtung von AGnES ist eine Entlastung der Ärzte durch entsprechende Tätigkeiten der Schwestern. Exemplarisch handelt es sich dabei um:

- Diagnostik: regelmäßige Gewichtskontrolle, Kontrolle Puls, RR, Blutzucker u.a.
- Wundversorgung: Verbandwechsel und Wundkontrolle bei sekundär heilenden Wunden (gemeinsam mit Pflegedienst), Dekubitus, Entfernung von Fäden
- Pütter-Verbände, Schienung und Ruhigstellung von Gelenken
- Blutabnahmen, INR-Messung mit Gerät (Quick-Werte prä- und postoperativ)
- Pulsoxymeter, Ödem-Kontrolle
- für Labordiagnostik: Blut, Sputum, Urin, Stuhlproben, Abstriche
- Demenztests im Rahmen des

Geriatrischen Basisassessments

- Palliativbetreuung
- Gabe von Klistieren, Zäpfchen, Medikamenten, Schmerzplaster
- Abklärung / Kontrolle Medikamente (Medikamenten-Management)
- Impfungen: Grippe, Tetanus, Überprüfung Impfstatus
- Injektionen: s.c. und i.m. Injektionen (Antibiotika, Analgetika, Vitamine, Antikoagu-

lantien, Insulin)

- Hausbesuch am Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus und Erstbetreuung

Der Vortrag zeigte, dass es sich bei Agnes Zwei schwerpunktmäßig um einen Case-management-Ansatz handelt, bei dem allerdings arztentlastende Aufgaben und Elemente aus dem Patientencoaching mit eingesetzt werden. Seit dem 01. Januar 2011 besteht eine Kooperations-Vereinbarung zwischen AOK, KVBB und MZL gemäß § 73c SGB V für Agnes Zwei als neues Modellprojekt. Zur Unterstützung des Projektes ist die Arbeitsgruppe IGiB „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (Bündnis zwischen KVBB, AOK Nord-OST und Barmer-GEK) eingebunden.

Daraus abgeleitet wurde eine Erweiterung der Checkliste, um diese Abgrenzung auch entsprechend darstellen und dokumentieren zu können. <<

Ralf Pourie

Abb. 2: Patientenrolle im Wandel der Medizin, Quelle: Dr. Meyer-Lutterloh/DGBV 2011, nach: „Aufbruch in das Jahrhundert des Patienten“ (deutsche Übersetzung aus „Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020“, herausgegeben von Gerd Gigerenzer und J. A. Muir Gray. Strüngmann Forum Report, April 2011).



Arbeitsgruppen stellen sich vor: Patientencoaching

Die Arbeitsgruppe besteht seit Juni 2008 und veranstaltet in regelmäßiger Folge multiprofessionelle und interinstitutionelle Experten-Workshops. Außer DgBV-Mitgliedern können daran auch interessierte Nicht-Mitglieder bei Entrichtung einer Kostenbeteiligung teilnehmen. Arbeitsgrundlage ist die von der DgBV entwickelte Definition von Patientencoaching:

„Patientencoaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen, indem sie lernen, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement der Erkrankung zu entwickeln sowie Angebote und Strukturen zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen und damit ihre Lebensqualität zu steigern.“

Ziele

- Definition von Indikationen und Zielen für das Patientencoaching
- Überblick über Angebote von Patientencoaching
- Erfahrungsaustausch mit Anbietern von Patientencoaching
- Entwicklung von Qualitätsanforderungen und Ausbildungszielen für Patientencoaches
- Erarbeitung von Instrumenten zur Bewertung und Erfolgsmessung von Patientencoaching

Leitung

Dr. med. Klaus Meyer-Lutterloh

1965 – 2000 niedergelassen als Facharzt für Allgemeinmedizin. Übt verschiedene leitende Funktionen in ärztlichen Berufsverbänden und ärztlicher Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene aus. 1997 – 2007 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC), seitdem dessen Ehrenvorsitzender. 2001 Mitglied der Arbeitsgruppe „Integrierte Versorgung“ des Runden Tisches im Gesundheitswesen. 2001 Mitarbeit an der Entwicklung des Zukunftsmodells eines sektorübergreifenden medizinischen Versorgungsverbundes „Brannenburger Modell“ im Verein für integrative Patientenversorgung (ViP). 2002 – 2006 Lehrauftrag an der Universität Lüneburg (MBA BA-Studiengang). Seit 2007 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DgBV). Berufsbegleitende Tätigkeiten als Autor, Referent und Moderator zu Themen des Gesundheitswesens.



Ralf Pourie

Ralf Pourie ist als Geschäftsführer der 4sigma GmbH für die Bereiche Vertrieb, Projekt- und Produktmanagement zuständig. Nach seinem Studium der Informatik war er als Abteilungsleiter und Berater bei der IBM Unternehmensberatung und im Anschluss als Bereichsleiter bei einer MEDENT-Tochter zur Abrechnung sonstiger Leistungserbringer für gesetzliche Krankenversicherungen tätig. Seit 2003 arbeitet Pourie bei der 4sigma GmbH, zunächst als Abteilungsleiter IT und seit Dezember 2006 als Leiter Projekt- und Produktmanagement. Er gilt als einer der Experten für Patientencoaching und Managed Care im deutschen Gesundheitsmarkt. Darüber hinaus hat er als Projektleiter und Konzeptentwickler mehrere Gesundheitsprojekte u.a. zum Patientencoaching und zur Telemedizin in der operativen Umsetzung begleitet. Ralf Pourie übt neben der Verbandsarbeit Tätigkeiten als Autor, Referent und Moderator zu Themen des Gesundheitswesens aus.

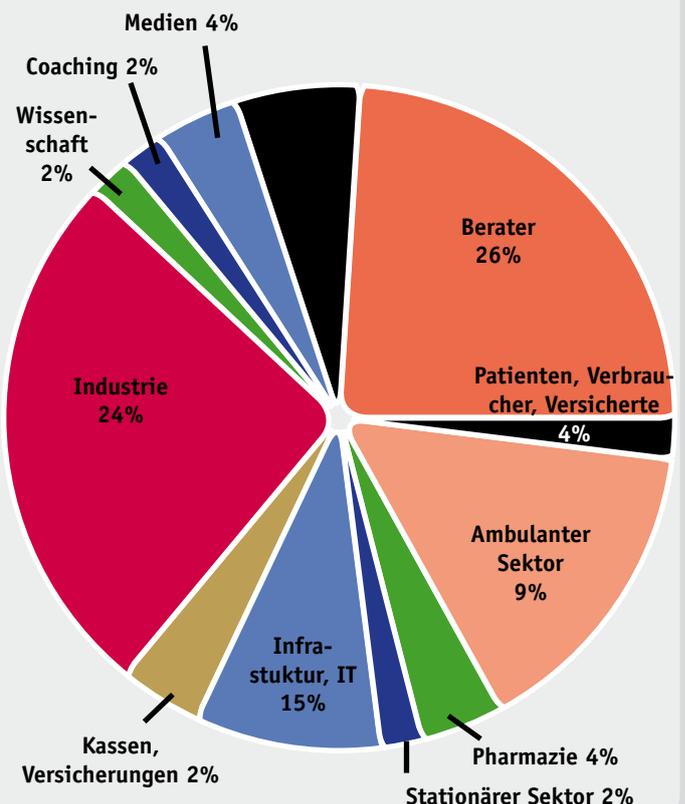


DGbV ist Mitinitiator des Dialogforums Depression

Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement hat sich gemeinsam mit der DAK, der Lilly Deutschland GmbH, dem Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften Leipzig und dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte als Mitinitiator an der Gründung des Dialogforums Depression am 13. April 2011 beteiligt. Die DgBV sieht durch die Mitarbeit im Dialogforum die Chance, einen Beitrag zur Lösung komplexer Herausforderungen im Zusammenhang mit den vielfältigen Erscheinungsformen und Therapiealternativen der Depression zu leisten. Das besondere Interesse der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DgBV) gilt den Problemen der Patienten mit chronischen Krankheiten und den trotz hochentwickelter Medizin oft viel zu hohen Raten an Therapieabbrüchen oder unzureichender Einhaltung notwendiger therapeutischer Maßnahmen (Non-Compliance, Non-Adherence, Non-Persistence, Nichtbefolgung von Leitlinien). In diesem Kontext stellen psychische Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar, da sie außerdem mehr als andere Erkrankungen tabuisiert sind. Mehr Informationen: www.dialogforum-depression.de

DGbV-Mitgliederstruktur

Die DgBV ist eine unabhängige, fachübergreifende und pluralistische Gesellschaft. Sie sieht sich als Vordenker, Allianz und Fachgesellschaft für Verbesserungen des Versorgungsmanagements im deutschen Gesundheitswesen, die konsequent am Bedarf und den Bedürfnissen der Bürger, also der Versicherten und Patienten, ausgerichtet sind. Zu den Mitgliedern (Struktur: Stand Juni 2011) gehören engagierte Institutionen und Persönlichkeiten aus unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens:



Stellungnahme zum Referentenentwurf des Versorgungsstrukturgesetzes

Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement war am 29. Juni 2011 zu einer Verbändeanhörung des Bundesgesundheitsministeriums geladen. Diesen Termin haben Dr. Klaus Meyer-Lutterloh und Thomas Moormann MPH wahrgenommen. Die folgende Stellungnahme und der Vorschlag zur Weiterentwicklung des § 11 SGB V wurden auf Grund von Ergebnissen der DGBV-Projektgruppe zur Analyse des Versorgungsstrukturgesetzes formuliert.

>> Die großen Erwartungen, die zunächst unter der Bezeichnung „Versorgungsgesetz“ geweckt wurden (siehe Eckpunkte zum Versorgungsgesetz vom 08. April 2011), sind durch die aktuellen Referentenentwürfe ziemlich gedämpft und enttäuscht worden. Gleichwohl ist anzuerkennen, dass die Ansätze des jetzt vorrangig auf Strukturen ausgerichteten Referentenentwurfes dringend notwendigen Handlungsbedarf aufgreifen, um vorhandenen und drohenden Defiziten einer flächendeckenden Verfügbarkeit ärztlicher Einrichtungen und Praxen für die ambulante Versorgung von Patienten entgegenzuwirken.

Allerdings wird dabei der Komplexität der Versorgung zu wenig Rechnung getragen. So bleibt es unberücksichtigt, dass trotz des hohen Standards der Medizin in Deutschland noch erhebliche Mängel im Versorgungsmanagement bestehen. Dies betrifft in besonderem Maße chronisch Kranke. Deren notwendige aktive Rolle bei der Krankheitsbewältigung (Empowerment, Selbstmanagement) wird häufig nicht systematisch genug gefördert. Die daraus folgenden vielfach unzureichenden medizinischen Behandlungsergebnisse und negativen volkswirtschaftlichen Auswirkungen stellen eine gesellschaftliche und politische Herausforderung dar.

Zur Beseitigung dieser Versorgungsdefizite und zur Hebung ungenutzter Effizienzreserven bietet der Referentenentwurf keine ausreichenden Ansätze. Es genügt nicht, überwiegend strukturelle Mängel zu beseitigen, wenn nicht gleichzeitig an der Verbesserung der Behandlungsprozesse gearbeitet wird.

Es fällt außerdem auf, dass der Referentenentwurf zwar die Auswirkungen auf einige Bereiche vorwiegend unter Kosten- und Bürokratiegesichtspunkten beleuchtet. Wir vermissen jedoch eine über allgemeine Aussagen hinausgehende konkrete Abschätzung der Auswirkungen der einzelnen Regelungen für Versicherte und Patienten, die doch eigentlich von dem Gesetz profitieren sollen.

In diesem Zusammenhang ist auch eine

Anmerkung zum geplanten Patientenrechtsgesetz und zur Einrichtung der Unabhängigen Patientenberatung angebracht. So nützlich diese Ansätze partiell auch sein mögen, so wenig sind sie alleine geeignet, die Defizite in den Versorgungsprozessen zu beseitigen. Zum Beispiel liefert die Unabhängige Patientenberatung insbesondere Strukturberatung als punktuelle Leistung, jedoch keine kontinuierlich begleitende Unterstützung und Förderung individueller Krankheitsbewältigung (Selbstmanagement, Empowerment).

Dennoch sieht die DGBV im Referentenentwurf auch Anknüpfungspunkte zur Förderung eines innovativen Versorgungsmanagements. Unser besonderes Augenmerk richtet sich dabei auf den § 11 SGB V (neu) in Verbindung mit unserer Forderung, Patientenbegleitung und Patientencoaching verstärkt im System zu implementieren.

Forderung der DGBV zur Klarstellung im § 11 SGB V (neu)

Aus Sicht einer patienten- und bürgerorientierten Versorgung bewertet die DGBV positiv, dass die Bestimmungen zum Schnittstellen- und Entlassmanagement im § 11 SGB V Absatz 4 durch den neuen Absatz 6 ergänzt und hinsichtlich des Entlassmanagements durch eine Hinzufügung im § 39 Abs. 1 präzisiert werden.

Da es der Entwurf von Absatz 6 des § 11 den Krankenkassen ermöglicht, in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen im Bereich verschiedener abschließend definierter Leistungsbereiche als Satzungsleistungen zu bestimmen, darunter auch „Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern“, fordert die DGBV eine ergänzende Klarstellung, dass zu den „nicht zugelassenen Leistungserbringern“ insbesondere auch solche Leistungserbringer gehören, die mit ihren unterstützenden nicht-ärztlichen Leistungen zur Effizienzsteigerung des Versorgungsmanagements beitragen, wie Casemanager/innen und Patientencoaches

oder vergleichbare nicht-ärztliche Gesundheitsberufe mit einer qualifizierten und zertifizierten Ausbildung.

Erprobung in Modellvorhaben

Die DGBV empfiehlt darüber hinaus, den Einsatz dieser Berufe hinsichtlich einer verbesserten Effizienz der Versorgung und der Vermeidung direkter und indirekter Kosten in Modellvorhaben analog § 63 Abs. 3b und 3c zu ermöglichen, zu erproben und zu evaluieren.

Dabei ist festzulegen, dass es sich beim Einsatz dieser Gesundheitsberufe nicht um die Übernahme von ärztlichen Aufgaben (Diagnose, Therapienentscheidung), sondern um Tätigkeiten handelt, die Behandlungsprozesse und Patienten unterstützen.

Begründung

Die viel zu hohen Raten von Therapieabbrüchen - rund 50 Prozent - und unzureichender Einhaltung notwendiger therapeutischer Maßnahmen (Non-Compliance, Non-Adherence, Non-Persistence, Nichtbefolgung von Leitlinien), insbesondere bei chronisch Kranken, belasten nicht nur die einzelnen Betroffenen, sondern im erheblichem Maße auch das Solidarsystem mit Kosten, die auf 15 – 20 Milliarden EUR jährlich geschätzt werden.

Der Gesetzgeber sollte durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen den verbindlichen und strukturierten Einsatz von zertifizierten nicht-ärztlichen Fach- und Assistenzberufen fördern, die Patienten im Behandlungsprozess unterstützen.

Dazu zählen Gesundheitsberufe, die unter Bezeichnungen wie Patientencoaches, Casemanager/innen, Patientenlotsen, Patientenbegleiter, Adherence-Coaches, Rheuma-Lotsen, Diabetes-Assistenten/innen, Schmerz-Assistenten/innen, AGnES usw. tätig sind und über eine professionelle Aus- und Weiterbildung verfügen. <<

Versorgungsmanagement:

Der Mensch im Mittelpunkt der GKV?

Kostensparzwänge und neue Versorgungsstrukturen in der GKV werden zum Risiko für die Kundenbeziehung. Statt im Zentrum aller Bemühungen um das wertvolle Gut Gesundheit zu stehen, gerät der Patient ins Abseits. Elementare menschliche Werte wie Zeit und Einfühlungsvermögen sowie transparente Behandlungswege oder das respektvolle Einbeziehen der Patientenwünsche werden zunehmend vernachlässigt. Zu diesem Ergebnis kommt die aktuelle Studie von Terra Consulting Partners (TCP), Berlin, für die im Frühjahr 2011 insgesamt 2.052 GKV-Versicherte repräsentativ befragt wurden. Die Studie bestätigt die Notwendigkeit, bestehende GKV-Managementkonzepte auf den Prüfstand zu stellen, um die Bedürfnisse der Menschen stärker als bisher in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen. Ein Ergebnis ist die Weiterentwicklung des HealthCare Relationship Management Konzepts zum „Der Mensch im Mittelpunkt Prinzip“ (MiM) als Option für ein umfassendes und ganzheitliches Versorgungsmanagement.

>> Seit mehr als zwei Jahren sind Gesundheitsfonds und Morbi-RSA Realität. Der Wettbewerb im GKV-Markt hat sich verändert. Fusionen, Zusatzbeiträge und Kostensparzwänge der Kassen haben für die Versicherten und Patienten den beunruhigenden Beigeschmack, dass das wertvolle Gut Gesundheit nicht mehr in den allerbesten Händen liegt (Sander/Kade-Lamprecht 2009: Seite 27).

Der schwierige Spagat der Kassen zwischen Kosten- und Kundenzellen ist noch lange nicht perfektioniert. Den Versicherten und Patienten dabei als „Fall“ oder gar nur als „Versichertenverhältnis“ zu betrachten, belastet die Kundenbeziehung umso mehr.

Die derzeitigen Strukturen und Prozesse unseres Gesundheitssystems sind historisch bedingt leider auf diese eher technokratische Betrachtungsweise ausgerichtet. Den Menschen in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stellen, bedeutet, ihn als Versicherten und als Patienten ganzheitlich zu betrachten. In einer ganzheitlichen Sichtweise hat der Mensch sowohl eine rational sachliche und leistungsbezogene Seite als auch eine emotionale, individuell persönliche Seite. Eine ganzheitliche Betrachtung erfordert auch, das individuelle Umfeld des Menschen einzubeziehen, seine Familie, sein soziales Netzwerk, seinen Beruf und seine persönlichen Lebensziele. Krankenkassen, bei denen der Mensch im Mittelpunkt steht, ordnen die Kundenbeziehung nicht primär einer „gewinnorientierten wettbewerblichen Rationalität“ unter (Wädle 2009: Seite 20). Um die Versicherten auch emotional zufrieden zu stellen, reicht das nutzenmaximierende Abwägen von Deckungsbeiträgen nicht mehr aus.

Die individuell persönliche und humane Seite der Kundenbeziehung zeigt sich aus der Perspektive der Versicherten und Patienten in elementaren menschlichen Werten wie:

- Verständnis, Einfühlungsvermögen, Mitgefühl für die Patienten Anliegen
- Zeit und Geduld von Ärzten, Pflegepersonal, Kassenberatern
- Einbeziehen der individuellen Patientenwünsche in die Behandlung
- aufrichtiges Bemühen der Krankenkasse um das kostbare Gut Gesundheit
- ehrliche partnerschaftliche Kommunikation auf Augenhöhe

Summary

- Elementare menschliche Werte werden im Spagat der Kassen zwischen Kosten- und Kundenorientierung häufig vernachlässigt.
- Eine repräsentative Versichertenbefragung von TCP belegt empirisch die Richtigkeit der Annahmen des „Mensch im Mittelpunkt-Prinzips (MiM)“ für die gesundheitliche Versorgung.
- Strategiefindungs-, Organisations- und Versorgungsmanagementprozesse der Kassen müssen die elementaren Wert- und Zielvorstellungen und das individuelle Umfeld der Patienten einbeziehen und respektieren.

- transparente Behandlungsprozesse
- verantwortungsvoller Einsatz von technischen und technologischen Helfern im Behandlungsprozess
- Wahrung der Intimität und des Datenschutzes

Der Mensch steht im Mittelpunkt, wenn die medizinischen Möglichkeiten und Therapiewege auf das individuelle Leben zugeschnitten sind, wenn Mensch und Gesundheit uneingeschränkte Wertschätzung erhalten.

Soweit zur Theorie.

Wie sieht jedoch die Praxis aus? Wie menschlich fühlen sich die Versicherten durch ihre Krankenkasse betreut?

Klassische Marktforschungsuntersuchungen für die Branche der gesetzlichen Krankenversicherungen tangieren diese Frage bislang eher am Rande. Mit einer strategischen Grundlagenstudie schließt TCP diese Wissenslücke und analysiert die aktuellen Marktfakten aus der Versichertenperspektive. Das statistische Datenmaterial wurde aus einer Repräsentativbefragung von 2.052 GKV-Versicherten gewonnen, die im Februar 2011 in Kooperation mit der panelbiz GmbH Berlin durchgeführt wurde.

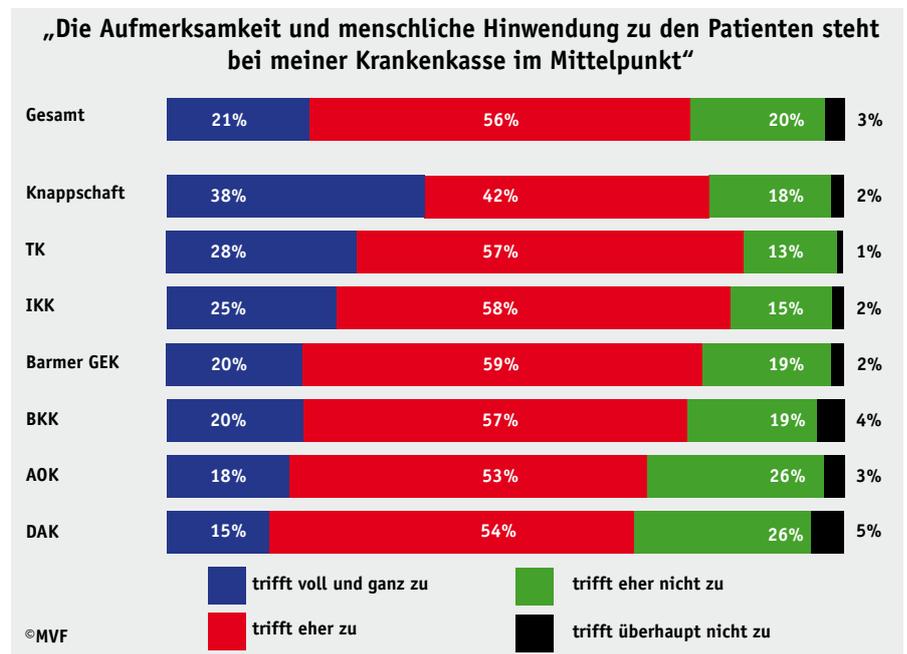


Abb. 1: Menschlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

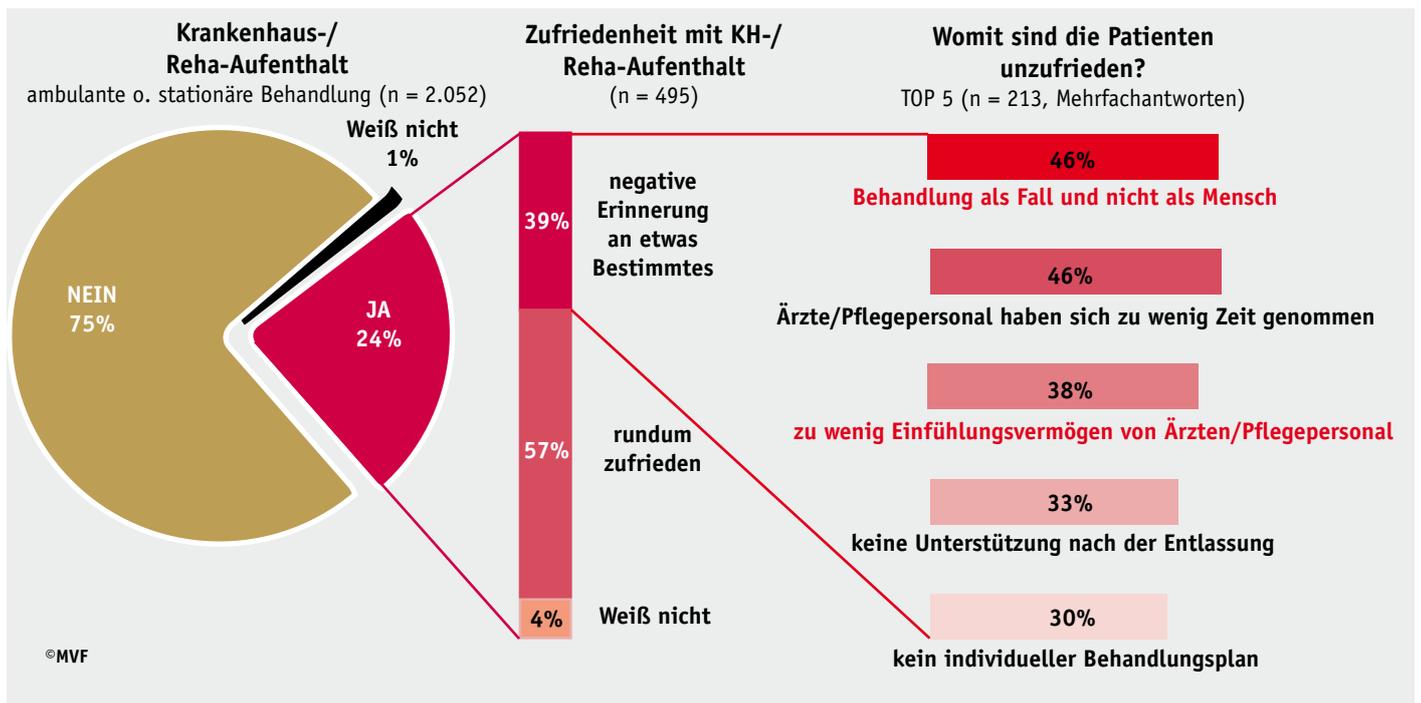


Abb. 2: Patientenkritik am Krankenhaus-/Reha-Aufenthalt (Bezugsbasis: letzte 12 Monate)

Der Gesamtbefund ist ernüchternd: Für nur 21% der GKV-Versicherten sind Aufmerksamkeit und menschliche Hinwendung zu den Patienten bereits gut praktizierte Realität ihrer Krankenkasse. Während sich die Knappschafts- und die TK-Versicherten damit noch am ehesten identifizieren, fühlen sich immerhin je 30% AOK- und DAK-Versicherten überhaupt nicht menschlich wertgeschätzt. Ein Top-Level für die menschliche Wertschätzung der Versicherten oberhalb der 50%-Marke erreicht keine einzige der untersuchten Krankenkassen (vgl. Abb. 1).

Die Erklärungsansätze für die mangelhafte menschliche Wertschätzung liegen in den Bereichen Versorgungssteuerung, Organisation und IT sowie Kommunikation und werden nachfolgend exemplarisch erläutert.

Der Patient als Fall

Rund ein Viertel der Arzt-/Facharztbesucher und 40% der Krankenhaus-/Reha-Patienten der letzten zwölf Monate äußern konkrete Kritik an der erlebten medizinischen Betreuung und am Service.

Mit fast 50% richtet sich die Hauptkritik der Krankenhaus-/Reha-Patienten darauf, nicht als Mensch, sondern als „Fall“ behandelt worden zu sein (vgl. Abb. 2).

Kritisch zu bewerten ist dabei vor allem die Passivität der Krankenkassen. Nur 10% der Patienten mit Negativerlebnissen beim Arzt, Facharzt, im Krankenhaus oder in der Reha wurden durch ihre Krankenkasse individuell und koordinierend unterstützt.

Hochgerechnet auf die gesamte GKV ergibt sich aus diesen Fakten, dass deutschlandweit jährlich rund 10 Mio. Arzt-/Facharzt-Patienten und 4 Mio. Krankenhaus-/Reha-Patienten bei Versorgungsproblemen gar nicht oder ungenügend durch ihre Krankenkasse unterstützt werden (Vgl. Abb. 3).

Unter Zugrundelegung der derzeitigen Ausgabenstruktur der GKV – 60% der jährlichen Ausgaben werden durch die ärztliche und Krankenhausbehandlung verursacht; die Pro-Kopf-Ausgaben hierfür liegen bei rund 1.350 Euro – ergibt sich für die gesamte GKV ein theoretisch

positiv steuerbarer Kostenblock von insgesamt 14 Mrd. Euro pro Jahr.

Die tatsächliche Größenordnung der Spareffekte wird die Versorgungsforschung der kommenden Jahre aufzeigen. Dabei ist zu ermitteln, ob die Effekte eher kostensparende oder qualitätssteigernde Maßnahmen erfordern.

Fazit 1: Es lohnt sich daher für alle Krankenkassen, den Erfahrungsberichten ihrer Versicherten zuzuhören und sich den Nöten und menschlichen Befindlichkeiten der Versicherten detailliert zuzuwenden. Scheinbar kleine Unzulänglichkeiten in der ärztlichen Behandlung können eine beachtliche Hebelwirkung auf das steuerbare Kostenvolumen in der GKV auslösen.

Wege aus dem Abseits

Im Rahmen eines menschlich orientierten Versorgungsmanagements haben die Kassen eigentlich alle Trümpfe in der Hand, den Patienten tatsächlich in den Mittelpunkt zu stellen. Die Studie zeigt den Kassen die dringlichsten Weichenstellungen mit signifikanter Wirkung auf die Kundenbindung und Kundenzufriedenheit klar auf (vgl. Abb. 4):

Fazit 2: Wenn den Krankenkassen die Abkehr von der „Fall-Denke“ gelingt und ihre Vermittler- und Lotsenrolle zwischen Arzt, Krankenhaus, Reha und Pflege für die Versicherten auch wahrnehmbar wird, dann ist der erste Schritt in Richtung Menschlichkeit verstanden.

Vereinbarkeit von modernen Medizintechnologien mit menschlichen Aspekten

Bei bestimmten Krankheitsbildern sind moderne Medizintechnologien unentbehrlich für die Lebensqualität der Patienten. Hierzu zählen z. B. die mobilfunkbasierte Fernüberwachung für Patienten mit Herzkrankungen (Home Monitoring), das Online-Coaching von Rheuma- oder Asthma-Patienten oder der Datentransfer von Patienteninformationen zwischen Ärzten und Kliniken.

Hinsichtlich der Auswirkungen der innovativen Medizintechnolo-

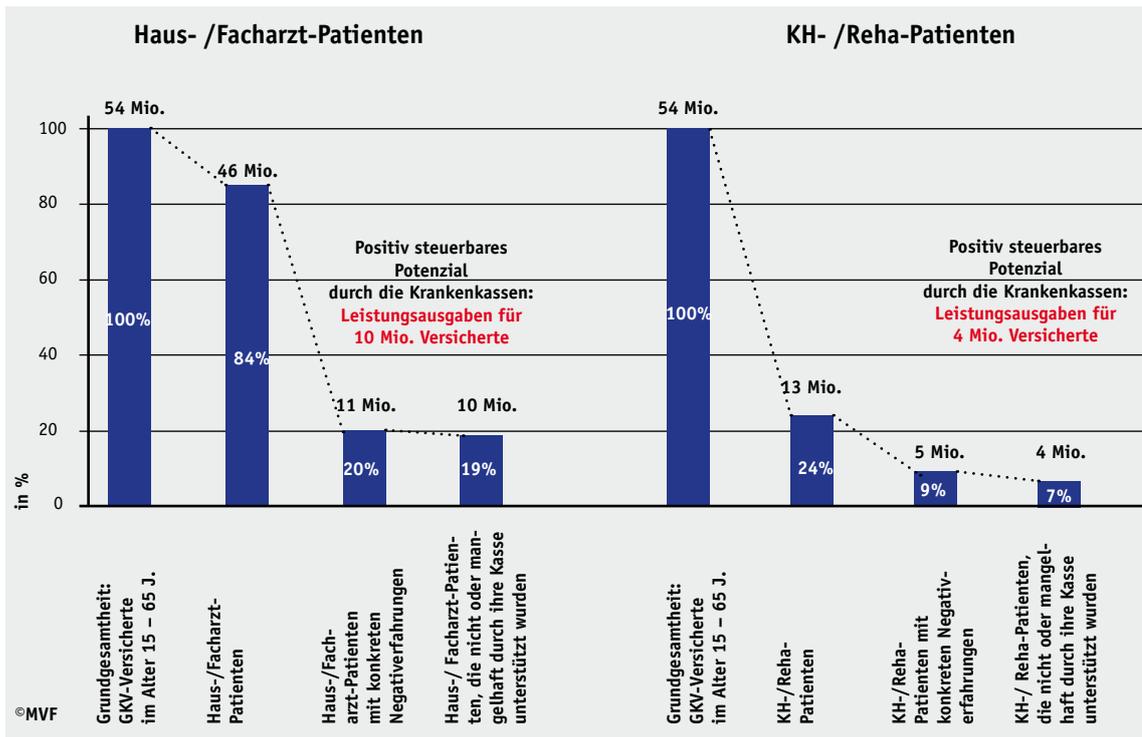


Abb. 3: Hebelwirkung auf das steuerbare Kostenvolumen in der GKV.

gien auf die Menschlichkeitsaspekte und die Lebensqualität halten sich Pro und Contra der Versicherten fast die Waage (vgl. Abb. 5). Einerseits befürchten mehr als je 70% der Versicherten eine Reduzierung der menschlichen Zuwendung sowie eine hilflose Technikabhängigkeit und 54% sehen im virtuellen Datenaustausch zwischen Ärzten und Kliniken ihre Privatsphäre bedroht. Andererseits erkennen 68% in der Technisierung der medizinischen Betreuung Chancen, den Versicherten als Mensch in den Mittelpunkt zu stellen.

Fazit 3: Damit technologische Entwicklung und menschliche Aspekte in Einklang gelangen, müssen sich die Krankenkassen viel intensiver der individuellen Betreuung und Steuerung der Versicherten zuwenden. Wenn es gelingt, die technische Überwachung mit einer intensiven persönlichen Betreuung zu verzahnen, erwarten 82% bessere Behandlungserfolge

Kundenexzellenz: Die wachsende Bedeutung von CRM-/HRM-Lösungen im Versorgungsmanagement

Der Weg dorthin führt über eine für die Kunden spürbar komfortable IT-Unterstützung der Versorgungssteuerung. 40% der GKV-Versicherten stören sich daran, dass ihre Kasse bei jedem Kundenkontakt personenbezogene Informationen zu aktuellen Therapien, Vorsorgeuntersuchungen oder Impfstatus nicht abrufbereit vorliegen

hat, sondern langwierig neu erfragt.

Fazit 4: Ihre Erwartungen an eine Versorgungssteuerung, in deren Mittelpunkt der Mensch steht, bringen die Kunden klar auf den Punkt: Individualisierte CRM-basierte Steuerung von Information, Kommunikation und Betreuung mit direkten Entscheidungshilfen.

Neue Ansätze in der Kommunikation

Die Kunden wünschen einen Kommunikations-Mix aus klassischen und modernen Instrumenten. Die Mitgliederzeitschrift bleibt das bevorzugte Informationsmedium für alle Zielgruppen.

Positive Steuerung von:	Kundenbindung (Faktoren, die die Kundenbindung signifikant positiv beeinflussen)	Kundenzufriedenheit (Faktoren, die die Kundenzufriedenheit signifikant positiv beeinflussen)
Arzt-/Facharzt-Patienten	Abkehr von der „Fall“-Denke	Abkehr von der „Fall“-Denke
	rechtzeitige Überweisung an einen Spezialisten	keine Verweigerung bestimmter Behandlungen (trotz evtl. erhöhter Kosten) kurze Terminwartezeiten
Krankenhaus-/Reha-Patienten	Unterstützung und Betreuung des Heilungsprozesses nach der Entlassung	direkter Übergang in die Anschlussbehandlung (ambulante Weiterbehandlung, Reha, häusliche oder stationäre Pflege)
	kurze Wartezeiten auf Einweisungs- oder Reha-Termine	gutes Kassenimage: keine Degradierung als zum Patienten zweiter Klasse
	individueller Behandlungsplan während des Klinik-/Reha-Aufenthaltes	
	genaue Erklärung der medizinischen Behandlung/Therapie (Aufklärung auch durch die Krankenkasse!)	

Abb. 4: Steuerbare Einflussgrößen.

Chancen	Risiken
82% besserer Behandlungserfolg bei chronischen Erkrankungen	70% Minimalisierung menschlicher Zuwendung
68% neue Chancen, den Versicherten als Menschen in den Mittelpunkt zu stellen durch Kombination von Überwachung mit intensiver persönlicher Betreuung	71% hilflose Technikabhängigkeit, Angst vor Gesundheitsgefahren durch technische Unzuverlässigkeit oder Ausfälle
	54% Bedrohung der Privatsphäre, Zweifel an Datensicherheit

Abb. 5: Chancen und Risiken moderner Medizintechnologien.

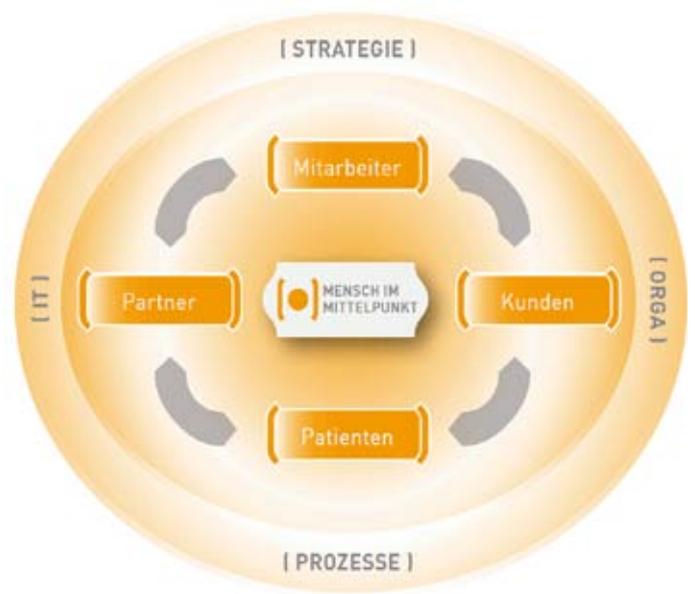


Abb. 7: „Mensch im Mittelpunkt Prinzip“ für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft.

Die sozialen Netzwerke und die Potenziale des mobilen Marketings als kundenorientierte GKV zu ignorieren, ist jedoch grob fahrlässig, denn sie bieten besondere Chancen, menschlich zu kommunizieren. Mehr als 30% der GKV-Versicherten können sich vorstellen, als aktiver Fan ihrer Krankenkasse in den sozialen Medien neue Kassenprodukte und -services zu testen oder über eine virtuelle Geschäftsstelle mit der Kasse zu kommunizieren.

Überraschend hoch ist das Interesse der GKV-Versicherten an den mobilen Services der Kasse. 60% der GKV-Versicherten interessieren sich für mobile Gesundheitsapplikationen für das Handy.

Fazit 5: Da die sozialen Medien besondere Chancen für eine mensch-

liche Kommunikation bieten, werden sie sich einen festen Platz in der Kommunikation mit den Versicherten erobern.

Hoher Erwartungsdruck der Versicherten

Obwohl 40% des GKV-Marktes aus Kundenperspektive völlig austauschbar sind und es den Versicherten gleichgültig ist, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind, bleibt der Erwartungshorizont der Kunden an die Krankenkassen unverändert hoch.

Fazit 6: In einer sich verändernden Gesellschaft, in der soziale Aspekte wieder bedeutsamer werden, gewinnt die Kasse, bei der die Menschen spürbar im Mittelpunkt stehen!

Der Weg aus dem Dilemma: „Der Mensch im Mittelpunkt“ als übergeordnetes Managementprinzip

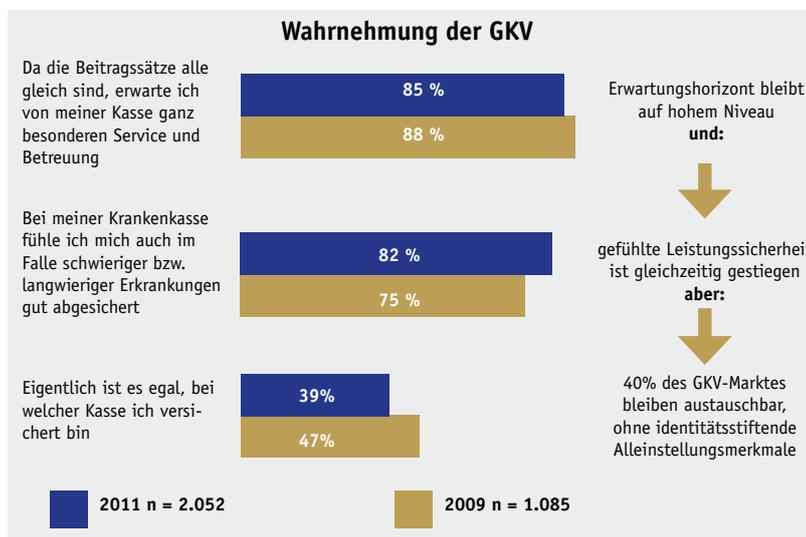


Abb. 6: Kundenstatements zur Wahrnehmung der GKV.

Wir sind uns bewusst, dass viele Kassen mitten im Entscheidungsprozess bezüglich ihrer künftigen Versorgungsmanagement-Strategie stehen. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der dargestellten Studienergebnisse, möchten wir nachfolgend ein Konzept vorstellen, das nach unseren Erfahrungen geeignet ist, komplexe strategische Entscheidungsprozesse bei Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zu erleichtern bzw. in die unternehmensindividuell „richtige“ Richtung zu kanalisieren.

Es handelt sich dabei vereinfacht ausgedrückt um die Essenz zweier Managementkonzepte, nämlich einerseits dem in der Literatur bereits umfassend vorgestelltem HealthCare Relationship Management-Konzept (vgl. u.a. Schaaf, 2005, 2008, 2010, 2011) und andererseits dem „Employee First“-Modell von Vineed Nayar (Harvard 2010). In beiden Konzepten spielt der Mensch die entscheidende Rolle als DER Faktor für erfolgreiche Unter-

Der Mensch im Mittelpunkt			
	Ziel	Warum?	Ansatz
Mitarbeiter	„Die zufriedensten engagiertesten und loyalsten Mitarbeiter“	Nur zufriedene und von ihrem Arbeitgeber überzeugte Mitarbeiter werden Kunden und Partner begeistern können	Changemanagement
Versicherte	„Höchstmögliche Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. Hohe Attraktivität für potenzielle Zielkunden	Nur zufriedene Kunden werden auf Dauer Kunden bleiben. Zufriedene Kunden sind das beste Argument für potenzielle Zielkunden	Kundenbeziehungsmanagement / Kundenzexzellenz
Patienten	„Bestmögliche Versorgung für die akut und chronisch kranken Versicherten. Vorbild mit Leuchtkraft im Versorgungsmanagement	Kostenreduktion in allen steuerbaren Kerndiagnosen. Verbesserung der Versorgungsqualität. VM als Qualitätsmerkmal.	Versorgungsmanagement
Partner	„Insbesondere Leistungserbringer zu Partnern der Kasse machen“	Nur durch eine echte Win-Win Situation zwischen LE und Kostenträgern lässt sich VM umsetzen. Außerdem hohe Imagewirksamkeit	Versorgungsmanagement

Abb. 8: Konzentration der Veränderungsparameter auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die in einer Organisation handelnden Menschen.

	Perspektiven	Zentrale Fragen
Mitarbeiterperspektive:	Herstellung größtmöglicher Mitarbeiterzufriedenheit und Loyalität	Was müssen wir tun, um Arbeitsplatzexzellenz herzustellen?
	Halten und Gewinnen der „Besten“	
	Arbeitsplatzattraktivität, die nicht nur aus monetären Anreizen besteht	
Versichertenperspektive:	Herstellung größtmöglicher Kundenzufriedenheit und Loyalität	Wo stehen wir im Markt und wie können wir für unsere Versicherten noch attraktiver werden?
	Reduktion der Abgänge, Steigerung der Neuzugänge	
	Verbesserung des Images, permanenter Vergleich mit Wettbewerbern	
Patientenperspektive:	Kranke Versicherte sind bei uns am besten aufgehoben	Wie stellen wir Versorgungsexzellenz her?
	Wir schaffen für unsere Patienten Versorgungsexzellenz	
	Herstellung echter Partnerschaft zu Leistungserbringern	
	Versorgungsmanagement als Qualitäts- und Imagefaktor	
Partnerperspektive:	Kunden- und Versorgungsexzellenz kann nur entstehen, wenn mit unseren Partnern auf der Leistungserbringerseite eine echte Win-Win-Situation entsteht	Wie können wir die Partner optimal in unsere Strategie einbeziehen? Wie erreichen wir Prozessexzellenz nicht nur intern, sondern auch zu und mit unseren Partnern?
	Wir brauchen im Sinne unserer Kunden optimale Prozesse zu und mit unseren Partnern in der Gesundheitswirtschaft	

nehmen. Die hc:VISION hat daraus das „Der Mensch im Mittelpunkt-Prinzip“ (MiM) für das Gesundheitswesen entwickelt. Zusammengefasst geht es uns um folgendes:

Mit dem „MiM-Prinzip“ wird das HRM-Konzept um einen konkreten Veränderungsrahmen für Unternehmen und Systeme ergänzt, die davon überzeugt sind, dass der Mensch Ausgangspunkt für jede erfolgreiche Veränderung ist.

Dem MiM-Konzept liegt die Überzeugung zu Grunde, dass erfolgreiche Unternehmen der Gesundheitswirtschaft eine Balance zwischen den unterschiedlichen Interessen der in einer Organisation oder einem System (z. B. Versorgungsnetz) handelnden Menschen herstellen müssen. Kommunikation, Transparenz und umfassende Information sind dabei wesentliche Elemente, die zugleich alle eine hohe technische Relevanz haben.

Nur Mitarbeiter, die zufrieden sind, die Arbeitsbedingungen vorfinden, die eine volle Konzentration auf das Wesentliche (den Patienten!) zulassen, können Kunden begeistern. Im Gesundheitswesen bedeutet das einerseits, (gesunde) Versicherte durch überzeugenden Service zu binden oder sogar neu zu gewinnen und andererseits, optimale Möglichkeiten zu haben, die Versorgung von Patienten bestmöglich und in höchster Qualität zu organisieren. Das aber geht nur, wenn die Partner der Patientenversorgung im Sinne einer wirklichen Win-Win-Situation zusammenarbeiten. Dies ist zugleich der operative Kern einer jeden erfolgreichen Strategie in der Gesundheitswirtschaft, an der sich Organisation, Prozesse und IT messen lassen müssen!

Das MiM-Prinzip bietet damit insbesondere einen intrinsischen Veränderungsrahmen, in dem sich die wesentlichen Parameter der Veränderung an den handelnden Menschen (Mitarbeiter, Versicherte, Patienten, Partner) ausrichten.

Folgt man der Logik des MiM-Prinzips, d. h. man ist davon überzeugt, dass die handelnden Menschen in einer Organisation oder einem System im Mittel-

punkt stehen müssen, dann sind die strategischen Parameter der künftigen Ausrichtung grundsätzlich klar:

Die Berücksichtigung der MiM-Parameter trägt dazu bei, dass sich das ganze Unternehmen auf Verbesserung der zentralen Rahmenbedingungen für die in unterschiedlichen Bereichen arbeitenden/betroffenen Menschen fokussiert. Damit ergibt sich bei der Reihenfolge der unterschiedlichen strategischen Fragestellungen eine klare Priorisierung: Alle Themen, die zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen, zu einer Verbesserung der Versicherungszufriedenheit, zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und zu einer Verbesserung der Partnerbeziehungen beitragen, gilt es primär voranzubringen!

In diesem Sinne muss IT, deren wachsende Bedeutung die aktuelle TCP-Studie klar unterstreicht, dann beispielsweise genauso im Sinne des MiM-Prinzips definiert werden wie die künftige Organisation der Kasse und die neuen, übergreifenden Prozesse. IT wird so zu einem Thema von strategischer Bedeutung in einem ganzheitlichen Veränderungsprozess!

Bezogen auf die vier Perspektiven des MiM-Prinzips gilt es, seitens der Kassen insbesondere folgende Fragen zu beantworten:

Mitarbeiterperspektive:

- Welche IT, Prozesse und Organisation ermöglichen es den Mitarbeitern am besten, die Versicherten, Patienten und Partner optimal und anwenderfreundlich zu betreuen?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die Mitarbeiter jederzeit „in time“ und an jedem Kontaktkanal sämtliche Informationen über Versicherte, Patienten und Partner haben, um diese optimal betreuen zu können?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die Prozesse aller Abteilungen Hand in Hand gehen?
- Wie können die administrativen Prozesse am nachhaltigsten verändert werden?

Versichertenperspektive:

- Welche Struktur, Prozesse, Technik hilft dabei, nachhaltige Kundenzufriedenheit herzustellen? Wie bekommt man die bestmögliche Sicht auf den Kunden?
- Wie werden umfassende Versichertenkampagnen, einschließlich Haltemanagement, am besten und vor allem am nachhaltigsten unterstützt?
- Welche Lösung bietet das beste Ineinandergreifen von Analytik und gezieltem Kundenbeziehungsmanagement, z. B. durch die Option von „Cross- und Up selling“?

Patientenperspektive:

- Wie können komplexe Versorgungsprozesse ganzheitlich gesteuert werden?
- Wie können große Versichertenpopulationen gesteuert werden?
- Wie gelingt es, eine einheitliche Kundensicht unter Berücksichtigung von Versorgungsmanagement herzustellen?
- Wie gelingt die Koordination von CRM sowohl für Vertrieb als auch für Versorgungsmanagement?
- Wie können Tausende von Einzelverträgen mit Patienten und Leistungserbringern integriert abgebildet werden? Wie erfolgt die Qualitätssicherung?

Partnerperspektive:

- Wie können alle versicherten- und patientenrelevanten Informationen mit Partnerbezug integriert werden?
- Wie können die unternehmensübergreifenden Prozesse, insbesondere mit Leistungserbringerbezug, organisiert werden?
- Wie können Versorgungsnetze gemeinsam mit Partnern gesteuert und kontrolliert werden?
- Wie können alle am Versorgungsprozess Beteiligten „sicher“ auf alle relevanten Daten zugreifen?

Die Fragen spiegeln nicht nur die wesentlichen Anforderungen zur Herstellung von Kunden- und Kostenexzellenz wider, sondern vor allem auch die Anforderungen, die sich aus dem komplexen Thema Versorgungsmanagement ergeben. Gleichzeitig stellen sie einen Leitfaden dar, anhand dessen z. B. die Frage nach der „richtigen“, führenden IT beantwortet werden kann.

Zusammenfassung

Ursprünglich ist das MiM-Prinzip entstanden, weil Erfahrungen aus umfassenden Versorgungs- und Veränderungsprojekten vermuten ließen, dass die Komponente „Mensch“ als Erfolgsfaktor noch immer sehr oft unterschätzt wird. Die TCP-Studie „Der Patient im Abseits“ hat die Richtigkeit der dem MiM-Prinzip zugrunde liegenden Annahmen nunmehr empirisch belegt. Es kommt jetzt auf die verantwortlichen Player im Gesundheitswesen an, aus den vorliegenden Erkenntnissen die „richtigen“ Schlüsse zu ziehen. Die „richtigen“ Konzepte liegen jedenfalls bereits vor. <<

von: Michael Schaaf*
Dr. Evelyn Kade-Lamprecht**

*Geschäftsführer von hc:VISION, **Partnerin von TCP Terra Consulting Partners GmbH

Literatur

- Sander, M./ Kade-Lamprecht, E. (2007): Kundenbeziehungsmanagement entscheidet den Wettbewerb, Berlin: Eigenverlag
 Sander, M./ Kade-Lamprecht, E. (2009): Versorgungsmanagement wird zur Arena des Wettbewerbs, Berlin: Eigenverlag
 Wädle, K. (2009): Jogu, Mainz: Universität Mainz
 Schaaf, M./ Sander, M. (2008): GKV 2015: Managementherausforderungen in Zeiten des Wandels, Sankt Augustin: Asgard Verlag
 Schaaf, M. (2005): HealthCare Relationship Management – Kundenbeziehungsmanagement und Leistungssteuerung in der Krankenversicherung, Sankt Augustin: Asgard Verlag
 Schaaf, M. (2010) in Häussler, Isenberg, Klusen, Penk: IGES-Jahrbuch der medizinischen Innovationen, Bd.6 Innovation und Gerechtigkeit, S. 99 ff., Stuttgart: Schattauer Verlag
 Schaaf, M. (2011): hc:VISION Whitepaper, Düsseldorf, Lüttke-Ziemann
 Vineet Nayar (2010): Employees First, Customers Second – turning conventional management upside down, Harvard, Harvard Business Press

Heike Schön
Dr. med Dietrich Schnell
Prof. Lothar Weißbach

HAROW: Versorgungsstudie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom

HAROW ist eine Studie auf dem Gebiet der urologischen Versorgungsforschung und zugleich die größte Studie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom (PCa) in Deutschland. Der Name leitet sich ab aus den Anfangsbuchstaben der bei einem PCa anwendbaren Behandlungsoptionen, Hormontherapie, Active Surveillance, Radiotherapie, Operation und Watchful Waiting. HAROW dokumentiert den Verlauf der unterschiedlichen Therapiestrategien unter Alltagsbedingungen. Sie erfasst die medizinischen Verlaufsdaten, Angaben zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient, zu Nebenwirkungen und zur Therapieakzeptanz sowie die Kosten einer Behandlung unter Alltagsbedingungen. Die Besonderheit besteht darin, dass erstmals in Deutschland mit Active Surveillance und Watchful Waiting defensive Strategien in den Behandlungsvergleich einbezogen werden. Ziel ist es, die Verteilung auf die verschiedenen Behandlungsarme, den Ressourcenverbrauch und Nutzen sowie die Akzeptanz der Therapien unter Alltagsbedingungen zu erfassen. Der folgende Artikel stellt Konzept und Struktur der Studie dar und teilt einige der ausgewerteten Ergebnisse mit.

>> Das PCa ist die häufigste Krebsart beim Mann. Durch die PSA-basierte Früherkennung und die standardisierte Serienbiopsie nimmt die Inzidenz zu. Das Robert Koch Institut (RKI) hat 40.876 Neuerkrankte im Jahr 1996 und 60.118 im Jahr 2006 geschätzt. Mit der zunehmend häufigen Diagnose ist ein entsprechender Anstieg der Behandlungen und damit auch des Ressourcenverbrauchs verbunden. Von 1990 bis 2003 nahm z. B. die Zahl der stationären Reha-Maßnahmen für Prostatakrebspatienten von 59.579 auf 396.798 Fälle zu, also um mehr als das Sechsfache. Dem vermehrten Aufwand in Diagnose und Therapie stehen Nebenwirkungen und bisher kein erfassbarer Nutzen gegenüber. Die Mortalität der Erkrankung hat sich nicht verändert. 11.417 am PCa Verstorbene meldet das RKI in 1998 und 11.448 in 2007. Eine Mehrzahl der im Rahmen der Früherkennung festgestellten Neuerkrankungen hat ein lokal begrenztes PCa mit niedrigem Progressionsrisiko. Viele dieser Tumoren entwickeln über Jahre keinen Progress. Zugleich gibt es welche, die trotz rechtzeitiger Behandlung früh fortschreiten. Der Benefit einer kurativen Behandlung beschränkt sich auf einen verhältnismäßig kleinen Teil der neu diagnostizierten PCa. Zugleich gibt es ein sehr unterschiedliches Therapieangebot von invasiven Verfahren wie Operation und Bestrahlung, wenig invasiven Therapien wie z. B. die LDR-Brachytherapie und von abwartenden Strategien wie z. B. Active Surveillance und Watchful Waiting. Es ist derzeit unklar, wer von einer Behandlung in welcher Invasivität profitiert.

Wissenschaftlich ausgerichtete Urologen fordern, diese Fragen im Rahmen prospektiv, randomisierter Studien nach evidenzbasierten Kriterien zu prüfen. Entsprechende Studien rekrutieren, z. B. die amerikanische

Abstract

Jedes Jahr wird in Deutschland bei rund 60.000 Männern ein Prostatakarzinom diagnostiziert, meist mit einem Tumor im frühen Stadium und niedrigem Progressionsrisiko. Die Behandlungsoptionen sind sehr unterschiedlich, ohne dass bisher klar ist, mit welchen Vor- und Nachteilen abwartende und invasive Strategien einhergehen. HAROW ist die erste Versorgungsforschungsstudie, die diese Fragestellung unter Alltagsbedingungen der urologischen Praxis untersucht. Seit 2008 nehmen über 2.000 Patienten von 240 Ärzten teil und werden über fünf Jahre beobachtet. Die Datenerhebung erfolgt sowohl über den Arzt (klinische Parameter) als auch über den Patienten (Lebensqualität, Kosten, Arzt-Patient-Interaktion). Im Juni 2011 wurde der dritte Jahresbericht erstellt, dessen wichtigste Ergebnisse in diesem Artikel zusammengefasst werden.

Keywords

Prostatakarzinom, lokal-begrenzt, Progressionsrisiko, Lebensqualität, Therapiestrategien, Prostatektomie, Active Surveillance, Watchful Waiting

Risikoklassifikationen

Risikostratifizierung nach Chism

low risk: alle T2 und PSA < 10 und Gleason Summe ≤ 6
intermediate risk: alle T2 und PSA 10-20 oder Gleason 7
high risk: alle T2 und PSA > 20 oder Gleason > 7

Risikostratifizierung nach d'Amico

low risk: T2a und PSA < 10 und Gleason Summe ≤ 6
intermediate risk: T2b und PSA 10-20 oder Gleason 7
high risk: T2c oder PSA > 20 oder Gleason > 7

Tab. 1: Risikoklassifikationen.

PIVOT (1994-2009), die britische ProtecT (2001-2013) und die multinationale START (2007-2023). Die Versorgungsstudie HAROW basiert auf der fortlaufenden Dokumentation anfallender Daten, die zu jedem Zeitpunkt ausgewertet werden können. Die Kriterien für einzelne Parameter sind im Vergleich zu einer randomisierten Studie unschärfer, haben aber den Anspruch, die ärztliche Routine stärker zu reflektieren. Auch bei HAROW gibt es den Wunsch, Verläufe über fünf oder zehn Jahre zu dokumentieren und zu beurteilen. Die Studienleitung hofft, dass eine Weiterbeobachtung und somit kontinuierliche Zwischenauswertungen möglich sein werden.

Studiendesign, -struktur und Methodik

HAROW dokumentiert fortlaufend ab dem Zeitpunkt der Diagnose die Behandlungsmaßnahmen und den Krankheitsverlauf eines lokal begrenzten PCa. Die Datenerhebung ist aufgeteilt in Parameter von ärztlichem (Arztdokumentation) und von patientenbezogenem Interesse (Patientendokumentation). Patienten beantworten die an sie gestellten Fragen unabhängig, ohne sich mit ihrem behandelnden Arzt abzustimmen. HAROW möchte die Versorgung von Patienten mit PCa vor allem dort abbilden, wo die Therapie entschieden wird – in den urologischen Praxen - und nicht allein die Situation in Spezialkliniken betrachten. Die Studie spricht niedergelassene Urologen und Strahlentherapeuten an; Kliniken bzw. Spezialambulanzen können gleichermaßen teilnehmen. Die halbjährliche ärztliche Dokumentation beinhaltet die Angaben zum Tumor, zum Patienten und seiner Komorbidität (Charlson-Index) und zum Verlauf. Die Tumordaten erlauben eine Differenzierung zwischen Patienten mit niedrigem, mittlerem und hohem Progressionsrisiko (low, intermediate, high risk). Die Risikostratifizierung folgt innerhalb der Studie den Kriterien von Chism, um die Daten leichter mit Ergebnissen der holländischen PRIAS Studie vergleichen zu können. HAROW ist mit PRIAS eine Kooperation eingegangen, um später die Daten gemeinsam auswerten zu können. Die Chism-Risikostratifizierung unterscheidet sich bei der Berücksichtigung des Tastbefundes von der bekannten Aufteilung nach d'Amico (Tab. 1). Die Gleason-Summe und die PSA-Bereiche

werden in beiden Klassifikationen gleich bewertet.

Die Patientendokumentation wird ebenfalls halbjährlich eingefordert. Der Patient berichtet, ob und inwieweit er über die Erkrankung, ihren Verlauf sowie über Therapiemöglichkeiten und über supportive Maßnahmen informiert wird. Er dokumentiert eventuelle Änderungen seiner Lebensqualität und mögliche Nebenwirkungen seiner Behandlung. Zudem macht er Angaben zu Reha-Maßnahmen, stationären Aufenthalten, Medikamenten sowie dem Heil- und Hilfsmittelverbrauch. Daraus können die Kosten der Behandlung abgeleitet werden. Die Daten aus der Arzt- und Patientendokumentation können jeweils mit den fünf verschiedenen Behandlungsmaßnahmen sowie mit dem Progressionsrisiko low, intermediate und high risk korreliert werden. Die Strategie Active Surveillance ist in Deutschland noch wenig etabliert. Zumindest bei einem Teil der niedergelassenen Urologen bestehen Unsicherheiten, wer für die Strategie geeignet und wie sie umzusetzen ist, obwohl die Leitlinie hierauf ausdrücklich eingeht. HAROW bietet deshalb Beratungen durch einen telefonisch erreichbaren Arzt an. Es ist nicht seine Aufgabe, die Therapieentscheidung zu beeinflussen.

HAROW wird von Gazprom Germania finanziert. Der Konzern nimmt auf die Studie selbst keinen Einfluss. Er hat die Stiftung Männergesundheit mit der Durchführung der Studie beauftragt. Sie steht über ein Studienbüro mit den Ärzten und den einzelnen Patienten in Kontakt. Der ärztliche Dokumentationsaufwand wird erstattet. Die Firma CSG erstellt im Auftrag der Stiftung den monatlichen Statusbericht, die jährliche Zwischenauswertung und organisiert die Logistik der Studie, wie z. B. das Versenden von Studienunterlagen, die logistische Betreuung der teilnehmenden Studienzentren, die Qualitätskontrolle der Daten sowie das Zusammenführen und Auswerten der Daten. Zusätzlich gibt es eine Fachaufsicht, die der wissenschaftliche Beirat führt (Vorsitz Prof. Dr. Dr. h.c. Rübgen, Prof. Dr. Wullich als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Dr. Schröder als Vertreter des Berufsverbandes der Deutschen Urologen, Herr Fiebrandt als Vertreter des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe und Frau PD Dr. Dietrich aus dem Bereich Public Health). Zwei Urologen beraten bei Bedarf die Ärzte bei der Therapiestrategie Active Surveillance per Telefon. Die Datendokumentation ist papiergebunden und elektronisch möglich. Die erforderliche Dokumentations-Software wurde von Docxcellence Berlin entwickelt.

Studienbeginn war 2008. Vorgesehen ist eine Laufzeit von fünf Jahren, d. h. bis 2013. Drei der jährlich zu erstellenden Zwischenberichte sind bisher herausgegeben. Die nachfolgenden Ergebnisse sind Auszüge

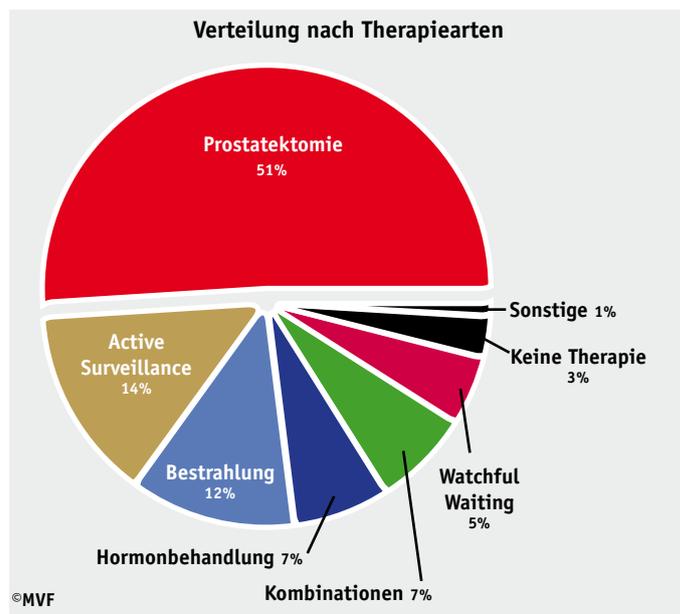


Abb. 1: Verteilung nach Therapiearten, 31.3.2011 ©CSG mbH

aus dem Zwischenbericht 2011.

Ergebnisse

Bis April 2011 haben 240 an der Studie teilnehmende Ärzte 2.042 Patienten gemeldet. Im Durchschnitt werden 50 bis 60 Patienten je Monat neu rekrutiert. 1.038 (51%) hatten sich für eine Operation, 270 (13%) für Active Surveillance, 239 (12%) für eine Bestrahlung, 150 (7%) für eine Hormonbehandlung und 93 (5%) für Watchful Waiting entschieden. 7% der Patienten haben sich einer kombinierten Behandlung aus Hormontherapie und Bestrahlung oder Operation oder einer Operation und Bestrahlung unterzogen. HAROW-Patienten sind im Durchschnitt 67,3 Jahre alt und haben eine geringe Komorbidität mit einem mittleren Wert für den Charlson-Index von 0,5.

Der Tumor ist in der Mehrzahl der Fälle durch ein erhöhtes PSA und eine Serienbiopsie aufgefallen (53% T1c), in 7% wurde er zufällig im Rahmen einer transurethralen Resektion (TUR-P) diagnostiziert (T1a und T1b). Nur bei 39% der Patienten hat ein tastbarer Tumor vorgelegen (T2a, b, c). Die Diagnose ist bei den meisten Patienten in einer Serienbiopsie aus ≥ 12 Einzelbiopsien gestellt worden. Nur bei einer Minderheit von 7% wird die Diagnose mit dem früheren Standard, einer Sechsfachbiopsie gesichert. 72% der HAROW-Patienten haben ein PCa mit niedrigem Progressionsrisiko.

Literatur

- Donovan, J.; Hamdy, F.; Neal D.; ProtecT Study (Prostate testing for cancer and Treatment) über <http://www.epi.bris.ac.uk/protect/> vom 30.04.2011
- Klotz, L.; Surveillance Therapy Against Radical Treatment or START trial (PR.11): <http://www.cancer.ca/canada-wide/cancer%20research/clinical%20trials/how%20to%20find%20clinical%20trials/evaluating%20the%20need%20to%20start%20prostate%20cancer%20treatment.aspx#ixzz1L0FB7m3A> vom 30.04.2011
- Kraywinkel, K.; Lehnert, M.; Semjonow, A.; Hense, H.-W. (2008) Aktuelle Daten zur Epidemiologie des Prostatakarzinoms. Ergebnisse aus dem Regierungsbezirk Münster, Urologie (2008) 47:853-859
- Schröder, FH; Hugosson, J.; Roobol, MJ.; Tammela, TL.; Ciatto, S.; Nelen, V.; Kwiatkowski, M.; Lujan, M.; Lilja, H.; Zappa, M.; Denis, LJ.; Recker, F.; Berenguer, A.; Määttä, L.; Bangma, CH.; Aus G; Villers, A.; Rebillard, X; van der Kwast, T.; Blijenberg, BG.; Moss, SM.; de Koning, HJ.; Auvinen, A.; ERSPC Investigators. (2009) Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. In: N Engl J Med. 360(13):1320-8
- O'Donnell, H.; Parker, C. (2008) What is low-risk prostate cancer and what is its natural history? In: BJU Int. World J Urol.; 26(5):415-22.
- Weißbach, L.; Altwein, JE; (2009) Aktive Überwachung oder aktive Therapie beim lokalen Prostatakarzinom? In: Dtsch. Ärzteblatt Int 2009; 106(22): 371-6
- Wilt, T.J.; Brawer, MK.; Barry, MJ.; Jones, KM; Kwon, Y.; Gingrich, JR.; Aronson, WJ.; Nsouli, I.; Iyer, P.; Cartagena, R.; Snider, G.; Roehrborn, C.; Fox, S.; (2009) The Prostate cancer Intervention Versus Observation Trial: VA/NCI/AHRQ Cooperative Studies Program #407 (PIVOT): design and baseline results of a randomized controlled trial comparing radical prostatectomy to watchful waiting for men with clinically localized prostate cancer. In: Contemp Clin Trials. 2009 Jan;30(1):81-7.
- HAROW Zwischenbericht 2011, Stiftung Männergesundheit, Reinhardtstr. 2, 10117 Berlin, 1-60; auf Anfrage
- Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms.(2009) Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU); Version 1.00-September 2009
- Prospective validation of active surveillance in prostate cancer: the PRIAS study. van den Bergh RCN, Roemeling S, Roobol MJ, Roobol W, Schröder FH, Bangma CH. (2007) In: Eur Urol. 2007 Dec;52(6):1560-3.
- Robert Koch Institut, Krebsentwicklung in Deutschland, Prostatakrebs (C61), Fallzahlen, Europabevölkerung, Männer, Inzidenz, 0 - 85+, Abfrage vom 20.04.2011: http://www.rki.de/cln_169/nn_197444/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/Datenbankabfragen/Datenabfragen__formular.html?__nnn=true vom 30.04.2011
- Robert Koch Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 36, Prostataerkrankungen (2007), 1-30 über www.rki.de/gdberDownloads vom 30.04.2011.

ko, 17% tragen ein intermediäres und 7% ein hohes Risiko. Angaben zur Lebensqualität werden allgemein (EQ 5D), allgemein krebsbezogen (QLQ C30) und prostatakrebspezifisch (QLQ PR 25) erhoben. Eine Mehrheit der Patienten gibt an, sich mit Erkrankung und Therapie bzw. Therapiefolgen zu arrangieren. Patienten mit Einschränkungen ihrer Lebensqualität geben am häufigsten Schmerzen, Schlaflosigkeit/Sorgen, harnbezogene (Inkontinenz), sexuelle (erektiler Dysfunktion) und hormonbezogene Therapieebenenwirkungen an. Die Einzelauswertung zeigt das unterschiedliche Auftreten von Nebenwirkungen in Abhängigkeit von der Therapieform. Die Arzt-Patienten-Interaktion wird von den Patienten ganz überwiegend positiv wahrgenommen und wertgeschätzt. Im Detail können Verbesserungserfordernisse in der Kommunikation identifiziert werden.

Diskussion

Die HAROW-Studie ist ein Beispiel für Studien, die mit Ansätzen der Versorgungsforschung qualitativ hochwertige Studien unter Real-Life-Bedingungen gestalten. HAROW ist eine nicht medikamentöse und nicht-interventionelle Studie. Mit diesem Konzept würden andere Studienansätze wie z.B. randomisierte Studien der Fragestellung zu den unterschiedlichen Behandlungsmethoden nicht gerecht werden, da diese Studien auch die Inhomogenität der Patienten, wie sie in der HAROW-Studie repräsentiert sind, nicht zulassen könnten.

Eine randomisierte Studie hat klar definierte Kriterien für alle Standards, d. h. alle Bestimmungs- und Beurteilungsverfahren und Einteilungen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass sich beim Prostatakarzinom in einem 10- bis 15-Jahres-Zeitraum alle für eine Beurteilung und Entscheidung wichtigen Parameter geändert haben. Wir haben eine Änderung bei der PSA-Bestimmung, bei der Beurteilung der Gleason-Summe und in der Zahl der als notwendig erachteten Biopsien. Eine randomisierte Studie muss bei ihren definierten Kriterien bleiben und ist deshalb über einen langen Zeitraum nicht aufrecht zu erhalten. Selbst wenn eine solche Studie abgeschlossen wird, sind die Ergebnisse nicht mehr auf die

HAROW: Health care research study for locally confined prostate cancerl.)

Each year in about 60.000 men in Germany prostate cancer is diagnosed, with locally confined tumors and low risk of progression in the majority of them. Treatment options vary widely. However, it is still unclear which disadvantages and benefits are connected with either waiting or invasive strategies. HAROW is the first health care research study investigating this question under day to day conditions of urological practice. Since 2008 more than 2000 patients of 240 physicians have been participating for a planned 5 years' observational period. Data are assessed from physicians (clinical parameters) as well as from patients (quality of life, costs, patient-physician interaction). In June 2011 the third interim report was prepared. Its most important results are summarized in this article.

Keywords

Prostate cancer, locally confined, risk of progression, quality of life, therapeutic strategies, prostatectomy, active surveillance, watchful waiting

tägliche Behandlungspraxis übertragbar. Die fortlaufende Dokumentation und Auswertung von Daten aus der täglichen medizinischen Routine – somit versorgungsmedizinische Studien – toleriert Änderungen in der Diagnostik und ist damit zukunftsfähig.

Fazit

Die Frage, welcher Patient mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom zu welchem Zeitpunkt mit welcher Invasivität behandelt werden muss, kann am ehesten von versorgungsmedizinischen Untersuchungen beantwortet werden. Diese Untersuchungen mit versorgungsmedizinischen Fragestellungen zeigen erst nach einer langen Beobachtungsdauer belastbare Ergebnisse bei diesem Tumor, die auch zu weiteren Erkenntnissen und Behandlungsempfehlungen führen können. Unabdingbar für den Erfolg dieser Studienansätze sind ein Langzeitfinanzierungskonzept, regelmäßige Zwischenauswertungen und eine kontinuierliche Qualitätskontrolle der Daten. <<

Heike Schön

ist seit 2007 Geschäftsführerin der CSG mbH, einer Contract Research-Organization (CRO) in Berlin, spezialisiert auf die Durchführung von klinischen Studien unter Berücksichtigung von gesundheitsökonomischen und epidemiologischen Fragestellungen. Davor war sie in mehreren global aktiven CROs tätig und hatte verschiedene europäische und internationale Leitungspositionen in den Bereichen Clinical Operations und Business Development. Sie ist aktives Mitglied der ACRP (Association of Clinical Research Professionals), seit 2005 in deren globalen Vorstand und hatte 2010 den Vorstandsvorsitz. Frau Schön ist Psychologin und hat den MBA.



Dr. med. Dietrich Schnell

ist Arzt und Sanitätsoffizier bei der Bundeswehr, Oberstarzt, Urologe und Arzt für Allgemeinmedizin, aktuell befindet er sich in einer Weiterbildung in der Rettungsmedizin, davon Mai-Juli 2011 Einsatzlazarett ISAF, Masar-i-Sharif, Afghanistan. Seit 2004 Mitarbeit bei Projekten der Stiftung Männergesundheit. Seit 2008 beratender Arzt in der Studie HAROW.

Prof. Dr. med. Lothar Weißbach

studierte an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und schloss 1972 seine urologische Facharztausbildung ab. Er habilitierte wenige Jahre später und wurde dann als Leitender Oberarzt an die Urologische Klinik nach Bonn berufen. Mitte der 80er Jahre leitete er zunächst die urologische Fachabteilung des Urban-Krankenhauses in Berlin und übernahm ab 1988 die Verantwortung des gesamten Hauses. Seit 1996 ist er wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit und seit 2009 zusätzlich am MännerGesundheitsZentrum der Berliner MEOCLINIC tätig.



Dipl.-Kffr. Henrike Hannemann-Weber
Dipl.-Psych. Maura Kessel
Prof. Dr. Carsten Schultz

Versorgungssituation von Patienten mit seltener Erkrankung

In Europa gilt eine Krankheit als selten, wenn nicht mehr als einer von 2.000 EU-Bewohnern betroffen ist. Insgesamt leiden in Europa circa 30 Millionen Menschen an einer von etwa 6.000 bis 8.000 verschiedenen seltenen Krankheiten, davon allein circa 4 Millionen in Deutschland (Eurordis 2009). Die Anzahl der Betroffenen schwankt stark zwischen den Erkrankungen: von einer der wohl bekanntesten seltenen Erkrankungen, der Mukoviszidose, sind allein in Deutschland circa 8.000 Menschen betroffen (Eurordis 2009), mit der Erkrankung NBIA – Nervendegeneration mit Eisenspeicherung im Gehirn – sind in Deutschland geschätzt nur circa 100 Patienten bekannt. Wer mit einem Leiden kämpft, das kaum einen anderen betrifft, stößt auf besondere Herausforderungen: fehlendes Wissen bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, fehlende Therapiemöglichkeiten, geographisch weit verteilte Expertisen. Je geringer die Prävalenz der oft chronischen und progressiven Multiorganerkrankungen, desto schlechter sind Therapie- bzw. Versorgungsmöglichkeiten erforscht.

>> Insbesondere aufgrund der Defizite in der Forschung spricht man auch von den „Waisen der Medizin“ (engl. orphan diseases). Seltene Erkrankungen werden über das epidemiologische Kriterium der Prävalenz definiert, jedoch verbinden sie auch weitere Charakteristika. Krankheitsverläufe variieren innerhalb eines Krankheitsbildes von Patient zu Patient stark, so dass eine Standardisierbarkeit der Behandlung eingeschränkt ist. Die Komplexität vieler Erkrankungen erfordert umfassende Ansätze in der Behandlung. Ein multidisziplinärer Austausch bildet hierbei die Basis für eine erfolgreiche Umsetzung kohärenter Lösungen. Die Seltenheit der Erkrankungen spiegelt sich auch in der Seltenheit der Spezialisten wider, so dass es insbesondere in der wohnortnahen Versorgung an Ärzten, Therapeuten und Pflegern mit der spezifischen Expertise mangelt. Sowohl die Diagnosefindung als auch die medizinische Versorgung werden durch den vorherrschenden Wissensmangel seitens der Akteure erschwert. Aufgrund der ausgeprägten Arbeitsteiligkeit in der Versorgung und der räumlichen Verteilung des Expertenwissens können sich gravierende Koordinationsproblematiken ergeben, die eine adäquate Versorgung von Patienten mit seltener Erkrankung behindern.

Eine Befragungsstudie zur Analyse von patientenzentrierten Versorgungsteams

Durch Expertengespräche mit medizinischen Leistungserbringern und Vertretern von Selbsthilfeorganisationen wurden in einem iterativen Prozess anhand der Kriterien (1) Unterschiedlichkeit der Pflege- und Versor-

Abstract

Wer mit einem Leiden kämpft, das kaum einen anderen betrifft, stößt auf besondere Herausforderungen: fehlendes Wissen bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, fehlende Therapiemöglichkeiten, geographisch weit verteilte Expertisen. In dieser Studie wurden Patienten mit seltener Erkrankung und deren Versorgungsteams zu den Themen Abstimmung, Koordination und Informationsweitergabe befragt, um potenzielle Chancen und Barrieren in der Versorgung von Patienten mit seltener Erkrankung aufzudecken.

Keywords

Patientenzentrierte Versorgungsteams, Multidisziplinarität, Wissensdefizite, Rolle des Patienten, Koordination und Abstimmung, Informationsquellen, Spezialzentren

gungsintensität (2) Notwendigkeit der multidisziplinären Zusammenarbeit und (3) Unterschiedlichkeit in der Prävalenz sechs Krankheitsbilder ausgewählt, die sich in den genannten Kriterien unterscheiden.

In Bezug auf Kriterium 1 haben 90 % aller Befragten in unserer Studie mit Morbus Wilson keine Pflegestufe und 100 % aller Patienten mit dem Marfan Syndrom ebenfalls nicht, hingegen haben 67 % der Patienten mit Epidermolysis bullosa Pflegestufe I oder II, bei 76 % der NBIA-Patienten liegt Pflegestufe II oder III vor, bei ALS sind es 72 % und bei Muskeldystrophie Duchenne-Erkrankten 53 % mit Pflegestufe II oder III.

Die Teilnehmer unserer Studie wurden durch Informationsbroschüren in Krankenhäusern, Praxen und über Informationen von Selbsthilfeorganisationen rekrutiert. Die Studienteilnehmer erhielten einen Informationstext in Form eines Aufklärungsbogens, in dem detailliert über Ziele und Verfahren der Studie, wie über die Bearbeitungsdauer des Fragebogens bzw. die Länge des Interviews und über die jederzeitige und folgenlose Rücktrittsmöglichkeit von der Teilnahme-Bereitschaft aufgeklärt wurde. Nachdem die Bereitschaft zur Teilnahme erklärt wurde, wurden die Fragebögen gemeinsam mit einer Liste, zur Auflistung der Mitglieder des jeweiligen individuellen Versorgungsteams, versandt. Die Rücklaufquote seitens der Patienten belief sich auf 72 %. In einem weiteren Schritt wurden 118 teilstandardisierte Telefoninterviews mit den Betroffenen geführt, um die Situation der Versorgung bei seltenen Erkrankungen und insbesondere, die Punkte der Abstimmung, Koordination und Informationsweitergabe innerhalb multidisziplinärer Teams näher zu beleuchten und potenzielle Chancen und Barrieren aufzudecken. Im Anschluss an die Patientenbefragung folgte eine ebenfalls schriftliche Befragung der medizinischen Leistungserbringer, die aktiv in den Versorgungsprozess der patientenzentrierten Teams einbezogen sind, mit einer Rücklaufquote von 38 %.

Multidisziplinarität in der Versorgung

Um einen Patienten mit seltener Erkrankung formiert sich ein Versorgungsteam, in dem verschiedene Professionen unterschiedlicher Hierarchiestufen interagieren müssen, um Informationen zu Behandlungsmethoden, Versorgungsabläufen sowie über den aktuellen Stand der Forschung, zur Diagnose, Symptomatik und Heil- und Hilfsmitteln zu erhalten. Diese Teams bestehen häufig aus Hausärzten, spezialisierten Fachärzten (niedergelassen oder stationär in Krankenhäusern), Therapeuten (wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Homöopathie, etc.) sowie Pflegekräfte. Die Patientenbefragung zeigt, dass in dieser Stichprobe ein Versorgungsteam aus durchschnittlich 5 Mitgliedern besteht – wobei die Teamgröße je nach Schweregrad der Erkrankung und Vielfalt der Organbeteiligung zwischen 2 bis 14 Verso-

gern variiert. Bis sich ein passendes und entsprechend spezialisiertes Versorgungsteam mit allen benötigten Experten formiert hat, vergehen laut der Patientenbefragung durchschnittlich 29 Monate.

Auf Grund der Komplexität und häufig chronischen Erscheinungsformen seltener Erkrankungen bedarf es zumeist spezialisierter und aufwendiger Behandlungsmaßnahmen, die im Regelfall nicht über niedergelassene Facharztpraxen erbracht werden können und somit die Einbindung spezialisierter Zentren erfordern. Die vorliegende Studie bestätigt, dass neben einer Behandlung bei Haus- und Fachärzten sowie, je nach Schweregrad der Erkrankung und dem individuellen Gesundheitszustand, einer Einbindung von Pflegekräften, das Angebot von Kompetenzzentren bzw. Spezialambulanzen genutzt wird. So lassen sich über 70 % der Befragten regelmäßig in einem spezialisierten Zentrum behandeln.

Wissensdefizite in der Versorgung – die Rolle des Patienten

Bevor sich Expertenteams zur Versorgung formieren, besteht gerade bei seltenen Erkrankungen das Dilemma der korrekten Diagnose. Aus der Patientenbefragung ergab sich, dass bei Patienten mit seltener Erkrankung durchschnittlich 39 Monate vergehen zwischen dem Auftreten erster Symptome und der korrekten Diagnosefindung. Viele Patienten die an einer seltenen Erkrankung leiden durchlaufen häufig zahlreiche, überflüssige Arztbesuche und Untersuchungen sowie Fehldiagnosen die im Laufe ihrer Leidensgeschichte gestellt werden, bis die eigentliche Diagnose gefunden ist (Faurisson 2007). Nicht selten ist es ein Zufall, dass die exakte Ursache der Symptome gefunden wird. Dieser Tatbestand liegt häufig daran, dass es sehr wenige Experten auf dem Gebiet der seltenen Erkrankung – die durch eine geringe Prävalenz pro Krankheitsbild bei gleichzeitiger Diversität der Erkrankungen gekennzeichnet sind – gibt. Kein Arzt ist in der Lage all diese Krankheitsbilder zu kennen oder sogar zu diagnostizieren. Es bedarf hierfür einer Detailarbeit, um aus mannigfaltigen Symptomen die richtige Diagnose zu finden. Die häufige Enttäuschung durch Fehldiagnosen und die Schwere vieler seltener Erkrankungen führt nicht selten dazu, dass Patienten selbst zu den eigentlichen Experten ihrer Erkrankung werden. Patienten werden selbst aktiv und recherchieren bzw. suchen intensiv nach Informationen, zum einen um einer Diagnose näher zu kommen, zum anderen um geeignete Behandlungsmethoden zu finden und in Kontakt mit anderen Betroffenen zu treten, um krankheitsspezifisches Wissen zu generieren. Dies schließt explizit Angehörige mit ein, die insbesondere bei starker geistiger, psychischer und/oder physischer Beeinträchtigung bzw. Minderjährigkeit des Patienten eine zentrale Rolle einnehmen. Betroffene sind teilweise besser informiert als ihre Ärzte, woraus sich jedoch weitere Schwierigkeiten ergeben (Eidt et al. 2009). Traditionell vertrauen Patienten auf das Wissen der medizinischen Leistungserbringer, auf deren Kompetenz und Erfahrung und schrecken davor zurück ihr Wissen bzw. ihre Ideen bzgl. Diagnose und/oder Therapiemöglichkeiten gegenüber ihren Ärzten und Therapeuten aufzuzeigen.

Laut unserer Befragung stehen insbesondere das Internet und Selbsthilfeorganisationen als Informationsquellen an erster Stelle, gefolgt vom Austausch mit Versorgern und anderen Betroffenen, um sich über seltene Erkrankungen zu informieren (vgl. Abb. 1). 65,5 % der Patienten schätzen ihr Wissen in versorgungsrelevanten Themen als wertvoll oder sehr wertvoll für ihre Versorger ein. In unserer Befragung wird eine Diskrepanz aus bestehendem Expertenwissen auf Seiten der Patienten und der notwendigen Weitergabe bzw. Annahme dieser Informationen auf Seiten der medizinischen Leistungserbringer deutlich. So stimmen auf einer 7-stufigen Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 7 = stimme voll zu) 72 % (6 = stimme zu und 7 = stimme voll zu) der Patienten der

Rahmendaten der Befragungsstudie

Befragungszeitraum	10/2010 bis 01/2011
Land	Deutschland
Indikationen (ICD10)	ALS = Amyotrophe Lateralsklerose [G12.2]: 16,5 % 1-9:100.000. ALS ist eine neurodegenerative Erkrankung mit progredienter muskulärer Paralyse als Folge einer Degeneration der Motorneuronen der primären motorischen Cortex.
Anteil im Sample	DU = Muskeldystrophie Duchenne [G71.0]: 14,5 % 1-9:100.000 DU ist ebenfalls eine neuromuskuläre Erkrankung mit progredientem Muskelschwund. Von dieser Erkrankung sind überwiegend männliche Kinder betroffen.
Prävalenz	EB = Epidermolysis bullosa [Q81.1-8]: 15 % 1-9:100.000 Bei EB handelt es sich um eine Gruppe von Krankheiten mit 20 verschiedenen Formen fragiler Haut, die zur Bildung von Blasen und Erosionen neigt.
Symptome ¹	MA = Marfan Syndrom [Q87.4]: 24 % 1-5:10.000 Bei MA besteht eine hohes Maß an Multiorganbeteiligung, so betreffen die Symptome das Skelett- und Muskelsystem, die Augen sowie Mitral- und Aortenklappenanomalien. MW = Morbus Wilson [E83.0]: 21 % 1-9:100.000 MW ist charakterisiert durch eine toxische Vermehrung von Kupfer in den Geweben, hauptsächlich in der Leber und im Zentralnervensystem. NBIA = Neudegeneration mit Eisenspeicherung im Gehirn [G23.0]: 9 % 1-3:1.000.000 NBIA umfasst eine Gruppe neurodegenerativer Erkrankungen mit progredienten extrapyramidalen Funktionsstörungen.
Demographische Daten der Patienten	
Geschlecht	weiblich: 40,7 %; männlich: 59,3 %
Altersverteilung	bis 18 Jahre: 26 % 19-40 Jahre: 28 % 41-63 Jahre: 38 % über 63 Jahre: 8 %
Erwerbstätigkeit	30 % Kinder/Schüler 32 % uneingeschränkt erwerbstätig 17 % in altersbedingter Rente 2 % in Ausbildung 2 % Hausfrau 17 % krankheitsbedingt nicht arbeitsfähig

Tab. 1: Rahmendaten der Befragungsstudie.

Legende: 1 = Diese Angaben wurden dem Portal für seltene Krankheiten und Orphan Drugs – orphanet entnommen. (<http://www.orphanet.de>)

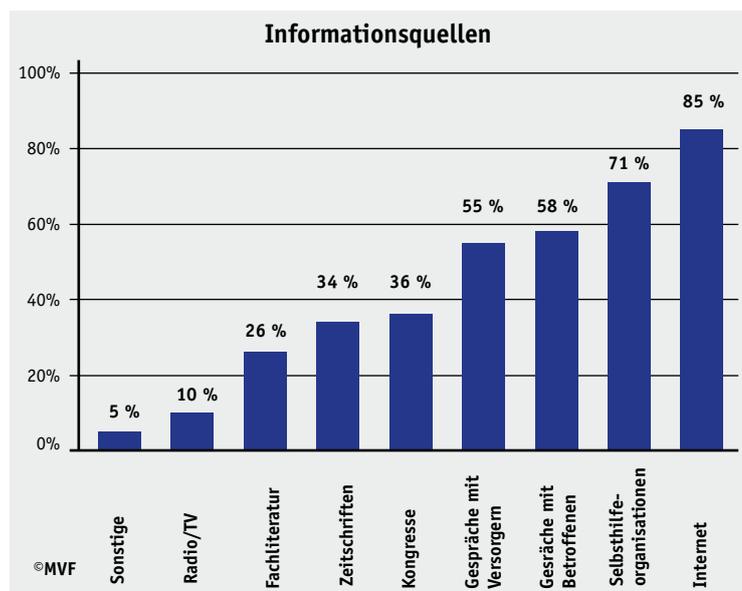


Abb. 1: Informationsquellen

Aussage zu, dass sie stets gut informiert über Fragestellungen bleiben, die für ihre Versorger nützlich sein könnten, jedoch geben nur 53 % der befragten Patienten ihre entwickelten Lösungen bei Problemen in der Versorgung auch tatsächlich an ihre Versorger weiter bzw. 58 % äußern Vorschläge für Veränderungen im Versorgungsprozess (vgl. Abb. 2).

Die besonderen Herausforderungen die sich in der Versorgung seltener Erkrankungen stellen, implizieren in jedem spezifischen Behandlungskontext die Entwicklung neuer patientenzentrierter Versorgungskonzepte. Hierfür ist ein ganzheitlicher Austausch von Wissen und daraus entstehenden Ideen für eine erfolgreiche Umsetzung kohärenter Lösungen von großer Bedeutung. In der Studie wurden Patienten gefragt, wie viele eigene Ideen sie in den vergangenen 24 Monaten in der Versorgung hatten, diese weitergegeben oder sogar implementiert haben. Auch hier zeigt sich, dass die Patienten aktiv nach Lösungen suchen, bei der Umsetzung dieser Ideen mangelt es jedoch an den Möglichkeiten und an der Akzeptanz bei den Versorgern (vgl. Abb. 3).

Koordination und Abstimmung

Durch die gestärkte Rolle des Patienten als Experte seiner Erkrankung, nimmt dieser auch eine koordinierende Rolle innerhalb des Versorgungsteams ein. Er sorgt für den Informationsaustausch und die Wissensweitergabe zwischen den einzelnen Leistungserbringern und transportiert wertvolle Informationen bzgl. therapeutischer Maßnahmen, Heil- und Hilfsmitelesatz sowie Veränderungen in der Versorgung. In unserer Studie wurden alle Mitglieder der einzelnen patientenzentrierten Teams befragt, wie stark sich professionelle Versorger und Betroffene in die Koordination des Informationsflusses und die Abstimmung

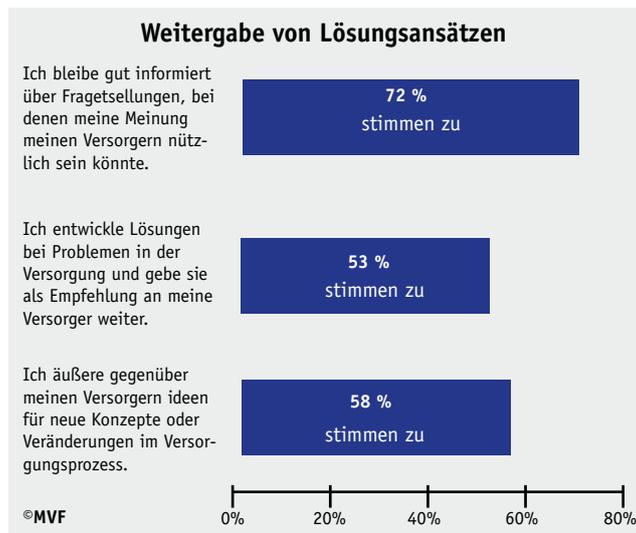


Abb. 2: Weitergabe von Lösungsansätzen durch den Patienten in Anlehnung an Van Dyne/LePine (1998)

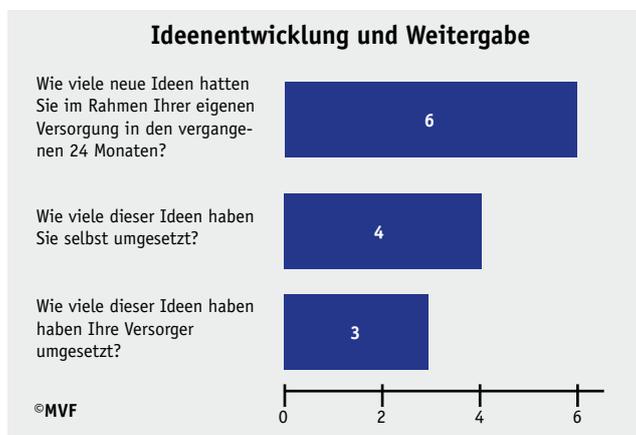


Abb. 3: Ideenentwicklung und Weitergabe

der Gesamtversorgung innerhalb der Teams einbringen (vgl. Abb. 4). Die Versorgerbefragung zeigte, dass den Patienten eine dominierende Rolle zugeschrieben wird, wohingegen der Hausarzt nur mittelmäßig bis wenig koordinierende Aufgaben übernimmt. Dies wurde auch in den Patienteninterviews prominent behandelt: „Ich als Angehöriger nehme eine ganz zentrale Rolle ein in der Koordination des gesamten Versorgungsapparats, sonst kümmert sich keiner [...]“. Dies erstreckt sich insbesondere auch auf die Interaktion mit den Krankenkassen, z.B. im Zuge der Bewilligung benötigter Hilfsmittel. Spezialambulanzen werden ebenfalls als stark in ihrer koordinierenden Rolle eingeschätzt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Zentrenbildung zur spezialisierten Behandlung von Patienten mit seltener Erkrankung und als Anlaufstelle für Ärzte, die insbesondere bei der Diagnose und Behandlung dieser sehr komplexen Erkrankungen hier Unterstützung finden. Auch Kranken-

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2000): Modellprojekt Psychiatrisches Case Management, Band 133, Baden Baden.

Eurordis, The Voice of 12,000 patients: Experience and Expectations of Rare Disease Patients on Diagnosis and Care in Europe, France 2009.

Eurordis, NBIA - Die Einsamkeit der Patienten mit sehr seltenen Krankheiten, http://archive.eurordis.org/article.php3?id_article=1286 (zugegriffen am 29.04.2011).

<http://orphanet.de> (zugegriffen am 29.04.2011)

Faurisson, F. (2004): EurordisCare2: Survey of diagnostic delays, 8 diseases, Europe. In: http://archive.eurordis.org/article.php3?id_article=454 (zugegriffen am 29.04.2011).

Eidt, D./ Frank, M./ Reimann, A./ Wagner, T./ Mittendorf, T./ Graf von der Schulenburg, J.-M. (2009): Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (2009): In der Fassung der Bekanntmachung vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 534).

Van Dyne, L./ LePine, J. (1998): Helping and Voice Extra-Role Behaviors: Evidence of Construct and Predictive Validity. The Academy of Management Journal, Jg. 41, Nr. 1, S. 108-119.

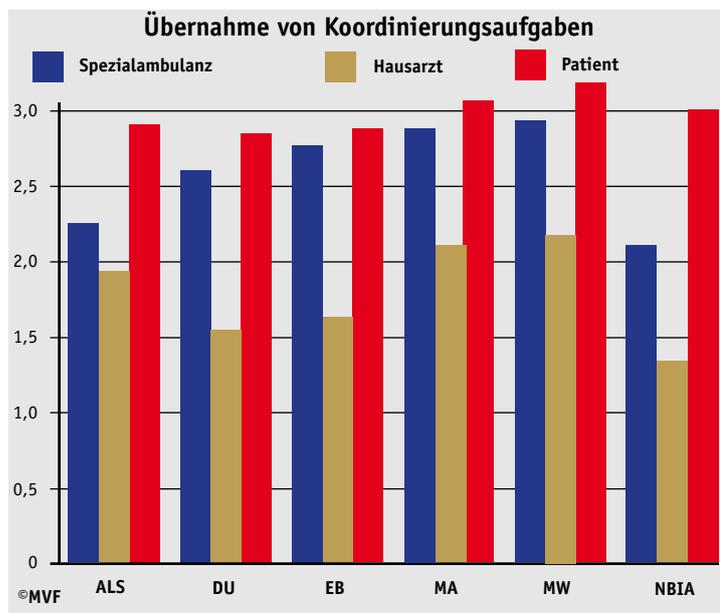


Abb. 4: Übernahme von Koordinationsaufgaben.

versicherungen bzw. der medizinische Dienst der Krankenkassen (MdK) müssen als Mitglied der patientenzentrierten Versorgungsteams aktiv am Informationsaustausch teilnehmen und adäquat reagieren.

Diskussion

Die vorliegende Studie inkludiert Indikationen mit unterschiedlicher Pflegeintensität, Multiorganbeteiligung und Prävalenz. Da sich in den Auswertungen ein sehr einheitliches Bild über alle Erkrankungen hinweg zeigte, lassen sich unserer Ergebnisse auch auf andere seltene Erkrankungen übertragen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es insbesondere auf dem Gebiet der seltenen Erkrankungen von besonderer Wichtigkeit ist, ein multidisziplinäres Expertenteam zu finden, das einerseits patientennah lokalisiert ist und zum anderen den notwendigen Zugang zu spezialisiertem Wissen in weit entfernten Zentren aufweist. Es ist von essentieller Bedeutung den Erfahrungsaustausch und den Wissenstransfer zwischen allen beteiligten Experten zu fördern. Der Patient ist im Zentrum eines Versorgungsteams aus multidisziplinären Leistungserbringern zu betrachten. Durch die aktive Informationssuche der Patienten bzw. deren Angehörigen besteht ferner ein großes Wissenspotenzial, das nicht ungenutzt bleiben darf. Auch bei der Koordination der

Versorgung sind Patienten neben spezialisierten Zentren beteiligt. Dabei müssen sie z.B. durch anwendungsorientierte Leitfäden und helfende Stellen unterstützt werden und auf Versorgerseite muss die Offenheit für Impulse von Patientenseite steigen.

In regelmäßigen Abständen sollte eine Behandlung in einem krankheitsspezifisch ausgerichteten Spezialzentrum stattfinden. Durch den § 116b SGB V konnte bereits die Nutzung von spezialisierten Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung ermöglicht werden. Gleichzeitig bieten diese Zentren eine Option der Konsultation für die wohnortnahen Versorger. Im Kontext der seltenen Erkrankungen muss ein Bewusstsein für Seltenes oder Unbekanntes gestärkt und der Umgang mit unausweichlichen Wissenslücken gelernt werden. Das Heranziehen der Expertise anderer Leistungserbringer muss zum Selbstverständnis werden. Auch der Patient als Experte seiner Erkrankung sollte in seinem Versorgungsteam Gehör finden und eine weiterführende Umsetzung seiner Lösungen muss gewährleistet werden. Das Ausschöpfen dieses Potenzials ist von essenzieller Bedeutung, jedoch darf es nicht zur Voraussetzung einer adäquaten Versorgungsleistung führen. Sozial benachteiligte bzw. bildungsferne Patienten dürfen keinen Nachteil hieraus erfahren und bedürfen besonderer Unterstützung durch externe Stellen. So könnte das Konzept eines Case Managers zur Übernahme von Koordination und Planung medizinischer bzw. sozialer Dienstleistungen Anwendung finden (z.B. BMG 2000). <<

Care and treatment of patients with rare diseases

Patients suffering from a rare disease are struggling with severe challenges: lack of knowledge and information, missing therapies and geographically dispersed expertise. This study investigates the role of coordination and communication within patient-centered healthcare teams to detect potential opportunities and barriers in care and treatment of patients with rare diseases.

Keywords

patient-centered healthcare teams, multidisciplinary, lack of knowledge, patients as experts, coordination and communication, information sources, centers of expertise

Legende: Amyotrophe Lateralsklerose (ALS); Muskeldystrophie Duchenne (DU); Epidermolysis bullosa (EB); Marfan Syndrom (MA), Morbus Wilson (MW); Neudegeneration mit Eisenablagerung (NBIA).

Dipl.-Kffr. Henrike Hannemann-Weber

ist als Wiss. Mitarbeiterin am Fachgebiet für Technologie- und Innovationsmanagement der Technischen Universität Berlin tätig. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich innovativer Dienstleistungen im Gesundheitswesen im Rahmen des BMBF geförderten Projekts EIVE - Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte am Beispiel seltener Erkrankungen. Kontakt: henrike.hannemann-weber@tu-berlin.de



Dipl.-Psych. Maura Kessel

ist als Wiss. Mitarbeiterin am Fachgebiet für Technologie- und Innovationsmanagement der Technischen Universität Berlin tätig. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich innovativer Dienstleistungen im Gesundheitswesen im Rahmen des BMBF geförderten Projekts EIVE - Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte am Beispiel seltener Erkrankungen. Kontakt: maura.kessel@tu-berlin.de



Prof. Dr. Carsten Schultz

ist Inhaber der von der Deutschen Telekom AG gestifteten Professur für Management von Dienstleistungsinnovationen und Technologietransfer am Fachgebiet für Technologie- und Innovationsmanagement der Technischen Universität Berlin. Er leitet dort die Arbeitsgruppe Innovationen im Gesundheitswesen. Kontakt: carsten.schultz@tu-berlin.de



Dr. Viviane Scherenberg
Gabriele Dostal

Vertrauen, Image und Glaubwürdigkeit: Schlummernde Potenzi- ale des Versorgungs- managements der GKVn

In einer immer unbeständigeren und schnelllebigen Zeit gewinnen Marken für Konsumenten – auch in ihrer Rolle als Krankenversicherte – immer mehr an Bedeutung. Stimmt indes das dabei von den Unternehmen geschaffene Markenbild nicht mit der tatsächlichen gelebten Markenidentität überein, treten Dissonanzen mit kontraproduktiver Wirkung auf. Ein Aspekt der für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) unter anderem aufgrund der entstandenen Marktunübersichtlichkeit und Produktvielfalt wichtiger denn je wird.

>> Die Reputation und damit der gute Ruf einer GKV als bedeutendes Marketinginstrument mit intensiver Vertrauensfunktion stellt für die Versicherten ein wichtiges Qualitätssignal zur Reduzierung von Unsicherheiten dar. Denn erst im Leistungs- (bzw. Krankheitsfall) sind die Versicherten in der Lage, sich selbst ein Urteil zu bilden. Daher nehmen differenzierende Output-Signale (Marke, Reputation, Rankings, Auszeichnungen etc.) gerade bei immateriellen Vertrauensgütern (wie den Kassenleistungen), im Vergleich zu Input-Signalen (z.B. Serviceleistungen), eine bedeutende Rolle ein. Dies haben auch die GKVn erkannt, die sich seit dem 01.01.1996 aus der Rolle des reinen „Payers“ immer mehr zum „Player“ entwickeln. In dieser Rolle versuchen sie zunehmend über Markenbildungen sowohl im Wettbewerb erfolgreich zu sein, als auch ihren gesellschaftlichen Solidar Auftrag zu erfüllen. Im Wesentlichen bedienen sie sich dabei zweier übergreifender Strategien:

1. Beeinflussung „weicher“ Faktoren: Aufbau von Image- und Markenwelten, die wie in anderen Branchen auch durch Anmutung, Werte-Impact, Botschaft und Sprache den Verbraucher und seine „weichen“ Bedürfnisse ansprechen. Nur in Ausnahmefällen profitieren die GKVn aus einem eigenen gewachsenen Image (z.B. TK, AOK). Sie partizipieren (gewollt oder ungewollt) in den überwiegenden Fällen von Imagewerten Dritter (z.B. IKK = Handwerk, Siemens BKK = Siemens) oder versuchen, durch Regional- oder Kunstnamen (z.B. BKK Pfalz, Die Bergische BKK, Sancura, Pronova) einen Transfer zu unterschwellig vorhandenen Imagewelten herzustellen.
2. Beeinflussung „harter“ Faktoren: Realisieren von Produkt- und Servicedifferenzierungen mit harten Kriterien (z.B. securvita, BKK MOBIL, BKK vor Ort), die z.B. über Rankings in Fachjournals, eigene Werbe- und Internetauftritte oder über die verbreiteten Gütesiegel rasch vielen Verbrauchern zugänglich sind.

Die Bedeutung der Stimmigkeit der Markenaussage und der Hand-

Abstract

Markenimage, Reputation und Vertrauen haben in einem für die Versicherten immer unüberschaubarem Markt bedeutenden immateriellen Wert mit einer hohen Signalwirkung. Dabei beeinflusst das Markenimage nicht nur das Nachfrageverhalten, sondern wirkt über Versorgungs- und Vorsorgeprogramme bei wahrgenommener Glaubwürdigkeit auch als Anreiz für die gesellschaftliche Verhaltensänderungen. Die Ergebnisse einer marktübergreifenden Bestandsaufnahme der verwendeter Markenlogos der GKVn (n=123) sowie die telefonischen Umfrageergebnisse zu 17 zufällig ausgesuchten Markenlogos (n=704) geben einen Einblick über den aktuellen Status quo hinsichtlich verwendeter Markenlogos und deren Wahrnehmung auf der Seite der Versicherten wieder.

Keywords

Versorgungsmanagement, Glaubwürdigkeit, Vertrauen, Markenimage, Verhaltensweisen, Prävention, Gesetzliche Krankenversicherung

Marken als Vertrauensanker

Starke Marken, die für Zuverlässigkeit, Vertrauen und Glaubwürdigkeit stehen, stellen in einer reizüberfluteten Welt eine dankbare Entlastung des Gehirns dar. Die zunehmende Bedeutung der Marke ist mit Erkenntnissen der Neurowissenschaft belegbar: Denn bei der Wahrnehmung favorisierter Marken wird das rationale Denken reduziert und das Unterbewusstsein aktiviert. Ein Mechanismus des Gehirns Energie zu sparen, da bei unbewussten Entscheidungen nur rund 2 %, bei normalen Gehirnaktivitäten ca. 20 % und bei angestrengtem Nachdenken ca. 30 % Energie verbraucht wird (Roth 2006). Verankert werden „weiche“ Faktoren mithilfe bildlicher Assoziationen und Slogans (z.B. AOK – Die Gesundheitskasse, Barmer GEK – diegesundexperten, DAK – Unternehmen Leben, BKK vor Ort - dort wo Sie uns brauchen). Marken, bei denen das Leistungsversprechen der Marke und die Bedürfnisstruktur der angesprochenen Personengruppe übereinstimmen, werden umso sinn- bzw. identitätsstiftender empfunden. Die Kongruenz zwischen Reden und Handeln entscheidet zudem darüber, wie glaubwürdig z.B. eine Kasse wahrgenommen wird. Stimmen Handlungen, wie die erlebten „harten“ Service- und Versorgungsleistungen mit „weichen“ Botschaften nicht überein, entstehen Dissonanzen, die in Enttäuschung münden und sich früher oder später negativ ökonomisch auswirken.

lungen der GKVn ergibt sich aus den breiten Sanktionsmechanismen, mit denen die Versicherten sowie die breite Öffentlichkeit (als Marktbarometer und gesellschaftliches Reflexionsmedium) ausgestattet sind. Denn nicht allein die sinkende Kundentreue (sprich Kündigungen und Kassenwechsel), sondern auch Massenmedien (Blogs, Foren-Einträge, Wikis und soziale Netzwerke etc.) bewirken, dass mitunter bisher (schwache) Anspruchs- bzw. Kundengruppen an Macht gewinnen. Einer repräsentativen Umfrage des Gottlieb Duttweiler Instituts (GDI) zufolge geht es den Konsumenten bei der Suche nach Informationen nicht mehr um reine Fakten, sondern um Erfahrungen von (wildfremden) Menschen (Frick/Hauser 2007). Der Einfluss unabhängiger Experten (z.B. Stiftung Warentest) ist zwar ungebrochen groß, allerdings vernetzen sich die Konsumenten mehr und mehr online, um Erfahrungen auszutauschen. Auch im GKV-Markt erfreuen sich user-generierte Erfahrungsberichte (z.B. Ciao, Dooyoo) zunehmender Beliebtheit. Verbraucherschützer warnen mitunter vor mangelhafter und manipulationsanfälliger Meinungen von Laien.

Markenbildung in der GKV

Die Macht der Marke als Imagetreiber übt zwar keinen direkten Einfluss auf den Unternehmenswert aus, sehr wohl aber indirekt über Fak-

toren wie höhere Kundenbindung, leichtere Kundenakquise, positivere Effekte bei Handeln, höherer Preisbildung, leichterer Gewinnung von Mitarbeitern sowie Cross-Selling-Effekten. Auch auf die aktive Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen über die Attribute Glaubwürdigkeit, Vertrauen etc. kann in Form eines positiven übergreifenden Anreizklimas indirekt Einfluss genommen werden (Scherenberg 2011). Zudem werden emotionale Ereignisse vom Gehirn besser verarbeitet als neutrale Ereignisse. Emotional aufgeladene Marken tragen wie prominente Botschafter zu einer höheren Aufmerksamkeit und verbesserten Erinnerung der Versicherten bei (Fanderl 2005). Die Werte und Stimmungen werden dabei respektive durch Markenslogans vermittelt, die als eine Art „mission statement“ die Marke oder sogar die Mission und Vision der Kasse in der Öffentlichkeit fest verankern soll (Schmidt 2007). Diese Form der langfristigen Wiedererkennung kann Hinweise darauf geben, welche markenstrategische Ausrichtung eine Kasse verfolgt. Dabei erfolgt die Positionierung eher subjektorientiert oder objektorientiert, sprich es werden unterschiedliche Zielgruppen angesprochen (z.B. „Die Frauenkasse“ – BKK Salvina) und bzw. oder ein klares Nutzenversprechen (z.B. „Mehr Leistung, mehr Service, mehr Menschlichkeit“ – BKK mhplus) transportiert (Haeneck/Laukamp 2006). Eine Vollerhebung aller GKV-Markenslogans im Zeitraum Juli bis September 2009 (siehe Abbildung 1) ergab, dass zum aktuellen Status quo eine Objektorientierung (Dienstleistungsschwerpunkt, Nutzenver-

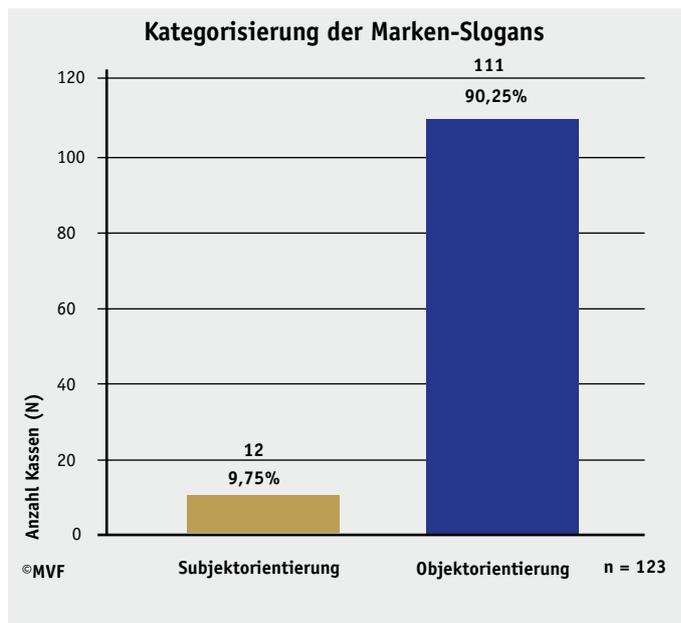


Abb.1 a und b: Kategorisierung der Markenslogans nach Subjekt- und Objektorientierung; Quelle: Scherenberg 2011.

Kategorisierung der Marken-Slogans			
Kassen	Slogan	Ausrichtung	Kategorisierung
Salvina HEK	Die Frauenkasse Die Business K(l)asse	zielgruppenbezogen	Subjektorientierung (Zielgruppenselektierung)
BKK Essanelle Novatis BKK	Die Wellness Krankenkasse Die Präventionskasse	produktbezogen	Objektorientierung (Nutzenversprechen)
BKK Bertelsmann IKK	Das höchste Gut verdient die beste Leistung Die Krankenkasse, die ihr Handwerk versteht.	leistungsbezogen	
DAK TK	Unternehmen Leben Gesund in die Zukunft	neutral	

sprechen) im Vergleich zur Subjektorientierung (bzw. eine spezifische Zielgruppe für die Kassen) bei der Markenbildung im Vordergrund steht.

Diese Konzentration auf ein klares Nutzenversprechen ist bislang jedoch nicht ausreichend erfolgreich. Einer repräsentativen Umfrage zufolge erkennen z.B. 64,2% der Versicherten, die ihre Krankenversicherung bereits mindestens einmal wechselten keine Unterschiede zwischen den einzelnen Kassen (Dostal/Dostal 2010). Dies verwundert unter dem Aspekten nicht, dass allein 14 Jahre nach der Öffnung des GKV-Marktes und damit verschärftem Wettbewerb über ein Drittel der GKVn (37,9%) ohne Slogan agieren (ebd.). Gleichzeitig spiegeln sich die Umbrüche im Markt in der Kurzlebigkeit zahlreicher Slogans wider: Nicht wenige Slogans werden in kurzen Abständen „gewechselt“ oder fallen Fusionen zum Opfer. Anzumerken ist, dass nicht allein das Vorhandensein oder Nicht-Vorhanden-sein eines Slogans Ausdruck des Markenbewusstseins eines Unternehmens ist, sondern vielmehr ob die Verbraucher den Slogan verstehen und mit welchen Inhalten sie ihn assoziieren. Hierzu wurden im Frühjahr 2010 in einer telefonischen Verbraucherbefragung (n = 704) in elf europäischen Metropolregionen in Deutschland – welche mit rund 54 Mio. Einwohnern rund 66% der

Bevölkerung abdecken – 17 zufällig ausgewählte Slogans von 16 Krankenversicherern abgefragt. Die Befragung war hinsichtlich Alter, Geschlecht und regionaler Verteilung repräsentativ.

Den Probanden wurden Slogans vorgelesen, ohne die jeweiligen Krankenversicherer zu nennen. Dabei wiesen die 17 Slogans in der Wahrnehmung der Versicherten deutliche Unterschiede auf (Abb. 2). Denn die Verbraucher, welche den Krankenversicherern aufgrund von Slogans konkrete Eigenschaften/Leistungen (Produkte) zuordnen konnten, schwanken zwischen 6,9% und 55,4%. Damit wird deutlich, dass viele der ausgewählten Krankenversicherer die Chance vergeben, konkrete Leistungs-, Service- oder Imageaussagen zu transportieren und ihr Unternehmen aus der „Austauschbarkeit“ (d.h. der Markt braucht diesen Krankenversicherer überhaupt nicht) zu führen. Die Frage der positiven Einflussnahme z.B. auf das Gesundheitsbewusstsein und Vorsorgeverhalten der eigenen oder potenzieller Versicherter stellt sich unter den Voraussetzungen erst gar nicht.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich gesetzliche Krankenversicherer mit einem stimmigen Slogan - gestützt auf ausgewählte Angebote für ausgewählte Zielgruppen - von Wettbewerbern absetzen können.

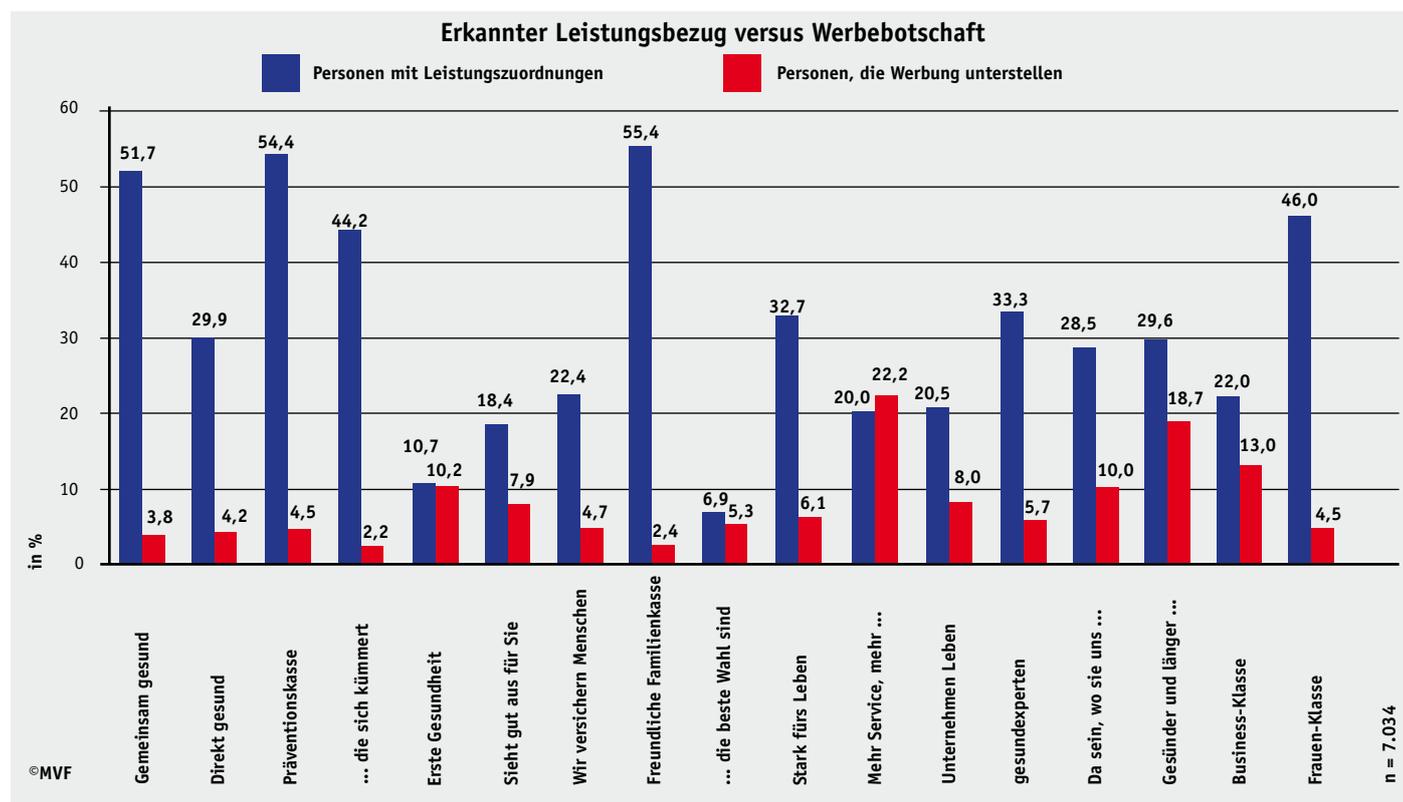


Abb. 2: Erkannter Leistungsbezug vs. Werbebotschaft in % (Mehrfachnennungen); Quelle: dostal-Verbraucherumfrage, Frühjahr 2010.

Die Größe des Kostenträgers z.B. gemessen an Mitgliedern (GKV) oder Vollversicherten (PKV) spielt dabei hinsichtlich der Qualität des Marktauftritts keine erkennbare Rolle. Gleichzeitig wird deutlich, dass Marken und Konzeptstärke deutlich zu wenig als Positionierungs- und Vermarktungschance genutzt werden, obwohl jeder 2. Versicherte - bei den freiwillig oder privat Versicherten sogar fast zwei Drittel - eine zielgruppenorientierte „harte“ Angebotsausrichtung wünscht. Diesem Wunsch nach Unterscheidbarkeit steht der faktischen „Markenwelt“ entgegen. Nur knapp 30% der Verbraucher geben an, dass sie „sehr große/große“ Unterschiede zwischen den Krankenversicherern erkennen.

Von den Unterschiede wahrnehmenden Verbrauchern nehmen fast ein Drittel (30,1%) unterschiedliche Leistungsargumente, gefolgt von Service- (23,8%), Preis- (22,0%) und Imageargumenten (20,6%) wahr. Die trotz Einheitsbeitragsatz noch hohe Preisdifferenzierung spiegelt das allgemeine „Nachhinken“ in der Wahrnehmung von Verbrauchern in Low-Interest-Märkten wider: Häufig prägen „alte“ Erfahrungen Verbrauchereinstellungen. Die Diskussion über Zusatzbeiträge trifft hier also auf „offene Ohren“.

Bedeutung nachhaltiger Wertevermittlung durch Markenbildung

Unterschiedlichkeit von Krankenversicherungen in Abhängigkeit vom Wechselverhalten					
		Wechsel			Gesamt
		ja, gewechselt	ja, überlegt zu wechseln	nein	
sehr groß/groß	Anzahl	91	16	89	196
	% innerhalb von Wechsel	35,8%	22,5%	27,0%	29,9%
weniger groß bis kein Unterschied	Anzahl	163	55	241	459
	% innerhalb von Wechsel	64,2%	77,5%	73,0%	70,1%
Gesamt	Anzahl	254	71	330	655
	% innerhalb von Wechsel	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 1: Unterschiedlichkeit von Krankenversicherungen in Abhängigkeit vom Wechselverhalten; Quelle: dostal-Verbraucherumfrage, Frühjahr 2010.

Oft werden Marketingstrategien dahingehend kritisiert, dass sie sich zu wenig an der Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen orientieren. Dabei werden die psychosozialen Kosten des Marketings (z.B. Imageverlust) und die Bedeutung eines positiven Images bzw. einer positiven Reputation sowie eine hohe Gesellschafts- und Kundenorientierung vernachlässigt. Da das Vertrauen in Marken und Unternehmen als Triebfeder des persönlichen und kollektiven Vertrauens angesehen werden kann, sollten das Verhalten der

GKVN immer mit dem Markenleitbild und den öffentlichen Wertvorstellungen konform gehen. Dabei können Markenbilder als übergreifende Vertrauensanker (je nach Ausgestaltung der Markenattribute) sowohl unternehmensspezifische (Marketing) als auch gesellschaftsrelevante Botschaften (Prävention und Gesundheitsförderung) transportieren und beeinflussen. Denn die Marke als ein entscheidendes Kommunikationsinstrument beinhaltet auch das soziale Engagement und prägt nicht nur wie die jeweilige GKV in der Öffentlichkeit als verantwortungsvoll handelndes Mitglied der Gesellschaft wahrgenommen wird. Mit starken GKV-Marken kann vielmehr auch die gesellschaftliche Anerkennung des Einzelnen durch z.B. eigenverantwortliches Vorsorge- und Präventionsverhalten transportiert werden.

Anzumerken ist, dass die auf eine Reduzierung der GKVN bei gleichzeitig tendenzieller Nivellierung des „Versorgungs“-Angebots orientierte Reformpolitik, mitunter die Erfüllung der Verbraucherwünsche und auch den wettbewerbsförderlichen Markenbildungsprozess auf Seiten der GKVN eher behindert als fördert. Die gesetzlichen Krankenkassen stehen vor der Herausforderung, ihre „Marke“ mehr als bisher als erkennbaren „Anker“ zur Unterstützung ihrer Versicherten und zur nachhaltigen Positionierung zu nutzen. Für eine zusätzliche Dynamik könnte die konzeptionelle Einbindung von Unternehmen aus dem 1. und 2. Gesundheitsmarkt sorgen. <<

Confidence, Image and Credibility: Latent Potential of Supply Management of Statutory Health Insurances

Brand image, reputation and confidence are important attributes for the insured. In a more and more unclear market brands have a high immaterial value with great signaling effect. Thereby the brand image is not only alternating the demand patterns but in addition the social appeal on patient-centered care and prevention programs with perceived credibility. A cross-market inventory of used brand slogans of statutory health insurances (n=123), and the telephone survey of 17 randomly selected brand slogans (n=704) reflect an insight about the current status quo regarding used brand slogans and their perception on the side of the insured.

Keywords

branding statutory health insurances, solidary duty, slogan, positioning, value proposition, brand awareness, uniqueness, sustainable placement of values, collective confidence, message relevant to society

Literatur

- Dostal, A.W.T., Dostal, G. (2010): Verbraucher, Krankenversicherungen und Unternehmen in der Markenwelt der Gesundheitswirtschaft. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Vilsbiburg 2010
- Fanderl ,HS. (2005): Prominente in der Werbung, Deutscher Universitäts-Fachverlag, Wiesbaden.
- Frick,K., Hauser, M. (2007): Kontrolle ist nichts, Vertrauen ist alles, in: GDI Impulse – Wissenschaftsmagazin für Wirtschaft, Gesellschaft, Handel, Ausgabe Sommer 2007, S. 82-97.
- Haenecke, H., Laukamp, G. (2006): Entwicklung und Tests von Nutzenversprechen, in: Zerres, C., Zerres, M. (2006) (Hrsg.): Marketing-Controlling, Springer Verlag, Berlin et al., 3. Auflage, S. 145-164.
- Roth, G. (2006): Was sagt die Gehirnforschung? Wie funktioniert Intelligenz, Kreativität und Motivation?, in: Zimmerli, WC., Wolf, S. (Hrsg.): Spurenwechsel – Wirtschaft weiter denken, Murmann Verlag, Hamburg, S. 13-48.
- Scherenberg, V. (2011): Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge, Gaber Verlag, Wiesbaden.
- Schmidt, K. (2007): Design als strategischer Erfolgsfaktor und Dimension von Identität, in: Piwinger, M., Zerfass, A. (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation, GWV Fachverlag, Wiesbaden, S. 487-498

Dr. Viviane Scherenberg

ist Dekanin Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule für Gesundheitswirtschaft in Bremen. Forschungs- und Veröffentlichungsschwerpunkte: Prävention, Marketing, Markenbildung, Anreizsysteme bzw. ganzheitliches Anreizmanagement, Gehirnforschung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung.

Kontakt: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de



Gabriele Dostal

ist Prokuristin der dostal & partner management-beratung gmbh und seit 1992 als Beraterin und Marktforscherin auf den Gesundheitsmarkt spezialisiert.

Kontakt: g.dostal@dostal-partner.de



InterComponentWare AG

eHealth-Lösungen mit Perspektive



connect.

ICW Produkte vernetzen unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen und schaffen den umgehenden und sicheren Zugriff auf relevante strukturierte Informationen.

manage.

Unsere Produkte erlauben Versorgungsprozesse vorausschauend zu steuern, um Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

personalize.

Wir machen persönliche Gesundheitsdaten für Patienten sicher verfügbar und stärken sie damit in ihrer Rolle als aktive und mündige Patienten.

Mehr Informationen erhalten Sie unter www.icw.de



Medizin und Pflege für Berlin



Vivantes
Netzwerk für Gesundheit