

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



**TITEL-INTERVIEW:**  
Birgit Fischer, Haupt-  
geschäftsführerin des  
Verbands Forschender  
Arzneimittelhersteller e.V.:  
„Versorgung gemeinsam  
gestalten“

„Manche Stadtteile haben gute Voraussetzungen“ (Hildebrandt)  
„IT-Strategie ist fundamentaler Baustein der ACO“ (Stadler)  
„Fehlende Werte in der Versorgungsforschung“ (Mayer)

**FOKUS:  
Integrierte  
Versorgung**

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

03/12 5. Jahrgang

Bildhinweis: Bild S.1 / S.7,9: vfa, Rudolph

## Editorial

### Integrierte Versorgung

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Titelinterview

### „Versorgung gemeinsam gestalten“

Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des vfa

## Redaktion

### „Aus Schnitt- sollen Nahtstellen werden“

Podiumsdiskussion auf dem Frühlingsforum Osteoporose

### „Manche Stadtteile haben gute Voraussetzungen“

Interview mit Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG und Gesundes Kinzigtal GmbH

### Förderpreis für fächerübergreifende Versorgung

Nominierungen für den ACHSE-Central Versorgungspreis stehen fest

### Risikostratifizierung für Diabetes Typ-2

Diabetologie: Patientenzentrierter und praxisorientierter Leitfadent vorgestellt

### Blühende Versorgungslandschaften

Hausärzterverband stellt auf dem DDG ein Stratifizierungscluster vor

### Motivation statt Sanktion

Bericht von der 3. AQUA-Tagung in Göttingen

## Zahlen - Daten - Fakten

### Rabattverträge im Kontext von Patentabläufen

## Standards

Impressum 2

News/Rezension 24

## HINWEIS: KONGRESS-SPECIAL 1/2012

Die 76-seitige Dokumentation des 2. Fachkongresses „Versorgung 2.0“ von „Monitor Versorgungsforschung“, der wieder in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt durchgeführt wurde, bekommen Abonnenten wie Teilnehmer des Kongresses in Form des Kongress-Specials 1/2012 postalisch als Beilage zugestellt. Das Special kann ab sofort aber auch in PDF-Form beim Verlag bezogen werden.

Aus den Kongress-Specials 1 und 2/2011 sowie 1/2012 entsteht das **Fachbuch „Disease Management Programme - Status 2012“**, das auf rund 300 Seiten den aktuellen Stand der DMP in Deutschland beleuchtet. Das Fachbuch ist ab Ende Juni ebenfalls beim Verlag zu beziehen - siehe S. 9.

**Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 25 - 28**

## Impressum

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

**Monitor Versorgungsforschung**  
Fachzeitschrift zu Realität,  
Qualität und Innovation der  
Gesundheitsversorgung  
5. 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.ereRelation.org  
mail@ereRelation.org  
**Verlagsleitung**  
Peter Stegmaier  
**Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo**  
Anke Heiser (verantwortlich für  
den Anzeigentel)  
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**  
Kössinger AG  
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 Nachdruckrechten,  
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-  
tung von Werbeträgern e.V. (IVW),  
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.779  
(IVW 1. Quartal 2012)



## 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  
Schrappe/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

Jörg Stadler / Steffen Dietz

29

### IT-Strategien und effizientes Risikomanagement für Accountable Care Organizations

Eine deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen, massiv steigende Kosten bei unsicherer Finanzierung, fehlende Koordination mit Unter- bzw. Fehlversorgung sowie mangelnde Qualität bei falschem Anreizsystem sind große Herausforderungen für die beteiligten Akteure und die Politik des amerikanischen Gesundheitswesens. Um diesem Trend entgegenzuwirken, hat Präsident Obama im Rahmen seiner Healthcare Reform den Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) verabschiedet. Er stellt die gesetzliche Grundlage für eine performance- und ergebnisorientierte Neuausrichtung dar, zu deren Elementen auch die Gründung von Accountable Care Organizations (ACOs) gehört.

Dr. Oliver Gapp / Dipl.-Gesundheitsökonom Tino Schubert / Dipl.-Volkswirt Tobias Vogelmann

33

### Ambulante Operationen: Einstellungen von Patienten am Beispiel von Knieoperationen

Zahlreiche nationale wie internationale Veröffentlichungen bescheinigen seit Jahren, dass in Deutschland im internationalen Vergleich zu wenig medizinisch notwendige Operationen ambulant durchgeführt werden (Brökelmann 2007: 5; Toftgaard / Parmentier: 42 - 48). Zwar ist bekannt, dass ein Teil dieser Abweichungen auch durch unterschiedliche organisatorische und finanzielle Faktoren in den jeweiligen Ländern erklärt werden können, dennoch sind die Abweichungen bei einigen Operationen zu deutlich, als dass diese Erklärungen als alleinige Begründungen der Differenzen herangezogen werden können.

Dr. Benjamin Mayer

39

### Fehlende Werte in der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung ist eine multidisziplinäre wissenschaftliche Disziplin mit einer noch vergleichsweise jungen Geschichte. Die angestrebten Ziele dieser Wissenschaftsdisziplin sind von großer Bedeutung für die Bewertung der Lage im Gesundheitswesen - unter Umständen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Praxis, Politik und Wissenschaft. Nach Pfaff kann die Versorgungsforschung definiert werden als ein „fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, sowie die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert“.

Silke Lauterbach / Dr. Regine Wellhöner / Dr. Karel Kostev / Prof. Dr. Henri Wallaschofski / Prof. Dr. Thomas Kohlmann

43

### Prophylaxe des diabetischen Fußsyndroms ist defizitär

Der Prävention des diabetischen Fußsyndroms kommt eine große Bedeutung zu. Neben den genannten endogenen Risikofaktoren spielen auch exogene Faktoren wie z. B. inadäquates Schuhwerk oder fehlerhafte Fußpflege eine entscheidende Rolle. Nach dem Internationalen Consensus über den Diabetischen Fuß (1999) könnte u. a. durch regelmäßige Inspektionen der Füße und des Schuhwerks, durch Schulung von Patienten und Familienangehörigen und dem Tragen von geeignetem Schuhwerk die Prävalenz des diabetischen Fußsyndroms gesenkt werden.

# 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](http://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.

## Integrierte Versorgung

**Titelinterview mit Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller** > S. 6 ff.

Vor einem Jahr hat Birgit Fischer die "Grenze" überschritten. Sie war Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK und wurde im Mai 2011 Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller. Damit hat sie die Seiten gewechselt. Sie sieht das nicht als anrühlich, sondern als vorbildlich. Denn wie soll integrierte Versorgung entstehen und funktionieren, wenn nicht dadurch, dass immer mehr Fachleute zwischen den Sektoren und Akteuren mobil sind und mit ihrer Person und ihrem Netzwerk sektoren- und akteursübergreifende Brücken bauen.

Gemeinsam für den Patienten: „Für mich wäre die erste und wichtigste Schnittmenge die gemeinsame Ausrichtung auf den Patienten. ..., denn der Patient selbst hat nicht die Wahl, sich zwischen dem ein oder anderen Player zu entscheiden, im Zweifel braucht er schlicht und ergreifend alle.“ Ist das zu idealistisch oder müssen wir nicht wirklich in dieser Richtung endlich weiterkommen? Durch eine bessere Kooperation mit den anderen Akteuren können die Pharma-Unternehmen vielleicht im Laufe der Zeit Vertrauen zurückgewinnen. Und wenn die Akteure nicht freiwillig zusammenwirken, wird die Politik sie zu zwingen versuchen.

**Fokus: Integrierte Versorgung**

Auch bei der Podiumsdiskussion des **Frühlingsforums Osteoporose** ging es um die notwendige Sprengung alter Denkmuster und -muster, aber: Wer macht den ersten Schritt? > S. 12 f.

**Helmut Hildebrandt**, Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, berichtet von den Erfolgsfaktoren seines Modells. „In einer Großstadt hätte man es möglicherweise sogar leichter.“ > S. 15 ff.

**Wissen**

**Bensing** und **Kleinfeld** analysieren den Einfluss von Patentabläufen auf Marktanteile und Umsätze von Medikamenten. > S. 11 f.

**Wissenschaftliche Beiträge**

**Stadler** und **Dietz** stellen IT-Strategien zur Unterstützung der klinischen und organisatorischen Prozesse in Accountable Care Organizations vor. Im Kern geht es um einrichtungsübergreifende Patientenakten und Key-Performance-Indikatoren, die die Organisationen selbst entwickeln. Damit soll die für die Zusammenarbeit notwendige Transparenz der aktuellen Zielerreichung möglich werden. > S. 29 ff.

**Gapp**, **Schubert** und **Vogelmann** haben Patienten zu ihren Einstellungen zu ambulanten Knieoperationen befragt, um sie in Aufklärungsaktionen und Versorgungsverträgen richtig ansprechen zu können. Die Bereitschaft zu einer ambulanten Operation wird am meisten von der Angst vor schlechter medizinischer Qualität, der Servicequalität und durch Gespräche mit dem Arzt beeinflusst. > S. 33 ff.

**Mayer** analysiert das Problem der Behandlung fehlender Werte in der Versorgungsforschung. Die vollständige Erhebung von Studiendaten ist unter Alltagsbedingungen schwerer möglich als in klinischen Studien. Trotzdem wird dieses Problem in der Versorgungsforschung bisher kaum behandelt. > S. 39 ff.

**Lauterbach**, **Wellhöner**, **Kostev**, **Wallaschofski** und **Kohlmann** untersuchen die Prophylaxe zur Verhinderung des diabetischen Fußsyndroms und finden Defizite. Die Patienten haben keine ausreichende Kenntnis der Präventionsmöglichkeiten. Prophylaktische Maßnahmen (Fußpflege, geeignete Schuhe, Routineuntersuchungen) werden nicht konsequent durchgeführt. > S. 43 ff.

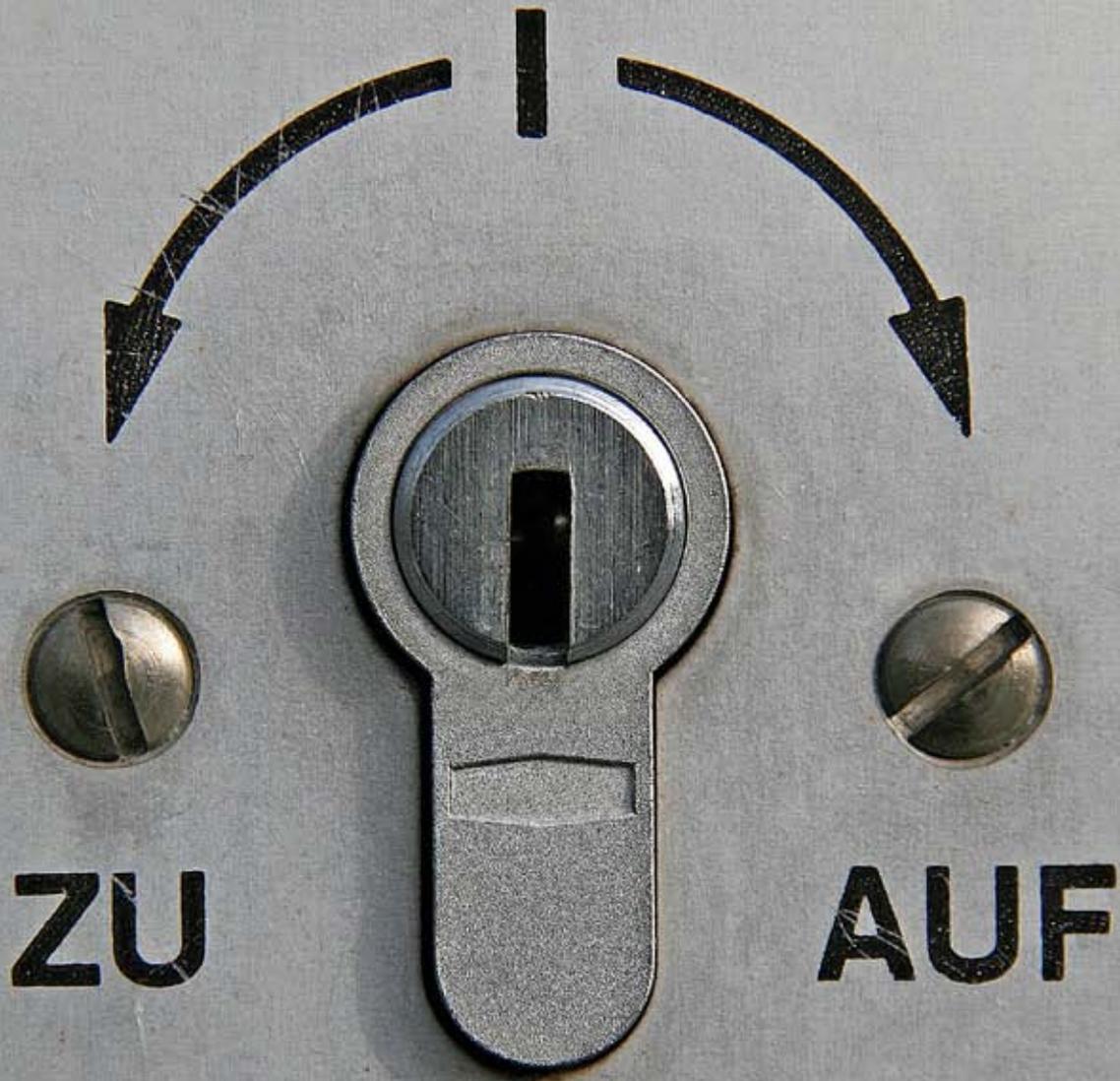
Mit den besten Wünschen für einen schönen Sommer und mit herzlichen Grüßen bin ich

Ihr  
Professor Dr. Reinhold Roski



**Wer zu lesen versteht, besitzt  
den Schlüssel zu großen Taten.**

**Aldous Huxley**



**„Market Access & Health Policy“ eröffnet Einsichten,  
erschließt Perspektiven. 6 Ausgaben für 57 €.**

Bild: Thomas Siepmann - pixelio.de



**market  
access  
&  
health  
policy**

[www.marketaccess-online.de](http://www.marketaccess-online.de)  
[www.healthpolicy-online.de](http://www.healthpolicy-online.de)

**Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V.:**

## „Versorgung gemeinsam gestalten“

Von 2002 bis 2005 war Birgit Fischer Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, seit 2007 Stellvertretende und ab 2010 dann Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK. Bis sie im Mai 2011 einen großen Schritt auf die Industrieseite machte und als Nachfolgerin von Cornelia Yzer Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (vfa) wurde. Dieser Schritt polarisierte, sogar von Anrüchigkeit war die Rede, wohl auch, weil sie auf Kassenseite durchaus als Kritikerin der Pharmaindustrie galt. Heute, exakt ein Jahr später, sind solche Kritiken Vergangenheit, auch, weil sich die gelernte Pädagogin als „Brückenbauerin“ versteht, als jemand, der die verschiedenen Seiten des Gesundheitssystems kennt, versteht und an einer neuen gemeinsamen und vor allem zukunftsfähigen Versorgungslösung mitarbeiten möchte.

>> Frau Fischer, bei der Vorstellung des Jahresberichts der freiwilligen Selbstkontrolle sagten Sie kürzlich: „Kooperation braucht Vertrauen, klare Regeln und Transparenz“. Ist das so etwas wie Ihr ganz persönliches Glaubensbekenntnis?

Ich glaube, dass jeder in seinem jeweiligen Berufsbereich und in den jeweiligen Sektoren versucht, seinen Job so gut wie möglich zu machen. Doch leider ist es oft so, dass dabei zu viele nur ihren Job, ihre Rolle und ihre Funktion sehen. Dadurch entsteht im Laufe der Zeit eine Unkenntnis über das Denken, die Situation und die Rahmenbedingungen des jeweils anderen. Das führt zu Verwerfungen und manchmal sogar zu Feindschaften, weil es eigentlich doch nur darum geht, eigene Interessen zu verteidigen, wodurch die anderen, die doch auch gute Versorgung wollen, schnell zum Gegner werden. Der Blick auf die gemeinsame Schnittmenge, die gemeinsame Zielsetzung und Interessenlage geht verloren.

Das scheint durchaus die Realität im deutschen Versorgungssystem zu sein.

Zumindest solange man nicht versucht, die gemeinsame Ausgangssituation und Interessenlage zurück zu gewinnen. Das erfordert Verständnis und Verstehen der jeweils anderen Seite, wobei mir dieses „andere Seite“ schon zu konfrontativ klingt.

Ist das realistisch?

Es wird, weil es die gemeinsame Schnittmenge eindeutig gibt.

Wie definieren Sie diese gemeinsame Schnittmenge?

Für mich wäre die erste und wichtigste Schnittmenge die gemeinsame Ausrichtung auf den Patienten. Anders wird es auch nicht gehen, denn der Patient selbst hat nicht die Wahl, sich zwischen dem ein oder anderen Player zu entscheiden, im Zweifel braucht er schlicht und ergreifend alle. Nun geht es aus Patientensicht darum, eine Abstimmung, eine Koordination und eine Kooperation hinzubekommen, damit möglichst alle am gleichen Strang ziehen.

Das tun doch schon heute alle, nur an verschiedenen Enden des Strangs, weil alle im Endeffekt um die eigenen Budgets kämpfen.

Was so eigentlich nicht nötig wäre. Eine Erfahrung aus der jüngsten Vergangenheit ist, dass es beispielsweise überhaupt nicht zutrifft, dass Patienten von Fachärzten nicht zu den Hausärzten zurückkommen. Wichtig ist doch, wer was zu welchem Zeitpunkt am Besten für den Patienten leisten kann. Nichts anderes. Man kommt nie zu einer guten

Arbeitsteilung, wenn man nur aus der eigenen Interessenlage heraus denkt, aber man kommt sehr wohl dazu, wenn man das aus der Interessenlage der Patienten tut. Die zweite Erkenntnis der letzten Jahre ist, dass es wohl kurzfristig funktionieren mag, wenn man sich ein-, „igelt“ und seine eigenen Interessen gegen die der anderen durchsetzt, doch mittel- und langfristig funktioniert das nie.

Weil mittel- und langfristig nur Lösungen funktionieren können, die eine Win-Win-Situation für die Beteiligten bedeuten.

Eben. Ich erlebe derzeit die Bereitschaft, in dieser Beziehung umzudenken. Was vielleicht nicht ganz aus freiwilligen Stücken passiert, sondern weil alle mit dem Rücken zur Wand stehen und alle merken, dass es so wie bisher nicht mehr weiter geht.

Warum geht es denn nicht weiter?

Es gibt nun einmal bestimmte Zeiten, in denen Spezialisierung und Qualitätsentwicklung sinnvoll und notwendig ist. Wenn man aber einen bestimmten Qualitätsstandard erreicht hat, ist ein weiterer Fortschritt und eine weitere Qualitätssteigerung nur im Sinne der Kooperation möglich. Und in puncto Spezialisierung sind wir in Deutschland sowieso perfekt. Doch fehlt jetzt die ganzheitliche Sicht.

Wer kann diese Sicht einbringen?

Die Patienten könnten sie einfordern.

Nur haben sie keine ausreichend starke Stimme.

Stimmt. Doch heute spüren alle Beteiligten im Gesundheitssystem, dass sie mit ihren Interessen alleine nicht weiterkommen. Das gefährdet zunehmend die Qualität der Versorgung, weil keiner alleine die richtige Behandlung zum richtigen Zeitpunkt für die richtigen Patienten gewährleisten kann. Darum sind alle Leistungserbringer sowohl interdisziplinär als auch multiprofessionell darauf angewiesen, andere Kooperationspartner zu finden, mit denen sie die Versorgung gemeinsam gestalten können.

Was auch heißen würde, ein solches Denken ganz zu Beginn der Ausbildung von Ärzten und medizinischen Berufen, von denen es immerhin rund 800 in Deutschland gibt, zu implementieren. Doch gibt es keine verschränkten Ausbildungswege.

Zurzeit stellen wir genau darum in vielen Bereichen eine Fehl- oder auch Unterversorgung fest, einfach deshalb, weil vielfach die Kooperation und Abstimmung nicht funktioniert. Zusammenarbeit ist hier



unabdingbar. Und wenn es eine hohe Berufszufriedenheit in den einzelnen Bereichen gibt, hat das auch damit zu tun, dass der Einzelne eben nicht mehr das optimale Ergebnis bringen kann. Das ruft doch geradezu nach Kooperation. Wenn wir vor Jahren noch über integrierte Versorgung gesprochen haben und das mehr eine Überzeugungsarbeit war, hat sich heute weitgehend die Erkenntnis herausgebildet, dass integrierte Versorgung schlicht und ergreifend notwendig ist.

Die Frage ist nur, wie das in einem Gesundheitswesen geschehen soll, das derart sektoral aufgeteilt ist und in dem auch die einzelnen Honorartöpfe sektoral gegliedert sind.

Bei Veränderungsprozessen wird es immer in gewisser Hinsicht „Gewinner“ und „Verlierer“ geben. Dass jeder Angst davor hat, zu den „Verlierern“ zu gehören, ist klar. Darum muss man diese Angst zunächst mal ein Stück weit zurücknehmen und gemeinsam nach Lösungen suchen, die wirklich Win-Win-Win-Situationen sind. Das ist das Kunststück.

Welche Rolle kann die pharmazeutische Industrie in diesem Konzept einnehmen?

Wenn man die gesamte Versorgung des Patienten sieht, dann ist die Rolle der Industrie im weitesten Sinne die gesundheitliche medizinische Leistung. Die ist ohne Innovation und ohne die pharmazeutische Industrie überhaupt nicht denkbar.

Nun ist allzu oft die Rede von Innovationsfeindlichkeit.

Es hat sich im Gesundheitswesen entwickelt, dass wir nicht über Forschung, Entwicklung und Innovationen und damit auch über medizinischen Fortschritt reden. Stattdessen haben wir in den letzten Jahren dieses Gegeneinander und diese beiden scheinbar feindlichen Seiten immer weiter „gepflegt“. Diese Hürde muss überwunden werden, diese Brücke muss geschlagen werden, wenn man die gemeinsamen Chancen und Potenziale heben und die vorhandenen Ressourcen einsetzen möchte für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung der Versorgung und der Therapien. Einen anderen Weg kann ich mir kaum vorstellen, wenn man die heute erreichte Qualität auch nur bewahren möchte.

Nur gibt es leider sehr wenig richtig funktionierende, integrierte Verträge wie beispielsweise das Schizophrenieprojekt von Janssen-Cilag

und der AOK in Niedersachsen.

Das wundert mich nicht. Es müssen viele Hindernisse und Handicaps überwunden werden, bis ein solches Projekt funktioniert. Auch das Projekt in Niedersachsen hat rund vier Jahre gebraucht, bis es überhaupt zustande gekommen ist. Auch waren die Anfeindungen gegenüber der Kasse als auch gegenüber der Industrie massiv.

Weil immer gleich der Vorwurf im Raum steht, die Industrie wolle nur mehr Arzneimittel verkaufen.

Ich finde diesen Verdacht schlicht einseitig und undifferenziert.

Vielleicht steht ganz allgemein ein globales Vorurteil hinter solchen, mit der Industrie initiierten Projekten.

Das Kerngeschäft der forschenden Pharmaunternehmen ist die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln. Und wie in jedem anderen Forschungsbereich auch, geht es hier um die Frage der Anwendung, also schlicht und ergreifend um die medizinische Versorgung. Die Industrie kann es sich überhaupt nicht leisten, kein Interesse daran zu haben, dass eine Versorgung qualitativ hochwertig und gut abläuft. Damit steht und fällt im Grunde die Qualität der eigenen Arbeit und der eigenen Produkte, die sich letztendlich in die Versorgungsrealität einzubringen haben.

Nur war das Denken innerhalb der Industrie über viele Jahre sehr auf das Arzneimittel als solches fixiert.

Sie war auf das Produkt konzentriert, ohne im Grunde die Bedingungen, unter denen Versorgung stattfindet, und die Strukturen, in denen Versorgung stattfindet, mit in den Blick zu nehmen und dadurch Kenntnis und Mehrwert zu generieren. Das war sicherlich ein großes Manko. Gerade darum gibt es ja derzeit einen Veränderungsprozess, in dem sich die Industrie als ein Mitspieler im Gesundheitswesen versteht und auch bereit ist, Verantwortung in gemeinsamen Versorgungslösungen zu übernehmen. Im Grunde spielt sich das Gleiche derzeit auch auf der Kassen- und der Ärzteseite ab, die zunächst einmal eine Mauer aufgebaut haben, die sie nun überwinden müssen.

Wie kann man denn Vertrauen aufbauen? Wobei allen wohl bewusst ist, dass das Pharmamarketing der Vergangenheit nicht immer unbedingt vertrauensbildend war.

Vertrauen kann man nur über Beziehungen aufbauen und über Dinge, die man gemeinsam tut. Vertrauen braucht den Praxistest: Zusagen halten und Versprechen ebenso! Das erzeugt Verlässlichkeit. Darum geht an diesem mühsamen Weg des Ausprobierens und des Erprobens überhaupt nichts vorbei.

**Was spricht für einen erweiterten Pay-for-Performance-Gedanken?**

Pay-for-Performance ist ein mögliches Modell. Doch glaube ich, dass es viel gängigere Modell gibt, mit denen bestimmte Versorgungsprogramme gemeinsam angegangen werden können. Wenn Abstimmungen notwendig sind, wenn Vereinbarungen getroffen werden müssen, wenn Übereinstimmungen in der Zielsetzung nötig sind, dann sorgen die Verhandlungspartner eigentlich automatisch dafür, dass all die dafür notwendigen Schritte auch qualitätsgesichert sind. Man wird sich immer in gewisser Weise an Leitlinien und evidenzbasierter Medizin orientieren, wobei als wichtigstes Messkriterium der Nutzen für den Patienten sein muss. Damit misst man im Grunde nicht den Input einer Leistung, sondern den Outcome, also das Ergebnis für den Patienten. Doch leider betrachten wir noch zu wenig die tatsächlichen Prozesse oder den wirklichen Outcome.

**Da sind wir uns einig. Was kann man jetzt tun, um dem hehren Ziel besserer Versorgung näher zu kommen?**

Ich erlebe mittlerweile viele Gesprächsplattformen und viele unterschiedlichste Gruppen, die sich aus verschiedenen Akteuren zusammensetzen und die gemeinsam beginnen darüber nachzudenken, wie Prozesse anders und besser gestaltet werden könnten als bisher. Ich persönlich glaube nicht daran, dass man über gesetzliche Änderungen unser Gesundheitswesen einfach von heute auf morgen verändern kann. Veränderung muss von der Praxis getrieben und auch von der Praxis getragen werden. Das werden natürlich in einem Kollektivsystem nie alle gleichzeitig tun, sondern es wird immer einige Entrepreneurre geben, die Fortschritt sehen und diesen umsetzen wollen. Diese offenen Köpfe, die nach intelligenten Lösungen suchen, muss man zusammen bringen, um zu versuchen, etwas gemeinsam auf den Weg zu bringen.

**Könnte nicht der vfa ein derartiger Pool sein, in dem ein Masterplan Versorgung aufgelegt werden könnte?**

Ich glaube nicht, dass ein Player und dazu zähle ich die Industrie, sagen kann: Ich setze mir jetzt den Hut auf und schreite voran. Die Bereitschaft muss in den verschiedensten Bereichen vorhanden sein. Nur, wenn sich Akteure aus den verschiedensten Bereichen zusammenfinden, wird man eine wirkliche Veränderung zum Besseren in Gang setzen können. Diese Bereitschaft gibt es jedoch durchaus. Doch leider sind auch die Handicaps und auch die finanziellen Restriktionen nach wie vor enorm groß. Solange es nicht so etwas wie beispielsweise einen Innovationsfonds gibt, wird sich daran auch wenig ändern. Eine Finanzierung aus der Industrie alleine wäre vielleicht möglich, aber im Prinzip überhaupt nicht denkbar, weil dann sofort wieder alle Vorurteile auf den Plan gerufen würden. Darum müsste es schon eine Beteiligung der unterschiedlichsten Akteure geben.

**Präferieren Sie ein bestimmtes Modell? Integrierte Versorgung à la Niedersachsen? Kinzigital à la Hildebrandt? ACO à la USA?**

Es wird die verschiedensten Modelle nebeneinander geben. Man kann nicht auf ein einziges Modell setzen und sagen: Das ist jetzt der richtige

Weg. Alle haben ihre Berechtigungen, wenn sie letztendlich im Ergebnis zu einer strukturierten, evidenzbasierten Behandlungsweise führen.

**Ergebnisse von Versorgungsforschung sind Geschäftsgeheimnisse der Forschenden, ob das nun Kassen oder Pharmafirmen sind: Sollten diese Ergebnisse nicht generell öffentlich sein?**

Der erste Schritt wäre es, dass sich die Beteiligten an Versorgungs-forschungsprojekten einig sind, wie mit Daten umgegangen werden soll. Hier sind Versorgungswissenschaft, aber auch Krankenkassen und Pharmaunternehmen gefordert. Eine besondere Bedeutung kommt dabei selbstverständlich den betroffenen Patienten und ihren Interessenvertretungen zu. Denn um ihre Daten geht es ja!

**Die Frage ist nur, ob die Pharmaindustrie Versorgungsforschung unter dem Rubrum des reinen Erkenntnisgewinns mit finanzieren wird.**

Wenn wir zum Beispiel bei der individualisierten Medizin über bestimmte Patienten-, Indikations- und Bevölkerungsgruppen reden, wird deutlich, dass der Blick der Industrie sehr viel differenzierter werden muss, weil eben nicht mehr nur eher allgemein auf ein bestimmtes Krankheitsbild abgestellt wird. Dazu braucht man Versorgungsforschung, aber auch eine differenzierte Herangehensweise. Daraus ergeben sich wiederum bestimmte Fragestellungen, die für die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln relevant sind. Forschung wird mehr und mehr aus der Versorgungspraxis heraus geschehen müssen, denn die

großen Erkenntnisse und Erfahrungen alleine aus der Naturwissenschaft sind wohl eher endlich. Darum glaube ich, dass wir uns in einem absoluten Umbruch auch innerhalb der Forschung befinden, in der wiederum die Versorgungsforschung eine zentrale Rolle spielen wird.

**Das ist Neuland, das hier betreten wird.**

Sicher. Das heißt auch, dass unsere bisherigen Verhaltens-, aber auch Zulassungsmuster plötzlich nicht mehr funktionieren. Aus Sicht der forschenden Pharmahersteller sind das absolut zentrale Fragen, die darüber entscheiden werden, ob es in Zukunft noch Innovationen geben kann.

**Sehen Sie diese Gefahr wirklich jenseits aller Verbands-Theatralik?**

Diese Gefahr sehe ich durchaus. Wenn es nicht gelingt zu kooperieren, sondern wenn weiterhin jeder seinen Teil nebeneinander her macht, dann wird es nicht möglich sein, eine gemeinsame Lösung zu schaffen. Der Sinn von jedweder Forschung und Entwicklung entscheidet sich letztendlich immer darin, ob das Ergebnis in der Anwendung möglich ist, es für Patienten Zugang zu dieser innovativen Versorgung gibt oder nicht, und ob ein innovatives Arzneimittel wirklich Eingang in die Therapie findet. Hier kommt das gesamte Spektrum der Nutzenbewertung und der Preisverhandlungen zum Tragen. Ich erlebe im Augenblick ein hoch komplexes System, das viele Entscheider in dieser Komplexität nicht durchschauen und darum vielleicht Entscheidungen treffen, die in die Irre führen können.

**Nun wird der AMNOG-Prozess als lernend bezeichnet. Man sieht jedoch, dass die Unternehmen, die die frühe Nutzenbewertung durchschreiten, vor allem mit vier Problemkomplexen - zweckmäßige Vergleichstherapie, verwandte Studien, verwandte Parameter und Operationalisierung des Zusatznutzens - ihre liebe Not haben. Was würde denn aus dem „lernenden System“ ein „verstehendes System“ machen?**

Die Frage ist doch, warum reden wir überhaupt von einem „lernenden

System“? Wir tun das deshalb, weil das AMNOG in Deutschland eine Premiere war. Das heißt, es wurden neue Instrumente geschaffen, deren genaue Anwendung aber nicht ganz klar ist. Deshalb ist eine Reflektion über die Anwendung der Instrumente nötig. Wie nötig ein Monitoring ist, zeigt sich in vielen Einzelfällen der jüngsten Zeit. Unser aller Augenmerk sollte jetzt darauf gerichtet sein, dass sich das unter dem Strich nicht zu Lasten der Patienten auswirkt. Ihre Versorgung mit Innovationen darf nicht ins Stocken geraten. Wenn also in Bewertungen oder Verhandlungen Bedingungen ausgeblendet werden, die für die Forschung von Unternehmen entscheidend sind, muss es im gemeinsamen Interesse liegen, darüber nachzudenken, wie diese Bedingungen angemessen berücksichtigt werden können.

Boehringer und Lilly zogen kürzlich die „Opt-Out“-Option, weil sie mit dem in der Preisverhandlung diskutierten Preisspanne von wenigen Cent für ihr innovatives Medikament nicht zufrieden sein wollten, vor allem in Hinblick auf die europäische Preisbildungsfunktion der deutschen Preise. Wie würde die Argumentation denn aus Sicht ihrer früheren Funktion bei der Barmer GEK lauten? Und wie aus der jetzigen?

Wichtig ist es jetzt, dass alle Beteiligten gemeinsame Lösungen finden, die in der Sache weiter helfen. Im Mittelpunkt müssen dabei die Interessen der Patienten an einer guten Versorgung mit innovativen Arzneimitteln stehen. Der Nutzen für sie muss auch künftig gewährleistet sein. Und das wird nur gelingen, wenn auch die Wettbewerbsbedingungen von international forschenden Unternehmen angemessen berücksichtigt werden. Denn sie sind es, die für den Nachschub an Innovationen sorgen müssen. Patienten brauchen im Ergebnis sowohl die Pharmunternehmen, die forschen, als auch die Krankenkassen, die notwendige Leistungen finanzieren. Deshalb sollten wir im Interesse der Patienten



auch keine unnötigen Gegensätze zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen konstruieren. Für die Patienten ist entscheidend, wie sie zusammenarbeiten.

Hat sich das Image der Pharma-Unternehmen durch das AMNOG, die Konzentration auf die Belegung des Nutzens und eine - wie auch immer - faire Preisbildung wirklich schon verändert? Oder wird es sich langsam verändern?

Das AMNOG ist kein Instrument, um am Image zu arbeiten. Vielmehr bieten seine Strukturen und Instrumente die Gelegenheit für faire Verhandlungen und die Chance, den Patientennutzen in den Mittelpunkt zu stellen. Verhandlungspartner, die fair miteinander umgehen und gute Ergebnisse produzieren, können sicher mit Wertschätzung rechnen, ohne dass sie krampfhaft um ihr eigenes Image bemüht sein müssen. Das ist jedenfalls der Weg, den die

Industrie gehen will.

Was können Sie ganz persönlich tun, nachdem Sie den nicht ganz unpolarisierenden Schritt über die Brücke von der Kassen- auf die Industrie- Seite getan haben?

Die Brücke, über die ich da gegangen bin, hat schon einen richtig großen Schritt erfordert - doch vielleicht war das auch ein kleines Vorbild für andere. Vertrauen ist nun einmal das A und O und Verständnis das Alphabet. Menschen, die das System von verschiedenen Seiten erlebt haben, zeigen vielleicht etwas mehr Bereitschaft und die Möglichkeit zur Zusammenarbeit als andere, die in ihren Sektoren verhaftet sind.

Frau Fischer, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Fotos S. 1, 7 und 9: vfa / S. Rudolph

## Kongress-Special 1/2012: Volltext-Dokumentation des Kongresses „Versorgung 2.0“ zur Zukunft der DMP und Fachbuch „Disease Management Programme - Status 2012“

Auf dem 2. Fachkongress „Versorgung 2.0“ von „Monitor Versorgungsforschung“, wieder in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt durchgeführt, wurde der aktuelle Stand der empirischen Ergebnisse sowie Konzepte, Strategien und die Sichtweisen der Beteiligten rund um DMP präsentiert. Dr. Maximilian Gaßner (BVA) und Dr. Rainer Hess (G-BA) sprachen über die Zukunft der DMP, Stock und Redaelli referierten über die Methode des Propensity-Score-Matching, Böcken, Nolting und Zich zeigten die regionalen Variationen in der deutschen Gesundheitsversorgung auf, Van Lente plädierte aus Kassensicht dafür, die Unterschiede auf regionaler Ebene zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess der Versorgung chronisch kranker Patienten zu nutzen, Graf von Stillfried, Czihal, Altenhofen und Hagen traten aus Ärztesicht für regional organisierte einrichtungsübergreifende Kooperationsformen ein, Ewers und Schaeffer wiesen auf die Achilles-Ferse integrierter Versorgungsformen hin, Fröhlich, Roebbers und Wagner erklärten das sektorenübergreifende Qualitätsmodell der integrierten Schlaganfall-Versorgung, Horenkamp-Sonntag und Linder verglichen DMP-Dokumentationen mit GKV-Routinedaten

und fanden erhebliche Unterschiede, Fey präsentierte DAK-Ansätze zu Versorgungsmanagement und Patienten-coaching, Kerkemeyer und Biermann beleuchteten das Evaluationskonzept der Integrierten Versorgung (IVS) für Patienten mit Schizophrenie in Niedersachsen, Härtel und Koch analysierten die Vernetzung der Akteure als wichtigen Erfolgsfaktor integrierter Versorgung. Und in zwei Podiumsdiskussionen zu den Themen „Wettbewerb der Regionen“ und „Wettbewerb der Systeme“ brachten Referenten und Fachleute aus dem Publikum ihre ergänzenden Gedanken, Ansätze und Erfahrungen ein.

Die **76-seitige Dokumentation** in Form des Kongress-Specials 1/2012 bekommen Abonnenten wie Teilnehmer des Kongresses als Beilage dieser MVF-Ausgabe zugestellt. Sie kann aber auch als PDF beim Verlag bezogen werden.

Aus den Kongress-Specials 1 und 2/2011 sowie 1/2012 entsteht das **Fachbuch „Disease Management Programme - Status 2012“**, das auf **rund 300 Seiten** den aktuellen Stand der DMP in Deutschland beleuchtet. Das Fachbuch ist ab Ende Juni ebenfalls beim Verlag zu beziehen.



Bestellen Sie zum Subskriptionspreis bis 20. Juni 2012 direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health unter [www.m-vf.de](http://www.m-vf.de)

## INSIGHT Health zum Einfluss von Rabattverträgen auf Versorgung und Wettbewerb:

# Rabattverträge im Kontext von Patentabläufen

Aktuell steht das AMNOG mit seinen Auswirkungen auf die Versorgung von Patienten mit innovativen Präparaten im Fokus des Arzneimittelmarktes. Am Ende des Lebenszyklus einer pharmazeutischen Innovation finden sich allerdings ebenfalls aktuelle Themen von hoher Relevanz für die Patientenversorgung, die vielleicht etwas weniger im Rampenlicht stehen. Gemeint ist der Ablauf des Patents und dessen Folgen.

>> Mit dem Ablauf der Schutzrechte für einen Wirkstoff kommt es in der Regel zum Markteintritt von Generika. Der generische Wettbewerb kann dabei rasch Marktanteile zugunsten der Nachahmer-Präparate verschieben, welche hierdurch wiederum eine bedeutende Rolle in der Patientenversorgung übernehmen. Die generischen Präparate stehen dabei quasi mit Patentablauf zur Verfügung. Binnen weniger Wochen werden hier signifikante Mengen über den pharmazeutischen Großhandel in die Apotheken distribuiert.

## Patentablauf sorgt für Marktverschiebungen

Im Jahr 2011 sind die Patente für zahlreiche Wirkstoffe abgelaufen, darunter u. a. Valsartan und Olanzapin (Quelle: SHARK, INSIGHT Health; vgl. Tabelle 1). Damit wurde ein signifikantes Marktvolumen dem Wettbewerb um die Patientenversorgung zugeführt. Alleinig bezogen auf die in Tabelle 1 aufgeführten sechs Wirkstoffe sind dies im Jahr 2010 GKV-Ausgaben in Höhe von knapp 900 Mio. Euro bewertet zu Apothekenverkaufspreisen (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

### Beispiel Valsartan (mono):

Hier waren 2010 GKV-Ausgaben bewertet zu Listenpreisen in Höhe von 116 Mio. Euro zu verzeichnen. Die Kosten je Tagestherapiedosis (DDD) betragen rund 52 Cent (NVI, INSIGHT Health). Zum 13. November 2011 lief

der Patentschutz aus. Dies führte unmittelbar zu einer umfangreichen Belieferung der Apotheken mit den generischen Präparaten durch den Großhandel (vgl. Abb. 1). Insgesamt wurden bereits im Dezember 2011, also im Folgemonat des Patentablaufs, mehr als die Hälfte der Valsartan-Patienten mit den kostengünstigeren Generika therapiert. Dies bedeutet, dass zahlreiche Patienten unmittelbar mit Markteintritt der Generika auch eine entsprechende Umstellung erfahren haben. Im März 2012 erreichte die Generika-Quote bezogen auf die mit Valsartan versorgten GKV-Patienten rund 80 Prozent. Bei den Neueinstellungen liegt der Anteil der Generika sogar deutlich über 90 Prozent (Patienten Tracking, INSIGHT Health).

Die durchschnittlichen Kosten je Tagestherapiedosis sanken in der Zwischenzeit auf ca. 22 Cent (vgl. Abb. 2). Krankenkassen können demnach erhebliche Einsparungen durch die niedrigeren Preise der Generika realisieren.

## Rabattverträge nach Patentablauf

Rabattverträge über Arzneimittel nach § 130a (8) SGB V sind nach Zahlen von INSIGHT Health mit einem aktuellen Anteil von 54,1 Prozent der Verordnungen (März 2012, vgl. Abb. 3) ein zentraler Kostendämpfungsbaustein innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Jahr 2011 kamen so Einsparungen in Höhe von über 1,6 Mrd. Euro

zustande (vgl. BMG, KV 45 - Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2011).

Nicht selten werden die gerade erst generisch gewordenen Wirkstoffe kurz nach Patentablauf in eine Rabattausschreibung nach § 130a (8) SGB V aufgenommen. So erfolgte die erste europaweite Rabattausschreibung zu Valsartan bereits am 21. Dezember 2011 durch spectrum|K, also nur ein paar Wochen nach dem generischen Marktzugang. Rabattverträge wie diese greifen damit kurz nach Patentablauf bereits in den geöffneten Markt ein. Unter den neun Bewerbern gingen drei Gewinner hervor, welche ab dem 1. Mai 2012, also ca. sechs Monate nach Patentablauf, den wesentlichen Teil der Valsartan-Versorgung der Patienten der ausschreibenden Kassen übernehmen.

Sechs weitere Tender zu dem Wirkstoff sind bereits veröffentlicht, so dass die Versorgung spätestens zum Inkrafttreten der TK-Ausschreibung am 1. November 2012 und damit ein Jahr nach Patentablauf nahezu vollumfänglich über Tender geregelt sein wird.

Für die Patienten bedeutet dies, dass sie sich gegebenenfalls erneut mit einer Umstellung beschäftigen müssen. Was aus einer kurzfristigen kostenorientierten Perspektive der GKV heraus ggf. Sinn macht, kann im Einzelfall problematisch sein. So wird etwa in dem Kontext von Umstellungen auch über den möglichen negativen Einfluss auf die Therapiecompliance diskutiert. Die Relevanz dieses Themas variiert allerdings von Indikation zu Indikation.

Ausgewählte Patentabläufe 2011

Wirkstoff	ATC-3-Gruppe	Ablaufdatum	GKV-Ausgaben (AVP) 2010
Anastrozol	L02B Cytostatische Hormonantagonisten	11.02.2011	149 Mio. Euro
Exemestan	L02B Cytostatische Hormonantagonisten	08.07.2011	54 Mio. Euro
Letrozol	L02B Cytostatische Hormonantagonisten	24.07.2011	109 Mio. Euro
Olanzapin	N05A Antipsychotika	27.09.2011	291 Mio. Euro
Valsartan	C09C Angiotensin-II-Antagonisten, rein	13.11.2011	116 Mio. Euro
Valsartan + HCT	C09D Angiotensin-II Antagonisten, Kombinationen	13.11.2011	167 Mio. Euro

**Tab.1:** Ausgewählte Patentabläufe 2011. INSIGHT Health: SHARK-Patentdatenbank, NVI.

### Bridging-Verträge vor Patentablauf

Etwas anders fällt der Blick auf solche Rabattverträge aus, die unmittelbar vor Patentablauf geschlossen werden. Originalhersteller reagierten in jüngster Vergangenheit vermehrt mit sogenannten Bridging-Verträgen auf die von ihnen antizipierten, drastischen Marktverschiebungen.

Dies bedeutet, dass vor dem Ablauf des Patentschutzes ein Rabattvertrag mit einer Kasse abgeschlossen wird, der sich zeitlich über den Patentschutz hinaus erstreckt. Damit ist eine Substitution des Originalproduktes in der versorgenden Apotheke nicht mehr ohne weiteres möglich, was unter anderem zu Beschwerden der Generikaindustrie führte. Beispiel hierfür ist der Wirkstoff Candesartan, für den im letzten Quartal 2011, also kurz vor dem Patentablauf am 29. April 2012, Rabattverträge mit 124 gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen wurden. Der Wirkstoff steht für GKV-Ausgaben (AVP) von rund 214 Mio. Euro im Jahr 2011 (NVI, INSIGHT Health). Für den Patienten bedeutet dies, dass er bis auf weiteres mit seinem gewohnten Präparat weiterversorgt wird. Für den Wettbewerb bedeutet dies allerdings, dass der Marktzugang zumindest partiell beschränkt bleibt. <<

von:  
Christian Bensing  
Dr. André Kleinfeld\*

\* INSIGHT Health, Versorgungsanalysen & Market Access, vf@insight.health.de.

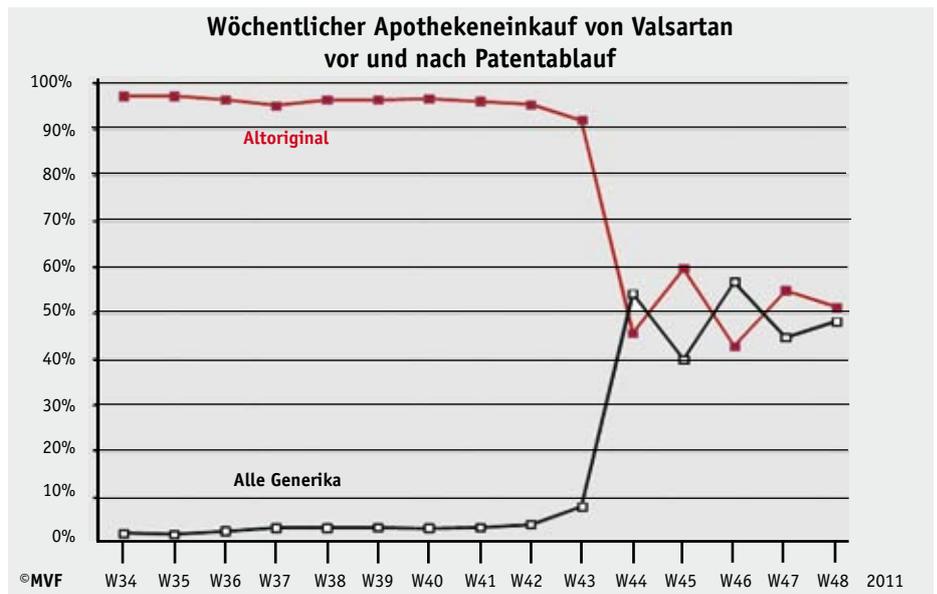


Abb.1: Patentablauf Valsartan - Monitoring der wöchentlichen Apothekenbelieferungen 34. bis 48. Datenwoche 2011 - hier: Marktanteile nach Packungen; Quelle: INSIGHT Health: Weekly Monitor.

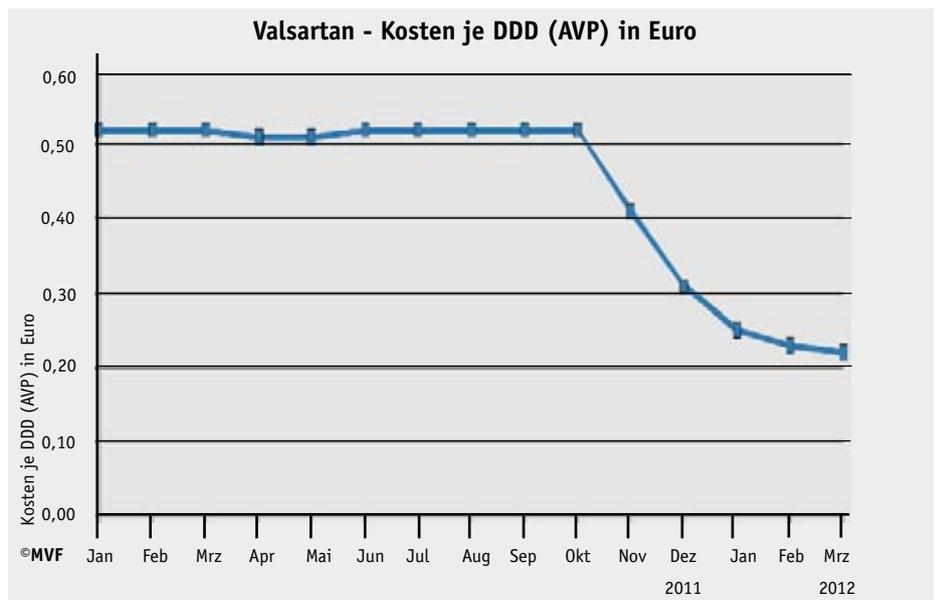


Abb. 2: Valsartan - Kosten je DDD (AVP); Quelle: INSIGHT Health: Sonderanalyse, NVI; Kosten je Tagestherapiedosis nach Apothekenverkaufspreis ohne Berücksichtigung von Rabatten und Zuzahlungen.

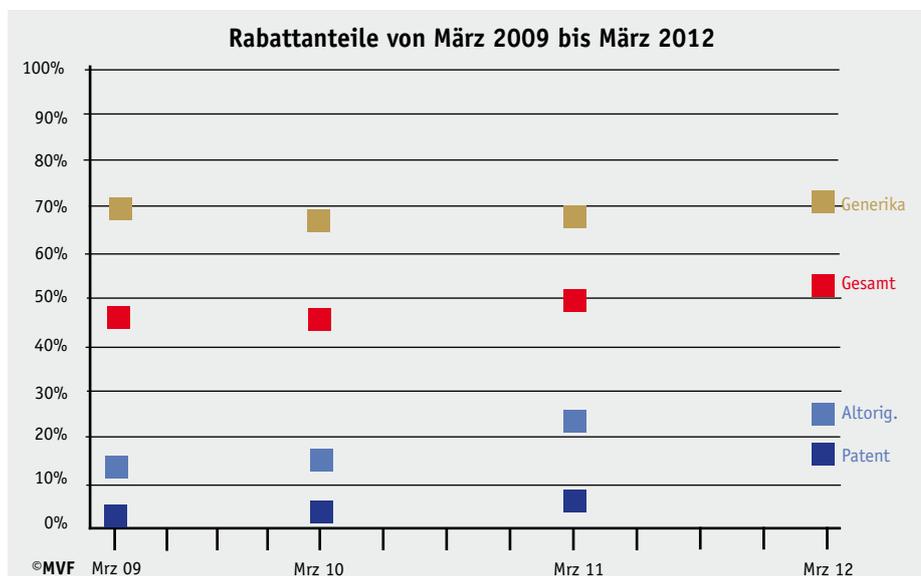


Abb. 3: Rabattanteile (rabattierte Verordnungen an allen abgerechneten GKV-Verordnungen); Quelle: INSIGHT Health: NVI-KT.

## Frühlingsforum Osteoporose

## „Aus Schnitt- sollen Nahtstellen werden“

Anlässlich der zum diesjährigen Frühlingsforum Osteoporose von Amgen und GSK in München veranstalteten Podiumsdiskussion „Gemeinsam für den Patienten - Wege aus der Versorgungsmisere“ stellte sich zwischen den Vertretern von Betroffenen, Ärzten, Wissenschaftlern und Kassen schnell ein Konsens ein: Ein Durchbruch in der Osteoporose-Versorgung ist dringend nötig. Die Frage lautet indes wie so oft: Wer macht den ersten Schritt?

>> „Ich bin überzeugt, dass wir unbedingt einen Durchbruch brauchen“, zeigte sich die Vertreterin der Betroffenen, T. Schnell, die Leiterin einer Münchener Selbsthilfegruppe des BFO, recht kämpferisch. Zum einen müsste die derzeitige Versorgung verbessert werden, zum anderen seien „un glaubliche Veränderungen gerade in der Vorsorge“ nötig. Laut Schnells persönlicher (und von der Wissenschaft gedeckter) Beobachtung erkranken immer mehr Menschen an Osteoporose, wobei man diesen Zuwachs nur durch rechtzeitige Vorsorge verhindern könne. „Man muss die Kommunikation intensivieren und schon in den Schulen beginnen, die Kinder zu informieren und zeigen, was man an Bewegung, an Sport, an Ernährung schon im Kindesalter tun kann, um später nicht krank zu werden“, meint die Leiterin einer Selbsthilfegruppe, die nach eigenem Bekunden täglich unendlich viele Anrufe von Patienten erhält, die die Diagnose Osteoporose gestellt bekommen haben, dann telefonisch bei ihr landen und fragen: „Und jetzt, was nun?“, „Was soll ich machen?“ oder „Was ist der nächste Schritt?“. Die meisten Patientinnen bekämen nach ihrer Erfahrung als Erstes ein Biphosphonat verordnet, was wohl die Normalverordnung eines Arztes sei, der offensichtlich im Budget bleiben möchte, nach drei Wochen würden dann die ersten Darm- und Magenprobleme auftreten und die Betroffenen wüssten nicht mehr, was sie machen sollen. Die Betroffenen, meist Frauen um die 50 oder 60 Jahre, hätten oft eine große Familie und „können auf einmal nicht mehr so, wie von ihnen erwartet wird“, weiß Schnell aus vielen Gesprächen. Erschwerend hinzu käme, dass die Familie meist relativ wenig Verständnis für diese Krankheit habe. Schnell: „Diese Menschen landen bei uns und wir versuchen, ihnen erst mal wieder Mut zu machen und zu erklären, dass das Leben völlig normal weitergehen kann, wenn man sich darauf einstellt und aktiv bleibt.“ Diese Zuwendung, die laut Schnell „auch vom Zeitproblem her ein Arzt gar nicht geben kann“, würde sehr oft vermisst.

„Vor welcher Art Herausforderung stehen wir eigentlich?“, fragte Moderator Thomas



Das seit Jahren bei Fachärzten etablierte „Frühlingssymposium Osteoporose“ mit einer aktuellen Podiumsdiskussion. V.l.n.r.: H. Gothe, J. Singhammer, H. Zempke, T. Schnell, K. Dreinhöfer und H. Potuscheck.

Hegemann aus Heidelberg daher sicher nicht zu unrecht. Müsse man nicht nur im System etwas verändern, sondern sowohl in unserem Denk- als auch in unserem Gesundheitssystem, der Vorgehensweise und den Mustern der Versorgung? Seine Gretchenfrage an Holger Gothe, Professor an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH in Hall in Tirol: „Brauchen wir eine realistische Zielsetzung einer Extrapolation oder zeigen die Daten, dass wir den alten Denkrahmen, die alten Denkmuster sprengen müssen?“

### Oft fehlt der Impact

Versorgungsforscher Gothe, früher bei IGES-Institut beschäftigt, zeigte sich indes wenig optimistisch. Zwar freuten sich Versorgungsforscher und sicherlich auch Behandelnder, wenn sich in den letzten sechs bis sieben Jahren, die die aktuellen Studien abdecken würden, Effekte zeigen ließen, doch sei er ein bisschen enttäuscht. Es sei nicht nur eine Menge Zeit vergangen, sondern seine Kollegen und er hätten auch viele Veranstaltungen wie heute durchgeführt, seitdem die Ergebnisse der BEST-Studie vorlägen. Gothe, der auf dem Frühlingssymposium über „8 Jahre Leitliniengerechte Therapie: BESTe Aussichten für Osteoporosepatienten?“ referierte: „Die Enttäuschung, die man als Versorgungsforscher hat, ist die, dass sich nicht genug verändert oder getan hat in der Verbesserung der Therapie.“

Man müsse das ganze schon ein wenig beschleunigen, wenn man in fünf oder auch acht Jahren wieder eine Studie zu Osteoporose machen wolle, in der die Ergebnisse dann noch besser seien. Damit spricht er ein Problem der Versorgungsforschung generell an: Welchen tatsächlichen Impact hat sie - abgesehen vom sicher wertvollen Erkenntnisgewinn - wirklich auf die Versorgungsrealität? (Das ist übrigens eine Frage, der „Monitor Versorgungsforschung“ in den kommenden Ausgaben nachgehen wird.)

Wofür braucht es Versorgungsforschung, wenn sie nicht in eine Versorgungsstrategie mündet? Zur Zeit spüre man nach Hegemann „eine Überbetonung des Wirksamkeits-, des Efficiency-Gedankens“, anstatt aus den Ergebnissen von Versorgungsforschung wirklichen Nutzen unter Alltagsbedingungen und das möglichst gemeinsam mit Patienten zu entwickeln. Potuscheck zumindest fühlt sich „inspiriert durch Versorgungsforschung“. Man müsste sich nun zusammensetzen und ein sehr dicht an Arzt und Patient befindliches Osteoporosenetzwerk politisch und monetär unterstützen, was doch ein Anfang sei.

Von dramatischen Zahlen für jeden Einzelnen, der eine Fraktur erleidet, spricht Prof. Dr. Karsten. E. Dreinhöfer, Vizepräsident des Berufsverbands der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und Mitgründer des „Fragility Fracture Networks“. Wenn man einen Einzelnen vor einer Fraktur bewahren könne, sei das ein valides Ziel, doch wenn man Zehn- oder gar Hunderttausenden helfen

könne, sei das ein fantastisches Ziel. Er denkt hier zu aller Erst an ein riesiges Hilfefotenzial, erst dann an ein ebensolches Einsparpotenzial.

„Wir haben eindeutige Studien, wir haben Medikamente und wir haben Patienten, die dank der Hilfe der modernen Medizin immer älter werden und die ihre legitimen Ansprüche an ein Altwerden in Würde haben“, sagt der niedergelassene Arzt Dr. Andreas Zemke. Auch er möchte daher nicht in erster Linie von den Kosten sprechen, die zwar sicherlich ganz wesentlich seien, doch hier handele es sich um eine individuelle Betroffenheit. Sein Credo: „Wenn Menschen aufgrund der Fortschritte der modernen Medizin schon älter werden können, dann sollte das auch in Würde und mit möglichst wenig Beeinträchtigung geschehen.“

Wie aus dem Konjunktiv „würde“ Realität werden könnte, erklärt Gerhard Potuschek, Landesgeschäftsführer Bayern der Barmer GEK. Er beschäftigt sich seit einiger Zeit nach eigenem Bekunden ganz intensiv mit dem Thema Osteoporose und der Versorgung in der Region Bayern. Mit den aktuellen Auswertungen stünde eine sehr valide Datenlage zur Verfügung, aus denen nun die richtigen Schlüsse gezogen und die richtigen Maßnahmen abgeleitet werden müssten.

Bei integrierten Verträgen sei die Kassenseite in der Vergangenheit sicher manches Mal zu zurückhaltend gewesen, sagt Potuschek selbstkritisch. Deshalb gelte für alle: Klare Spielregeln für beide Seiten, klare Verpflichtungen und klare Qualitätskriterien. Beachte man dies, bekomme man auch einen integrierten Versorgungsvertrag hervorragend zum Laufen.

Momentan führt Potuschek jedoch mit einer Institution die Diskussion, dass es nicht zielführend sei, um „nach Möglichkeit viele zu beteiligen“, die Qualifikation abzusenken. Das sind nach Meinung des Landesgeschäftsführers Bayern der Barmer GEK „Schritte, die man in einer wohl verstandenen, zukunftsorientierten Versorgung von Osteoporosepatienten und -patientinnen“ nicht gehen kann. Hier habe er eine ganz klare Meinung und eine ebensolch klare Auffassung, die er der Körperschaft des öffentlichen Rechts als Institution auch so mitgeteilt habe.

Damit steht auf der anderen Seite sein bilateraler Vertragspartner für ein Modell der Osteoporose-Versorgung in Bayern auch schon fest. Mit diesem gemeinsam, habe er dem Landesgesundheitsrat Bayerns zugesagt, werde bis Mitte des Jahres eine Grundstruktur für einen integrierten Versorgungsvertrag mit den Beteiligten in Bayern stehen.

Aufgrund des Versorgungsstrukturgesetzes müsse aber noch das Bundesversicherungsamt und die Landesaufsicht prüfen, ob dieser Vertrag auch wirklich absolut wirtschaftlich ist, wovon er allerdings überzeugt ist. Potuschek: „Wir werden den Vertrag spätestens bis zum Jahresende realisiert haben.“ Wenn es nach ihm ginge, könne dieser aber auch schon zum 1. Oktober in Kraft treten.

Das alles verlangt vor allem zwei Dinge: Gemeinsames Wollen und Koordination. Das scheint nun vorhanden zu sein. Daher werde die Politik gerade in diesem Indikationsspektrum nicht einschreiten müssen, sagt er als Erwiderung auf Singhammers nur allzu deutliche Worte. Denn aus der Selbstverwaltung heraus käme derzeit Bewegung. Er sieht diese auf Kassenseite, aber auch auf jener der Ärzte. Der BAMRER-Landeschef prognostiziert, dass aus heutigen Schnittstellen schon in Jahresfrist Nahtstellen würden. Man werde „bis zum Ende des kommenden Jahres in Deutschland bereits relativ weit sein“. Was Singhammer freuen würde, der gleich zusagte: „Wir sind froh über Vorschläge aus dem Bereich der Selbstverwaltung, die die Unionsfraktion, für die ich sprechen kann, sehr gerne aufnehmen und versuchen wird, sie auch sehr schnell umzusetzen.“

## Durchbruch oder Durchmogeln?

Frage ist nur, wie Moderator Hegemann einwirft, ob man eine kontinuierliche Weiterentwicklung im Sinne einer lediglichen Systemverbesserung haben möchte oder einen Durchbruch, der aus den Zahlen ablesbarer Dynamik vielleicht angemessener wäre. Potuschek hingegen ist nach eigenem Bekunden der Meinung, dass es ausreiche am System zu arbeiten, um so zu einem entscheidenden Durchbruch im System zu kommen. „Einen Durchbruchcharakter herzustellen, wird ungleich schwierig sein“, meinte der Vertreter der Krankenkassen-Seite, der nur zu gut weiß, wie schwierig es ist, ein Zusammenspiel, eine Kooperation, ja Gemeinsamkeiten aller an der Versorgung Beteiligten herzustellen. Angesagt sei jetzt, angesichts der hohen Aufmerksamkeit, die das Thema Osteoporose derzeit erfreulicherweise genieße, innerhalb des bestehenden Systems - auf Basis der Erkenntnisse der Versorgungsforschung - die nächsten Schritte zu gehen.

Johannes Singhammer, der stellvertretende CDU/CSU-Fraktionsvorsitzende, sieht es als nächste große gesellschaftliche Ausgabe an, „Weltmeister in der Prävention“ zu werden. Falls dieses Ziel verfehlt würde, sei das

derzeit hohe Niveau des deutschen Gesundheitswesens, das bei aller Kritik besser sei als in vielen Nachbarländern, nicht zu halten.

Hier seien nach Worten des CSU-Politikers Gesellschaft wie Politik heute in einer günstigeren Situation als noch vor zwei Jahren: Für Prävention müsse man Geld in die Hand nehmen, was angesichts der aktuellen Kassenlage der GKV, die erstmals Überschüsse ausweise, vorhanden sei. Singhammers Aufruf: „Lasst uns versuchen, jetzt mal eine nachhaltige Politik zu machen. Lasst uns auch etwas Geld in die Hand nehmen, damit wir den Bereich Präventionen voranbringen.“

Zu einer solchen Präventions-Politik gehöre auch, nicht nur auf die Wahltermine zu blicken - „was wir gerne in der Politik tun“ -, eine „nachhaltige Präventionspolitik“ zu machen. Doch auch bei der aktuellen Versorgung von schon von Osteoporose betroffenen Menschen sieht der CSU-Politiker Nachholbedarf. Und droht ganz offensichtlich: „Sollten die Selbstverwaltungsgremien die Änderungen nicht herbeiführen, dann werden wir uns politisch einschalten.“

Frage ist nur: Wo? Und auf welcher Evidenzgrundlage? Für Versorgungsforscher Gothe stellt sich nicht das Problem mangelnder „Outcome“-Parameter - ob nun Endpunkte oder Surrogatparameter. Doch bei Prävention macht er ein Fragezeichen. Man müsste schon in der Versorgungsforschung etwas mutiger werden, um Zusammenhänge zwischen einem präventiven Vorgehen und Outcomes wie Verminderung von Leid oder Verminderung von Frakturen herstellen zu können. Gothe, der an die zaghaften Ansätze in der anfänglichen Entwicklung der Disease-Management-Programme zurückdenkt: „Wir müssten eine größere Bereitschaft an den Tag legen, ganzheitliche Konzepte, die vielleicht mit Prävention oder Ernährung, vielleicht schon im Kindergarten beginnen, zu evaluieren - und das über lange Zeiträume, nicht nur über ein paar Monate oder ein Jahr hinweg, um tatsächlich Ergebnisse eines Gesamtkonzeptes zeigen zu können.“

## Suche nach Nahtstellen

Eine solche Nahtstelle ist beispielsweise die Diagnose der Erkrankung Osteoporose. Eine zweite sei der Übergang vom Hausarzt in die fachärztliche Behandlung, die derzeit letztendlich ungeregelt abläuft. Doch auch bei der Nachsorge müssen die Prozesse neu strukturiert werden.

Dieses sicherwünschenswerte Vorgehen wertet BVOU-Vizepräsident Dreinhöfer eher skeptisch.

tisch. Ein solches von Potushek angerissenes Konzept könnte frühestens in rund eineinhalb Jahren umgesetzt werden, wobei die Möglichkeiten, solches zu tun, die Verantwortlichen schon in den letzten 20 Jahren gehabt hätten. „Ich freue mich, wenn Sie das so optimistisch sehen“, meint Dreinhöfer, der aber - sollte die Kassenseite einen solchen Aufschlag machen, alle Beteiligten sofort aktiv dabei sieht. Und falls die Politik das Ganze möglicherweise auch noch mit finanziellen Anreizen versehen würde, würde das die Sache sicher auch stimulieren. Er denkt hier vor allem an im Ausland entstehende „Fractur-Liaisons-Services“, welche die Übergänge von einem Akut-Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt oder alternativ in ein Pflegeheim besser koordiniert. Dreinhöfer: „Das funktioniert nicht von alleine.“ So etwas funktioniere innerhalb des Systems nur, wenn man das System selbst optimiert oder eine Reform des Systems zum Beispiel durch Pay-for-Performance versuche. Es gäbe für ihn nur zwei Optionen: „Durchbruch oder Weiterdurchmogeln.“

Die Zeit dafür scheint reif zu sein. Während Potushek in der Osteoporose-Versorgung bisher von einem eher „unkoordinierten Zusammenwirken“ spricht, diagnostiziert Dr.

Zemke, rückblickend auf rund 17 Jahre Erfahrung in der Osteoporosebehandlung, von einer „schlechten Versorgungslage“. Er sieht derzeit einfach nicht die Schnittstellen oder Kommunikationsmöglichkeiten aller an der Zusammenarbeit Beteiligten - ob nun Patient, Arzt oder Krankenkasse. Auch hätten sich Ansätze der integrierten Versorgung beispielsweise zur Versorgung mit Hüftprothesen mit Ausnahme eines sehr rühmlichen Falles in einer einzigen Region bundesweit nicht durchgesetzt.

Seiner Meinung nach weisen den schlechten Versorgungsgrad gerade die schon diagnostizierten und die schon frakturierten Patienten auf. „Was fehlt denn?“, fragt er sich selbst und antwortet gleich: „Es fehlen nicht die Medikamente, die mittlerweile in einer Form vorliegen, mit der man Compliance und Persistence verbessern kann.“ Es fehlten auch keinesfalls die Spezialisten. Denn aus den verschiedensten Fachgruppen - ob Internisten, Endokrinologen oder Orthopäden - gäbe es inzwischen zusätzlich und auf eigene Kosten geschulte Fachleute - die Osteologen - mit besten Kenntnissen der Medikation. Es würde ihn, der seit vielen Jahren auch im Prüfungsgeschehen bei der

KV tätig sei, aber doch befremden, wenn sich diese Spezialisten, die zusätzlich zum Facharzt für Orthopädie oder Unfallchirurg auch noch Osteologe seien, regelmäßig mit irgendwelchen Richtgrößen, Prüfungen oder auch Anträgen auf sonstige Schadensfälle auseinandersetzen müssten. „Wir müssten keine riesigen neuen Programme aufsetzen, wenn man die Spezialisten, die nun wirklich mehrfach bewiesen haben, dass sie Medikamente nicht wie Zuckerdragees aufschreiben, entsprechend behandeln lassen würde,“ ärgert sich Zemke.

Seiner Meinung nach müsste eine Osteoporosetherapie nach Leitlinie von vorne herein eine anerkannte Praxisbesonderheit nach Anlage 2 sein. Das sei etwas, das die Politik im Rahmen des entsprechenden Sozialgesetzbuches V - ähnlich schon anerkannter Besonderheiten wie Diabetes mellitus oder HIV - einpflegen könne. „Die Demografie zeigt uns, dass sich die Osteoporose sehr gut als Volkskrankheitsgruppe einordnen lässt“, sagt Zemke, der dafür plädiert, dass Behandler nicht länger bestraft werden dürften, wenn sie erkrankte Patienten behandeln - „da hätten wir schon sehr viel gewonnen und brauchen gar keine ganz neuen Gesetze.“ <<

# ▶ ▶ ▶ Wer zu lesen versteht, besitzt den Schlüssel zu großen Taten.

Aldous Huxley

„Market Access & Health Policy“ eröffnet Einsichten, erschließt Perspektiven. 6 Ausgaben für 57 €.



www.marketaccess-online.de  
www.healthpolicy-online.de

Helmut Hildebrandt, Vorstand OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH:

## „Manche Stadtteile haben gute Voraussetzungen“

Das 2005 gestartete „Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal“ ist durchaus ein Leuchtturmprojekt eines anderen, eines moderneren Versorgungskonzeptes. Eine ganze Reihe von Evaluationen einzelner Interventionsprogramme wie auch von Ergebnissen für alle Versicherten der beteiligten Krankenkassen zeigen, dass einerseits Krankenhauseinweisungen und die Zahl der Verordnungen unnötiger Medikamente zurückgehen, andererseits der Deckungsbeitrag z.B. für die Bewohner der Pflegeheime im Kinzigtal, für die ein extra Betreuungsprogramm gestartet wurde, bereits im Jahr 2010 deutlich im Plus liegt, wohingegen er im Jahr 2007 noch fast minus 3.000 Euro betrug. „Die aktuellen Resultate zeigen, wie schnell die Integrierte Versorgung zu substanziellen Erfolgen führen kann, zum Nutzen sowohl der Versicherten als auch der Kassen“, betont Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH. Die Erfolgsfaktoren des von ihm initiierten Modells beleuchtet Hildebrandt im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“.

>> Das Kinzigtal ist eine Art Vorzeige-Modell. Es gibt indes sicher auch andere Gegenden in Deutschland, die für ein derartiges, inzwischen evidenzbasiertes Modell in Frage kämen. Könnte man dieses Modell skalieren, um auf der einen Seite ein Plus an Versorgung und auf der anderen Seite ein Mehr an Ökonomie zu realisieren?

Könnte man.

Aber?

Es wird Verschiedenes entgegnet. Das meist gehörte Vorurteil ist, dass das Modell Kinzigtal nur funktionieren würde, weil die Berge drum herum sind, die Patienten quasi nicht fortgehen können.

Stimmt das?

Klar sind da Berge. Man sollte vielleicht aber auch wissen, dass das Kinzigtal eine relativ große, vor allem lang gestreckte Region von wenigstens 50 Kilometern ist. Man fährt also schon eine Weile von der einen Seite zur anderen. Dazu kommt, dass die Bevölkerung im Kinzigtal relativ mobil ist, was mit der hohen Pendlerrate zu tun hat. Dadurch gibt es hohe Einstreu- und Ausstreuereffekte auch in der gesundheitlichen Versorgung. Man geht eben auch in der nächst gelegenen Kreisstadt und nicht in der Stammregion zum Arzt.

Demnach ist das Modell Kinzigtal nicht die beste Modellregion?

Nicht die beste, jedoch eine mögliche. In einer Großstadt hätte man es möglicherweise sogar leichter, ein derartiges Versorgungsprojekt aufzusetzen. Ich meine nun nicht gerade einen Szenestadtteil, an den ich nicht unbedingt herangehen würde, weil die Mobilität zu groß und die Population zu jung ist.

Und der konkrete Versorgungsbedarf ist zu gering.

Auch das. Zu beachten ist aber, dass man mit einem solchen Modell immer in eine Gesamtheit einer Population investiert. Darum wäre ein solches Modell in Städten oder besser Stadtteilen mit einer klassischen Bebauungsstruktur und höherer Agglomeration leichter aufzusetzen.

Zeigen denn Bundesländer an Ihrem Modell Interesse?

Minister, Landtagsabgeordnete und Patientenvertreter ermutigen uns durchaus, uns im Bereich der ländlichen Versorgung Gedanken zu machen. Was auch kein Wunder ist, denn viele Bundesländer haben Schwierigkeiten, gerade die Versorgung auf dem Land sicherzustellen. Doch ist das Einsparcontracting-Modell für die Erfolgsberechnung im Kinzigtal für bestimmte ländliche Gebiete mit schon aktueller Unterver-

sorgung nicht die optimale Option. Dafür müsste man andere Modelle der Erfolgsberechnung formulieren.

Welche Regionen kommen dann in Frage?

Im Prinzip jede Menge. Eben alle Gebiete mit einer ausreichenden Versorgungsstruktur. Ein gutes Beispiel sind auch traditionelle gewachsene Stadtteile größerer Städte. So entwickeln wir beispielsweise gerade eine Lösung für einen Stadtteil von Bochum, einer Stadt, die bekanntlich mitten im Ruhrgebiet liegt.

Nur eines Stadtteils?

Bochum als Ganzes wäre schon zu groß. Wichtig ist vor allem ein gewisser räumlicher Bezug und eine räumliche Identität der Bevölkerung. Aber vielleicht noch wichtiger ist das Vorhandensein einer Versorgerstruktur, die willens ist, etwas anders als bisher machen zu wollen. Ob das nun das Kinzigtal oder eine Region, ein Stadtteil von Bochum oder einer anderen größeren Stadt ist, eines ist klar: Man muss dort Versorgung richtig umstellen, wenn man etwas erreichen will.

Gibt es eine Mindestgröße?

Räumlich gesehen weniger, allerdings sollten es insgesamt schon mindestens um die 25.000 Versicherte sein, die in ein solches Modell einbezogen werden können. Aber es gibt Krankenkassen, die einfach zu klein sind. Man braucht, damit man ein Projekt in einer Region umsetzen kann, einen relativ hohen Prozentsatz von Patienten, die in der teilnehmenden Versorgungsstruktur behandelt werden. Die Wunschvorstellung liegt bei über 20 Prozent, besser über 30 Prozent.

Einer bestimmten Population?

Eher einer Krankenkasse oder auch einer Gruppe von teilnehmenden Krankenkassen. Das hat vor allem mit der Versorgung vor Ort zu tun. So müssen zum Beispiel in unserem Modell Ärzte eine ganze Menge umstellen, um mitmachen zu können. Das aber macht ein Arzt nachhaltig nur dann, wenn er eine hinreichende Menge von Patienten hat, weil sich nur dann Prozessvorteile für ihn ergeben.

Sind derartige Regionen überhaupt operationabel? Kann man die oft geringen Patientenzahlen überhaupt mit einem solchen Modell versorgen?

Das ist die Herausforderung. Ein möglicher Weg ist es, einerseits Regionen und deren Patienten und andererseits Krankenkassen zu poolen, um eine hinreichende Größe zu erreichen. Am besten beginnt man

damit bei Regionen, bildet ein Set von drei oder auch fünf Regionen und kommt damit auf die Krankenkassen zu. Über diese Clusterung kann ein solches Modell auch für jene Kassen interessant werden, die in einer Region eben nicht 30 Prozent der Population versichert, aber in drei oder auch fünf Regionen vielleicht 12.000 Versicherte hat.

#### Wer gibt den Anstoß? Die Versorgung vor Ort?

Das kann eine Notdienstkooperation, eine sonstige Gruppe von Versorgern, ein Ärztenetz oder auch ein Qualitätszirkel sein. Elementar ist ein gewisser Zusammenhalt dieser Versorgungsstruktur. Wenn man den hat, muss man schauen, was man arrondieren, vielleicht auch minimieren muss und wie managementfähig das Ganze ist.

Was kann man aus diesem Kinzigtal lernen, um auch andere, vielleicht auch größere Populationen besser als bisher versorgen zu können?

Das erste Learning ist: Man muss richtig investieren.

#### Mehr? Oder richtiger?

Beides! Eine hohe Effektstärke benötigt auch ein circa siebenstelliges Investment vorab. Zum zweiten benötigt man intern für die Partner die richtigen Anreize.

#### Also auch eine andere Incentivierung.

Deshalb sind in unserem Modell die Versorger vor Ort Mitbesitzer der Gesellschaft. Sie bekommen dadurch ein unternehmerisches Mitinteresse an der Optimierung der Gesundheitsversorgung.

Sie sprechen selten von Ärzten, wobei ja oft postuliert wird, dass die hausärztliche Versorgung die bessere ist.

Sagen wir mal, dass es für die These eine gewisse Plausibilität, aber keine hinreichende Evidenz gibt. Deshalb ist unser Modell auch nicht ausschließlich hausarzt-zentriert. Wir möchten vielmehr, dass der Patient entscheidet, wer für ihn die Vertrauensperson seiner Wahl ist. Das kann auch ein Psychotherapeut, für einen 70-jährigen Mann mit Prostata-problemen auch der Urologe oder vielleicht ein Orthopäde sein, wobei letzteres sicherlich sehr selten vorkommen wird.

Sie setzen demnach die Multiprofessionalität ins Zentrum des Modells und richten sich am Wunsch des Patienten aus. Aber wo ist der Einstieg?

Es kommt darauf an, welchen Einstieg der Patient wählt. Das ist viel besser, als zwangsweise einen Hausarzt als Gatekeeper zu definieren, der aber vielleicht für den jeweiligen Patienten gar nicht die Vertrauensperson ist. Darum muss der Patient diese Vertrauensperson, bei der er sich aufgehoben fühlt, definieren können. Die aber dann auch mit diesem Vertrauensvorschuss entsprechend verantwortlich umgehen können muss.

Und auf einem bestimmten Qualitätslevel agieren muss, was bei derzeit in Deutschland versorgenden rund 800 verschiedenen Gesundheitsberufen gar nicht so einfach ist.

Man muss innerhalb eines solchen Systems ein gemeinsames Konzept mit allgemein gültigen Standards entwickeln. Man braucht aber auch



einen kritischen, aufgeklärten, bewusst agierenden Patienten.

Weil sich der unmündige Patient sowieso in die Obhut von jemandem begibt, der nichts verändern will, er damit seinen Leidensweg einfach weitergeht?

Alle chronischen Erkrankungen haben immer mit Eigenaktivität zu tun. Wenn ich den Patienten nicht dazu bekomme, selbst motiviert mit seiner Erkrankung besser umzugehen, hat jedes System verloren. Deshalb bin ich ja auch kein großer Verfechter einer ausschließlich hausarzt-zentrierten Versorgung, sondern eines Systems, das sich einer vom Patienten definierten Versorgung und dessen Vertrauensperson bedient.

Das bedingt eine gewisse Verantwortung für die eigene Gesundheit und eine bestimmte Teilhabe, die nur ein Prozentsatz der chronisch Erkrankten überhaupt wahrnehmen möchte oder auch kann. Wie aber bekommen wir das Gros? Oder sind Konzepte wie Ihres eher für die teilhabenden, verantwortungsvollen Patienten gedacht?

Wir alle müssen in diesem Dilemma leben. Ich würde einmal annehmen, dass die Prozentzahl derer zunehmen wird, die relativ eigenverantwortlich mit ihrer Erkrankung umgehen werden. Dennoch wird es immer ein bestimmtes Residuum geben, das sich verweigert oder warum auch immer nicht aktiv teilhaben kann. Die spannende Frage lautet, ob man besser aus diesem Dilemma durch eine klassische direktive, patriarchale Arzt-Patienten-Beziehung kommt? Oder vielleicht doch eher durch eine Struktur, die sich des Vertrauens bedient und daraus dann ein Arbeitsbündnis für eine Optimierung der Gesundheit schmiedet?

Welche Maßnahmen fördern aktive Patiententeilhabe: Eine ist sicher Kommunikation, die Zweite monetäre Anreizsysteme.

An das Zweite trauen wir uns bisher nur vorsichtig heran. So machen wir zum Beispiel Raucherentwöhnung oder Osteoporosetraining. Die GKV erstattet beispielsweise bei Osteoporose die Dexa-Messung zur Bestimmung der Knochendichte nicht, und bei der Raucherentwöhnung weder ein Verhaltenstraining durch den Psychotherapeuten noch etwa das Vareniclin, als medikamentöse Unterstützung bei dem Rauchstopp.

#### Und in Ihrem Modell?

Wir machen einen Deal mit dem Patienten. Er bezahlt einen Teil dieser Leistungen, wobei die Höhe davon abhängt, wie teuer diese ist. Der Anteil des Patienten muss zumindest eine gewisse Hürde überschreiten.

#### Die eine Ernsthaftigkeit bedeutet.

Ernsthaft schon, aber eben auch für jenen darstellbar, der vielleicht nicht so viel Geld hat. Wenn nun ein Teilnehmer beim Nichtrauchertraining mitgemacht hat und ein Test zeigt, dass er wirklich erfolgreich aufgehört hat und z.B. mindestens 14 Tage lang nicht geraucht hat, dann bekommt er die ursprünglich gezahlte Eigenbeteiligung zurück. Ähnliches gibt es bei Osteoporose mit Bewegungstrainings oder bei Adipositas mit Abnehmtraining. Solche Incentives machen wir durchaus, aber ich weigere mich, einen Patienten einfach dafür zu bezahlen, dass er etwas Gutes für sich selbst tut. Dagegen habe ich innerliche Hemmungen.

**Den Arzt bekommen Sie auch nur über Geld.**

Bei Patienten würde dadurch eine ganz komische Spirale einsetzen, weil er immer wieder entgleisen müsste, damit er wieder Geld abholen kann. Hier sind sicherlich immaterielle Anreize besser. Oder andere Visualisierungen, die dem Patienten deutlicher machen, was andere erreicht haben.

Im Ausland sind soziale Anreize besser angesehen als bei uns, auch bei den Ärzten, bei denen das Image und die interprofessionelle Anerkennung wesentlich wichtiger ist als ein paar Euro mehr auf dem Konto.

In Deutschland ist die Diskussion in der Vergangenheit ein wenig schief gelaufen. In der Ärzteschaft gibt es eine Gruppe, die behauptet, ohne Cash keinen einzigen Handschlag machen zu wollen, wobei sie de facto etwas ganz anderes macht. Damit wollen sie anscheinend so etwas wie einen Habitus „Unternehmer“ nach außen tragen. Wir merken dagegen in unserem Modell, dass wirtschaftliche Anreize für Ärzte nicht wirklich das Wichtigste sind. Andererseits muss aber sichergestellt sein, dass ein Arzt nicht bestraft wird, wenn er gute Versorgung leistet. Ebenso kann es nicht angehen, dass ein Arzt, der in einen Patienten mehr Zeit investiert, um gute Versorgung zu leisten, keinen Euro mehr dafür bekommt. So bestraft man Menschen, die eigentlich guten Willen mitbringen.

**Funktionieren denn klassische Anreizsysteme nicht?**

Natürlich funktionieren die. Aber man muss sehr genau unterscheiden, ob man – wie die Amerikaner sagen – Blue-Collar-Worker vor sich hat, die sehr wohl auf harte Anreize ansprechen. Oder eben White-Collar-Worker, für die man eine gute Mischung aus ethischen und kollegialen Anreizen innerhalb der Peergruppe sowie natürlich aus monetären Anreizen bilden muss.

„Accountable Care Organizations oder das Kinzigital sind der Versuch, so etwas ähnliches wie Managed Care hin zu bekommen, aber mit einer etwas klügeren Logik und einer nicht so rabiaten Politik.“

Eine Trendwende scheint sich durch jüngere Ärzte und eine zunehmende Feminisierung anzubahnen, die nicht mehr so auf Habitus „Unternehmer“ aus ist, sondern mehr Teamwork und Selbstverwirklichung, gar eine Art „Gutmenschentum“ leben möchte.

All das erleben wir durchaus im Kinzigital. Die neu dazugekommenen jüngeren Ärzte haben wirklich oft einen ganz anderen Habitus als ältere. Wobei auch sie ihre Hypotheken bedienen müssen. Darum sollte man schon realistisch bleiben und keine ideologische Glocke darüber stülpen. Wichtig ist es, ein vernünftiges Miteinander zu entwickeln, bei dem man auf Augenhöhe miteinander arbeiten und kommunizieren kann.

Wäre Patientencoaching eine Lösung für den Patienten, der aus welchen Gründen auch immer, nicht mit auf Augenhöhe kommunizieren kann?

Ein Patientencoach ist richtig und gut. Das Problem ist, dass man damit in ein an sich funktionierendes System eine zusätzliche Ebene einzieht. Es wäre klüger, eine Logik zu schaffen, in der die etablierten Player ein gemeinsames Interesse an einer guten Behandlung bekommen und dafür selbst einen Patientencoach einstellen oder Helferrinnen in der Praxis entsprechend weiterqualifizieren. All das machen

Versorger im Kinzigital aus eigenem wirtschaftlichen Interesse heraus.

Das wird man nur dann machen, wenn man erkennt, dass Versorgung immer eine Prozessleistung ist. Und man über neue Prozesslösungen einen Gesamtprozess günstiger oder vielleicht auch besser lösen kann als vorher.

Genau. Dafür braucht man einerseits übersichtliche funktionierende Einheiten und andererseits Budgethoheit. Man kann noch so viele Patientencoaches einstellen oder bei der Krankenkasse etablieren, wenn die Einheiten nicht mehr überschaubar sind, wird das nicht funktionieren. Systeme wie das Kinzigital sind Fraktale, die auch auf Grund ihrer handhabbaren Größe funktionieren.

**In Amerika gibt es aktuell die Diskussion um ACO. Ist da das Kinzigital ein deutsches Bild?**

Es ist eine Art Parallelentwicklung. ACO sind entstanden aus der Erkenntnis oder auch aus der Erfahrung des Scheiterns von Managed Care, das zu einem großen Teil daran gescheitert ist, dass es zu restriktiv aufgebaut war. Man hat versucht, den Patienten zu steuern, zu lenken und zu leiten – im Prinzip immer zur billigeren Lösung. Das aber ist im Gesundheitswesen ein nur sehr begrenzt vernünftiges Modell. Denn irgendwann kapiert jeder Patient, dass er lediglich im Sinne der Kosten, aber nicht in dem der Qualität der Versorgung gesteuert wird.

**Was wohl ein immanentes Problem ist, wenn Managed Care von ökonomisch Verantwortlichen initiiert wird.**

Leider. Accountable Care Organizations und das Kinzigital sind der Versuch, so etwas ähnliches wie Managed Care hin zu bekommen, aber mit einer etwas klügeren Logik und einer nicht so rabiaten Politik.

Wir hatten unser Modell für Deutschland auch aus der Kritik an dem Managed-Care-Konzept der USA und dem Versuch heraus entwickelt, ein unserem Versorgungssystem entsprechendes evolutionäres Entwicklungsmodell zu geben. Ähnliches macht die Obama-Administration jetzt mit den ACO.

**Beide haben aber doch gemein, dass sie nicht die große Revolution wollen, sondern in schon existierenden Strukturen ausgebildet werden?**

Wir setzen eher auf eine langsame, aber kontinuierliche Entwicklung von Strukturen. Man braucht Geduld, viel Geduld. Aber wenn man sich den Erfolg ansieht, den wir für die LKK erwirtschaftet haben, dann ist das ja schon auch phänomenal. Die Pro-Kopf-Kostensteigerung ist im Kinzigital über den Zeitraum 2005 bis 2010 um 327 Euro niedriger ausgefallen als für eine Vergleichspopulation im restlichen Baden-Württemberg. Das ist ein Delta von über 16 % der Gesamtkosten. Wir hatten für diesen Zeitraum mit einer maximalen Einsparung von 10 % gerechnet.

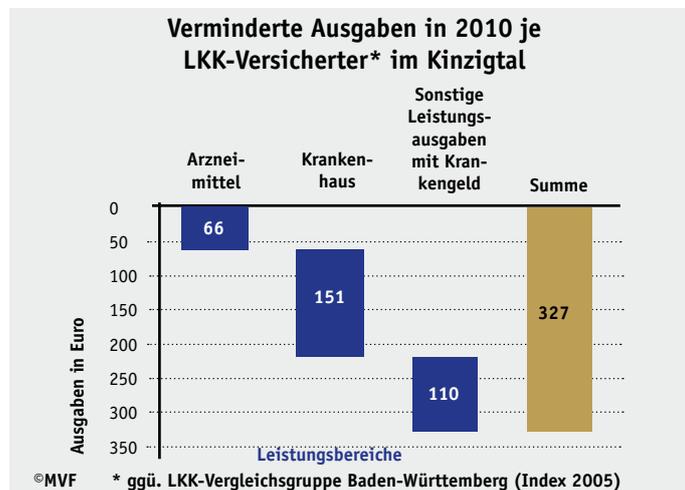


Abb. 1: Verminderte Ausgaben. Alter ≥ 20. In Versichertenjahren gerechnet. Vergleich der Kostenentwicklung der beiden Gruppen über fünf Jahre (2005 bis 2010), indiziert auf 2005 (bei Ausschluss von Hochkosten/Risikopool). Quelle: OptiMedis AG.

Danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Nominierungen für den ACHSE-Central Versorgungspreis für chronische Seltene Erkrankungen stehen fest

## Förderpreis für fächerübergreifende Versorgung

Die Jury des ACHSE-Central Versorgungspreises für chronische Seltene Erkrankungen unter der Leitung von PD Dr. Arpad von Moers, Chefarzt der Kinderklinik der DRK Kliniken Westend Berlin, hat die Nominierungen für 2012 bekannt gegeben. Welches der sechs nominierten Projekte den Preis erhält, wird bei einer Verleihung am 14. Juni 2012 in Berlin verkündet.

>> Mit dem ACHSE-Central Versorgungspreis für chronische Seltene Erkrankungen würdigen die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. und die Central Krankenversicherung AG Projekte, die zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronischen seltenen Erkrankungen beitragen. Zirka vier Millionen Betroffene leben in Deutschland. Die meisten Seltenen Erkrankungen weisen eine komplexe Symptomatik auf, ihr Verlauf ist fortschreitend, sie sind häufig lebensbedrohlich. Die Patienten sind in besonderem Maße auf ärztliche und andere therapeutische Unterstützung angewiesen, weil es kaum heilende Therapien und Medikamente gibt. Das macht die Betroffenen zu den „Waisen der Medizin“.

„Die Auszeichnung honoriert deshalb Konzepte, die innovativ eine fächerübergreifende Versorgung anbieten und dabei die Kompetenz der Selbsthilfe einbinden. Auch ist es wichtig, dass sich die Projekte im Alltag bereits bewährt haben. Darüber hinaus fördert die Auszeichnung das Bewusstsein für Seltene Erkrankungen und schafft öffentliche Aufmerksamkeit für die Belange der Betroffenen“, erklärt der Juryleiter Dr. von Moers. Der Preis wird vom Generali Zukunftsfonds unterstützt und ist mit 5.000 Euro dotiert.

### Mehr als 20 Bewerber

Bis zum Bewerbungsschluss Ende 2011 reichten mehr als 20 Bewerber aus sämtlichen Teilbereichen des Gesundheitswesens (zum Beispiel Kliniken, Medizinische Versorgungszentren, Praxen, Selbsthilfeorganisationen) ihre Konzepte ein. Die Jury aus renommierten Vertretern der Bereiche Gesundheitsmanagement, Public Health, Allgemeinmedizin, Patientenvertretung und Wissenschaftsjournalismus hat alle Vorschläge geprüft und in einem ersten Auswahlverfahren sechs Projekte nominiert. Die endgültige Entscheidung über den Gewinner wird bei der feierlichen Preisverleihung am 14. Juni 2012 in Berlin in Anwesenheit des Schirmherren Wolfgang Zöller (MdB), Patientenbeauftragter der Bundesregierung, und der Kriminalschriftstellerin und Laudatorin Edda Minck bekannt gegeben. <<

>> Herr Dr. Sparenborg, wie stellt sich aus der Sicht Ihrer Kasse - der Central - die Versorgungssituation für Seltene Erkrankungen in Deutschland dar?

Ein entscheidender Punkt für die Versorgung ist die Diagnosefindung. Mediziner begegnen diesen Erkrankungen in ihren Praxen eben nur sehr selten. Da ist es nachvollziehbar, dass Seltene Erkrankungen in diagnostische Überlegungen spät oder gar nicht einbezogen werden. Die Folge für die Betroffenen sind eine Vielzahl an Arztbesuchen und sehr lange Wege bis zur Diagnose. Auch die Hilfe, die zum Beispiel die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. hier anbietet, ist noch viel zu wenig bekannt. Deshalb vergeht nicht selten zu viel Zeit – Zeit, die bereits für eine Behandlung hätte genutzt werden können. Aber selbst eine Diagnose sichert häufig die weitere Versorgung nicht: In vielen Fällen ist für eine optimale Versorgung die Abstimmung zwischen unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen notwendig oder es fehlt der Experte für die Erkrankung in akzeptabler Entfernung. Oft werden Hilfsmittel benötigt, die womöglich im Verlauf der Krankheit immer wieder angepasst werden müssen. Und als Folge unzureichender Kenntnis fehlt neben der ganz praktischen Versorgung die Möglichkeit zum Gespräch und zum Erfahrungsaustausch.

### Wo sehen Sie Versorgungslücken?

Relevante Lücken bestehen auf dem Weg zur Diagnosestellung – aber auch danach. Die in den letzten Jahrzehnten gewachsene Einsicht in die Zusammenhänge zwischen Psyche und Physis, zwischen Seele und Körper, sind manchmal eher hinderlich. Nicht selten beginnt eine Seltene Erkrankung mit eher diffuser Symptomatik: Kinder entwickeln sich nicht „normal“, Beschwerden kommen und gehen anfangs auch wieder, Erwachsene entwickeln Krankheitszeichen, die zunächst vieldeutig und auch im Zusammenhang mit psychosomatischen Leiden zu beobachten sind: Luftnot, Müdigkeit, Gliederschmerzen, Ohrgeräusche oder Ähnliches. Deshalb kann es vorkommen, dass Menschen mit solchen Symptomen in eine Ecke gestellt werden, in die sie (wie selbstverständlich auch die wirklich psychosomatisch Erkrankten) nicht gehören: zu



Dr. Hans-Georg Sparenborg ist Facharzt für Innere Medizin und Experte im Gesundheitsmanagement der Central Krankenversicherung.

wenig belastbar, nicht stressresistent, den alltäglichen Belastungen nicht gewachsen. Dabei wird übersehen, dass die möglicherweise vorhandenen psychischen Auffälligkeiten lediglich Folge lang anhaltender körperlicher Beeinträchtigungen sind. Nachdem die Diagnose gefunden ist, stellen sich häufig neue Fragen: Wie komme ich als Betroffener oder Angehöriger an weiterführende Informationen? Wie erfährt mein Hausarzt, was er wissen muss, um mich weiter behandeln zu können? Wo gibt es Experten für meine Erkrankung? Welche Hilfsmittel sind notwendig? Hier fehlen an vielen Stellen Informationen, aber auch praktische Hilfe.

### Wo können sich Betroffene oder Eltern von betroffenen Kindern informieren?

Bei konkretem Verdacht oder nach der Diagnosestellung ist da natürlich die ACHSE-Betroffenenberatung. Die Beraterin der ACHSE, Frau Elisabeth Watermeier, ist telefonisch und per E-Mail erreichbar. So hilft sie beispielsweise bei der Suche nach Medizinern mit Spezialwissen zu einzelnen Erkrankungen, indem sie auf die Kompetenz der Selbsthilfe zurückgreift und dorthin Kontakte herstellt. Damit wird der Austausch mit anderen Betroffenen gefördert, was für Betroffene und Eltern betroffener Kinder häufig ganz praktische Lebenshilfe bedeutet: Wo sind welche Hilfsmittel zu beantragen? Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es? Wo gibt es in meiner Nähe Menschen, die mich mit meiner individuellen Erkrankung verstehen? Voll- und Beihilfeversicherte der Central können sich außerdem an das Centralmed-Gesundheitstelefon wenden: Hier beantworten Ärzte Fragen zu Seltenen Erkrankungen, helfen bei

## „Das Problem ist Transition“



Dr. med. Arpad von Moers ist seit 2005 Chefarzt der Kinder- und Jugendklinik der DRK Kliniken Westend in Berlin und gleichzeitig Mitglied des Vorstands und des Wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke.

der Expertensuche und stellen den Kontakt zur ACHSE her. Darüber hinaus entwickelt die Central zurzeit speziell für Kinder mit Verhaltens- oder Entwicklungsproblemen ein Casemanagement - eine bedarfsgerechte auf den einzelnen Fall und die individuelle Versorgungssituation zugeschnittene Hilfeleistung. So greifen die Experten der Central aktiv ein, wenn sie zum Beispiel anhand von Leistungsabrechnungen bemerken, dass die Behandlung eines Kindes keinen Erfolg zeigt. In diesem Fall treten Ärzte in Kontakt mit den Eltern, regen gegebenenfalls eine Differentialdiagnostik an und stehen den Eltern auf dem Weg zur konkreten Diagnosestellung und geeigneten Therapieumsetzung hilfreich zur Seite.

### Wie kann man den Diagnoseweg verkürzen? Und wie findet man möglichst schnell die richtigen Ärzte und Experten?

Erster Anlaufpunkt bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist in der Regel der Hausarzt – das ist gut so, und soll auch gar nicht anders sein. Der Hausarzt kennt das Umfeld des Rat Suchenden und kann am besten ermessen, wie die Beschwerden im Kontext einzuordnen sind. Entsteht der Verdacht, dass eine Seltene Erkrankung vorliegen könnte, gibt es auch für Ärzte eine Anlaufstelle bei der ACHSE: die ACHSELotsin an der Charité Berlin, Dr. Christine Mundlos, ist selbst Ärztin. Sie unterstützt Ärztinnen und Ärzte bei der Suche nach Experten und übernimmt Rechercheaufgaben zu aktuellen Veröffentlichungen.

### Wie kann der ACHSE-Central Versorgungspreis helfen?

Der Versorgungspreis belohnt das Engagement für Menschen mit Seltenen Erkrankungen. Betroffene sind nicht selten in besonderem Maße auf ärztliche und andere therapeutische Unterstützung angewiesen. Gleichzeitig ist das Wissen um diese Erkrankungen, eben weil sie selten sind, eingeschränkt. Der Preis honoriert Projekte, die einen innovativen Beitrag leisten zu einer fachkundigen und interdisziplinären Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen. Neben der konkreten Unterstützung solcher Maßnahmen fördert er das Bewusstsein für Seltene Erkrankungen und hat das Ziel, öffentliche Aufmerksamkeit auf die Belange von Menschen mit solchen Erkrankungen zu lenken. <<

### >> Herr Dr. von Moers, sind Erwachsene und Kinder gleichermaßen von chronischen Seltenen Erkrankungen betroffen?

Seltene Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie häufig früh im Leben auftreten und oft schwere Verläufe nehmen. Somit sind Kinder im besonderen Maße betroffen.

### Was sind aus Ihrer Sicht die Besonderheiten im Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen?

Aus ärztlicher Sicht ist das Besondere im Umgang, dass man in der Phase der Diagnosefindung offen sein muss für Ungewöhnliches, „Unpassendes“, Unklarheiten und Unwissen aushalten muss, um nicht vereinfachende Fehldiagnosen zu stellen. Nach Abschluss der Diagnostik muss der Betroffene in ganz anderer Form als ein akut kranker Mensch an der Gestaltung der medizinischen Versorgung beteiligt werden. In einem eher partnerschaftlichen Prozess sollten gemeinsame Entscheidungen getroffen werden, bei denen nicht immer das medizinisch Optimale oder Machbare auch das Richtige für den einzelnen Patienten sein muss. Bei kleinen Kindern sind zunächst die Eltern die Gesprächspartner, die Kinder sollten aber frühzeitig altersgerecht miteinbezogen werden, Jugendliche können mit Unterstützung ihrer Eltern vieles mitentscheiden.

### Wie ist die Versorgungssituation für chronische Seltene Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin?

Im Vergleich zu den Erwachsenen mit chronisch Seltenen Erkrankungen ist im Kindes- und Jugendalter die Versorgungssituation bei vielen Patienten deutlich besser, besonders wenn die Betreuung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum erfolgt. Dort wird ein medizinisch interdisziplinäres und fachübergreifendes Versorgungsangebot vorgehalten.

Vor allem bei sehr Seltenen Erkrankungen ist aber auch in den Sozialpädiatrischen Zentren häufig keine ausreichende Erfahrung vorhanden. Hier ist sicher die Etablierung Nationaler Referenzzentren, wie sie im Nationalplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) vorgesehen ist, unbedingt sinnvoll. Die Schwierigkeiten liegen häufig vor der Diagnosestellung, d.h. in den Monaten oder Jahren der Unklarheit, welche Ursache der Erkrankung des Kindes zugrunde liegt.

### Wie gelingt der Übergang von bzw. der Austausch zwischen der Kinder- und der Erwachsenenmedizin?

Dieser Übergang (Transition) ist für die meisten Patienten noch ein erhebliches Problem. Für wenige Patientengruppen, z.B. für Menschen mit angeborenen Herzfehlern, existieren schon strukturierte Abläufe. Für die Mehrzahl der Patienten ist es ein mühsamer Weg, von der eher ganzheitlich orientierten Versorgung im Kinder- und Jugendbereich in die mehr nach Spezialisierung strukturierte Erwachsenenmedizin zu wechseln. Viele der chronischen Erkrankungen sind in der Erwachsenenmedizin noch wenig bekannt. In den letzten Jahren ist dieses Problem zunehmend erkannt worden und es gibt verschiedene Aktivitäten, um diese Situation zu verbessern. <<

## Nominierte Projekte

„**Berliner Transitionsprogramm**“ der DRK Kliniken Westend in Berlin, ein Strukturkonzept für den Übergang von chronisch kranken Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin.

„**Betroffenen- und Ärzetworkshops**“ des Bundesverbands Kleinwüchsiger Menschen und ihre Familien (BKMF) e.V. in Bremen, zur Diagnostik und Betreuung von spezifischen Kleinwuchsformen.

„**Die Sprechstunde für erbliche Netzhautdegenerationen**“ der Universitätsaugenklinik in Tübingen, eine patientenfreundliche, interdisziplinäre ambulante Versorgung von seltenen Netzhauterkrankungen.

„**Fabry Zentrum für interdisziplinäre Therapie Würzburg (FAZIT)**“ der Medizinischen Klinik und Poliklinik I in Würzburg, ein Kompetenzzentrum für lysosomale Speicherkrankheiten etabliert mit dem Schwerpunkt der Diagnostik und Therapie von Patienten mit M. Fabry.

„**Hilfsmittelberatung mit Probewohnen für Menschen mit neuromuskulären Erkrankungen**“ der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM) in Freiburg, ein herstellerunabhängiger Beratungsservice, bei dem Betroffene Hilfsmittel und bauliche Maßnahmen begutachten und ausprobieren können.

„**Langzeitbetreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Williams-Beuren-Syndrom**“ der Finkelstein-Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Walsrode, bei der die Dokumentation von individuellen Patientendaten eine gezielt angepasste Therapieempfehlung und Beratung ermöglicht.

## Adressen

Centralmed-Gesundheitstelefon: 0221-1636-6668  
www.achse-online.de

## Diabetologie: Patientenzentrierter und praxisorientierter Leitfaden für Hausärzte vorgestellt

# Risikostratifizierung für Diabetes Typ-2

Eine Expertengruppe um Priv.-Doz. Dr. med. Erhard Siegel, noch stellvertretender Vorsitzender und nächster Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), hat einen patientenzentrierten und praxisorientierten Leitfaden entwickelt, der im Rahmen der 47. Jahrestagung der DDG in Stuttgart vorgestellt wurde. Auf Basis eines nur auf den ersten Blick schlichten Ampelsystems, das indes ein ausgefeiltes Stratifizierungskonzept enthält, sollen ganz gezielt Hausärzte befähigt werden, Teststreifen nur noch dann zu verordnen, wenn sie denn auch Sinn machen. Unterstützt wurde Siegels-Expertengruppe - bestehend aus Dr. Dietrich Franke, Prof. Dr. med. Thomas Haak, Dr. Bernhard Landers, Dr. Hans Joachim Lüddeke, Dr. Andreas Reichel, Dr. Diethard Sturm, Claudia Vogel und Dr. Ralph Ziegler - von Roche Diagnostics, dem Marktführer bei Blutzuckermessgeräten, der sich schon weit vor dem durch den G-BA beschlossenen Verordnungsausschluss für Teststreifen für ein stratifizierendes Diabetes-Management engagiert und mit der VISION-Studie zu 7-Punkt-Tagesprofilen bereits untersucht hat.

>> „Die Hemmschwelle im Diabetes Management ist aus meiner Sicht vor allem dem Fakt geschuldet, dass es zwar viele Ärzte gibt, die einen hohen Nutzen im Diabetes Management für ihre Patienten und ihre Praxisorganisation sehen, aber ebenso viele, die sich immer noch auf den Standpunkt stellen und sagen: Das kostet mich nur Zeit.“ Das sagte Ralf Kai Decker, Leiter Marketing & Sales von Roche Diagnostics Deutschland in einem Interview in „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 2/12), in dem er die Innovationshemmnisse verdeutlichte, die der Umsetzung eines modernen Diabetes Managements in der Praxis entgegen stehen. Nach Siegel, der sich nach eigenem Bekunden seit Jahren mit der Diabetologie im Krankenhaus und der „katastrophalen Struktur, die wir in Deutschland haben“ beschäftigt, habe Deutschland nicht nur in dieser Indikation ein durchaus optimierbares System. Der Grund: Die meisten Leistungserbringer arbeiten als Solisten. Es gäbe - so Siegels Kritik - „viele guten Solisten, aber kein gutes diabetologisches Konzert“. Um ein solches konzertiertes Gesamtsystem zu erzeugen, brauche es eine Vertragslandschaft Diabetes, die auf dem DDG mit der „Versorgungslandschaft Diabetes“ (s. S. 22) vorgestellt wurde, innerhalb der die vertraglich bindenden Player langfristig für den Patienten eine optimale Versorgung trotz begrenzter Ressourcen schaffen wollen. Zum anderen brauche es neue Tools.

### Tool in der neuen Vertragslandschaft Diabetes

Ein Baustein, ein Tool in diesem Vertragswerk, das mit dem Hausärzteverband ausgearbeitet worden ist, kann der von Siegels Team entwickelte Praxisleitfaden werden. Der basiert auf einer Risikostratifizierung der Patienten mit Diabetes Typ-2 und schließt sowohl die glykämische Kontrolle, die Begleiterkrankungen und Komplikationen als auch das The-

rapierregime des Patienten ein. Ziel ist es, dass auf Basis dieser Stratifizierung eine strukturierte Blutzuckerselbstmessung bei Menschen mit Diabetes Typ-2 sinnvoll und effizient verordnet werden kann.

Was sinnvoll und effizient ist, liegt vor allem darin, welchen Nutzen die Verordnung stiftet. „Es gibt viele Patienten, die jeden Tag Teststreifen benutzen und ihren Blutzucker messen“, erklärt Diabetologe Siegel, der auch weiß, wie es nur allzu oft weitergeht: „Diese Patienten kommen mit einem Wert von 180 in die Praxis, der dokumentiert dem Arzt vorgelegt wird.“ Danach seien beide zufrieden, weil der Patient nichts ändern und der Arzt wenig reden muss. Siegel: „Es macht keinen Sinn, einem solchen Patienten Teststreifen zu verordnen, weil Blutzuckermessung ohne Konsequenz sinnlos ist.“ Die Gretchenfragen lauteten daher erstens, welche Patienten überhaupt Teststreifen brauchen und zweitens wie viele davon? Die dazu nötige Risikostratifizierung müsse dann langfristig in eine Vertragsstruktur eingebunden werden, um die dadurch möglichen Effizienzgewinne auch wirklich he-

Priv. Doz. Dr. med. Erhard Siegel, Chefarzt der Inneren Medizin – Abteilung für Gastroenterologie, Diabetologie/Endokrinologie und Ernährungsmedizin der St. Josefskrankenhaus Heidelberg GmbH, davor acht Jahre lang Chefarzt der Medizinischen Klinik St. Vincenz Krankenhaus Limburg.



ben zu können.

Im Zentrum dieser Stratifizierung steht nicht in erster Linie Technik oder IT, sondern das, was der Arzt, vor allem der Hausarzt, sowieso mit seinem Patienten machen muss oder vielleicht öfter machen müsste: eine ordentliche Anamnese. Der behandelnde Arzt benötigt laut Siegel lediglich eine Untersuchung des Patienten um herauszubekommen, welche Komorbiditäten dieser hat, welche Komplikationen vorliegen und wie diese - ob nun mit

## Literatur (Basis der Stratifizierung)

- Duran A. et al; Benefits of self-monitoring blood glucose in the management of new-onset Type 2 diabetes mellitus: The St. Carlos Study, a prospective randomized clinic-based interventional study with parallel groups; Journal of Diabetes 2 (2010] 203-211,2010
- Kempf K. et al; ROSSO-in-praxi: A Self-Monitoring of Blood Glucose-Structured 12-Week Lifestyle Intervention Significantly Improves Glucometabolic Control of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus; Diabetes Technology & Therapeutics Volume 12, NumberZ 2010
- Polonsky W. H. et al; Structured Self-Monitoring of Blood Glucose Significantly Reduces A1C Levels in Poorly Controlled, Noninsulin-Treated Type 2 Diabetes: Results from the Structured Testing Program study; Diabetes Care. 2011 Feb;34(2):262-7
- Barnett A.H. et al; The efficacy of self-monitoring of blood glucose in the management of patients with type 2 diabetes treated with a gliclazide modified release-based regimen. A multicentre, randomized, parallel-group, 6-month evaluation (DINAMIC-1 study); Diabetes, Obesity and Metabolism, 10, 2008,1239-1247
- Kato N. et al; Use of Structured SMBG Helps Reduce A1C Levels in Insulin-Treated Diabetic Patients [ADA 2011, manuscript in preparation).
- Matthaei S. et al; DDG-Evidenzbasierte Leitlinie Medikamentöse antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2; Diabetologie 2009; 4: 32 - 64

Diät, OAD, einer Kombinationstherapie oder mit Insulin - bereits behandelt werden. Desweiteren sei eigentlich nur noch wichtig, wie die Stoffwechsellage aussieht, weitere Daten jenseits der Patientenstammdaten seien nicht notwendig, um einen Patienten stratifizieren zu können.

Unterschieden werden bei Siegel drei Patientengruppen, die analog zu den Ampelfarben rot, gelb und grün kenntlich gemacht werden. Grün bedeutet, dass weder Begleiterkrankungen, noch Komplikationen vorliegen. Gelb steht für das Vorhandensein von Begleiterkrankungen, aber das Fehlen von Komplikationen und rot zeigt Arzt wie diabetologischer Assistentin auf fast einen Blick, dass Patienten sowohl Begleiterkrankungen als auch Komplikationen aufweisen.

### Unter 7,5 HbA1c nur Monitoring

Außerdem wird zur Risikoeinschätzung der HbA1c-Wert der Patienten (fast automatisch und ohne auf einem Praxis-PC Installationen notwendig zu machen, ausgelesen zum Beispiel aus dem Smart Pix-System von Roche) herangezogen. Liegt dieser unter 7,5 Prozent, gilt der Patient als relativ gut therapeutisch eingestellt - die Blutzuckerselbstmessung dient als Therapie-Monitoring. Bei Werten über 7,5 Prozent ist dagegen nicht nur eine Anpassung der Therapie erforderlich, sondern ein intensiviertes Blutzuckerselbstmanagement als Basis einer erfolgreichen Therapieoptimierung.

Durch diese neue Art der Risikoeinschätzung können insbesondere die Patienten herausgefiltert werden, die nicht optimal eingestellt sind. Bei Patienten aus der roten Gruppe sind ein intensiviertes Blutzuckerselbstmanagement und eine Therapieanpassung notwendig. Es wird ein bestimmtes Therapieregime in Form von 7-Punkt-Tagesprofilen im Quartal vorgeschlagen. Die Ergebnisse aus den 7-Punkt-Tagesprofilen und deren Interpretation dienen dem Hausarzt als Entscheidungshilfe in Bezug auf die Optimierung der Therapie. Je nach Eingruppierung der Patienten in die „Risiko-Ampel“ nimmt die empfohlene Messfrequenz ab, so dass bei der grünen Gruppe nur noch einmal im Monat ein 7-Punkt-Tagesprofil zum Therapiemonitoring benötigt wird.

„Mit dieser neuen Vorgehensweise können wir eine praktische Entscheidungshilfe für den Hausarzt anbieten und einen ökonomischen und patientenzentrierten Einsatz des Blutzuckerselbstmanagements gewährleisten“, so Siegel, Chefarzt der Inneren Medizin der St. Josefskrankenhaus Heidelberg GmbH. <<

von: Peter Stegmaier

**Patientenkategorien**

	Untersuchung	Therapie
	Patient ohne Begleiterkrankungen, ohne Komplikationen	HbA1c, Lipide, RR Diät, Bewegung, OAD-Monotherapie
	Patient mit Begleiterkrankungen (z.B. Hypertonie), ohne Komplikationen	HbA1c, Lipide, RR, Urinalbumin, Augenfundus OAD-Multitherapie, Behandlung der Begleiterkrankungen (Hypertonie, z.B. ACE-Hemmer etc.)
	Patient mit Begleiterkrankungen und mit Komplikationen (Mikro- und/oder Makroangiopathie, Fußsyndrom)	HbA1c, Lipide, RR, GFR, Urinalbumin, Augen, Füße Therapie: Insulin (mit oder ohne OAD) Interdisziplinäre Betreuung und Behandlung der Komplikationen und Begleiterkrankungen

**2 von 3 Therapieformen (SMBG)**

	Untersuchung	Therapie
	Patient ohne Begleiterkrankungen, ohne Komplikationen	HbA1c < 7,5 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht pharmakologisch (Diät, Bewegung)</li> <li>• OAD-Monotherapie (nicht-insulinotrope OAD)</li> <li>• OAD-Multitherapie (insulinotrope OAD)</li> <li>• Insulintherapie (z.B. BOT)</li> </ul>

**SMBG: Therapiemonitoring: Gruppe GRÜN**

Therapie	Messfrequenz	präprandial	postprandial	abends	Ereignis	7-Punkt Tagesprofil
Nichtinsulinotrope OAD						1 Tagesprofil
Insulinotrope OAD					4/ Quartal	1 Tagesprofil / Quartal
BOT	1 Test/Tag	x			24/ Quartal	1 Tagesprofil / Quartal

	Untersuchung	Therapie
	Patient mit Begleiterkrankungen und mit Komplikationen	HbA1c > 7,5 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• OAD-Multitherapie (insulinotrope OAD)</li> <li>• Insulintherapie: in Kombination mit OAD (BOT, SIT), CT oder ICT</li> <li>• Therapie der Begleiterkrankungen (Hypertonie, KHK, etc.)</li> <li>• Therapie der Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie, Fuß)</li> </ul>

**SMBG: Therapiemonitoring: Gruppe ROT**

Therapie	Messfrequenz	präprandial	postprandial	abends	Ereignis	7-Punkt Tagesprofil
Nichtinsulinotrope OAD						3 Tagesprofile / Quartal
Insulinotrope OAD					4/ Quartal	3 Tagesprofile / Quartal
BOT	1 Test/Tag	x			24/ Quartal	3 Tagesprofile / Quartal
SIT	3 Tests/Tag	x	x		24/ Quartal	3 Tagesprofile / Quartal
ICT	4 Tests/Tag	x	x	x	24/ Quartal	3 Tagesprofile / Quartal
CT	2 Tests/Tag	x		x	24/ Quartal	3 Tagesprofile / Quartal

Der Hausärzterverband stellte auf dem DDG in Stuttgart ein Stratifizierungscluster vor

# Blühende IV-Versorgungslandschaften

Drei Versorgungslandschaften stellte die Pro Versorgung GmbH, eine wirtschaftliche Tochter der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und damit des Hausärzterverbands - mit über 32.000 Mitgliedern und 17 Landesverbänden der größte Berufsverband der Vertragsärzte - auf dem DDG vor. Basis der Versorgungslandschaften (VL), beginnend mit Diabetes, Rheuma und Pflege, ist ein auf viele Indikationen übertragbares Stratifizierungscluster, auf dem sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgungslösungen aufgesetzt und in Selektivverträge (§ 140a ff und § 73c SGB V) eingebracht werden sollen.

>> Für jede der Versorgungslandschaften (eine Idee, die übrigens ursprünglich in einer Art Thinktank des Unternehmens Lilly entstanden war) wurden GmbHs gegründet, bei Pflege ist der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) beteiligt, bei Rheuma der Berufsverband der Rheumatologen. Nur bei Diabetes ist bislang nur Pro Versorgung/HÄVG der wirtschaftliche Träger, weil sich die ideellen Partner, die die VL Diabetes auf dem DDG in Stuttgart vorgestellt hatten, nicht an der GmbH beteiligen wollten: Das waren der Berufsverband der niedergelassenen Diabetologen (BVND), die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) und der Bundesverband der Diabetologen in Kliniken (BVDK).

Basis der VL sind IV-Verträge, die mit einzelnen Kassen abgeschlossen werden (die ersten Verhandlungen laufen) und jeweils drei Versorgungsebenen einschließen. Im Diabetes-Vertrag sind beispielsweise berücksichtigt:

- **Ebene 1:** HzV-Hausarzt (zugelassener HzV-Hausarzt mit Sitz im KV-Bezirk)
- **Ebene 2:** Diabetologische Schwerpunkt-einrichtung (DSP) (DDG Zertifikat Stufe 1, nach 12-monatiger Karenzzeit DDG-Zertifi-

kat Stufe 2, auch hier: Sitz im KV-Bezirk nötig) und Krankenhaus ambulant (DDG Zertifikat Stufe 2, Genehmigungsverfahren durch den Beirat)

- **Ebene 3:** Krankenhaus (stationär) (DDG Zertifikat Stufe 1, nach 12-monatiger Karenzzeit DDG-Zertifikat Stufe 2.

Bei allen drei Ebenen gilt, dass eine Teilnahme am Vertrag nur dann erfolgt, wenn die jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen der jeweiligen Ebenen erfüllt sind. Bei Ebene 1 und 2 gibt es die Besonderheit, dass sich der teilnehmende Arzt entscheiden kann, ob er nun als HzV-Hausarzt oder als DSP mitmacht.

Wichtig ist auch, dass sich die teilnehmenden Leistungser-

bringer sowohl auf Muss- als auch Soll-Überweisungskriterien kommiten. So gibt es Soll- und Muss-Kriterien vom Hausarzt zum DSP sowie Muss-Kriterien vom Hausarzt/DSP zum Krankenhaus. <<



Blaupause des Clusters, vorgetragen auf einem DDG-Symposium am 18.05.2012 in Stuttgart.

Cluster für DM 2 und Rheuma. Legende: \*bei Diät oder Metformin-Monotherapie kann der HbA1c-Wert auch niedriger sein; Berücksichtigung vertraglicher Regelungen.

Diabetes mellitus Typ 2		
Eingangsdagnostik Anamnese u. Berücksichtigung ICF-Faktor s. Erhebung RSA-Diagnose	Prüfung der individuell vereinbarten Zielwerte  Zielwert-erreichung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Blutdruck (RR) &lt; 140/90 mmHg</li> <li>sowie</li> <li>• 2. HbA1c-Werte*</li> </ul> a) Patient < 75. Lj. 6,5 - 7,5 % b) Patient > 75. Lj. 7,5 - 8,5 %  innerhalb von 3 Quartalen bei RR und/oder 2 Quartale beim HbA1c
DM 2	Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren	
DM 2 + 1 RSA-Diagnose	Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren	
DM 2 + > 2 RSA-Diagnosen	Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren	

Rheumatoide Arthritis/ Entz. Bindegewebskrankheiten		
Eingangsdagnostik Amn-anamnese mit Euroquol DS sowie Erhebung RSA-Diagnose	Prüfung der individuell vereinbarten Zielwerte  Zielwert-erreichung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senkung des individuellen Schmerzwertes</li> <li>• nach Selbstbeurteilung des</li> <li>• Schmerzes anhand der Schmerzskala 1-10 entsprechend der Therapievereinbarung</li> <li>• Verbesserung bzw. Halten der Einschränkung durch die Erkrankung</li> </ul> innerhalb von 3 Monaten
Rheuma	Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren	
Rheuma +1 RSA-Diagnose	Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren	
Rheuma + > 2 RSA-Diagnosen	Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren	

### 3. AQUA-Tagung „Qualität kennt keine Grenzen - Erkennen und Umsetzen“

## Motivation statt Sanktion

Was verbindet den Kartografen und Mathematiker Tobias Mayer, der im 18. Jahrhundert in Göttingen lehrte, mit dem Thema Qualitätssicherung? „Mayer gilt als Pionier der Positionsbestimmung und Wegbereiter der modernen Navigationssysteme“, erklärte Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des AQUA-Institutes, in seiner Eröffnungsrede. „Wir beurteilen Qualität aus unterschiedlichen Perspektiven, um dann zu einer guten Positionsbestimmung zu kommen.“ Zur diesjährigen AQUA-Tagung, die unter dem Motto „Qualität kennt keine Grenzen - Erkennen und Umsetzen“ stand, versammelten sich mehr als 700 Teilnehmer in der Stadthalle Göttingen. Szecsenyi freute sich insbesondere darüber, dass auch wieder sehr viel „engagierter Nachwuchs“ aus dem Gesundheitswesen vertreten war. Im Bereich der Qualitätssicherung gebe es zwar noch viele Herausforderungen zu bewältigen, dennoch konnte der AQUA-Geschäftsführer auch schon auf einige Erfolge auf diesem Gebiet verweisen. So habe man heutzutage eine sehr viel größere Transparenz erreicht. Auch gebe es sehr viel mehr Indikatoren, die inzwischen veröffentlichungspflichtig sind.

>> Mit der Frage „Welche Bedeutung nimmt die Qualität in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung ein?“ begann Dr. Hiltrud Kastenholz, Referatsleiterin im Bundesgesundheitsministerium, ihren Vortrag. Die klare Antwort: „Eine große.“ Gute Qualität werde zurecht von allen erwartet. Leider müsse man immer wieder feststellen, dass Qualität nicht immer in dem erwarteten Maße erbracht werde. „Der wichtigste gesetzliche Meilenstein war sicherlich die Einrichtung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 in Kraft getreten ist“, erklärte Kastenholz. Seit dem letzten Jahr habe der Gesetzgeber beschlossen, nicht mehr nur alleine den Rahmen

vorzugeben, sondern auch tatsächlich inhaltliche Vorgaben für die Qualitätssicherung zu machen. Beispiele dafür sind laut Kastenholz die neuen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Bezug auf das Infektionsschutzgesetz, das Psych-Entgeltgesetz sowie das Patientenrechtegesetz.

Mit dem „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ vom August 2011 solle das Problem der nosokomialen Infektionen konkret angegangen werden. „Die Ursache von Infektionen, aber auch die Ausbreitung von Resistenzen sind sicher komplex und nicht alles ist vermeidbar“, so Kastenholz. „Aber wir wissen auch, dass nicht überall die erforderlichen Qualitätsmaßgaben erfüllt werden.“ Der Gesetzgeber habe die Notwendigkeit erkannt, in diesem Bereich etwas zu ändern. Der G-BA wurde mit dem sogenannten Hygienegesetz verpflichtet, bis zum 31.12.2012 geeignete Maßnahmen festzulegen und Indikatoren für die Einrichtungen zu gestalten.

Auch mit dem Psych-Entgeltgesetz, in dem der Übergang in eine pauschalierte Vergütung im Bereich der stationären Psychiatrie und Psychosomatik geregelt werde, kämen weitere Aufgaben auf den G-BA zu. „Der dritte Themenschwerpunkt ist das Patientenrechtegesetz, das gemeinsam vom Justiz- und Gesundheitsministerium gestaltet wird.“ Hier müsse der G-BA Vorgaben zu Fehlermeldesystemen und Risikomanagement machen.

Am Ende des Vortrags ging Hiltrud Kastenholz auch noch kurz auf das Thema Pay for Performance ein. „Die Frage, ob durch eine qualitätsbezogene Vergütung eine Verbesserung der Versorgung erreicht werden kann, haben wir in den letzten Jahren intensiv dis-

kutiert.“ Vor drei Jahren habe das BMG nationale und internationale Experten zu einem Symposium geladen. Das Ergebnis: „Am Ende hatten wir fast mehr Fragen als Antworten.“ Aber es wurde dadurch deutlich, dass es dringend wissenschaftlicher Grundlagen bedürfe, um diese Frage beantworten zu können. Das BMG habe schließlich ein Gutachten in Auftrag gegeben, das den Nutzen und die Risiken von Pay-for-Performance-Programmen untersuchen sollte. „Die Ergebnisse werden wir voraussichtlich im Juni dieses Jahres veröffentlichen“, so Kastenholz.

Angesichts der Fülle von Aufgaben stehe der G-BA vor enormen Herausforderungen, sagte Dr. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA. Wichtig sei es, dass sich der G-BA trotz der zahlreichen Aufgaben nicht zu einer Mammutbehörde entwickle. „Ich wehre mich sowieso gegen den Begriff Behörde für den Bundesausschuss“, so Hess. „Wir sind Selbstverwaltung und wollen dies auch bleiben.“ Der erste große Meilenstein in der Arbeit des G-BA war nach Einschätzung des Vorsitzenden die Beschlussfassung der Qualitätssicherungsrichtlinie vom 19.4.2010. Das Besondere daran sei insbesondere die Tatsache, dass die Richtlinie einstimmig im Konsens getroffen wurde. „Das ist ein wichtiger Erfolg, denn im Bereich Qualitätssicherung geht es nur mit Motivation und nicht mit Befehl von oben“, konstatierte Hess. Der Grundsatz müsse lauten: „Motivation vor Sanktion.“ Natürlich müsse man, wenn etwas aus dem Ruder laufe, dem nachgehen. „Aber doch erstmal mit dem Versuch, diese Fehler durch Motivation zu beseitigen.“ Im Vortrag von Dr. Kastenholz sei schon deutlich geworden, welches Riesenspektrum an Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung vor dem G-BA lägen. „Ich wünsche meinem Nachfolger viel Erfolg“, so Hess, der Ende Juni sein Amt an Dr. Josef Hecken abgeben wird. <<

von: Jutta Mutschler



Dr. Hiltrud Kastenholz, Referatsleiterin Qualitätssicherung, IQWiG, Personal im Krankenhaus im Bundesgesundheitsministerium.

### DNVF wählt Neugebauer

>> Prof. Dr. Edmund Neugebauer von der UW/H wurde von der Mitgliederversammlung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) einstimmig zum neuen ersten Vorsitzenden gewählt. Er löst damit Prof. Dr. Holger Pfaff (Universität Köln) ab, der zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt wurde. Als Geschäftsführer wurde Prof. Dr. Gerd Glaeske (Universität Bremen) wiedergewählt. Neugebauer war von 2006 bis 2010 Geschäftsführer und von 2010 bis 2012 stellvertretender Vorsitzender des Netzwerkes, das am 27. September seinen nächsten Deutschen Versorgungsforschungskongress veranstaltet. <<

### Patientenrechtegesetz

>> „Das neue Patientenrechtegesetz bringt umfassende und verständliche Informationen für Patientinnen und Patienten“, erklärte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr anlässlich des vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurfes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Es ermögliche Arzt-Patienten-Gespräche auf Augenhöhe und stärke die Rechte der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern; mit dem gemeinsam vorgelegten Patientenrechtegesetz sei „endlich eine einheitliche gesetzliche Grundlage“ geschaffen worden, was zu mehr Klarheit und Transparenz im Gesundheitswesen führe. So würden die Rechte der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter ausgebaut und verbessert, Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. <<

### ZEGV in Dresden gegründet

>> Die Dresdner Hochschulmedizin sieht einen großen Bedarf zur Stärkung der Evidenzbasierten Medizin und Versorgungsforschung durch Einrichtung einer Schnittstelle von klinischer und methodischer Expertise. Vor diesem Hintergrund wurde aktuell als gemeinsame Struktur des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät das Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) gegründet. Leiter des neu gegründeten Zentrums ist Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, Inhaber der Dresdner Professur für Sozialmedizin und Versorgungsforschung. Kontakt: jochen.schmitt@uniklinikum-dresden.de. <<

### 85 % des Weltmarkts

>> Der Informationsdienstleister INSIGHT Health bietet nun umfassende und ständig aktualisierte Daten zu allen zugelassenen pharmazeutisch aktiven Substanzen auch international über seine Patentdatenbank SHARK an. Die Datenbank ist eine Weiterentwicklung der bisherigen INSIGHT Health-Patentdatenbank und enthält Informationen von 27 nationalen Patentämtern sowie Sekundärquellen.

Die Datenbank deckt damit etwa 85 Prozent des Weltmarktes nach Substanzumsätzen ab. SHARK ermöglicht auch eine schnelle und präzise Suche nach Patentinformationen und Daten über ergänzende Schutzzertifikate (Supplementary Protection Certificates, SPC) und erlaubt zum Beispiel die Evaluation von generischen Möglichkeiten, stellt aber auch ein äußerst nützliches Werkzeug für die forschende Pharmaindustrie dar. Sie dient Originalherstellern aber auch als Wissensbasis für strategische Planungen und als Informationsquelle zur Optimierung von Portfolios sowie zur Wettbewerbsanalyse. <<

### Qualitätsergebnisse publiziert

>> IQM-Kliniken aus Deutschland und der Schweiz veröffentlichen heute aktuelle medizinische Qualitätsergebnisse im Internet. „Die Ergebnisse sind vollständiger, verlässlicher und überprüfbarer als die hierzulande im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung veröffentlichten“, erklärt Dr. Francesco De Meo, Präsident des IQM-Vorstandes. IQM hat dafür DRG-Routinedaten von über 3,3 Mio. stationären Behandlungsfällen (Vorjahr: 2,16 Mio.) mit dem derzeit umfassendsten Indikatorensatz (IQM Version 2.1) zur Messung und Verbesserung von Behandlungsergebnissen auswerten lassen.

In Österreich und der Schweiz gehören die von IQM eingesetzten Indikatoren bereits zum nationalen Standard. Die freiwillige Ergebnistransparenz motiviert die bei IQM teilnehmenden Krankenhäuser, Behandlungsprozesse und Komplikationsraten konsequent zu verbessern. Denn mit den aktuellen Ergebnissen zeigen die IQM-Kliniken zwar für viele Krankheitsbilder, wo sie besser sind als der Bundesdurchschnitt, vor allem aber auch, bei welchen Krankheitsbildern sie sich verbessern können.

Die Ergebnisse im Einzelnen: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethode/qualitaetsergebnisse>. <<

### Fachkräftemangel i.d. Pflege

Hrsg.: Bettig/Frommelt/Schmidt  
**Fachkräftemangel in der Pflege, Konzepte, Strategien, Lösungen**

Verlag: medhochzwei 2012

372 Seiten

ISBN: 978-3-86216-078-5

Preis: 54,95 Euro

>> Beim derzeitigen Fachkräftemangel in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung handelt es sich nicht um einen temporären Engpass. Vielmehr droht eine dauerhafte, quasi eine „chronische“ Mangelsituation aufgrund des demografischen Wandels einzutreten. Das prognostizieren die Herausgeber des neu erschienenen Bandes „Fachkräftemangel in der Pflege“ in der Einleitung.

Auf der einen Seite sucht die Publikation mit Beiträgen von 28 Autoren den Ist-Zustand in der Pflege zu beleuchten und die Tendenzen der demografischen Entwicklung aufzuzeigen. Auf der anderen Seite setzen sich die Verfasser mit verschiedenen Aspekten der Frage auseinander, wie der hohe Bedarf an Pflegekräften künftig gedeckt werden kann. Welche Voraussetzungen müssen dafür schon heute geschaffen werden, um etwa die Zahl der Auszubildenden konstant zu halten oder den Pflegeberuf als solchen im Wettbewerb mit den anderen attraktiv zu gestalten? Oder welche Kompetenzen werden künftig von den Fachkräften überhaupt verlangt? Nicht nur diese Fragen werden im neuen Band aufgegriffen, sondern auch Strategien aufgezeigt, wie etwa dem Fachkräftemangel auf der Betriebs- und Verbandsebene begegnet werden kann. Personalentwicklung sowie bedarfsorientierte Bildungsplanung stehen dabei im Zentrum der Betrachtungen und werden anhand praktischer aktueller Beispiele erläutert. Schließlich widmet sich auch ein ganzes Kapitel mit mehreren Beiträgen innovativen Ansätzen im Personalmanagement, wobei etwa neue Strategien zur Personalfindung und -bindung vorgestellt werden.

Die Neuerscheinung ist sowohl für Fachkundige als auch für interessierte fachfremde Leser empfehlenswert, sucht sie doch nicht nur innovative theoretische Ansätze vorzustellen, sondern auch traditionelle Instrumente anhand von Praxisbeispielen auf ihre Tauglichkeit hin zu überprüfen. <<



## 2. Zukunftskongress der DGbV

# „Keine Flipperkugel im Gesundheitsbetrieb mehr“

„Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Effekte, Perspektiven und Grenzen“ - so nannte die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGbV) in Berlin ihren 2. Zukunftskongress – ein gerade auch durch den aktuell vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten hoch aktuelles Thema. Wie immer bei Zukunftskongressen des multidisziplinär aufgestellten Verbandes referierten Meinungsführer aus Politik, Wissenschaft, Selbstverwaltung und Praxis wie Andrea Fischer (Gesundheitsministerin a.D.), Prof. Dr. Werner Vogd (Witten-Herdecke), Prof. Dr. Marie-Luise Dierks (MHH), Ursula Helms (NAKOS), Dr. Veit Wambach (PNN, NAV-Virchowbund), Michael Weller (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Thomas Wolf (prowocon GmbH), Ralf Pourie (4sigma/DGbV) und Dr. Sylvia Jung (IPC Consulting). Die Moderation übernahmen DGbV-Präsident Dr. John N. Weatherly (NEWSTAND) und DGbV-Präsidiumsmitglied Prof. Dr. Reinhold Roski (HTW Berlin).

>> „Partizipation ist ein grundlegendes Ziel der Selbsthilfebewegung“ nannte Ursula Helms, seit November 2005 Geschäftsführerin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) eines der Anliegen ihrer Institution, die von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. getragen wird. Ziel der Selbsthilfebewegung sei immer auch die Interessenvertretung und das Wirken nach außen gewesen, führte Helms aus, die sich sichtlich freute, auf einem derartigen Fachkongress vortragen zu können, weil die Beteiligung von Patientenvertretern immer noch nicht Usus sei.

Doch hätte die Beteiligung der für die „Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ nach Meinung von Helms durchaus dazu geführt, dass auch andere Akteure des Gesundheitswesens sich um Vertretungen der maßgeblichen Organisationen in ihren Gremien bemühen würden. „Die Zunahme der Beteiligung der kollektiven Patientenvertretung im Gesundheitswesen kann Grundlagen schaffen für eine zunehmend gelingende individuelle

Patientenbeteiligung und damit für ein bürgernahes Gesundheitswesen“, ist sich Helms sicher. Auch wenn, so ihre Kritik, es noch oft an angemessenen Rahmenbedingungen für die sich stetig weiter entwickelnde kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung von der Bundesebene bis zu der örtlichen Ebene fehle.

Und das, obwohl bereits 2004 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum ersten Mal gesetzliche Mitberatungsrechte für Selbsthilfe- und Patientenvertreter/innen in verschiedenen untergesetzlichen Planungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens verankert worden seien, was eine wichtige Regelung für eine Bürgerbeteiligung aus Sicht von Patienten und Selbsthilfe gewesen sei und auch in ein (zumindest) Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mündete.

So erklärte Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik des GKV-Spitzenverband in seinem Vortrag „Effekte, Perspektiven und Grenzen der Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen aus der Sicht von Krankenkassen“, dass sich zum einen die originäre Rolle des Patienten unmittelbar in der gesundheitlichen Versorgung als Nachfrager von Leistungen gewandelt habe; zum ande-

## Kongressthemen

Die Patientenrolle im Wandel der Medizin und des Gesundheitssystems | Gesundheits- und gesellschaftspolitische Aspekte | Effekte, Perspektiven und Grenzen der Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Sichtweisen (Patienten und Selbsthilfe, Wissenschaft, Ärzte, Krankenkassen) | Praxis der Patientenunterstützung im Versorgungsmanagement: Telematik zur Patientenselbststeuerung - Transparenz beim Patientencoaching durch Checklisten | Projektvorstellung: Formen aktiver Patientenbeteiligung

## Kommentar

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine gesunde Volkswirtschaft braucht ein funktionierendes und bezahlbares Gesundheitssystem, um die zu erreichenden Gesundheitsergebnisse (Pay for Performance oder Pay for Results) zu erzielen.

So lautete bisher die allgemein gültige Formel.

Im Umkehrschluss bringt ein ineffizientes und ineffektiv organisiertes Gesundheitssystem eine gesunde Volkswirtschaft in deutliche ökonomische Problemlagen!

In dieser Abwärtsbewegung, in der wir uns gerade massiv in der Bundesrepublik Deutschland befinden, ist Patientenbeteiligung ein unbedingt wichtiger und notwendig zu beachtender Teilaspekt; jedoch einer, der nach wie vor bei Politikern und sonstigen verantwortlichen Multiplikatoren im Gesundheitssystem nicht den angemessenen Stellenwert erfährt.

Ich rufe Sie auf – helfen Sie aktiv innerhalb der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement mit, mehr Partizipation für die Patienten zu fordern und diesen unerträglichen Zustand der Missachtung zu beenden.

Mit sommerlichen Grüßen aus Berlin

Dr. John N. Weatherly



Dr. John N. Weatherly  
Präsident  
DGbV

## Termine

Vom 13. bis 15. Juni 2012 ist die DGbV täglich auf dem Hauptstadtkongress in Berlin mit Veranstaltungen in der DGbV-Lounge vertreten

### Patientenorientierung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen

13. Juni 2012, 13:00 – 17:00 Uhr

Referenten: Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, Norbert Klapper, Prof. Dr. Joachim Merk, Dr. Jürgen Fröhlich, Dr. Sylvia Jung

### „Wir machen den Patienten zum Chef!“

#### Telematik - Versorgungsforschung

14. Juni 2012, 11:00 – 17:00 Uhr:

Referenten: Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, Ralf Pourie, Prof. Dr. Guntram Platter, Prof. Dr. Thomas Wolf, Christian Luley

### Patientencoaching und Ausbildung

#### - Transparenz durch Checklisten

15. Juni 2012, 10:00 – 15:00 Uhr:

Referenten: Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, Dr. John N. Weatherly, Prof. Dr. Guntram Platter, Monika Knetsch, Ralf Pourie

Link: <http://www.hauptstadtkongress.de/2012/programm-workshops-lounges>

ren aber auch die Rolle als Patientenvertreter in diversen Gremien und Funktionen. Hier nannte Weller Entscheidungs-/Empfehlungsgremien der GKV, in denen Patienten sowohl als Berater im G-BA (Anhörungsrechte nach § 124 Abs. 4 SGB V, Mitberatungsrechte nach § 140f Abs. 4 SGB V) und bei der Mitwirkung bei Änderung, Neufassung oder Aufhebung der genannten Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes inklusive des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung integriert seien. Eine weitere Funktion sei die Rolle als Patientenberater im Rahmen einer institutionellen Beratung, z. B. der UPD, die im Zuge des AMNOG ab dem 1. Januar dieses Jahres von der modellhaften Erprobung zum Regelangebot überführt worden ist. Laut Weller biete die Unabhängige Patientenberatung Deutschland - getragen von dem Sozialverband VdK Deutschland e.V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und dem Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. - in Form einer gemeinnützigen GmbH und als deutschlandweiter Verbund mit unabhängigen Beratungsstellen eine ebensolch unabhängige Beratung, wobei der GKV-Spitzenverband Patientenberatung als Regelleistung für alle Versicherten (§ 65 b SGB V) mit rund 5,2 Millionen Euro (2012) finanziere. Das erklärte Ziel: „Verlässliche Informations- und Beratungsangeboten sollen Patienten und Versicherte in die Lage versetzen, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen.“

Diese neuen Rollen des Patienten in der Versorgung müssten laut Weller weiter verbessert werden. Zum Beispiel, in dem Grundlagen für echte Chancen der Mitwirkung/Mitsprache im Behandlungsprozess geschaffen und eine Selbstbestimmung im Behandlungsprozess möglich gemacht werde. Dazu sei Wissen um alternative Behandlungskonzepte notwendig, was leicht verständliche und abrufbare Informationen notwendig mache. Erst wenn eine entsprechende Infrastruktur um Behandlungsbedarfe der Patienten aufgebaut und für jeden erreichbar sei, sei der Patient „keine Flipperkugel im Gesundheitsbetrieb“ mehr.

Die neue Patientenrolle hat in Augen von Prof. Dr. Werner Vogd von der Fakultät für Kulturreflexion und Studium des Lehrstuhls für Soziologie an der Universität Witten/Herdecke, der in seinem Vortrag über „Die Patientenrolle im Wandel der Medizin und des Gesundheitssystems“ referierte, fundamentale Vor- wie Nachteile. Nach über 100 Jahren, in denen anfangs Diagnose und Therapie mit dem Patienten ausgehandelt worden seien, danach mit der Geburt des Klinikwesens der Patient

## Infrastruktur auf Patienten-Bedarfe ausrichten

Hauptursachen für Qualitätsdefizite, fehlende Effektivität und Effizienz laut Vortrag Weller:

- Fragmentierung und Verkrustung der Versorgungsstrukturen
- sektorale Trennung der Steuerungsinstrumente zur Planung und Honorierung
- unzureichendes Schnittstellenmanagement zwischen Versorgungsbereichen
- Fokussierung auf Akutversorgung und die damit einhergehende Vernachlässigung von Prävention, Rehabilitation und Pflege
- zu starke Arztzentrierung
- fehlendes Leitbild zur Versorgung chronisch Kranker
- fehlende Anpassung an soziodemografische Veränderung
- unzureichende Patienten- und Nutzerorientierung
- Konzentration von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement auf Struktur- und Prozessqualität und nicht auf Ergebnisqualität
- Phobie vor Messbarkeit und Ergebnisqualität

Aus Vortrag „Effekte, Perspektiven und Grenzen der Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen aus der Sicht von Krankenkassen“ von Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik GKV-Spitzenverband.

entpersonalisierter und als Fall gesehen und der Arzt als „Vollstrecker wissenschaftlicher Rationalität“ verstanden worden sei, heiße es nun: Abschied vom Halbgott in Weiß. Vogd: „Die Verhältnisse und Machtstrukturen des bürokratischen Krankenhauses und der paternalistischen Medizin lassen sich aus vielen guten Gründen kritisieren, doch sie vermittelten Sicherheit in den Rollenverhältnissen. Denn es war klar, was man von Arzt und Patient zu erwarten hatte.“

Mit dieser Klarheit und dem absehbaren Ende der bürokratischen Medizin, in der man sich auf die Rollen verlassen hätte können, ist es nach Vogds soziologischer Analyse vorbei. Schnittstellenprobleme einer hochtechnisierten Medizin, die wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen, aber auch die Einflüsse der Evidence Based Medicine, der Gesundheitsökonomie und Public Health sowie der Gesundheitsberichterstattung („Viele Ärzte + teure Medizin ≠ Gesundheit“) und der Kostenexplosion sowie entsprechender Versuche der Kostendämpfung würden dazu führen, dass Patienten der Führung der Ärzte misstrauen.



Aus Vortrag „Die Patientenrolle im Wandel der Medizin und des Gesundheitssystems von Univ.-Prof. Dr. Werner Vogd.

Vogd sieht die „moderne Krankenbehandlung polykontextual“, was bedeute, dass sich Patient wie Leistungserbringer „in unsicheren Rollenverhältnissen“ einrichten müssten. Vogd: „Der Prozess der Krankenbehandlung erscheint unter flexibleren Voraussetzungen immer weniger an nur einen organisatorischen Pfad gebunden. Er vollzieht sich eher in einem Behandlungsnetzwerk, das situativ aus verschiedenen organisatorischen und personalen Einheiten geknüpft wird.“ Dies führe mehr und mehr zu einer dynamischen Steuerung durch Netzwerke, in dem eine „Balance durch das Wechselspiel von Identität und Kontrolle“, aber auch durch Konkurrenz und Kooperation sowie das „win-win und win-lose-Prinzip“ erfolge. Sein Zukunftsszenario beschreibt der Soziologe, der nebenbei auch sagt, dass Soziologen nun mal frei von Sachzwängen denken dürfen, so: „Patienten und ihre Angehörigen werden selbst zum Teil des Netzwerkes, haben nun vermehrt am Behandlungsprozess mitzuarbeiten, sei es in der Pflege, im Einfordern von Finanzmitteln oder in der Organisation von Beschwerdemacht, um den Irregularitäten in den Behandlungsprozessen eigene Kontrollversuche entgegenzusetzen.“ Für die Arzt-Patient-Beziehung im Netzwerk bedeutet dies, dass beide mit unsicheren Rollenverhältnissen umgehen lernen müssen.

„Patienten haben für sich selbst entschieden, dass Ärzte von ihnen nicht mehr als unfehlbar angesehen werden“, hält Gesundheitsministerin a.D. Andrea Fischer entgegen. Patienten seien informiert und wollten in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden und sich nicht mehr vorschreiben lassen, wer sie wann und wo behandelt. Doch sieht sie anders als Vogd Patienten nicht als diejenigen an, die „irgendwo versuchen müssen, mit ei-

>> Fortsetzung auf Seite IV

## Neuerscheinung in der Buchreihe der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement

# Erfolgsfaktor Patientencoaching

Qualität, Transparenz, Patientensicherheit und eine eindeutige Definition – mit diesen Prämissen hat sich die Arbeitsgruppe „Patientencoaching“ vor ungefähr drei Jahren daran gemacht, die Eckpunkte eines Standards für ein solides Patientencoaching zu entwickeln. Über 40 Experten wurden im Laufe der Zeit angehört und haben daran mitgewirkt. Jetzt liegt das Ergebnis in zwei Bänden vor. Der letzte Band erscheint zum Hauptstadtkongress 2012 im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“ - eRelation AG - Content in Health.



>> Im ersten Band werden Grundlagen und Praxisbeispiele des Patientencoachings dargestellt. Der zweite Band vervollständigt den Überblick über das sehr komplexe Thema. Beide Bände bilden ein zusammenhängendes Werk, in dem dargestellt wird, welche notwendigen fachlichen und persönlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Eigenschaften ein Patientencoach im Laufe seiner Ausbildung erlernen und weiterentwickeln sollte. Dem liegt ein Kompetenzprofil und Berufsbild zugrunde, das den Qualitätsvorstellungen der DGBV entspricht.

Da wir uns am Anfang der Entwicklung eines neuen und zukunftsorientierten Berufsbildes befinden, gibt es noch keine geschützte Berufsbezeichnung „Patientencoach“ und keine staatlich oder anderweitig erfolgte Anerkennung. Beide Bänden leisten deshalb einen Beitrag zur Bildung eines Qualitätsstandards und werben für eine staatliche Anerkennung des Berufes Patientencoach. Diesem Ziel dienen auch Ausbildungsempfehlungen für Patientencoaches und Klassifizierungs-Checklisten zur Analyse von Angeboten des Patientencoachings.

Grundlage der Gliederung des Gesamtwerkes sind die vier entscheidenden Kompetenzen, über die ein Patientencoach verfügen sollte, nämlich Methodenkompetenz (das eigentliche „Rüstzeug“ eines Coaches), Soziale Kompetenz (Fähigkeit, auf Menschen einzugehen und mit ihnen umgehen zu können), Fachkompetenz (Grundverständnis für medizinische Zusammenhänge) sowie Feldkompetenz (Orientierungsfähigkeit im Gesundheitssystem).

### Der erste Band

Das Buch stellt anfangs die Patientenrolle in einen medizinhistorischen Kontext, ausgehend von der Entwicklung im Laufe der Medizin und des Gesundheitswesens vom 19. bis in das 21. Jahrhundert, das heißt von einer hierarchisch gesteuerten Medizin mit einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung bis hin zu der netzwerkförmig gesteuerten und stark differenzierten modernen Medizin, in der Patienten und ihren

Angehörigen flexible Rollenbilder zukommen, auf die sich Ärzte und andere Heilberufe einstellen müssen.

In verschiedenen Beiträgen wird auf das Patientenverhalten als zielführendes Element im Behandlungsprozess sowie auf das erhebliche Potenzial eingegangen, das durch Förderung von Selbstmanagement und therapiegerechtem Verhalten aktiviert werden kann. Es wird beschrieben, wie ein professionell ausgeführtes Coaching Patienten unterstützen kann, bessere Behandlungserfolge zu erreichen und die Ressourcen nutzbringend und ökonomisch zu nutzen. Dies gilt ganz besonders bei der Langzeitbehandlung chronischer Erkrankungen, die zunehmend das Krankheitsspektrum in den hochentwickelten Industrieländern beherrschen.

Patientencoaching wird dabei vom Coaching-Begriff in anderen Lebensbereichen, wie beispielsweise in der Wirtschaft oder im Sport, abgeleitet und gegenüber anderen Dienstleistungen im Gesundheitswesen wie insbesondere dem Case Management abgegrenzt. Dabei wird die Definition der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGBV) zu Grunde gelegt:

„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.“

Auf die persönlichen Voraussetzungen, die ein Patientencoach für seinen Beruf befähigen, nämlich soziale Kompetenz, Empathiefähigkeit und so genannte soft skills wird ebenso eingegangen wie auf die Methode des Patientencoachings, der ist ein ausführliches Kapitel gewidmet ist. Weitere Kapitel des ersten Bandes befassen sich mit dem für die Berufsausübung nötigen Netzwerk eines Patientencoaches sowie technischen und datenschutzrechtlichen Aspekten. Den Schluss des ersten Bandes bilden Praxisbeispiele, die zeigen sollen, wie Coaching-

Konzepte in das medizinische Versorgungsmanagement integriert werden können.

### Der zweite Band

Im zweiten Band werden zunächst die beiden mehr wissenschaftlichen Anteile des Kompetenzspektrums eines Patientencoachs dargestellt. Das sind Fachkompetenz, also das Grundverständnis für medizinische Zusammenhänge, und Feldkompetenz, nämlich das notwendige Wissen zur Orientierung im Gesundheitssystem. Weiterhin werden rechtliche und ethische Dimensionen des Patientencoachings sowie das Qualitätsmanagement jeweils in einem eigenen Kapitel behandelt.

Erste Voraussetzung für die Qualität des Patientencoachings ist eine gute Ausbildung der Coaches, die darüber hinaus über eine persönliche Eignung für diesen Beruf verfügen sollten. Diese Aspekte sind Grundlage der Ausbildungsempfehlungen, die wichtiger Bestandteil dieses Bandes sind. Diese Empfehlungen sehen eine modulare, in der Regel berufs begleitende Ausbildung von Patientencoaches vor. Sie sollen gleichzeitig als Grundlage für die Zertifizierung nach DGBV-Standard dienen. Als abgestufte Ausbildungsziele werden eine Basisqualifizierung, eine Spezialausbildung und die Möglichkeit eines Bachelor-Studienganges vorgestellt.

Letztlich kommt es auf die Ergebnisse beim Patientencoaching an. Um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Angebote an Hand von Indikatoren nachweisbar, transparent und vergleichbar zu machen, wurden von der DGBV-Arbeitsgruppe „Patientencoaching“ in multiprofessionellen und interinstitutionellen Experten-Workshops Checklisten entwickelt, die erstmals in diesem Buch veröffentlicht werden.

Beide Bände enthalten zahlreiche Anregungen und Arbeitsgrundlagen für alle, die an der Implementierung und Qualitätssicherung des Patientencoachings als Erfolgsfaktor im medizinischen Versorgungsmanagement interessiert sind. <<

>> Fortsetzung von Seite II

ner Entwicklung, die sie als Netzwerk bezeichnen, umgehen“ müssten. Ihrer Kenntnis nach sind „Patienten eigene Akteure“, die wüssten, was sie wollen. Was aber, das sagte DGBV-Präsident Dr. John N. Weatherly (NEWSTAND) in der Anmoderation ihres Vortrags unter dem Titel „Gesundheits- und gesellschaftspolitische Aspekte einer Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen“, würde geradezu „nach Patientenchoaches schreien“, die mitdenken, steuern und aufpassen, dass Patienten die bestmögliche Versorgung zukomme. Weatherly, der in seinem Eingangsvortrag auf „Effekte, Perspektiven und Grenzen der Patienten- und Bürgerbeteiligung“ eingegangen war: „Wir brauchen Versorgungsmanagement in jeder Lebens- und Altersphase.“

Fischer mit Vogd sind sich aber in dem Punkt annähernd einig, dass es derzeit überhaupt noch keine erkennbare Debatte in Deutschland darüber gebe, ob nicht mehr Patientenbeteiligung erforderlich wäre und was getan werden müsste, um sie möglich zu machen. Fischers Kritik am aktuellen Kabinettsbeschluss: „Das Patientenrechtegesetz bleibt dabei stehen, zu meist längst bestehende Rechte noch einmal zu kodifizieren.“ Es wäre ihrer Ansicht nach höchste Zeit, Patientenverbände zu gründen, deren Verlässlichkeit abzusichern und diesen Verbänden dann auch Beteiligungsrechte einzuräumen. Dafür brauche es eine politische

Initiative, dass Beteiligung erwünscht ist und organisiert werden soll, damit ein Aufbruch unter Patienten und ihren Organisationen einsetzen könne. Überdies müsste die Politik damit beginnen, bei großen Projekten die Mitsprache der Patienten zu suchen und zu organisieren - denn die Gesetze würden Millionen

### Perspektiven ...

- Sicherung des Volkswirtschaftlichen Überlebens des guten deutschen Gesundheitssystems
- Vernünftige Beitragshöhe als Lohnnebenkostenfaktor (Export-Weltmeister)
- Eröffnet neue Möglichkeiten der Behandlung
- Reduktion der Fehlallokationen
- Der Bedarf kann mit weniger Ärzten und Pflegekräften versorgt werden
- Mehr Wahlmöglichkeiten für den Versicherten bei seiner Krankenversicherung

### ... und Grenzen

- Der Mensch bleibt Mensch!
- Grundgesetz lässt freie Wahl des eigenen Umganges bis zur Selbstschädigung
- Fehlende Systemflexibilität
- Mangelnde Problemlösungsintelligenz der Politik und der beteiligten Institutionen
- Fehlender Wille des einzelnen Bürgers
- Fehlende wirksame demokratische Sanktionsinstrumente

Aus Vortrag „Effekte, Perspektiven und Grenzen der Patienten- und Bürgerbeteiligung“ von DGBV-Präsident Dr. John N. Weatherly.

betreffen, aber nur wenige verstünden sie.

Transparenz ist hier das A und O. Und die erfordert auch Kriterien, wie Ralf DGBV-Vizepräsident Ralf Pourie (4sigma) verdeutlichte. Er stelle ein Checklisten-System vor, das im Band 2 des Fachbuchs „Patientencoaching“ (s. S. III) veröffentlicht wird. Diese Checklisten dienen dem Zweck, Transparenz bei Angeboten des Patientencoachings herstellen zu können, diese vergleichbar zu machen und Coaching-Ergebnisse an Hand von Erfolgsindikatoren erfassen und bewerten zu können. Dies sei nicht nur im Interesse der Patienten sondern auch im Interesse der Kostenträger wünschenswert.

„Leuchttürme und gute Praxis aktiver Patientenbeteiligung im Versorgungsmanagement“ stellte Dr. Sylvia Jung vor, ein Projekt der DGBV-Arbeitsgruppe „Bürger-, Patienten- und Versichertenbelange und Gesundheitskommunikation“. Ziel sei es, Leuchttürme, Best Practices und Erfahrungen gelebter Patientenbeteiligung im Versorgungsmanagement des deutschen Gesundheitssystems zu beschreiben und einen anwenderfreundlichen Leitfaden unter dem Titel „Patientenbeteiligung für Akteure im Versorgungsmanagement“ zu entwickeln. <<

von: Peter Stegmaier

Alle im Text erwähnten Vorträge und Abstracts, aber auch jene, die lediglich aus reinen Platzgründen keine Erwähnung fanden, finden Sie auf [www.dgbv-online.de](http://www.dgbv-online.de)



# Was bietet eine Mitgliedschaft bei der DGBV?

- Arbeitsplattformen zur Entwicklung und Begleitung neuer Konzepte für ein effizienteres Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen
- Aktive Teilhabe an einem klar strukturierten Verband, der sich an der Komplexität des Gesundheitswesens orientiert
- Einbeziehung aller relevanten Akteure und Nutzer des Gesundheitssystems in die Verbandsarbeit
- Lerneffekte und Wissensgewinn in kreativen Arbeitsgruppen
- Kontakte und Erfahrungsaustausch mit Akteuren und Nutzern des Gesundheitswesens im Netzwerk der Gesellschaft
- Eine mediale Plattform, über die Themen und normgebende Aspekte des Verbandsschaffens fortlaufend publiziert werden

## Ich interessiere mich für die Mitgliedschaft

Per Fax bitte schicken an:  
 Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGBV)  
 Heerstraße 12 – 14; 14052 Berlin  
 Tel: +49 30 – 45 47 54 66 Fax: +49 30 – 45 47 58 01  
 Oder mailen Sie formlos an: [geschaeftsstelle@dgbv-online.de](mailto:geschaeftsstelle@dgbv-online.de)



Name/Vorname \_\_\_\_\_

Aufgabe/Funktion \_\_\_\_\_

Firma/Organisation \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 2012

Unterschrift \_\_\_\_\_

Jörg Stadler  
Steffen Dietz

## IT-Strategien und effizientes Risikomanagement für Accountable Care Organizations (ACO) - Teil 2

Eine deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen, massiv steigende Kosten bei unsicherer Finanzierung, fehlende Koordination mit Unter- bzw. Fehlversorgung sowie mangelnde Qualität bei falschem Anreizsystem sind große Herausforderungen für die beteiligten Akteure und die Politik des amerikanischen Gesundheitswesens. Um diesem Trend entgegenzuwirken, hat Präsident Obama im Rahmen seiner Healthcare Reform den Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) verabschiedet. Er stellt die gesetzliche Grundlage für eine performance- und ergebnisorientierte Neuausrichtung dar, zu deren Elementen auch die Gründung von Accountable Care Organizations (ACOs) gehört. (Siehe MVF 06/11 „Accountable Care Organizations (ACOs) als Neuerung im amerikanischen Gesundheitssystem“)

>> Mittlerweile haben sich 32 sogenannte Pioneer ACOs, ausgesucht vom US Department of Health & Humans Services (HHS) (1), dieser Aufgabe gestellt und werden die Kompetenzen aufbauen und Infrastruktur etablieren, um in dem sich ändernden Markt konkurrenzfähig zu bleiben. Eine robuste IT-Infrastruktur stellt einen der Schlüsselfaktoren für die erfolgreiche Umsetzung einer ACO dar. Hierbei bildet die Ausstattung der einzelnen Arztpraxis mit einer vernetzungsfähigen Softwarelösung und deren Anbindung an ein Health Information Exchange, kurz HIE, die Basis für alle weiteren notwendigen Prozess- und Koordinations-schritte. Nur auf dem Boden aggregierter administrativer, finanzieller und medizinischer Daten ist eine genaue Analyse und Planung der zu erwartenden Kosten und der zu unternehmenden Versorgungsschritte möglich.

### Die richtige IT-Strategie als fundamentaler Baustein für den Erfolg

Die Übernahme der finanziellen Gesamtverantwortung für die qualitative Versorgung einer Patientenpopulation macht das effiziente Risikomanagement zu einem fundamentalen Bestandteil einer IT-Strategie. Der umfassende Blick auf die zu versorgende Population sowohl retrospektiv als auch prospektiv und die sinnvolle Auswertung der existierenden finanziellen als auch klinischen Daten ist eine ausschlaggebende Anforderung an die IT-Infrastruktur.

Dabei bekommt das Thema Vernetzung im Gesundheitswesen eine ganz neue Bedeutung zugesprochen. Es geht primär nicht mehr nur um die Vernetzung klinischer Systeme, sondern zunehmend auch um die Aggregation der klinischen Daten zu einem bestimmten Patienten und administrativer bzw. finanzieller Informationen (2). Im Kontext eines ACOs werden hier abrechnungsrelevante Informationen (Claims)

### Zusammenfassung

Die umfangreichen Anforderungen an eine Accountable Care Organization (ACO) können von dieser nur mittels einer umfassenden IT-Strategie zur Unterstützung der klinischen und organisatorischen Prozesse bewältigt werden. Die Grundlage dieser IT-Strategie bildet eine umfangreiche Sammlung, Speicherung und Verarbeitung von Patienteninformationen mittels Beteiligung aller Leistungserbringer und unter Einbeziehung des Patienten selbst. Voraussetzung für den Aufbau einer solchen einrichtungübergreifenden Patientenakte und damit der Möglichkeit einer strukturierten Aggregation von klinischen Daten, ist die Bereitschaft der beteiligten Organisationen Daten auf Basis etablierter Standards auszutauschen. Die Akzeptanz der Leistungserbringer spielt dabei eine wichtige Rolle und kann nur durch eine Einbindung in den klinischen und praktischen Alltag erfolgen. Darüber hinaus muss jede Organisation eigene Key Performance Indikatoren definieren, angepasst an die speziellen regionalen und organisatorischen Gegebenheiten, welche das regelmäßige Messen und Berichten der Kennzahlen auf Management Ebene ermöglichen. Dies beinhaltet die Aggregation und Analyse von finanziellen und klinischen Daten in Bezug auf Qualität und Kosten in Relation zu der zu betreuenden Population. Die Transparenz der aktuellen Zielerreichung sowohl der gesamten Organisation als auch jedes einzelnen Leistungserbringers spielt dabei für den Gesamterfolg eine wesentliche Rolle und erfordert eine kontinuierliche Anpassung und Verbesserung der bestehenden Prozesse und Leitlinien.

### Schlüsselwörter

Accountable Care Organizations, ACO, IT-Infrastruktur, Amerikanisches Gesundheitssystem, MediCare, Medicaid

mit den klinischen Daten zusammengebracht, harmonisiert und vergleichbar gemacht, um darauf aufbauend eine Stratifizierung und Risikobetrachtung der Population durchzuführen (3). Die semantische Vergleichbarkeit der Daten spielt dabei eine wichtige Rolle, insbesondere auch durch die bevorstehende Umstellung des Diagnosenkataloges von ICD-9 auf ICD-10 im amerikanischen Gesundheitswesen ab 2012 bis 2013 (4). Eine elektronische Patientenakte (EHR) bietet hierbei bereits einen elementaren Baustein der IT-Strategie, deckt aber meist nur die klinischen Informationen, nicht aber die finanziellen Indikatoren ab. Weiter besteht das grundlegende Problem, dass die Qualität der existierenden abrechnungsrelevanten Daten (Claims) der einzelnen Kostenträger sehr unterschiedlich sind. Da ein wesentlicher Teil der Population Medicaid Patienten sein werden, bieten die staatlichen Centers for Medicare & Medicaid (CMS) den ACOs die Bereitstellung der Claims-Daten zur Population im HIPAA-konformen (Health Insurance Portability and Accountability Act) Format an (5). Diese Informationen decken aber nur die retrospektive Sicht auf die Patientenpopulation ab, lassen jedoch unter Zuhilfenahme analytischer Tools und existierender Algorithmen eine Vorhersage der Kosten oder Lücken in der existierenden Versorgung zu (3).

Aus diesem Umstand lässt sich bereits erkennen, dass die Notwendigkeit und der Einsatz analytischer Tools zur Stratifizierung und Risikobetrachtung, aber auch zur Vorhersage von Kosten und benötigter Versorgungsressourcen unerlässlich werden wird. Als Basis hierfür dienen Integrationskomponenten erweitert um die notwendigen Werkzeuge zur Bereinigung und dem Verarbeiten der Daten. Das Ziel ist es, abrechnungsrelevante Daten und klinische Informationen zusammenzuführen und vergleichbar zu machen. Wesentliche Bestandteile der IT-Infrastruktur sind somit Integrationsserver und ETL-Tools (Extrahieren, Transformieren, Laden) und ein Master Patient Index zur Gewährleistung einer einheitlichen Patienten-Identifikation. Auf dieser Basis kommen dann Algorithmen zur Datenanalyse und Aufbereitung zum Einsatz. Beispiele hierzu sind populationsbasierte Grouping Algorithmen wie DxCGs (Diagnostic Cost Groups für Diagnosen und RxGroups für Medikamente) oder CRGs (Clinical Risk Groups), die alle gemein

haben, dass die Population auf Kosten und Risikofaktoren analysiert und gruppiert wird (6).

Die Daten werden dann weiter in Datenwürfeln aufbereitet und für ein Reporting genutzt. Der bisherige Vernetzungsfokus weicht damit mehr und mehr dem Ansatz eines Data Warehouses und BI (Business Intelligence) mit dem Unterschied, dass neben finanziellen und organisatorischen Key Performance Indicators (KPIs) auch klinische Indikatoren Relevanz für die Risikoanalyse haben.

### Anwendungen zur Versorgungssteuerung

Die Datenbasis und sinnvolle Auswertung allein sorgt noch nicht für eine effizientere Versorgungssteuerung. Auch wenn die Analysewerkzeuge helfen, die Patientengruppen herauszufiltern, welche von einer Versorgungssteuerung am meisten profitieren würden und eine Hilfestellung für den effizienten Einsatz der medizinischen als auch administrativen Ressourcen eines ACOs gibt, so ist doch die eigentliche Prozesssteuerung der verschiedenen Akteure und Leistungen im Behandlungsverlauf die Königsdisziplin. Eine wichtige Basis hierfür ist die Etablierung evidenzbasierter Leitlinien, die in einem Prozesssteuerungstool abgebildet werden können. Im Wesentlichen konzentrieren sich die zukünftigen ACOs auf eine Care Management Applikation, die den Anwendern (den eigentlichen Case Managern) einen taskorientierten Blick auf ihre zu steuernden Patienten und behandlungsrelevante Ereignisse erlaubt (2).

Folgende Anforderungen muss die Care Management Applikation dabei erfüllen:

1. Die Care Management Lösung muss die Versorgungssteuerung durch die Nutzung von evidenzbasierten Leitlinien, die Integration der medizinischen Daten zum Patienten, Mechanismen zur Patientenüberwachung zu Hause (Telemonitoring) und andere patientenzentrierte Werkzeuge über die einzelnen Einrichtungen und Leistungserbringer hinweg ermöglichen.
2. Die IT-Infrastruktur muss den sicheren und umfassenden Austausch von persönlichen und medizinischen Daten zum Patienten für alle beteiligten Leistungserbringer und den Case Manager (das Health Team eines Patienten) im Prozess der notwendigen Versorgung ermöglichen.
3. Die Erfassung von relevanten Informationen im Behandlungszusammenhang sollte in die bestehenden Prozesse eingebettet bzw. in den Primärsystemen der Leistungserbringer möglich sein.
4. Die im Versorgungsmanagement erfassten Informationen, alle behandlungsrelevanten Daten und Empfehlungen, die mit dem oder zum Patienten ausgetauscht werden, müssen in einer Weise persistiert werden, die eine Evaluierung des Prozesses und Auswertung von Key Performance Indikatoren ermöglicht. Wichtige Ergebnisse zur Population sind hierbei Qualität der Versorgung, Kosten der Versorgung, Prozesseffizienz und Ressourcenmanagement.
5. Die Informationen zur Versorgungssteuerung müssen zugreifbar für alle Patienten und beteiligten autorisierten Leistungserbringer sein.
6. Die IT-Infrastruktur muss die Integration leitlinienbasierter Expertensysteme erlauben (Clinical Decision Support), welche in den Arbeitsablauf eingebettet sein sollten. Dies beinhaltet die Anzeige bzw. das Reporting von Versorgungslücken oder Abweichungen von der Leitlinie in der Care Management Applikation.
7. Die Care Management Lösung sollte eine Kommunikation mit allen beteiligten Leistungserbringern und den Patienten unterstützen.

Dabei ist das Ziel, sowohl den Patienten als auch die Leistungserbringer mit Informationen zu speziellen Indikationen, Verhaltensregeln, Weiterbildungsmaterial zur persönlichen Gesundheitssituation als auch medizinischer Sachverhalte zu versorgen, um das persönliche Engagement des Patienten in seinem Versorgungsprozess zu fördern.

8. Die Care Management Lösung sollte nicht auf das Management chronischer Erkrankungen limitiert sein, sondern auch Werkzeuge und Prozessunterstützung zur Prävention und Lifestyle Management anbieten. Dies kann z.B. Self Assessment Tools beinhalten, bei denen der Patient seine eigene Gesundheitssituation besser beurteilen und Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht erkennen und beeinflussen kann. Im Bereich Prävention wird die Etablierung eines Gesundheits-Coaches empfohlen.
9. Die IT-Infrastruktur muss die Analyse von administrativen, klinischen und finanziellen Daten ermöglichen, um dem ACO Management Werkzeuge zur Unterstützung des Betriebs und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses an die Hand zu geben. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess schließt dabei die permanente Optimierung der eigenen Leitlinien und Weiterbildung der Case Manager aber auch Leistungserbringer mit ein.
10. Die Gesamtlösung muss eine Umsatzplanung und Kostenträgerechnung beinhalten. Dies ist wichtig, um die erzielten Einsparungen und die daraus resultierenden Umsätze in einem Performance basierten Modell auf die Leistungserbringer zu verteilen. Ebenso sind diese Kennzahlen eine wichtige Basis für die Verhandlungen mit den Kostenträgern, um weitere Versorgungsangebote und bessere Verträge zu verhandeln.

In der Summe ergeben sich hieraus komplexe Anforderungen an eine IT-Lösung, die heute nach Meinung der Markt-Analysten von keinem Anbieter vollständig abgedeckt werden können. Demnach ist eine Integration einzelner bestehender Komponenten und neu zu entwickelnder Anwendungen für eine ACO überlebenswichtig. Der Ausbau der IT-Infrastruktur muss mit zukünftigen Anforderungen skalieren können und wird parallel zu dem eigentlichen Kerngeschäft der Gesundheitsversorgung passieren.

### Einbindung der Patienten über Health Risk Assessments und ein Patientenportal

Wie schon in der letzten Ausgabe erwähnt, spielt die Einbindung des Patienten bei der individuellen Versorgungssteuerung eine wesentliche Rolle. Das kann unter Zuhilfenahme von speziellen Self Assessment Tools passieren, deckt aber auch die Kommunikationskanäle zum Patienten über Internet und sichere eMail-Kommunikation mit ab. Die Etablierung eines Patientenportals kann diese Einbindung des Patienten und die Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Patient wesentlich unterstützen. Das Patientenportal bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit, zielgerichtet Informationen zu chronischen Erkrankungen und Gesundheitsrisiken bereitzustellen. Dies soll dem Patienten helfen, bewusster mit seiner chronischen Erkrankung umzugehen und weiteren Gesundheitsrisiken entgegenzuwirken. Die Herausforderung für eine IT-Lösung einer ACO ist in diesem Zusammenhang die Integration der Care Management Lösung mit einem bestehenden Patientenportal und umgekehrt die Integration der vom Patienten selbst erfassten Daten in die Care Management Applikation. Wesentlich ist hierbei nicht, dass die vom Patienten erfassten und bereitgestellten Daten von nun an Basis für die Entscheidung medi-

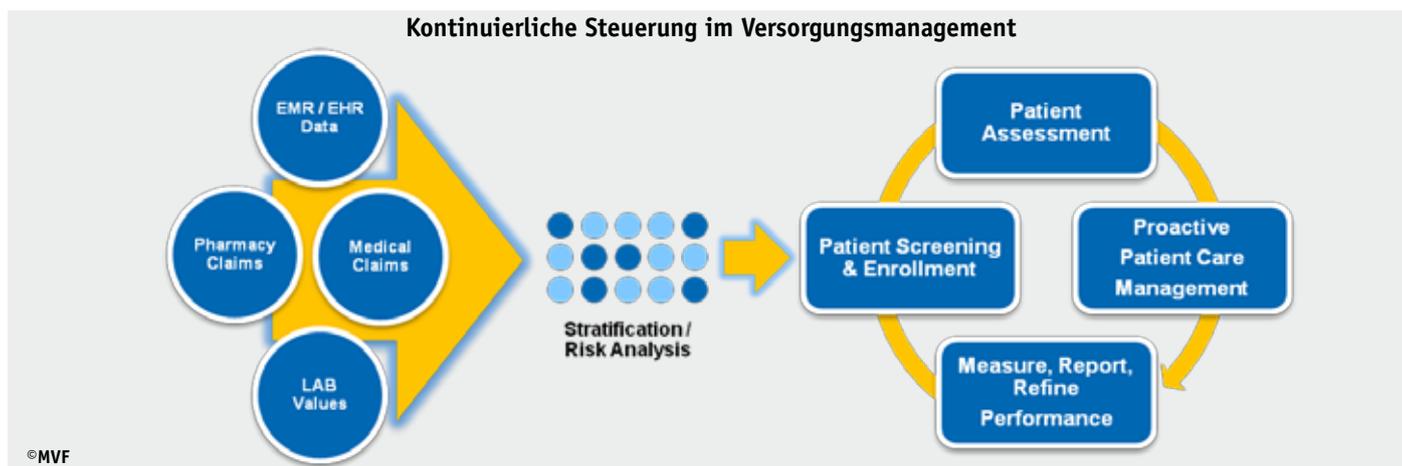


Abb. 1: Analyse- und Stratifizierungsprozess als Basis für die Versorgungssteuerung; Quelle: ICW

zinisch notwendiger Leistungen sein werden, sondern die kontinuierliche Kommunikation mit dem Patienten und die damit einhergehende Motivation des Patienten. In diesem Zuge muss die Care Management Lösung auch in der Lage sein, individuelle Informationen zu spezifischen Indikationen, Symptomen aber auch zu nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten im Portal zur Verfügung zu stellen. Die Summe dieser Informationen rundet für einen Case Manager das Bild zu einem Patienten ab und erlaubt ein besseres Risikomanagement für die zu betreuende Patientenpopulation und im Bedarfsfall eine frühzeitige Intervention (7, 8).

### Datenschutz und Datensicherheit

Accountable Care Modelle sind im Ansatz hoch komplex, erfordern eine signifikante Koordination über Einrichtungsgrenzen und multi-professionelle Teams hinweg und decken unterschiedliche Arbeitsabläufe ab. Eine grundlegende Anforderung an die IT-Infrastruktur ist in diesem Zusammenhang der Austausch medizinischer und prozessbezogener Daten zu einem Patienten. Daher ist es nicht verwunderlich, dass auch für ACOs erhebliche Anforderungen an Datenschutz und -sicherheit bestehen. Die IT-Lösung muss neben einem umfassenden Identitäts-, Rechte- und Rollenkonzept zur Steuerung des Zugriffs auf die Daten auch die Anforderungen an einen sicheren

Datenaustausch erfüllen. Ein ACO kann sich hierbei aus den existierenden Standards zur Regelung des Patienteneinverständnisses zum Datenaustausch mit bestimmten Leistungserbringern bedienen (Patient Consent). Diese Standards wurden im Rahmen des Health Information Exchanges (HIE) erarbeitet und etabliert und werden bereits von vielen Primärsystemen unterstützt. Wichtig ist, dass das ACO eine eigene Consent Policy und ein Standardregelwerk definieren muss, welches von der IT-Lösung adaptiert wird. Grundsätzlich kann hierbei in Opt-In und Opt-Out Modelle unterschieden werden, wobei die Steuerung einer Medicaid Population standardmäßig dem Opt-Out Modell folgen wird, da der Patient sich bereits über den Medicaid Versorgungsvertrag verpflichtet, abrechnungsrelevante Daten mit einem ACO auszutauschen. Der Patient hat in jedem Fall das Recht, diesem Austausch zu widersprechen, was allerdings eine Versorgungssteuerung signifikant erschweren wird. Der Vorteil dieser Standards für den Austausch der relevanten Daten unter Einbeziehung einer bestehenden Consent Policy ist für ein ACO, dass eine Integration mit einem bestehenden regionalen HIE relativ einfach zu bewerkstelligen ist. Vorausgesetzt, die IT-Lösung folgt den etablierten IHE Integrationsprofilen, die auch im US HIT Policy Committee und HIT Standards Committee für Meaningful Use Measured and Standards festgeschrieben sind (HITSP) (9). Diese grundlegenden Standards für den Informationsaustausch sind an die Bereitstellung

### Literatur

1. US Department of Health & Human Services (HHS), News Release December 19, 2011: Affordable Care Act helps 32 health systems improve care for patients, saving up to \$1.1 billion; <http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/12/20111219a.html>
2. Berkowitz S. and Miller, E: Accountable Care at Academic Medical Centers -Lessons from Johns Hopkins, N Engl J Med., February 2,2011 at NEJM.org
3. Trevor Strome: Moving to Predictive Analytics in Healthcare, HealthcareAnalytics.info, February 25, 2011, <http://healthcareanalytics.info/2011/02/moving-to-predictive-analytics-in-healthcare/>
4. Centers for Medicare & Medicaid Services: ICD-10 and Version 5010 Compliance Timelines, [https://www.cms.gov/ICD10/03\\_ICD-10andVersion5010ComplianceTimelines.asp](https://www.cms.gov/ICD10/03_ICD-10andVersion5010ComplianceTimelines.asp)
5. Centers for Medicare & Medicaid Services: Accountable Care Organizations: What Providers Need to Know, October, 2011 [https://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/ACO\\_Providers\\_Factsheet\\_ICN907406.pdf](https://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/ACO_Providers_Factsheet_ICN907406.pdf)
6. Agency for Healthcare Research and Quality: Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures, April, 2008
7. Gartner, Joanne Galimi: The Integrated Approach to Care Management, Webinar 2011
8. Gartner: Accountable Care Organization Is the New Model to Align the Quality and Cost of Healthcare, September 29, 2010
9. Healthcare Information Technology Standards Panel (HITSP), <http://www.hitsp.org/>
10. Centers for Medicare & Medicaid Services: HIPAA General Information; <http://www.cms.gov/HIPAAgenInfo/>

staatlicher Fördermittel geknüpft, die von vielen regionalen Netzen (und zukünftigen ACO) als Anschubfinanzierung in den letzten Jahren beantragt wurden.

Weitere Sicherheits- und Datenschutz Standards gehen aus den HIPAA-Anforderungen hervor und regeln die grundlegenden Anforderungen an den sicheren Betrieb und den Schutz vor Datendiebstahl und Missbrauch der IT-Lösung (10). <<

## IT-Strategies and efficient risk management for Accountable Care Organizations (ACO)

The extensive demands made on Accountable Care Organizations (ACO) can only be satisfied by a comprehensive IT strategy that supports clinical and organizational processes. This IT strategy is based on the comprehensive systematic collection, storage and management of patient health information among providers and patients. Prerequisite for the implementation of such a cross-institutional patient record and associated capability to aggregate clinical data is the willingness of all participating organizations to share data based on established standards. The acceptance of healthcare professionals plays an important role and can only be achieved through integration into the workflow of providers and their practices. Moreover, each organization must define key performance indicators appropriate to specific regional and organizational conditions, so that accurate performance metrics can be reported to management level. This includes the aggregation and analysis of financial and clinical data in terms of quality and costs in relation to the care population. The transparency of actual performance by both the organization and each individual provider plays an essential role in overall success and requires a continuous adaptation and improvement of existing processes and guidelines.

### Keywords

Accountable Care Organizations, ACO, IT, MediCare, Medicaide

#### Steffen Dietz

Senior Solution Manager, InterComponentWare AG (ICW). Er ist seit 2005 bei der InterComponentWare AG und hat in den Bereichen Solution Consulting und Projekt Management zahlreiche Projekte zur Integration komplexer Lösungen in Krankenhäusern bzw. deren Ausbau zu sektorenübergreifenden Vernetzungsszenarien verantwortet. Aktuell liegt sein Tätigkeitsschwerpunkt auf strategischen Aufgaben zur Markteinführung der Care Management Lösung in den USA und Europa. Kontakt: [steffen.dietz@icw.de](mailto:steffen.dietz@icw.de)



#### Jörg Stadler

ist Chief Operating Officer (COO), InterComponentWare AG (ICW). Er wurde 2009 vom Aufsichtsrat der InterComponentWare AG in den Vorstand berufen. Er zeichnet verantwortlich für das Ressort Operations. Zuvor hatte Stadler seit seinem Eintritt bei ICW im Jahr 2003 leitende Funktionen in verschiedenen Entwicklungsbereichen inne. Jörg Stadler studierte an der Universität Heidelberg Medizininformatik mit Schwerpunkt Betriebswirtschaft. Kontakt: [joerg.stadler@icw.de](mailto:joerg.stadler@icw.de)



**Dr. Oliver Gapp**  
**Dipl.-Gesundheitsökonom Tino Schubert**  
**Dipl.-Volkswirt Tobias Vogelmann**

# Ambulante Operationen: Einstellungen von Patienten am Beispiel von Knieoperationen

Zahlreiche nationale wie internationale Veröffentlichungen bescheinigen seit Jahren, dass in Deutschland im internationalen Vergleich zu wenig medizinisch notwendige Operationen ambulant durchgeführt werden (Brökelmann 2007: 5; Toftgaard/Parmentier 2006: 42-48). Zwar ist bekannt, dass ein Teil dieser Abweichungen auch durch unterschiedliche organisatorische und finanzielle Faktoren in den jeweiligen Ländern erklärt werden können, dennoch sind die Abweichungen bei einigen Operationen zu deutlich, als dass diese Erklärungen als alleinige Begründungen der Differenzen herangezogen werden können (Busse/Wörtz 2009: 52 – 54; Oberender & Partner 2010: 26 – 28).

>> In der wissenschaftlichen Literatur ist die Einstellung von Patienten zu ambulanten Operationen (und damit ihre Mitwirkung in der Entscheidung für oder gegen eine ambulante Operation) bisher nicht systematisch erforscht worden. Die meisten Abhandlungen zum Thema ambulantes Operieren beschäftigen sich mit der Zufriedenheit der Patienten bei zurückliegenden Eingriffen, aber nicht mit der Frage, welche Faktoren für die Entscheidung des Behandlungsortes maßgeblich sind (beispielsweise: Black/Sanderson 1993).

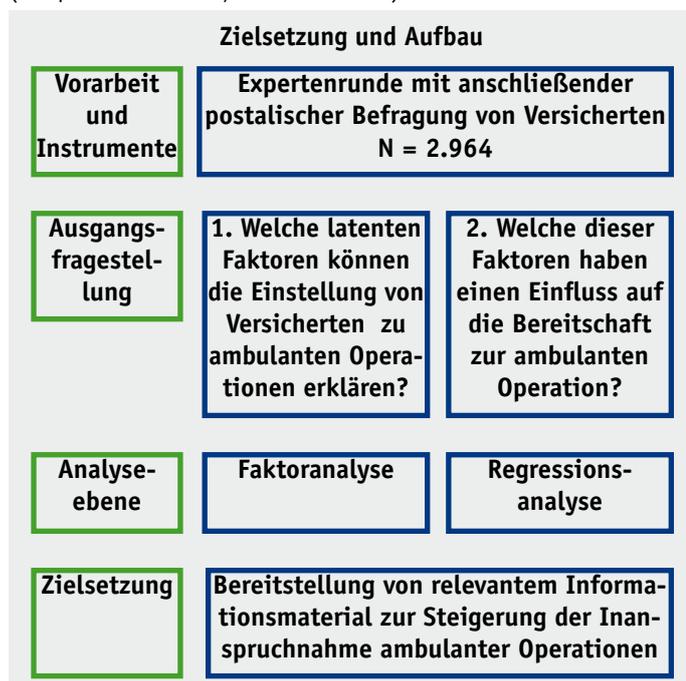


Abb. 1: Zielsetzung und Aufbau der Untersuchung.

## Zusammenfassung

In der wissenschaftlichen Literatur ist die Einstellung von Patienten zu ambulanten Operationen und die Einflussfaktoren auf die Mitwirkung in der Entscheidung für oder gegen eine ambulante Operation bisher nicht systematisch erforscht worden. Ziel der durchgeführten Befragung (N=511) ist es, latente Faktoren zu finden, mit der die Einstellung von Versicherten zum Thema ambulantes Operieren beschrieben werden können, um zukünftig in Aufklärungskampagnen und Verträgen gezielt eben diese Faktoren anzusprechen.

**Methodik:** Es wurde eine Befragung unter gesetzlich Versicherten der mhplus Betriebskrankenkasse in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein durchgeführt. Die Auswertung des Fragebogens erfolgte mittels einer explorativen Faktoranalyse. Um den Einfluss der so extrahierten Faktoren auf die Gesamtbereitschaft zu einer ambulanten Operation zu ermitteln, wurde anschließend eine multivariate lineare Regression durchgeführt.

**Ergebnisse:** Es wird gezeigt, dass insbesondere die Angst vor medizinisch-ärztlicher Qualität, die Servicequalität und Gespräche mit dem Arzt die Einstellung von Versicherten erklären und die Bereitschaft, sich ambulant operieren zu lassen, prägen.

**Schlussfolgerung:** Auf Basis der Erkenntnisse werden den Akteuren konkrete Handlungsempfehlungen gegeben, um potenziellen Patienten zielgerichtet Informationen bereitzustellen.

## Schlüsselwörter

Ambulante Operationen, Gesetzliche Krankenversicherung, Umfrage, Einstellungsmessung, Faktoranalyse, Informationspolitik

## Rahmenbedingungen

In der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Leitlinie des Bundesverbandes für ambulantes Operieren e.V. ist geregelt, welche Voraussetzungen an eine ambulante Operation zu stellen sind. Auch wenn demnach eine Operation ambulant durchführbar ist, ist dennoch immer resp. in jedem Einzelfall erforderlich, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten im Gespräch entscheidet, ob eine erforderliche Operation unter ambulanten oder stationären Voraussetzungen durchgeführt werden soll (Schwappach/Strasmann 2006; Schäfer/Wittenmeier 2003: 1047). Er bindet den Patienten demzufolge in die Entscheidungsfindung mit ein. Gesundheitsökonomisch wird die Principal Agent Beziehung, mit besonderer ökonomische Relevanz für die zahlende Krankenkasse, evident (insbes. Schneider 2002: 455; bspw. auch Plotzke/Courtemanche 2011).

Aus Perspektive einer Krankenkasse stellt sich daher insbesondere die Frage, was aus Sicht des Patienten die relevanten Entscheidungsfaktoren für oder gegen eine ambulante Operation sind, wenn man medizinische Ergebnisgleichheit des Behandlungssettings unterstellt. Aus Studien anderer Länder ist bekannt, dass immerhin 17 % der ambulant operierten Patienten vor die Entscheidung gestellt wurden, eine medizinisch notwendige Operation ambulant oder stationär durchführen zu lassen (Bain et al 1999: 88). Die Zielsetzung, wie in Abbildung 1 dargestellt, ist daher mit dieser Untersuchung einen Beitrag für eine zielgenaue, an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Informationsbereitstellung zu ambulanten Operationen herauszuarbeiten.

## Methodik

### Methodisches Vorgehen: Fragebogenerstellung

Der Erstellung des Fragebogens ging eine umfangreiche Literatursichtung in PubMed (Suchbegriffe waren day surgery germany und ambulatory surgery germany), DIMDI, Google.Scholar und anderen Quellen wie der Thieme-Verlagsdatenbank; Springer-Verlagsdatenbank und dem Deutschen Ärzteblatt (Suchbegriffe waren Einstellungsmessung Operationen, prä-operative Patientenbefragungen u.ä.) voraus. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass Versicherte zu dieser oder ähnlicher Thematiken nur dann befragt wurden, wenn die Entscheidung die Operation ambulant durchführen zu lassen schon feststand (beispielsweise Mitchell 2010; Jenkins et al. 2001).

Aus der Literatur konnten jedoch einige Begriffe herausgearbeitet werden, die häufig bei Befragungen eine Rolle spielten. Hierzu zählten bspw. Qualität der medizinischen Behandlung; Ängste vor einer Operation und Patientenpräferenzen über post-operative Beschwerden usw..

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde mit einer Expertengruppe aus der mhplus BKK ein Fragebogen entwickelt und hierbei auf die Methodik der eindimensionalen Einstellungsmessung zurückgegriffen (zur Einordnung bspw.: Woratschek 2011: 291 - 292). Dem Probanden wurde eine Behauptung vorgelegt, die er auf einer 5-er Likert-Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt völlig“ entsprechend bewerten konnte (Bortz/Döring 2009: 176 - 178). Die Befragung bestand insgesamt aus 46 Fragen. 39 Fragen zielten auf die Messung der Einstellung der Probanden, wie in Tabelle 1 beispielhaft dargestellt.

Zum Abschluss des Fragebogens folgten 7 demographische Fragen

Messinstrument				
„Sie stehen vor der Wahl, eine Operation am Kniegelenk ambulant oder stationär durchführen zu lassen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, zu welchem Grad Sie ihr zustimmen.“				
<i>Ich glaube, dass ich einen ambulanten OP-Termin schneller als einen Termin für eine stationäre OP erhalte!</i>				
Stimmt gar nicht	Stimmt wenig	Stimmt teils/teils	Stimmt ziemlich	Stimmt völlig

Tab. 1: Messinstrument.

zu Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, Bundesland, Haushaltsgröße und ob bereits Erfahrung mit ambulanten Operationen bestehen.

Nach Abschluss eines Pretests wurde der Fragebogen zwischen dem 8. Juli 2011 und dem 7. August 2011 im Rahmen einer Onlinebefragung an 2.964 zufällig ausgewählten Versicherten aus Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein versandt. Am 28. Juli wurde eine Erinnerungsmail an diejenigen angeschriebenen Versicherten verschickt, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht geantwortet hatten. Die Auswertung der Befragung erfolgte anonymisiert, sodass keinerlei Rückschluss auf die Antwortenden gezogen werden konnte. Die Möglichkeit der Rücksprache des Probanden mit Krankenkassenmitarbeitern zu den Fragen bestand zudem ebenfalls nicht. Die Befragung endete am 7. August 2011.

**Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Einstellung (explorativen Faktoranalyse) und Bedeutung dieser Faktoren (multivariate lineare Regression)**

Vor Anwendung der Faktoranalyse wurde der erhobene Datensatz anhand der in der Literatur üblichen Gütekriterien auf seine grundsätzliche Eignung für eine Faktoranalyse untersucht. Dabei wurde auf das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (im Folgenden: KMO-Kriterium) und auf den Bartlett-Test auf Sphärität (im Folgenden: Bartlett-Test) zurückgegriffen. Der Bartlett-Test wurde durchgeführt um auszuschließen, dass die Korrelationsmatrix eine Einheitsmatrix darstellt und sämtliche Korrelationen der Items gleich null sind.

Zur Durchführung der Faktoranalyse wurde die Hauptachsen-Methode angewandt. Zur besseren Interpretation der Faktoren wurden die Faktorladungen anschließend mithilfe einer Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung rotiert. Zur Bestimmung der Anzahl der Faktoren im Modell wurde auf das Kaiser-Kriterium zurückgegriffen und anschließend mit Hilfe des Scree-Plots visuell überprüft.

In einem zweiten Schritt wurde auf eine multivariate, lineare Regression zurückgegriffen, um den Einfluss der ermittelten Faktoren auf die Gesamtbereitschaft, sich bei möglicher Wahloption für eine ambulante Operation zu entscheiden, zu ermitteln. Dabei wurde die Gesamtbereitschaft als abhängige und die Faktorwerte der extrahierten Faktoren und demographische Kontrollvariable als unabhängige Variable verwendet.

Das Regressionsmodell wurde mithilfe der Methode der kleinsten Quadrate (Ordinary Least Squares) geschätzt.

## Ergebnisse

### Antwortquoten

Von den angeschriebenen 2.964 Versicherten waren 253 E-Mails

Faktor	Erklärte Gesamtvarianz								
	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	6,673	17,560	17,560	6,237	16,414	16,414	4,662	12,268	12,268
2	4,875	12,828	30,388	4,313	11,349	27,763	2,559	6,735	19,003
3	1,810	4,763	35,151	1,341	3,530	31,293	2,087	5,491	24,494
4	1,543	4,061	39,213	1,010	2,659	33,952	1,373	3,613	28,106
5	1,383	3,639	42,851	0,829	2,181	36,133	1,287	3,386	31,493
6	1,294	3,405	46,256	0,692	1,822	37,955	1,253	3,297	34,790
7	1,251	3,293	49,549	0,652	1,715	39,670	1,211	3,186	37,976
8	1,225	3,223	52,773	0,591	1,554	41,224	0,861	2,265	40,241
9	1,140	3,000	55,772	0,540	1,421	42,645	0,737	1,939	42,179
10	1,041	2,740	58,512	0,420	1,106	43,751	0,597	1,572	43,751
11	,969	2,549	61,062						
12	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Tab. 2: Erklärte Gesamtvarianz.

nicht zustellbar, dies entspricht einer Ausfallquote von 8,5% der Bruttostichprobe.

Insgesamt beantworteten 651 Befragten den Fragebogen. Diese Antworten wurden um nicht vollständige und unplausible Antworten bereinigt. Nach der Bereinigung verbleiben 511 auswertbare Bögen in der Stichprobe. Dies entspricht 18,8% der zugestellten E-Mails.

### Statistische Auswertungen

#### Ergebnis der Faktoranalyse

Der Datensatz weist ein KMO-Kriterium von 0,864 auf. Er ist somit nach der Interpretation von Kaiser gut bis sehr gut für eine Faktoranalyse verwendbar.

Die Chi-Quadrat-Test-Statistik des Bartlett-Test liegt im verwendeten Datensatz bei 6192,5. Die Korrelationsmatrix ist somit bei Verwendung eines 1%-Signifikanzniveaus hoch signifikant von der Einheitsmatrix verschieden. Somit bestätigt auch der Bartlett-Tests daher die prinzipielle Eignung der Befragung für eine Faktoranalyse.

Mithilfe des Kaiser-Kriteriums wurden insgesamt 10 Faktoren mit einem Eigenwert >1, wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, extrahiert (Backhaus et al. 2009: 353). Im Modell wird durch diese 10 Faktoren eine Gesamtvarianz von 58,5 % erklärt.

Zur inhaltlichen Interpretation der Faktoren wurden die rotierte Faktorladungen betrachtet, wobei nur Items mit Faktorladungen größer als 0,5 in die Interpretation eingingen. Dieser Wert stellt sicher, dass nur diejenigen Items einem Faktor zugeordnet werden, die eine hohe Faktorladung aufweisen. Der Wert von 0,5 stellt dabei in der Literatur

eine Konvention dar, Werte über 0,5 können als hoch angesehen werden (Backhaus et al. 2009: 356).

Als Einschränkung und um die inhaltliche Interpretation der Faktoren zu erleichtern, wurden nur Faktoren berücksichtigt, die mindestens zwei Items mit einer Faktorladungen  $\geq 0,5$  beinhalten. Von den 10 extrahierten Faktoren bleiben so 5 Faktoren übrig, die wie folgt inhaltlich von den Verfassern interpretiert wurden:

- Faktor 1:** Angst vor mangelnder ärztlicher Qualität
- Faktor 2:** Servicequalität
- Faktor 3:** Informationsbedürfnis
- Faktor 4:** Gespräche mit Ärzten
- Faktor 7:** Einfluss der Krankenkasse

#### Ergebnis der Regressionsanalyse

Das Regressionsmodell besitzt ein  $R^2$  von 0,612 und ist damit vergleichsweise gut. Die F-Statistik, die testet, ob alle Regressionskoeffizienten zusammen keinen Einfluss auf die abhängige Variable haben, beträgt 32,829 bei 23 Zähler- und 478 Nenner-Freiheitsgraden und ist somit zum Signifikanzniveau von 1% hoch signifikant.

Wie in Tabelle 3 zu sehen ist, haben von den herausgearbeiteten und interpretierbaren Faktoren die Faktoren Angst vor mangelnder ärztlicher Qualität (Faktor 1), Servicequalität (Faktor 2) und Gespräche mit dem Arzt (Faktor 4) einen signifikanten Einfluss auf die Gesamtbereitschaft. Faktor 3 – das Informationsbedürfnis – ist nur zum 10%-Niveau signifikant. Faktor 7 – der Einfluss der Krankenkasse – hat keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtbereitschaft sich ambulant operieren zu lassen. Die weiteren signifikanten Faktoren 5,6 und 10 waren mit der

beschriebenen Methodik nicht interpretierbar, sind aber in die durchgeführte Regressionsanalyse eingeflossen, um Verzerrungen aufgrund ausgelassener Variablen (omitted variable bias) zu vermeiden.

Von den demographischen Variablen, die in Tabelle 4 dargestellt sind, hat der Bildungsabschluss einen signifikanten Einfluss: Befragte mit Abitur antworten im Schnitt um 0,227 Punkte höher als Befragte mit Mittlerer Reife. Interessanterweise weichen Versicherte mit Hochschulabschluss in der Bereitschaft nicht signifikant von den Befragten mit Mittlerer Reife ab. Der „Bildungseffekt“ scheint daher begrenzt zu sein und mit zunehmender Bildung nimmt die Bereitschaft zur ambulanten Operation sogar wieder ab. Versicherte aus Nordrhein-Westfalen antworten im Schnitt mit 0,218 Punkten weniger als Befragte aus Bayern. Diese Abweichung ist signifikant zum 5%-Niveau.

Hypothesen, nach denen der Familienstand oder die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen einen signifikanten Einfluss auf die Gesamtbereitschaft haben (etwa, weil zuhause bei mehreren Haushaltsmitgliedern die Pflege besser sichergestellt werden kann), bestätigen

Regression der Faktorwerte			
Variable	B (SE)	t-Wert	p-Wert
Konstante	2,720 (0,184)***	14,778	0,000
Faktor 1	-0,625 (0,039)***	-16,096	0,000
Faktor 2	0,352 (0,044)***	7,973	0,000
Faktor 3	-0,084 (0,041)**	-2,076	0,038
Faktor 4	-0,106 (0,046)**	-2,280	0,023
Faktor 5	0,501 (0,048)***	10,428	0,000
Faktor 6	0,306 (0,048)***	6,424	0,000
Faktor 7	0,008 (0,045)	0,169	,866
Faktor 8	0,070 (0,052)	1,333	0,183
Faktor 9	-0,053 (0,051)	-1,030	0,304
Faktor 10	-0,430 (0,054)***	-7,907	0,000

Tab. 3: Regression der Faktorwerte. Legende:

\*\* Signifikant zum 5%-Niveau,  
\*\*\* Signifikant zum 1%-Niveau.

Regression der demographischen Variablen			
Variable	B (SE)	t-Wert	p-Wert
Baden-Württemberg	0,004 (0,095)	0,045	0,964
Schleswig-Holstein	-0,073 (0,107)	-0,680	0,497
Nordrhein-Westfalen	-0,218 (0,103)**	-2,122	0,034
Hauptschulabschluss	-0,196 (0,124)	-1,581	0,115
Ohne Abschluss	-1,758 (0,824)**	-2,122	0,034
Abitur	0,227 (0,091)**	2,497	0,013
Hochschulabschluss	0,047 (0,102)	0,457	0,648
In Partnerschaft	0,045 (0,113)	0,393	0,694
Geschieden	0,269 (0,163)	1,644	0,101
Verwitwet	-0,061 (0,584)	-0,105	0,916
Bereits AOP	-0,007 (0,074)	-0,094	0,925
Im Haushalt	-0,041 (0,044)	-0,920	0,358
Alter	0,008 (0,004)**	2,253	0,025

Tab. 4: Regression der demographischen Variablen. Legende:  
\*\* Signifikant zum 5%-Niveau.

Relevante Faktoren mit Einfluss auf die Gesamtbereitschaft			
Faktor	Bezeichnung	Items	Einfluss auf Gesamtbereitschaft
1	Angst vor mangelnder ärztl. Qualität	häufiger Komplikationen bei AOP	-
		häufiger Infektionen bei AOP	
		häufiger Komplikationen nach AOP	
		schlechtere Qualität der AOP	
		Befürchtung: Nicht alle Leistungen bei AOP	
		wenig Zeit Aufwachraum bei AOP	
		häufiger Nebenwirkungen bei AOP	
2	Servicequalität	Schnellere Erreichbarkeit - Ansprechpartner bei AOP	+
		höhere Zuverlässigkeit Terminierung bei AOP	
		mehr Infos Therapie bei AOP	
4	Gespräche mit Arzt	mehr Zeit Vorbereitungsgespräch bei AOP	-
		mehr Zeit für Gespräch nach AOP	

Tab. 5: Relevante Faktoren mit Einfluss auf die Gesamtbereitschaft.

sich in der Befragung nicht.

Ältere Personen sind eher als Jüngere bereit, sich ambulant operieren zu lassen. Mit jedem Lebensalter steigt die Bereitschaft um 0,008 Punkte an. Dieser Wert ist signifikant zum 5%-Niveau. Ein 50-jähriger gibt also rein rechnerisch im Schnitt eine um 0,24 Punkte höhere Gesamtbereitschaft in der Likert Skala als ein 20-Jähriger an.

Ebenfalls nicht bestätigt hat sich die Hypothese, dass sich die Einstellung von Versicherten mit und ohne Erfahrung zu einer ambulanten Operation unterscheiden. Ein Unterschied zwischen den Mittelwerten in der Bereitschaft sich ambulant operieren zu lassen, ist zwischen den Personen, die bereits eine ambulante Operation hatten und solchen, die noch keine derartige Operation hatten, nicht feststellbar. Der hierfür angewendete 2 Stichproben t-Test ergab -1,382, weshalb die Nullhypothese zum 5%-Signifikanzniveau nicht verworfen werden konnte (p-Wert: 0,168). Für Krankenkassen bedeutet dies, dass Informationskampagnen nicht nach dem Grad der Erfahrung differenzieren müssen. Für den vorliegenden Artikel wurde aus dem gleichen Grund auf eine Differenzierung nach Erfahrung verzichtet.

Mit Hilfe der Regressionsanalyse konnten die 39 Ausgangsfragen somit auf 3 relevante und interpretierbare Faktoren mit insgesamt 12 Fragen reduziert werden. Das Ergebnis und die entsprechenden Items sowie das jeweilige Vorzeichen des Regressionskoeffizienten sind in Tabelle 5 dargestellt.

Insbesondere keine Faktoren bei der Beurteilung, ob eine OP ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, stellen dar:

- Finanzielle Erwägungen wie Zuzahlungen oder Verdienstausschlag
- Genesung im häuslichen Umfeld und private Betreuung
- Zeitliche Aspekte bei Terminvergabe und Wartezeiten

Aus diesen Erkenntnissen folgt auch, dass es nicht sinnvoll ist, mit Wahlтарifen, Bonusprogrammen oder vergünstigten Zusatzversicherungen

## Literatur

- Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2008): Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung, 12. Aufl. Berlin/Heidelberg, Springer-Lehrbuch
- Bain, J./Kelly, H./Snadden, D./Staines, H. (1999): Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. In: Quality in Health Care 1999, 8, 2: 86 – 91
- Black, N./Sanderson, C. (1993): Day surgery: development of a questionnaire for eliciting patients' experiences. In: Quality in Health Care 1993, 2, 3: 157 – 161
- Bortz, J./Döring, N. (2009), Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Brökelmann, J. (2007): Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich. In: Busse, J./Standl, T. (Hrsg.) (2007): Ambulantes Operieren: Rahmenbedingungen- Organisation – Patientenversorgung. Heidelberg: Springer: 1 – 7
- Busse, R./Wörz, M. (2009): Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen im Krankenhaus. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2009): Krankenhausreport 2008/2009, Stuttgart: Schattauer: 49 – 55
- Jenkins, K./Grady, D./Wong, J./Correa, R./Armanios, S./Chung, F. (2001): Post-operative recovery: day surgery patients' preferences. In: British Journal of Anaesthesia 2001, 86, 2: 272 – 274
- Mitchell, M. J (2010): Day surgery and general anaesthesia: what makes patients anxious?. In: Day Surgery Australia 2010, 9, 2: 8 - 16
- Oberender & Partner (2010): Ökonomische Betrachtung des ambulanten Operierens. In: <http://www.operieren.de/content/e3472/e7507/e26845/e26847/publication26848/1004090ekonomischeBetrachtungdesambulantenOperierens.pdf> (abgerufen am 28.02.2012)
- Plotzke, M. R./Courtemanche, C. (2011): Does procedure profitability impact whether an outpatient surgery is performed at an ambulatory surgery center or hospital?. In: Health Economics 2011, 20, 7, 817 – 830
- Schäfer, M. K./Wittenmeier, E. (2003): Ambulante und tageschirurgische Eingriffe. In: Der Anaesthetist 2003, 52, 11: 1046 – 1054
- Schneider, U. (2002): Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 2002, 71, 4: 447 – 458
- Schwappach, D. L. B./Strasman, T. J. (2006): Ambulantes Operieren: Praxis oder Krankenhaus? Eine empirische Analyse von Bevölkerungspräferenzen für die Wahl des Behandlungssettings. In: Der Chirurg 2006; 77; 2: 166-172
- Toftgaard, C./Parmentier, G. (2006): International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: Lemos, P./Jarrett, P./Philip, B. K. (Hrsg.) (2006): Day surgery: development and practice. Porto: International Association for Ambulatory Surgery IAAS: 35 – 59
- Woratschek, H./Horbel, C. (2011): Relationship Management im Gesundheitsmanagement – ein theoretischer Rahmen zur Analyse der Beziehungen. In: Rüter, G./Da-Cruz, P./Schwegel, P. (Hrsg.) (2011): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik - Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender. Stuttgart: Lucius & Lucius: 289 - 303

rungen finanzielle Anreize für das ambulante Operieren zu schaffen. Offensichtlich sind finanzielle Überlegungen weder ein latenter Faktor noch haben sie einen nennenswerten Einfluss auf die Gesamtbereitschaft. Geld, das für entsprechende Angebote angesetzt wird, wäre sinnvoller in der Information zur ärztlichen Qualität und den Serviceaspekten eingesetzt.

### Abgeleitete Empfehlungen

Mit steigendem Bildungsstand wächst die Bereitschaft, sich ambulant operieren zu lassen. Im Rahmen einer zielgruppen-gerichteten Aufklärungskampagne muss sich das Angebot daher an den Bedürfnissen der formal niedrig gebildeten orientieren. Beispielsweise können Informationen bildhaft aufbereitet werden.

Aufklärungskampagnen haben sich vorrangig auf den Bereich medizinische Qualität der ambulanten Operationen, Servicequalität der Leistungen im Rahmen der ambulanten Operationen und der Vorbereitung auf Gespräche mit dem Arzt zu konzentrieren. Suchkosten des Versicherten können durch Reduktion der Informationen auf diese relevanten Faktoren somit minimiert werden.

Für Folgebefragungen oder Patientenzufriedenheitsbefragungen, beispielsweise im Rahmen des Controllings von Selektivverträgen, werden 12 Fragen aufgezeigt, die zukünftig von den Akteuren herangezogen werden sollten.

Informationsmaterial sollte allgemein gültigen Aufklärungscharakter haben und muss nicht nach Erfahrungswerten des Patienten mit ambulanten Operationen differenzieren.

Direkte finanzielle Förderungen der ambulanten Operationen, beispielsweise durch einen Wahltarif oder eine Bonuszahlung für Versicherte, haben keinen hervorragenden Einfluss auf die Bereitschaft sich ambulant operieren zu lassen. Eine Konzentration der Informationsbereitstellung auf die finanziellen Vorteile einer ambulanten Operation ist daher nicht erfolgsversprechend. Finanzielle Anreize für Patienten als Steuerungsinstrument sind auch bei der Gestaltung von Selektivverträgen zur Steigerung der Bereitschaft zu ambulanten Operationen nicht Mittel der ersten Wahl.

### Fazit und Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, am Beispiel einer Knieoperation latente Faktoren aufzudecken, mit der die Einstellung von Versicherten zum Thema ambulantes Operieren beschrieben werden können, um in einem zweiten Schritt aus dem Einfluss dieser latenten Faktoren Empfehlungen für eine gezielte Informationsbereitstellung abzuleiten.

Mittels einer explorativen Faktoranalyse wurde gezeigt, dass sich die Einstellung von Versicherten gegenüber ambulanten Operationen auf die Faktoren Angst vor mangelnder ärztlicher Qualität, Servicequalität, Informationsbedürfnis, Gespräche mit Ärzten und Einfluss der Krankenkasse, reduzieren lassen. Der Vorteil einer Einstellungsmessung liegt u.a. darin, dass der Proband selbst noch keine Erfahrung mit dem Fragegegenstand gemacht haben muss. In einer multivariaten Regressionsanalyse wurde anschließend festgestellt, dass die Faktoren Angst vor mangelnder ärztlicher Qualität, Servicequalität und Gespräche mit Ärzten einen signifikanten Einfluss auf die Bereitschaft haben, sich ambulant operieren zu lassen. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wurden konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Einschränkend ist anzumerken, dass sich die Untersuchung auf

Versicherte in Bayern, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen beschränkte. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Versicherte in anderen Bundesländern andere Präferenzen besitzen. Allerdings lagen die Ergebnisse der einzelnen Bundesländer in der durchgeführten Umfrage eng beisammen, so dass zwischen den befragten Ländern bei den meisten Fragen kein signifikanter Unterschied feststellbar war.

Die Umfrage wurde ausschließlich an erfasste E-Mail-Adressen verschickt und die Teilnahme war freiwillig. Eine Repräsentativität ist daher nicht zwangsläufig gegeben. Dies ist aber in Hinblick auf die Freiwilligkeit unproblematisch, da davon auszugehen ist, dass Versicherte, die ein hohes Involvement mit dem Thema ambulantes Operieren verbinden, eher an der Umfrage teilnehmen als Versicherte mit niedrigem Involvement. Diese Versicherten sind aber zugleich auch Zielgruppe für Kommunikation und Verträge, daher ist eine Repräsentativität hinsichtlich der Gesamtkasse auch nicht notwendig.

Sämtliche Fragen der Befragung bezogen sich explizit auf eine Operation am Kniegelenk. Es scheint plausibel, die Ergebnisse auch auf andere – vergleichbare – Operationen zu übertragen. Ein anderes Ergebnis bei anderen Operationen kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden. Im Rahmen des Pre-Tests wurde ein Fragebogendesign verwendet, das allgemeingültiger formuliert war. Letztendlich stellt sich dann aber bei der Interpretation die Frage, ob sich alle Befragten eine vergleichbare Situation vorstellten oder sich die Ergebnisse zwischen den Befragten alleine aus dem Grund systematisch unterscheiden, weil ein Befragter bspw. an eine Operation am Kniegelenk gedacht hat, ein anderer Befragter jedoch an eine Operation am Kopf. Dieser trade-off zwischen interner und externer Validität könnte u. U. durch eine Folgebefragung mit einer anderen Operation als Beispiel gelöst werden.

Als weitere Limitation dieser Arbeit kommen die nicht interpretierbaren, aber signifikanten Faktoren in Betracht. Es ist somit theoretisch denkbar, dass auch andere als die aufgezeigten Faktoren Einfluss auf die Einstellung der Versicherten zu ambulanten Operationen haben. Dies ist aus pragmatischer Sicht jedoch akzeptabel, weil die fehlende inhaltliche Interpretation der Faktoren zu keiner abgeleiteten Handlungsempfehlung für die Informationsbereitstellung führt.

Ebenfalls in einer Folgebefragung könnten die hier explorativ gewonnenen Faktoren einer konformistischen Faktoranalyse unterworfen und somit validiert werden. Das vorliegende Ergebnis wäre eine Basis für weitere Untersuchungen.

Sehr interessant war, dass es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Einstellung von Versicherten mit und ohne Erfahrung zu einer ambulanten Operation gab. Begründen kann man dieses grundsätzlich paradoxe Ergebnis jedoch wenn man institutionsökonomische Literatur heranzieht: Bei sehr komplexen Dienstleistungen wie, bspw. einer ärztlichen Behandlung oder einer juristischen Beratung, überwiegen Vertrauenseigenschaften, sodass der Leistungsempfänger selbst nach Inanspruchnahme der Leistung die Qualität nicht beurteilen kann (vgl. die Literatur insb. zu hidden information; hidden intention). Somit ist auch plausibel, dass Erfahrungswerte bei medizinischen Dienstleistungen nicht überschätzt werden dürfen.

Insbesondere für Krankenkassen stellt sich die Frage, ob diese durch finanzielle Anreize auf Seiten der Versicherten eine Steuerung der Versorgung erreichen können. Zumindest in dieser Untersuchung wurde gezeigt, dass solche Anreize keine Rolle bei der Wahl spielen, ob eine Operation ambulant oder stationär durchgeführt werden soll. Dies kann man spiegelbildlich zu einem hohen Qualitätsanspruch an die medizinische Versorgung interpretieren. Finanzielle Boni könnten eher den

Verdacht einer Rationierung verstärken und somit eben gerade dem implizit geforderten Qualitätsanspruch der Versicherten widersprechen.

Die mhplus wird ihren Homepageauftritt und ihr Informationsangebot zu diesem Thema entsprechend anpassen, um ihren Versicherten somit einen schnellen Zugang zu den aus Versichertenperspektive relevanten Informationen zu ermöglichen. <<

## Day surgery – Attitudes of patients using the example of knee surgery

Public health insurances and other stakeholders can conclude contracts and hand-out information material to their clients in order to promote day surgery. Unclear to this point stays the attitude that patients have towards day surgery and thus, which aspects should be included in contracts and information campaigns. To answer this question and to consider patients' attitudes in future information campaigns, a survey among publically insured was conducted. The aim of this survey was to find latent factors that describe patients' attitudes towards day surgery. It will be shown that the factors medical quality, quality of service and dialogue with the physician drive the attitude towards day surgery and the willingness to obtain one. From these findings, this study will give stakeholders clear advices for their communication strategy as well as their contract strategy.

### Keywords

Day surgery, public health insurance, survey, attitude measurement, factor analysis, information policy

## Erklärung

Dr. Oliver Gapp, Tino Schubert und Tobias Vogelmann sind Mitarbeiter der mhplus Betriebskrankenkasse in Ludwigsburg. Eine externe finanzielle und/oder inhaltliche Unterstützung erfolgte nicht.

### Dr. Oliver Gapp

studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Freiburg i. Br., Basel und Almeria mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie. Anschließend promovierte er an der LMU München und war vier Jahre am Helmholtz Zentrum München beschäftigt. Seit 2008 ist er für die mhplus Krankenkasse tätig, zunächst als Referent im Stabsbereich Unternehmensplanung, dann als stellvertretender Geschäftsleiter im Leistungs- und Versicherungsmanagement und derzeit als Leiter des Bereichs Vertrags- und Versorgungsmanagement. Kontakt: [oliver.gapp@mhplus.de](mailto:oliver.gapp@mhplus.de)



### Dipl.-Gesundheitsökonom Tino Schubert

studierte Gesundheitsökonomie an den Universitäten Bayreuth und Valencia. Seit 2010 ist er für die mhplus Krankenkasse tätig, zunächst mit dem Schwerpunkt Vertragsgestaltung im Bereich Versorgungssteuerung, seit September 2011 als Leiter des Bereichs Versorgungsanalyse im Vertrags- und Versorgungsmanagement.

Kontakt: [tino.schubert@mhplus.de](mailto:tino.schubert@mhplus.de)



### Dipl.-Volkswirt Tobias Vogelmann

studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Mannheim und Lausanne mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie und empirische Methoden. Seit 2010 ist er für die mhplus Krankenkasse tätig, zunächst im Produktmanagement, seit September 2011 als Referent Versorgungsanalyse im Bereich Vertrags- und Versorgungsmanagement.

Kontakt: [tobias.vogelmann@mhplus.de](mailto:tobias.vogelmann@mhplus.de)



Dr. Benjamin Mayer

## Fehlende Werte in der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung ist eine multidisziplinäre wissenschaftliche Disziplin mit einer noch vergleichsweise jungen Geschichte [1]. Die angestrebten Ziele dieser Wissenschaftsdisziplin sind von großer Bedeutung für die Bewertung der Lage im Gesundheitswesen – unter Umständen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Praxis, Politik und Wissenschaft. Nach Pfaff [2] kann die Versorgungsforschung definiert werden als ein „fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, sowie die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und –prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert“. Insbesondere ist dabei die Analyse medizinischer oder allgemein das Gesundheitswesen betreffende Fragestellungen unter Alltagsbedingungen hervorzuheben, die sich damit ganz deutlich von der klassischen klinischen Studie unterscheidet. Im Speziellen teilt sich das Gebiet der Versorgungsforschung in verschiedene Bereiche auf, die sich durch den inhaltlichen Gegenstand der Untersuchung ergeben (z.B. Bedarfsforschung, Qualitätsforschung, Versorgungsepidemiologie).

>> Im Rahmen klinischer Studien werden Behandlungseffekte unter idealen (d.h. oft: Studien-) Bedingungen hinsichtlich „efficacy“ untersucht, während in der Versorgungsforschung mehr die tatsächliche „effectiveness“ im Fokus des Interesses steht und Behandlungseffekte unter Routinebedingungen analysiert werden. Damit sind die Studien der Versorgungsforschung von vornherein bereits einigen Problemen ausgesetzt (z.B. Confounding), für die es im Bereich der klinischen Studien verschiedene Lösungsmöglichkeiten gibt. Mittlerweile existieren auch im Rahmen der Versorgungsforschung und der dafür entwickelten Leitlinien verschiedene Ansätze und Empfehlungen [3], um diesen Problemen entgegen zu wirken. Einer wesentlichen Problematik, die in der medizinischen Forschung nahezu allgegenwärtig ist, wurde jedoch bis dato im Kontext der Versorgungsforschung keinerlei Beachtung entgegengebracht: dem adäquaten Umgang mit fehlenden Werten.

Fehlende Werte stellen selbst im Umfeld der klinischen Forschung mit ihren etablierten Methoden und umfangreichen Guidelines zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Durchführung ein Problem dar, welches bis heute nur unzureichend gelöst werden konnte. So finden sich in lediglich zwei Guidance-Dokumenten [4,5] für klinische Studien überhaupt Hinweise auf den Umgang mit fehlenden Werten, die jedoch keine einheitliche Vorgehensweise vorschlagen können. Problematisch sind hierbei vor allem die mögliche Verzerrung von Studienergebnissen und die Einschränkung der zur Verfügung stehenden Analyseverfahren. Erwartungsgemäß kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil von fehlenden Werten in Studien der Versorgungsforschung eher höher ist als im Rahmen von klinischen Studien. Ein denkbarer Grund hierfür ist das jeweilige Studienumfeld: unter Alltagsbedingungen lassen sich qualitätssichernde Maßnahmen sicherlich schwieriger umsetzen als unter („künstlichen“) Idealbedingungen, wobei die Datenvollständigkeit eben ein entscheidender Aspekt der Datenqualität ist.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Untersuchung medizinischer Fragestellungen unter Alltagsbedingungen erschwert die vollständige Erhebung von Studiendaten in größerem Ausmaß als in klinischen Studien. Jedoch scheint gerade in der Versorgungsforschung das Problem fehlender Werte bisher zu wenig Beachtung zu finden.

**Methodik:** Publikationen und Leitlinien aus dem Bereich der Versorgungsforschung wurden explizit auf die Erwähnung und die eventuell angegebene Behandlung fehlender Werte hin untersucht. Zudem wurden die grundlegenden Probleme fehlender Werte hinsichtlich der Datenanalyse und -interpretation zusammengefasst. **Ergebnisse:** Fehlende Werte finden in der Versorgungsforschung zu selten Erwähnung und werden nicht angemessen behandelt. Zudem können bestimmte Gegebenheiten der Versorgungsforschung einen zusätzlichen Nachteil für die grundlegenden Missing Value Probleme bedeuten. **Schlussfolgerung:** Es scheint im Bereich der Versorgungsforschung ein fehlendes Bewusstsein hinsichtlich der Problematik fehlender Werte zu geben. Diesem Umstand sollte durch explizite Forschung begegnet werden.

## Schlüsselwörter

Fehlende Werte; Versorgungsforschung; Fehlwertersetzung

Mit diesem Beitrag soll daher speziell auf die Problematik fehlender Werte im Rahmen von Studien der Versorgungsforschung eingegangen werden. Dazu wurde zunächst erfasst, ob über die Existenz fehlender Werte in Publikationen der Versorgungsforschung berichtet wird bzw. ob die Problematik in entsprechenden Leitlinien erwähnt wird. Zudem werden die bekannten Probleme fehlender Werte für die Datenanalyse speziell für den Bereich Versorgungsforschung diskutiert. Auf der Basis entsprechender Guidelines aus dem Bereich der klinischen Forschung wird eine Strategie zum Umgang mit fehlenden Werten abgeleitet.

## Methoden

Dieser Artikel entstand in der frühen Phase innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks „Versorgungsforschung Baden-Württemberg“, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie präsent das Thema fehlende Werte in der Versorgungsforschung ist, wurde exemplarisch eine Literaturrecherche in der Zeitschrift BMC Health Services Research durchgeführt, da es im deutschsprachigen Raum nur wenige Zeitschriften gibt, die speziell die Publikation von Artikeln aus dem Bereich der Versorgungsforschung fokussieren. Zudem ermöglichte die Open-Access-Konzeption der Zeitschrift einen unkomplizierten Zugang zu den Artikeln. Es wurden 76 Artikel, die von Datenanalysen berichteten und zwischen Januar und April 2012 veröffentlicht wurden, initial mit den Begriffen „missing“, „complete“, „imputation“ und „full“ durchsucht. Zudem wurden unabhängig davon die Methodenbeschreibungen, sowie die relevanten Grafiken und Tabellen auf Angaben zur Existenz bzw. zum Umgang mit fehlenden Werten gelese. Es wurde gegebenenfalls erfasst, auf welche Weise mit Fehlerten umgegangen wurde. Zudem wurde nach bestehenden Leitlinien für diesen Forschungsbereich im deutschsprachigen Raum gesucht und überprüft, ob darin auf den adäquaten Umgang mit fehlenden Werten bzw. die speziellen Probleme im Rahmen der Versorgungsforschung hingewiesen wurde.

Die sich aufgrund fehlender Werte ergebenden Konsequenzen für die Analyse der Studiendaten können zum Teil sehr bedeutend sein. Sie können die Aussagekraft und statistische Power einer Studie beeinflussen und damit Auswirkungen auf die berechneten Effektgrößen haben, die das Studienergebnis repräsentieren. Ausgehend von den allgemeinen Problemen, die auf die Existenz fehlender Werte zurückgeführt werden können und im Folgenden ganz kurz umrissen werden, erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit diesen allgemeinen Problemen speziell hinsichtlich den Gegebenheiten in typischen Studien der Versorgungsforschung.

Statistische Analysemethoden, die zur Bestimmung eines Studienergebnisses vorwiegend eingesetzt werden, basieren bis auf wenige Ausnahmen auf vollständigem Datenmaterial. Liegt ein Datensatz mit fehlenden

Werten vor, sind die Voraussetzungen für den Gebrauch dieser Methoden somit eventuell nicht mehr gegeben (z.B. die Annahme normalverteilter Daten, der viele Analysemethoden unterliegen). Missing Values bedeuten also in erster Linie eine enorme Einschränkung für die verfügbaren Analyseverfahren.

Der Strategie der Behandlung und Ersetzung von Fehlern wird das so genannte Complete Case Analyse-Prinzip (CCA) entgegen gestellt. Dieses sieht vor nur diejenigen Studienpatienten für die Datenanalyse zu berücksichtigen, die keine Fehlwerte in allen relevanten Variablen aufweisen. Große Nachteile dieses Prinzips sind allerdings die teilweise enorme Reduktion der Fallzahl (Verlust statistischer Power), die umso stärker ins Gewicht fällt, desto mehr Variablen für die Analyse betrachtet werden und die mögliche Verzerrung der geschätzten Studienergebnisse. Unter der Annahme, dass die fehlenden Werte über den Datensatz hinweg gleichverteilt sind, führen bereits geringe Anteile fehlender Werte in Abhängigkeit der Variablenanzahl zu einer beträchtlichen Anzahl von ausgeschlossenen Patienten.

Korrekte empirische Effektschätzer lassen sich nur auf Basis vollständiger Daten berechnen. Fehlende Werte stellen somit stets eine Gefahr für die unverzerrte Schätzung von Studienergebnissen dar. Die Verzerrung kann sich z.B. auf die im Rahmen einer Studie geschätzten Behandlungsunterschiede beziehen oder die Vergleichbarkeit der beiden Studienarme beeinflussen. Zudem kann die Repräsentativität des Auswertungskollektivs darunter leiden, was zu einem so genannten Selektionsbias führen würde. Bleiben Missing Values unersetzt und wird stattdessen das nicht empfehlenswerte und dennoch häufig eingesetzte CCA-Verfahren zur Analyse der Daten angewandt, so kann dies Auswirkungen auf das Studienergebnis haben. Damit kann das Ignorieren unvollständiger Fälle über die Verwendung von Standardmethoden sehr häufig zu verzerrten Effektschätzern führen.

Fehlende Werte bedeuten immer einen gewissen Verlust an Information. Auch wenn dessen Ausmaß nicht genau erfasst werden kann, so reduziert er doch die Fähigkeit des Datensatzes, über eine bestimmte Zielgröße von Interesse Auskunft zu geben. Das Studienergebnis wird somit unter einem bestimmten Anteil an Unsicherheit ermittelt und stellt deshalb eine Einschränkung der Aussagekraft der Studie dar. Durch das Wissen um einen möglicherweise verzerrten Effektschätzer wird die Validität von Studienergebnissen ebenfalls negativ von fehlenden Werten beeinflusst und die Interpretation von Forschungsergebnissen wird erschwert, da das tatsächliche Ausmaß der Verzerrung nicht abgeschätzt werden kann.

## Ergebnisse

### Präsenz der Problematik

Die umfassende Literaturrecherche der 76 Artikel in BMC Health Services Research ergab, dass in 46 Artikeln (61%) über die Existenz bzw. den Umgang mit fehlenden Werten nichts berichtet wurde. Von den 30 Artikeln, die von der Existenz fehlender Werte berichtet haben, gaben 13 (43%) an eine CCA gemacht zu haben. In 10 Artikeln (33%) wurde zwar angegeben, dass Missing Values präsent waren, jedoch wurde nichts zum Umgang gesagt. In lediglich 2 Fällen wurde von einer Ersetzung der Fehlerte durch Multiple Imputation berichtet.

In fast der Hälfte der Fälle wurde also das zurecht kritisierte CCA Prinzip angewandt, das neben dem angesprochenen Problem des Powerverlustes zudem oft zu verzerrten Parameterschätzern führt [6]. In einem Drittel der Fälle wurden keine Angaben zur Behandlung der Fehlerte gemacht. In nur zwei Fällen wurde die nach derzeitigem Forschungsstand angemessene Methode der Multiple Imputation angewandt. Die aufgeführte Methode der Mittelwertersetzung wurde zudem in einem nicht angemessenen Setting eingesetzt.

### Angaben zur Existenz fehlender Werte in Publikationen der Versorgungsforschung

	Erwähnung der Existenz fehlender Werte	
	Nein	Ja
	46 (61%)	30 (39%)
Angaben zum Umgang mit fehlenden Werten		
CCA		13 (43%)
Keine Angabe		10 (33%)
Pairwise deletion		2 (7%)
Multiple Imputation		2 (7%)
Hot Deck/Mean/Regression Imputation		3 (10%)

Tab. 1: Angaben zur Existenz fehlender Werte in Publikationen der Versorgungsforschung.

### Leitlinien für die Versorgungsforschung

Als wichtigste allgemeine Leitlinien für die Versorgungsforschung in Deutschland gelten wohl die verfassten Memoranden I-III zur Versorgungsforschung, wobei der zweite Teil des Memorandums III durchaus kritisch bewertet wird und vom Deutschen Netzwerk Evidence Based Medicine nicht unterstützt wird [7]. Diese gehen in ihren Ausführungen jedoch an keiner Stelle auf die Prävalenz, die Gefahren und den angemessenen Umgang mit fehlenden Werten ein. Eine offiziell von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herausgegebene Leitlinie, vor allem zur Auswertung von Studien der Versorgungsforschung, existiert bis heute nicht, was nach von Troschke et al. [8] vor allem darauf zurückzuführen ist, dass die Einführung und Umsetzung von Leitlinien im Versorgungsalltag schwierig ist.

Die einzigen Guidance-Dokumente aus dem erweiterten Bereich der medizinischen Forschung, die sich mit dem Missing Data Problem explizit auseinandersetzen, sind zwei EMA-Richtlinien [4,5], die allerdings zu dem einheitlichen Schluss kommen, dass keine Standardmethode zur Behandlung fehlender Werte empfohlen werden kann. Für den Bereich Versorgungsforschung sind dagegen keine entsprechenden Guidance-Dokumente zu finden. Vielmehr kommt hier größtenteils wie bereits dargelegt die Problematik nicht einmal zur Sprache.

### Spezielle Aspekte der Missing Data Problematik

Der Informationsverlust und die damit einhergehende Verringerung der Verallgemeinerbarkeit der Studienergebnisse sind gerade für den Bereich der Versorgungsforschung eine besondere Einschränkung. Das ausgewiesene Ziel von Versorgungsforschungsstudien ist es, medizinische Fragestellungen unter Alltagsbedingungen zu untersuchen und die sich daraus ergebenden Resultate unter möglichst optimalen Bedingungen zu erfassen. Deshalb bedeutet jeder Informationsverlust eine Einschränkung für das Vorhaben, die Versorgungssituation so realitätsnah wie möglich zu beschreiben. Und gerade weil es speziell um die Beschreibung der Alltags-situation geht, stellt die Verallgemeinerbarkeit von Studienergebnissen eine Hauptmaxime für Versorgungsforschungsstudien dar. Nicht zuletzt erfordert die Tatsache, dass die Aussagekraft von diesen Studien (z.B. im Vergleich zu RCTs) kontrovers diskutiert wird, ein Streben nach möglichst aussagekräftigen Ergebnissen, die unter unvollständiger Information eine drastische Einschränkung erfahren können.

Bei der Schätzung interessierender Behandlungs- oder Therapieeffekte besteht für Studien der Versorgungsforschung oftmals das grundsätzliche Problem von Verzerrungen. Viele Fragestellungen der Versorgungsforschung lassen sich nicht mittels randomisierter Studien untersuchen, da hierbei durch die zufällige Zuteilung der Patienten zu den Behandlungsgruppen

## Literatur

1. Schrappe M, Glaeske G, Gottwilk M, Kilian R, Papadimitriou K, Scheidt-Nave C, Schulz KD, Ziegenhagen D, Pfaff H (2005) Memorandum II: „Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung“. Deutsche Medizinische Wochenschrift 130(50): 2918-22
2. Pfaff H (2003) Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann, & M. Halber (Eds.), Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung (pp. 13-23). Bern: Verlag Hans Huber.
3. Black N, Brazier J, Fitzpatrick R, Reeves B (1998) Health Services Research Methods: A Guide to Best Practise. John Wiley & Sons, London
4. EMEA/CHMP (2009) Guideline on Missing Data in Confirmatory Clinical Trials. Committee for Medicinal Products for Human Use
5. EMEA/CPMP(2001) Points to consider on missing data. Committee for proprietary Medical Products, London
6. Vach W, Blettner M (1995) Logistic regression with incompletely observed categorical covariates - Investigating the sensitivity against violation of the missing at random assumption. Statistics in Medicine 14: 1315-1329
7. Stellungnahme des Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin zum Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“, Teil 2, des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (2010)
8. von Troschke J, Selbmann HK, Encke A: Versorgungsforschung und Leitlinien – die Perspektive der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
9. Rubin DB (1987) Multiple imputation for nonresponse in surveys. John Wiley & Sons, New York

eines der Hauptziele, d.h. die Beschreibung des Versorgungsalltags, verletzt wird – die Entscheidungen und das Verhalten von Patienten unterliegen im Behandlungsalltag eben nicht ausschließlich dem Zufall, sondern werden von zahlreichen anderen Faktoren beeinflusst. So sind Beobachtungsstudien ein wichtiges Element der Versorgungsforschung, die jedoch ihrerseits dem grundsätzlichen Problem des Confounding gegenüberstehen und somit eine weitere Quelle für Verzerrungen darstellen. Zwar existieren verschiedene Ansätze, dieser Confounderproblematik entgegenzuwirken (z.B. Adjustierung durch Propensity Scores), welche jedoch ihrerseits wiederum auf möglichst vollständigen Daten basieren. Während es bei klinischen Studien neben der Wirksamkeit primär um die Sicherheit der Patienten geht und verzerrte Effektschätzer somit diesen wichtigen Aspekt der klinischen Forschung beeinflussen können, können sich entsprechende Fehleinschätzungen der untersuchten Behandlungseffekte aufgrund der Positionierung der Versorgungsforschung auf die praxisrelevante Krankenversorgung und gesundheitspolitische Entscheidungen auswirken. In beiden Fällen sollte dabei insbesondere an finanzielle Aspekte gedacht werden, da Erkenntnisse aus der praxis- und alltagsnahen Forschung sicherlich mit dem Ziel generiert werden, dass sich daraus entsprechende Implikationen für den Versorgungsalltag ergeben (z.B. Kostenübernahme durch Krankenkassen).

Um der Maxime einer möglichst alltagsnahen Beschreibung der Krankenversorgung gerecht zu werden, erfolgt oftmals eine sehr breit angelegte Datenerhebung mit einer Vielzahl an erhobenen Variablen im Rahmen von Studien der Versorgungsforschung. Als hauptsächlicher Grund muss hierbei bedacht werden, dass die von allen Beteiligten des Versorgungsalltags getroffenen Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung und Heilung von Krankheiten von zahlreichen Faktoren abhängen. Diesen Umstand versucht man mit einem möglichst breiten Variablenspektrum weitestgehend abzubilden, um auf Basis umfangreicher Analysen eine optimale Ergebnisqualität zu erreichen. Bezüglich der Missing Data Problematik bedeutet dies jedoch, dass die Anfälligkeit für fehlende Werte zunimmt aufgrund der hohen Anzahl an potentiellen Variablen, die von fehlenden Werten betroffen sein können. Wird nun im Rahmen der Datenanalyse entgegen der mittlerweile gültigen Empfehlungen auf eine Ersetzung der Fehlwerte verzichtet und das CCA Prinzip verfolgt, bei dem nur die vollständigen Fälle für die Auswertung verwendet werden, kann es zu einer drastischen Powerreduktion kommen, die in jedem Fall eine verringerte Aussagekraft zur Folge hat.

### Entwicklung einer Strategie zum Umgang mit Fehlwerten

Grundsätzlich besteht für die Versorgungsforschung das Problem, dass die generellen Probleme aufgrund fehlender Werte tendenziell verstärkt werden und gleichzeitig das Problem zu wenig Erwähnung findet. Ein erster wichtiger Schritt zum angemessenen Umgang mit fehlenden Werten ist demnach, sich der Problematik bewusst zu werden und sie entsprechend zur Sprache zu bringen (vor allem in Publikationen) bzw. sich aktiv damit

auseinanderzusetzen. Nur auf diese Weise kann eine Schaffung des Problembewusstseins erreicht werden mit der anzustrebenden Konsequenz, dass die Missing Value Thematik ihr Nischendasein im Bereich der Versorgungsforschung beendet.

Da es für die Versorgungsforschung noch keine und allgemein in der medizinischen Forschung bis dato nur sehr wenige Richtlinien zum Umgang mit fehlenden Werten gibt, kann für die Problematik keine allgemeingültige Lösung vorgestellt werden. Vielmehr erfordert der Versuch, sich der Missing Value Problematik anzunehmen und angemessene Lösungsstrategien zu finden, eine umfangreiche Auseinandersetzung mit verschiedensten Lösungsansätzen, um auf Basis einer Sensitivitätsanalyse den akzeptabelsten Ansatz zu identifizieren. Eine unverzichtbare Voraussetzung hierfür ist die Kenntnis der wichtigsten Kriterien und Aspekte, die über die angemessene Behandlung fehlender Werte entscheiden.

Bereits in der Planungsphase von Studien der Versorgungsforschung sollten potentielle Ursachen, die sich im späteren Verlauf für die Existenz fehlender Werte verantwortlich zeigen könnten, identifiziert werden, um deren Anteil auf ein Minimum zu reduzieren. Typische Gründe für fehlende Werte können beispielsweise schlecht konzipierte Fragebögen sein. Jedoch kann auch eine umfassende und zeitintensive Analyse der möglichen Ursachen fehlende Werte vollständig vermeiden kann. Deshalb sollte man sich bereits in dieser Phase einer Studie überlegen, wie mit Missing Values bei der späteren Datenanalyse umgegangen wird. Dies sollte insbesondere auch im Studienprotokoll bzw. dem Statistical Analysis Plan festgehalten werden.

Ein Problem bei der vorherigen Festlegung einer adäquaten Methodik zur Ersetzung fehlende Werte ist, dass diese in hohem Maße von den Daten selbst abhängig ist. Im Rahmen der bereits zitierten Guidelines [4,5] gelang es bisher nicht, die entwickelten Ersetzungsstrategien und –methoden derart zu systematisieren, dass der Anwender sich entsprechend der Datensituation entscheiden kann, welche Methode für die aktuelle Analyse die am besten geeignete ist. Dafür ist diese Entscheidung von zu vielen Faktoren bzw. der individuellen Datensituation abhängig.

Ein wichtiger Punkt bei der Festlegung der zur Verfügung stehenden Methoden ist die Frage, welche Ursachen sich für das Auftreten von Fehlwerten verantwortlich zeigen. Gemäß einer etablierten Klassifizierung nach Rubin [9] können die Beziehungen zwischen fehlenden und beobachteten Werten in die so genannten Missing Data Mechanismen Missing Completely At Random (MCAR), Missing At Random (MAR) und Missing Not At Random (MNAR) eingeteilt werden. Der MNAR Mechanismus ist dabei am schwersten zu beschreiben und zu behandeln, so dass für diesen Fall eine verlässliche Methodenempfehlung zur Ersetzung der Fehlwerte bisher nicht realisiert werden konnte. Ein grundsätzliches Problem bei der Festlegung des vorliegenden Fehlwertmechanismus ist der Umstand, dass es hierfür keine allgemein nutzbare Methodik gibt, die einen unvollständigen Datensatz analysiert und eine eindeutige

Unterscheidung der Mechanismen vornehmen kann. Deshalb ist man bei der Beantwortung dieser grundlegenden Frage, die über die Verwendung der adäquaten Ersetzungsmethode entscheidet, auf ausführliche Deskriptionsanalysen, umfangreiche inhaltliche Diskussionen und die ausgewiesene Datenkenntnis des Analytikers angewiesen.

Es wurden zahlreiche Ersetzungsstrategien und -methoden entwickelt. Im Wesentlichen lassen sich die Ersetzungsstrategien in drei Kategorien einteilen: Ersetzungsmethoden der Single Imputation Strategie (SI) ersetzen jeden fehlenden Wert eines Datensatzes durch einen Ersatzwert. Die ersten Ansätze zur SI existieren schon sehr lange und sind beispielsweise die Mittelwert- oder Medianersetzung, regressionsbasierte Ersetzung oder so genannte Hot Deck Verfahren. Die SI-Verfahren werden jedoch mittlerweile als nicht mehr standesgemäß erachtet, da prinzipiell eine Unterschätzung der Varianz stattfindet, weil jeder Fehlwert durch nur einen Wert ersetzt wird und daher die Ersetzung an sich nicht explizit als zusätzliche Varianzquelle berücksichtigt wird.

Eine alternative Ersetzungsstrategie stellt die etwas später von Rubin [9] entwickelte Multiple Imputation (MI) Strategie dar. Der grundlegende Unterschied zu SI ist, dass hierbei jeder fehlende Wert eines Datensatzes durch  $m > 1$  Werte ersetzt wird. Dadurch werden  $m$  vervollständigte Datensätze erzeugt, die dann mittels Standardmethoden ausgewertet werden können, bevor anschließend die Effektschätzer zu einem MI-Schätzer kombiniert werden. Zusätzlich wird eine spezielle MI Varianzkomponente berechnet, wodurch erreicht wird, dass die Ersetzung an sich explizit als zusätzliche Varianzquelle berücksichtigt wird. Innerhalb der MI Strategie gibt es verschiedene Ersetzungsmethoden, die für unterschiedliche Skalenniveaus der unvollständigen Variablen konzipiert wurden.

Allen Methoden der SI und MI Strategie ist gemein, dass sie nur verlässliche Resultate liefern, wenn der zugrunde liegende Missing Data Mechanismus MCAR oder MAR ist, wobei die SI Methoden sogar unter MAR bereits verzerrte Resultate liefern können. Im Falle eines vorliegenden MNAR Mechanismus muss die bestehende Abhängigkeitsstruktur zwischen fehlenden und beobachteten Daten explizit berücksichtigt werden, weshalb unter MNAR die gewöhnlichen Methoden der SI und MI Strategien keine validen Ergebnisse liefern. An dieser Stelle kommen dann als einzige Alternative verschiedene Modellierungsansätze zur Schätzung der interessierenden Parameter in Frage. Dies kann beispielsweise über gemischt lineare Modelle (Mixed Models) realisiert werden.

Bis heute existiert leider kein allgemein zu empfehlendes Konzept zur Behandlung fehlender Werte. Das Hauptproblem stellt hierbei die Vielseitigkeit der möglichen Missing Data Situationen dar. Es gibt mittlerweile zwar ein breites Spektrum an zur Verfügung stehenden Ersetzungsmethoden, von denen jedoch nur die wenigsten als „universell“ einsetzbar gelten (z.B. bestimmte Methoden der MI). Da es keinen Goldstandard gibt, sollte im Rahmen einer gewissenhaften Analyse unvollständiger Daten immer eine umfassende Sensitivitätsanalyse durchgeführt werden. Dabei sollten verschiedene Ansätze der Fehlwertersetzung (inklusive der CCA) gegenübergestellt werden, um den potentiellen Einfluss dieser Verfahren auf die interessierende Effektgröße abzuschätzen.

## Missing values in health services research

**Background:** The investigation of medical questions under daily routine conditions impedes the complete survey of study data much more than in clinical trials. However, just in health services research it seems that the problem of missing data does not attract enough attention. **Methods:** Publications and guidelines in the field of health services research have explicitly been examined if the existence of missings is mentioned and how they are eventually are handled. Moreover, the basic missing data problems with respect to data analysis and interpretation have been summarized. **Results:** Missing values are rarely mentioned in health services research and are handled inappropriately. Certain facts of health services research may have an additional disadvantage for the basic missing value problems. **Conclusion:** There seems to be an absent awareness of the missing value problem in the field of health services research. This circumstance should be encountered by explicit research.

### Keywords

Missing values; Health services research; Missing value imputation

### Fazit

Das bedeutendste Problem in der Versorgungsforschung hinsichtlich des Themas fehlender Werte ist ein offensichtlich zu geringes Problembewusstsein. Es gibt für diesen Bereich der medizinischen Forschung keine Guidelines auf nationaler Ebene für diesen wichtigen Aspekt der Datenanalyse. Zudem finden sich zu wenige Artikel in der Versorgungsforschung, welche die Existenz oder Abwesenheit fehlender Werte erwähnen. Sofern auf die Behandlung fehlender Werte eingegangen wird, kommen jedoch überwiegend nicht angemessene Ersetzungsmethoden zum Einsatz.

Generell muss davon ausgegangen werden, dass Studien im Bereich der Versorgungsforschung tendenziell stärker von den verschiedenen Problemen, die durch fehlende Werte hinsichtlich der Datenanalyse und -interpretation hervorgerufen werden, betroffen sind. Nur durch den Einsatz angemessener Methoden kann also die angestrebte, möglichst valide Beschreibung der Versorgungssituation in akzeptabler Qualität gewährleistet werden. Es gibt zahlreiche Ersetzungsstrategien und -methoden, um dem Problem fehlender Werte zu begegnen. Deren adäquater Einsatz ist in hohem Maße von der jeweiligen Datensituation abhängig, weshalb eine ausführliche deskriptive Analyse der Daten mit einem speziellen Fokus auf die Zusammenhänge zwischen fehlenden und beobachteten Werten stets durchgeführt werden sollte. Da es kein universell zu empfehlendes Konzept zum Umgang mit fehlenden Werten gibt, ist eine gewissenhafte und umfassende Sensitivitätsanalyse von großer Bedeutung für die Erfassung des Einflusses verschiedener Ersetzungsstrategien auf die untersuchte Zielgröße. Nur auf diese Weise kann eine möglichst plausible Fehlwertersetzung erreicht werden.

Von größter Bedeutung ist jedoch zunächst die Schaffung eines entsprechenden Problembewusstseins in der Versorgungsforschung für das Thema fehlende Werte. Nur dadurch kann erreicht werden, dass beispielsweise in Publikationen auf die Existenz oder Abwesenheit fehlender Werte hingewiesen wird, die präsentierten Forschungsergebnisse transparenter werden und sich aus methodischer Sicht mit dem Einsatz angemessener Ersetzungsverfahren auseinandersetzen. <<

### Dr. Benjamin Mayer

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie an der Universität Ulm. Der Beitrag entstand im Rahmen des Nachwuchsprogramms des Netzwerks „Versorgungsforschung Baden-Württemberg“.

Kontakt: benjamin.mayer@uni-ulm.de



Dr. Silke Lauterbach  
 Dr. Regine Wellhöner  
 Dr. Karel Kostev  
 Prof. Dr. Henri Wallaschofski  
 Prof. Dr. Thomas Kohlmann

## Die Prophylaxe des diabetischen Fußsyndroms ist defizitär

Das diabetische Fußsyndrom ist eine Folgeerkrankung des Diabetes mellitus und führt häufig zu nichttraumatischen Amputationen. Diese gehen mit hohen Krankheitskosten, Verlusten der Lebensqualität und einer hohen Mortalität einher (Heller et al. 2004). Unter Typ-2-Diabetespatienten tritt das diabetische Fußsyndrom mit einer Prävalenz von 6,5% auf (Lauterbach et al. 2010). Endogene Risikofaktoren wie z. B. die diabetische Polyneuropathie oder die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) haben eine Prävalenz von 30% bzw. 25% (Lauterbach et al. 2010). Somit kommt der Prävention des diabetischen Fußsyndroms eine große Bedeutung zu. Neben den genannten endogenen Risikofaktoren spielen auch exogene Faktoren wie z. B. inadäquates Schuhwerk oder fehlerhafte Fußpflege eine entscheidende Rolle (Uccioli et al. 1995; Chantelau/Haage 1994; Brent et al. 2006). Nach dem Internationalen Consensus über den Diabetischen Fuß (1999) könnte u. a. durch regelmäßige Inspektionen der Füße und des Schuhwerks, durch Schulung von Patienten und Familienangehörigen und dem Tragen von geeignetem Schuhwerk die Prävalenz des diabetischen Fußsyndroms gesenkt werden. Eine wichtige und effektive Interventionsmaßnahme ist, Patienten zur Selbstinspektion ihrer Füße zu schulen und anzuleiten.

>> Die Behandlung und Betreuung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom kann nur interdisziplinär funktionieren (Haslbeck 2000). Nationale Versorgungsleitlinien, Disease Management Programme und strukturierte Patientenschulungen sind längst etabliert, doch viele Diabetespatienten wissen nicht, dass sie für ihre Füße selbst viel tun müssen (Morbach et al. 2004). Eine effektive Prävention des diabetischen Fußsyndroms setzt voraus, dass Risikopatienten frühzeitig erkannt werden, den Patienten dieses Risiko vermittelt wird und dann nachhaltige Schulungen und engmaschige Kontrollen aller Risikofaktoren durchgeführt werden (Davidson et al. 1981). Bei der Betreuung der Patienten müssen Eigenverantwortung und Problembewusstsein aufgebaut werden (Nalini et al. 2005).

Zahlreiche Studien belegen die Wichtigkeit regelmäßiger Fuß- und Schuhuntersuchungen hinsichtlich der Prävention (Apelqvist et al. 1993; Litzelmann et al. 1993; Levin 1995; Barnett et al. 1995). Aber nur wenige Studien zeigen das Problembewusstsein und den Kenntnisstand der Patienten und die von ihm durchgeführten Maßnahmen. Daher war das Ziel der vorliegenden Studie die Ermittlung und die Quantifizierung von

### Zusammenfassung

Ziele dieser Studie waren die Ermittlung und Quantifizierung von Risikofaktoren und Indikatoren für die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms durch patienteneigenes Verhalten und nicht bzw. fehlerhaft durchgeführte prophylaktische Maßnahmen der Fußpflege. Des Weiteren sollten Kenntnisstand und Problembewusstsein der Diabetespatienten untersucht werden.

**Material/Methode:** Innerhalb von 6 Monaten wurden 93 zufällig ausgewählte Diabetespatienten zu ihrem Kenntnisstand zur Prävention des diabetischen Fußsyndroms, zu Fußpflegemaßnahmen und der Häufigkeit und den Ablauf von ärztlichen Untersuchungen systematisch befragt.

**Ergebnisse:** 31% der Befragten hatten keine Kenntnis, ob bei ihnen eine diabetische Polyneuropathie und/oder eine periphere Durchblutungsstörung besteht. Nur 80% der befragten Patienten gaben an, ungeeignete Schuhe zu tragen und 78% führten ungeeignete Maßnahmen bei der hygienischen Fußpflege durch. Bei 75% der Befragten hatte der Arzt noch nie Schuhe und Strümpfe untersucht. Ein Risikofaktor, der negativ assoziiert ist mit der Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms ist das männliche Geschlecht (OR: 3,14). Sie nehmen weniger häufig eine podologische Behandlung in Anspruch und bei der Fußpflege benutzen Männer signifikant häufiger ( $p < 0,001$ ) ungeeignete Gegenstände als Frauen.

**Zusammenfassung:** Diabetespatienten haben nicht ausreichend Kenntnis zur Prävention des diabetischen Fußsyndroms. Prophylaktische Maßnahmen, wie z. B. professionelle Fußpflege und das Tragen von geeignetem Schuhwerk sowie Routineuntersuchungen wie das Sichten von Füßen, Strümpfen und Schuhen werden nicht konsequent durchgeführt.

### Schlüsselwörter

Diabetes, Diabetisches Fußsyndrom, Versorgungssituation, Prävention

Risikofaktoren und Indikatoren für die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms durch patienteneigenes Verhalten und nicht bzw. fehlerhaft durchgeführte prophylaktische Maßnahmen. Dazu wurden Diabetespatienten zu ihrem Kenntnisstand über die Prävention des diabetischen Fußsyndroms und über persönliche Verhaltensmaßnahmen befragt.

### Material und Methoden

#### Befragungsort und Zeitraum

Im Zeitraum von Januar bis Juli 2008 wurden im Roten Kreuz Krankenhaus in Kassel und einer angegliederten diabetologischen Schwerpunktpraxis zufällig ausgewählte Diabetespatienten über ihren Kenntnisstand zur Prävention des diabetischen Fußsyndroms, Fußpflegemaßnahmen, der Häufigkeit und den Ablauf der ärztlichen Untersuchungen systematisch befragt. Die Studienpatienten wurden von einer Interviewerin über die Studie informiert und ihre Zustimmung zur Teilnahme eingeholt. Weiterhin wurden die Studienpatienten aufgeklärt, dass die Erhebung und die Beantwortung der Fragen in keiner Beziehung zu dem individuellen Verlauf und der Behandlung ihrer Erkrankung stehen. Der Fragebogen enthielt 20 geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antworten bzw. Antwortkategorien. Die Fragen und Antworten wurden allen Studienpatienten in gleicher Reihenfolge vorgelesen und die Antworten direkt auf dem Fragebogen vermerkt. Die Datenerhebung erfolgte strikt anonym. Es wurden 93 Patienten mit manifestem Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 innerhalb von 6 Monaten befragt. Eine repräsentative Befragung war nicht vorgesehen.

Verhaltensbedingte Einflussfaktoren auf die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms wurden in „geeignete“ und „ungeeignete Maßnahmen“ differenziert und unter allen Studienpatienten geschlechtsspezifisch analysiert.

### Klassifikation

Für die Bewertung des Schuhwerkes und der Fußpflegemaßnahmen wurde ebenso eine Aufteilung in „geeignete“ und „ungeeignete“ getroffen:

Als geeignet gelten: ausreichend große Schuhe mit einer festen Sohle (auch für den häuslichen Bereich), tägliche Dusche mit anschließender Inspektion der Füße und Zehenzwischenräume, Verwendung rückfettender Cremes/Harnstoffcremes, Verwendung von Feilen zum Kürzen der Nägel.

Als ungeeignet gelten: Offene Schuhe, wie z. B. Sandalen oder Badeschuhe, Sportschuhe mit weicher Sohle, Gummistiefel, Gesundheitsschuhe mit vorgeformtem Fußbett, Filzpantoffeln, in Strümpfen bzw. barfuß laufen, Schere/Nagelknipser, Hornhauthobel, Hühneraugenpflaster, Fußbäder, Verwendung von alkalischen Seifen.

Risikofaktoren für die Entstehung eines diabetischen Fußsyndroms: Wunden am Fuß während der Diabetesdauer, periphere Durchblutungsstörungen, diabetische Polyneuropathie.

### Auswertung

Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Für die Anteile wurden 95 %-Konfidenzintervalle berechnet. Die Häufigkeit kategorialer Merkmale und die Prüfung der Assoziation kategorialer Merkmale in den Gruppen wurden mittels  $\chi^2$ -Test verglichen. Die Häufigkeit ordinaler Variablen in den Gruppen wurde mit dem Wilcoxon Test für nicht-parametrische Verteilungen berechnet. Für die Berechnung der Zusammenhänge zwischen den ordinalen Variablen wurde die Spearman-Correlation angewendet. Alle Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SAS Version 9.2.

### Häufigkeit des Tragens von geeigneten und ungeeigneten Schuhen



Abb.1: Häufigkeit des Tragens von geeigneten und ungeeigneten Schuhen.

## Literatur

- Heller G, Günster C, Schellschmidt H (2004) Wie häufig sind diabetesbedingte Amputationen der unteren Extremitäten in Deutschland? Eine Analyse auf Basis von Routinedaten. In Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004; 129 (9): 429-433
- Lauterbach S, Kostev K, Kohlmann T (2010) Prevalence of diabetic foot syndrome and its risk factors in Germany. In Diabetic Foot Journal 2010; 13(3): 137-141
- Uccioli L, Faglia E, Monticone G et al. (1995) Manufactured shoes in the prevention of diabetic foot ulcers. In Diabetes Care October 1995; 18(10): 1376-1378
- Chantelau E, Haage P (1994) An audit of cushioned diabetic footwear: relation to patient compliance. In Diabetic Medicine 1994; 11(1):114-6.
- Brent P, Nixon DG, Armstrong C et al. (2006) US Veterans Wear Appropriately Sized Shoes? The Veterans Affairs Shoe Size Selection Study. In Journal of the American Podiatric Medical Association 2006; 96(4): 290-292
- Armstrong DG, Lavery LA (1998) Diabetic foot ulcers: prevention, diagnosis and classification. In American Fam Physician 1998 57 (6):1325-1332
- Haslbeck M (2000) Das diabetische Fußsyndrom: Eine interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Herausforderung. In MMW Fort schrift Med. 2000; 142: 39-45
- Morbach S, Müller E, Reike H et al. (2004) Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hrsg. Scherbaum WA, Kiess W, Landgraf R. Diabetes und Stoffwechsel 2004 13(2): Kirchheim, Mainz
- Davidson JK, Alonga M, Goldsmith M et al. (1981) Assessment of program effectiveness at Grady Memorial Hospital Atlanta. In Steiner G. An Lawrance (eds.) Education Diabetic Patients. New York: Springer; 1981; 329-348
- Nalini S, Armstrong DG, Lipsky BA (2005) Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes. In Journal of American Medical Association 2005; 293:217-228
- Apelqvist J, Larsson J, Agardh CD (1993) Long-term prognosis for diabetic patients with footulcers. In Journal of Internal Medicine 1993; 233:485-491
- Litzelman D, Slemenda W, Langefeld C et al. (1993) Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. In Annals of Internal Medicine 1993; 119:36-41
- Levin ME (1995) Preventing Amputation in the Patient with Diabetes. Diabetes Care 1995; 18:1383-1394
- Barnett SJ, Shield JPH, Potter MJ et al. (1995) Foot Pathology in Insulin Dependent Diabetes. In Archives of Disease in Childhood 1995; 73:151-153
- Spraul M (1999) Prävention des diabetischen Fußsyndroms. In Internist 1999; 40:1056-1066
- International Consensus Working Group; International Consensus on diagnosing and treating the infected diabetic foot; 2003
- Lauterbach S, Kostev K, Becker R (2010) Characteristics of diabetic patients visiting a podiatry practice in Germany. In Journal of Wound Care 2010; 19(4):140-148

**Ergebnisse**

Von den 93 befragten Patienten waren 46 Frauen und 47 Männer. 85% hatten einen Typ 2 Diabetes. Die mittlere Diabetesdauer lag bei 15,6 Jahren. Über die Hälfte der Befragten war älter als 65 Jahre.

**Patientenwissen/Kennntnisstand**

31% der befragten Patienten (n=93) hatten keine Kenntnis, ob bei ihnen eine diabetische Polyneuropathie und/oder eine periphere Durchblutungsstörung vorliegt. Der Unterschied in der Kenntnislosigkeit zwischen Männern und Frauen war nicht signifikant (p=0,234).

**Analyse des präventiven Patientenverhaltens**

Nur 20% der befragten Patienten (n=90) gaben an geeignete Schuhe zu tragen. Allerdings trugen auch 48% offene Schuhe, z. B. Sandalen oder Badeschuhe. Des Weiteren gaben 15% der befragten Diabetespatienten an, Gesundheitsschuhe mit vorgeformtem Fußbett zu tragen. Der Unterschied in Bezug auf das Tragen geeigneter Schuhe zwischen Männern und Frauen war nicht signifikant (p=0,641) (Abb. 1.).

Über die Hälfte der befragten Patienten (n=93) trugen im häuslichen Bereich ungeeignete Schuhe. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen war auch hier nicht signifikant (p=0,631) (Abb. 2).

Bei der Frage nach der Versorgung mit speziellem Diabetikerschuhwerk gaben 57% der Männer an spezielles Schuhwerk für Diabetespatienten wie z. B. adaptierte Konfektionsschuhe oder Maßschuhe zu tragen. Im Gegensatz dazu gaben Frauen signifikant weniger häufig an, spezielles Schuhwerk zu tragen (p=0,008).

Bei der hygienischen Fußpflege führten 78% aller Befragten (n=92) ungeeignete Maßnahmen durch. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen war nicht signifikant.

Ungeeignete Gegenstände zur Fußpflege wurden von 22% aller Befragten (n=85) benutzt. Männer gaben häufiger als Frauen an, ungeeignete Gegenstände zur Fußpflege zu benutzen (19,5% vs. 3%). Dieser Unterschied war signifikant (p<0,001).

**Analyse der Abläufe und Häufigkeiten ärztlicher Untersuchungen**

52% aller Befragten gaben an regelmäßig einmal pro Quartal zum Arzt, aufgrund ihrer Diabeteserkrankung zu gehen. Bei 75% der Befragten (n=92) hatte der Arzt noch nie Schuhe und Strümpfe untersucht. Bei 17% der männlichen Befragten wurde zudem noch nie eine Stimmgabeluntersuchung zur Diagnose einer diabetischen Polyneuropathie durchgeführt (Tabelle 1). Bei Patienten, die häufiger beim Arzt waren, wurde auch häufiger ein Stimmgabeltest durchgeführt (p=0,048) (Tab. 1).

**Analyse der Risikofaktoren auf die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms**

Entscheidende Risikofaktoren, die negativ assoziiert waren mit der Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms waren das männliche Geschlecht (OR: 3,14), verursachte Wunden durch unsachgemäße Fußpflege (OR: 3,38) und die fehlende Fußkontrolle durch den Arzt (OR: 4,20).

Mögliche Schutzfaktoren zur Vermeidung eines diabetischen Fußsyndroms stellten die Inanspruchnahme einer professionellen Fußpflege durch einen Podologen (OR: 0,05) und die tägliche Selbstinspektion der Füße (OR: 0,28) dar. Weitere Schutzfaktoren waren folgende Praktiken bei der Fußpflege. Die Verwendung von Bimsstein zur Hornhautpflege (OR: 0,37), die Verwendung von Sandfeilen zur Kürzung der Fußnägel (OR: 0,29) und die Verwendung harnstoffhaltiger Cremes zur Hautpflege am Fuß (OR: 0,15). Auch das Tragen geeigneter Schuhe/

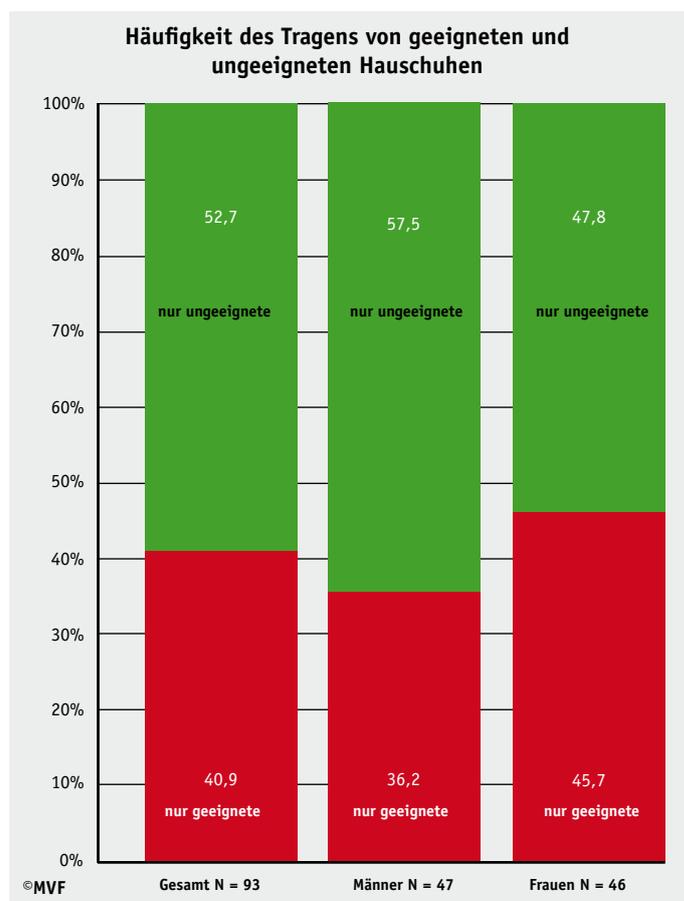


Abb. 2: Häufigkeit des Tragens von geeigneten und ungeeigneten Hausschuhen.

Merkmal	Gesamt	Männer	Frauen
Besuch beim Podologen (%)	77,4	68,1	87,0
Besuch einer medizinischen Fußpflege (%)	45,2	45,2	54,9
Häufigkeit der Arztbesuche einmal pro Quartal (%)	52,4	61,7	63,0
Nie durchgeführte Fußuntersuchungen beim Arzt (%)	23,7	27,6	19,6
Nie durchgeführte Schuh- und Strumpfuntersuchungen beim Arzt (%)	76,1	73,9	78,3
Nie durchgeführte Stimmgabeluntersuchung (%)	7,3	17,0	0,0

Tab. 1: Inanspruchnahme von Dienstleistungen und durchgeführte Routineuntersuchungen.

Risikofaktoren für das Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms			
Variable	OR <sup>a</sup>	Konfidenzintervalle	p-Wert
Männliches Geschlecht	3,14	1,33-7,44	0,009
Keine Fußuntersuchung beim Arzt	4,20	1,51-11,67	0,006
Wunden durch unregelmäßige Fußpflege	3,38	1,05-10,86	0,041
Professionelle Fußpflege durch Podologen	0,05	0,01-0,23	0,0001
Tägliche Selbstinspektion der Füße	0,28	0,10-0,75	0,011
Fußpflege: Fußcreme mit Harnstoff	0,15	0,05-0,42	0,0004
Tragen von geeigneten Schuhen/Hausschuhen	0,20	0,08-0,50	0,0006
Fußpflege: Benutzung von Bimsstein	0,37	0,14-0,99	0,050
Fußpflege: Kürzen der Nägel mit Sandfeile	0,29	0,09-0,98	0,046

**Tab. 2:** Risikofaktoren für das Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms; <sup>a</sup>OR: Odds Ratio, adjustiert für Patientenalter, Diabetesdauer und HbA1c-Wert

Hausschuhe (OR: 0,20) zeigte einen positiven Einfluss auf die Vermeidung diabetischer Fußläsionen (Tab. 2).

## Diskussion

Im geplanten Befragungszeitraum wurden 93 Studienpatienten befragt. Die Ergebnisse geben trotz der geringen Patientenzahl eine klare Tendenz und zeigen die Vielseitigkeit der Wahrnehmung und Selbsteinschätzung von Diabetespatienten in Bezug auf das diabetische Fußsyndrom. Die Wahrnehmung von Symptomen und Risikofaktoren und die Schaffung eines Problembewusstseins sind außerordentlich wichtig für die Prävention und den Behandlungserfolg beim diabetischen Fußsyndrom. Diabetespatienten bekommen in spezifischen Patientenschulungen vermittelt das richtige Schuhwerk zu tragen. Die Einsicht dies auch zu tun fällt schwer, da sie durch neuropathische Veränderungen nicht bemerken, dass bisheriges Schuhwerk nicht mehr passt. Die fehlende Sensorik beim neuropathischen Fuß muss somit durch kompetentes Problembewusstsein seitens der Patienten und regelmäßige fachliche Kontrollen und/oder Selbstinspektion ausgeglichen werden.

Aus einigen Untersuchungen geht eindeutig hervor, dass ungeeignetes Schuhwerk mit bis zu 50% der Hauptauslöser für die initiale Läsion bei Diabetespatienten ist (Spraul 1999). Aufgrund der reduzierten Sensitivität bei bestehender Polyneuropathie tragen viele Patienten zu enges Schuhwerk (Uccioli et al. 1995). Auch Schuhe mit Riemen, harten Vorderkappen oder mit Nähten, d. h. Schuhe, die einen lokalen

Druck ausüben, sind für den neuropathischen Fuß ungeeignet (Brent et al. 2006; Morbach et al. 2004). Risikopatienten sollten geschlossene Schuhe in ausreichender Größe sowohl im Straßengebrauch als auch im Haus tragen. Bei der durchgeführten Patientenbefragung gaben 48% der Befragten, an offene Schuhe z. B. Sandalen oder Badeschuhe zu tragen. Bei offenen Schuhen ist die Verletzungsgefahr am Fuß sehr groß. Wenn die Verletzung z. B. durch eine vorhandene Polyneuropathie nicht bemerkt wird, kann aus dieser Verletzung ein Ulkus entstehen, welches sich bis zum Gangrän ausweiten kann. Gesundheitsschuhe mit vorgeformtem Fußbett trugen bis zu 15% der Patienten. Diese Art der Fußbettung entspricht meist nicht dem deformierten Patientenfuß. Die Griffwülste passen nicht zur Anatomie des Fußes und können durch Scherkräfte Hautläsionen/Blasenbildung verursachen.

Bei der Fußpflege von Diabetespatienten lassen sich geeignete und ungeeignete Gegenstände/Maßnahmen unterscheiden. Bis zu 28% der Befragten benutzten eine Nagelschere oder einen Nagelknipser und hatten somit ein erhöhtes Risiko für Verletzungen. 40% der Befragten inspizieren ihre Füße nicht täglich und 78% führten ungeeignete Maßnahmen bei der hygienischen Fußpflege durch.

Die professionelle Fußpflege und die Unterstützung bei der Prävention durch einen Podologen sind bei Diabetespatienten zurzeit nur lückenhaft vorhanden. Bei einer weiteren Querschnittsanalyse von 230 Diabetespatienten, die zum ersten Mal in eine podologische Praxis kamen, zeigte sich, dass 58% der Patienten bereits ausgedehnte Nagel- und Fußmykosen hatten und bis zu 89% hatten Fußdeformitäten bei Sensitivitätswerten nach Stimmgabeltest unter 4/8 (Lauterbach et al. 2010).

Bei der vorliegenden Befragung kannten 35% der Patienten mit aktuellen Fußläsionen noch nicht mal den Beruf des Podologen. Von diesen Patienten waren allerdings 37,5% schon mal bei einer nicht spezialisierten, medizinischen Fußpflege. Diabetespatienten sollten eine professionelle Fußpflege nur von speziell geschulten Podologen machen lassen. 45% der befragten Patienten mit aktueller Fußläsion waren noch nie in podologischer Behandlung ( $p < 0,0001$ ).

Frauen gingen signifikant häufiger zum Podologen ( $p = 0,0295$ ). Nur 13% der Frauen waren noch nie beim Podologen.

Inwieweit die untersuchten Kriterien Einfluss auf die Inzidenz des diabetischen Fußsyndroms haben, muss in weiteren Studien untersucht werden. Auch ob eine verbesserte Informationsweitergabe die Compliance der Patienten erhöht, sollte in zukünftigen Studien untersucht werden.

Eindeutig gezeigt werden konnte in dieser Studie das lückenhafte Wissen seitens der Patienten in Bezug auf das diabetische Fußsyndrom. Das Tragen von ungeeigneten Schuhen und das Durchführen von ungeeigneten Maßnahmen bei der Fußpflege durch Unkenntnis und Incompliance seitens der Patienten kommen häufig vor. Somit zeigt diese Studie, dass die Prophylaxe des diabetischen Fußsyndroms defizitär ist. <<

## Erklärung

Alle Autoren erklären: Es bestehen keine finanziellen Interessenkonflikte in Bezug auf dieses Manuskript. Bei der Jahrestagung der DDG 2010 wurden Teilergebnisse als Abstrakt eingereicht und bei der Posterpräsentation vorgestellt. Titel des Abstrakts (Nr. A-274-0005-00221): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Prävention des diabetischen Fußsyndroms.

## Inadequate prevention of diabetic foot syndrome

The information gained through this study reveals that diabetes patients do not have adequate knowledge concerning the prevention of the diabetic foot syndrome. Prophylactic measures such as professional foot care and the wearing of appropriate shoes, as well as having the patient, his caring relative, or his doctor routinely inspect the patient's feet, socks and shoes are not consistently practiced. Effective diabetic foot syndrome prevention can only be reached if the patient attains an awareness of the problem through ample access to information and practical training. In addition, doctors and specialized personnel need to educate the patients and to regularly inspect their feet.

## Keywords

Diabetes, Diabetic foot syndrome, prevention

### Dr. Silke Lauterbach

arbeitet als Apothekenleiterin und Leiterin des strategischen Einkaufs im Roten Kreuz Krankenhaus in Kassel. Dort widmet sie sich neben Projektarbeiten im Qualitätsmanagement der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden und insbesondere von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom.

Kontakt: lauterbach@rkh-kassel.de



### Dr. Regine Wellhöner

ist Oberärztin am Roten Kreuz Krankenhaus Kassel. Sie leitet den Schwerpunkt Diabetologie. Dort werden Diabetes-Sprechstunden, Fußsprechstunden, Einzelberatungen, Schulungen und Patientenseminare durchgeführt.

Kontakt: wellhoener@rkh-kassel.de



### Dr. Karel Kostev

ist als Senior Consultant in der Abteilung „LifeLink-Epidemiologie“ bei IMS Health in Frankfurt tätig sowie an mehreren Projekten an Universitäten beteiligt. Er ist für die Koordination und Durchführung der epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Studien zuständig; sein Schwerpunkt liegt in der Diabetesforschung.

Kontakt: kkostev@de.imshealth.com



### Prof. Dr. Henri Wallaschofski

ist Ltd. Oberarzt am Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin und apl-Professur im Fach Innere Medizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Seine Forschungsschwerpunkte sind: Epidemiologie endokriner Systeme, Metabolomics und Biobanking.

Kontakt: henri.wallaschofski@uni-greifswald.de



### Prof. Dr. Thomas Kohlmann

leitet die Abteilung Methoden der Community Medicine am Institut für Community Medicine, Ernst-Moritz Arndt Universität Greifswald. Seine Forschungsgebiete sind: Patient-reported outcomes, Epidemiologie von Rückenschmerzen, Rehabilitationsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluation.

Kontakt: thomas.kohlmann@uni-greifswald.de



# Medizin und Pflege für Berlin



Vivantes  
Netzwerk für Gesundheit