

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:

Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): „Entscheidungen mit Verpflichtung zur Einigung“

„Demenz: Ambulant betreute Wohngemeinschaften“ (Wolf-Ostermann)

„Erhebliche Effizienz- und Effektivitätsreserven“ (Wille)

„Suche nach dem Maß des Gesamtnutzens“ (Mühlbacher)

**FOKUS:
Demenz**

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

04/12 5. Jahrgang

Editorial

Zwingender Konsens

4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Entscheidungen mit Verpflichtung zur Einigung“

6

Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

Redaktion

„Suche nach dem Maß des Gesamtnutzens“

12

Interview mit Prof. Dr. Axel Mühlbacher über einen zukunftsweisenden Ansatz für Endpunkte

Online-Register für Versorgungsforschung

17

Gemeinsames Projekt des IMVR und des WINEG

Nationaler Diabetesplan: Die Politik ist am Zug

18

Zur Prävention und besseren Versorgung von Diabetespatienten

„Erhebliche Effizienz- und Effektivitätsreserven“

20

Interview mit Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Kosten der Demenz - für den Morbi-RSA zu niedrig

24

Kommentar von Günther Sauerbrey, Vice President Merz Pharmaceuticals GmbH

„Bedürfnisse des Kunden stehen im Fokus“

27

Interview mit Winfried Baumgärtner (mhplus) und Dr. Thorsten Pilgrim (AnyCare)

Zahlen - Daten - Fakten

Alzheimer - ein Vergleich zwischen 60 Regionen

10

Standards

Impressum 2

News 22, 26

Safe the date:

Der nächste Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ findet am **29. Oktober** bei Vivantes Friedrichshain in Berlin statt.

Der Titel: **„Der Endpunkt: Patientenrelevante Endpunkte - Wer definiert, was für den Patienten relevant ist?“** - Erste Infos: Seite 22

Beilagenhinweis:

Bitte beachten Sie die Beilage des Campus für wissenschaftliche Weiterbildung der Universität Erlangen-Nürnberg

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 28 - 31

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.)
Kölstr. 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
Kölstr. 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:
Kölstr. 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
Zustimmung des Verlags unzu-
lässig. In der unaufgeforderten

Zusendung von Beiträ-
gen und Informationen
an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zu-
gesandten Beiträge bzw.
Informationen 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: 6.139
(IVW 2. 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

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann / Dipl.-Pflegerwirt
(FH) Andreas Worch / Saskia Meyer, M.Sc. / Dipl.-
Pflegerwirt (FH) Johannes Gräse

32

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz - eine Versorgungs- form mit Zukunft?

In Deutschland und insbesondere in Berlin hat die Versorgungsform der ambulant betreuten Wohngemeinschaft (WG) für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz in den letzten Jahren einen großen zahlenmäßigen Aufschwung erfahren. Ziel der Versorgung in ambulant betreuten WG ist es, Lebensqualität und Autonomie ihrer Bewohner/innen in größtmöglichem Umfang trotz krankheitsbedingter Einschränkungen zu ermöglichen.

Prof. Dr. Werner Vogd

38

Versorgungsstrukturen und Patientenrolle im Wandel der Medizin und des Gesundheits- systems

Der vorliegende Beitrag rekonstruiert den Wandel des Gesundheitssystems von der vormodernen zur postmodernen Medizin und unterscheidet dabei drei Phasen: eine vorrangig interaktionsorientierte, eine vorrangig bürokratische und eine vermehrt netzwerkförmig organisierte Medizin. Es werden aus einer soziologischen Perspektive die Eigenarten der jeweiligen Steuerungsformen herausgearbeitet und Konsequenzen für die Versorgungsforschung angedeutet.

Prof. Dr. Roland Linder / Dirk Horenkamp-Sonntag
M.Sc. / Dr. Frank Verheyen

41

Impact der Versorgungsforschung für die Versorgungsrealität

Die Versorgungsforschung in Deutschland hat in den letzten Jahren weiterhin an Bedeutung gewonnen. Es handelt sich dabei um ein vielschichtiges und multi-disziplinär besetztes Forschungsfeld. Kennzeichnend für die Versorgungsforschung ist dabei der ausgeprägte Bezug zur Versorgungsrealität. Versorgungsforschung ist daher direkt eingebettet in die Versorgung und zielt letztlich darauf ab, Versorgung zu optimieren. Diese Ausrichtung macht deutlich, dass sich Versorgungsforschung durch ihren Einfluss auf die Versorgungsrealität sinnvoll entfalten kann.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg MPH

45

Qualitätssteigerung durch Transparenz?

Einsatz von Gütesiegeln im Gesundheitswesen

Die APOLLON Hochschule hat sich im Rahmen einer Entscheider-Befragung mit den Einsatzgebieten, der Wirkung und den Verbesserungspotenzialen von Gütesiegeln im Gesundheitswesen beschäftigt. Demnach werden Gütesiegel befürwortet, da sie die Qualität im Gesundheitswesen steigern können. Indes wurde deutlich, dass Gütesiegel aktuell wenig zur Transparenzsteigerung und Akzeptanz von Produkten beitragen. Seitens der Befragten wurde die ausschließliche Bewertung unabhängiger Institute ohne kommerziellen Charakter sowie standardisierte Bewertungskriterien zur Sicherstellung der Qualitätstransparenz favorisiert.

BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



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

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

**INSIGHT**HEALTH



Prof. Dr.

Reinhold Roski:

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

Zwingender Konsens

Interviews

Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

> S. 6 ff.

Seit dem 1. Juli ist Josef Hecken unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und damit Nachfolger von Dr. Rainer Hess. Was reizt ihn an der Aufgabe? Der G-BA ist „eine systemerhaltende Konstante“, so Hecken im Titelinterview. G-BA und die gemeinsame Selbstverwaltung können Entscheidungen viel näher an der Versorgungsstruktur und damit näher an den Versicherten und Patienten treffen als es der Gesetzgeber kann. Dabei sind G-BA und die gemeinsame Selbstverwaltung „zum Erfolg verpflichtet“.

Professor Dr. Axel Mühlbacher, Leiter der „Conjoint Analyse“-Pilotstudie im Auftrag des IQWiG

> S. 12 f.

Prof. Mühlbacher hat im Rahmen einer Pilotstudie im Auftrag des IQWiG für die Indikation Hepatitis C ein Gesamtmaß des Patientennutzens als Vergleichsgröße erarbeitet, mit deren Hilfe alle denkbaren Therapiealternativen in einem Indikationsgebiet über alle relevanten Endpunkte verglichen werden sollen. Damit soll dann die Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt werden können. Methodologisch sicherlich hochinteressant und Teil einer wichtigen Diskussion.

Professor Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

> S. 20 ff.

Am 20. Juni übergab der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sein Sondergutachten 2012 zum „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ an Bundesgesundheitsminister Bahr. Am 18. September wird es im Rahmen eines Symposiums in Berlin genauer vorgestellt. Wir haben mit Prof. Wille über die Schwerpunkte des Gutachtens gesprochen.

Fokus: Demenz

Bensing und Kleinfeld analysieren die Ist-Situation der ambulanten Arzneimitteltherapie mit Antidementiva. Regionale Variationen sind dabei sehr spannend, jedoch nicht durch einen einzelnen Faktor zu erklären.

> S. 10 ff.

Saubrey, Vice President der Merz Pharmaceuticals GmbH, kritisiert, dass die Demenz aus dem Kreis der Morbiditätsgruppen des erweiterten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2013 herausgenommen wird und fordert, dass an solchen Entscheidungen auch unabhängige Experten der Medizin und Pharmazie mitwirken sollten.

> S. 24 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Wolf-Ostermann u.a. präsentieren Querschnittstudien zu Bewohner- und Versorgungsstrukturen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (WG) für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz. Solche WGs sind inzwischen zu einem Teil der Regelversorgung geworden. Aber für welche Patienten sind diese WGs die beste Versorgung?

> S. 32 ff.

Vogd untersucht Versorgungsstrukturen und Patientenrollen aus soziologischer Perspektive und analysiert, warum die dynamische Organisation der modernen Gesundheitsversorgung in Netzwerken eine neue Patientenrolle erfordert. Der Patient muss seinen Teil der Steuerung und Kontrolle wirkungsvoll wahrnehmen. Wie das gehen kann, ist ein neues Feld für Versorgungsforschung.

> S. 38 ff.

Linder, Horenkamp-Sonntag und Verheyen erläutern am Beispiel des WINEG und der Techniker Krankenkasse, wie Erkenntnisse der Versorgungsforschung zu gelebter Versorgungsrealität werden können. Dieser Nutzen der Versorgungsforschung für Versicherte und Patienten ist schließlich ihre Rechtfertigung und das Ziel der Arbeit.

> S. 41 ff.

Scherenberg stellt eine Befragung von Entscheidern des Gesundheitswesens zu Einsatz und Wirkungen von Gütesiegeln vor. Der Nutzen solcher Siegel leidet unter ihrer Inflation. Standardisierte Bewertungskriterien und die Bewertung durch unabhängige Institute ohne kommerziellen Charakter werden gefordert. Hier ist noch viel Arbeit zu leisten.

> S. 45 ff.

Wie immer wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre und bin mit herzlichen Grüßen

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

Patienten gut versorgen



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

www.arvato-healthcare.de

Kontakt: info@arvato-healthcare.de

arvato
BERTELSMANN

Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

„Entscheidungen mit Verpflichtung zur Einigung“

Der Bonner Jurist Josef Hecken war bis auf einen kleinen Ausflug in die Privatwirtschaft - 1998/1999 war er Abteilungsleiter bei der METRO AG-Konzernholding - Zeit seines Lebens in Ministerien tätig. Von sich reden machte er als Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlands, als er 2006 die ersten DocMorris-Filialen zuließ und von 2004 bis 2008 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses war. Von 2008 bis 2009 war er als Präsident des Bundesversicherungsamtes unter anderem für die Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA zuständig, seit Dezember 2009 dann als Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend u.a. für die Einführung des Betreuungsgeldes. Zum 1. Juli 2012 übernahm Hecken das Amt des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

>> Herr Hecken, als Sie vor vier Jahren als Präsident zum BVA kamen ...
... war das eine ähnlich spannende Zeit wie heute. Denken Sie an die damals zu organisierende Einführung des Morbi-RSA, die mir einige schlaflose Nächte bereitet hat. Abstrakt über Politik oder die Verbesserungspotenziale zu diskutieren ist das eine. Wenn Sie aber ein Rechenmodell vorlegen müssen, bei dem man erst vier Wochen vor dem Start weiß, welche Zuweisungsbeträge wirklich heraus kommen und man das Ergebnis nicht mehr korrigieren kann, ist das aufreibend.

Wohl wissend, dass auf allen Seiten Menschen sitzen, die darauf warten, entsprechend zu reagieren.

Ja, klar. Damals wurden in Berlin schon Wetten darauf abgeschlossen, dass der Morbi-RSA und damit der Fonds scheitern.

Im Endeffekt war das ein Blindflug oder vielleicht Glück.

Glück kann man nicht sagen. Es wurden vorher jede Menge Modellrechnungen durchgeführt. Das große Problem war aber, dass es zwar Anhaltspunkte gab, jedoch ex ante. Bis zur Datenmeldung stand keine valide Datenbasis über die tatsächliche Morbidität zur Verfügung. Was wäre denn gewesen, wenn auf einmal fünf oder sechs Prozent Abweichung bei drei oder auch vier relevanten Krankheiten aufgetreten wären? Das hätte das ganze Finanzgefüge durcheinander gebracht. Das war einer jener spannenden Momente, in denen Politik auf Wirklichkeit trifft.

Warum haben Sie denn 2009 dem BVA in Bonn den Rücken gekehrt?

Ich habe das BVA zu dem Zeitpunkt verlassen, als die damalige Herausforderung, den Morbi-RSA und den Fonds einzuführen, zum routinemäßigen Aufsichtsgeschäft über die Kassen wurde.

Was reizt Sie denn an der Aufgabe, die Sie ab 1. Juli als neuer unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses übernehmen?

Der G-BA und die gemeinsame Selbstverwaltung können Entscheidungen viel näher an der Versorgungsstruktur und damit auch näher an den Versicherten und Patienten treffen, als es der Gesetzgeber kann. Beispielsweise lässt sich die Entscheidung zur Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels oder zu bestimmten qualitätssichernden Maßnahmen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages unter reger Anteilnahme der Öffentlichkeit nicht adäquat diskutieren. Sinnreicher ist es, wenn sich die Fachöffentlichkeit an solchen Diskussionen beteiligt, was manchmal schon schwierig genug ist. Die dann nötigen und aus meiner Sicht sehr wesentlichen Strukturentscheidungen werden im G-BA getroffen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass der Bundes-

ausschuss personell stark aufgestellt ist, um seinen Aufgaben gerecht werden zu können.

Was auch die Dimension Zeit betrifft, in der bestimmte Entscheidungen erwartet werden.

In der Tat. Man hat bei den aktuellen gesetzgeberischen Diskussionen erlebt, dass der G-BA durchaus kritisch hinterfragt wird. Der Gesetzgeber lässt ab und an durchklingen, dass, wenn Entscheidungen zu lange dauern, er sie selbst fällen könne. Daher sind der G-BA und die gemeinsame Selbstverwaltung kein Selbstzweck, sondern zum Erfolg verpflichtet. Entweder finden wir mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln vernünftige fachliche Lösungen, oder der Gesetzgeber wird selbst aktiv.

Ob er damit gut beraten wäre, steht auf einem anderen Blatt.

Das ist eine ganz andere Frage, ob der Gesetzgeber wirklich klug beraten wäre, selbst Entscheidungen zum Leistungsgeschehen in der GKV zu treffen. Indes klingt manche Drohung zunächst einmal gut und manche in den Raum gestellte Diskussionsgrundlage ebenso, solange man die Alternativen nicht genauer betrachtet. Einerseits wäre es nicht gut für die gemeinsame Selbstverwaltung, wenn sie ihre eigenen Obliegenheiten nicht eigenverantwortlich regeln könnte. Und andererseits wäre es auch für die Politik nicht klug, das zu ändern. Ich hatte vor einiger Zeit die Gelegenheit, mit meinem polnischen Kollegen zu sprechen, den ich in meiner Eigenschaft als Vorsitzender des deutsch-polnischen Jugendwerks getroffen habe. Als ich ihm sagte, dass es bei uns Gesundheitsminister gibt, die sechs, sieben oder auch acht Jahre im Amt sind, war das für ihn beinahe wie ein Mysterium der Neuzeit. Denn in Polen beträgt die „Halbwertszeit“ von Gesundheitsministern im Schnitt ein Jahr. Die meisten Gesundheitsminister treten jedoch nicht zurück, weil das Gesundheitssystem pleite ist, sondern tun das, weil sie Versorgungsstrukturentscheidungen treffen müssen, die der öffentlichen Diskussion und Kritik nicht standhalten.

„Einerseits wäre es nicht gut für die gemeinsame Selbstverwaltung, wenn sie ihre eigenen Obliegenheiten nicht eigenverantwortlich regeln könnte.“

Sie stellen sich anscheinend folgende Situation vor: Der Bundesgesundheitsminister selbst entscheidet über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln, worauf eine öffentliche Diskussion darüber stattfindet, ob ein bestimmtes onkologisches Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht.

Exakt. Die Alternative ist keine so einfache. Das Konzept eines Gemeinsamen Bundesausschusses, der von den Akteuren im Gesundheitswesen gebildet wird und dem die fachliche Entscheidungskompetenz und gleichzeitig die Verpflichtung zur Einigung übertragen werden, ist schon von hoher politischer Klugheit. Damit werden alle wichtigen Entscheidungen auf ein fachliches Niveau verlagert, wenngleich auch bei den

fachlichen Entscheidungen im G-BA natürlich jede Bank versucht, ihre eigenen Interessen zu wahren. Das muss Jedem klar sein. Doch werden auf diese Weise anfallende Entscheidungen nach dem Prinzip eines zwingenden Konsenses erarbeitet und getroffen, was die Prozesse und Ergebnisse weit rationaler macht.

Sie sprechen nicht von Evidenz.

Gerade bei der Zulassung von Arzneimitteln ist Evidenz ein zentrales Thema, wobei man sich vor allem in Hinblick auf die Patientensicherheit randomisierte kontrollierte Studien der allerhöchsten Evidenzklasse als Entscheidungsgrundlage wünscht, die über einen möglichst langen Zeitraum laufen. Auch nur in die Nähe dieses Ideals zu kommen, ist schon schwierig genug, aber eher in der gemeinsamen Selbstverwaltung als in politischen Entscheidungsprozessen möglich.

Weil oft Anspruch und Wirklichkeit sehr krass aufeinandertreffen.

Und immer von absoluter Spannung geprägt sind. Ich sehe im G-BA eine systemerhaltende Konstante. An der Spitze dieser systemerhaltenden Konstante zu stehen, das ist für mich eine Herausforderung und Ehre zugleich.

Ihr Vorgänger im Amt, Dr. Rainer Hess, sprach auf dem letzten Kongress von „Monitor Versorgungsforschung“ auch nicht von mehr Macht, die im Zuge der Übertragung der DMP-Weiterentwicklung und -Evaluation auf den G-BA zukommt, sondern von einem Mehr an Verantwortung.

Auch wenn man so viele Jahre Gesundheitspolitik in verschiedenen Funktionen gemacht hat wie ich, ist dieses Amt eine echte Herausforderung und eine Verantwortung zugleich. Ich habe nicht ohne Bedacht bei der Verabschiedung von Dr. Hess gesagt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung mehr sein muss als die Summe der einzelnen Trägerorganisationen. Dass man dort zusammensitzt, ist ja kein Wert an sich. Selbstverwaltung entsteht nicht durch die Anwesenheit der unterschiedlichen Akteure mit unterschiedlichen Meinungen, sondern einzig und alleine durch den unbedingten Willen, in bestimmten Fragen einen Konsens zu finden. Das ist eine große Herausforderung, die ich annehme, und ich bin bereit, an der einen oder anderen Stelle dazu beizutragen, dass alles etwas schneller geht.

Die Hauptkritik, die aus dem politischen Raum am G-BA geübt wurde, war auch nicht die Qualität der Entscheidungen.

Wenn Kritik geübt wurde, dann meist deshalb, weil der G-BA bestimmte Entscheidungen getroffen hatte, die Einzelnen nicht gefallen haben.

Der entscheidende Punkt war, dass sich viele Dinge in vielen Fällen zu sehr und zu lange im Kreis zu drehen scheinen.

Wir sind noch in einer Phase, in der es große Herausforderungen zu bewältigen gibt. Wir reden alle seit Jahrzehnten von Demografie, von der Verbesserung der Versorgung, von integrierten Versorgungssystemen und von ganzheitlichen Betrachtungsperspektiven. Die zentrale Herausforderung ist es, Entscheidungen nach Möglichkeit schneller auf den Weg zu bringen. Das kann funktionieren, auch unter bestimmten



engen Zeit- und Qualitätsvorgaben, was man zum Beispiel beim AMNOG sieht. Natürlich gab es auch hier Kritik, auch hat es am Anfang durchaus Schwierigkeiten gegeben. Jedes neue System muss sich ein Stück weit auch als lernendes System begreifen. Entscheidend ist, dass in relativ kurzer Zeit Verfahren von hoher fachlicher Qualität und hoher praktischer Relevanz eingeführt worden sind. Dieses Beispiel ist in andere Bereiche zu übertragen. Das ist spannend, und da freue ich mich drauf.

Ihr Ziel könnte es sein, von der Selbstverwaltung zur Selbstverantwortung zu kommen?

Im G-BA und auch nicht in der Selbstverwaltung wird man nicht allein durch das Betreten der Geschäftsräume zum altruistischen Wesen, das seine originären Interessen vergisst. Doch ich bin sicher, dass alle Beteiligten bereit sind, unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen einen vernünftigen Interessenausgleich zu finden, und zwar im wohlverstandenen Interesse der Patienten, so wie das auch in der Vergangenheit der Fall war.

Weil es keine Alternative gibt? Wenn sie es nicht machen, machen es eben andere.

Jeder vernünftige Mensch kommt zu der Erkenntnis, dass es wohl besser sein wird, selbst einen Kompromiss im Interesse der Verbesserung der Versorgung zu finden, als sich im Eilverfahren Ersatzmaßnahmen des Gesetzgebers einzuhandeln.

Kann ein unparteiischer Vorsitzender wirklich unparteiisch sein?

Selbstverständlich. Die Unparteilichkeit bedeutet doch nicht, dass man meinungslos ist. Man darf und muss eine eigene Meinung haben, man darf und muss auch eine Vorstellung der Gesamtzusammenhänge haben, um einen derartigen Prozess vernünftig moderieren zu können. Ich verstehe mich als Moderator, der sich zunächst anschaut, was die unterschiedlichen Bänke und die Patientenvertretung an Argumenten bringen, und ob die oft kontroversen Positionen zu einem Konsens kommen können. Um einen solchen Prozess zu moderieren, muss ich schon eine mögliche Lösung im Kopf haben. Wenn ich dann feststelle, dass die Parteien nicht konsensfähig sind, hat ein unparteiischer Vorsitzender selbstverständlich die Möglichkeit, ich behaupte, sogar die Verpflichtung, einen Prozess in Richtung eines möglichen Ergebnisses zu moderieren. Und schließlich hat dieses Amt im Extremfall, wirklich nur im Extremfall, das Instrument der dreizehnten Stimme, das sehr kostbar ist.

Das man auch nicht verschleißen darf, weil man sonst seine Unparteilichkeit zu verlieren droht.

Man ist gut beraten, mit dieser dreizehnten Stimme sehr sorgfältig umzugehen, wie es Dr. Hess selbst bei Fundamentalentscheidungen gehandhabt hat. Allerdings bedeutet Unparteilichkeit nun nicht, sich hinzusetzen, sich jahrelang Diskussionen anzuhören und diesen Prozess lediglich durch Worterteilungen zu begleiten. Unparteilichkeit bedeutet für mich, dass man sich mit den Dingen auseinandersetzt, sich an einer offenen Diskussion beteiligt und versucht, zunächst zu einer gemeinsamen Lösung zu kommen. Hier ist der unparteiische Vorsitzende nicht

der Chef, sondern der Primus inter Pares. Wohl kann und muss er aber auch Motor und Schrittmacher sein, wenn die Dinge in ewigen Schleifen oder gar im Treibsand zu versanden drohen.

Als Motor sind Sie auch für die Geschwindigkeit zuständig.

Ich bin ein unverbesserlicher Optimist: Man kann sicher bestimmte Prozesse etwas beschleunigen.

Nehmen wir das Beispiel der Bedarfsplanung.

Da wurde schon enorm viel Vorarbeit geleistet. Bei der hausärztlichen Versorgung, der wohnortnahen Versorgung, der allgemein fachärztlichen Versorgung und der spezialfachärztlichen Versorgung ist die Frage zu klären, wie Versorgungsregionen abzugrenzen sind. Das ist relativ einfach, was die hausärztliche und wohnortnahe Versorgung angeht. Bei der spezialfachärztlichen Versorgung ist es dies ebenfalls, sodass man sich noch bei der allgemein fachärztlichen Versorgung darüber streiten kann, was man nun inkludiert und was nicht. Bei den Hausärzten und bei der wohnortnahen Versorgung wird es zudem sinnvoll sein, auf kleine Planungsbereiche zu gehen, bei der spezialfachärztlichen dagegen auf möglichst große. Auch muss man diskutieren über die Frage, welche Möglichkeiten die Bundesländer bekommen, von den Festsetzungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen. Das sind alles Dinge, die man aus meiner Sicht relativ zügig auf den Punkt bringen kann.

Beim AMNOG gab es, Gott oder besser der Politik sei Dank, die Zeitvorgabe von einem halben Jahr.

Richtig. Da konnte man keine langen Diskussionsphasen zulassen. Es wäre aber absolut illusorisch zu glauben, es könnte überall so schnell gehen.

Alle Akteure brauchen Planungssicherheit.

Genau das habe ich als Jurist gelernt. Der G-BA ist auch keine Institution, die Spontanentschlüsse treffen sollte. Wichtig war und ist, dass alle Entscheidungen seriös und rechtssicher sind. Dr. Hess war zu Recht immer sehr stolz darauf, dass der G-BA in der Regel alle Gerichtsverfahren gewonnen hat. Das ist ein hoher Anspruch, dem man sich stellen muss. Doch bei aller Notwendigkeit zur handwerklichen Sauberkeit muss aber irgendwann eine Deadline gezogen und eine Entscheidung getroffen werden. Auch das ist ein Anspruch, den ich an mich habe.

Welche „Baustellen“ haben Sie sich zu Beginn ihrer sechsjährigen Amtszeit vorgenommen?

Ich werde wie mein Vorgänger die Unterausschüsse Arzneimittel, Bedarfsplanung und Veranlasste Leistungen leiten. Bei den Arzneimitteln scheint mittlerweile eine gewisse vernünftige Basis der Zusammenarbeit entstanden zu sein. Die Abläufe noch reibungsloser und sachgerechter auf den Weg zu bringen, das ist mein erstes Ziel.

Was ist mit dem Bestandsmarkt?

Hier hat der Gesetzgeber mit unterschiedlichen Präzisionsgraden gearbeitet, beispielsweise bei der Frage, wie man sich dem Bestandsmarkt nähern soll. Im Augenblick wurden Wirkstoffe aufgerufen, die schon im Markt befindlich sind, aber identisch sind mit neu zur Zulassung anstehenden. Das ist aus meiner Sicht aus Wettbewerbsgründen in Ordnung. Doch lautet die entscheidende Frage, was man im Weiteren mit dem Bestandsmarkt macht. Hier brauchen wir klare und rechtssichere Aufgreifkriterien.

Was verstehen Sie unter unterschiedlichen Präzisionsgraden?

Während der Gesetzgeber bei neuen Arzneimitteln, die zur Bewertung anstehen, relativ genau geregelt hat, wie das Verfahren zu gestalten ist, hat er auf den Bestandsmarkt nur verwiesen. Hier sehe ich die eigentliche Herausforderung, weil ich die Auffassung verrete, dass die im Bestandsmarkt befindlichen Arzneimittel keine verfassungsrechtlich geschützte absolute Rechtsposition haben. Auch dieser Bereich muss der Rechtsetzung und den rechtlichen Veränderungen der Rahmenbedingungen zugänglich sein. Wir dürfen aber nicht willkürlich handeln: Das erfordert, dass aufgrund transparenter, nachvollziehbarer, allgemein verbindlicher und schließlich auch gemeinwohldienlicher Kriterien ein Maßstab gefunden werden muss, in welcher Form man hier eingreifen kann.

„Ich bin ein unverbesserlicher Optimist: Man kann sicher bestimmte Prozesse etwas beschleunigen.“

Dieser Maßstab beginnt bei der Frage, welche Detailmärkte in welcher Reihenfolge aufgerufen werden?

Ich sage noch einmal: Die entscheidende Frage, die die Gerichte auch prüfen würden, ist diejenige, ob der G-BA willkürfrei bestimmte Arzneimittel aufgerufen hat oder nicht. Hier ist die Methodologie der entscheidende Punkt.

Was ist mit dem derzeit aufgerufenen Markt der Glinide?

Man muss abwarten, wie die gerichtlichen Entscheidungen dazu ausfallen. Dennoch muss man für die weiteren Bestandsmarktentscheidungen ein adäquates Raster finden. Die Entscheidung ist getroffen und richtig. Ich halte diesen Aufruf im Bestandsmarkt für ein adäquates Mittel. Hätte man diesen Markt nicht aufgerufen, würde zu Recht die Frage gestellt werden, wieso in einem bestimmten Bereich bei neuen Arzneimitteln ein anderer Maßstab angelegt wird als bei schon im Markt befindlichen.

Ist es denkbar, quasi in einer Art von Rundumschlag, beispielsweise die Blockbuster auszugreifen?

Nein, ich wiederhole es zum dritten Mal: Die entscheidende Frage, die die Gerichte auch prüfen würden, ist diejenige, ob der G-BA willkürfrei bestimmte Arzneimittel aufgerufen hat oder nicht. Hier ist die Methodologie der entscheidende Punkt.

Wie könnten denn eine solche Methodologie aussehen?

Ich habe eine Vorstellung davon, die ich Ihnen aber sicher nicht heute zur Veröffentlichung in einer von mir sehr geschätzten Publikation preisgeben werde. Man wird aber mit Sicherheit auf ein Mischverfahren kommen müssen, in dem zum einen die Umsatzrelevanz der Arzneimittel, zum anderen die Patentlaufzeiten in unterschiedlichen Gewichtungsfaktoren betrachtet werden. Doch das sind Entscheidungen, die im Gemeinsamen Bundesausschuss von den Trägerorganisationen und den dort stimmberechtigten Personen getroffen werden. Ich weiß, dass es unterschiedliche Vorstellungen zwischen den einzelnen Trägerorganisationen gibt; ich weiß aber auch, dass es viele ähnlich rechtsbegabte und vernunftbegabte Leute gibt, die sich mit dieser Frage befassen.

Wie stehen Sie zur Pharmaindustrie?

Jeder hat seine Rolle wahrzunehmen. Aus meiner Sicht wird die Industrie weder bei der frühen Nutzenbewertung noch bei der gesamten Kosten-Nutzen-Bewertung irgendwann in den Zustand „einer echten Liebe“ zum G-BA eintreten. Doch manchmal gibt es auch Zweckehehen, die am Ende, wenn auch nicht glücklich, so doch in einiger Harmonie laufen können, wenn die Rahmenbedingungen klar sind und Jeder weiß, wo seine Grenzen sind.

Das wird dann wohl eine Ehe sein, die nur zu oft vor den Kadi ziehen wird.

Es ist nachvollziehbar, dass die pharmazeutische Industrie bei allen möglichen Sachverhalten Klagen einreichen wird, schließlich geht es häufig um sehr umsatzrelevante Entscheidungen. Das soll aber die Zusammenarbeit nicht belasten. Wichtig ist, dass alle daran interessiert sind, ein vernünftiges und geordnetes Verfahren mit klaren Rahmenbedingungen zu schaffen. Und dazu gehört eben auch die Frage der Maßstäbe, die an die zweckmäßige Vergleichstherapie angelegt werden. Vor dem Hintergrund muss das, was Dr. Hess schon vor Monaten angekündigt hat, entsprechend entschieden werden.

Dr. Hess hatte schon am 18. März zugesagt, dass die Vergleichstherapie schriftlich begründet werden sollte.

Dr. Hess sah darin aus meiner Sicht zu Recht ein sehr wichtiges Präzisierungsfeld. Die Vergleichstherapie wurde in den Niederschriften zu den vertraulichen Beratungsgesprächen schon immer schriftlich begründet. Seit jüngerer Zeit werden zudem die Evidenzrecherchen und die Übersicht der für die Beratung herangezogenen Literatur nach dem Beratungsgespräch zur Verfügung gestellt. Für die Wirkstoffe im Bewertungsverfahren werden vor der finalen Beschlussfassung im Zuge der Veröffentlichung der Nutzenbewertung und der Dossiers diese Dokumente auf der Internetseite des G-BA zur Verfügung gestellt.

Ein weiteres wichtiges Thema sind DMP, die laut Dr. Hess - wie er auf dem letzten MVF-Kongress erklärte - künftig vom indikationsbezogenen zum multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Ansatz weiterentwickelt werden sollen. Haben Sie entsprechende Zielvorstellungen?

Ich bin aus BVA-Zeiten durchaus mit DMP vertraut. Die sektorenübergreifende und multiprofessionelle Komponente liegt mir auch am Herzen. DMP sind ja kein Selbstzweck, sondern strukturierte Versorgung. Was mich etwas nachdenklich gemacht hat, sind fehlende Datenbasen an den Schnittstellen der Versorgung. Die Kernfrage wird es sein, wie es der G-BA schaffen kann, eine sektorenübergreifende Datenbasis zu erschließen, die wichtige Entscheidungen erst ermöglichen wird.

Das liegt auch der Versorgungsforschung am Herzen.

Deshalb sage ich das ja auch an dieser Stelle. Das Thema wird in einem eigenen Unterausschuss diskutiert werden, dafür ist der bisher zuständige Unterausschuss „Sektorenübergreifende Versorgung“ in einen Teil „116b“ und einen Part „DMP“ aufgeteilt worden. Letzterer wird den Vorteil haben, dass er weniger von einem Gegeneinander geprägt sein wird, sondern von dem gemeinsamen Interesse aller Bänke an dieser Versorgung.

Der Leitung des Unterausschusses „Sektorenübergreifende Versorgung“ kann man schon heute zu ihrer Aufgabe gratulieren. In diesem Unterausschuss gibt es seit 2010 den wunderbaren Arbeitskreis „Erneuerte Evaluation DMP“ kurz eEDMP. Der ist seit 2010 nicht mehr zusammengetreten, weil er darauf wartet, dass der G-BA einen entsprechenden Beschluss fasst.

Es ist ein Handlungsauftrag an den neuen Ausschuss, nach neuen, einer strukturierten Versorgung zugänglichen Feldern zu suchen. Das betrifft sowohl die Daten, die Evaluation als auch neue DMP-Indikationen. Die Krankheiten zu identifizieren, ist relativ einfach. Die größten Bedarfe haben wir bei der Strukturierung. Strukturierung bedeutet für mich aber nicht, in die Geheimnisse des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses einzugreifen, sondern eine reale Bedarfsplanung zu generieren. Wie will man beispielsweise Bedarfe in der Psychotherapie beschreiben, wenn

man noch nicht einmal weiß, welche Behandlungsangebote, unterschiedliche Schulen oder unterschiedliche Ansätze es überhaupt gibt? Auch hier ist aus meiner Sicht eine strukturierte Herangehensweise in Gestalt eines DMP enorm wichtig. Die spannende Frage lautet, wie die bestehenden DMP weiterentwickelt werden können und wo man die nötigen Daten hernehmen kann, um DMP system- und sektorenübergreifend zu gestalten.

Versorgungs- und Ergebnisqualitäten zu definieren, ist sicher der richtigere Ansatz, als das Ganze mehr oder weniger dem Zufall zu überlassen.

Den Erfolg wird man erst dann messen können, wenn eine komplette Behandlungskette und auch die Zugangsgerechtigkeit zu einem System einer Auswertung zugänglich ist. Denn vielleicht sterben ja 5.000 Patienten vor der Krankenhausaufnahme, während die drei, die bereits stationär versorgt wurden, zu 100 Prozent austherapiert worden sind. Die Sterbequote läge trotzdem noch bei 99,9 Prozent!

Aber alle reden von Versorgungsqualität.

Wir messen im Prinzip nur die Prozessqualität. Wenn ein Arzt 25 Formulare ausgefüllt hat, wird dessen Arbeit schon gut sein. Wenn er bestimmte Labortechnik zur Verfügung hat, ebenso. Natürlich kann man mit Formularen Versorgungsqualität verbessern, weil bestimmte Mindeststandards gesichert werden. Nur sind diese nicht das Maß aller Dinge. Entscheidend ist nun einmal, was am Ende der Kette rauskommt: Funktionieren die Übergänge, die nachgelagerten Reha-Maßnahmen, was ist der Output? Sinnvoller ist es, statt Prozess- künftig die Ergebnisqualität zu messen. Das steht ja auch im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrats, das ich mit Vergnügen gelesen habe.

Gehen wir kurz zur Evaluation von DMP zurück. Zumindest haben sich ein paar Krankenkassen zusammengetan und wollen Daten zusammenlegen, doch im Endeffekt müssen Daten sektorenübergreifend evaluiert werden können, was die Datenstämme der Ärzteschaft und der Krankenhäuser einbezieht. Wie überzeugen Sie alle Akteure, die nötige Daten nicht liefern wollen?

Bis zum August können alle Akteure ihre Stellungnahmen abgeben. Wenn danach der eine oder andere weiterhin in seiner Verweigerungshaltung verharrt, wird das zur Konsequenz haben, dass die Diskussionen anders geführt werden müssen. Es wird auf Dauer nicht gelingen, dass bestimmte Versorger ihre Daten nicht preisgeben wollen. Wenn die Bewertungen der Fachgesellschaften so ausfallen, wie ich es mir erhoffe, wird eine Ergebnisqualität zutage treten, die es jedem schwer macht, sich länger zu verweigern.

Welche Problemfelder sehen Sie in Zukunft für DMP?

Ein anderes Thema, das sehr brisant werden kann, ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss gezwungen ist, bei DMP künftig Verwaltungskosten und Vollzugaufwand auszuweisen. Denn ein wesentlicher Bestandteil der DMP ist ja nach wie vor auch die Dokumentation. Da es hier aber auch um den Erkenntnisgewinn für die Versorgungsforschung geht, ist die Dokumentation und der lückenlose Nachweis bestimmter Leistungen Teil der Gesamtaufgabe. Dies im Kontext des Vollzugaufwandes adäquat zu erfassen, wird sicher spannend.

Herr Hecken, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

INSIGHT Health zur Antidementivversorgung in Deutschland

Alzheimer - ein Vergleich zwischen 60 Regionen

In der medikamentösen Therapie der Alzheimer-Erkrankung gab es in den letzten Jahren trotz zahlreicher Forschungserfolge für die Patienten (noch) keine spürbaren Fortschritte in der zugelassenen Arzneimitteltherapie. Dabei ist der Bedarf an verbesserten Therapieoptionen immens. In Deutschland leiden nach aktuellen Zahlen des Demenz-Reports 2012 vermutlich rund 1,3 Millionen Menschen an dieser Erkrankung. Nachfolgende Analysen geben Einblick in die ambulante Versorgungsrealität mit Antidementiva.

>> Die zunehmende Bedeutung der Demenz für unser Gesundheitssystem ist evident. So lautet beispielsweise ein Kernsatz des aktuell erschienenen Demenz-Reports 2012 des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung: „Je fortgeschrittener das Alter, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken. [...] Rund ein Drittel der Menschen über 90 Jahren hat eine demenzielle Erkrankung.“ Angesichts der demografischen Entwicklung wird demnach die Anzahl dementer Patienten zukünftig noch erheblich steigen.

Für die Behandlung der Alzheimer-Demenz sind derzeit in Deutschland die Cholinesterasehemmer Donepezil, Rivastigmin und Galantamin für die leichte und mittelschwere Alzheimer-Demenz sowie der NMDA-(N-Methyl-D-Aspartat-)Antagonist Memantin für die moderate und schwere Form der Krankheit zugelassen. Der Patentschutz einiger dieser Anti-Alzheimer-Präparate lief in den letzten Monaten aus, ganz aktuell zum 31.07.2012 auch Rivastigmin (Quelle: SHARK-Patentdatenbank, INSIGHT Health).

80 Mio. DDD Antidementiva

In Deutschland wurden 2011 im ambulanten Sektor rund 1,3 Mio. Packungen Antidementiva an GKV-Versicherte verordnet. Dies entspricht rund 80,2 Mio. Tagestherapiedosen (Defined Daily Doses - DDD) mit Arzneimittelausgaben (bewertet zu Apothekenverkaufspreisen ohne Abzug von Rabatten und Zuzahlungen) in Höhe von 327 Mio. Euro. Eine Tagestherapiedosis kostete damit im Schnitt 4,08 Euro. Im Vorjahr lagen die durchschnittlichen Preise je DDD mit 4,24 Euro noch um 16 Cent höher (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Aufgrund des Markteintritts generischer Angebote und der einsetzenden Rabattverträge dürften die effektiven Einsparungen auf Seite der Kostenträger jedoch 2012 deutlich stärker ausfallen, wozu allerdings aufgrund der vertraulichen Rabatthöhen der Verträge nach § 130a Abs. 8 SGB V keine Quantifizierung gemacht werden kann.

43% der Patienten erhalten weniger als 183 DDD p.a.

Rein rechnerisch ergeben sich unter der Annahme einer kontinuierlichen Medikation und einer gegebenen Therapiecompliance jährliche Arzneimittelkosten von knapp 1.500 Euro je Patient. Jedoch werden viele Erkrankte nicht oder nicht kontinuierlich mit Antidementiva behandelt.

So erhalten nur wenige Patienten im Versorgungsalltag eine kontinuierliche Arzneimitteltherapie mit Antidementiva, wie eine Analyse von INSIGHT Health zeigt. Rund 43 Prozent der medikamentös therapierten Patienten erhalten weniger als 183 DDD p.a. verordnet. Die Gründe hierfür sind vielfältig, wie mangelnde Compliance der Patienten, bewusste Verschreibung geringerer Tagestherapiedosen, Therapieabbrüche aufgrund von Unverträglichkeit, Unwirksamkeit oder bei multimorbiden Patienten aufgrund der Gefahren einer Polymedikation. Ca. 21 Prozent der Patienten erhalten mindestens 365 Tagestherapiedosen p.a. (Quelle: Patienten Tracking, INSIGHT Health).

Therapieumstellungen auf neu verfügbare und vor allem rabattierte Generika verschärfen die Problematik der Compliance eventuell noch. So wird u. a. darauf hingewiesen, dass eine Substitution bei einer Antidementiva-Therapie aufgrund der spezifischen Krankheits-symptomatik eher kritisch zu bewerten ist, da einige Demenz-Patienten die Einnahme eines anders aussehenden Medikaments verweigern.

Ost-West-Gefälle

Eine aktuelle Analyse auf Basis der Datenbank regioMA gibt Auskunft zu regionalen Besonderheiten in der ambulanten Arzneimittelversorgung mit Antidementiva. Die Daten basieren auf einer Erhebung von über 99 Prozent der über Apothekenrechenzentren abgerechneten GKV-Rezepte und stellen damit ein valides Abbild der ambulanten GKV-Versorgungsrealität dar. Die Datenbank gibt zu 60 Regionen dezidiert regionale Versor-

gungskennziffern wieder. Die Regionen sind dabei bestmöglich an der offiziellen Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen (17-KV-Regionen und 63 KV-Bezirke) ausgerichtet. Die 17 KV-Regionen werden 1:1 abgebildet. Von den insgesamt 63 KV-Bezirken haben drei Bezirke weniger als 300.000 Einwohner. Diese werden aus datenschutzrechtlichen Gründen mit einem Nachbarbezirk aus der gleichen KV-Region zusammengefasst. Zudem ermöglicht die Datenbank Analysen von verordneten Tagestherapiedosen (DDD). INSIGHT Health bestimmt monatlich pro Pharmazentralnummer (PZN) die Faktoren zur Ermittlung der Tagestherapiedosen aufgrund der DDD-Definition (WHO/WiDo) in Abstimmung mit dem IGES Institut, Berlin. Die Kennziffer „DDD je Versicherten“ wird unter Zuhilfenahme der GKV-Versichertenzahlen bestimmt. Die Versichertenzahlen der 60 KV-Bezirke werden auf Basis der KM6-Statistik des Bundes sowie der Einwohnerzahlen nach DeStatis bestimmt.

Wie sich in den Analysen zeigt, werden innerhalb der GKV aktuell (Stand: Jahreswerte 2011) rund 1,1 Tagestherapiedosen Antidementiva je Versicherten abgerechnet. Vor allem in den neuen Bundesländern werden besonders viele DDD je Versicherte verordnet. Spitzenreiter ist der KV-Bezirk Dresden mit knapp 2 DDD je Versicherten. Eine Ausnahme im Osten bildet lediglich der KV-Bezirk Berlin (0,9). Im Westen ergibt sich ein umgekehrtes Bild. Hier sind mit wenigen Ausnahmen die verordneten DDD-Kennziffern eher unterdurchschnittlich. Auffällig sind hier die Regionen Marburg (1,5), Lüneburg (1,4) sowie linker Niederrhein, Unterfranken und das Saarland (je 1,3), die über dem Bundesdurchschnitt liegen. Die mit Abstand niedrigsten Werte werden in Bremen verzeichnet (0,3), gefolgt von Stade und Oldenburg (je 0,7). Überwiegend sind es die Regionen aus dem Norden, die sich durch eine besonders niedrige Verordnungsdichte auszeichnen (vgl. Abb. 1).

Bereits in den Jahren 2008 und 2009 hat INSIGHT Health Analysen zur ambulanten Versorgungssituation im Bereich der Antidementiva vorgelegt, in der sich vergleichbare

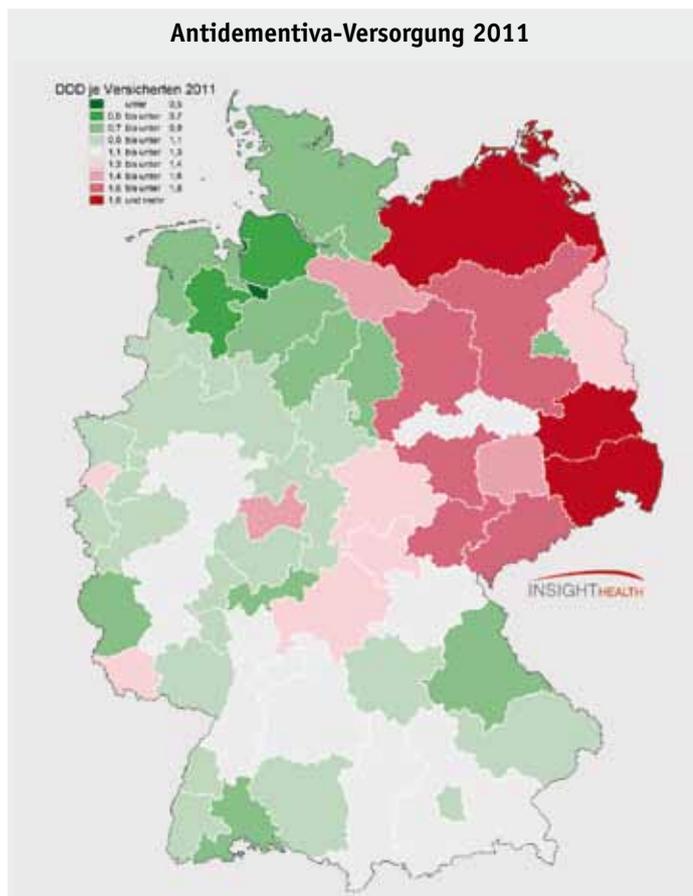


Abb. 1: Tagestherapiedosen (DDD) je GKV-Versicherten nach KV-Bezirken 2011; Quelle: regioMA (INSIGHT Health).

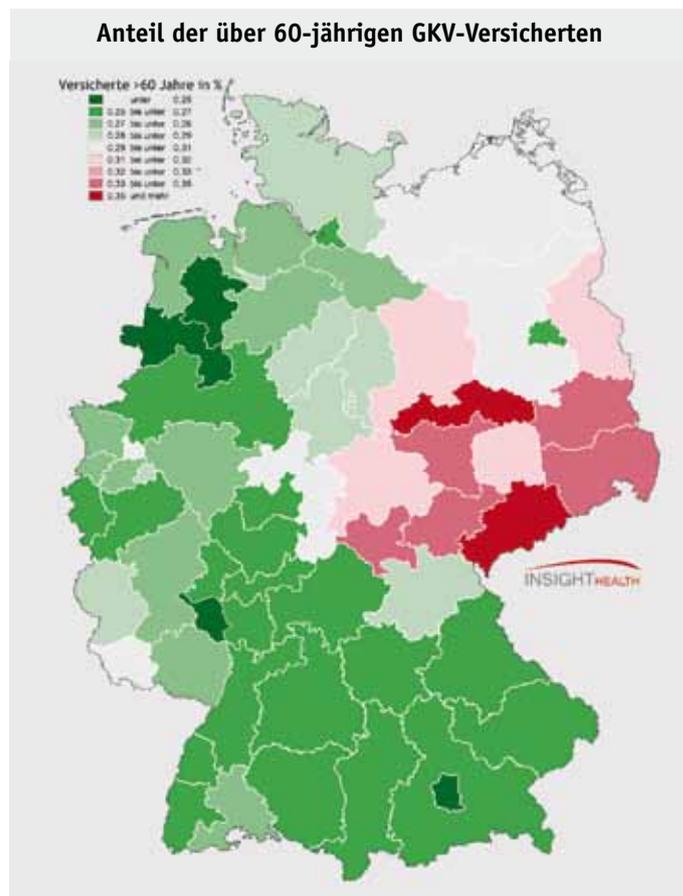


Abb. 2: Anteil der über 60-jährigen GKV-Versicherten nach KV-Bezirken; Quelle: KM6-Statistik sowie Berechnungen von INSIGHT Health.

regionalisierte Ergebnisse zum Ost-West-, Nord-Süd- und Stadt-Land-Gefälle auf Ebene der 17 KV-Regionen ergaben (vgl. die Beiträge im MVF 03/2008 sowie 05/2009).

Stadt-Land-Gefälle

Regionalisierte Arzneimittelverbrauchsdaten zu Antidementiva wurden auch dazu verwendet, den Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte (Einwohner je Quadratmeter; Stand: 31.12.2010) und verordneten DDD je Versicherten 2011 auf Basis der 60 KV-Bezirke zu analysieren. Die Bevölkerungsdichte diente dabei als Maß der Urbanität (Stadt vs. Land). Im Ergebnis ergab sich hier ein tendenziell negativer Zusammenhang ($r=-0,22$), der jedoch das Signifikanzniveau verfehlte.

Eine Studie von Bohlken, Selke und van den Bussche auf Basis der GAMSI-Daten kam 2011 zu einem ähnlichen Ergebnis: Die medikamentöse Versorgung mit Antidementiva ist in Flächenstaaten (Brandenburg und Niedersachsen) intensiver als in Stadtstaaten (Hamburg und Berlin). Beide Studien widerlegen damit tendenziell die These, dass auf dem Land von einem niedrigeren Versorgungsgrad bei Patienten mit Demenz auszugehen ist.

Korrelation mit Altenquote

Als ein Prädiktor für die erhöhten Werte in

den östlichen Bundesländern kann u. a. das höhere Durchschnittsalter der dort lebenden Bevölkerung resp. die Altenquote herangezogen werden. Das Alter gilt als zentrales Korrelat der Demenz (vgl. Demenz-Report 2012). Die Altenquote wird in der vorliegenden Studie operationalisiert als der Anteil der über 60-Jährigen an den GKV-Versicherten.

Bundesweit sind 28 Prozent der GKV-Versicherten älter als 60 Jahre. In den ostdeutschen Bundesländern liegt der Anteil über 60-Jähriger bereits bei 33 Prozent. Da die Demenz alterskorreliert ist, überraschen die dargestellten Ergebnisse deshalb nur zum Teil:

Auf Ebene der 60 KV-Bezirke korrelieren die Größen DDD je Versicherten und Alter (operationalisiert über den Anteil über 60-jähriger Menschen an den GKV-Versicherten) hoch signifikant ($r=0,72$). Abbildung 2 zeigt, dass der Anteil der Älteren an der GKV-Versichertenpopulation in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen besonders hoch ist (z. B. Bezirk Chemnitz mit 36 Prozent, Dessau 35 Prozent, Gera 34 Prozent). Dort sind auch Versorgungsschwerpunkte für Antidementiva zu verzeichnen. In Stadtstaaten und Metropolen ist dieser Anteil geringer. Gleichwohl kann das Alter alleine die regionalen Unterschiede nicht erklären. Dies haben auch Bohlken, Selke und van den Bussche 2011 konstatiert. Weitere Einflussfaktoren könnten neben der Altenquote u. a. auch Unterschiede hinsichtlich der Ein-

stellung zur Antidementiva-Therapie zwischen den Vertragsärzten (Stadt vs. Land; Ost vs. West), Spezialisierung der Ärzte, Pharmavertrieb und Vorgaben der KVen sein.

In Mecklenburg-Vorpommern greift der Erklärungsansatz der Altenquote zu kurz. Hier sind die Versorgungskennziffern zu Antidementiva zwar stark erhöht (1,9 DDD je Versicherten), jedoch ist der Anteil der Älteren in dieser Regionen nur leicht überdurchschnittlich (31 Prozent). Allerdings ist Mecklenburg-Vorpommern ein Flächenland mit einer der niedrigsten Bevölkerungsdichten.

Fazit

Die vorgestellten Ergebnisse erlauben ein selektives Abbild der Ist-Situation der Arzneimitteltherapie mit Antidementiva. Die Versorgung von Demenzerkrankten in Deutschland ist dabei multifaktoriell bedingt. Regionale Variationen sind äußerst spannend und nicht allein auf Basis einzelner Faktoren zu erklären. Da die skizzierten Ergebnisse auf Basis aggregierter Verordnungsdaten bestimmt wurden, sind Implikationen für die Versorgungspraxis zudem mit der gebotenen Vorsicht abzuleiten. So sind höhere Verordnungskennziffern keinesfalls mit einer besseren Versorgungsqualität gleichzusetzen. <<

von:

Christian Bensing / Dr. André Kleinfeld*

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

Interview mit Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Leiter der Pilotstudie zur „Conjoint Analyse“ im Auftrag des IQWiG

„Suche nach dem Maß des Gesamtnutzens“

Knapp zwei Jahre arbeitete das IQWiG gemeinsam mit nationalen und internationalen Experten an einer Methode für die Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Methode ist die Analyse der Effizienzgrenze, die - so der damalige Institutsleiter Prof. Dr. Peter T. Sawicki - „für die deutschen Rahmenbedingungen am besten geeignete Methode“ sei. Doch genau die stieß bei der Vorstellung des Methodenpapiers im Oktober 2009 auf harsche Kritik: 29 führende deutsche GesundheitsökonomInnen lehnten damals den Vorschlag des IQWiG als „wissenschaftlich unhaltbar“ und „normativ nicht begründet“ ab. „Nirgendwo in dem Methodenpapier ist ein Algorithmus beschrieben, wie ein Summenparameter berechnet wird, durch den die Gewichtung von Nutzen und Schaden vorgenommen wird“, kritisierte damals Prof. Dr. med. Jürgen Fritze, leitender Verbandsarzt beim PKV-Verband. Dieses Manko ging das Institut mit zwei Generalaufträgen in Form von Pilotstudien an, mit einer „Conjoint Analyse“ (CA) in der Indikation Hepatitis C sowie einem „Analytic Hierarchy Process“ (AHP) in der Indikation Major Depression - leider in zwei unterschiedlichen Indikationsgebieten, so dass der direkte Vergleich nicht möglich ist. Das Ziel, das nun dennoch zum Greifen nahe scheint: Verfahren wissenschaftlich zu beschreiben, die es ermöglichen, einen kardinalen Nutzenwert zu beschreiben, mit dessen Hilfe alle denkbaren Therapiealternativen in einem Indikationsgebiet über alle relevanten Endpunkte hinweg verglichen werden können. Mit dem Leiter der „Conjoint Analyse“-Pilotstudie, Prof. Dr. Axel Mühlbacher (Hochschule Neubrandenburg, IGM Institut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement sowie Mitgründer der Gesellschaft für empirische Beratung mbH), sprach „Monitor Versorgungsforschung“.

>> Herr Prof. Mühlbacher, die Ausgangslage, warum das IQWiG überhaupt in der Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen sowie der dafür nötigen Analyse der Effizienzgrenze einen deutschen Weg, der oft als deutscher Sonderweg abgetan wurde, ging, war darin begründet, dass das Institut die vor allem im angelsächsischen Bereich vorherrschende QALY-Systematik nicht einfach übernehmen wollte.

Der QALY wurde damals vor allem aus ethischen Gründen abgelehnt. Das Konzept wird aber durchaus auch aus methodischen Gründen in Frage gestellt. Die Vorteile des QALY-Konzeptes sind zum einen die vordergründige Plausibilität und zum anderen der breite internationale Erfahrungsschatz. Man bewertet Gesundheitstechnologien unter der Annahme, dass der Patientennutzen durch die Lebenslänge und die Lebensqualität abgebildet werden kann. Bewertungskriterien, welche in klinischen Studien berücksichtigt werden, bleiben außen vor. Konkreter: Studien, welche für die Preisfestsetzung mit Hilfe der Kosten-Nutzen-Bewertung herangezogen werden, haben keinen konkreten Bezug zu Studien, welche für die Zulassung, also der Dokumentation des Nutzen-Risiko- bzw. Nutzen-Schaden-Verhältnisses durchgeführt werden. Beide Studienansätze sind zudem in unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen angelegt. Die Ökonomen und Psychologen dokumentieren den Nutzen einer Gesundheitstechnologie durch die Lebensqualität bzw. die lebensqualitätsbereinigten Lebensjahre, und die Mediziner konkretisieren den medizinischen Nutzen anhand patientenrelevanter Endpunkte bzw. klinischer Effektmaße. Die dazu notwendigen Studiendesigns laufen parallel und bauen nicht aufeinander auf.

Das macht nun die Effizienzgrenze anders.

Stimmt. Mit der Effizienzgrenze, wenn sie denn ein theoretisches Fundament hat, wäre ein Instrumentarium geschaffen, das die Ergebnisse klinischer Studien berücksichtigt bzw. patientenrelevante Endpunkte in eine Nutzenbewertung überführt. Will man die Kosten-Nutzen-Bewertung auf den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin aufbauen, d.h. medizinische und ökonomische Studien durchgängig gestalten, dann ist die Logik der Effizienzgrenze ein zukunftsweisender Ansatz.

Nehmen wir einmal an, in einer klinischen Studie wird das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer bestimmten Technologie beleuchtet...

... dann wäre es mit der Effizienzgrenze theoretisch denkbar, auf

Basis der klinischen Effekte und der Nebenwirkungen eine ökonomische Nutzenbewertung durchzuführen, also das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu bestimmen. Nach der Zulassung könnte der Entscheidungsträger die Preise von Gesundheitstechnologien auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin diskutieren.

Die Einführung der Effizienzgrenzen war bekanntlich 2009 nicht gerade mit Fortune gekrönt. Dennoch scheint sie eine rationale, verlässliche und auch nachvollziehbare Art und Weise zu sein, mit der man Nutzen-Kosten-Bewertungen durchführen könnte.

Die Effizienzgrenze wäre dann rational, verlässlich und nachvollziehbar einsetzbar, wenn die Methode der Nutzenbewertung wissenschaftlichen Ansprüchen genügt. Die Kritiker der Methodenpapiere sahen hier berechtigterweise noch Ergänzungsbedarf. Dem IQWiG muss man aber zu Gute halten, dass die Fragen, mit denen wir uns heute beschäftigen, erst durch dieses Methodenpapier aufgeworfen worden sind.

Die erste Frage war sicher, welche Endpunkte überhaupt genutzt werden können, um Effizienzgrenzen zu berechnen.

Ja. Zu Beginn jeder Bewertung muss man sich für bestimmte Bewertungskriterien entscheiden. In diesem Fall patientenrelevante Endpunkte, was gewiss keine triviale Frage ist und erheblichen Einfluss auf das Ergebnis hat. Noch wichtiger ist allerdings die Frage, wie diese Endpunkte letztendlich bei der Bewertung des Nutzens gewichtet werden. Die große Lücke im Methodenpapier war die Aggregation von unterschiedlichen Endpunkten - also die Berechnung des Gesamtnutzens. Dieser Gesamtnutzen sollte auch der Entscheidung des G-BA zugrunde liegen. Die Gretchenfrage lautet: Gibt es eine Rationale, welche die zu betrachtenden klinischen Effekte, mit den von ihnen generierten Patientennutzen in Beziehung setzt? Und das nicht nur pro Endpunkt, sondern auch bei mehreren Endpunkten, welche sich ja durchaus auch widersprechen können.

Gesamtnutzen heißt, man nimmt alle Effektparameter über alle Endpunkte ...

... und generiert daraus einen Nutzenwert, mit dessen Hilfe alle denkbaren Therapiealternativen in einem Indikationsgebiet über alle relevanten Endpunkte verglichen werden. Damit könnte dann eine Ko-

sten-Nutzen-Bewertung durchgeführt werden. Wir dokumentieren also den Gesamtnutzen anhand der zugrundeliegenden klinischen Evidenz.

Wird hier bereits eine Vergleichsgröße diskutiert, die einen Vergleich über alle Indikationen ermöglicht?

Noch nicht. Der Patientennutzen muss in Deutschland immer nur in einem bestimmten Indikationsgebiet verglichen werden. Für die Pilotprojekte hat dies die Aufgabe vereinfacht. Insofern bedurfte das Maß des Gesamtnutzens keiner indikationsübergreifenden Nutzendimension, sondern nur eines dimensionslosen Nutzenscores oder -index.

Wobei genau gegen diese indikationsspezifische Bewertung die Ökonomen geradezu Amok gelaufen sind.

Verständlich. Aus der Perspektive des Ökonomen wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt, wenn Informationen über die optimale Allokation generiert werden sollen. Wenn man nun den Bewertungsrahmen der Effizienzgrenzen einsetzt, um eine indikationsspezifische Entscheidung zu treffen, dann ist das ein Schritt in die richtige Richtung. Aus der Perspektive der Ökonomie ist das aber noch nicht der finale Schritt.

Der finale Schritt wäre der indikationsübergreifende Vergleich.

Die derzeitige Interpretation des SGB V lässt diesen Schritt so nicht zu. Losgelöst von der politischen Debatte ist mit unserem Methodenansatz der indikationsübergreifende Vergleich möglich, d.h. eine optimale Entscheidung über alle Interventionen im Gesundheitswesen durchführbar. Das bedingt aber, dass man sich auf eine Nutzendimension bzw. auf ein Maß des Gesamtnutzens einigt, welcher über alle Alternativen im Gesundheitswesen erhoben werden kann.

Das ist möglich?

Durchaus. Namhafte Ökonomen diskutieren seit längerem monetäre Äquivalente als einen Lösungsansatz. Wem dies zu weit geht, der könnte eventuell auf das Äquivalent gesunder Lebensjahre zurückgreifen. Ich bin optimistisch, dass wir auch im Rahmen der Präferenzmessung zukünftig Methodenansätze diskutieren, welche eine indikationsübergreifende Bewertung von Technologien mit der Effizienzgrenze erlauben. Dies wird aber nur dann geschehen, wenn die Entscheidungsträger danach verlangen. Zudem würde dies die offene Frage der Extrapolation im Rahmen der Effizienzgrenze weiter vorantreiben.

Hätte dies das IQWiG vor der Veröffentlichung des Methodenpapiers wissen müssen oder kann man die Diskussion eigentlich nur auf Basis dieses Methodenpapiers führen?

Wenn man fair ist: Letzteres. Ein erstes Methodenpapier abseits des Mainstreams zu veröffentlichen, war ein sehr mutiger Akt. Vor allem auch deshalb, weil es nationale und internationale Experten gibt, welche sich hervorragend mit den traditionellen Methoden auskennen, während es mit der Effizienzgrenze so gut wie keine praktischen Erfahrungen gab. Die Effizienzgrenze gibt einen Rahmen für interessante Methoden der Nutzenbewertung, wie die Discrete-Choice-Analyse oder das Best-Worst-Scaling. Ich bin überzeugt, dass wir parallel in den nächsten vier bis fünf



Jahren sehr spannende alternative Ansätze der Nutzenmessung haben werden.

Warum erst in den nächsten vier bis fünf Jahren?

Zum einen wäre es notwendig, die ökonomischen Grundlagen der Effizienzgrenze noch genauer zu betrachten bzw. zu diskutieren. Bei der Nutzenbewertung kommt es jetzt darauf an, dass wir die Übertragung der klinischen Evidenz in die ökonomischen Modelle der Nutzenbewertung besser verstehen. Zum anderen braucht es sicherlich Zeit, sich mit dem einen oder anderen Vorschlag zur Ermittlung eines endpunkt-basierten Nutzenwertes kritisch auseinander zu setzen. Wir haben das Pilotprojekt ja gerade erst fertig gestellt.

Damit kann die Diskussion wieder beginnen, wie damals bei der Vorstellung der Effizienzgrenze.

Kritische Diskussionen sind sicher nicht immer schön, sie sind aber notwendig, um den Weg weiter erfolgreich fortsetzen zu können. Ein bisschen provokativ formuliert, hatten die QALY-Experten 25 Jahre Zeit, ihre theoretischen und methodischen Probleme zu lösen. Geben wir also der Effizienzgrenze und der multiattributiven Nutzenanalyse auch ein bisschen Zeit.

Solange jedoch das Modell nicht in der Praxis eingesetzt wird...

... ich weiß. Solange haben die QALY-Befürworter noch die schlagkräftigeren Argumente. Doch ich glaube fest daran: Das Interesse des IQWiG und des G-BA vorausgesetzt, ist die oben diskutierte Problematik der Effizienzgrenze mit Hilfe von Präferenzstudien lösbar. Das haben wir im IQWiG-Pilotprojekt versucht aufzuzeigen.

Wenn das IQWiG die Pilotstudien veröffentlichen würde.

Ich halte die Veröffentlichung und die Diskussion für wichtig. Ich kann mir einfach nicht vorstellen, wie wir in Deutschland ohne Kosten-Nutzen-Bewertung auskommen wollten. Das AMNOG hat jetzt zwar erst einmal den Druck heraus genommen. Doch mittelfristig wird die Kosten-Nutzen-Bewertung auch in Deutschland wieder diskutiert werden. Das hängt jedoch auch von künftigen politischen Konstellationen ab. So ist es nach der nächsten Bundestagswahl sicherlich denkbar, dass neben der Finanzierungsdebatte auch die Kosten-Nutzen Bewertung wieder in den Fokus rücken könnte.

Nachdem aber nun der erste Bestandsmarkt aufgerufen worden ist, wird alleine schon deshalb das Thema Kosten-Nutzen-Bewertung wieder mehr in den Fokus rücken.

Denkbar ist das. Mit der erstmaligen Nutzenbewertung für Arzneimittel aus dem sogenannten Bestandsmarkt, die zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 zugelassen sind, gilt es die Wirkstoffe und die Wirkstoffkombinationen zu vergleichen. Auch hier muss der Gesamtnutzen der zur Verfügung stehenden Alternativen bestimmt werden.

Sind wir denn noch weit davon entfernt, alle notwendigen Informationen für eine Kosten-Nutzen-Bewertung aus dem Dossier abzuleiten?

Ich denke nicht. Neben der Benennung der zweckmäßigen Vergleichstherapie und dem therapeutischen bedeutsamen Zusatznutzen enthält

das Dossier heute schon die Kosten der Therapie für die GKV. Der Vorteil wäre, dass eine funktionierende Effizienzgrenze eine Rangreihung erlaubt, während dessen zum Beispiel die QALY-Systematik das „The winner takes it all“-Prinzip verfolgt. Was eben noch fehlt, ist eine Methode, die aus unterschiedlichen betrachteten Endpunkten einen patientenseitigen Gesamtnutzen aggregiert.

Das ist ein schrecklicher Begriff.

Wir haben noch keinen besseren gefunden. Ich würde es zukünftig gerne als endpunkt-basierten Nutzenscore oder -index bezeichnen. Doch wie immer man diese Aggregation von Endpunkten in eine einheitliche Kennzahl bezeichnet: Sie ist für die Entscheidungsfindung wichtig.

Was steht am Anfang?

Die Frage nach der Identifizierung von Endpunkten. Hier liegt es nahe, dass wir hier die Rolle der Patienten stärken. Warum nicht vor der klinischen Studienphase auch eine Präferenzstudie durchführen, um die Relevanz einzelner Bewertungskriterien aus der Perspektive der Patienten zu klären.

Was macht aus diesen Endpunkten denn nun patientenrelevante?

Eben diese Präferenzstudien. Über die Erhebung der Patientenpräferenzen finden wir heraus, welche Prioritäten Patienten wirklich haben. Wir können auch die gleiche Studie mit Experten durchführen und so Unterschiede bei der Bewertung von einzelnen Endpunkten aufzeigen. Diese Informationen könnten so eine weitere Perspektive - nämlich die der Patienten - in die wissenschaftliche Diskussion der jeweiligen Gremien einbringen. Grundlage des Patientennutzens sollten doch auch die Bewertungskriterien sein, welche der Patient für die Entscheidung heranziehen würde. Fehlt ein patientenrelevantes Bewertungskriterium, dann kann man doch nicht von einer Patientenorientierung oder einem Patientennutzen sprechen.

Die Identifizierung von Endpunkten ist sehr kritisch. Wer heute Studien für den AMNOG-Prozess macht, wird doch nur auf jene Endpunkte abstellen, die in klinischen Studien bereits gut dokumentiert und breit anerkannt sind.

Das ist ein wichtiger Punkt. Genau hier hatten wir am Anfang auch Probleme. Die Ausschreibung des IQWiG hieß ja: Identifizierung, Gewichtung und Priorisierung. Wenn man die Aufgabe ganz pragmatisch betrachtet, ging es nicht darum, einen neuen Endpunkt zu identifizieren, sondern die zu nehmen, welche in klinischen Studien bereits gut dokumentiert sind. Es ging also mehr um die Gewichtung unterschiedlicher Endpunkte und letztendlich um die Aggregation in ein einheitliches Maß des Gesamtnutzens. Damit wäre dann eine Priorisierung erst möglich.

Was für die Nutzen-Kosten-Bewertung als auch für die frühe Nutzenbewertung gilt.

Absolut. Es ist für mich nicht nachvollziehbar, warum der Nutzen einer Technologie bei der frühen Nutzenbewertung unterschiedlich abgeleitet werden sollte als bei der Berechnung einer Effizienzgrenze bzw. bei der Kosten-Nutzen-Bewertung.

Wer die bisherigen Beschlüsse der frühen Nutzenbewertung betrachtet, wird erkennen, dass eigentlich alle patientenrelevante Endpunkte negiert wurden, die nicht mit harten Endpunkten auf Studienbasis validiert worden sind. Die Frage lautet doch: Wie wichtig ist es dem System, was ihm der Patient rückspiegelt? Oder ist nur das wichtig, was das System

aus welchen Gründen auch immer als wichtig erachtet?

Grundlage der Entscheidung ist immer die evidenzbasierte Medizin. Da ich kein Mediziner bin, will ich mir kein Urteil zur Validität von Endpunkten oder Surrogatparametern erlauben. Für mich als Ökonom stellt sich aber folgende Frage: Sind Patienten bereit, zwischen unterschiedlichen Effekten einer Gesundheitstechnologie zu wählen? Konkret: Sind Patienten bereit, für ein Mehr an Wirkung auch ein höheres Risiko einzugehen? Oder: Würden Patienten auf gesunde Lebensjahre verzichten, um das Risiko eines Schadens durch Nebenwirkungen zu reduzieren? Beide Fragen sind relevant, sowohl für die Zulassung und die Preisfestsetzung.

Das sind harte Entscheidungen.

Das ist mir bewusst. Ebenso, dass die Prioritäten der Patienten von Experten nicht immer mitgetragen werden können. Doch wäre es falsch, wenn wir diese Prioritäten der Betroffenen bei der Zulassung und Preisfestsetzung nicht zum Gegenstand der Beratung machen würden. Es sollte klar sein, dass sowohl Patienten, aber auch Experten letztendlich subjektive Entscheidungen treffen. Wenn Patienten bestimmte Eigenschaften vorziehen, spricht dies doch erst einmal dafür, dass eine Technologie mit diesen Eigenschaften auch einen höheren Wertbeitrag, also Patientennutzen liefert.

Das wird bei IQWiG und G-BA derzeit nicht abgebildet.

Wenn die aktuellen Methoden diesen Wertbeitrag nicht abbilden können, müssen wir uns Gedanken machen, ob wohl etwas an den Patienten falsch ist oder an der Methode. Ich tippe auf die Methode.

Dann wird wohl der Spitzenverband Bund argumentieren: Das können Sie gerne machen, solange Sie das selbst, aber nicht das Solidarsystem zahlen.

Das ist eine spannende und berechtigte Frage. Spannend deshalb, da ich als Bürger meine Entscheidungsrechte an die zuständigen Entscheidungsgremien delegiere. Der Grund liegt in den Informationsasymmetrien zwischen betroffener Person und dem jeweiligen Experten. Ich delegiere aber unter der Annahme, dass mein Wohl als Patient und Versicherter die Handlungsmaxime beziehungsweise das Wertesystem der Entscheidungsträger bestimmt. Der Einwand ist berechtigt, da diese Problematik heftig diskutiert wird und wiederum jetzt die Bevölkerungsprioritäten eine Rolle bei der Entscheidung spielen sollten.

Wobei es ein Unterschied ist, ob man als Versicherter oder als Patient, noch dazu als chronischer denkt.

Exakt. Als Versicherter wünsche ich mir den optimalen Einsatz der knappen Ressourcen, als Patient den maximalen Nutzen aus der Therapie. Beide Anforderungen bedürfen der systematischen Nutzenbewertung beziehungsweise der Kosten-Nutzen-Bewertung. Aber ich kenne kein Argument, warum die Präferenzen der betroffenen Patienten nicht in die Entscheidung eingehen sollten. Dabei sollten wir nicht vergessen, dass wir über Präferenzen einer repräsentativen Gesamtheit sprechen, nicht über die Präferenzen einzelner Personen.

Sie sprechen hier auch die Legitimierung des G-BA an. Es ist sicher ein Unterschied, ob eine Legitimation auf Basis von Präferenzmessungen eines Patientenkollektivs dargestellt wird oder nur durch die Beauftragung seitens der Bundesregierung.

Ich gehe fest davon aus, dass der G-BA im Auftrag der Patienten und Versicherten handelt. Ist das nicht auch das Ziel der Regierung?

Deshalb gehe ich ebenso davon aus, dass zukünftig das Interesse an Studien über Patientenpräferenzen steigt. Gerade wenn diese Studien einige wesentliche Probleme der Effizienzgrenze bzw. der Nutzenbewertung lösen und damit die Patientenperspektive bei den Entscheidungen über die Zulassung und die Preisfestsetzung berücksichtigt werden kann.

Kommen wir zurück auf die Bestimmung des Patientennutzens. Sind die Endpunkte einmal identifiziert, müssen sie auch gewichtet werden.

Es ist offensichtlich, dass bei der Berücksichtigung von drei Endpunkten nicht unbedingt jeder Endpunkt mit einem Drittel in die Bewertung eingehen muss. Manche Endpunkte mögen wichtiger, manche unwichtiger sein. Die relative Wichtigkeit sollte ausschlaggebend für die Bewertung sein. Dazu muss man die Frage beantworten können, wie relevant ein Endpunkt im Vergleich mit den anderen Endpunkten ist. Das heißt aber auch: Wir brauchen eine Methode, welche uns ein relatives Gewicht für jeden der Endpunkte zur Verfügung stellt.

Da kann man sich vorstellen, dass es hier sicher endlose Diskussionen gab.

Das war gar nicht so schlimm, denn dafür gibt es wissenschaftlich mehr oder weniger valide Instrumente. Die gleichen Methoden werden zum Beispiel in der Umweltökonomie und den Verkehrswissenschaften eingesetzt, um die Präferenzen, respektive den Nutzen von Umweltmaßnahmen und Infrastrukturentscheidungen zu messen. Eine Gesundheitstechnologie, eine politische Reform oder eine medizinische Dienstleistung kann in die wesentlichen Eigenschaften heruntergebrochen werden. Ähnlich unserer tagtäglichen Entscheidungsprozesse sind diese Eigenschaften ausschlaggebend für die Wahl einer Alternative. In Experimenten können wir diese Entscheidungen reproduzieren und statistisch auswerten. Jede Alternative kann somit anhand der Realisation von unterschiedlichen Ausprägungen bewertet werden. Mit der Aggregation dieser Teilnutzen erhält man dann einen Nutzenwert, der es erlaubt, unterschiedliche Alternativen zu bewerten.

Das klingt dennoch ganz kompliziert ...

... ist aber im Endeffekt ganz einfach. Nehmen wir als Beispiel eine Entscheidung über ein Automobil. Eigenschaften eines Autos können die Motorleistung, die Anzahl der Sitze und die Ausstattung sein. Die Ausprägungen der Motorleistung können 100 PS, 200 PS und 400 PS sein. Anzahl der Sitze 2, 4 und 6, die Ausstattung kann das Autoradio, C-Wechsler oder ein komplettes Audiosystem mit Telefonanlage sein. Wenn es nun mit einer Studie gelingt, diesen Ausprägungen einen Wert zuzuordnen, dann kann man jeder denkbaren Kombination einen Gesamtnutzen zuordnen.

Funktioniert das auch im Bereich der Gesundheit?

Sicher. Die Endpunkte kennen wir aus den klinischen Studien. Das sind - übertragen formuliert - nichts anderes als die Eigenschaften eines Produktes. Eine klinische Intervention erzielt bestimmte Effekte und damit werden produktspezifische Ausprägungen realisiert. Nun muss man lediglich über die realistischen Spannbreiten unterschiedliche Produktvarianten konstruieren und Menschen zwischen den Alternativen wählen lassen. Diese Wahl ist für mich die wichtigste Meinungsäußerung und die einzig realistisch messbare. Aus dieser Wahlentscheidung kann man Rückschlüsse auf die Präferenzen ziehen, also auch den Nutzen bestimmen.

Wie kann man diese Werte ermitteln?

Wir führen Befragungen mit den betroffenen Bevölkerungsgruppen durch. Wesentlicher Bestandteil ist die Frage der Probanden nach der Wahl zwischen unterschiedlichen Szenarien oder Alternativen. Wir beschreiben also ein Arzneimittel anhand von Endpunkten, wie z.B. Lebensverlängerung, Schmerzreduktion, Wirkungsdauer und Nebenwirkungen. Mit Hilfe verschiedener Ausprägungen dieser Eigenschaften können wir dem Teilnehmer einer Befragung zwei oder mehrere Alternativen zur Auswahl stellen. Mit der Wahl zeigt uns der Patient, welche dieser Alternativen er präferiert. Grundlage der Präferenz ist der wahrgenommene Nutzen aus diesen Alternativen. Dieser wird ermittelt durch die statistische Auswertung der Wahlentscheidungen auf Basis der Präferenzen in Bezug auf die zur Auswahl stehenden Alternativen. Aus den berechneten Teilnutzen der einzelnen Eigenschaften bzw. der zugrundeliegenden Ausprägungen wird der Gesamtnutzen abgeleitet. Wichtig ist dabei lediglich, dass diese Gewichtungsfaktoren durch eine Methode bestimmt werden, welche auch wirklich die Präferenzen erheben kann.

Warum ist die Wahlentscheidung so wichtig?

Nehmen wir die Likert-Skala mit fünf Kästchen. 1 steht für nicht-wichtig und 5 für sehr wichtig. Verhandeln Sie mal mit ihrem Sohn oder ihrer Tochter über ein neues Auto. Schreiben Sie dazu alle möglichen Kriterien von PS, Design bis Ausstattung auf. Was meinen Sie, was sie oder er wohl ankreuzen wird? Design: wichtig 5. PS: wichtig 5. Ausstattung: wichtig 5. Aber steht dann nachher ein Porsche vor dem Haus?

Eben nicht, weil es eine Budgetbeschränkung gibt und jeder gewohnt ist, sogenannte Trade-Offs zuzulassen. Weil man sich im Leben eben immer entscheiden muss zwischen bestimmten Eigenschaften. Oder nehmen

Sie den Vergleich zweier Eigenschaften mit Hilfe einer Skala von 1 bis 9. Sie müssen bei diesem Vergleich angeben, um wie viel mehr Sie die Motorleistung gegenüber der Ausstattung bevorzugen.

Können wir das wirklich?

Nein. Wir können Dinge und Eigenschaften in eine Rangordnung bringen, aber es ist in der Realität nicht zu beobachten, dass wir Eigenschaften einen konkreten Wert zuordnen - auch nicht im Vergleich zu einer Alternative. Können Sie die Frage beantworten, wie viel Wert auf einer Skala von 1 bis 9 Sie einer PS-Steigerung von 10 PS bei ihrem Auto im Vergleich zu einem zusätzlichen CD-Wechsler zuordnen? Eine ähnliche Frage müsste der Studienteilnehmer in einem Analytic Hierarchy Process, kurz AHP, beantworten. Mit der Choice-format Conjoint Analyse oder einem Discrete-Choice-Experiment werden dagegen lediglich die Wahlentscheidungen modelliert.

Wie soll das funktionieren?

Ein vereinfachtes Beispiel: Ein bestimmter Wirkstoff verlängert das Leben um 6 Monate, 8 Monate oder 10 Monate - das sind die Eigenschaftsausprägungen. Den Wirkstoff muss man einmal, zweimal oder auch dreimal pro Woche spritzen. Die Nebenwirkung sind starke oder leichte Kopfschmerzen und Müdigkeit. Bei der Alternative 1 erzielt der Wirkstoff eine Lebensverlängerung von 10 Monaten, die Nebenwirkungen sind starke Kopfschmerzen und Müdigkeit und gespritzt werden muss zweimal die Woche. Bei Alternative 2 wird einmal pro Woche gespritzt, der Patient hat nur leichte Kopfschmerzen und Müdigkeit, aber der Wirkungsgrad liegt bei nur 6 Monaten. Das Einzige, das wir von einem Teilnehmer erfragen: Bitte sagen Sie uns, welche Alternative würden Sie bevorzugen? Bevorzugt er Alternative 1, dann haben wir einen ersten Anhaltspunkt, dass das

Kriterium Lebensverlängerung den Patientennutzen stärker beeinflusst, als die Kriterien der Anwendung und Nebenwirkung. Antwortet er mit der Alternative 2, dann haben wir die Information, dass dieser Befragte bereit ist, eine geringere Lebenszeit für eine Verringerung der Nebenwirkungen bzw. eine niedrigere Spritzrate in Kauf zu nehmen. Je mehr Fragen wir in dieser Form stellen, desto genauer wird die statistische Analyse.

Die Kernfrage wird sein: Macht man das mit dem Analytic Hierarchy Process oder der Conjoint Analyse?

Die wenigen Befürworter der AHP argumentieren, dass die AHP kognitiv einfacher von Patienten zu verstehen ist. Zudem soll die Studie mit weniger Leuten durchführbar sein, d.h. der Aufwand soll geringer und damit das Instrument günstiger sein.

Das scheint ein Hammerargument zu sein.

Ich würde diesen Argumenten nicht zustimmen wollen. Nehmen wir es auseinander. Das Frageformat der AHP ist vordergründig einfacher - das stimmt. Ein Teilnehmer muss zwei Eigenschaften vergleichen, also Lebensverlängerung mit der Nebenwirkung Kopfschmerz. Dieser Vergleich beinhaltet nicht, ob es um 10 Jahre oder nur um 10 Monate Lebensverlängerung oder um lähmenden Kopfschmerz oder leichtes Kopfweh geht. Nicht sehr realistisch! Zudem muss er aber angeben, wie stark er eine Eigenschaft präferiert, dies auf einer Skala von 1 bis 9. „Ich präferiere Lebensverlängerung 9 mal mehr als Kopfweh“ - Das ist noch weniger realistisch. Dazu kommt, dass diese Vergleiche hierarchisch aufgebaut werden. Die gesamte Entscheidungssituation wird zu keinem Zeitpunkt für den befragten Patienten offensichtlich. Dies kann zu Verzerrungen bei der Bewertung führen. Darüber hinaus wird in der Literatur diskutiert,

dass es zu sogenannten „rank reversals“ kommt. Das bedeutet, dass sich unter bestimmten Umständen die Rangreihung der besten Alternativen verändert. Dies geschieht jedoch nicht, weil sich die Antworten der befragten Personen verändern, sondern aufgrund der Auswertungslogik. Diese birgt wiederum die Gefahr von Fehlurteilen.

Warum braucht man bei AHP weniger Probanden?

Weil es in der Literatur schlichtweg keine Aussagen dazu gibt. Es wird eine interne Konsistenzprüfung gemacht. Der Schwellenwert wurde aber vom Erfinder der Methode, dem Mathematiker Thomas L. Saaty, ohne weitere Erklärung willkürlich festgelegt.

Wenn dem so ist, kann man das Instrument AHP doch gar nicht im Rahmen der Effizienzgrenzen-Analyse einsetzen.

Ob ja oder nein, wird die Diskussion der nächsten Monate zeigen. Heute würde ich es nicht empfehlen. Mich stört die fehlende theoretische Einordnung und noch mehr das wenig realistische Frageformat.

Ob nun CA oder AHP das Rennen machen wird, bei beiden Ansätzen steht zumindest endlich der Patient im Mittelpunkt.

Das ist die Idee, die beide Arbeitsgruppen der Pilotprojekte angetrieben hat. Versorgung muss letztlich auf den Präferenzen der Betroffenen basieren. Wenn man die Präferenzen erst einmal kennt, wäre es töricht, diese nicht zu berücksichtigen. Die ersten Schritte auf diesem Weg haben wir aber schon einmal hinter uns.

Danke für das Gespräch. <<

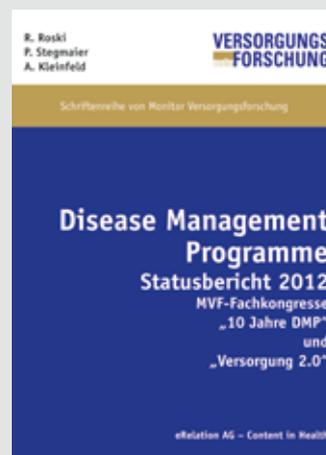
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Bitte beachten Sie die Ankündigung des nächsten MVF-Kongresses zum Thema „Patientenrelevante Endpunkte“ auf S. 22

BALD ERHÄLTlich:

Disease Management Programme Statusbericht 2012

Wissenschaftliche und redaktionelle Beiträge der MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“



Mit Beiträgen von

L. Altenhofen | C. Bartel | C. Bensing | J. Biermann | J. Böcken | S. Burger | T. Czihal | S. Ein Waldt | M. Ewers | P. Fey | J. Fröhlich | M. Gaßner | C. Gawlik | J. Gebhardt | G. Glaeske | C. Graf | S. Guthoff-Hagen | J. Härtel | B. Häußler | B. Hagen | E. Höfer | F. Hofmann | W. Hoffmann-Eber | D. Horenkamp-Sonntag | L. Kerkemeyer | C. Kiefer | A. Kleinfeld | K. Koch | T. Köhler | K. Köhn | T. König | J. Leinert | R. Linder | U. Moldenhauer | S. Mostardt | H.-D. Nolting | I. Oelmann | H. Rebscher | M. Redaelli | S. Roebbers | R. Roski | A. Rüther | D. Schaeffer | U. Siering | S.G. Spitzer | P. Stegmaier | D. Graf von Stillfried | S. Stock | S. Südhof | E.J. van Lente | M. Wagner | P. Willenborg | K. Wegscheider | K. Zich |

Erscheint demnächst im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“.

Bestellen Sie direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - info@erelation.org - ISBN 978-3-9814519-0-0

Gemeinsames Projekt des IMVR und des WINEG

Online-Register für Versorgungsforschung

Was wäre, wenn es eine kostenfreie und öffentlich zugängliche Datenbank für Projekte der Versorgungsforschung in Deutschland gäbe? Wie wäre es zudem, wenn jeder Wissenschaftler und jede Institution, die Versorgungsforschungsprojekte durchführt, Projekte direkt auf einer Internetplattform veröffentlichen könnte, damit eine schnellere Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis möglich wird? Dieser Traum ist keine Vision mehr, sondern wird jeden Tag ein Stück mehr Wirklichkeit: Auf www.versorgungsforschung-deutschland.de, einem gemeinsamen Projekt des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln und des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG).

>> Die im Aufbau befindliche Datenbank in Form eines kostenfreien, öffentlich zugänglichen Online-Registers für Projekte der Versorgungsforschung geht auf ein Modell der Clearingstelle NRW zurück, das es sich zur Aufgabe gemacht hatte, eine Datenbank über Projekte zur Versorgungsforschung - jedoch nur für solche aus diesem Bundesland - aufzubauen. Diese Datenbank umfasste immerhin 230 Projekte, steht aber als historisches Archiv leider nicht mehr zur Verfügung. So war ein Überblick über die Forschungslandschaft bislang nur schwer möglich. Diese Lücke schließt nun die Projektdatenbank „Versorgungsforschung Deutschland“.

Das Online-Register - ähnlich dem Register über klinische Studien - verfolgt das Ziel, einen Überblick über einschlägige laufende und abgeschlossene Vorhaben an universitären und nicht-universitären Einrichtungen zu schaffen und dadurch zur Transparenz in diesem immer wichtiger werdenden Forschungsbereich beizutragen. Die Website soll

- einen möglichst umfangreichen Überblick über die in Deutschland durchgeführten Versorgungsforschungsprojekte anbieten,
- eine Plattform für Informationen über Versorgungsforschungsprojekte bereitstellen,
- zu mehr Transparenz über Forschungsergebnisse beitragen,
- die Möglichkeit bieten, Best-Practice-Modelle zu identifizieren,
- den Erfahrungsaustausch über Forschungsergebnisse und die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis fördern.

„Von der Projektdatenbank können Wissenschaft und Praxis gegenseitig profitieren“, erklärt die für die Datenbank beim WINEG zuständige Mitarbeiterin Brigitte Grenz-Farenholtz. Die Wissenschaft könne die Ergebnisse ihrer Arbeit darstellen, und die Praxis erhalte einen Überblick, wer zu welchen Themen in der Versorgungsforschung forscht. Damit sei „Versorgungsforschung Deutschland“ ein Projekt auf Gegenseitigkeit, das die Bereit-

schaft von Forschern und Wissenschaftlern voraussetze, andere zum eigenen Nutzen an ihren Forschungsergebnissen teilhaben zu lassen. „Alle, die nach Best-Practice-Modellen suchen, die mögliche Kooperationspartner finden wollen und verfolgen möchten, wohin

sich die Versorgungsforschung entwickelt, welche Themen am Horizont erscheinen, werden aus der Datenbank ihren Nutzen ziehen können“, ergänzen die beiden Ideengeber Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVR) und Dr. Frank Verheyen (WINEG). <<



Abb. 1: Projekte eingeben und suchen auf der Homepage. Unten: Projektsuche nach Stichworten.



Zur Prävention und besseren Versorgung von Diabetespatienten

Nationaler Diabetesplan: Die Politik ist am Zug

Vor 23 Jahren erging durch die „St. Vincent Deklaration“ die Aufforderung an alle unterzeichnenden Länder, die Ziele von St. Vincent umzusetzen und dafür nationale Diabetespläne zu erarbeiten. 2002 erfolgte das „Call for Action Statement“ der WHO gemeinsam mit der Internationalen Diabetes Federation (IDF), in dem die Regierungen aufgefordert wurden, nationale Programme zur Primärprävention des Diabetes zu entwickeln, was 2007 durch die „Declaration of Diabetes“ (EU-Resolution P6_TA(2006)0185) der EU verstärkt wurde, in der nachdrücklich alle Mitgliedsländer erneut ermahnt wurden, doch endlich nationale Diabetespläne zu entwickeln. Fakt ist, dass ein „Nationaler Diabetesplan“ für Deutschland zwar bisher nicht umgesetzt, aber inzwischen von allen an der Diabetesversorgung beteiligten Parteien zumindest konsentiert und auch schon an den Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr herangetragen wurde. Nun liegt es an ihm, diesen Plan anzunehmen und umzusetzen.

>> Ein wichtiger Meilenstein in der Versorgung des Diabetes war sicherlich die St.-Vincent-Deklaration aus dem Jahr 1989. Doch seither ist relativ wenig passiert, auch zehn Jahre später zeigte das Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit (2000/2001) am Beispiel der Volkskrankheit Diabetes noch immer Versorgungsdefizite auf. Und seitdem hat sich wenig daran geändert, wie der Evidence-based Health Policy Review „Diabetes-Versorgung in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit im 21. Jahrhundert“ zeigte, den das IGES-Institut im Auftrag des Pharmaunternehmens Novo Nordisk Pharma durchgeführt hat (siehe MVF 01/12).

Nach Aussagen des Reviews hat zwar die Evaluation der DMP für Menschen mit Diabetes an etlichen Stellen Verbesserungen von Behandlungsprozessen und Surrogat-Parametern (leitliniengemäße Behandlung, Schulungen, Blutdruckmessung, Zielwertkontrolle) gezeigt, doch sehe es bei der Erreichung der ursprünglich verfolgten patientenrelevanten Ziele anders aus. Die seien entweder nicht erreicht worden, oder es seien für deren Erreichung keine validen Daten generiert worden. Insgesamt sei bei allen Hinweisen auf Verbesserung von Surrogat-, Struktur- und Prozessparametern insbesondere darauf hinzuweisen, dass „die Studienlage zu den eigentlich verfolgten, patientenrelevanten Zielen ausgesprochen mangelhaft ist und eine Beurteilung der Zielerreichung kaum vorgenommen werden kann“.

Der Review kommt zu dem Schluss, dass sich daraus vor allem der Handlungsbedarf ableite, eine nationale und kontinuierliche, zielgruppenspezifische Strategie zur lebensstilbezogenen Primärprävention von Diabetes zu entwickeln, die wirksame Ansätze bündelt und verstärkt, ganzheitliche Verhaltens- und Verhältnisprävention beinhaltet und die eine Evaluation vorsieht.

Genau das steht im „Nationalen Diabetesplan“, der nach langen Verhandlungen von allen an der Diabetes-Versorgung beteiligten

Parteien unterschrieben wurde. Sogar die DE-GAM ließ sich nach nahezu einem dreiviertel Jahr und endlosen Diskussionen dazu bewegen, den Plan zu paraphrasieren, nachdem minimalste Änderungen durchgesetzt wurden - wie Insider zu berichten wissen.

Wie es dazugekommen ist, ist jedoch nun eigentlich egal. Hauptsache ist, dass mit dem vorliegenden Papier endlich alle an einem Strang ziehen, selbst Hausärzte und Diabetologen gemeinsam agieren, um die Diabetesversorgung neu zu denken.

Dafür ist es auch höchste Zeit, wie aktuelle Studien zeigen. Nach den neusten Zahlen der Internationalen Diabetes Föderation (IDF) ist Deutschland das Land mit der höchsten Diabetesprävalenz in Europa: 12 Prozent der 20- bis 79-Jährigen sind betroffen, insgesamt rund 7,5 Millionen. Und es werden jeden Tag mehr: Pro Tag erkranken in Deutschland über 700 Personen neu an Typ-2-Diabetes, was sich pro Jahr auf rund 270.000 Menschen addiert.

„Es wird immer deutlicher, dass das Gesundheitssystem allein die Diabetesepidemie nicht bewältigen kann. Ein großes Indikationsfeld wie Diabetes braucht eine nationale Strategie“, schrieb Prof. Dr. med. Thomas Danne, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE und Präsident der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, im Gesundheitsbericht „Diabetes 2011“, vorgelegt von diabetesDE zum Welt Diabetesstag des letzten Jahres.

Die aktuellsten Zahlen stammen aus der Fortschreibung der KoDiM-Studie, die die Kosten des Diabetes mellitus von 2000 bis 2009 anhand der AOK-Hessen-Versicherten-Daten verfolgt. Unterstellt man einmal, dass die AOK-Population für die Bevölkerung Deutschlands insgesamt repräsentativ ist, verursachten erkannte und behandelte Diabetiker 2009 in Deutschland direkte Krankheitskosten von 47,4 Mrd. Euro, wie Ingrid Köster und Dr. Ingrid Schubert von der PMV Forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln in

einem aktuellen Bericht in der DMW (Dtsch. Med. Wochenschr 2012; 137: 1013-1016) schreiben. Dies entspreche, so Köster/Schubert, einem Plus von + 70,4 % gegenüber den 27,8 Mrd. Euro im Jahr 2000. Unterstelle man nun für den Untersuchungszeitraum die Bevölkerungsstruktur Deutschlands zum 31.12.2009, würde die Summe für 2009 48,2 Mrd. Euro betragen gegenüber 32,6 Mrd. Euro für 2000 (+ 47,9 %); und nach wie vor steigt die Zahl der Neuerkrankungen bei Diabetes konstant.

Jüngere Angaben zur Diabetesprävalenz - definiert als administrative Prävalenz (Häufigkeit von Personen mit einer ambulanten oder stationären Behandlung mit der ärztlichen Dokumentation einer Diabetes-Diagnose - finden sich in einem Beitrag von Gerste/Günster im Versorgungs-Report 2012. Danach waren 2008 7,6 Prozent der deutschen Wohnbevölkerung mindestens einmal mit der Diagnose Typ-2-Diabetes in Behandlung (+ 0,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr). Unter den Über-60-Jährigen liegt die administrative Prävalenz bei 22,2 Prozent. Datenbasis sind auch hier AOK-Daten, und zwar die Abrechnungsdaten, standardisiert auf die deutsche Wohnbevölkerung.

„Bisher gibt es nur unzureichende Strategien, wie die Pandemie Diabetes aufgehalten werden kann“, steht denn auch im Diabetesplan, der wie das IGES-Review auf fehlende verlässliche Daten zu Prävalenz und Inzidenz der verschiedenen Diabetesformen, ebenso wie auf ein nationales Diabetesregister hinweist. Genau dies wäre zur Planung und Steuerung von gezielten Maßnahmen zur Prävention und besseren Versorgung von Diabetespatienten eine wesentliche Voraussetzung.

Daran wird freilich auch ein auf der Makroebene agierender „Nationaler Diabetesplan Deutschland“ so schnell nichts ändern können. Dessen wichtigster Bestandteil ist nicht so sehr die Verbesserung der aktuellen Versorgungsstruktur, sondern die dringend nötige gesellschaftliche wie politische Hinwendung

zur Prävention.

In einem ersten Schritt werden im „Nationalen Diabetesplan“ die wichtigsten fünf Handlungsfelder definiert, die vorrangig in der ersten Umsetzungsphase des Plans - so ihn denn der Bundesgesundheitsminister genehmigt und mit Leben erfüllt - bearbeitet werden sollten:

- 1) Primäre Prävention des Diabetes
- 2) Früherkennung des Typ-2-Diabetes
- 3) Epidemiologie, Aufbau eines nationalen Diabetesregisters
- 4) Versorgungsforschung, Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung
- 5) Patienteninformation, -schulung und -empowerment

Modell auf der Mikroebene

„Ein wichtiges Handlungsfeld des Diabetesplans soll darin bestehen, Strategien zu entwickeln, wie neben einer verbesserten Prävention, Früherkennung und Versorgung die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes erhöht werden kann“, verdeutlicht Privatdozent Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer, Geschäftsführer des Forschungsinstitutes der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) und eine der treibenden Kräfte des Plans.

Die Prävention hat übrigens auch das „European Diabetes Leadership Forum“, das am 25. und 26. April u.a. mit Unterstützung von Novo Nordisk in Kopenhagen stattfand, im Fokus. In der am 4. Juni finalisierten „Copenhagen Roadmap“ wird u.a. empfohlen: „Use a cross-sectoral approach to promote healthy behaviour and create an environment enabling healthy lifestyle.“

Ein solches Modellprojekt, das im Handlungsfeld 4 des Plans anzusiedeln wäre, ist die kürzlich vorgestellte „Versorgungslandschaft Diabetes“ (siehe „Monitor Versorgungsforschung“ 3/2012), ein auf viele Indikationen übertragbares Stratifizierungscluster, auf dem sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgungslösungen aufgesetzt und in Selektivverträge (§ 140a ff. und § 73c SGB V) eingebracht werden können. Basis dieses Modellprojekts sind jeweils IV-Verträge, die mit einzelnen Kassen abgeschlossen werden (die ersten Verhandlungen zu Diabetes laufen mit der TK) und jeweils drei Versorgungsebenen - hier die für Diabetes - einschließen:

- Ebene 1: HzV-Hausarzt (zugelassener HzV-Hausarzt mit Sitz im KV-Bezirk)
- Ebene 2: Diabetologische Schwerpunkteinrichtung (DSP)
- Ebene 3: Krankenhaus (stationär)

Ein Instrument dieses Modells könnte wie-

derum ein patientenzentrierter und praxisorientierter Leitfaden werden, den eine Expertengruppe um Priv.-Doz. Dr. med. Erhard Siegel, noch stellvertretender Vorsitzender und nächster Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) entwickelt hat. Auf Basis eines nur auf den ersten Blick einfachen Ampelsystems sollen ganz gezielt Hausärzte befähigt werden, Teststreifen nur noch dann zu verordnen, wenn sie denn auch Sinn machen.

„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 Kernfragen 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 heben zu können (siehe MVF 03/12).

Neue Leitlinien wohl erst bis Ende 2012

Ebenfalls in das Kapitel 4 dürfte die Weiterentwicklung der Diabetes-Leitlinien fallen, die seit längerem zwischen den Fachgesellschaften diskutiert wird.

Die Europäer und Amerikaner sind zumindest seit kurzem so weit: Am 19. April 2012 erschien eine neue Leitlinie zur Behandlung des Typ-2-Diabetes, gemeinsam herausgegeben von der Europäischen (EASD) und der US-amerikanischen Diabetesgesellschaft ADA. „Im Unterschied zur bisherigen Leitlinie der beiden Gesellschaften und auch zu vielen anderen Leitlinien von (Anm. der Red: auch der deutschen) Fachgesellschaften macht diese deutlich weniger genaue Vorschriften und Empfehlungen zu den Therapiezielen und Medikamenten in Form von Algorithmen“, verdeutlicht Prof. Dr. med. Dr. h. c. Helmut Schatz, Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE). Vielmehr rücke die neue Leitlinie den „individuellen Patienten in den Mittelpunkt“.

So legt die neue Leitlinie das Therapieziel - definiert als Zielwert des HbA_{1c} - nicht mehr mit einer starren Zahl, zum Beispiel 6,5

Prozent oder 7 Prozent, fest, sondern solle es für jeden einzelnen Patienten individuell bestimmt werden: Ein älterer Mensch mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen etwa und lange bestehendem Diabetes wird damit weniger streng einzustellen sein als ein junger Diabetespatient.

Als erste Therapiemaßnahme nach der Diagnose eines Typ-2-Diabetes empfiehlt die Leitlinie erneut allein Lebensstiländerungen wie Ernährungsumstellung und Bewegung, verbunden mit intensiver Schulung. Eine sofortige Gabe von Tabletten sieht sie dagegen nicht vor. Erst wenn sich die „nicht-pharmakologische“ Therapie als unwirksam erweise, seien Tabletten indiziert. Hier stehe an erster Stelle nach wie vor möglichst Metformin, erklärt Prof. Schatz, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bergmannsheil der Ruhr-Universität in Bochum: „Was im nächsten Schritt gegeben werden soll, ist derzeit schwer zu entscheiden, da es für die Kombinationstherapien kaum Outcome-Studien gibt.“

Da hat er leider recht, selbst wenn Boehringer-Ingelheim in Kooperation mit Eli Lilly bereits 2010 die „CAROLINA“-Studie* gestartet hat, um Head-to-head Linaagliptin+Metformin versus SU+Metformin zu untersuchen. Da die Studie jedoch Ereignisgetrieben ist, wird es wohl 2018 werden, bis erste belastbare Ergebnisse vorliegen. Aus Studien wie diesen könnten dann Aussagen getroffen werden, unter welcher Arzneimittelkombination z.B. der Patient länger (über-)lebt oder weniger Herzinfarkte auftreten.

In Deutschland wird zur Zeit unter Mitwirkung der DDG eine Aktualisierung der Nationalen Versorgungsleitlinie zum Thema „Therapieplanung bei Typ-2-Diabetes“ erstellt, wie Prof. Dr. med. Monika Kellerer, Leitlinienbeauftragte des DDG-Vorstands, erklärt. Sie geht davon aus, dass auch in dieser neuen „Nationalen Versorgungsleitlinie“ (NVL) die individuelle Diabetestherapie mehr als bisher in den Vordergrund rückt.

In einer offiziellen Stellungnahme vom Mai hebt sie hervor, dass sich die Autoren der ADA/EASD-Leitlinie von starren HbA_{1c}-Zielwerten abgewendet und eine patientenorientierte Sicht unter Berücksichtigung von individualisierten Therapiezielen und Strategien in den Mittelpunkt gestellt hätten. Dies entspreche auch dem aktuellen Verständnis der DDG zum therapeutischen Vorgehen bei Typ-2 Diabetes. Nach ihrem Kenntnisstand sollte die Aktualisierung der NVL bis Ende des Jahres abgeschlossen sein und damit dann die derzeitige Therapieleitlinie der DDG ersetzen. <<

Interview mit Professor Dr. rer. pol. Eberhard Wille, dem Leiter des Sachverständigenrats

„Erhebliche Effizienz- und Effektivitätsreserven“

Am 20. Juni 2012 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sein Sondergutachten 2012 mit dem Titel „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr übergeben. Es ist wieder einmal ein umfangreiches und lesenswertes Werk mit 437 Seiten. Am 18. September 2012 wird es im Rahmen eines Symposiums in Berlin genauer vorgestellt. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem langjährigen Leiter des Sachverständigenrats, Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Universität Mannheim, emeritierter Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, Finanzwissenschaft.

>> Sehr geehrter Herr Professor Wille, wie waren die Reaktionen bisher auf Ihr Sondergutachten?

Das Gutachten stieß insbesondere in der Fachpresse auf ein erfreuliches Interesse und auch überwiegend auf positive Resonanz. Dies gilt auch für die mir bisher zugegangenen Stellungnahmen aus Fachkreisen, die u.a. die Ausführungen zu den instrumentalen Funktionen des Wettbewerbs, zur Nutzerkompetenz und zur integrierten Versorgung betreffen.

Im Gutachten geht es um die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Warum war dieses Thema jetzt „dran“?

Es handelt sich um ein Sondergutachten, d.h. das Thema wurde dem Rat vom damaligen Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler vorgegeben. Das Thema kann insofern eine hohe Aktualität und Relevanz beanspruchen, als die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor erhebliche Effizienz- und Effektivitätsreserven birgt und vor dem Hintergrund der absehbaren demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts künftig noch an Bedeutung gewinnt. Es gilt hier u.a., mit Hilfe einer funktionsgerechten wettbewerblichen Rahmenordnung das vorhandene Substitutionspotenzial zwischen stationärer und ambulanter Behandlung auszuschöpfen.

Um selektive Vertragsformen auszuweiten, empfiehlt der Rat den Abbau von innovationshemmenden Einschränkungen der Vertragsfreiheit, die Erweiterung selektiver Vertragsoptionen sowie eine stärkere Förderung der evaluativen Versorgungsforschung. Wie soll das geschehen?

Zu den Einschränkungen der Vertragsfreiheit und innovationshemmenden Regulierungen gehören der Zwang zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung und das Postulat der Beitragssatzstabilität bei dieser Versorgungsform und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V. Das Erfordernis, Mehrausgaben durch „vertraglich sichergestellte“ Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren, stellt angesichts der unsicheren Erträge von Versorgungsinnovationen ein nahezu prohibitives Hindernis dar. Der Wettbewerb um innovative Versorgungskonzepte geht als Entdeckungsverfahren zwangsläufig auch mit Misserfolgen einher, die es zu akzeptieren und aus denen es zu lernen gilt. Zur Erweiterung der selektiven Vertragsoptionen schlägt der Rat vor allem den neu konzipierten Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und ein bestimmtes Spektrum von ausgewählten, elektiven Krankenhausleistungen vor. Neben einer grundsätzlichen Stärkung der evaluativen Versorgungsforschung erscheint sie vor allem immer dann geboten, wenn der Gesetzgeber bei bestimmten Versorgungsformen oder Behandlungen finanzielle Anreize setzt.

„Es besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen u.a. aus Furcht vor einem Zusatzbeitrag innovative Versorgungsprojekte scheuen.“

Ein wichtiges Thema im Gutachten ist die Messung der Versorgungsqualität. Leider wurden, wie Herr Hecken im aktuellen Titelinterview erklärt, „einmal mehr nur die Probleme beschrieben, aber nicht gesagt, wie man es besser machen soll.“ Wie kann man es denn besser machen?

Das Gutachten widmet dem sektorübergreifenden und populi- onorientierten Qualitätswettbewerb und in diesem Kontext auch der Qualitätsmessung ein ganzes Kapitel. Dieses thematisiert auch die Problematik der Messung von Versorgungsqualität und schlägt z.B. auf populationsbezogener Ebene als operationale Indikatoren verringerbare Sterblichkeit und verringerbare Krankenhauseinweisungen vor.

Sie schreiben sehr richtig, dass klare Kriterien erforderlich seien, um innovative Versorgungskonzepte fördern zu können, wichtig sei eine verpflichtende Evaluation sowie eine Priorisierung von popula- tionsbezogenen und indikationsübergreifenden Versorgungskonzepten. Und die sollen laut Ihrem Gutachten finanziert werden aus dem Gesundheitsfonds und hier durch zinsverbilligte Darlehen aus einem Kapitalfonds. Würden Sie das etwas genauer ausführen?

Es besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen u.a. aus Furcht vor einem Zusatzbeitrag innovative Versorgungsprojekte scheuen, die zwar künftig Erträge versprechen, aber ihre momentane Liquidität einschränken. Sofern sie die Innovationskosten aus einer Bereinigung der ambulanten und/oder stationären Vergütung bestreiten können, stellt sich dieses Problem nicht. Der Rat schlägt daher bei förderungswürdigen innovativen Versorgungsprojekten der Krankenkassen für die Zusatzkosten nach Bereinigung unter Sicherungsverzicht zinsverbilligte oder zinslose Darlehen vor, die sie erst nach fünf Jahren zurückzahlen müssen. Sofern sich ein Projekt später nicht refinanziert, seine Evaluation aber eindeutige Verbesserungen des gesundheitlichen Outcomes belegt, könnte ein teilweiser Rückzahlungsverzicht mit einer Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds erfolgen.

Valide Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität zu finden und zu messen, ist schwierig. Sie sagen in Ihrem Gutachten, das Gesundheitssystem brauche eine stärkere Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse, die gerade im AMNOG-Prozess immer wieder für Probleme sorgen, weil oft die Evidenz dafür fehlt, was wirklich patientenrelevant ist und was nicht. Was ist zu tun?

Im Verhältnis zur Prozess- lässt sich die Ergebnisqualität mit Hilfe valider Indikatoren, deren Veränderung in kausaler Hinsicht eindeutig auf bestimmte Behandlungen zurückgeht, sicherlich schwerer messen. Gleichwohl gibt es hier vor allem im stationären Sektor beachtliche Fortschritte und die Gesundheitsversorgung sieht sich in normativer Hinsicht mit diesen Problemen zwangsläufig konfrontiert. Beim AMNOG handelt es sich um eine Frühbewertung des Zusatznutzens

eines Arzneimittels, die noch nicht auf einer Informationsbasis, wie sie die Versorgungsforschung benötigt, aufbauen kann.

Zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens gibt es zwei Meinungen. Die einen sagen, für die Kosten erhalten wir nicht die entsprechende Lebenserwartung und Lebensqualität. „Wir bezahlen einen Mercedes und erhalten einen Golf.“ Und die anderen sagen, wir haben das beste Gesundheitssystem der Welt, so dass es kaum noch Effizienz- und Effektivitätssteigerungen braucht. Für jede Verbesserung müsse „mehr Geld ins System“. Beide Meinungen werden mit empirischen Belegen untermauert. Was ist richtig?

Beide Meinungen lassen sich letztlich nicht überzeugend belegen. Wählt man statt der Gesundheitsquote, d.h. dem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt, die jeweiligen Gesundheitsausgaben pro Kopf als Inputindikator und statt der absoluten Lebenserwartung deren Wachstumsrate als Outcomeindikator, rangiert Deutschland auf Basis der OECD-Daten zwar nicht an erster Stelle, aber im vorderen Feld vergleichbarer Länder. Dabei gilt aber die erhebliche Einschränkung, dass abgesehen von der vernachlässigten Lebensqualität das Gesundheitswesen nur 10 bis maximal 40 % der Lebenserwartung zu erklären vermag; der Rest wurzelt in Lebensbereichen außerhalb des Gesundheitswesens, wie z.B. in der ökologischen Umwelt, dem Bildungs- und Verkehrswesen sowie in Lebensstilvariablen.

Die zahlreichen Schnittstellen in der deutschen Gesundheitsversorgung führen oft zu ineffizienten oder sogar unnötigen Behandlungen und vermeidbaren Nachteilen für die Patienten. Welche Empfehlungen hat der Sachverständigenrat für die Sicherung einer sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität?

Sektorübergreifende Versorgungskonzepte, die zwei oder mehr Leistungsbereiche einschließen, versprechen konzeptionell eine bessere Versorgungskontinuität. Dies gilt verstärkt für populationsorientierte Versorgungsmodelle. Der Rat empfiehlt auch deshalb, die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V auf sektorübergreifende Projekte zu begrenzen und bei der finanziellen Förderung von innovativen Versorgungskonzepten populationsorientierte Ansätze und solche, die den Pflegebereich einbeziehen, zu priorisieren.

Welche Reformmaßnahmen empfehlen Sie für einen zielorientierten Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant-stationär?

Zunächst bedarf es an dieser Schnittstelle einheitlicher ordnungspolitischer Rahmenbedingungen für niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser. Hierzu gehören einheitliche Bedingungen bei den Leistungsdefinitionen, der Qualitätssicherung, den Zugangsmöglichkeiten zu neuen Behandlungsmethoden, den Preisen von veran-



Bild: Euroforum

lasten Leistungen, der Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und den Regulierungen, wie z.B. Mindestmengen oder Regelleistungsvolumina. Der neue ambulante spezialfachärztliche Versorgungsbereich beinhaltet diese ordnungspolitischen Rahmenbedingungen in nahezu idealer Weise. Leider bleibt er auf ein zu schmales Leistungsspektrum begrenzt, das einer Erweiterung um ambulante Operationen, stationärsersetzende Leistungen und stationäre Kurzzeitfälle bedarf. Um hier einer angebotsinduzierten Nachfrage vorzubeugen, möchte der Rat diesen Bereich der selektivvertraglichen Gestaltung unterstellen. Auf eine Hebung des ambulanten Substitutionspotenzials zielt auch der Vorschlag einer Angleichung der Honorierungssystematik von stationären Kurzzeitfällen und vergleichbaren ambulanten Behandlungen.

Sie sind seit 1993 Mitglied und seit 2002 Vorsitzender des Sachverständigenrates, also jetzt seit 19 Jahren

Mitglied und seit 10 Jahren Vorsitzender. Damit überblicken Sie die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen über einen sehr langen Zeitraum. Wie würden Sie die langfristige Richtung der Empfehlungen des Sachverständigenrates beschreiben? Wo sind in der Zeit die größten Fortschritte erzielt worden?

Ein Sachverständigenrat oder auch ein Wissenschaftlicher Beirat kann realistischweise nicht erwarten, dass die Politik seine Vorschläge zeitnah Eins zu Eins umsetzt. Der Rat gab in den letzten zehn Jahren vornehmlich Empfehlungen zur Prävention, zu den Patientenrechten sowie zur Nutzerkompetenz, zur Behandlung multimorbider Patienten, zur Pflege und ihrer Finanzierung, zur Arzneimittelversorgung, zum Wettbewerb an den Schnittstellen, zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und zum Qualitätswettbewerb ab. Dabei griff die Gesundheitspolitik in einem aus meiner Sicht erfreulichen Umfang auf diese Empfehlungen zurück. Dies betrifft z.B. Konzepte der Patienteninformation und -beratung zur Stärkung der Nutzerkompetenz, den Begriff der Pflegebedürftigkeit, die Bedeutung der Demenz und im Grundsatz die Anpassung der Leistungssätze in der Pflege, die Nutzen-Kosten-Bewertung von Arzneimitteln, den ordnungspolitischen Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und im Bereich der Bundesländer Initiativen zur Sicherung der Versorgung in strukturschwachen Regionen. Der politische Diskurs über geeignete Präventionsmaßnahmen und ihre Ansatzpunkte knüpft ebenfalls an den Konzepten des Rates an.

„Ein Sachverständigenrat oder auch ein Wissenschaftlicher Beirat kann realistischweise nicht erwarten, dass die Politik seine Vorschläge zeitnah Eins zu Eins umsetzt.“

Herr Prof. Wille, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

Demografiefaktor ausgesetzt

>> Der so genannte Demografiefaktor in der Bedarfsplanung (§ 8a der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)) wird zum 31. Dezember 2012 außer Kraft gesetzt. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am vergangenen Donnerstag in Berlin einstimmig beschlossen. Zugleich wurde der zuständige Unterausschuss beauftragt, die bisherigen Auswirkungen der Regelung auf die Versorgung gründlich zu überprüfen. Mögliche Fehlentwicklungen bei der bisher uneinheitlichen Umsetzung des Faktors sollen dann in den kommenden Monaten im Rahmen der grundlegenden Reform der gesamten Bedarfsplanung korrigiert werden. Diese ergibt sich als Arbeitsauftrag des Gesetzgebers aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG).

„Mit dieser Entscheidung setzt sich der G-BA ganz bewusst unter Handlungsdruck, um bei der anstehenden Neuausrichtung der Bedarfsplanung fristgerecht zu Ergebnissen zu kommen. Als Vorsitzender des zuständigen Unterausschusses werde ich darauf hinwirken, dass die durch das GKV-VStG gesetzte Frist für das Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 unter allen Umständen gehalten wird. Taktisch motivierte Verzögerungen oder gar ein Scheitern dieses Zeitplans wären weder für die gemeinsame Selbstverwaltung noch für den G-BA als ausführende Institution akzeptabel“, sagte der unparteiische Vorsitzende, Josef Hecken.

Der Beschluss wurde auch vom Vertreter der Bundesländer unterstützt, denn seit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz nehmen an allen Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanung auch zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder bestimmte Vertreter der Bundesländer teil. Mit der Einführung des Demografiefaktors am 15. Juli 2010 sollten die veränderten Alters- und Morbiditätsstrukturen der Bevölkerung bei der Berechnung des medizinischen Versorgungsbedarfs berücksichtigt werden. Allerdings war auch damals das Meinungsbild im Plenum und bei der zur Stellungnahme aufgeforderten Bundesärzte- und Bundespsychotherapeutenkammer sehr heterogen. Einvernehmen bestand deswegen über die Notwendigkeit einer Evaluation und Überprüfung des Beschlusses nach zwei Jahren.

Hintergrund: Der Gesetzgeber hatte den G-BA beauftragt, über durch die Neuregelung entstandenen zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten, deren Besetzung und die hierdurch bewirkte Veränderung des Versorgungsgrades kontinuierlich zu informieren. <<

MVF-Kongress zu Endpunkten

>> Der nächste Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ findet am 29. Oktober bei Vivantes Friedrichshain in Berlin statt. Unter dem Titel: „Patientenrelevante Endpunkte - Wer definiert, was für den Patienten relevant ist?“ wird aus unterschiedlichen Sichtweisen - Politik, Forschung, Selbstverwaltung - der weite Weg von klinisch relevanten zu patientenrelevanten Effekten beschrieben. Es wird diskutiert, welche Widersprüche es zwischen Surrogatparametern und patientenrelevanten Endpunkten gibt und was zu tun ist, wenn geeignete Methoden zur Validierung eines Surrogatparameters fehlen.

Zwei Ansätze, der weit in die Zukunft führen, sind die Ergebnisse von zwei Generalaufträgen, die das IQWiG im Rahmen der Effizienzgrenzen-Diskussion erteilt hat und die den Weg frei machen hin zu patientendefinierten Endpunkten. Am Nachmittag wird erarbeitet, wie das Ganze für den Patienten am Beispiel der Indikationen Diabetes und Prostatakarzinom aussehen kann.

Wer sich für die eine Teilnahme interessiert, kann sich bereits jetzt unter kongress@m-vf.de anmelden, das Programm und die Rückbestätigung folgen dann Mitte August. <<

100 Mitglieder bei ForN

>> Das Frankfurter Forschungspraxen-Netzwerk (ForN) geht auf die ersten 100 Mitgliedspraxen zu. Nachdem bereits im vergangenen Dezember die ersten 15 Pilotpraxen akkreditiert wurden, konnten im Rahmen einer Netzwerkveranstaltung am 23. Mai 2012 weitere 80 Hausarztpraxen den Titel „Akademische Forschungspraxis der Goethe-Universität Frankfurt/Main“ erhalten.

Das Netz wurde gegründet, um den Beitrag der Hausarztpraxen an der Durchführung wichtiger Forschungsprojekte des Instituts für Allgemeinmedizin darstellen zu können und um außerdem den wissenschaftlichen Austausch zwischen Praxen und Institut zu intensivieren. Zwei große vom Bundesforschungsministerium geförderte Projekte - „Priorisierung bei Multimedikation“ (PRIMUM) sowie „Sicherheitskultur“ - konnten im vergangenen Jahr erfolgreich abgeschlossen werden. Die hier aktiven Praxen werden jetzt als akademische Forschungspraxen anerkannt.

Infos: Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der J.W. Goethe-Universität Frankfurt (gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de). <<

Offene Stellen

>> An der Universität Bremen ist im Fachbereich 11 - Human- und Gesundheitswissenschaften - vorbehaltlich der Freigabe der Mittel zum Sommersemester 2013 eine Professur für das Fachgebiet Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung Besoldungsgruppe W2 / W 3 (Beamtenverhältnis auf Lebenszeit, Kennziffer: P 686/12) zu besetzen. Bewerbungsschluss ist der 23. August. Infos: Universität Bremen, Fachbereich 11, Dekanat, Postfach 330440, 28334 Bremen. <<



>> Die OPTARES Personalberatung sucht für eines der größten forschenden Pharmaunternehmen (weltweit sind 80.000 in über 150 Ländern sowie in Deutschland 13.000 Mitarbeiter beschäftigt und im Bereich innovative Arzneimittel und Medizinprodukte/Diagnostika tätig ist) zum nächstmöglichen Zeitpunkt um am Arbeitsort „Südliches Baden-Württemberg“ (was die Identifikation des Unternehmens wohl nicht weiter schwer macht) einen Manager Versorgungsforschung im Bereich Market Development. Infos: tilman.grumbd@optares.de <<



>> Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz sucht einen Referenten Versorgungsforschung. Die Aufgaben: Entwicklung eines grundsätzlichen Konzeptes einer regelmäßigen und umfassenden Gesundheitsberichterstattung. Identifikation und Definition von relevanten Daten für die Berichterstattung sowie für die Durchführung von Analysen. Erstellen von Standardanalysen zur Versorgungslage, zu Versorgungsstrukturen und -prozessen in Rheinland-Pfalz. Durchführen von speziellen Analysen und Untersuchungen zu Entwicklungen oder spezifischen Einflussfaktoren aus Demographie, Politik und anderen Akteuren auf die Versorgungslage. Konzeption und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Initiierung des Austausches zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik. Erstellen von Unterlagen und Präsentationen zu den Vorschlägen und Konzepten für den Vorstand sowie von Ergebnissen der Versorgungsforschung vor internen und externen Interessenten. Infos jobs@kv-rlp.de <<

Sie suchen engagierte Mitarbeiter in Versorgungsforschung und -management? Schicken Sie ihr Anforderungsprofil an anzeigen@m-vf.de. Kosten: siehe „Mediadaten“ auf www.m-vf.de

WEGE AUS DEM SCHMERZ

Chronische Schmerzen gehören zu den großen Gesundheitsproblemen in Deutschland. Wer betroffen ist, muss kämpfen – für einen normalen Alltag und für die richtige Therapie. Vier Schritte sind notwendig, um Deutschland Wege aus dem Schmerz zu ermöglichen:

CHRONISCHE SCHMERZEN ERFORDERN MEHR AUF- MERKSAMKEIT.

Chronische Schmerzen fehlen in den meisten Statistiken zur Erfassung und Bedeutung von Krankheiten. Die Erkenntnisse der Schmerzforschung müssen ihren Weg in die tägliche Praxis finden. Deutschland braucht mehr Aufklärung über Schmerz – und einen Facharzt für Schmerztherapie.

SCHMERZEN VERLANGEN VON ANFANG AN EINE GEZIELTE BEHANDLUNG.

Kaum eine Krankheit ist so vielschichtig wie Chronischer Schmerz – jede Therapie und jedes Medikament muss individuell auf den Patienten abgestimmt sein. Deutschland braucht eine flächendeckende Versorgungsstruktur und integrierte Versorgungsmodelle, auch im ambulanten Bereich.

CHRONISCHE SCHMERZEN MÜSSEN ALS KRANKHEIT ANERKANNT WERDEN.

Akute Schmerzen sind ein Warnhinweis. Werden Schmerzen chronisch, haben sie häufig keine klar erkennbaren Ursachen mehr. Der Chronifizierung können Ärzte nur dann begegnen, wenn Chronische Schmerzen als eigenständiges Krankheitsbild akzeptiert und abrechenbar werden.

IM MITTELPUNKT STEHT DER CHRONISCH SCHMERZKRANKE MENSCH.

Die Medizin muss sich mit einem neuen Effizienzgedanken beschäftigen: Was zählt, ist der Behandlungserfolg. Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt und müssen in die Therapie einfließen. Patienten haben zudem ein Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss verdient.



„Wege aus dem Schmerz“ ist eine Initiative von:



Günther Sauerbrey

ist Vice President Merz Pharmaceuticals GmbH. Er ist seit 1975 bei Merz Pharma, 1978-2001 Leitung Marketing und Vertrieb Pharma Deutschland; seit 2001 Bereichsleiter Health Care Relations; 2001 Gründung des Zukunftsforschungsdemenz; 1996 - 2005 Mitglied im Vorstand bzw. stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI). Veröffentlichungen zur Schnittstellenproblematik von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung und zu den Defiziten in der geriatrischen Versorgung.

Kosten der Demenz - für den Morbi-RSA zu niedrig

>> Es ist schon bemerkenswert, wie geräuschlos kürzlich die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes aufgenommen wurde, die Demenz aus dem Kreis der Morbiditätsgruppen des erweiterten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2013 wieder herauszunehmen - ganz im Gegensatz zu der Phase der Vorbereitung des Gesundheitsfonds; im Jahre 2008 hatte der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt empfohlen, die Demenz zusammen mit anderen Volkskrankheiten nicht in den Morbi-RSA aufzunehmen.

Damals gab es einen medialen Aufschrei; das Bundesversicherungsamt folgte nach durchgeführter Anhörung anderen Sachverständigen und bezog alle Erkrankungen mit Disease-Management-Programmen (DMP) sowie darüber hinaus die Depression, die Demenz sowie die Hypertonie in die zuweisungs begründenden Erkrankungen ein. Darauf trat der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt am 28. März 2008 zurück.

Es stellt sich die Frage: Was hat sich eigentlich zwischen 2008 und 2012 geändert?

Die Erkrankung war damals wie heute „chronisch“ und vom Verlauf her „schwerwiegend“.

Sicherlich lag auch 2008 das durchschnittliche Ausgabenvolumen eines Alzheimerkranken nicht 50% über den Leistungsausgaben aller Versicherten, wie es § 31 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) vorschreibt, denn die GKV-Ausgaben bei Demenz waren in den letzten Jahren recht überschaubar: die Diagnosekosten halten sich in Grenzen, psychometrische Testverfahren sind vergleichsweise kostengünstige Diagnostika, und die Bildgebung findet zur differentialdiagnostischen Abklärung nur in 13,5% der Fälle statt.

Der Versorgungsanteil mit Antidementiva liegt bei ca. 20%, und der generische Wettbewerb unter den Antidementiva beginnt erst.

Offensichtlich werden solche jährlichen Anpassungen der Fondssteuerung weitgehend als gegeben hingenommen, weil diese recht abstrakt und wenig verständlich sind.

Die Grundlage des Gesundheitsfonds und seine Zielsetzung sind hingegen durchaus nachvollziehbar.

Grundlagen des weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs

Zeitgleich mit der Vereinheitlichung des Beitragssatzes aller gesetzlichen Krankenkassen und mit der Etablierung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wurde der Risikostrukturausgleich weiterentwickelt, damit bei den Mittelzuweisungen aus dem Fonds an die Krankenkassen deren jeweilige Risiko- und Ausgabenstruktur sichergestellt ist. Damit sollten vor allem morbiditätsbedingte Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen weitgehend vermieden werden.

So hatte der erweiterte Risikostrukturausgleich primär das Ziel, dass Menschen mit bestimmten Erkrankungen nicht von den Kassen „herausselektiert“ werden können.

Bis zum 31. Dezember 2008 beschränkte sich der Risikostruktur-

ausgleich unter den Krankenkassen im Wesentlichen auf die Zahl der Mitglieder und der mitversicherten Familienangehörigen sowie auf Alter und Geschlecht der Versicherten. Zur Vermeidung einer Risikoselektion sieht § 268 Abs. 1 Ziff. 5 SGB V vor, dass bei der Bemessung der Morbiditätsgruppen 50 bis 80 Erkrankungen zu Grunde gelegt werden, die kostenintensiv, chronisch und schwerwiegend sein müssen. Darüber hinaus präzisiert die Rechtsverordnung über das Verfahren zum RSA, dass die Krankheiten „eng abgrenzbar“ sein sollen (§ 31 Abs. 1 RSAV). Ein wissenschaftlicher Beirat beim Bundesversicherungsamt, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf Vorschlag des Bundesversicherungsamtes und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bestellt, erarbeitet und überarbeitet den Katalog der in den Risikostrukturausgleich einzubeziehenden Krankheiten (§ 31 Abs. 2 Satz 1 RSAV).

Aus der Perspektive der Alzheimer-Demenz sind mit Blick auf die morbiditätsbedingten Zuweisungen zwei Anlagen der Risikostrukturausgleichsverordnung von Bedeutung, deren nähere Betrachtung lohnend ist, weil erkennbar ist, dass damit zwar Geldströme gesteuert werden können, aber eine qualitätsorientierte Mittelzuweisung weit davon entfernt ist.

Man muss in die Details einsteigen, um die Steuerungsmethodik mit ihren jährlichen Anpassungen nachvollziehen zu können.

Die Krankheit als Aufgreifkriterium am Beispiel der Alzheimer Demenz

Die Anlage 2 der RSAV enthält die diagnosespezifischen Aufgreifkriterien geordnet nach den 80 bestimmten Krankheiten. Der Demenz mit der Krankheitsziffer Nr. 32 werden vier Diagnosegruppen zugeordnet. Auffallend ist, dass nur bei der Diagnosegruppe mit der Ziffer 249 „Degenerative Hirnerkrankungen/Morbus Alzheimer“ Arzneimittelverordnungen als Aufgreifkriterium relevant sind, nicht hingegen bei der nicht näher bezeichneten Demenz (Ziffer 244), auch nicht bei der Demenz mit Delir (Ziffer 245) und ebenso nicht bei Demenz bei anderen Erkrankungen und bei hirnorganischem Psychosyndrom (Ziffer 248). Dies ist deshalb bedeutsam, weil in vielen Fällen entweder eine stationäre Aufnahme oder die verordneten Arzneimittel aus der vertragsärztlichen Versorgung zur Validierung der Diagnose herangezogen werden.

Diese Ausschließlichkeit - nur bei der Diagnose 249 sind verordnete Arzneimittel zur Validierung der Diagnose relevant, nicht hingegen bei allen anderen aufgeführten Demenzformen - ist insofern nachvollziehbar, als nur für die Diagnose Alzheimer international zugelassene und allgemein anerkannte Wirkstoffe zur Verfügung stehen: die Acetylcholinesterase-Hemmer und der NMDA-Rezeptorantagonist Memantine. Dies spiegelt sich auch in den konsentierten Demenz-Leitlinien, wie z. B. in der Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz - herausgegeben von der DGPPN und der DGN - wider.

Die Anlage 3 der Rechtsverordnung (RSAV) enthält nur Diagnosegruppen, für die Arzneimittelverordnungen als Validierungskriterium

genannt sind; und sie führt nur die Wirkstoffgruppen auf, für die Zuweisungen aus dem Fonds an die Krankenkasse berücksichtigungsfähig sind. Überraschend ist, dass für die Diagnosegruppe 249 „Degenerative Hirnerkrankung/Morbus Alzheimer“ insgesamt 24 Wirkstoffgruppen genannt sind. Irritierend ist nicht so sehr, dass bei der Zuordnung der Wirkstoffgruppen auch Begleitdiagnosen offensichtlich berücksichtigt werden wie Depression und verhaltensbedingte Auffälligkeiten wie Aggression, aber es sind auch Präparategruppen aufgeführt - wie z. B. die Nootropika oder die Thrombozyten-Aggregationshemmer -, die eine gewisse Bedeutung bei den vaskulär bedingten Demenzen einmal hatten, aber nicht anerkannt sind speziell bei den neurodegenerativen Demenzen vom Alzheimer-Typ.

Differenzierte Diagnosen versus Arzneimittelménü

Im Falle der Alzheimerschen Erkrankung wäre die spezifische Arzneimitteltherapie, ausschließlich mit Anti-Alzheimer-Präparaten, ein sinnvolles Validierungsinstrument, weil diese Wirkstoffgruppen ein enges Indikationsspektrum haben - nur differenziert hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung. Darüber hinaus sind Off-Label-Anwendungen nicht bekannt. Es gibt keine Indikationsbereiche, in denen diese Präparate außerhalb ihrer jeweils zugelassenen Indikationen eingesetzt werden könnten. Insofern ist im Falle der Diagnosegruppe 249 dieses Zuweiskriterium grundsätzlich sinnvoll.

Es ist aber nicht nachvollziehbar, wenn einerseits die Diagnosegruppen nach Aufgreifkriterien tiefgehend differenziert werden - nach der jeweiligen Kausalität der Erkrankung -, dann aber ein undifferenziertes Arzneimittelspektrum gegenübersteht, das weit entfernt vom Standard einer qualitätsgesicherten und anerkannten Therapie ist.

Vergleicht man die Diagnose „Degenerative Hirnerkrankung/Morbus Alzheimer“ mit den berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln derselben Diagnosegruppe, so ist folgende Überlegung naheliegend: Verordnet der Vertragsarzt u. a. ein in die Jahre gekommenes Nootropikum - eventuell mit Tagestherapiekosten von 35 Cent -, kodiert die Diagnose 249 und verordnet insgesamt 183 DDD, so bekommt die Krankenkasse im Jahre 2012 einen Zuschlag aus dem Fonds von 183 x 2,945387118577 Euro [HMG 047/Hierarchisierte Morbiditätsgruppe], denn die jeweilige Krankenkasse erhält bei der richtig kodierten chronischen Erkrankung dann die Zuweisung aus dem Fonds, wenn von den berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln mindestens 183 Tagesdosen verordnet bzw. damit behandelt wurden. Die Bedingung ist also nicht, dass einige wenige spezifische Arzneimittel kontinuierlich verordnet werden, entscheidend für die Zuweisung ist die erwähnte Mindestmenge aus dem jeweiligen Wirkstoffpool.

Letztlich ist die aufgezeigte Entwicklung, die sich möglicherweise auch bei anderen Krankheitsbildern darstellt, unbefriedigend. Der Morbi-RSA ist sicherlich geeignet, grobe Wettbewerbsverzerrungen aus Sicht der Risikostruktur zu beseitigen und angemessene Mittel vom Fonds an die Krankenkassen zu transferieren; die jetzige Struktur ist aber weit davon entfernt, eine qualitativ gesicherte Versorgung einigermaßen zu gewährleisten. Dafür gibt die Situation bei der Alzheimerschen Erkrankung ein gutes Beispiel.

Brüche im System provozieren Fehlsteuerungen

Die Herausnahme der Demenz aus dem erweiterten Risikostrukturausgleich offenbart zwei wesentliche Widersprüche:

- Die Demenz ist eine der häufigsten und schwerwiegendsten chronischen Erkrankungen des höheren Lebensalters, verbunden mit einer

extremen Herausforderung für alle im Gesundheitssystem Betroffenen: für die pflegenden Angehörigen, für die vertragsärztliche Versorgung, für die ambulante und stationäre Pflege sowie für die stationäre Krankenhausbehandlung. Im Durchschnitt leben Menschen mit Demenz nach gestellter Diagnose bis zu ihrem Tod etwa 8 bis 10 Jahre. Dass diese Erkrankung kostenintensiv ist, ist allgemein bekannt. Nur durch die künstliche Trennung von Gesetzlicher Kranken- und Gesetzlicher Pflegeversicherung wird der Eindruck vermittelt, dass die Demenz keine kostenintensive Erkrankung ist.

- Man kann diese Sachverhalte aber auch anders betrachten: Durch die Trennung der beiden Sozialversicherungssysteme hatten die Krankenkassen nie ein besonderes Interesse daran, das zur Verfügung stehende Instrumentarium der medizinischen Versorgung voll auszus schöpfen. Das Thema der selten bewilligten medizinischen bzw. geriatrischen Rehabilitation zieht sich seit einigen Jahren sogar durch die Sozialgesetzgebung, weil der Gesetzgeber initiativ wurde. Die geriatrische Rehabilitation wurde mit dem GKV-WSG zwar „geadelt“, in dem aus einer Ermessensleistung eine Pflichtleistung wurde, aber an der Quote der bewilligten Anträge hat sich seit dem nichts geändert. Implizit können Krankenkassen wesentlich mitsteuern, ob eine Erkrankung kostenintensiv ist oder nicht.

Die Motivation der Krankenkassen oder des MDK durch Bewilligungen bzw. der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Richtlinien, sich bei dementiellen Erkrankungen für eine medizinische Behandlungspflege, für ambulante psychiatrische Pflege oder für medizinische Rehabilitation einzusetzen, wird unter den Gegebenheiten nach dem 1. Januar 2013 noch geringer sein. Besonders ausgeprägt war diese noch nie. Zurecht hatte der Sachverständigenrat in seinem Gutachten bereits 2005 darauf hingewiesen, dass aus Sicht der Krankenkassen ein Interesse besteht, Ausgaben in die Pflegeversicherung zu verschieben, folglich besitzen die Krankenkassen nur dann ein Interesse an präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, wenn sich deren Erfolge in der Krankenkasse und nicht als externe Effekte in der Pflegekasse niederschlagen. Wörtlich heißt es in dem Gutachten: „Die Krankenkassen handeln entsprechend ihrem Anreizsystem rational, wenn sie alle Kosten und Leistungen, die in den Grenzbereich zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit fallen, in die Pflegeversicherung verschieben. Bei der Verlagerung von Leistungen in die Pflegeversicherung verletzen die Kassen allerdings die Interessen der Pflegebedürftigen, denen infolge der starren Budgetierung in der Pflegeversicherung nur noch ein reduziertes Leistungsvolumen verbleibt.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670, S. 225)

Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, wenn Korrekturen an den zuweisungsfähigen Erkrankungen oder an dem Arzneimittelkatalog, der für die Validierung der jeweiligen Indikation relevant ist, ausschließlich zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt abgestimmt werden, abgesehen von einem Beirat, der im Benehmen von BVA und Spitzenverband Bund der Krankenkassen berufen wird.

In diesem Punkt sollte die Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) dringend korrigiert werden. Bei der Abgrenzung schwerwiegender, chronischer und kostenintensiver Erkrankungen und deren Validierung durch Arzneimittelverordnungen sollten auch unabhängige Experten der Medizin und der Pharmazie mitwirken. Es geht schließlich um die klinische bzw. pharmazeutische Rationale, mit der Geldflüsse zwischen dem Gesundheitsfonds und den Krankenkassen begründet werden. <<

Banik baut Winicker München auf

Foto: Daniel Zeitmann

>> Das unabhängige Auftragsforschungsinstitut Winicker Norimed GmbH mit Sitz in Nürnberg hält ein interdisziplinäres Team von rund 100 Mitarbeitern vor und baut nun den Sektor Beratung mit den Themen „Nutzenbewertung und Versorgungsforschung“ aus. Dazu gewann das 1993 von Jens Winicker gegründete Unternehmen den bisherigen Leiter Biostatistik und Epidemiologie von GSK, Dr. Dr. Norbert Banik. Der arbeitete nicht nur jahrelang bei Nutzenbewertungen von Arzneimitteln und seit 2011 bei der Erstellung von Nutzendossiers seines Ex-Arbeitgebers mit, sondern unter anderem auch beim dritten Memorandum zur Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF).



Für Winicker Norimed wird Banik mit seinen Mitarbeitern im neu eröffneten Büro in München den Bereich Nutzenbewertung, Epidemiologie und Versorgungsforschung etablieren und für letztere vor allem Studienkonzepte (Planung, Durchführung, Analyse, Interpretation) sowie Sekundärdatenanalysen (Studien basierend auf sektorenübergreifenden „Routinedaten“) und Unterstützung im Bereich Qualitätssicherung im Gesundheitswesen anbieten. <<

DGIM bei 22.000 Mitgliedern

>> Der Aufwärtstrend bei der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) setzt sich weiter fort: Im Juli begrüßte die Geschäftsstelle der DGIM das 22.000. Mitglied, was der Verband als einen Beleg dafür ansieht, wie gut die Leistungen der DGIM von Ärzten angenommen und geschätzt werden. Immerhin ist die DGIM die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland, deren Mitgliederzahl sich innerhalb der vergangenen acht Jahre nahezu verdoppelt hat. Seit ihrer Gründung im Jahr 1882 vertritt die DGIM die Anliegen von Internisten in Klinik und Praxis, Forschung und Lehre sowie in Fort- und Weiterbildung. Der Verband, geleitet von der Vorsitzenden Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann (Direktorin der HSK - Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH), ist die Interessenvertretung der Inneren Medizin in Politik und Öffentlichkeit, ebenso gegenüber Behörden und Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung. Zudem pflegt sie Kontakte und Beziehungen zu anderen Fachgesellschaften und fördert den wissenschaftlichen Austausch. <<

Expertenforum des BMC tagt

>> „Verbesserung der Versorgung durch neue Wege im Entlassmanagement“ nennt der Bundesverband Managed Care (BMC) sein nächstes Expertenforum der Plattform Versorgungssteuerung. Der BMC hat zum Entlassmanagement durch eine Expertengruppe ein umfassendes Positionspapier mit konkreten Lösungsansätzen für ein vernetztes und besser abgestimmtes Entlassmanagement erarbeitet und Anfang 2012 der Öffentlichkeit präsentiert. Die Eckpunkte des Papiers sollen am 27. September im Rahmen des Expertenforums unter den verschiedenen Sichtweisen der Krankenhäuser, ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger diskutiert werden. Ort: Geschäftsstelle Bundesverband Managed Care e.V., Friedrichstrasse 136, 10117 Berlin. Infos: bmcev@bmcev.de. <<

Young Lions gestartet

>> Vor gut 100 Tagen startete das Young Lions Gesundheitsparlament (YLG), initiiert von Janssen-Cilag: Über 80 junge kreative Köpfe aus dem ganzen Bundesgebiet arbeiten ehrenamtlich für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Initiator ist der forschende Arzneimittelhersteller Janssen aus Neuss. Das YLG setzt als Teil des Unternehmensengagements im Rahmen der Firmenphilosophie „Zukunftsarbeit“ neue Impulse für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und fördert die breite Diskussion. Dabei soll ganz bewusst die künftige Entscheidergeneration zu Wort kommen. Inzwischen sind die Parlamentarier in der inhaltlichen Arbeit vollständig angekommen - erste Diskussionsansätze sollen im Herbst stehen. <<

Patientennahe Forschung

>> Das Studienzentrum Freiburg des Deutschen Cochrane Zentrums veranstaltet am 10. Oktober im Otto-Krayer-Haus der Universität Freiburg das 4. Forum „Patientennahe klinische Forschung“. Die Veranstaltung stellt die Entwicklung zu mehr Transparenz aus der Perspektive betroffener Interessengruppen dar, wie der Arzneimittelzulassung, der Wissenschaft, der ärztlichen Praxis, der Hersteller sowie der Ethik und Gesetzgebung. Zum Thema Arzneimittelzulassung spricht Prof. Dr. Hans-Georg Eichler, Senior Medical Officer an der European Medicines Agency (EMA) in London.

Infos: studienzentrum-FORUM@uniklinik-freiburg.de. <<

Jauch leitet DGCH

>> Neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ist seit 1. Juli Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch, Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik am Klinikum der Universität München, Campus Großhadern. Damit verbunden ist auch der Wechsel im Amt des Generalsekretärs: Prof. Dr. med. Hartwig Bauer übergibt es an Prof. Dr. med. Hans-Joachim Meyer aus Hannover.

Mit dem Antritt der Präsidentschaft wird Jauch auch Tagungspräsident des 130. Kongresses der DGCH, der vom 30. April bis 3. Mai 2013 in München stattfindet. Mit seinem Motto „Chirurgie mit Leidenschaft & Augenmaß“ verbindet er in diesem Kongress aktuelle Herausforderungen des Faches: Den Gewinn chirurgischen Nachwuchses, wissenschaftlichen und technischen Fortschritt ebenso wie die tägliche Versorgung der Patienten. Der Kongress in München ist für Jauch ein „Heimspiel“: Seit dem Jahr 2002 leitet er die Chirurgische Klinik in Großhadern.

Dem Vorstand der DGCH für das Jahr 2012/2013 gehört weiterhin Prof. Dr. med. Markus W. Buehler als erster Vizepräsident an. Zweiter Vizepräsident und damit Präsident für die Amtsperiode 2013/14 wird Prof. Dr. med. Joachim Jähne aus Hannover. Zum dritten Vizepräsidenten und damit Präsident für 2014/2015 wählte die DGCH Prof. Dr. med. Peter M. Vogt aus Hannover. <<

„AnyDay“ am 11. Oktober

>> Unter dem Titel „Auf der Suche nach Innovationen im Gesundheitsmarkt - Erfolge und Misserfolge aus der Praxis“ steht der 10. AnyDay Innovation Gesundheit in Stuttgart. Am 11. Oktober erwartet die Teilnehmer in der Mercedes-Benz-Arena ein straffes Programm, das in drei parallel stattfindenden Fachforen aufgeteilt wurde, wobei die Veranstaltungen jeweils im Plenum beginnen und enden. Die Alternativen:

- **Forum I:** „Die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen“ - Erfahrungen in der Erfolgsmessung innovativer Versorgungslösungen
- **Forum II:** „Best and worst practice im Gesundheitswesen“ - Sichtweisen der GKV, PKV, Industrie, Unternehmen und Leistungserbringer
- **Forum III:** Innovationen bei AnyCare - Erfahrungsberichte neuer Versorgungslösungen

Infos: <http://www.anycare.de> <<

Interview zum „AnyDay“ mit Winfried Baumgärtner (mhplus BKK) und Dr. Thorsten Pilgrim (AnyCare GmbH)

„Bedürfnisse des Kunden stehen im Fokus“

Auf dem dem „AnyDay - Innovation Gesundheit“ am 11. Oktober 2012 in der Stuttgarter Mercedes-Benz-Arena (s. auch S. 22) werden eine Reihe innovativer Versorgungsmanagement-Lösungen vorgestellt. Dabei geht es nicht darum, Projekte mit der „rosa-roten Brille“ zu betrachten, sondern gezielt über Erfolge und Misserfolge zu berichten. Diverse Schwerpunkte beleuchten drei Foren, in denen über Erfahrungen in der Erfolgsmessung (Forum I), best and worst practice im Gesundheitswesen aus verschiedenen Blickwinkeln (Forum II) und innovativen Lösungen (Forum III) berichtet wird. MVF sprach mit Winfried Baumgärtner, Vorstand der mhplus BKK in Ludwigsburg, und Dr. Thorsten Pilgrim, Sprecher der Geschäftsführung von AnyCare.

>> **Wie schwer haben es innovative Ideen, im Versorgungsmanagement umgesetzt zu werden?**

Pilgrim: Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem ständigen Wandel mit kontinuierlichen Anpassungen in der Gesetzgebung. Diese Änderungen können einerseits dazu führen, dass Impulse für neue innovative Lösungen gefunden werden müssen. Andererseits schürt es auch sehr viel Unsicherheit auf Seiten unserer Auftraggeber, neue Versorgungslösungen anzubieten. Wo vormalig Versorgungslösungen isoliert auf dem Papier entwickelt wurden, wachsen heute innovative Versorgungsmanagement-Lösungen gemeinsam mit dem Kunden und entsprechend dessen Bedürfnissen. Damit hatten wir die Möglichkeit, uns gezielt auf die Kundenwünsche einzustellen und innovative Lösungen in verschiedenen Bereichen zu entwickeln. So gelingt es uns heute, in relativ kurzer Zeit Betreuungsprogramme zu entwickeln, die sich auf ein ganz bestimmtes Krankheitsbild konzentrieren, unterschiedliche Betreuungsbausteine (Medien, Telefonie, Telemonitoring, Vor-Ort-Betreuung etc.) beinhalten oder verschiedene Kundensegmente zu bedienen.

Welchen Stellhebel kann die Politik bei Innovationen einsetzen?

Baumgärtner: Die wesentliche Rolle in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens kommt Markt und Wettbewerb zu. Auch in der GKV hat Wettbewerb viel bewegt. Politik hat ihren Beitrag geleistet, indem sie mit der Möglichkeit der Versicherten, ihre Kasse relativ einfach zu wechseln, Marktverhältnisse zugelassen hat. Zudem wurden erste Rahmenbedingungen für eine selektive Vertrags- und Produktpolitik geschaffen. Ihre Rolle sollte sein, das Spannungsverhältnis zwischen sozialer Fürsorge zugunsten der Bürger und der Ermöglichung innovativer Weiterentwicklung gut im Lot zu halten. Sie leistet ihren Beitrag dadurch, dass sie wettbewerbliche Rahmenbedingungen erhält bzw. noch weiter verstärkt.

Warum sind Qualität von Ideen und Innovation im Bereich Gesundheit keine Garanten für eine zügige Umsetzung in die Versorgungsrealität?

Pilgrim: Unsere Erfahrung ist, dass innovative Versorgungslösungen am besten in die Versorgungsrealität transferiert werden, je mehr sich das Betreuungsprogramm an den Bedürfnissen des Kunden und der Teilnehmer ausgerichtet hat. Gleichzeitig hängt die Akzeptanz solch eines Betreuungsprogramms stark von der Kommunikation dessen ab. Ein Präventionsprogramm, zum Beispiel, kann noch so effektiv sein, wenn der Nutzen und die Vorteile für den Teilnehmer nicht richtig heraus gestellt werden. Denn letztlich kann ein innovatives Betreuungsprogramm erst Effekte erzielen, wenn die angesprochenen Versicherten daran teilnehmen. Wichtig ist, dass man bei der Entwicklung innovativer Lösungen nie das Ziel, den Versicherten mit all seinen Bedürfnissen und den Kunden mit seinen Erwartungen, aus dem Auge verliert.

Wo würden Sie die Innovationshemmnisse verorten?

Baumgärtner: Finanzausgleiche, die Weiterentwicklung nicht belohnen,

hohe Aufsichtsbedürfnisse und -hürden, Budgetvorgaben und fehlende Finanzhoheit der Kostenträger können hinderlich sein. Das Verbot der Eigenbetriebe von Krankenkassen und die insoweit fehlende Möglichkeit eigener Investitionsverantwortung wirkt hemmend.

Pilgrim: Unsere Innovationen entstehen in der Regel aus konkreten Bedürfnissen unserer Kunden. Mehr und mehr geraten wir aktuell in die Situation, die Effizienz und Effektivität unserer Betreuungsprogramme unter Beweis zu stellen - und dies ist auch richtig so. Denn nichts liegt uns ferner als Lösungen anzubieten, die keinen Mehrwert bieten - weder für den Kunden, noch für den betroffenen Teilnehmer. Beim Thema Erfolgsmessung innovativer Lösungen stoßen wir jedoch an viele Grenzen. Zum Einen ist die Datenlage nicht immer so gegeben, wie wir sie für eine Evaluation benötigen. Zum Anderen sind die Anforderungen unserer Kunden an die Methoden der Erfolgsmessung sehr unterschiedlich. Um dieser „Innovationsbremse“ entgegen zu wirken, haben wir mit einigen gesetzlichen Krankenkassen eine sogenannte Entwicklungspartnerschaft gegründet. Diese Entwicklungspartnerschaft hat zum Ziel, gemeinsam mit den Kunden einen einheitlichen Standard in der Erfolgsmessung von Versorgungsmanagementprogrammen zu entwickeln. Damit möchten wir einen weiteren Beitrag zum Abbau dieser Hemmnisse leisten.

Was sind Innovationsbeschleuniger?

Baumgärtner: Förderlich für Innovationen sind offene und risikofreudige Mitarbeiter, Nähe zum Kunden, Wettbewerb und handlungsfähige Strukturen der Beteiligten.

Pilgrim: Sprechen, Netzwerken und sich aktiv im Markt bewegen ist für uns das A und O in der Entwicklung von Innovationen. Neue Ideen generieren wir gemeinsam mit Kunden, beschleunigen diese durch eine Produktentwicklung, die standardisierte Betreuungsmodule individuell zusammen stellt und in möglichst kurzer Zeit Lösungen am Markt platziert. Innovationsbeschleuniger können zudem kurze Wege, pragmatische Vertragslösungen und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auf Fachebene sein. Dies alles sind für uns wichtige Beschleuniger von innovativen Versorgungslösungen.

Schein-Innovation, Schritt-Innovation, Sprung-Innovation. Stimmt die These: Ohne "Schein kein Schritt kein Sprung"?

Pilgrim: In der Automobilbranche ist es in der Regel so, dass innovative Lösungen zunächst im Luxus-Segment verbaut werden und erst Jahre später zur Standardausstattung in der Mittelklasse werden. In einigen Bereichen des Gesundheitswesens ist es ähnlich. Hier wird jedoch vielmehr darin unterschieden, ob Leistungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen oder ob diese auf Selbstzahlerbasis angeboten werden.

Danke für das Gespräch <<

DGbV auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin

„Patientenorientierung als entscheidender Erfolgsfaktor“

Vom 13. bis zum 15. Juni fand in diesem Jahr der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin statt. Er ist das bedeutendste Kongressereignis der deutschen Gesundheitsbranche. Hier werden Jahr für Jahr wichtige Reformvorhaben diskutiert und Weichen zur Modernisierung des Gesundheitswesens gestellt. Beim Hauptstadtkongress treffen sich Entscheidungsträger und Vordenker der Gesundheitswirtschaft.

>> Die DGbV war als Verband zusammen mit sechs seiner Mitglieder in diesem Jahr zum ersten Mal mit einem eigenen Messestand und einem umfangreichen Vortragsprogramm an allen drei Tagen vertreten. Es ging darum, die Produkte, Dienstleistungen und Inhalte der Mitgliedsfirmen und des Verbandes zu re-präsentieren. Aus verschiedenen Perspektiven konnten die Besucher erfahren, wie Patienten als Teilnehmer des Systems gestärkt werden können, wie das System sich dadurch mehr am Bürger orientieren kann und welche Akteure dabei eine Rolle spielen können. Die DGbV stellte die Patientenorientierung als den entscheidenden Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen vor und diskutierte diese Thesen bei den Vorträgen.

An den drei Tagen wurden durch die namhaften Referenten folgende Teilaspekte erläutert:

- **Die Relevanz der Patientenorientierung.** Der größte Erfolg eines Gesundheitssystems ist die Gesundheit seiner Bürger. Welche Faktoren spielen dabei eine entscheidende Rolle? Die DGbV stellte die Patientenorientierung als den entscheidenden Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen vor.
- **Wir machen den Patienten zum Chef!** Was macht ein System effektiv? Unter anderem Kommunikation. Gelingt sie, entsteht Kompetenz beim Gesprächspartner. Je mehr Kompetenz im System vorhanden ist, desto besser sind die Ergebnisse. Diese Aspekte wurden in mehreren Best-Practice-Beiträgen dargestellt.
- **Ausbildungsstandards für Patientencoaches.** Welche Qualifikationen sind für einen Patientencoach notwendig? Ist überall, wo Patientencoaching draufsteht auch Patientencoaching drin? Während der Veranstaltung gelang es, viele Besucher zu Botschaftern der DGbV (s. Bild) zu machen. Botschafter für ein erfolgreiches Gesundheitssystem.

Für die DGbV heißt **Bürgerorientierung:** den Menschen nicht in seiner herkömmlichen Rolle als Objekt des Gesundheitswesens zu sehen, sondern als aktiven und mitverantwortlichen Partner und Handelnden im Rahmen seiner individuellen und kollektiven Bedarfe, Bedürfnisse und Möglichkeiten. Diese Rolle ist mit Rechten und Pflichten verbunden.

Es ist das Ziel des Versorgungsmanagements, einen „reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege“ zu schaffen, um Pflegebedürftigkeit oder stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden. Vor allem sollen Schnittstellenprobleme in andere Versorgungsbereiche gelöst werden. Gegenstand und Inhalte des Versorgungsma-



agements sind Datenübermittlung, Informationsaustausch zwischen den Leistungsträgern und Beratung und Information des Versicherten.

Auf dieser Basis wollen wir gemeinsam als DGbV

- das Gesundheitssystem gemeinsam mit allen Beteiligten effizienter gestalten!
- dass alle Beteiligten des Gesundheitssystems die Bürgerorientierung leben!
- dass Bürgerorientierung zum wesentlichen Bestandteil der Behandlung wird! <<

von: Ralf Pourie

Kommentar



Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
DGbV-Vizepräsident

Eine bessere Therapietreue von Patienten mit chronischen Erkrankungen würde helfen, Ausgaben und Produktionsausfälle in Höhe von insgesamt 38 bis 75 Milliarden Euro in Deutschland pro Jahr zu vermeiden. Allein für die Wirtschaft ließen sich mit einer optimierten Therapiebegleitung der Patienten bis zu 20 Milliarden Euro unnötige Kosten einsparen, so ein kürzlich veröffentlichtes Gutachten der Bertelsmann-Stiftung und des Beratungsunternehmens Booz & Company. Das ist „Wasser auf die Mühlen“ der DGbV, die seit Jahren auf diese Zusammenhänge hinweist.

Unter anderem schlagen die Gutachter neue Geschäfts- und Servicemodelle im Gesundheitswesen vor und erwähnen dabei auch „Patientencoaching-Angebote“. Es trifft sich gut, dass fast zur gleichen Zeit Berlins Patientenbeauftragte Karin Stötzner (s. Seite II) einen „Patientencoach“ gefordert hat.

Der Appell geht an Ärzte, Kassen, Unternehmen und Politiker. Sie sollten angesichts gefüllter Sozialkassen in entsprechende Programme investieren. Der Beitrag der DGbV: ein aktuelles zweibändiges Werk „Patientencoaching“ mit Ausbildungsempfehlungen und Qualitätsparametern. Bürger- und patientenorientiertes Versorgungsmanagement ist schließlich ein Erfolgskonzept, das sich rechnet.

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
DGbV-Vizepräsident

Termine

AG Vertrags- und Finanzierungsmanagement

Leitung Dr. J. N. Weatherly, R. Bals
22. August 2012 von 13.00 bis 17.00 Uhr
siehe Hinweis Forum (Seite II)

AG Bürger-/Patienten-/Versichertenbelange

Projekt „Leuchttürme“ - Praxisbeispiele und Erfahrungen aktiver Patientenbeteiligung - Leitfa-den für Akteure im Versorgungsmanagement
28. September 2012 von 10.00 bis 16.00 Uhr

In Planung:

AG Telematik zur Patientenselbststeuerung

Moderatoren:
Prof. Dr. Thomas Wolf/Matthias Deters
17. Oktober 2012

Ort: NEWSTAND Management-Akademie
14052 Berlin, Heerstraße 12 - 14

Arbeitsgruppe in Gründung: „Versorgungsanalysen“

Im zweiten Halbjahr dieses Jahres wird die DGBV mit der neuen AG Versorgungsanalysen unter der AG-Leitung von Christian Luley starten. Die Planungen hierzu sind schon weit fortgeschritten. Die AG Versorgungsanalysen soll die bisherige Arbeit in der DGBV um ein wichtiges Gebiet ergänzen, denn eine bürgerorientierte Gesundheitsversorgung ist ohne das Wissen um den objektiven Versorgungsbedarf sowie die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten kaum vorstellbar.

Die AG wird sich damit beschäftigen, wie diese Informationen im Vorfeld der Planung von Konzepten und Maßnahmen zum Versorgungsmanagement generiert und auch bei der Bewertung dieser Maßnahmen genutzt werden können. Wie dies im Detail aussehen kann, wird Gegenstand der Arbeit der AG Versorgungsanalysen sein.

Hierzu laden wir Vertreter aller interessierten und betroffenen Institutionen und Unternehmen ein, sich dieser Aufgabe übergreifend zu stellen und sich aktiv in die DGBV einzubringen. Es geht auch darum, Ideen zu kreieren, wie der in den §§303a-e SGB V formulierte Gedanke einer institutionenübergreifenden Bereitstellung eines gemeinsamen Datenpools im Rahmen ganz konkreter Projekte gelebt werden kann - und dies im Sinne einer noch näher am Bürger ausgerichteten Versorgung.

Ansprechpartner: Christian Luley (Leiter des Berliner Büros der INSIGHT-Health GmbH & Co. KG) oder die Geschäftsstelle der DGBV.

Karin Stötzners Forderung

Patientenbeauftragte fordert Patientencoach

„Gerade alte Leute, die überfordert sind mit Pflegeversicherung, ärztlicher Versorgung, ambulanter Reha oder Fahrdienst, brauchen keine Beratung, die brauchen Unterstützung“, sagte Berlins Patientenbeauftragte Karin Stötzner gegenüber der „Berliner Morgenpost“ (Dienstag 10. Juli).

>> Sie forderte damit indirekt einen Patientencoach. Stötzner weiter gegenüber der BM: „An der Art der Fragen, die ich gestellt bekomme, sehe ich da einen sehr großen Bedarf.“ Denn das gesetzlich vorgesehene Entlassungsmanagement der Krankenhäuser reiche nicht aus, weil viele Patienten von einer Stelle zur nächsten geschickt würden; hin und her zwischen Krankenhaus, Hausarzt und Kasse. <<

Forum der Arbeitsgruppe „Vertrags- und Finanzierungsmanagement“

Das Forum der „Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement“ trifft sich am 22. August von 13 bis 17 Uhr. Das Thema der Veranstaltung lautet „Die Finanzierung des GKV-Gesamtsystems“. Behandelt werden die Unterthemen: „Der Finanzausgleich in der GKV“, „Wie gerecht ist der Finanzausgleich?“ sowie „Wie wirken sich eventuelle Benachteiligungen für wen konkret aus?“

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt!

Für Mitglieder der DGBV e.V. und Mitarbeiter der DGBV-Mitgliedsunternehmen ist die Teilnahme kostenfrei. Von Nicht-Mitgliedern, die ebenfalls herzlich willkommen sind, wird eine Kostenbeteiligung von 160 Euro erhoben. **Anmeldung:** Geschäftsstelle der DGBV.

Zeitplan		
13:00 - 13:15	Begrüßung und Einführung	Dr. John N. Weatherly / DGBV
13:15 - 13:45	Die Sicht des Bundesversicherungsamtes	Dr. Dirk Göppfarth / BVA
13:45 - 14:15	Die Sicht der BKK VBU	Andrea Galle / Vorstand BKK VBU
14:15 - 14:45	Die Sicht der AOK Nordost	Frank Michalak/ Vorstandsvorsitzender AOK Nordost
14:45 - 15:00	Diskussion des 1. Teils	Dr. John N. Weatherly / DGBV
15:00 - 15:30	Kaffeepause	
15:30 - 16:00	Die Sicht des Patientenbeauftragten	Anfrage läuft
16:00 - 16:30	Die Sicht der ärztlichen Leistungserbringer	KBV (angefragt)
16:30 - 17:00	Abschlussdiskussion Fazit / Verabschiedung	Dr. John N. Weatherly / DGBV

JETZT ERHÄLTlich:

Patientencoaching Band 2

Fach- und Feldkompetenz
Qualitätssicherung
Ausbildungsempfehlungen
Checklisten

Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“. Bestellen Sie einfach und direkt bei Amazon - ISBN 978-3-9814519-2-4 Buchhändler bestellen direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - info@erelation.org



Gastbeitrag:

Wettbewerbsvorteil durch bevölkerungsnah und patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus

Um nicht nur Privatpatienten und Patienten mit gutem Risiko, einer klaren Diagnose und einschätzbarer Tragweite der Erkrankung abzudecken, sondern die primäre Aufgabe der bevölkerungsnahen Versorgung zu erfüllen, wird die Positionierung und das entsprechende Marketing, wie in der Industrie schon lange angewendet, auch für Kliniken und andere medizinische Leistungserbringer immer wichtiger. Sie befinden sich in einem komplexen Geflecht aus Ansprüchen unterschiedlicher Interessengruppen wie Klinikverwaltungen, Leitenden Ärzten, Krankenkassen, Pflegepersonal, Patienten. Aufgrund der außerbetrieblichen Einflüsse auf das Kostenmanagement und der hohen Markttransparenz steigt der Wettbewerbsdruck auf die medizinischen Dienstleister.

>> „Kostengünstige“ Patienten mit niedriger Verweildauer treffen daher das Interesse der Klinikleitungen. Insbesondere Privatpatienten mit dem Wunsch nach einem kurzen, effektiven Behandlungszeitraum passen in dieses Konzept. Sie sind höchst profitabel und geben ihrem Versorger gute Mundpropaganda, sofern ihr Wunsch nach exklusiver Betreuung erfüllt wird. Dies sind die oft beobachteten ersten und wohl leichtesten Schritte zur Erhaltung der Wirtschaftlichkeit - leider zu Lasten der Patienten und dem Image des Krankenhauses.

Was bedeutet unter diesen Voraussetzungen bevölkerungsnah Versorgung?

Nah am Patienten zu handeln, bedeutet eine gute und schnell erreichbare medizinische Versorgung sicher zu stellen. Wenn Kliniken ihre Marktsituation nicht vollständig überblicken und Behandlungen regional doppelt und mehrfach angeboten werden, geht diese wirtschaftliche Ausrichtung verloren bzw. auf Kosten der Patienten. Soll die Gesundheit der Patienten im Vordergrund stehen und gleichzeitig profitabel gewirtschaftet werden, ist der Blick auf die Stärken und Schwächen des Krankenhauses und auf das regionale Marktumfeld zu richten.

Welche Schritte sind für Krankenhaus-trägerschaften und die Geschäftsleitungen erforderlich? Eine aussagekräftige Analyse beinhaltet folgende Fragestellungen:

- Wofür möchten wir als Gesundheitsinstitution stehen?
- Welche Ziele haben wir?
- Unter ethischer, wirtschaftlicher und sozialverantwortlicher Sicht.
- Welche Kernleistungen bieten wir an?
- Wer sind meine Zielpatienten? Woher kommen sie?
- Wer sind meine unmittelbaren Wettbewerber (mit welchen Schwerpunktleistungen)?
- Welche Versorgungsleistungen sind regional schwach abgedeckt?
- Um welche Versorgungsangebote können wir

unser Leistungsspektrum erweitern?

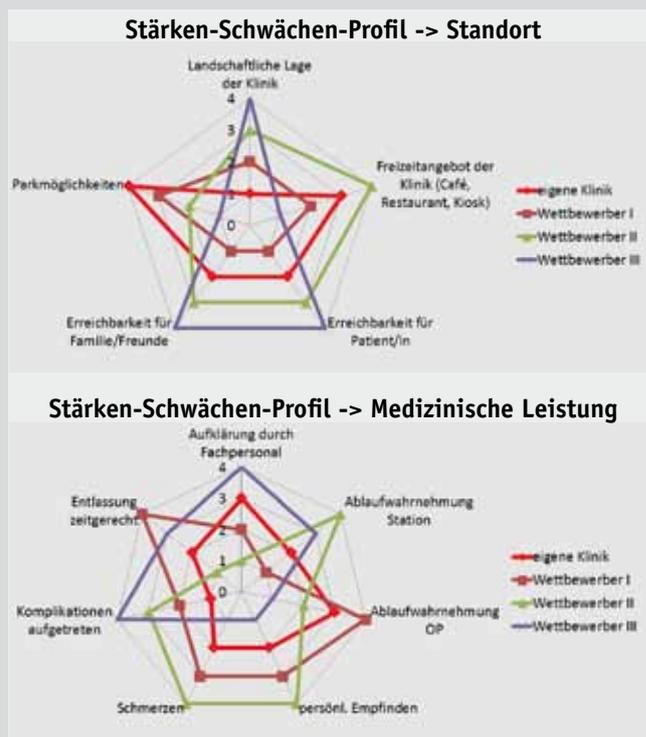
- Was ist unseren Patienten und unseren Zuweisern wichtig?
- Wie können wir unsere angebotenen Leistungen den nachgefragten effizient anpassen?
- Alles in allem: Wie und womit können wir uns unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bestmöglich von anderen Leistungserbringern unterscheiden?

Auch wenn vordergründig die DRG das Krankenhausgeschehen bestimmen, jedenfalls was die GKV-Versicherten betrifft, so sind daneben doch tiefer gehende Analysen zu empfehlen. Bei deren Auswertung können eine Diversifizierung der Klinikleistungen und eine Hochrechnung dargestellt werden, die sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Profitabilität des Zukunftsmarktes abbilden.

Der Gesetzgeber arbeitet an neuen Regelungen, welche für die medizinischen Leistungserbringer weitere Erlösmöglichkeiten eröffnen. Diese frühzeitig zu nutzen und sich entsprechend im Gesundheitsmarkt zu etablieren, ist genauso wichtig wie die Positionierung im Patienten- und Zuweiserumfeld. Der G-BA und die deutschen Krankenversicherer sehen in den neuen Erprobungsregelungen, neben der Einbindung der medizinischen Leistungserbringer in diesen Prozess, eine sehr

gute Basis, den medizinischen Nutzen neuer Technologien qualitativ aussagekräftiger bewerten zu können. Denn nicht alle neuen Produkte erfüllen die Kriterien, besser, effektiver oder kostengünstiger zu sein. Im stationären Versorgungsbereich gilt mit dem Verbotsvorbehalt (medizinische Leistungen werden so lange erstattet, bis der G-BA einen Erstattungsausschluss hierfür explizit ausspricht) eine Regelung, die es neuen Produkten und/oder Technologien ermöglicht, sich im Markt zu etablieren, ohne ihre definitive Wirksamkeit am Patienten und einen positiven Kosten-Nutzenvergleich nachzuweisen.

Mit einem runden, an die Marktsituation angepassten Leistungsportfolio werden glei-



Beispielhafte Aspekte, die aus Patientensicht das Meinungsbild über ein Krankenhaus und damit dessen Wettbewerbsposition beeinflussen können, sind in den beiden Abbildungen dargestellt.

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
 Dipl.-Pflegerwirt (FH) Andreas Worch
 Saskia Meyer, M.Sc.
 Dipl.-Pflegerwirt (FH) Johannes Gräske

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz - eine Versorgungsform mit Zukunft?

Wie viele andere - vor allem westliche Länder - wird sich die demografische Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland in den nächsten Jahren deutlich verändern. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2006: 23) erhöht sich die Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen von 12 Millionen im Jahr 2005 auf 13 Millionen im Jahr 2050. Parallel dazu steigt mit dem Anteil älterer und hochaltriger Personen in der Gesellschaft auch die Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf. Damit rückt zunehmend die Frage nach Versorgungserfordernissen und -bedarfen in den Vordergrund. Ein besonderes Augenmerk muss dabei der Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) gelten, da demenzielle Erkrankungen zu den schwerwiegendsten und auch zahlenmäßig häufigsten Erkrankungen im Alter zählen und die Prävalenz demenzieller Erkrankungen mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt (Weyerer 2005: 7). Derzeit gehen Schätzungen für das Jahr 2050 von mehr als zwei Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung in Deutschland aus (Ziegler/Doblammer 2009; Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008; Bickel 2001; Bickel 2000). Nach Angaben einer Presseerklärung des Statistischen Bundesamtes werden die Krankheitskosten für Demenzerkrankungen für das Jahr 2008 in Deutschland mit 9,4 Milliarden Euro beziffert. „Allein bei Demenz und Depressionen erhöhten sich die Kosten in diesem Zeitraum [von 2002 bis 2008] um zusammen 3,5 Milliarden Euro beziehungsweise 32 %. Insgesamt sind die Krankheitskosten seit 2002 um 35,5 Milliarden angestiegen (+ 16 %) und lagen im Jahr 2008 bei 254,3 Milliarden Euro.“ (Statistisches Bundesamt 2010).

>> Nach Angaben des Welt-Alzheimer-Reports leben in Deutschland mehr als die Hälfte aller Menschen mit demenziellen Erkrankungen im eigenen Haushalt (Wimo/Prince 2010). Die Mehrzahl der Leistungsempfänger nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) wird derzeit ambulant und zumeist auch von Angehörigen versorgt (Statistisches Bundesamt 2008, 2011). Mit zunehmender Schwere der Erkrankung erfolgt häufig der Übergang in eine vollstationäre Heimversorgung (Luppa et al. 2010). Unter dem Stichwort „Deinstitutionalisierung“ wurden in den vergangenen Jahren jedoch zunehmend Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz angestoßen, die kleinräumliche Versorgungsstrukturen und Beibehaltung alltags- und familiennaher Strukturen favorisieren. Verbeek et al. (2009) identifizierten in einem internationalen Vergleich

Zusammenfassung

In Deutschland und insbesondere in Berlin hat die Versorgungsform der ambulant betreuten Wohngemeinschaft (WG) für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz in den letzten Jahren einen großen zahlenmäßigen Aufschwung erfahren. Ziel der Versorgung in ambulant betreuten WG ist es, Lebensqualität und Autonomie ihrer Bewohner/innen in größtmöglichem Umfang trotz krankheitsbedingter Einschränkungen zu ermöglichen. In den Jahren 2006, 2009 und 2011 wurden jeweils Querschnittstudien zu Bewohner- und Versorgungsstrukturen in ambulant betreuten WG in Berlin durchgeführt. Über einen Zeitraum von fünf Jahren ist die Anzahl ambulant betreuter WG in Berlin um mehr als das 2,5-fache angestiegen. Die Versorgung von MmD findet zunehmend in darauf spezialisierten WG statt. Kennzahlen zu Bewohnermerkmalen zeigen, dass sich die versorgte Klientel im Zeitverlauf nicht wesentlich verändert hat. Ambulant betreute WG sind zu einem Teil der Regelversorgung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz geworden. Nicht zuletzt durch aktuelle gesetzliche Regelungen wie dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz ist zu erwarten, dass diese Entwicklung anhalten wird.

Schlüsselwörter

Demenz, Langzeitpflege, Versorgungsstrukturen, Wohngemeinschaft

elf kleinräumige Wohn- und Versorgungsformen, die auf ältere Menschen mit Demenz ausgerichtet sind und maximal 15 Bewohner/innen pro Haus oder Einheit umfassten. In Deutschland und insbesondere in Berlin hat dabei die Versorgungsform der ambulant betreuten Wohngemeinschaft (WG) in den letzten Jahren einen großen zahlenmäßigen Aufschwung erfahren (Wolf-Ostermann et al. 2012b). Erste Vorläufer von ambulant betreuten WG finden sich seit Ende der 1980er Jahre in Deutschland, in Berlin wurde die erste WG 1996 gegründet (Pawletko 1996). Fischer et al. (2011a) beschreiben die Entwicklung ambulant betreuter WG für pflegebedürftige Menschen/MmD in drei Phasen:

- Phase I: Gründung erster WG zumeist als „Betroffeneninitiativen“
- Phase II: WG werden zunehmender Teil der Regelversorgung, z. B. durch finanzielle Anreize, Anschubfinanzierungen oder Förderung durch Ministerien
- Phase III: Etablierung am Markt und zunehmende gesetzliche Verankerung.

Verlässliche bundesweite Angaben zur aktuellen Anzahl von WG in der BRD fehlen derzeit weiterhin, grobe Schätzungen gehen von ca. 1.000 bis 1.500 WG aus, allein in Berlin beträgt die Anzahl von WG für Menschen mit Pflegebedarf nach Angaben der Berliner Heimaufsicht derzeit ca. 465 WG.

Ambulant betreute WG stellen einen Zwischenschritt zwischen der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder der Familie und der vollstationären Versorgung in Heimen dar (Fischer et al. 2011b). Ähnlich wie in vergleichbaren internationalen Versorgungsformen (Verbeek et al. 2009) steht auch bei ambulant betreuten WG die Beibehaltung typischer familienähnlicher Lebens- und Wohnstrukturen im Vordergrund, d.h. räumlich sind beispielsweise Küchen und gemeinsame Wohn-/Esszimmer für die Bewohner/innen vorhanden und in die Pflege und Betreuungsleistungen werden alltägliche häusliche Verrichtungen mit einbezogen. In der Regel leben sechs bis acht alte Menschen (Fischer et al. 2011a; Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008) mit unterschiedlichem Pflege- und Versorgungsbedarf in einer WG zusammen. Roßbruch (2009) beschreibt als wesentliche Merkmale von WG:

- es dürfen keine Träger/Betreiber vorhanden sein,
- der Mietvertrag muss unabhängig von Verträgen zu Betreuungs-/Pflegeleistungen abgeschlossen werden,
- Vermieter und Erbringer der Pflegeleistung müssen zwei unterschiedliche juristische Personen sein,
- die Wahlfreiheit bezüglich des Pflege-/Betreuungsanbieters muss

gegeben sein,

- die eigene Häuslichkeit (SGB XI)/Haushaltsführung muss vorliegen.

Zwar sind die Bewohner/innen von WG grundsätzlich frei in der Wahl des Pflegedienstes, in der Praxis ist jedoch oftmals in jeder WG nur ein Pflegedienst tätig (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008; Wolf-Ostermann 2007; Wolf-Ostermann/Fischer 2010). Die Leistungen der Pflegedienste unterliegen dabei den üblichen Vorgaben der Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI sowie ggf. des Krankenversicherungsgesetzes (SGB V) und der Hilfe zur Pflege nach SGB XII (Wolf-Ostermann et al. 2012b). In Berlin können zudem für Bewohner/innen einer WG mit mindestens Pflegestufe II Pflege- und Betreuungsleistungen der Leistungskomplexe LK 19 und LK 38 zusammengelegt werden, um so entstehende Kosten gemeinsam abzudecken (Berliner Senatsverwaltung 2005).

Ziel der Versorgung in ambulant betreuten WG ist es, Lebensqualität und Autonomie ihrer Bewohner/innen in größtmöglichem Umfang trotz der krankheitsbedingten Einschränkungen zu ermöglichen. Ambulant betreute WG sind daher durch ein Netzwerk an Akteuren gekennzeichnet, die für eine erfolgreiche Versorgung und Betreuung notwendig sind. Hierzu gehören neben Pflegediensten auch Ärzte, Therapeuten, Dienstleister (z.B. Mobilitätshilfedienste) sowie Angehörige und ehrenamtlich Helfende. Insbesondere Angehörigen wird dabei von der ursprünglichen Idee der WG eine wichtige Rolle in der unterstützenden Betreuung zugebracht (Gräse et al. 2011).

Rechtlich unterliegen ambulant betreute WG weder dem Heimgesetz noch sonstigen Regularien, die für stationäre Versorgungseinrichtungen gelten. Mit Ausnahme der Freistaaten Sachsen und Thüringen haben inzwischen jedoch alle Bundesländer gesetzliche Vereinbarungen zur Aufsicht und Prüfung ambulant betreuter WG geschaffen. So ist in Berlin bspw. seit Juli 2010 das „Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen“ (Wohnteilhabegesetz - WTG) in Kraft. Eine wesentliche Stärkung haben ambulant betreute WG auch durch das am 28. März 2012 vom Bundeskabinett beschlossene Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) erfahren. Um Hilfen für Menschen mit Demenz zeitnah und konkret umsetzen zu können, sollen diese zukünftig „ab dem 1. Januar 2013 im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mehr und bessere Leistungen erhalten. Damit verbunden sind weitere Leistungsverbesserungen von der Aufnahme der Betreuungsleistungen in den Sachleistungsanspruch, der Flexibilisierung der Inanspruchnahme, der Betreuung in Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen.“ (BMG 2012: 2). Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - sieht daher zukünftig konkrete Änderungen in Bezug auf ambulant betreute WG vor, insbesondere soll diese Wohn- und Betreuungsform auch durch finanzielle Anreize unterstützt werden.

Trotz der steigenden Bedeutung dieser Betreuungsform fehlen bisher jedoch valide und umfassende Datengrundlagen zu Versorgungsstrukturen und -outcomes ambulant betreuter WG. Anhand dreier aufeinanderfolgender Querschnittstudien für den Zeitraum 2006 - 2011 zu Versorgungsstrukturen in ambulant betreuten WG im Land Berlin soll daher im vorliegenden Artikel versucht werden, Entwicklungstendenzen aufzuzeigen und der Frage nachzugehen, ob und in welchem Umfang ambulant betreute WG ein Versorgungsmodell der Zukunft sind.

Methode

Berlin hat sich in den letzten Jahren zu einem Schwerpunkt der Versorgungsform ambulant betreuter WG für Menschen mit Pflegebedarf

und/oder Demenz entwickelt. In den Jahren 2006, 2009 und 2011 wurden jeweils Querschnittstudien zu Bewohner- und Versorgungsstrukturen in ambulant betreuten WG durchgeführt:

- 2006: „Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen“¹,
- 2009: „Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften - DeWeGE“²,
- 2011: „Forschungsbasierte Qualitätsentwicklung zur Stärkung von Lebensqualität und präventiven Potenzialen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen - WGQual“³.

Die drei Studien waren als Totalerhebung konzipiert und bezogen jeweils alle freigemeinnützigen und privaten Pflegedienste im Land Berlin ein, die an der Versorgung von Menschen in ambulant betreuten WG beteiligt waren. Die Befragungen umfassten jeweils die folgenden Bereiche:

- Versorgungssituation in der Wohngemeinschaft,
- Bewohner/innen zu einem festgelegten Stichtag,
- Einzüge und Versorgungssituation im vorangehenden Jahr,
- Auszüge im vorangehenden Jahr.

Erfasst wurden ausschließlich WG, deren Bewohner/innen von ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Vereinbarungen gemäß § 89 SGB XI und § 75 Abs. 3 SGB XII versorgt wurden. WG, deren Bewohner/innen auf der Basis von Verträgen zu Leistungstypen gem. SGB XII versorgt werden, waren nicht Gegenstand dieser Befragungen. Weitergehende Ein- oder Ausschlusskriterien wurden nicht definiert. Als Forschungsinstrument wurde jeweils eine schriftliche standardisierte Befragung eingesetzt, die an alle ambulanten Pflegedienste im Land Berlin versandt wurde.

Ergebnisse

Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf wesentliche Kennzahlen zur Bewohner- und Versorgungsstruktur. Ergebnisse zu Ein- und Auszügen aus den Studien werden nachfolgend nicht detailliert betrachtet.

Beteiligung an den Studien

Die Studie aus dem Jahr 2006 umfasste insgesamt die Daten zu 108 WG und 745 Bewohner/innen zum Stichtag 07.07.2006. Bezogen auf die zum damaligen Stichtag geschätzte Anzahl von 157 WG und 1.083 Bewohner/innen konnte somit ein Rücklauf von jeweils 68,8 % erzielt werden. Für die Studie aus dem Jahr 2009 wurde nach einer telefonischen Umfrage von 331 WG mit ca. 2.000 Bewohner/innen (Wolf-Ostermann et al. 2011; Gräse et al. 2011) ausgegangen. Insgesamt lagen Daten von 572 Bewohner/innen aus 105 WG zum Stichtag 30.01.2009 vor. Das bedeutet, dass der Rücklauf 31,7 % in Bezug auf die WG und 27,5 % hinsichtlich ihrer Bewohner/innen beträgt. Die letzte Studie aus dem Jahr 2011 erfasste zum Stichtag 11.02.2011 Daten von 396 Bewohner/innen aus insgesamt 58 WG. Bezogen auf eine Anzahl von 400 WG mit geschätzt ca. 2.600 Bewohner/innen liegt damit eine Rücklaufquote von 14,5 % aller WG und 15,2 % aller Bewohner/innen vor.

1: Wolf-Ostermann 2007, Wolf-Ostermann/Fischer 2010

2: Fischer / Wolf-Ostermann 2008, Wolf-Ostermann et al. 2012b

3: Gräse et al. 2010

Bewohner/innen von ambulant betreuten WG

Tab. 1 fasst wesentliche Kennzahlen zur Bewohnerschaft von ambulant betreuten WG in Berlin zusammen. Über einen Zeitraum von fünf Jahren ist die Anzahl ambulant betreuter WG in Berlin konstant um mehr als das 2,5-fache angestiegen. Gleichzeitig ist dabei der Anteil an WG, die Menschen mit Demenz aufnehmen, von etwas mehr als zwei Drittel auf mehr als 90 % angestiegen. Auch die Anzahl segregativer WG - also WG, die ausschließlich Menschen mit Demenz beherbergen - hat stetig zugenommen. Dagegen beträgt der Anteil von Bewohner/innen mit Demenz an allen Bewohner/innen relativ konstant 70 % - 80 %. Die Ausübung des Wahlrechts führt über alle drei Studien hinweg in weniger als 20 % aller WG dazu, dass tatsächlich mehrere Pflegedienste in einer WG tätig sind.

Die durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen pro WG beträgt über die betrachteten Jahre relativ konstant 6 bis 7 Personen und auch das Durchschnittsalter ist mit knapp 80 Jahren unverändert. In den WG beträgt der Anteil an Frauen etwa drei Viertel der Bewohnerschaft, lediglich in der letzten Studie wurde ein etwas geringerer Prozentsatz beobachtet. Der Anteil der Bewohner/innen ohne eine erfasste Pflegeeinstufung liegt durchgehend unter 10 %, hauptsächlich sind Bewohner/innen der Pflegestufe II in den WG vertreten. Der Anteil an Personen mit einer gesetzlichen Betreuung ist hoch und liegt in allen Studien über 70 %. Bewohner/innen wechseln unverändert überwiegend aus einem Privathaushalt in die WG. Aus analysierten Daten zu Einzügen geht hervor, dass die Belegung wohnortnah erfolgt. Es wird zudem ersichtlich, dass die WG zunehmend keine „Zwischenlösung“ in der Ver-

sorgung darstellen, sondern die meisten Bewohner/innen dort bis zu ihrem Tod verbleiben (Tab. 1).

Personalstruktur in ambulant betreuten WG

Die Daten zur Personalstruktur in den WG werden auf Basis von Vollzeitstellen miteinander verglichen (Tab. 2). Im Jahr 2006 standen im (arithmetischen) Mittel 0,8 Vollzeitstellen pro Bewohner/in in den WG zur Verfügung (Wolf-Ostermann et al. 2012b). Pflegefachkräfte (mit und ohne gerontopsychiatrische Qualifizierung) wurden dabei insgesamt von 72,2 % aller Pflegedienste beschäftigt, im (arithmetischen) Mittel standen 0,2 Vollzeitstellen pro Bewohner/in zur Verfügung. Zusätzlich wurden von 57,5 % aller Pflegedienste Pflegehelfer/innen und von ca. zwei Dritteln (65,3 %) Fachkräfte (mit und ohne Zusatzqualifizierungen für die Arbeit in WG) beschäftigt.

Im Jahr 2009 hat sich die personelle Ausstattung der WG auf durchschnittlich 1,3 Vollzeitstellen pro Bewohner/in verbessert. Die Anzahl der Pflegefachkräfte ist annähernd gleichgeblieben, jedoch ist die Relation Pflegefachkräfte pro Bewohner/in leicht besser. Weitgehend analog stellt sich auch die Entwicklung bei den Pflegehelfer/innen dar. Der überwiegende Anteil an WG beschäftigt sowohl Pflegefachkräfte (84,8 %) als auch Pflegehelfer/innen (96,2 %), sonstige (Fach-)Kräfte sind in fast allen WG vorhanden (98,1 %).

Im Jahr 2011 ist die Relation von Mitarbeiter/innen zu Bewohner/innen wieder leicht gesunken, liegt aber immer noch bei fast einem 1:1-Verhältnis. Ein leichtes Absinken im Vergleich zu 2009 zeigt sich auch bei den Relationen von Pflegefachkräften und Pflegehelfer/innen

Kennzahlen zur Bewohnerschaft von ambulant betreuten WG			
	2006 108 WG 745 Bewoh- ner/ innen	2009 105 WG 572 Bewoh- ner/ innen	2011 58 WG 396 Bewoh- ner/ innen
(geschätzte) Anzahl von amb. betreuten WG in Berlin	157	331	400
Anteil WG für Menschen mit Demenz (%)	69,5	87,6	91,4
Anteil segregative WG (%)	26,9	37,1	47,0
Anteil WG mit einem Pflegedienst (%)	88,8	99,4	81,0
Anzahl Bewohner/innen je WG (Mittelwert)	6,5	6,3	7,1
Alter in Jahren (Mittelwert)	79,5	79,4	78,4
Anteil Frauen (%)	74,4	76,6	69,4
Anteil Bewohner/innen mit			
- keiner Pflegeeinstufung (%)	8,9	6,9	7,6
- Pflegestufe I (%)	37,7	21,0	21,6
- Pflegestufe II (%)	44,1	49,8	49,2
- Pflegestufe III (%)	9,3	22,3	21,6
Anteil Bewohner/innen mit gesetzl. Betreuung (%)	100	71,5	76,8
Anteil Bewohner/innen mit Demenz (%)	69,1	78,6	71,2
Versorgung / Pflege vor Einzug:			
- Privathaushalt ohne Pflegedienst (%)	16,5	26,9	29,8
- Privathaushalt mit Pflegedienst (%)	46,7	44,4	45,5
Anlass für das Verlassen der WG im vorangeh. Jahr			
- Versterben in der WG (%)	35,4	49,6	58,3
- Versterben im Krankenhaus (%)	32,6	22,7	25,0

Tab. 1: Kennzahlen zur Bewohnerschaft von ambulant betreuten WG.

Kennzahlen zur Personalstruktur in ambulant betreuten WG			
	2006 (in % aller WG)	2009 (in % aller WG)	2011 (in % aller WG)
Mitarbeiter/innen insgesamt in Vollzeitstellen	11,4	6,9	5,9
Mitarbeiter/innen insgesamt pro Bewohner/in in Vollzeitstellen	0,8	1,3	0,9
Pflegefachkräfte in Vollzeitstellen	2,0	1,9	1,2
Pflegefachkräfte pro Bewohner/in in Vollzeitstellen	0,2	0,4	0,2
Pflegehelfer/in in Vollzeitstellen Pflegehelfer/in in Vollzeitstellen	3,7	4,2	3,4
Pflegehelfer/innen pro Bewohner/in in Vollzeitstellen	0,4	0,7	0,5
weitere Beschäftigte in Vollzeitstellen	7,9	0,8	0,7
weitere Beschäftigte ¹ pro Bewohner/in in Vollzeitstellen	0,5	0,2	0,1
Legende: ¹ ohne MAE-Kräfte (Mehraufwandsentschädigung/„Ein-Euro-Job“). Auszubildende, Praktikanten/innen etc.			
Gruppenangebote für Bewohner/innen ambulant betreuter WG			
bewegungsbezogener Ansatz		26,2	79,3
kreatives Gestalten		14,0	74,1
sinnesbezogener/emotionaler Ansatz		21,9	77,6
Haushaltstätigkeiten		16,4	87,9
Außer-Haus-Aktivitäten		17,3	94,8
Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten		67,0	96,6
Kultur & Infrastruktur		2,8	29,3
kognitiver Ansatz		14,1	-*
sonstige Gruppenangebote		10,8	72,4
Legende: * nicht separat erfasst.			

Tab. 2: Kennzahlen zur Personalstruktur und Gruppenangebote.

zu Bewohner/innen. Im Vergleich zu den 2009 erfassten WG geben nun nur noch etwas mehr als zwei Drittel der WG an, Pflegefachkräfte zu beschäftigen (67,2 %), der Anteil an Pflegehelfer/innen ist weiterhin hoch (82,8 %). Auffallend ist, dass der Anteil sonstiger Mitarbeiter/innen mit 67,2 % wieder auf das Niveau von 2006 abgesunken ist (Tab. 2).

Versorgungsangebote in ambulant betreuten WG

Versorgungsangebote, die in WG vorgehalten werden, können nur für die Jahre 2009/2011 miteinander verglichen werden, da diese Daten in der ersten Studie aus 2006 noch nicht erhoben wurden. In den ambulant betreuten WG werden eine Vielzahl von Gruppenangeboten vorgehalten, die sowohl Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten als auch bewegungsbezogene, sinnesbezogene, kognitive und kreative Ansätze sowie auch Außer-Haus-Aktivitäten umfassen. Erstere sind dabei mit weitem Abstand die am häufigsten angebotenen und genutzten Angebote (2009: 67,0 %, 2011: 96,6 % aller WG). Mit weitem Abstand folgen Angebote des bewegungsbezogenen (2009: 26,2 %, 2011: 79,3 % aller WG) und sinnesbezogenen Ansatzes (2009: 21,9 %, 2011: 77,6 % aller WG). Auffallend ist, dass in allen Bereichen, die Angebote an gemeinschaftlichen Aktivitäten von 2009 zu 2011 deutlich zugenommen haben (Tab. 3).

Ein wesentliches Element ambulant betreuter WG ist die Vielzahl unterschiedlicher und voneinander unabhängiger Akteursgruppen. In Bezug auf professionelle Kräfte der Gesundheitsversorgung kommt dabei neben Pflegekräften, Therapeuten und (Fach-)Ärzten eine wichtige Rolle zu (vgl. auch Wulff et al. 2011).

Die Teilnahme an Therapien gestaltet sich in den beiden Studien stark unterschiedlich. Nahmen 2009 noch mehr als 40 % aller Bewohner/innen an einer (ärztlich verordneten) Ergotherapie teil, so sind dies 2011 nur noch knapp 20 % (vgl. Tab. 4). Umgekehrt ist der Anteil an Bewohner/innen, die eine physiotherapeutische Behandlung erfahren im Jahr 2011 deutlich höher als noch im Jahr 2009 (2009: 37,4 %, 2011: 13,5 %). Die Teilnahme an Musiktherapie und Logopädie sinkt von 2009 bis 2011 und hat insgesamt einen deutlich geringeren Stellenwert.

Die hausärztliche Versorgung in den ambulant betreuten WG findet regelmäßig statt. So hatten 2009 89,2 % aller Bewohner/innen innerhalb der letzten vier Wochen Kontakt zu ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin, 2011 gaben 90,7 % aller Bewohner/innen an, im Verlauf des letzten Jahres Kontakt gehabt zu haben. Die fachärztliche Versorgung stellt sich dagegen sehr unterschiedlich dar (vgl. Abb. 1). Mit weitem Anstand am häufigsten werden Fachärzte/Fachärztinnen der Richtung Neurologie konsultiert, hier hatten in beiden Studien mehr als die Hälfte der Bewohner/innen im Verlauf des letzten Jahres Kontakt. Schaut man dagegen auf eine fachärztliche Versorgung, wo zumindest jährliche Vorsorgeuntersuchungen stattfinden sollten - wie etwa die Zahnmedizin oder aber bei Frauen die Gynäkologie - so zeigt sich, dass diese eher selten stattfinden.

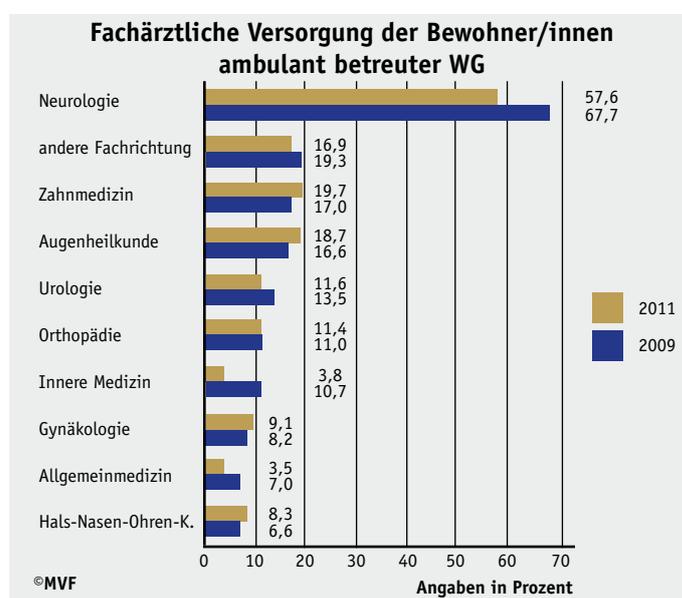


Abb. 1: Fachärztliche Versorgung der Bewohner/innen ambulant betreuter WG.

Literatur

Fischer, T./Worch, A./Nordheim, J./Wulff, I./Gräske, J./Meye, S./Wolf-Ostermann, K. (2011a): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen - Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren. In: *Pflege*, 2011, 24, 2: 97 - 109

Fischer, T./Kuhlmeier, A./Wolf-Ostermann, K. (2011b): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Eine Alternative zum Heim. In: Dibelius, O./ Meier, W. (Hrsg.): *Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer

Fischer, T./Wolf-Ostermann, K. (2008): Die Berliner Studie zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsergebnissen von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (DeWeGE). In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2008, 21, 3: 179-183

Verbeek, H./van Rossum, E./Zwakhalen, S.M./Kempen, G.I./Hamers, J.P. (2009): Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. In: *Int Psychogeriatr*, 2009, 21, 2: 252-264.

Wimo, A./Prince, M. (2010): World Alzheimer Report 2010 - The Global Economic Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International (Hrsg.). London: o.V.

Wolf-Ostermann, K. (2011a): Editorial - Themenschwerpunkt Ambulant betreute Wohngemeinschaften. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2011, 89, 2: 71-73

Wolf-Ostermann, K. (2011b): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Die Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz (DeWeGE). In: *Informationsdienst Altersfragen*, 2011, 38, 3: 5-10

Wolf-Ostermann, K. (2007): Berliner Studie zu WG für pflegebedürftige Menschen. Alice Salomon Hochschule Berlin (Hrsg.), Berlin: o.V. In: http://www.asf-berlin.de/hsl/freedocs/181/Berliner_Studie.pdf (abgerufen am 12.06.2012)

Wolf-Ostermann, K./Worch, A./Fischer, T./Wulff, I./Gräske, J. (2012a): Health Outcomes and Quality of Life of Residents of Shared-Housing Arrangements Compared to Residents of SpecialCare Units - Results of the Berlin DeWeGE-study. In: *Journal of Clinical Nursing*, 2012, Epub first

Wolf-Ostermann, K./Worch, A./Gräske, J. (2012b): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz - Entwicklung, Struktur und Versorgungsergebnisse. Uckerland: Schibri-Verlag

Wolf-Ostermann, K./Worch, A./Wulff, I./Gräske, J. (2011): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen - Angebots- und Nutzerstrukturen. In: *Praxis Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation*, 2011, 89, 2: 83-96

Wolf-Ostermann, K./Fischer T. (2010): Mit 80 in die Wohngemeinschaft - Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen. In: *Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, 2010, 05: 261-272

Wulff, I./Gräske, J./Fischer, T./Wolf-Ostermann, K. (2011): Versorgungsstrukturen für ältere, pflegebedürftige Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung im Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen vollstationärer Einrichtungen. In: *Praxis Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation*, 2011, 89, 2: 97-105

Die vollständige Literaturliste finden Sie auf www.m-vf.de

Gruppenangebote für Bewohner/innen ambulant betreuter WG			
	2006 (in % aller Bewoh- ner/ innen)	2009 (in % aller Bewoh- ner/ innen)	2011 (in % aller Bewoh- ner/ innen)
Ergotherapie		41,9	19,4
Musiktherapie		18,8	8,1
Physiotherapie		13,5	37,4
Logopädie		5,9	2,0

Tab. 3: Inanspruchnahme von Therapien in ambulant betreuten WG.

Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse erlauben es erstmals, eine zeitliche Entwicklung von ambulant betreuten WG für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz zu bewerten. Bisher existiert keine zuverlässige Datengrundlage für eine bundesweite Angebotssteuerung und Planung, Kennzahlen zu Personal in den dort tätigen Pflegediensten sowie zur Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen gehen lediglich in die allgemeine Statistik zur ambulanten Versorgung ein. Angesichts des Bedeutungszuwachses von ambulant betreuten WG - insbesondere auch für die Versorgung von MmD - und die sich daraus ergebenden notwendigen ordnungspolitischen Regelungen reicht diese Informationslage bei weitem nicht aus. Gleiches gilt auch hinsichtlich der Informationen zur gesundheitlichen Lage der Bewohner/innen ambulant betreuter WG und der Qualität der dort erbrachten Versorgungs- und Betreuungsleistungen.

Zunächst einmal fällt bei der Bewertung der Ergebnisse auf, dass es zunehmend schwieriger wird, ambulante Pflegedienste für die Teilnahme an den Studien zu gewinnen. Dies ist sicherlich nicht in erster Linie einem mangelnden Interesse der Dienste zuzuschreiben sondern lässt vermuten, dass der doch z.T. erhebliche Aufwand einer solchen Befragung von den Diensten immer weniger erbracht werden kann und somit auch indirekt Aufschluss über die Belastung des dort tätigen Personals gibt. Die personelle Ausstattung in den WG hat sich insgesamt in dem betrachteten Zeitraum nach den vorliegenden Daten nicht verändert. Zeigte sich von 2006 zu 2009 noch ein deutlicher Anstieg insbesondere der fachlich qualifizierten Personalgruppen in Vollzeitstellen pro Bewohner/in, so ist dieser Anteil bis 2011 wieder auf ein vergleichbares Niveau wie in 2006 abgesunken. Die in 2011 berichteten Daten spiegeln damit ein ähnliches Verhältnis wider, wie es 2009 in Spezialwohnbereichen für MmD in Berliner Pflegeheimen beobachtet wurde (Wolf-Ostermann et al. 2011b, 2012b).

Die Versorgung von MmD findet zunehmend in darauf spezialisierten WG statt, wie die Zunahme segregativer WG bei einem gleichbleibenden Anteil demenziell erkrankter Bewohner/innen zeigt. Kennzahlen zu Bewohnermerkmalen wie Alter, Pflegestufe, gesetzliche Betreuung etc. bleiben über die Jahre relativ konstant, was ebenfalls darauf hinweist, dass sich die versorgte Klientel im Zeitverlauf nicht wesentlich verändert hat. Bewohner/innen ambulant betreuter WG wechseln mit leicht zunehmender Tendenz aus einem Privathaushalt in die WG, was die Vermutung zulässt, dass WG bewusst als Alternative zu einem Pflegeheim ausgewählt werden. Der Anteil an Bewohner/innen, die bis zu ihrem Tod in der WG verbleiben, nimmt über die Jahre deutlich erkennbar zu, so dass WG keinesfalls als intermediäre Versorgungsform betrachtet werden können.

Als ausgesprochen positiv ist zu bewerten, dass Gruppenangebote zur

Tagesgestaltung in den WG von 2009 zu 2011 erheblich zugenommen haben. So finden Unterhaltungs- und Gesellschaftsaktivitäten sowie Außer-Haus-Aktivitäten in fast allen WG im Jahr 2011 statt. Hier steht zu vermuten, dass dieser Effekt nicht allein auf Aktivitäten von Angehörigen zurückzuführen ist, wie dies der ursprünglichen Intention von WG entspräche. Ergebnisse aus 2009 zeigen, dass nur knapp 70% aller Bewohner/innen von WG überhaupt und nur 28 % mindestens wöchentlich Besuch von Angehörigen erhalten (Gräse et al. 2011).

Bei der Bewertung der therapeutischen sowie der ärztlichen Versorgung fällt zunächst auf, dass der Anteil an Personen, die ergo- oder physio-therapeutisch behandelt werden, von 2009 bis 2011 relativ konstant bleibt, sich die Anteile von Ergo- zu Physiotherapie aber umkehren. Wulff et al. (2011) stellten für 2009 fest, dass der Anteil an ärztlich verordneten Therapien in WG insgesamt höher ist als beispielsweise in Spezialwohnbereichen für MmD in Pflegeheimen. Während die hausärztliche Versorgung in ambulant betreuten WG unverändert als gut zu bezeichnen ist, setzt sich der bereits für 2009 beschriebene Trend (Wulff et al. 2011) einer medizinischen Unterversorgung für die Beispiele der Zahnmedizin oder Gynäkologie fort. Hier sind insbesondere die jeweils zuständigen Betreuungspersonen angesprochen, die für eine angemessene (fach)ärztliche Versorgung Verantwortung tragen.

Einschränkend ist für die hier vorgestellten Ergebnisse hinzuzufügen, dass diese sich nur auf den Raum Berlin beziehen. Zwar gibt es nach Wissen der Autoren derzeit in keinem anderen Bundesland mehr WG als in Berlin. Auch ist der Entwicklungs- und Differenzierungsgrad dieser Angebotsform in Berlin besonders hoch, zum einen wegen der langen Entwicklungsdauer, zum anderen wegen der höchst differenzierten Struktur des Landes Berlin, die sowohl urbane, großstädtische Bereiche, als auch tendenziell kleinstädtisch bis ländlich geprägte Sozialräume umfasst. Eine weitere Einschränkung bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse ergibt sich dadurch, dass die Ergebnisse auf Selbstauskünften der Pflegedienste beruhen, so dass hier Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden können. Nicht zuletzt gilt hier wie für alle Studien, dass eine Selbstselektion der teilnehmenden Pflegedienste nicht ausgeschlossen werden kann, da zu vermuten steht, dass (zunehmend) nur besonders engagierte Dienste sich an derartigen Studien beteiligen.

Schlussfolgerung

Ambulant betreute WG haben in den letzten Jahren eine starke zahlenmäßige Ausweitung erfahren und sind zu einem Teil der Regelversorgung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz geworden. Nicht zuletzt durch aktuelle gesetzliche Regelungen wie dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz ist zu erwarten, dass diese Entwicklung anhalten wird. Erste Studien zu Versorgungsergebnissen von ambulant betreuten WG im Vergleich etwa zu Spezialwohnbereichen für MmD in Pflegeheimen zeigen jedoch auch, dass unterschiedliche Bewohnergruppen die verschiedenen Versorgungsformen favorisieren (Wolf-Ostermann et al. 2012a, 2012b). Ein Fazit in Bezug auf die im Titel dieses Beitrages gestellte Frage „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz - eine Versorgungsform mit Zukunft?“ muss also lauten: ja - aber sicher nicht für alle MmD, deren Betreuung und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr zu leisten ist. Unter diesem Gesichtspunkt sind einerseits zukünftig Untersuchungen sinnvoll, die analysieren, nach welchen Präferenzen und von wem Versorgungsangebote für MmD ausgewählt werden und ob hier regional und soziodemografisch/biografisch bedingte Unterschiede in Betracht zu ziehen sind. Auf der anderen Seite bedingt die starke Ausweitung der Versorgungsform ambulant betreuter WG jedoch auch, dass über die Qualität der Versorgung

verstärkt nachgedacht werden muss, wobei hier formale Gesichtspunkte gegen die ursprüngliche Idee von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sorgfältig abzuwägen sind. <<

Erklärung

Andreas Worch, Saskia Meyer und Johannes Gräske sind wissenschaftliche Mitarbeiter/innen an der Alice Salomon Hochschule Berlin in verschiedenen Forschungsprojekten zu ambulant betreuten WG unter der Leitung von Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann. Alle Autoren/innen haben an der Konzeption, Durchführung und Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse der verschiedenen Studien mitgearbeitet.

Danksagung

Die „Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen“ wurde von der Berliner Senatsverwaltung sowie den Verbänden der Leistungsanbieter unterstützt. Die „Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften - DeWeGE“ wurde im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“ durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die Studie „Forschungsbasierte Qualitätsentwicklung zur Stärkung von Lebensqualität und präventiven Potenzialen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen - WGQual“ wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie „SILQUA-FH“ gefördert. Unser großer Dank gilt den Verbänden der Leistungsanbieter sowie insbesondere den ambulanten Pflegediensten und ihren Mitarbeiter/innen für das Verständnis und die tatkräftige Unterstützung, die unseren Studien entgegengebracht wurde.

Shared-housing arrangements - a trend-setting care arrangement for people with dementia?

Shared-housing arrangements (SHA) for older care-dependent persons especially with dementia have been largely growing in number and established itself in the German healthcare marketplace. The main aims of SHA are providing autonomy and high quality of life for the residents despite of high needs in care and support. In 2006, 2009 and 2011 cross-sectional studies in all SHA in Berlin/Germany were performed regarding structures of supply and characteristics of residents. Results showed that the number of SHA increased by more than a factor of 2.5. Care for persons with dementia is increasingly organized in specialised SHA, where solely people with dementia live together. Characteristics of residents did not show any substantial changes over time. SHA have become a regular part in health care provision for persons with dementia in Germany. Due to current statutory regulation in Germany it is expected that these developments will continue.

Keywords

dementia, long-term care, shared-housing arrangements, small scale living

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

ist Professorin für Empirische Pflege- und Sozialforschung an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Studium der Fächer Statistik und Theoretische Medizin an den Universitäten Dortmund und Bochum, wiss. Tätigkeiten/Lehre an Universitäten und Kliniken im Bereich sozialer und gesundheitsbezogener Forschung/Methoden, Leitung verschiedener vom BMG und BMBF geförderter Forschungsprojekte aus dem Gebiet der Versorgungsforschung für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf.
Kontakt: wolf-ostermann@ash-berlin.eu



Dipl.-Pfleger (FH) Andreas Worch

ist Krankenpfleger. Nach der Krankenpflegeausbildung folgte ein Pflegemanagement-Studium an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH). Seit 2008 ist er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der ASH tätig.

Kontakt: worch@ash-berlin.eu



Saskia Meyer, M.Sc.

ist Gesundheits- und Krankenpflegerin. Nach der Krankenpflegeausbildung absolvierte sie den Bachelor Studiengang „Gesundheits- und Pflegemanagement“ sowie anschließend den Masterstudiengang „Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH). Seit 2012 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der ASH tätig.

Kontakt: saskia.meyer@ash-berlin.eu



Dipl.-Pfleger (FH) Johannes Gräske

ist Krankenpfleger. Nach der Krankenpflegeausbildung folgte ein Pflegemanagement-Studium an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH). Seit 2009 ist er Doktorand im Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter“ der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter, Projektkoordinator und Lehrbeauftragter an der ASH tätig.

Kontakt: graeske@ash-berlin.eu



Prof. Dr. Werner Vogd

Versorgungsstrukturen und Patientenrolle im Wandel der Medizin und des Gesundheitssystems

Aus heuristischen Gründen lohnt es sich für unsere Zwecke die primäre Organisationsform der Medizin in drei Phasen einzuteilen: I. die Medizin der traditionellen Gesellschaft, II. die Medizin der modernen Gesellschaft und III. die Medizin der nächsten Gesellschaft (s. ausführlich Schubert and Vogd 2008; Vogd 2011). Die Medizin der traditionellen Gesellschaft - man denke etwa an die höfische Medizin des 17. Jahrhunderts, man könnte aber ebenso die indigenen Heilkulturen von Stammesgesellschaften betrachten - war von ihrer Praxisorganisation primär eine interaktionsorientierte Medizin (vgl. Eckart 1998). Üblicherweise fand ein ausführliches Krankenexamen im häuslichen Kontext statt. Diagnose und Therapie wurden mit dem Patienten ausgehandelt, wobei der unmittelbare soziale Kontext berücksichtigt werden konnte. Die Bedeutung der interaktiven Aushandlungsprozesse war seitens des Behandlers allein schon deshalb unhintergebar, um Folgeaufträge zu sichern.

>> Die Medizin der Moderne ist eng verbunden mit der „Geburt der Klinik“ (Foucault 1988), bei dem in einer spezifischen politischen und ökonomischen Konstellation die Behandlung von Krankheit nunmehr als staatliche Aufgabe verstanden wurde, dies aber mit einer Auffassung der Patienten einherging, die diesen primär als entindividualisierten Körper betrachtet. Wir finden nun einen entpersonalisierten Patienten, der - von seinem sozialen Umfeld dekontextualisiert - primär mit Blick auf seine Organsysteme betrachtet wird. Möglich wurde dies durch eine besondere politische und ökonomische Lagerung, in welcher die Gesundheit der Bevölkerung zunehmend als ein für den Staat relevantes Gut betrachtet wurde und parallel über die Sozialversicherung (bzw. äquivalenten Formen) ein Finanzierungsmodus institutionalisiert wurde, der die Bezahlung von Behandlungsleistungen vom Patienten abtrennte. In Verbindung mit der hiermit entstehenden Patientenrolle (Gesundheit als Bürgerpflicht), die den Patienten zur Passivität aufforderte, entstand jene für die medizinische Wissenschaft außerordentlich produktive Konstellation, am Patienten forschen und neue Therapien entwickeln zu können, ohne diesen in den Prozess mit einbeziehen zu müssen (siehe zur soziologischen Rekonstruktion einer solchen Patientenrolle - Parsons 1951). Ethisch und legitimatorisch balanciert wurde dieses Arrangement durch das Bild der ärztlichen Profession als Drittem Stand. Der Arzt konnte seine dominante Rolle dadurch rechtfertigen, dass er beanspruchen konnte, die Gesundheitsinteressen seiner Patienten paternalistisch gegenüber Politik und Wirtschaft zu vertreten. In Verbindung mit einem Sozialversicherungssystem, das die Tatsache aus dem Blickwinkel rückte, dass Krankenbehandlung immer auch ein ökonomischer Sachverhalt darstellt, entstand hiermit jene in den modernen Industrienationen vertraute Organisationsform der bürokratischen Medizin.

Die Verhältnisse und Machtstrukturen des bürokratischen Kranken-

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag rekonstruiert den Wandel des Gesundheitssystems von der vormodernen zur postmodernen Medizin und unterscheidet dabei drei Phasen: eine vorrangig interaktionsorientierte, eine vorrangig bürokratisch und eine vermehrt netzwerkförmig organisierte Medizin. Es werden aus einer soziologischen Perspektive die Eigenarten der jeweiligen Steuerungsformen herausgearbeitet und Konsequenzen für die Versorgungsforschung angedeutet.

Schlüsselwörter

Patientenrolle, Vertrauen, Misstrauen, Gesundheitssystem, Netzwerke

hauses und der paternalistischen Medizin lassen sich aus vielen guten Gründen kritisieren, doch sie vermittelten Sicherheit in den Rollenverhältnissen. In Hinblick auf die Rollenzuschreibungen war klar, was man von Arzt und Patient zu erwarten hatte. Die Praxen der modernen Medizin erschienen wissenschaftlich rational, der Einsatz von Ressourcen ethisch legitimiert und die passive Rolle des Patienten durch den Verweis gerechtfertigt, dass der Experte es eben besser weiß (vgl. Hafferty and Light 1995).

Gegen Mitte des letzten Jahrhunderts kam dieses Arrangement jedoch sukzessive in die Krise. In Folge der Schrecken des Nationalsozialismus wurde mit dem informed consent, die Zustimmungspflicht des Patienten zu Therapie und medizinischen Experimenten zum rechtlichen Standard. Darüber hinaus entstanden in den 1960er Jahren Emanzipationsbewegungen, welche die Macht der Ärzte kritisierten (Freidson 1975) und selbst wenn man der ärztlichen Expertise weiterhin positiv gegenüberstand, so zeigten sich doch deutliche Schnittstellenprobleme in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen ambulanten und stationären Bereiche. Zudem gingen die Erfolge der Akutmedizin mit einem massiven Anstieg chronischer Erkrankungen einher, deren Behandlung nicht so recht in die vorhandenen Behandlungsstrukturen passe. In den 1980er Jahren schließlich entstand die innermedizinische Bewegung der evidence based medicine, welche die medizinische Rationalität vieler Therapieverfahren in Frage stellte. Damit einhergehend entstand eine international vergleichende Gesundheitsberichterstattung, die aufzeigte, dass hohe Ausgaben für das Gesundheitssystem und eine hohe Arztdichte nicht automatisch mit hohen Werten in der Gesundheit der Bevölkerung eines Landes einhergeht. Zudem forderte die Kostenexplosion im Gesundheitssystem die Volkswirtschaften auf, über Kostendämpfung nachzudenken.

All dies führte in den 1990er Jahren zu einer starken Diskreditierung der bürokratisch organisierten Medizin. Im Sinne der Idee des ‚new public management‘ setzte die Gesundheitspolitik nun vermehrt auf ‚Dynamisierung‘ in Form ökonomischer Anreizsysteme. Die Medizin der nächsten Gesellschaft (Baecker 2007) beginnt. Wir treffen jetzt auf die Möglichkeit der selektiven Kontrahierung zwischen Leistungsanbietern und Leistungsfinanzierern, auf ein Fallpauschalensystem (DRGs), mit dem die Finanzierung von der Form und inhaltlichen Ausgestaltung des Leistungsvollzugs entkoppelt wird, auf unterschiedliche Versorgungsarrangements (MVZ, Ärztenetzwerke, Disease-Management-Programme etc.) sowie auf diversifizierte Finanzierungsmodi (darunter auch eine steigende Bedeutung frei finanzierter Leistungen). Der Prozess der Krankenbehandlung erscheint unter diesen flexibleren Voraussetzungen immer weniger an nur einen organisatorischen Pfad gebunden. Er vollzieht sich jetzt vermehrt in einem Behandlungsnetzwerk, das situativ aus verschiedenen organisatorischen und personalen Einheiten geknüpft wird.

Durch diese Dynamisierung verändern sich allerdings auch die Rollenerwartungen an die Akteure der medizinischen Leistungserbringung. Aus Sicht des Arztes ist der Patient jetzt nicht nur Kranker, sondern zugleich Rechtssubjekt (er könnte klagen), Kunde (er könne eine IGe-Leistung kaufen), Koproduzent seiner Pflege und Gesundheit (zu welcher Mitarbeit kann man ihn ermutigen) und politisches Subjekt (das ggf. Partizipation und mehr Beachtung einfordert). Umgekehrt erwartet jetzt auch der Patient vom Arzt nicht mehr nur, dass dieser treuhändisch seine Gesundheit

Literatur

- Baecker, D. (2007). Studien zur nächsten Gesellschaft. Frankfurt/Main, Suhrkamp. Eckart, W. U. (1998). Geschichte der Medizin. Berlin, Springer Verlag.
- Foucault, M. (1988). Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München, Fischer.
- Freidson, E. (1975). Dominanz der Experten. Zur Struktur medizinischer Versorgung. München Berlin Wien, Urban und Schwarzenberg.
- Hafferty, F. W. and D. W. Light (1995). "Professional dynamics and the changing nature of medical work." *Journal of Health and Social Behavior Extra Issue*, 1995: 132-153.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London, Routledge and Kegan.
- Powell, W. W. (1990). „Neither Market nor Hierarchy. Network Forms of Organization.“ *Research in Organizational Behavior* 12: 295-336.
- Schrapppe, M. (2007). "Medizinische Zentren - Systematik und Nutzen." *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 101: 141-146.
- Schubert, C. and W. Vogd (2008). Die Organisationsform der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie. Vernetzung im Gesundheitswesen - Wettbewerb und Kooperation. V. E. Amelung, J. Sydow and A. Windeler. Stuttgart, Kohlhammer: 25-49.
- Scott, W. R., M. Ruef, et al. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Vogd, W. (2004). *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie*. Berlin, VWF.
- Vogd, W. (2006). *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure*. Huber Verlag, Bern.
- Vogd, W. (2011). *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Weilerswist, Velbrück.
- White, H. C. (1992). *Identity and control. A structural theory of social action*. Prinjeton NJ, Princeton University Press.

verwaltet und hierfür ein Honorar bekommt. Vielmehr reflektiert er jetzt vermehrt darüber, ob eine Leistung (nur) aus wirtschaftlichen Motiven angeboten wird, ob der Therapievorschlag in Hinblick auf die eigenen Bedürfnisse wirklich der beste ist oder ob man im Falle eines Behandlungsmisserfolges nicht auch rechtliche Mittel erwägen sollte. Umgekehrt mag dann der Arzt wiederum in Rechnung stellen, dass der Patient seinen Motiven misstraut und heute entsprechend eher als früher bereit ist zu klagen, was ihn dann zu einer Defensivmedizin anleitet, was bedeutet, dass er im Sinne der rechtlichen Absicherung diagnostische Prozeduren veranlasst, die medizinisch nicht indiziert sind. Es wird deutlich, dass die Reflexionsverhältnisse in Hinblick auf die Krankenbehandlung unter den gegebenen Bedingungen komplex werden.

Auf beiden Seiten beginnt man jetzt zugleich zu vertrauen, wie auch zu misstrauen. Medizinische, wirtschaftliche, rechtliche und wissenschaftliche Referenzen spannen nun unterschiedliche logische Räume auf (die Soziologie spricht hier von Kontexturen), die nicht mehr ohne Weiteres in Deckung und Übereinstimmung gebracht werden können. Es bleibt nichts anderes übrig, als sich in unsicheren Rollenverhältnissen einzurichten, also immer auch die Möglichkeit des Zweifels und des Misstrauens mitzuführen.

Unter den auch in Europa zunehmend dynamisierten Verhältnissen werden nicht nur die Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch die Leistungserbringer-Leistungserbringer-Beziehungen komplex (vgl. aus US-amerikanischer Perspektive Scott, Ruef et al. 2000). Verdeutlichen lässt sich dies an der Institution Krankenhaus. Während unter dem Finanzierungsmodus ‚Liegezeit‘, weitgehend von Konkurrenz befreite Kooperationen unter den Abteilungen möglich gewesen sind, insofern man dafür gesorgt hat, dass durch eine variable Handhabung der Liegezeiten die Betten hinreichend ausgelastet sind, ändert sich dies mit dem Fallpauschalensystem. Nun treten selbst die einzelnen medizinischen Abteilungen eines Hauses in Konkurrenz zueinander. Wenn beispielsweise eine chirurgische Abteilung einen Fall zur ‚konservativen‘ Behandlung an die Internisten abgibt, verliert sie die Fallpauschale. Medizinische Arbeitsbereiche übergreifende Dienste werden damit in zweierlei Hinsicht prekär: Es stellt sich die Frage, wer sie finanziert und es ergibt sich das Problem, dass einer dem anderen die Fälle wegnehmen könnte. In der Literatur ist dieses Phänomen mittlerweile unter dem Stichwort „Spartenkannibalismus“ bekannt (Schrapppe 2007). Jede Zusammenarbeit erscheint nun gleichzeitig unter dem Blickwinkel Konkurrenz und Kooperation. Eine homologe Dynamik ergibt sich in der Beziehung zwischen ambulantem und stationärem Bereich bzw. zwischen akutmedizinischen und nachsorgenden und rehabilitierenden Einrichtungen. Auch hier gilt einerseits das Primat, dass diese Felder miteinander kooperieren müssen, andererseits dabei immer im Raum steht, dass Arbeits- oder Kostenlasten an den vermeintlichen Partner verschoben werden. Als Folge entsteht dann teilweise eine starke Zergliederung von Behandlungsprozessen, die dann oftmals weniger medizinischen Gründen

geschuldet ist, als dem Versuch, Abrechnungschancen zu optimieren, indem man versucht, kostenintensive Teilprozesse an Dritte auszulagern.

Hiermit gelangen wir zu dem primären Organisationsmodus der Medizin der nächsten Gesellschaft: dem Netzwerk. Im Sinne einer gehaltreichen Theoriebildung folgt die Soziologie dabei nicht dem romantisierenden Bild, dass Netzwerke ein harmonisches Miteinander darstellen, entsprechend dem Akteure nach dem win-win-Prinzip miteinander persönliche Netzwerke aufbauen. Vielmehr beruht die soziologische Netzwerktheorie im Sinne von White (1992) darauf, dass sich die Identitäten der in den Netzwerknoten fungierenden Personen oder Organisationen nur über die Beziehungen zu anderen Knotenpunkten des Netzwerkes definieren lassen. Aus Perspektive des einzelnen Akteurs ergibt sich hieraus die kybernetische Maxime, dass die eigene Identität davon abhängt, den anderen kontrollieren zu können, was jedoch nur gelingt, wenn ich mich von anderen bestimmen lasse. An dieser Stelle ist zu betonen, dass die Bindungen zwischen den Knoten nicht formal - etwa als Zahl von Verknüpfungen-, sondern nur semantisch bestimmt werden können. White spricht hier von „stories“, die als ausformulierte und ausgesponnene Bedeutungsaufloadungen den Charakter eines Akteurs, einer Institution oder einer Organisation durch die hiermit verbundenen Zuschreibungen bestimmen.

Ob beispielsweise eine nachsorgende Einrichtung bereit ist, einen Problempatienten aus einem kooperierenden Krankenhaus aufzunehmen, hängt aus dieser Perspektive nicht zuletzt davon ab, welche Geschichten über die jeweiligen Einrichtungen kursieren. Das Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz wird jeweils wechselseitig als situatives „Gleichgewicht“ austariert, indem innerhalb des Netzwerkes beständig die beteiligten Identitäten als semantische Konstruktionen aktualisiert werden. Hierin besteht dann gerade die Steuerungsleistung von Netzwerken. Da die beteiligten Partner wissen, dass sie die anderen zwar brauchen, zugleich aber auch wissen, dass sie von ihnen übervorteilt werden können, also die Partnerschaft jederzeit in ein win-lose Arrangement kippen kann, finden jetzt beiderseits kontinuierliche Bemühungen statt, mit denen versucht wird, die beteiligten Netzwerkpartner zu kontrollieren. So schaut dann beispielsweise der Hausarzt sehr genau, in welcher Verfassung der Patient aus dem Krankenhaus zurückkommt, in das er eingewiesen hat und kann dann situativ seine Überweisungspraxis anpassen. Sein Medium der Kontrolle besteht in der Empfehlung oder der Ablehnung von Einrichtungen gegenüber den Patienten.

Prinzipiell können Netzwerkpartner über verschiedene Medien kontrolliert werden, im Kontext der Krankenbehandlung vor allem über ökonomischen Einfluss (indem Zahlungsbereitschaft bereitgestellt oder entzogen wird), rechtlichen Druck (indem Verfahren angedroht werden), sozialen Druck (indem netzwerkrelevante Beziehungen zu Dritten eingebracht werden) sowie durch das Management und die gezielte Weitergabe von Informationen (etwa indem versucht wird, über bestimmte Sachverhalte Öffentlichkeit herzustellen). Durch das rekursive Arrangement wechsel-

seitiger Steuerungsversuche stellen Netzwerke, wie Powell (1990) herausstellt, eine eigenständige Organisationsform dar, die grundsätzlich anders funktioniert als die Steuerungsformen Markt und Bürokratie.

Wenn aber jetzt in der Medizin der nächsten Gesellschaft, durch die benannten Dynamisierungsbewegungen die primäre Steuerungsform von der Bürokratie auf das Netzwerk verlegt wird, dann ergibt sich eine wichtige Pointe: Der Patient bekommt eine neue Rolle. Ein Patient, dessen Behandlung netzwerkförmig organisiert ist, wird nicht einfach nur von Arzt zu Arzt „durchgereicht“. Er soll eigenständig wählen und die Behandlung an seine Lebenssituation und seine Bedürfnisse anpassen. Der Patient hat seine Position gegenüber den Ärzten zu vertreten und in Interaktionsarbeit deutlich zu machen. Deutlich wird das beispielsweise im Fall einer medikamentösen Einstellung des Bluthochdrucks, in dem dann seitens des Patienten Finanzierungsmodi in Hinblick auf Nebenwirkungen reflektiert werden, und dies dann genutzt wird, Kontrolle auf die ärztliche Verschreibungspraxis auszuüben.

Mit Blick auf die Restrukturierungen im Gesundheitswesen und der hiermit verbundenen Verknappung von Ressourcen lässt sich also ein Trend feststellen, entsprechend dem Patienten gewollt oder ungewollt mehr - und in Hinblick auf die inhaltlichen Konsequenzen kaum überschaubare - Verantwortung zuwächst, denn er hat nun abzuwägen, ob jetzt medizinische Gründe für oder gegen einen Therapievorschlag sprechen, dieser eher aus wirtschaftlichen Gründen motiviert oder durch andere organisationale Sachlagen - etwa durch die Forschungsinteressen einer wissenschaftlichen Einrichtung - konditioniert ist. Am angeführten Beispiel wird auch deutlich, dass im Feld der Leistungsanbieter und Leistungsfinanzierer standortbezogene Differenzen in den Beurteilungen zu erwarten sind. Auch hier kommt dann wieder die für Netzwerkbeziehungen typische Lagerung zum Ausdruck, dass man den jeweiligen Akteuren zwar einerseits zu vertrauen, aber gleichzeitig auch zu misstrauen hat. Im angeführten Beispiel der Internetforen ist beispielsweise immer auch zu reflektieren, ob nicht Lobbyisten (etwa der Pharmaindustrie) hier als Sprecher auftreten.

Dem Patienten, insofern er seine Rolle im Netzwerk annimmt, bleibt unter diesen komplexen Lagerungen nichts anderes übrig, als selbst auf Netzwerke zurückzugreifen, um Kontrollversuche gegenüber den für ihn relevanten Akteuren im Gesundheitswesen auszuüben. Sei es in Form der Präsenz von Angehörigen, die Druck entfalten, der Suche nach zweiten und dritten Meinungen, der Bereitschaft ggf. Rechtsmittel einzulegen - seine Stellung wird um so besser, je mehr Kontrollversuche er geltend machen kann. Hiermit ergibt sich eine Differenz zum bürokratischen Krankenhaus der modernen Gesellschaft, im Rahmen einer Bürokratie gilt ja der normative Anspruch, dass jeder gleich behandelt wird. Der Kranke ist hier nur Patient. Wird der Patient aber auch zum Kunden, so ergibt sich die Reflexion seiner Stellung auch aus der Beurteilung seiner Zahlungskraft. Wird er zum Koproduzent von Gesundheit, so wächst seine Bedeutung mit dem Netzwerk, über das er verfügen kann.

Beispielsweise erklärt sich die derzeit vermehrt im Krankenhausalltag zu beobachtende Haltung, alten Patienten, deren Angehörige nicht präsent sind, weniger fachliche Aufmerksamkeit zuzuwenden, dann dadurch, dass diese nicht mehr als potente Netzwerkpartner erscheinen,

Health care structures and the patient role in the changing health system

This paper reconstructs the transformation of the health system from the pre-modern to postmodern medicine and distinguishes three phases: a primary interaction-oriented, a bureaucratic and a more network-like organized medicine. From a sociological point of view, we work out the peculiarities of the different forms of control and steering. Implications for health services research are pointed out.

Keywords

Patient role, trust, confidence, health systems, networks

die Gegenkontrolle ausüben können. In netzwerkförmigen Arrangements verläuft die Triage nicht mehr allein entsprechend medizinischer Prioritäten, wird dann allerdings weit weniger durch ökonomische Sachverhalte konditioniert, wie Kritiker der Ökonomisierung der Medizin in der Regel annehmen. Relevant werden vielmehr die unmittelbaren Netzwerkpartner, sei es in Form der kontrollierenden Gegenbeobachtung durch andere Ärzte und Pflegekräfte, der sozialrechtlich informierten Beobachtung durch die Kostenträger, dem Einfluss der Angehörigen und sehr wohl dann aber auch durch all jene Akteure, welche ökonomischen Einfluss ausüben können.

Welche Wirkungen diese Kontrollversuche zeitigen, lässt sich allerdings nicht auf Basis einfacher Kausalschemata rekonstruieren. Gerade weil die medizinische Praxis, die rechtlich wirksame Dokumentation dieser Praxis, die Abrechnungen der Leistungen sowie die einzelnen Ebenen der ärztlichen Hierarchie nur lose miteinander gekoppelt sind, kann die Entscheidungsfähigkeit unter wechselnden Konstellationen aufrechterhalten werden. So kann behandelt werden, ohne zu behandeln, Rechtmäßigkeit hergestellt werden, indem Unrechtmäßiges nicht dokumentiert wird, wirtschaftlich gearbeitet werden, indem Medizin vorgetäuscht wird, wo anderes stattfindet, um an anderer Stelle umso mehr (ansonsten nicht bezahlbare) Medizin stattfinden zu lassen (siehe diesbezüglich zu ausführlichen Fallrekonstruktion in chirurgischen, internistischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen Vogd 2004; Vogd 2006).

Weil aber eben die Verhältnisse intransparent sind, werden die Kontrollversuche durch die Netzwerkpartner umso dringlicher. Dem Patienten fällt damit gewollt oder ungewollt mehr und - in Hinblick auf die inhaltlichen Konsequenzen - kaum überschaubare Verantwortung zu. Er kann jedoch mit dem Internet seinerseits auf kommunikative Netzwerke zurückgreifen, indem hier medizinische, rechtliche, politische und ökonomische Sachverhalte dialogisch zusammengedacht werden können, um so Entscheidung und Kontrollversuche zu moderieren.

Gerade hier ergeben sich dann wichtige Aufgaben für eine Versorgungsforschung, die bislang doch eher auf die top-down-Prozesse einer bürokratisch organisierten Medizin fixiert ist und bislang kaum Augenmerk auf die bottom-up-Prozesse netzwerkförmiger Organisation und Steuerung gelegt hat. <<

Prof. Dr. Werner Vogd

Lehrstuhl für Soziologie, Fakultät für Kulturreflexion an der Universität Witten/Herdecke. Seine Arbeitsschwerpunkte sind unter anderem Organisationssoziologie und Medizinsoziologie. Auf Resonanz gestoßen sind insbesondere seine Arbeiten zum Einfluss des DRG-Systems auf ärztliche Entscheidungsprozesse.

Kontakt: Werner.Vogd@uni-wh.de



Prof. Dr. Roland Linder
Dirk Horenkamp-Sonntag M.Sc.
Dr. Frank Verheyen

Impact der Versorgungsforschung für die Versorgungsrealität

Versorgungsforschung und Versorgungsrealität sind eng miteinander verwoben. Ein konstituierender Bestandteil der Versorgungsforschung ist es, Versorgungsrealität zu analysieren, zu bewerten und zur Optimierung beizutragen. Insbesondere im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung erhält dies eine besondere Bedeutung. Die Umsetzung und Optimierung von Versorgungsmodellen gehört zu einer der Kernaufgaben einer Krankenkasse. Wissenschaftliche Evidenz und Versorgungsmanagement bilden damit eine quasi natürliche Einheit. Die Umsetzung von Erkenntnissen der Versorgungsforschung in den Versorgungsalltag bildet damit den direkten Nutzen für Versicherte der Krankenkasse als auch für die GKV ab.

>> Das WINEG als wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse (TK) hat den Auftrag, Fragen im Sinne der Versicherten zu stellen und wissenschaftliche Antworten zu geben. Ziel ist es, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Im Rahmen der vorliegenden Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ gehen wir der Frage nach, inwieweit gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisse in die Versorgungsrealität umgesetzt werden.

Um dies zu erreichen, ist es notwendig, sowohl das Potenzial von GKV-Routinedaten für den medizinischen Kenntnissgewinn bzw. für Fragestellungen der Versorgungsforschung zu nutzen (wie oft gefordert, den „Datenschatz“ zu heben) als auch weitere Datenquellen (z.B. Primärdaten) zu generieren oder zu erschließen. Dazu werden sektorenübergreifend Abrechnungsdaten analysiert und auch eigene Erhebungen durchgeführt. Zur umfassenden Bearbeitung der wissenschaftlichen Fragestellungen werden Synergien durch die Kooperation z.B. mit unterschiedlichen universitären Einrichtungen realisiert. Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden Versorgungsstrategien und Versorgungsmodelle für das strategische und operative Versorgungsmanagement abgeleitet. Die inhaltliche, aber auch die methodische Herangehensweise an Versorgungsfragen können u.a. eine Entscheidungsgrundlage für die Entwicklung neuer Versorgungsformen und Vertragsarten auf operativer Ebene bilden.

Soweit fließen die Erkenntnisse direkt in eigene Versorgungsmodelle ein. Sie können aber auch genutzt werden, um auf einer breiteren Ebene Kooperationen zu realisieren. Sie dienen somit als Modell innerhalb der GKV und entfalten eine Wirkung auf Versicherte innerhalb der GKV. Des Weiteren entfaltet sich Nutzen dadurch, dass Impulse aus dem Erkenntnissgewinn durch die Wissenschaftsgemeinde aufgegriffen und beispielsweise Innovationen im Gesundheitssystem reflektiert werden. Versorgungsforschung kann durchaus auch in Politikfolgenforschung bzw. Aspekte der Politikberatung münden (Abb. 1).

Versorgungsfragen, die aufgegriffen werden, schaffen dabei Er-

Zusammenfassung

Die Versorgungsforschung in Deutschland hat in den letzten Jahren weiterhin an Bedeutung gewonnen. Es handelt sich dabei um ein vielschichtiges und multi-disziplinär besetztes Forschungsfeld. Kennzeichnend für die Versorgungsforschung ist dabei der ausgeprägte Bezug zur Versorgungsrealität. Versorgungsforschung ist daher direkt eingebettet in die Versorgung und zielt letztlich darauf ab, Versorgung zu optimieren. Diese Ausrichtung macht deutlich, dass sich Versorgungsforschung durch ihren Einfluss auf die Versorgungsrealität sinnvoll entfalten kann. Sie bildet damit die Basis, direkten Nutzen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erschließen. Das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) realisiert diesen Nutzen in unterschiedlichen Dimensionen. Neben der Nutzengewinnung für die Versicherten der TK wirken die Erkenntnisse darüber hinaus und können somit auch innerhalb der GKV Nutzen entfalten. Die Versorgungsforschungsaspekte umfassen dabei sowohl Versorgungsangebote aber auch Systemfragen und wirken somit auch in die wissenschaftliche Diskussion und gesundheitspolitische Entscheidungsfindung hinein.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Versorgungsrealität, WINEG, TK, Nutzen, Versicherte, Gesundheitspolitik, Innovationen, Wissenschaft

kenntnisse, wie die Versorgungsrealität aussieht, und geben somit Hinweise auf Optimierungspotenziale. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die orale Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern ungeachtet der Leitlinienempfehlungen häufig versäumt wird (Wilke et al. 2012a). Bei Routinedatenanalysen zur Patientensicherheit zeigte sich, dass unter den Fall Risk Increasing Drugs insbesondere die Neuroleptika mit einer vermehrten Sturzgefahr einhergehen (Bauer et al. 2011).

Das Potenzial der Abrechnungsdaten von 8,1 Millionen TK-Versicherten ist insbesondere für epidemiologische Analysen extrem wertvoll, nicht nur für die Volkskrankheiten (Wilke et al. 2012b), sondern insbesondere für seltene Erkrankungen. So etwa wurden die Routinedaten im Rahmen einer BMBF geförderten Studie zu chronisch lymphatischer Leukämie (Blankart et al. 2012) und für Kostenanalysen zu angeborenen Neuralrohrdefekten (Bowles et al. 2012) genutzt.

Über diesen Erkenntnissgewinn für die Wissenschaftsgemeinschaft hinaus (Abb. 1, 2a) werden Themen aufgegriffen, die Systembedeutung haben und eine Positionierung als Krankenkasse erfordern. Beispielhaft sei die Untersuchung zu den Standzeiten von Endoprothesen erwähnt, welche die klare Forderung nach einem Endoprothesenregister aufgreift (Linder et al. 2012a). Mittlerweile sind auch die Krankenkassen am Aufbau des Deutschen Endoprothesenregisters (www.bqs-institut.de/innovationen/eprd.html) beteiligt (Abb. 1, 1b).

Die gemeinsam mit dem IPAM erarbeiteten Methoden zur Messung von Non-Adherence wurden innerhalb des Arzneimittelmanagements der TK aufgegriffen (Abb. 1, 1a), um niedergelassenen Ärzten ein entsprechendes Feedback zur Adherence ihrer Patienten zu ermöglichen (Wilke et al. 2012c). Dies illustriert deutlich, dass es möglich ist, die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung in die Versorgungsrealität zu übertragen.

Durch die Primärdatenbefragungen des WINEG zur Patientenzufriedenheit konnte die Einbindung des Patienten in Entscheidungsprozesse als die - nach der Interaktion mit dem Arzt - zweitwichtigste Determinante für Patientenzufriedenheit identifiziert werden (Bestmann und Verheyen 2010). Damit werden die strategischen Ansätze der TK im Rahmen des Shared Decision-Making-Prozess untermauert und verstärkt. So bietet die TK bspw. Schulungen für Versicherte an, die die



Abb. 1: Impact der Versorgungsforschung für die Versorgungsrealität am Beispiel des WINEG.

Eigenkompetenz der Versicherten stärkt (www.tk.de/tk/leistungen-und-services/beratungsangebote/kompetent-als-patient/225902).

Neben den wissenschaftlichen Ergebnissen tragen insbesondere die Implementierung wissenschaftlicher Methoden zur Umsetzung der Versorgungsforschung bei. So wurde das Propensity Score Matching (PSM; Wewering und Linder 2011) aufgegriffen und etwa zur Evaluation von diversen Versichertenangeboten eingesetzt. Die ebenfalls auf PSM beruhenden Evaluationen des WINEG zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 führten zu einer breiten Diskussion des Nutzens von Chronikerprogrammen in ihrer heutigen Ausgestaltung (Linder et al. 2011a, Linder et al. 2011b). Darüber hinaus zeigte die Politik lebhaftes Interesse an den Ergebnissen.

Die Gesundheitsversorgung ist eingebettet in gesundheitspolitische Entscheidungen und durch diese beeinflusst. Die gewonnenen Erkenntnisse sollten somit auch in das gesundheitspolitische System zurückfließen. Beispielhaft genannt seien die Arbeiten zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln (Dietrich 2009), zur Arbeitgeberbelastung im internationalen Vergleich (Albrecht, Schliwen und Wolfschütz 2012) oder der grenzüberschreitenden Versorgung von TK-Versicherten (Wagner und Linder 2010).

Insbesondere die vorgenommenen Innovationsbewertungen, so etwa die Untersuchungen zum Nutzen der Brachytherapie bei Prostatakarzinom (Horenkamp-Sonntag et al. 2011a) oder dem Nutzen der Vakuumversiegelungstherapie in der Wundversorgung (Horenkamp-Sonntag, Linder und Verheyen 2010a) haben eine direkte Beziehung zum Versorgungsalltag. Da eine abschließende Entscheidung aufgrund unzureichender Evidenz nicht möglich war, hat in beiden Fällen der G-BA nach langjährigen Beratungszeiten beschlossen, eine Entsch-

cheidung über die Aufnahme dieser Therapien in die ambulante Versorgung für weitere Jahre auszusetzen, im Fall der Brachytherapie bis 2030. Eine geeignete operationalisierte Nutzung der GKV-Sekundärdaten kann helfen, kurzfristiger über eine Entscheidungsgrundlage zu verfügen. Es zeigen sich dabei aber auch die Grenzen der Nutzung von Sekundärdaten. Die Operationalisierung der Fragestellung war nur eingeschränkt möglich. Insofern plant das WINEG eine zumindest teilweise Anreicherung der Sekundärdaten um Primärdaten (two phase design). Die Limitationen zeigen sich auch bei der Interpretation der Sekundärdaten im Rahmen der medikamentösen Therapie. Es gibt zwar Hinweise auf das Optimierungspotenzial der Arzneimitteltherapie (leitliniengerechte Therapie, Fehlversorgung, Unterversorgung, Überversorgung) bei der Behandlung chronischer Krankheiten (Linder et al. 2012b, Hadji et al. 2012), diese sind jedoch rein deskriptiv und enthalten keine belastbare Erklärungskomponente. Weiterführende Expertenbefragungen unter Haus- und Fachärzten wurden vom WINEG bereits durchgeführt und sollen auf qualitativer Ebene Erklärungsansätze für Therapie-Entscheidungen liefern. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse wird vorbereitet.

Auf Probleme anderer Art ist das WINEG im Zusammenhang mit Analysen zur Politikfolgenforschung durch G-BA-Richtlinienänderungen gestoßen. Bei der Analyse zum G-BA-Zweitmeinungsverfahren bei besonderen Arzneimitteln zeigte sich in der laufenden Untersuchung (Horenkamp-Sonntag, Linder und Verheyen 2010b), dass durch eine SGB V-Änderung das Zweitmeinungsverfahren bereits wieder abgeschafft worden war, bevor eine bundesweite Umsetzung der Richtlinie für die Indikation pulmonale arterielle Hypertonie (PAH) erfolgt war. Nichtsdestotrotz wurde die Versorgung von Patienten mit PAH weiter inhaltlich bearbeitet. Es konnte in diesem Zusammenhang bei den für die PAH zugelassenen Orphan Drugs eine massive Indikationsausweitung nachgewiesen werden, obwohl PAH als seltene Erkrankung klassifiziert ist (Horenkamp-Sonntag et al. 2011b).

Eine wichtige Erkenntnis des WINEG auf dem Weg zum Erkenntnisgewinn ist sicherlich, dass man diesen Weg nicht allein gehen sollte, sondern in Kooperation mit thematisch versierten Personen und Einrichtungen, deren Expertise es zu nutzen gilt. Zugleich steigt die Akzeptanz interdisziplinärer Forschungsergebnisse und damit die Wahrscheinlichkeit für Translationseffekte hinein in die Versorgungsrealität. Ausgehend von dieser Überzeugung haben das WINEG und das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln (Direktor: Prof. Dr. Pfaff) analog zur Registrierung klinischer Studien die Internetplattform „Versorgungsforschung Deutschland“ eingerichtet (www.versorgungsforschung-deutschland.de, Grenz-Farenholtz et al. 2011).

Neben der größeren Transparenz über Projekte der Versorgungsforschung bietet die Plattform gute Möglichkeiten, Vorerfahrungen zu nutzen und auf mögliche Kooperationspartner aufmerksam zu werden.

Auch ist die Kenntnis von Projekten und Forschungsergebnissen notwendige Voraussetzung für eine schnellere Implementierung neuer Erkenntnisse in den Versorgungsalltag. Hier einen Beitrag zu leisten und damit die Chancen für eine Verbesserung der Versorgung zu erhöhen, ist das Ziel der Initiative, vgl. vorliegende Ausgabe, S. 22.

Zusammenfassend sehen wir mehrere Gleise, auf denen die Erkenntnisse der Versorgungsforschung zu gelebter Versorgungsrealität werden (Abb. 1). Dabei sollte bei allem Forscherdrang der Nutzen für die Menschen stets im Fokus bleiben und regelmäßig hinterfragt werden. <<

Literatur

Albrecht, Schliwen und Wolfschütz 2012

Albrecht M, Schliwen A und Wolfschütz A: Gesundheitssystembedingte Kosten für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Deutschland. Eine Analyse der gesundheitssystembedingten Belastungen im internationalen Vergleich. Beiträge zum Gesundheitsmanagement 34. Baden-Baden: Nomos Verlag 2012.

Bauer et al. 2011

Bauer TK, Lindenbaum K, Stroka M, Ahrens S, Linder R, Verheyen F: Fall Risk Increasing Drugs: The Effect on Injuries of the Frail Elderly Estimated from Administrative Data. Ruhr Economic Papers #302, RWI, RUB, 12/2011, S. 1-14.

Bestmann und Verheyen 2010

Bestmann B, Verheyen F: Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. WINEG Wissen | 01. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2010.

Blankart et al. 2012

Blankart R, Koch T, Linder R, Verheyen F, Schreyögg J, Stargardt T: The cost of rare diseases: the example of chronic lymphocytic leukemia. Arch Intern Med, eingereicht.

Bowles et al. 2012

Bowles D, Wasiak R, Lindemann M, van Nooten F, Engel S, Linder R, Verheyen F, Greiner W: Burden of Illness in Persons with Neural Tube Defects in Germany. Eur J Public Health, eingereicht.

Dietrich 2009

Dietrich ES: Effects of the National Institute for Health and Clinical Excellence's technology appraisals on prescribing and net ingredient costs of drugs in the National Health Service in England. Int J Technol Assess Health Care 2009;25(3):262-71.

Grenz-Farenholtz et al. 2011

Grenz-Farenholtz B, Schmidt A, Zach D, Verheyen F, Pfaff H. Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland. Das Gesundheitswesen 2011; 73:862-864.

Hadji et al. 2012

Hadji P, Klein S, Häussler B, Kless T, Linder R, Rowinski-Jablokow M, Verheyen F, Gothe H: The Bone Evaluation Study (BEST): Epidemiology, Patient Care and Persistence to Treatment of Osteoporosis in Germany. Osteoporosis International, eingereicht.

Horenkamp-Sonntag et al. 2011a

Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Ahrens S, Verheyen F: Nutzenbewertung der Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostata-CA: Potential von GKV-Routinedaten. 63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU), 14. - 17. September 2011 in Hamburg. Tagungsband Seite 182 http://www.dgu-kongress.de/fileadmin/Image_Archive/dgubild/programm2011.pdf (abgerufen am 26.06.2012).

Horenkamp-Sonntag et al. 2011b

Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Ahrens S, Verheyen F: Hochpreisige Arzneimittel: Kausalitäten zwischen Markteinführung von Orphan Drugs und der Inanspruchnahme von Off-Label-Präparaten am Beispiel "Pulmonale arterielle Hypertonie". 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 18. GAA-Jahrestagung, 20. - 22.10.2011 in Köln. Tagungsband Seite 82 <http://www.egms.de/static/resources/meetings/dkvf2011/Abstractband.pdf> (abgerufen am 26.06.2012).

Horenkamp-Sonntag, Linder und Verheyen 2010a

Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Verheyen F: Potentiale von GKV-Routinedatenanalysen für die Versorgungsforschung am Beispiel der Vakuumversiegelungstherapie von Wunden. 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 30.09.-02.10.2010 in Bonn. Tagungsband Seite 100 <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/downloads/9.-dkvf-abstractband-2010> (abgerufen am 26.06.2012).

Horenkamp-Sonntag, Linder und Verheyen 2010b

Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Verheyen F: Analysen des WINEG zu den Auswirkungen des G-BA-Zweitmeinungsverfahrens bei besonderen Arzneimitteln auf die Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie. 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 30.09.-02.10.2010 in Bonn. Tagungsband Seite 93 <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/downloads/9.-dkvf-abstractband-2010> (abgerufen am 26.06.2012).

Linder et al. 2011a

Linder R, Ahrens S, Verheyen F, Köppel D, Heilmann T: The Benefit and Efficiency of the Disease Management Program for Type 2 Diabetes. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(10): 155-62.

Linder et al. 2011b

Linder R, Ahrens S, Verheyen F, Köppel D, Heilmann T: In Reply. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(42): 724.

Linder et al. 2012a Linder R, Müller H, Grenz-Farenholtz B, Wagner C, Stockheim M, Verheyen F: Social Health Insurance Routine Data Analysis: The Incidence of Shortened Lifetime regarding Endoprosthetic Implants. BMC Musculoskeletal Disorders, vorbehaltlich angenommen.

Linder et al. 2012b Linder R, Szymkowiak C, Heyen H, Jenett N, Verheyen F. Prävalenz und Demografie chronisch kranker Versicherter ohne indikationsspezifische pharmakotherapeutische Versorgung. In: Klusen N./Verheyen F. (Hrsg.), Comparing Chronic Disease Patterns between Germany and the US. International Comparisons of Treatment Patterns, Disease Interactions, and Healthcare Use and Costs. Beiträge zum Gesundheitsmanagement 35. Baden-Baden: Nomos Verlag 2012: 161-175.

Wagner und Linder 2010

Wagner C, Linder R (2010): The Demand for EU Cross-Border Care - An Empirical Analysis. Journal of Management & Marketing in Healthcare 2010, 3, 2: 176-187. (Now renamed: International of Healthcare Management).

Wewering und Linder 2011

Wewering P, Linder R: Benchmarking von Propensity Score basierten Matchingalgorithmen. 56. Jahrestagung der GMDS und 6. Jahrestagung der DGEpi 2011, 26. - 29.09.2011 in Mainz. Tagungsband Seite 81 <http://www.dgepi2011.de/download/mainz2011-Tagungsprogramm.pdf> (abgerufen am 26.06.2012).

Wilke et al. 2012a

Wilke T, Groth A, Mueller S, Pfannkuche M, Verheyen F, Linder R, Maywald U, Kohlmann T, Feng Y-S, Breithardt G, Bauersachs R: Oral anticoagulation use by patients with atrial fibrillation in Germany: Adherence to guidelines, causes of anticoagulation under-use and its clinical outcomes, based on claims-data of 183,448 patients. Thromb Haemost. 2012;107(6):1053-65.

Literatur (Fortsetzung)

Wilke et al. 2012b

Wilke T, Ahrendt P, Schwartz D, Linder R, Ahrens S, Verheyen F: Inzidenz und Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland: Eine Analyse auf Basis von 5,43 Mio. Patientendaten. DMW, eingereicht.

Wilke et al. 2012c

Wilke T, Groth A, Mueller S, Reese D, Linder R, Ahrens S, Verheyen F: How to use pharmacy claims data to measure patients' nonadherence; the example of oral diabetics in the therapy of type 2 diabetes mellitus patients. Eur J Health Economics, angenommen.

The Impact of Health Services Research on the Reality of Health Care

Over the last years health services research gained more and more importance in Germany. It is a multi-faceted and multi-disciplinary field of research. Health services research is strongly related to the reality of health care. It is embedded in the provision of health care with the aim to optimize health benefits for insurants. The mutual dependence ensures that health services research always strives to translate and transfer scientific evidence and insights into the reality of health care. The Scientific Institute of TK for Benefit and Efficiency in Health Care aims to apply scientific results not only for the benefit of the TK insurants but also for the benefit of the whole statutory health care system. The benefits to be generated comprise a variety of dimensions. They include the insurants' perspective, the perspective of the health care system as well as needs of the scientific community and those of decision making in the context of health policy.

Keywords

Health services research, reality of health care, WINEG, TK, benefit, insurants, health policy, scientific community, Innovation

Prof. Dr. Roland Linder

arbeitet seit 2009 beim WINEG. Zu seinen Aufgabenschwerpunkten gehören Versorgungsforschung und Medical Data Mining auf Basis von GKV-Routinedaten. Promoviert in der Humanmedizin, habilitiert in der Medizininformatik, hat er von 1996 bis 2007 in der Grundlagenforschung im Bereich der multivariaten Analyseverfahren gearbeitet.

Kontakt: prof.dr.roland.linder@wineg.de



Dirk Horenkamp-Sonntag M.Sc.

ist Arzt und Gesundheitsökonom und arbeitet seit 2010 beim WINEG. Zu seinen Aufgabenschwerpunkten gehören die Versorgungsforschung und Qualitätsmessung auf Basis von GKV-Routinedaten. Während seiner Tätigkeit für die Deutsche Krankenversicherung (DKV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beschäftigte er sich intensiv mit den Themen EbM und HTA.

Kontakt: dirk.horenkamp-sonntag@wineg.de



Dr. Frank Verheyen

ist seit Januar 2009 Direktor des WINEG. Nach dem Studium der Pharmazie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster promovierte er an der Humboldt Universität Berlin im Fachgebiet Pharmakoepidemiologie/Sozialpharmazie. Zudem absolvierte er das Kontaktstudium Gesundheitsökonomie an der European Business School, Oestrich-Winkel.

Kontakt: dr.frank.verheyen@wineg.de



Prof. Dr. Viviane Scherenberg MPH

Qualitätssteigerung durch Transparenz? Einsatz von Gütesiegeln im Gesundheitswesen

Als lange gefordertes ordnungspolitisches Leitbild soll mehr Wettbewerb zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, der Bedarfsorientierung und der Versorgungsqualität beitragen. Doch neben positiven Effekten führt die (bedingt durch die Wettbewerbsdynamik) erhöhte Angebotsvarianz zu einem Informationsungleichgewicht auf der Nachfrageseite, die eine vollständige Marktübersicht unmöglich macht. Immer mehr Gütesiegel, Zertifikate, Auszeichnungen und Ratings weisen als Orientierungshilfen den Verbrauchern den Weg, deren derzeitige inflationäre Ausuferung wiederum zu einer Verunsicherung führt. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Omnibus-Studie des Fachbereichs Prävention und Gesundheitsförderung der APOLLON Hochschule, der Standpunkt der Entscheider des Gesundheitswesens zum Einsatz und den Wirkungen von Gütesiegeln untersucht.

>> Beliefen sich die Internet-Fundstellen bei der Eingabe der Wörter „Gütesiegel und Gesundheit“ in der Suchmaschine Google (beschränkt auf Deutschland) vor fünf Jahren (01.01.2007 bis 31.12.2007) auf 140.000 Treffer (nur Gütesiegel: 1.400.000), so hat sich die Zahl fünf Jahre später (01.01.2011 bis 31.12.2011) auf 1.470.000 Treffer (nur Gütesiegel: 4.000.000) verzehnfacht. Ungeachtet der eingeschränkten Validität und Ungenauigkeit dieses Rechercheinstruments scheint das Thema Gütesiegel aus Anbieter- und Nachfragesicht an Bedeutung zu gewinnen. Nachvollziehbar, denn mit steigender Markttransparenz üben „greifbare“ Entscheidungskriterien, wie finanzielle Vorteile, Werbung, Markenimage und Gütesiegel einen starken Anreiz aus. Die aktuellen wettbewerblichen Rahmenbedingungen zwingen die Akteure des Gesundheitswesens zu kurzfristigen Vorteilsstrategien.

Diese bergen die Gefahr, dass sich ein zunehmender Preiswettbewerb (bzw. Gütesiegelwettbewerb), statt eines Qualitätswettbewerbs entwickelt (Hujber 2005). Diese Gefahr wird verstärkt durch Vergleichsportale, Produktbewertungen und Empfehlungen Dritter, die sich teils stark auf finanzielle Vorteilsaspekte und nicht auf die Qualität der Angebote konzentrieren. Gerade im Internet haben sich neben etablierten Bewertungen von Verbraucherschutzorganisationen (Stiftung Warentest) und Verbrauchermagazinen (ÖKO-Test) zahlreiche Vergleichsportale entwickelt. So existieren allein für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) mehr als 70 unterschiedliche Gütesiegel (Scherenberg 2011). Hierbei wird entweder die Institution (z.B. Beste Krankenkasse, Beste regionale Krankenkasse, Beste Krankenkasse ohne Zusatzbeitrag) oder deren Service oder ihre Produkte (z.B. TOP-Prävention, Bestes Leistungsangebot) beleuchtet. Zudem werden auf dieser Weise - meist finanzielle - Vorteile für bestimmte Zielgruppen (z.B. Beste Krankenkasse für Singles, Sportler, Aktive, Passive, Berufsstarter, Familien) oder sonstige Vorteile (z.B. Doktors Liebling) beleuchtet. Rund 40% der GKVn weisen auf ihren Internet-Seiten bereits auf

Zusammenfassung

Die APOLLON Hochschule hat sich im Rahmen einer Entscheider-Befragung mit den Einsatzgebieten, der Wirkung und den Verbesserungspotenzialen von Gütesiegeln im Gesundheitswesen beschäftigt. Demnach werden Gütesiegel befürwortet, da sie die Qualität im Gesundheitswesen steigern können. Indes wurde deutlich, dass Gütesiegel aktuell wenig zur Transparenzsteigerung und Akzeptanz von Produkten beitragen. Seitens der Befragten wurde die ausschließliche Bewertung unabhängiger Institute ohne kommerziellen Charakter sowie standardisierte Bewertungskriterien zur Sicherstellung der Qualitätstransparenz favorisiert. Durchgeführt wurde die Online-Befragung vom Marktforschungsinstitut dostal & partner.

Schlüsselwörter

Gütesiegel, Gesundheit, Qualität Transparenz, Gesundheitswesen

solche Auszeichnungen mit entsprechenden Gütesiegeln hin (ebd.).

Gründe für den Einsatz von Gütesiegeln

Die Expansion von Gütesiegeln hat mehrere Gründe: Zum Einen liegt es nahe, dass Verbraucher darauf vertrauen, ein zusätzliches Bewertungskriterium bzw. eine unabhängige Entscheidungsbasis über das unüberschaubare Angebotsdickicht zu erhalten. Zum Anderen stellen anbieterseitig Auszeichnungen, als verbrieftes Zeichen für hervorragende Leistungen, eine marketingstrategische Profilierungsmöglichkeit u.a. im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit dar. Die Online-Befragung im Dezember 2011 der APOLLON Hochschule (zum Themenfeld „Gütesiegel“) im Rahmen der 10. Welle (Dostal/Dostal 2012) des 2008 gestarteten „healthpanels“ bestätigt diese Vermutung (siehe Abb. 1): Denn mehr als ein Drittel der befragten Entscheider der Gesundheitswirtschaft (n=432) (33,8%), die Gütesiegel einsetzen, sehen diese als etablierte Instrumentarien mit Signalwirkung, insbesondere im Bereich Prävention (45,5%), an. Insgesamt setzen 53,7% der Befragten (GKVn zu 50,0%) Gütesiegel ein. Teilnehmer der Studie, die keine Gütesiegel einsetzen, teilen diese Meinung nicht oder setzen Gütesiegel bewusst nicht aus Kosten- oder Überzeugungsgründen ein. Die überwiegende Mehrheit ist demnach davon überzeugt, dass von den etablierten Gütesiegeln eine wichtige Signalwirkung ausgeht und damit Gütesiegel ein adäquates Hilfsmittel zur Orientierung darstellen. Die aktuell inflationäre Zunahme solcher „Orientierungshilfen“ schwächt die Wirkung und läuft damit der ursprünglichen Intention entgegen. Denn laut Aussagen der Befragten (siehe Abb. 2) tragen Gütesiegel nur zu maximal 2,2% zur Transparenzsteigerung und Akzeptanz von Produkten bei. Mehr als ein Drittel der Befragten (39,1%) sind sogar der Meinung, dass Gütesiegel eher zur Verunsicherung beitragen. Auffällig ist, dass die Befragten Gütesiegel insbesondere für den Bereich Prävention Potenziale zur Steigerung des Qualitätswettbewerbs sehen (59,9%) und Gütesiegel weniger als Marketinginstrument betrachten.

Hindernisse und Risiken

Damit Gütesiegel überhaupt einen Beitrag zur Qualitätssteigerung leisten können, ist ein gemeinsames Verständnis über Qualität notwendig. Denn Qualität ist nicht nur schwer greifbar, sondern lässt sich nie ganz objektiv darstellen. Daraus folgt, dass Gütesiegel immer nur ein Versuch sind, der interessierten Öffentlichkeit Ausschnitte der Wirklichkeit vermittelbarer zu machen (Rauschenbach 2005). Zudem hinken die Informations- und Bewertungssysteme der Realität konsequent hinterher, da sie nur den aktuellen IST-Zustand - oft in Teilbereichen (z.B. Service oder einzelne Produkte) abbilden können. Ein weiteres Problem stellt

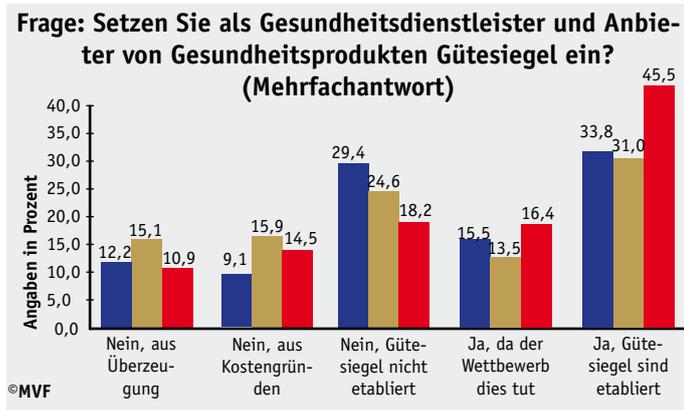


Abb. 1: Wirkung von Gütesiegeln. Quelle: Eigene Berechnung.

die Finanzierungs-, Verkaufs- und Veröffentlichungsnotwendigkeit von Rankings dar, die immer eine gewisse Medienwirksamkeit bedingt. Spektakuläre und verkaufsfördernde Aussagen von Gewinnern und Verlierern fördern die Medienwirksamkeit und damit z.B. die Auflagenstärke entsprechender Zeitschriften, können unangemessen (Lanfermann 1998) oder stimulierend sein. Auch user-generierte Erfahrungsberichte und Hitlisten (z.B. Ciao, Dooyoo) erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Denn neben unabhängigen Experten (z.B. Stiftung Warentest) tauschen immer mehr Konsumenten ihre Erfahrungen aufgrund der zunehmenden Unübersichtlichkeit online aus (Frick/Hauser 2007). Vor diesen mitunter mangelhaften und manipulationsanfälligen Meinungen von Laien warnen Verbraucherschützer (Verbraucherzentrale 2005). Im Gegensatz zu den Niederlanden („Wähle besser“, www.kiesbeter.nl) existiert ein unabhängiges Verbraucherportal zur verstärkten Transparenz und Orientierung der Versicherten im Gesundheitswesen, für den deutschen Krankenversicherungsmarkt bis dato nicht.

Der dringende Bedarf für eine wertneutrale Beratung wurde mit Einführung des § 65b SGB V (GKV-Gesundheitsreform 2000) und der Verpflichtung der GKVn zur „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ bereits Rechnung getragen (Dierks et al. 2003). Hierzulande ermöglicht die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH“ als Modellverbund der Spitzenverbände der Krankenkassen bundesweit eine kostenfreie persönliche Beratung in 22 regionalen Einrichtungen (www.upd-online.de). Eine Ausuferung von mitunter kostenpflichtigen Gütesiegeln kann nicht nur zu einer erneuten Unübersichtlichkeit, sondern mitunter zu einer Wettbewerbsungerechtigkeit führen. Werden kostenpflichtige Gütesiegel von der Öffentlichkeit akzeptiert, haben Anbieter mit geringer Finanzstärke weniger Möglichkeiten, sich auf diesem Wege zu profilieren. Kriterien, die für solche Qualitätsbewertungen im Rahmen von Interviews überprüft werden, sind u.a. Servicekultur, Servicezuverlässigkeit, Umgang mit Reklamationen und Qualifikationen der Mitarbeiter. Produktbewertungen erfolgen mitunter auf Selbstauskunft. Werden Daten nicht wahrheitsgemäß angegeben und halten einer möglichen Prüfung nicht stand (z.B. des DISQ, Deutschen Institut für Servicequalität), findet ein Ausschluss der jeweiligen Kasse und Entzug des Gütesiegels statt (bspw. der Hanseatischen Krankenkasse (HEK) im Jahre 2006; Pressemeldung des DISQ, 04.12.2006). Negative Beurteilungen sowie Ausschlüsse wirken sich wiederum ungünstig aus.

Zentrale Schwächen und Optimierungsmöglichkeiten

Bezogen auf Gütesiegel können die mangelnde Standardisierung, Vergleichbarkeit, Kontinuität sowie methodische und konzeptionelle Ungleichheit die Chance schmälern, dass Qualitätsanreize geschaffen werden und die gut gemeinte Transparenz zu einem reinen Marketinginstrument verkommt. Alle Akteure (Abb. 3) sind sich darüber einig, dass durch die „ausschließliche Bewertung durch unabhängige Institutionen

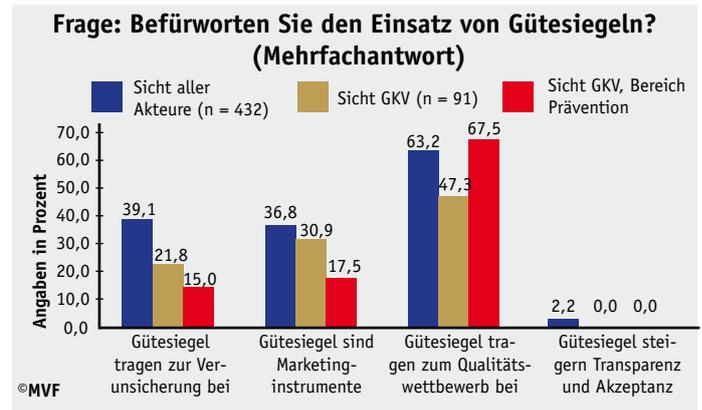


Abb. 2: Einsatz von Gütesiegeln. Quelle: Eigene Berechnung.

ohne kommerzielles Interesse“ (86,9%) sowie die Festlegung standardisierter Bewertungskriterien kommerzieller wie nicht-kommerzieller Institutionen (63,9%) die Qualitätstransparenz sichergestellt werden kann. Die GKVn befürworten (an dritter Stelle) eine gesetzliche Transparenzpflicht über Gütesiegel stärker als die Gewährleistung nachweisbarer „Muss“-Kriterien (an vierter Stelle). Der Einsatz von Ampelsystemen oder staatliche Gütesiegel sind nach Meinungen der Akteure eher zu vernachlässigen. Werden Ergebnisse von unabhängigen Instituten erstellt und von einer übergeordneten zentralen Stelle (z.B. Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, Verbraucherverbänden) publiziert, erhöht dies die Glaubwürdigkeit, da eine höchstmögliche Objektivität angenommen wird. Damit kann die Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern gesenkt werden. Wechselnde Kriterien könnten zudem vermeiden, dass keine Konzentration auf die Optimierung einzelner öffentlichkeitsrelevanter Kriterien, sondern eine inhaltliche Handlungsoptimierung stattfindet. Eine Veröffentlichung trägt im Sinne von „public disclosure“ dazu bei, dass qualitätsbezogenes Verhalten gefördert wird, da die Reputation direkt von der Veröffentlichung betroffen ist. Auch eine gesetzliche Transparenzpflicht sowie einheitliche Standards von Siegel, Ratings, Bewertungsportale bzw. die stärkere Offenlegung von Bewertungskriterien sowie die Transparenz möglicher kommerzieller Interessen kann ein Schritt in die richtige Richtung darstellen. Qualitätsgütesiegel mit unterschiedlichen Stufen können dazu führen, dass die Nachfrageseite für das Thema Qualität sensibilisiert und die Anbieterseite zur Erreichung der nächsten Stufe motiviert wird.

Grenzen von Gütesiegeln im Bereich Prävention

Um die Qualität von Präventionsmaßnahmen zu erhöhen und dem Wert von Gesundheit für das Individuum und die Gesellschaft gerecht zu werden, müssten Bewertungen die Besonderheiten des Gesundheitswesens betrachten. Denn werden präventive Angebote bewertet, so sollte berücksichtigt werden, wie wahrscheinlich es ist, hohe Präventionspotenziale zu erzielen und inwiefern gerade (Hoch-)Risikogruppen mit einem aktuell schlechten Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand daran teilnehmen (können). Angebote, die eher bereits aktive Personengruppen ansprechen, verfehlen das Ziel und leisten keinen aktiven Beitrag zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit. Dies setzt voraus, dass das wettbewerbliche Potenzial eine wechselseitige Besserstellung generiert. Zudem handelt es sich bei den „Konsumenten“, um Mitproduzenten der Gesundheit, deren Inanspruchnahme (bzw. Mitwirkung) im Vergleich zu „klassischen“ Produkten von sozialen und ökonomischen Ressourcen beeinflusst wird. Gelingt es Anreize zu schaffen, bei der jene Akteure honoriert werden, die den größten Beitrag am gesundheitlichen Wohlergehen leisten, profitiert langfristig das gesamte Gesundheitssystem. Denn aktuell besteht immer noch ein hoher Anreiz, den Fokus auf attraktive und einkommensstarke Zielgruppen zu setzen, da vulnerable Menschen aus einkommensschwachen Schichten eine eher unattraktive Zielgrup-

Frage: Wie kann die Qualitätstransparenz durch externe Bewertungen bzw. den Einsatz von Gütesiegeln Ihrer Meinung nach sichergestellt werden? (Mehrfachantwort)

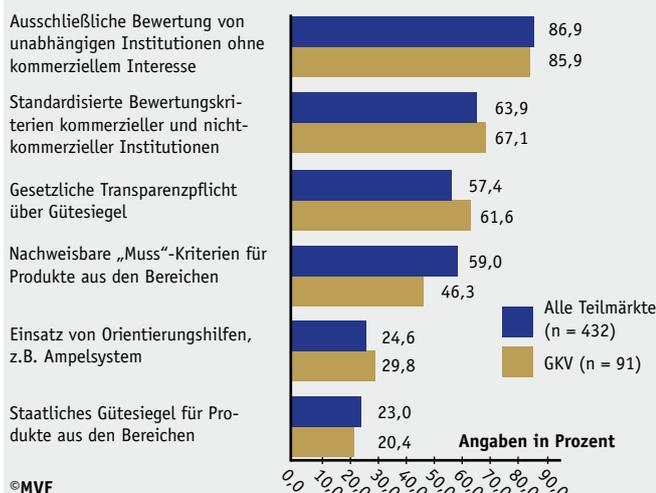


Abb. 3: Qualitätssicherung von Gütesiegeln. Quelle: Eigene Berechnung.

pe darstellen. Diese wettbewerblichen Rahmenbedingungen sind nicht nur ethisch, sondern können aus gesellschaftsökonomischer Sicht als bedenklich bezeichnet werden, und stehen insgesamt betrachtet einer nachhaltigen Entwicklung entgegen. Geht es um die Signalwirkung von Gütesiegeln, ist anzumerken, dass die primäre Informationsquelle Internet und damit auch Vergleichsportale - trotz zunehmender Überwindung der digitalen Kluft - tendenziell von sozial benachteiligten und älteren Menschen weniger genutzt wird. Junge, gut gebildete und ökonomisch abgesicherte Schichten haben damit allein aus informationstechnologischen Gründen einen Partizipationsvorsprung.

Fazit

Um einen wirkungsvollen Beitrag zur Qualitätssteigerung des Gesundheitssystems leisten zu können, muss auf die steigende Unsicherheit aufgrund der Produktvielfalt und Ausuferung von Gütesiegeln reagiert werden. Denn die erkennbare Unüberschaubarkeit führt dazu, dass derzeit auf eher nicht qualitätsorientierte „greifbare“ Kriterien zurückge-

Quality improvement through transparency? - Using seals of quality in health care

Through a survey of decision-makers, APOLLON College examined the areas of use, the effect and the potential improvements of seals of quality in health care. Accordingly, seals of quality were approved, as they could increase quality in health care. However, it became clear that seals of quality currently contribute less to an increase in transparency and acceptance of products. Exclusive assessments by independent, non-commercial institutes, and standardized assessment criteria were favoured by those questioned for the guaranteeing of quality transparency. The online survey was carried out by the market research institute dostal & partner.

Keywords

seal of quality, health, quality transparency, health care

griffen wird oder eine Auswahl „instinktiv“ über eine von der Werbung verankerte Sympathieorientierung erfolgt, statt eine leistungsorientierte Entscheidungsfindung vorzunehmen. Eine Abkehr der derzeitigen Dominanz teils finanzieller Vorteilsdarstellungen würde eine stärkere Wettbewerbsdynamik in Richtung Leistungs- und Qualitätswettbewerb anstoßen, die einen gesellschaftlichen Wertbeitrag leistet. Ein fairer Leistungs- und Qualitätswettbewerb setzt sach- und laiengerechte Informationen sowie eine verstärkte Transparenz und Honorierbarkeit des Leistungsbeitrags über qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Angebote voraus. Insofern können „vereinzelte“ und „mitunter abgestufte“ Gütesiegel unter den beschriebenen Prämissen einen positiven Beitrag im Gesundheitswesen leisten, vorausgesetzt die interessierte Öffentlichkeit honoriert - mit ihrem Nachfrageverhalten - Qualität. <<

Erklärung

Viviane Scherenberg ist Mitarbeiter der APOLLON Hochschule in Bremen. Sie hat die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse selbst durchgeführt. Die Befragung/Erhebung der Daten wurde ohne finanzieller Unterstützung Dritter von dem Marktforschungsinstitut dostal & partner durchgeführt.

Literatur

- Dierks ML, Diel F, Schwartz FW (2003): Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung, in: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.): Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer Verlag, München und Jena, S. 339-348.
- DISQ (2006): FOCUS-MONEY und das Deutsche Institut für Service-Qualität ermitteln Deutschlands beste Krankenkasse, Pressemeldung des Deutschen Instituts für Service-Qualität vom 04.12.2006, URL: http://www.disq.de/download/PM_04.12.pdf, [Stand 23.07.2012].
- Dostal AWT, Dostal G (2011): Potentiale im Zweiten Gesundheitsmarkt: Wellness, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsreisen - Ergebnisse einer Umfrage für Entscheider und Dienstleister im Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt, Vilsbiburg.
- Frick K, Hauser M (2007): Kontrolle ist nichts, Vertrauen ist alles, in: GDI Impulse - Wissenschaftsmagazin für Wirtschaft, Gesellschaft, Handel, S. 82-97.
- Hujber T (2005): Werbung von Versicherungsunternehmen, DUV Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.
- Laufmann B (1998): Transparenz durch Ratings?: Unternehmens- und Produktatings deutscher Nicht-Lebensversicherer, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe.
- Rauschenbach T, Schilling M (2005) (Hrsg.): Kinder und Jugendhilfereport 2 - Analyse, Befunde und Perspektiven, Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Scherenberg (2011): Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge, Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Verbraucherzentrale (2005): Stichprobe bei Verbraucherforen im Internet: Mangelhafte Meinungen, Pressemitteilung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen vom 27.07.2005, URL: <http://www.vz-nrw.de/UNI124353748203746/link197201A.html>, [Stand 23.07.2012].
- Die Ergebnisse dieses Beitrages wurden parallel im Gesundheitsforen-Themendossier, Ausgabe 6/2012 (Gütesiegel in der Krankenversicherung - Attribut für Qualität vs. Marketingeffekt) veröffentlicht.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg MPH

ist Dekanin Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule in Bremen. Sie ist Dipl.-Btw., studierte Angewandte Gesundheitswissenschaften und Public Health an der Universität Bielefeld, promovierte am ZeS (Universität Bremen), zuvor Leiterin Competence Team & Partnerships Health- & Socialcare (in einer Wuppertaler Agentur).

Kontakt: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de



Mit einem leistungsstarken Morbiditätsmanagement zum Erfolg

Aktivierende Gesundheitsberatung durch Experten



Die MedicalContact AG unterstützt als verlässlicher und transparent arbeitender Servicepartner Krankenversicherungen bei deren Versorgungsmanagement.

Unsere Morbiditätsprogramme fördern auf zielgruppenspezifischen Beratungs- und Interventionsleveln das Selbstmanagement der Versicherten. Sie tragen gleichermaßen dazu bei, die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Versicherten zu verbessern und Leistungsausgaben einzusparen.



Fallmanagement

Direkte Steuerung und besonders engmaschige Unterstützung unter Berücksichtigung des gesamten Lebensumfeldes, auch durch Hausbesuche



Proaktives, strukturiertes und regelmäßiges indikationsbezogenes
Coaching



Präventions-, lebensphasen- oder versorgungsbezogene
Information
durch Reminding/Kampagnen plus Inbound

