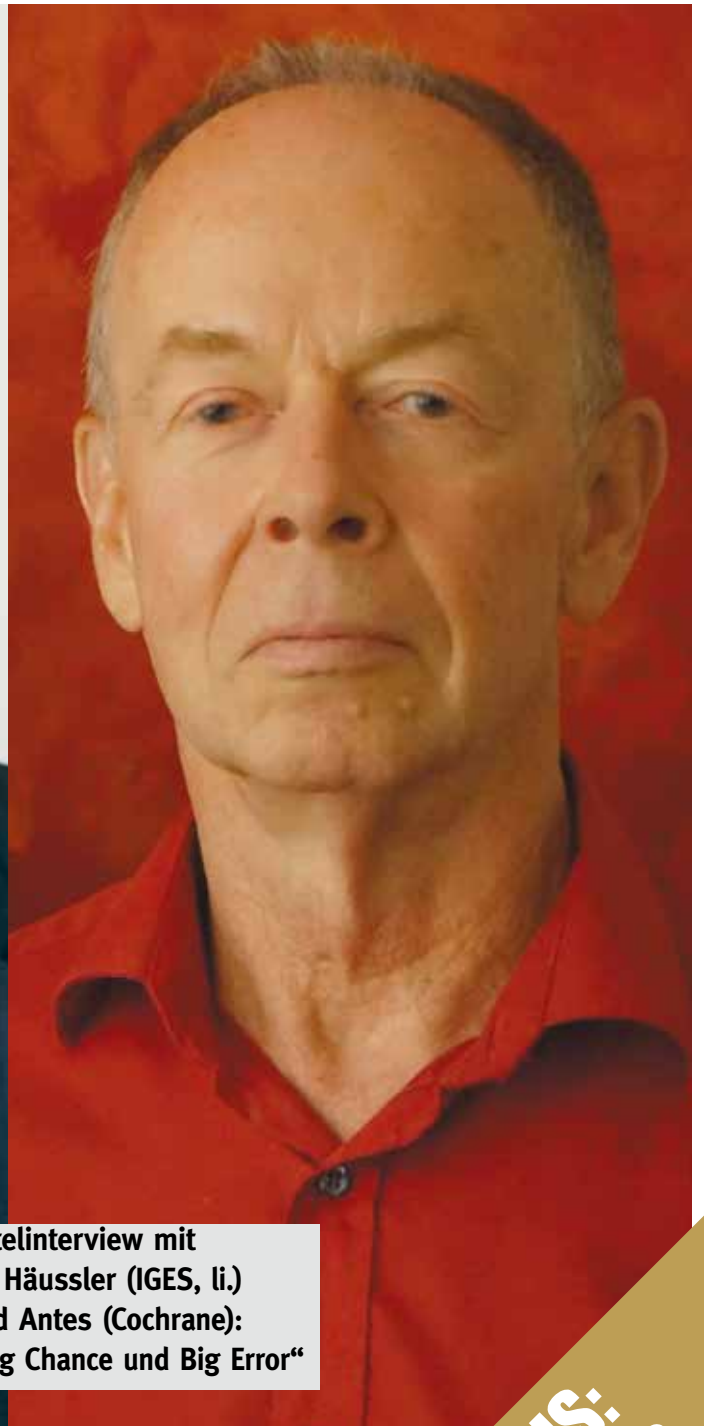
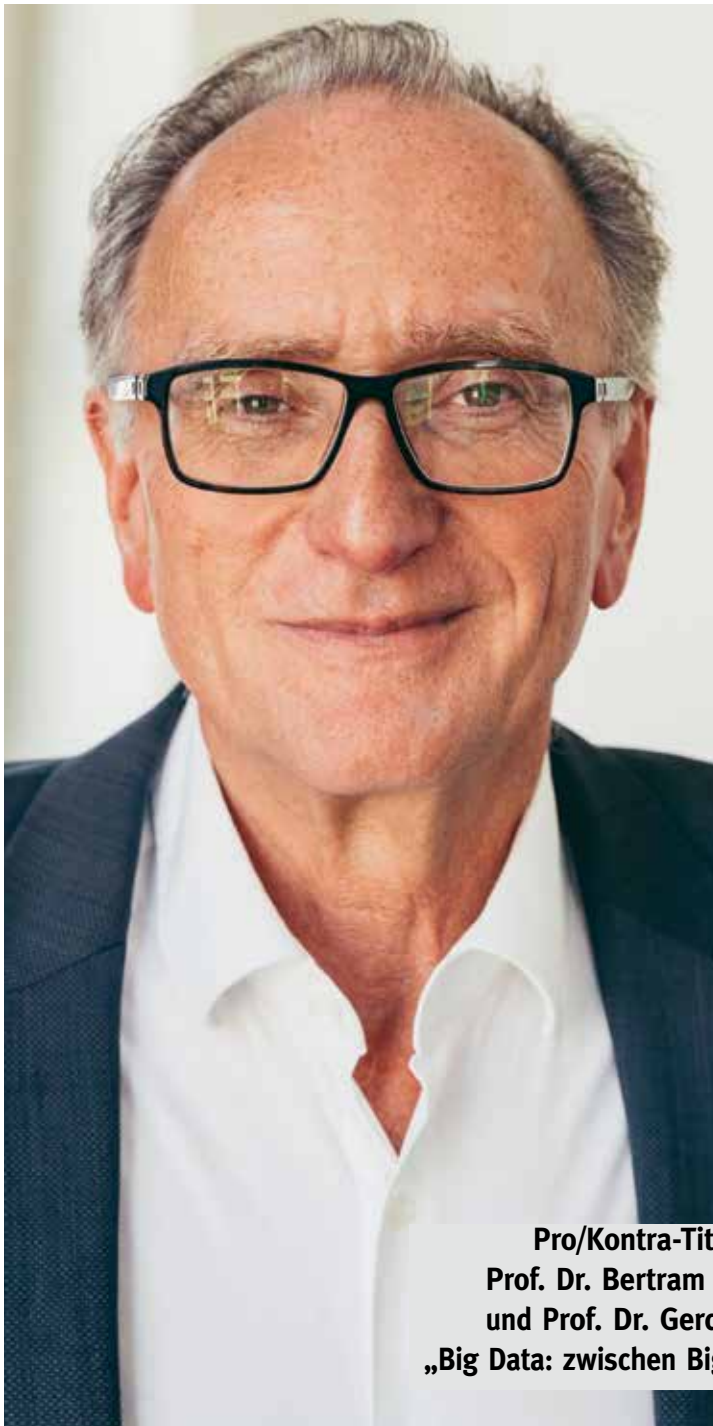


VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Pro/Kontra-Titelinterview mit
Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES, li.)
und Prof. Dr. Gerd Antes (Cochrane):
„Big Data: zwischen Big Chance und Big Error“

„Versorgungssituation von Patienten mit Demenz“ (Schulte)

„Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor“ (Bauer)

„Zur Versorgung mit CPM-Bewegungsschienen“ (Rychlik)

**FOKUS:
Big Data**

Editorial

Streit um Big Data

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

4

Redaktion

„Big Data: zwischen Big Chance und Big Error“

Interview mit Prof. Dr. Gerd Antes (Cochrane) und Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES)

6

Das Erfolgsmodell des „Berliner Projekts“

20 Jahre „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

16

55 Versorgungsforschungs-Projekte

Ein Jahr nach den veröffentlichten Förderbekanntmachungen veröffentlicht

20

Primärdatenforscher aus Leidenschaft

Serie (Teil 14): ISAP der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

26

Die Transdisziplinarität ist eine Lebenshaltung

Science Slam: Einbeziehung wissenschaftlicher als auch nicht-wissenschaftlicher Akteure

30

„Wie können wir die Bremsen lösen?“

Sektorenübergreifende Versorgung nach § 140a SGB V. aus der Sicht von OptiMedis

32

„Eine dauerhafte Perspektive“

Dr. Gisela Nellesen-Martens: zehn Jahre Geschäftsführerin im DNVF

34

„Grundlagen der eigenen Arbeit anerkennen“

Replik von Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und PD Dr. rer. med. Neeltje van den Berg

36

Zahlen - Daten - Fakten

Von ARMIN bis zu Arzneimittelvereinbarungen

14

Standards

Impressum 2

News 25

Rezension 29

Dieser Ausgabe liegen in einer Teilaufgabe die Fachzeitschriften „Monitor Pflege“ und „Pharma Relations“ bei.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 37-40

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
11. Jahrgang
ISSN: 1866-0533 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)

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

Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1
stegmaier@m-vf.de

Redaktion
Olga Gilbers
gilbers@m-vf.de
Kerstin Müller
mueller@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org

Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für

den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de
Marketing:
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement
„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 90 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 60 Euro. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro. Preisänderungen vorbehalten. Die

Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

Layout
eRelation AG, Bonn
Druck
Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich 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 unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von

Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin. Verbreitete Auflage: 6.612 (IVW 2. Quartal 2018)



WISSENSCHAFT

Dipl.-Kfm. Timo Schulte, MBA / Laura Lange, M.Sc. Statistics / Prof. Dr. jur. habil. Thomas Klie / Dr. h.c. rer. medic. Helmut Hildebrandt / Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bohnet-Joschko / Dipl.-Ges.oec. (FH) Milorad Pajovic / Dipl.-Volksw. Andreas Storm

41

Versorgung von Patienten mit Demenz vor und nach Erstdiagnose

Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen in Deutschland liegt bei 16,7 Patienten pro 1.000 Einwohner, wenn die Versichertenpopulation der DAK entsprechend hochgerechnet wird. Das entspricht etwa 1,4 Millionen Menschen in der Gesamtbevölkerung, wobei jährlich etwa 282.000 Erkrankte neu hinzukommen (Inzidenz). Etwa 70% der Demenzpatienten sind weiblich, knapp die Hälfte wird spätestens ein Jahr nach der Erstdiagnose vollstationär gepflegt. Besonders stark steigen im Zusammenhang mit der Erstdiagnose die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Krankenhausbehandlungen.

Prof. Dr. PH Ullrich Bauer / Orkan Okan / Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann

47

Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor

Die Stärkung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter gilt als ein Schlüsselthema für die pädagogische Arbeit in den Einrichtungen des Erziehungs- und Bildungssystems. Andererseits wird jedoch auch deutlich, dass in der Praxis ist das Thema Gesundheitskompetenz noch nicht zur Gänze angekommen ist.

Vanessa Seitz / Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev
Prävalenz und Behandlung von Verletzungen bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen

53

Im Jahr 2016 wurde bei 297.528 Patienten in deutschen Hausarztpraxen eine Verletzung diagnostiziert. Dies entspricht 11,3% der Gesamtbevölkerung. Sieht man von nicht näher bezeichneten Verletzungsdiagnosen ab, war die häufigste Diagnose die einer Knöchel- und Fußverletzung (N=34.650). Die Prävalenz von Verletzungen war am höchsten bei Personen >80 Jahre (18,0%) und am niedrigsten bei Personen zwischen 31-40 Jahren (9,5%).

Christoph Potempa, M.A. / Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

58

Zur Versorgung mit CPM-Bewegungsschienen nach Knie- bzw. Schulteroperationen

Der durchschnittliche stationäre Aufenthalt nach Knieoperationen fiel mit ca. 3 Tagen für beide Gruppen ähnlich lang aus. Nach Schulteroperationen wurden Patienten der Kontrollgruppe länger stationär behandelt als in der CPM-Gruppe (3,6 zu 2,2 Tage). Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigte sich, dass erwerbstätige Patienten häufiger mit Schienen versorgt wurden. Auch hinsichtlich der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsdauern zeigten sich sowohl nach Knieoperationen (33,3 zu 34,1 Tage) als auch nach Schulteroperationen (33,2 zu 41,3 Tage) Vorteile für die Schienentherapie.

Herausgeber-Beirat





Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Forschungszentrum Ungewöhnlichkeit und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	

	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	
	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Prof. Dr. Stephanie Stock	
	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	

Institute/Stiftungen

	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	Dr. Bernadette Klapper	
	Dr. Dominik Graf von Stillfried	

	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	Dr. Andreas Meusch	

Akteure

	Hedwig François-Kettner	
	Harald Möhlmann	
	Dr. Martin Danner	
	Dr. Marco Penske	
	Prof. Dr. Christian Franken	
	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	Dr. Andreas Kress	
	Friedhelm Leverkus	
	Dr. David Traub	
	Dr. Jens Härtel	

	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	Dr. Christopher Hermann	
	Franz Knieps	
	Andreas Storm	
	Dr.med. Hans-Joachim Helming	
	Roland Lederer	
	MUDr./CS Peter Noack	
	Prof. Dr. Stephan Burger	
	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	Prof. Dr. W. Dieter Paar	
	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Streit um Big Data

MVF-Pro/Kontra-Titelinterview mit Prof. Dr. Gerd Antes (Cochrane) und Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES) > S. 6 ff.

In unserem ersten Pro/Kontra-Titelinterview präsentieren wir Ihnen ein Streitgespräch zwischen **Prof. Dr. med. Bertram Häussler**, Mediziner, Soziologe und Vorsitzender der Geschäftsführung des IGES Instituts in Berlin, und **Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes**, Mathematiker, Biometriker und Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums am Universitätsklinikum Freiburg. Es geht um das große Thema Big Data und damit um die im Zusammenhang mit künstlicher Intelligenz möglichen Erkenntnisfortschritte.

Prof. Häussler spricht in diesem Zusammenhang lieber von „explorativer Wissenschaft“, in der er großes Potenzial sieht. Prof. Antes sieht im Gegensatz dazu, „dass volkswirtschaftlich die Gefahr besteht, dass wir uns mit schneller wachsenden falschen Erkenntnissen selbst schaden“, weil Data Scientists „Scheinzusammenhängen“ aufsitzen und viele Fehler von „Poor Medical Research“ mit neuem methodischen IT-Brimborium in großem Maßstab wiederholen. Häufig wird die Diskussion von der Provokation der „Theorielosigkeit“ beherrscht („causality is over, it's just data“ – Anderson), die inzwischen von „The age of big data clearly is not without theories – they are present throughout, with all that this entails.“ (laut Mayer-Schönberger) abgelöst sein könnte.

In jedem Fall ein sehr spannendes Streitgespräch. Liebe Leser, entscheiden Sie selbst, zu welcher Seite Sie neigen. Verweigern können wir uns der neuen Entwicklung sicherlich nicht.

Innovationsfonds

> S. 20 ff.

Der Innovationsausschuss des G-BA hat im September 55 weitere Anträge für Projekte im Bereich Versorgungsforschung ausgewählt. Es waren 205 Projektanträge eingegangen. Die zur Verfügung stehenden Mittel werden damit voraussichtlich voll ausgeschöpft.

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ...“

> S. 26 ff.

Diesmal berichten wir über **Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller, MPH** und das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Die Serie erscheint zum diesjährigen DVKF übrigens auch in Buchform.

Wissenschaftliche Beiträge

Schulte u.a. untersuchen die Prävalenz und Versorgung demenzieller Erkrankungen in Deutschland, etwa 1,4 Millionen Personen sind betroffen, jährlich kommen etwa 280.000 neu Erkrankte hinzu. Etwa 70% der Demenzpatienten sind weiblich, knapp die Hälfte wird spätestens ein Jahr nach der Erstdiagnose vollstationär gepflegt. Regional gibt es bei Krankenhausfällen und bei der Versorgung mit Psycholeptika deutliche Unterschiede.

> S. 41 ff.

Bauer, Okan und Hurrelmann lenken den Blick auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, für die die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf beginnen sollte.

> S. 47 ff.

Seitz und Kostev untersuchen die Prävalenz und Behandlung von Verletzungen in deutschen Hausarztpraxen. Am häufigsten sind Knöchel- und Fußverletzungen, sowie Verletzungen bei Personen über 80 Jahren. Ein Drittel der Patienten wurde zur Weiterbehandlung überwiesen.

> S. 53 ff.

Potempa und Rychlik präsentieren die Ergebnisse einer Versorgungsstudie zur ambulanten Anschlussbehandlung von Patienten nach Knie- und Schulter-Operationen mit einer CPM-Bewegungsschiene. Der Arzneimittelverbrauch war für Patienten mit CPM-Schienenbehandlung geringer und insbesondere bezüglich der Lebensqualität ergab sich ein deutlicher Vorteil.

> S. 58 ff.

Ich wünsche Ihnen einen nach diesem exzessiven Sommer schönen Herbst und hier, wie immer, interessante Lektüre und für Ihre Arbeit nützliche Informationen.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski



Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

Exzellente Datenqualität und individueller Service sind für uns eine Selbstverständlichkeit. Unser Engagement für die Versorgungsforschung auch.

Mit unseren Daten zur Arzneimittelversorgung unter Alltagsbedingungen unterstützen wir Pharmaunternehmen, Krankenkassen und maßgebliche Institutionen des Gesundheitswesens.

Wir decken zeitnah Versorgungsauffälligkeiten zwischen Regionen, Facharztgruppen und Kassenarten auf. Wir analysieren die Behandlungshistorie mehrerer Millionen anonymisierter Patienten. Wissen für eine bessere Arzneimittelversorgung.

www.insight-health.de

INSIGHT Health GmbH & Co. KG
Auf der Lind 10 a/3 · 65529 Waldems-Esch
Tel.: 06126 955-0, Fax: 06126 955-20



Pro/Kontra-Interview mit Prof. Dr. Gerd Antes (Cochrane) und Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES)

„Big Data: zwischen Big Chance und Big Error“

„Big Data“ hat ein großes Problem: Quasi jeder redet darüber, aber keiner weiß so genau, was es eigentlich ist. Zwei Professoren, die sich auf sehr gegensätzliche Art seit vielen Jahren mit diesem Metathema beschäftigen und sich dazu bereits mehrfach öffentlich geäußert haben, sind Prof. Dr. Gerd Antes, wissenschaftlicher Vorstand der deutschen Cochrane-Stiftung und Co-Direktor von Cochrane Deutschland, und Prof. Dr. Bertram Häussler, Vorsitzender der Geschäftsführung des IGES Instituts. In einem Streitgespräch mit „Monitor Versorgungsforschung“ wird neben grundsätzlicher Definitions- und Abgrenzungsarbeit klar: Das ist erst der Anfang einer schwierigen, aber längst überfälligen Diskussion, die in Deutschland dringend geführt werden muss, ganz besonders im sensiblen Kontext der Gesundheitsversorgung.

>> Beginnen wir mit etwas, das Sie beide wohl einen wird: die Bias-Reduktion.

Antes: Gerne, denn Fehler und Irrtum sind Grundbestandteil von Forschung seit 2000 Jahren.

Häussler: Jede Forschungsgattung, zur der auch die Sozialforschung gehört, beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Methoden, um den Irrtum zu minimieren. Das ist aber nichts Big-Data-Spezifisches, um das es in diesem Interview doch gehen soll.

Nachdem so schnell eine Gemeinsamkeit gefunden wurde, gehen wir doch zu „Big Data“ über. Wie, Herr Prof. Antes, würden Sie den Satz vervollständigen: „Big Data ist ...“

Antes: „... gegenwärtig eine der größten Irreführungen, die schleunigst auf den wahren Kern zurückgeführt werden sollte.“

Häussler: „... als ein Werbeslogan entstanden, der dann zu einer schillernden Projektionsfläche für Sehnsüchte und Ängste gegenüber der Exploration von bisher unberührten Welten wurde, die sich in großen Gebilden von Informationen verbergen können.“ Wenn ich zudem eine Begriffsänderung einführen könnte, würde ich nicht länger von „Big Data“ sprechen, sondern von „explorativer Wissenschaft“.

Antes: Ich brauche keinen zweiten Satz, ich bin ein Freund der Kürze.

„Der Käsekonsum entwickelt sich von 2000 bis 2010 parallel zur Anzahl der Menschen, die auf tragische Weise unter ihrer Bettdecke erstickt sind.“ „Eine Zehn-Jahres-Korrelation besteht auch zwischen den von 1999 bis 2009 in einem Pool Ertrunkenen und der Anzahl jährlicher Filmrollen von Nicolas Cage.“ Das schrieb der Journalist W. Bartens in der „Süddeutschen Zeitung“ vom 18.3.2018, was Sie, Herr Professor Häussler in Ihrem aktuellen Beitrag in MVF 04/18 unter dem Titel „Von Big Data zur Exploration von Assoziationen im Raum von Morbidität und Versorgung“ als Fußnote angaben. Herr Prof. Antes, kann man sich bei „Big Data“ der Vorstellung hingeben, dass hier „alles mit allem korreliert und jeder sinnlose Zusammenhang kolportiert“ wird?

Antes: Eine gute Zusammenfassung. Gerade diese Korrelationen – sogenannte „Spurious Correlations“ – sind das große Problem, weil sie den Blick auf die wahre Erkenntnis vernebeln, teilweise sogar völlig verdecken.

Scheinkorrelation würde man vielleicht auf Deutsch sagen?

Antes: Der deutsche Begriff ist üblich, aber falsch. Die Zahlen sind natürlich korreliert. Der Schein kommt durch die falsche Interpretation

on, die das Ganze zu einem irreführenden sinnvollen Zusammenhang verfälscht. Darum muss man unbedingt Mechanismen entwickeln, um all diese irreführenden Korrelationen und Quasi-Kausalitäten zu entlarven und möglichst rasch auszuschalten. Es würden sich so manche „Spurious Correlations“ entlarven, denn wenn sie kausal wären, könnte man beispielsweise durch die Reduktion des Käsekonsums den Tod im Bettlaken vermeiden – was natürlich blanker Unsinn ist.

Können Sie ein Beispiel anführen, bei der eine Korrelation gefunden wurde, die im Fach Versorgungsforschung tatsächlich große Verwirrung gestiftet hat?

Häussler: Wir haben vor Jahren eine Untersuchung zu einem relativ neuen Medikament gegen Psychosen durchgeführt. Das betreffende Neuroleptikum zeigte sich in den vorliegenden Tests den Vergleichstherapien überlegen, so dass erwartet wurde, dass Patienten, die mit dem neuen Medikament therapiert werden, weniger Krankenhauseinweisungen aufweisen würden.

Und was haben Sie gefunden?

Häussler: Mehr Krankenhauseinweisungen! In der Analogie zum Käse ist das ein Phänomen des Confoundings, weil sich nun einmal in Daten Zusammenhänge abbilden können, die durch möglicherweise dahinterliegende, nicht sichtbare Faktoren getriggert werden. Die Erklärung für dieses scheinbar paradoxe Phänomen war, dass das neue Medikament, das im Test besser abgeschnitten hat und mit offensichtlich mehr Krankenhauseinweisungen verbunden ist, in der Versorgungswirklichkeit vor allem chronifizierten schweren Fällen gegeben wurde, bei denen ältere Medikamente nicht mehr oder nicht mehr richtig funktioniert haben.

Antes: Das Käse-Bettlaken-Beispiel stammt übrigens von mir.

Häussler: Herr Antes, im Grunde genommen nutzen Sie eine alte rhetorische Technik, indem Sie die Meinung des Gegners lächerlich machen. Wer ist schon so einfältig, den Käsekonsum mit etwas in Verbindung zu setzen, was originär mit Käsekonsum nichts, aber auch gar nichts zu tun hat. Solche Scheinzusammenhänge zu vermeiden, gehört doch zum Grundwerkzeug.

Antes: Eigentlich schon, aber der Gefahr erliegen doch unglaublich viele.

Häussler: Na ja.

Antes: Wir sehen das fast täglich. Wenn Sie jetzt bei „Big Data“ beginnen, nicht mehr Menschen, sondern Maschinen in 2.500 oder



„Wer ist schon so einfältig, den Käsekonsum mit etwas in Verbindung zu setzen, was originär mit Käsekonsum nichts, aber auch gar nichts zu tun hat. Solche Scheinzusammenhänge zu vermeiden, gehört doch zum Grundwerkzeug.“

Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES

„Im Prinzip wird doch nichts anderes versucht, als große Datenmengen nach immer neuen Zusammenhängen zu screenen, wobei nun einmal bekannt ist, dass jedes Screeningverfahren ‚falsch-positive‘ Ergebnisse auswerfen wird.“

Prof. Dr. Gerd Antes, Cochrane

mehr Variablen herumwühlen zu lassen, dann ist das gleichbedeutend mit einer sehr hohen Anzahl von Korrelation (über drei Millionen). Dadurch wird ganz zwangsläufig ein hoher Anteil „spurious“ sein, also eine sinnfreie hohe Korrelation anzeigen, wobei die Anzahl der falschen Signale in vielen Fällen sogar überproportional zunimmt.

Häussler: Wir reden doch von Menschen, nicht von Maschinen, die sich mit „Big Data“ beschäftigen.

Antes: Wir reden hier natürlich auch von Maschinen. Denn „Big Data“ und künstliche Intelligenz werden oft wie Zwillinge behandelt, die noch viel mehr Unsinn in großen Datenmengen finden werden als viel langsamer herumwühlende Menschen. Im Prinzip wird doch nichts anderes versucht, als große Datenmengen nach immer neuen Zusammenhängen zu screenen, wobei nun einmal bekannt ist, dass jedes Screeningverfahren „falsch-positive“ Ergebnisse auswerfen wird. Dabei können die „falsch-positiven“ schneller wachsen als die „richtig-positiven“ Signale. Genau das ist die große Falle des „Big Data“, in die allzu naive Data-Scientists mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit tappen werden. Dabei gilt immer und überall: Die Rate an falsch-positiven ist das extrem wichtige Kriterium für Qualität und sollte deswegen eine entsprechende Rolle einnehmen, wird tatsächlich jedoch meistens nicht einmal am Rande thematisiert.

Aber Sie müssen doch nicht wie ein myxomatoses Kaninchen in die von Ihnen beschriebene Falle tappen!

Häussler: Vielleicht trifft man ja solche Leute in der klinischen Epidemiologie. Ich habe Medizin und Soziologie studiert und kenne niemanden, der solche Zusammenhänge nicht prüft, bevor er sie veröffentlicht. Das ist die Kunst, das ist unsere Profession als Wissen-

schaftler, auf das, was wir erforschen und ganz besonders auf das, was wir als Ergebnisse finden, kritisch zu blicken und sich immer wieder die Kernfrage zu stellen: Könnte das wirklich sein? Oder: Kann das nicht sein? Dieses mäandernde Vorwärtsbewegen zwischen Wahr und Falsch ist der Kern der Wissenschaft, die geprägt werden sollte von einem gerüttelt' Maß an Verblüffung, was man alles in Daten finden kann, wenn man weiß wie.

Antes: Das ist doch der idealtypische Zustand, den Sie da beschreiben.

Häussler: Das passiert bei uns ganz oft.

Antes: Vielleicht in einem idealtypischen Bild von Wissenschaft, aber nicht in der Realität. Wir lesen es doch nahezu täglich in der Zeitung: Schokolade ist gut, Schokolade ist schlecht. Wenn sie halbbitter ist, senkt sie den Blutdruck. All das sind Ergebnisse riesiger Beobachtungsstudien à la Framingham (1). Meist kommen da Artefakte zu Tage, die man schon am nächsten Tag wieder über den Haufen wirft, weil sie voreilig und verantwortungslos aus irgendeinem Effekt heraus interpretiert wurden, den man schon bei der nächsten ernsthaften Untersuchung nicht reproduzieren kann. An manchen Stellen sind das sogar Effekte, die sehr vielen Menschen das Leben kosten. Framingham ist in dieser Gemengelage gerade das Gegenbeispiel. Dort wird jetzt in der dritten Generation seit über sechzig Jahren sehr zielgerichtet aus einer sehr großen Beobachtungsstudie Erkenntnis gesucht. Hochwertige Methodik ist integraler Bestandteil

1: <https://www.framinghamheartstudy.org/>

der fortlaufenden Studie, im Gegensatz zu der Blackbox Künstliche Intelligenz, die sehr oft als Methodik für „Big Data“ angegeben wird.

Das ist aber nun nichts „Big Data“-Spezifisches, sondern zeigt lediglich einen falschen, sicher oft zu vorschnellen und allzu sorglosen Umgang mit Studienergebnissen auf. Ist das denn wirklich ein fairer Vorwurf speziell gegen „Big Data“?

Antes: Das ist ein zentraler Vorwurf an die etablierte Wissenschaft, der zurückgeht auf einen der meistzitierten Arbeiten des kürzlich verstorbenen Doug Altman aus dem Jahr 1994: „The Scandal of Poor Medical Research“. In der nicht definierten Welt der „Big Data“ gibt es viele Bestandteile, die noch hinter die Vorwürfe von Doug Altman zurückfallen.

Dennoch: Das ist ein Vorwurf, der erst einmal nichts mit „Big Data“ zu tun hat.

Antes: Doch, hat er. Ich führe den Vorwurf logisch konsequent fort, weil „Big Data“ die gleichen Fehler begeht wie die etablierte Wissenschaft auch, nur leider zwangsläufig in einer noch höheren Potenz.

Herr Häussler, der Vorwurf steht im Raum: Wird es immer mehr „falsch-positive“ Ergebnisse geben?

Häussler: Sie, Herr Antes, haben gerade die Framingham-Studie als eine Quelle für falsche Schlüsse zitiert, weil möglicherweise jemand mit Schokolade einen falschen Zusammenhang herausgefunden hat. Auf der anderen Seite gibt es doch nichts vergleichbar wissenschaftlich Potenteres als diese großen bevölkerungsweiten epidemiologischen Studien, die überhaupt erst in der Lage sind, solche möglichen Zusammenhänge ans Tageslicht treten zu lassen. Durch Framingham und andere derartige Bevölkerungs-Großstudien werden im Laufe der Zeit wahre Schätze gehoben.

Zum Beispiel?

Häussler: Beispielsweise sieht man heute – vor allem dank solcher Studien – die Blutdruckgrenzwerte anders als früher. Womöglich wird man irgendwann genau dadurch die Gründe für zu hohen Blutdruck molekularmedizinisch oder genetisch entschlüsseln können. Dass wir heute 60 Prozent weniger Herzinfarktote als noch vor 30 Jahren haben, ist vornehmlich Framingham zu verdanken – einer Bevölkerungsstudie, die mit Korrelationen gearbeitet hat. Das dürfen wir uns doch durch teilweise spitzfindige Beispiele über Irrtümer nicht kaputt machen.

Antes: Aus Framingham hat man methodisch extrem ...

Häussler: Genau!

Antes: ... viel gelernt. Das war eine Pionierarbeit in jeder Stunde. Aber auch der finanzielle Aufwand war gigantisch. Dennoch löst das nicht die Probleme, die in Korrelationen an sich stecken. Ich glaube dennoch, in der Grundeinschätzung sind wir uns eigentlich völlig einig. Ich warne davor, wirklich auf der Hut zu sein, damit bei „Big Data“ nicht von vorneherein in die falsche Richtung marschiert wird. Wir wissen doch alle ganz genau, dass hier eine neue Generation forschten wird, die methodisch nicht oder zumindest nicht genügend me-

thodisch geschult ist. Mehr noch: Diese Erkenntnisfallen zu vermeiden, ist keine Frage von Datenmanagement und Informatik, sondern benötigt rigidere und mehr Methodik. Genau hier geht die Tendenz gegenwärtig in die andere Richtung, u.a. leicht zu erkennen, dass Begriffe wie Ergebnisqualität in großen Bereichen praktisch völlig verschwunden sind. Und: Wer kennt denn noch Konfidenzintervalle? Die Grundphilosophie von Entscheidungen in der Medizin ist „in Unsicherheit“. Die Angabe zum Vertrauen in Ergebnisse muss höchste Aufmerksamkeit behalten. Diese Perspektive ist vielfach ersetzt worden durch blinden Glauben an die Ergebnisse von Rechnereien ohne wissenschaftliches Fundament. Wie heißt es so schön bei Anderson? „Big data deluge makes the scientific method obsolete.“ (2)

Häussler: Es ist ganz zwangsläufig so, dass IT-Leute nun einmal qua ihrer Profession einen anderen Zugang zu Wissenschaft und Forschung haben als beispielsweise Epidemiologen. Wir haben hier bei IGES ein Dutzend IT-Leute, aber mehr als sechsmal so viel Wissenschaftler. Beide arbeiten in Teams zusammen, doch lassen wir „Data Scientists“ nicht mit irgendwelchen kruden Korrelationen vor die Wand laufen. So etwas gibt es in seriösen Forschungskontexten einfach nicht. Ich kann mir aber auch nicht vorstellen, dass man in einem universitären Kontext auf einmal Computerspezialisten wissenschaftlichen Content erzeugen lässt. Das wäre doch Nonsense.

Gehen wir doch einmal auf die Ebene Data Scientist versus gut ausgebildeter medizinisch-orientierter Wissenschaftler ein.

Häussler: Es liegt an den Wissenschaftlern, den Data Scientist als Zuarbeiter zu verstehen und die von ihm ausgeworfenen Korrelationen zu ver- und falsifizieren. Wenn der Wissenschaftler das nicht schafft, hat er eines: ein methodisches Problem! Das ist aber gewiss nicht das Problem der Profession Data Scientist, sondern eben jenes der etablierten Wissenschaft.

Antes: Die große Herausforderung wird es darum sein, eine ausgewogene Diskussion von Potenzial, Risiko, Kosten und Investment zu führen. Darum müssen wir bei der zunehmenden Datensintflut namens „Big Data“ endlich beginnen, die Begrifflichkeiten zu sortieren. Die Methodik dahinter ist eigentlich nichts Neues, sondern nur eine Fortführung und Erweiterung der Methodik, die wir seit Jahrzehnten haben.

Die man aber sehr wohl sehr gut kennen und anwenden muss.

Antes: Genau da liegt der Hase im Pfeffer.

Häussler: Es wird auch nicht wahrer, wenn man es immer wieder wiederholt. Ihr Bild von der Datensintflut, um einmal darauf einzugehen, finde ich horribel. Wie kann man denn Daten als Sintflut sehen?

Was sind für Sie Daten?

Häussler: Wenn ich an Daten komme, frage ich zunächst: Was sind das für Daten? Wo kommen sie her? Wie viele sind das? Wie wurden sie geprüft? Taugen sie etwas? Immer her mit der Datenflut, während Sie, Herr Antes, quasi eine Arche Noah bauen und warten, bis die Flut

2: <https://www.wired.com/2008/06/pb-theory/>

Fürsorge mit Forschergeist verbinden – für ein besseres Leben

Medikamente können helfen, ein längeres und gesünderes Leben zu führen. Und sie ermöglichen Menschen wieder die Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind. Bei Lilly erforschen wir seit rund 140 Jahren Medikamente, für die es einen dringenden Bedarf gibt und suchen neue Wege, um das Leben der Menschen zu verbessern.

Mehr über uns auf
www.lilly-pharma.de

Lilly

vorbeigeschwappt ist. Wie kann man nur fordern, dass weniger Analysen publiziert werden, damit unsere Bewertungsagenturen nicht so viel Arbeit haben – wie kürzlich auf der Tagung des „Monitor Versorgungsforschung“ geschehen. Vor so viel „German Angst“ gruselt es mir.

Antes: Das ist vornehmlich die Angst von Cristian S. Calude vom Department of Computer Science der Universität Auckland und Giuseppe Longo von der University School of Medicine in Boston, die eine wunderbare Zusammenfassung mit einem Wortspiel im Titel als Antwort auf den 2007er-Artikel geschrieben haben: „The deluge of spurious correlations in big data.“ (3) Diese Diskussion ist in Deutschland nicht ansatzweise bekannt.

Häussler: Ach 2007. Das ist zehn Jahre her, da war gerade das iPhone erfunden worden. Sie, Herr Antes, zitieren ebenso gerne und oft einen Artikel, den Chris Anderson, Chefredakteur eines IT-Szeneblatts namens „Wired“, geschrieben hat und überschrieben war mit: „causality is over, it's just data.“ (4) Meine Antwort: Lasst ihn das doch sagen! Es sind doch wir, die die Forschung machen. Wir sind doch nicht so einfältig, dies ohne Theorie und Methoden zu tun. Mit „Big Data“ werden doch nicht auf einmal die Regeln des wissenschaftlichen Arbeitens aus den Angeln gehoben. Wir bleiben bei dem, was wir gelernt haben. Aber: Wir lernen dazu! Mit jedem Tag, mit dem wir uns mit Datenmengen beschäftigen, lernen wir, was es bedeutet, mit wirklich sehr viel mehr Datensätzen umzugehen. Das heißt aber auch, dass wir durch die Vergrößerung der Datensätze andere Programme als bisher benötigen, um große Datenmengen in einer vernünftigen Zeit bearbeiten zu können. Da stößt man schnell an die Grenzen normaler Statistikprogramme, die gar nicht so mächtig sind, wie man gemeinhin denkt, und sieht auf einmal, dass man oft ziemlich lange auf Antworten warten muss. Weil das so ist, verzichtet man vielleicht auf Zusatzfragen, die man aber eigentlich bräuchte, um einen möglichen Irrtum aufzuklären. Das alles führt uns zu modernen „Big-Data“-Containern, die durch maschinenbasierte Statistikvorgänge neu programmiert worden sind, wobei man – übrigens ein interessanter Aspekt für den Datenschutz – immer mehr dazu tendiert, Cluster statt wie bisher das Individuum als Träger der Information zu sehen. Der Trend geht ganz eindeutig zu item-basierten Datensätzen statt zu personen- oder individuenbasierten Datensätzen.

Das sind sicher alles Schritte, die man begreifen und lernen muss.

Häussler: Man kann nur dann Erfahrungen sammeln, wenn man mit großen Datenmengen explorativ tätig sein darf. Genau darum darf man sich das nicht mit dem Argument, dass in diesen Datensätzen auch Scheinzusammenhänge verborgen sein können und sicher auch sein werden, abschneiden.

Letztlich bleibt doch Wissenschaft Wissenschaft; beiden ist gemeinsam, dass sie Modelle bilden und nutzen.

Häussler: Jetzt sind wir beim Modell der Kausalität, etwas, das wir praktisch nie sinnlich erleben können, weder bei „Big Data“ noch in der etablierten Wissenschaft. Sinnlich erleben könnte man, wenn jemand eine Pistole zieht, auf einen anderen schießt und dieser tot umfällt. Dann haben wir ein Ergebnis mit einem kausalen Zusammenhang. Aber wie sollte man praktisch erleben, dass der Blutdruck von heute etwas mit einer Herzinfarkterkrankung in 20 Jahren zu tun hat?

„Mit ‚Big Data‘ werden doch nicht auf einmal die Regeln des wissenschaftlichen Arbeitens aus den Angeln gehoben. Wir bleiben bei dem, was wir gelernt haben. Aber: Wir lernen dazu!“

Prof. Dr. Bertram Häussler

Um diesen Zusammenhang annähernd erfassen zu können, müssen wir uns auf der Ebene von Modellen bewegen. Ich meine, dass es genug intelligente Leute gibt, die in der Lage sind, auch jenseits des RCT mit dem Problem des

Bias und des Confoundings umzugehen. Der RCT hilft einem lediglich dabei, den Irrtum so weit es eben geht zu minimieren, aber geht dennoch immer noch von einem Zusammenhang aus, wo vermutlich in Wirklichkeit keiner ist. Das kann in der Tat sehr wichtig sein, vor allem, wenn man Arzneimittel testet. Aber das adelt das Ergebnis nicht mit dem Attribut „kausaler Zusammenhang“. Kausalität ist ein Attribut, das wir aus einer theoretischen Überlegung ableiten, nicht aus einem Testergebnis. Somit können alle Wissenschaftler nach Kausalität suchen, experimentell wie nicht experimentell arbeitende.

Herr Antes, Sie sind da wohl anderer Meinung.

Antes: Sicher. Die Einschätzung ist fundamental falsch.

Häussler: Sie haben eine andere Meinung, sagen wir es doch mal so.

Antes: Nein. Meine Einschätzung ist, dass Ihre Einschätzung falsch ist. Und zwar belegbar falsch. Andersons Artikel war eine provokative Arbeit. Völlig klar. Doch diese wurde aufgegriffen in dem Buch „Big Data“ (5), geschrieben von Viktor Mayer-Schönberger, Professor am Oxford Internet Institute, und Kenneth Cukier, einem amerikanischen Journalisten. Da steht wortwörtlich drin, dass wir Kausalität nicht mehr brauchen, weil die schiere Datenmenge die Korrelation zur Kausalität macht. Bedenklich ist, dass ausgerechnet dieses Werk vom wissenschaftlichen Dienst des Bundestages bei einer Anhörung als einziges Buch zu „Big Data“ zitiert wurde. Damit schwappte dieser fundamentale Fehler in die Politikerköpfe. Genau deswegen hat die Wissenschaft einen so schweren Stand heutzutage.

Sie mahnen jedoch an, Herr Antes, endlich einen methodisch ausgefeilten Ansatz zu entwickeln, mit diesen Daten umzugehen. Das ist eine originäre Aufgabe der Wissenschaft.

Antes: Genau das tue ich.

Sollte man hier nicht eher auf Zusammenarbeit setzen und versuchen, gegenseitig voneinander zu lernen. Sehen Sie Brücken in solchen Teams, die Herr Häussler vorhin ansprach?

Antes: Derlei Brücken gibt es natürlich. Aber darüber läuft auch wieder so mancher Unsinn, wie Apps zum Beispiel.

Wie das?

Antes: Es gibt zum Beispiel eine App, die verspricht, den Tinnitus zumindest dahin positiv beeinflussen zu können, damit daran Leidende wieder besser hören. Doch zeigt eine klinische Studie – in Deutschland gut gemacht –, dass dieses „Heilverfahren“ eben nicht wirkt. Doch marschiert die Kolonne stur gerade weiter und etliche Krankenkassen erstatten diese App auch noch vermehrt.

Häussler: Sie argumentieren völlig chaotisch. Jetzt kommen Sie

3: <https://www.di.ens.fr/users/longo/files/BigData-Calude-LongoAug21.pdf>
 4: <https://www.wired.com/2008/06/pb-theory/>)
 5: <https://www.amazon.de/Big-Data-Revolution-unser-ver%C3%A4ndern/dp/3868815066>

mit einer Tinnitus-App, die bekanntlich keine „Big-Data“-Applikation ist, sondern lediglich eine Art Medical Device, die auf das Innenohr einwirken soll. Sie sagen vielleicht zu Recht, dass die in der klinischen Studie keinen Nutzen gezeigt hätte. Das mag sein, aber was hat das mit unserem Thema zu tun? Nichts.

Antes: Doch. Alles.

Häussler: Was heißt alles? Die Tinnitus-App hat mit „Big Data“ keinen direkten Zusammenhang. Immer dasselbe Argument: Es gibt niemanden, der durchblickt, die Methoden sind alle falsch und in dem Buch „Big Data“ könnte man alles nachlesen, was falsch läuft. Ich habe das Buch auch gelesen: Da steht total viel Interessantes drin. Also Herr Antes, wenn Sie in dem Buch nichts Interessantes finden, dann verstehe ich nicht, auf welchem Baum Sie sitzen.

Was sagt denn Professor Mayer-Schönberger nun tatsächlich zum Verhältnis von Empirie und Theorie?

Häussler: Ich darf kurz vorlesen, ich habe das Buch ja ganz zufällig dabei. Da steht zum Beispiel: „The age of big data clearly is not without theories – they are present throughout, with all that this entails. Anderson deserves credit for raising the right questions and doing so, characteristically, before others. Big data may not spell the “end of theory”, but it does fundamentally transform the way we make sense of the world.“ Wenn man das liest, fände ich es schon wünschenswert, wenn falsches Zitieren einmal aufhören würde.

„Big Data“ ist lediglich etwas, was wir schon immer gemacht haben, nur auf einem technisch höheren Niveau!“
Prof. Dr. Gerd Antes

Antes: Wollen wir über das Buch reden oder über das Interview?

Eine Art Scheingegensatz? Beide handeln doch von „Big Data“.

Häussler: So etwas Ähnliches. Ich finde die Konfrontation von Kausalität und Korrelation ziemlich ermüdend und obendrein irreführend. Das ist ein Scheingegensatz, bei der die gute Kausalität auf der einen Seite steht, die böse Korrelation auf der anderen. Damit verkennen wir sehr schnell, dass auch im guten, alten RCT – gegen das ich gar nichts sagen will – das Ergebnis letztendlich aus einer Korrelation stammt.

Sie sagen nichts gegen RCT?

Häussler: Kausalität ist nicht die Trennlinie zwischen einer – sagen wir mal – RCT-basierten und einer explorativen Forschung, beide arbeiten mit Kausalität, beide versuchen mit ihren Methoden immer näher an die Wahrheit heranzukommen. Doch beide können das nur im Rahmen von Modellen schaffen. Das RCT verspricht uns lediglich, das Möglichste zu tun, um den Irrtum zu minimieren. Das rührt aber nicht an der Frage der Kausalität. Bei vielen Therapien, mit denen wir es bis heute zu tun haben, ist vieles im Fluss, weil man immer wieder neue Erkenntnisse haben wird, die ältere in Frage stellen. Oft genug findet man zu einem späteren Zeitpunkt heraus, dass die Therapie vielleicht gewirkt hat, aber irgendwie wegen etwas anderem, was man sich eigentlich vorgestellt hat. Will heißen: Letztendlich geht es auch bei RCT nicht um Kausalität, sondern um Korrelation.

Um was geht es vordringlich bei „Big Data“?

Häussler: Im Bereich der explorativen Forschung, wie ich es mal bezeichnen will, geht es vordringlich um das Ausweitens unseres Wissensschatzes, etwas zu erkennen, was man vorher noch nicht erkannt hat.

Damit wäre „Big Data“ hypothesengenerierend.

Häussler: Im Sinne von Hypothesen und der Theoriebildung ist „Big Data“ ein wichtiges Instrument.

Ein Beispiel dafür?

Häussler: In der Komorbiditätsforschung hat man lange Zeit unterschätzt, dass Diabetes ein Auslösefaktor für Präeklampsie sein kann oder zumindest eine wesentlich höhere Bedeutung hat, als man bisher angenommen hat. So etwas erkennt man allerdings nicht mit bloßem Auge. Das kann obendrein ein einzelner Arzt gar nicht tun, weil dieser viel zu wenig Patienten sieht, um diesen Zusammenhang zu erkennen. Oder nehmen wir den Zusammenhang zwischen Diabetes und Leberkrebs: Selbst ein Diabetologe behandelt nur so um die 300 Diabetiker im Monat. Bis er dann einmal einen mit Leberkrebs darunter hat, dauert das ewig. Den Zusammenhang konnten wir aber in einem Datenpool von 4 Millionen Patienten fast zufällig beobachten und somit herausfinden, dass Diabetes die Leberkrebswahrscheinlichkeit und die Gabe von Insulin die Leberkrebswahrscheinlichkeit noch stärker erhöht. Diese Erkenntnis, hinter der die Frage steht, ob die Entzündungswirkung des Insulins daran schuld sein könnte, ist für ein Diabetesforschungszentrum eine interessante Information, mit der es weiterforschen kann. Alleine dafür hat es sich schon gelohnt „herumzuwühlen“!

Kann man etwas dagegen sagen?

Antes: Sicher. Das ist nicht „Big Data“. Das ist lediglich etwas, was wir schon immer gemacht haben, nur auf einem technisch höheren Niveau.

Das Ganze jedoch theorieolos?

Häussler: Man hat eben nicht immer von vorneherein eine Theorie, die man mit einer Hypothese veri- oder falsifiziert. Das ist vielleicht vergleichbar mit der Analogie eines Naturforschers, dessen Schiff auf einer unbekanntem Insel voller Blumen landet, die er noch nie vorher gesehen hat: Das ist Entdeckung! Genau darum geht es mir. Aber auch darum, bei all der nötigen Diskussion um „Big Data“ nicht den Ast abzusägen, auf dem wir entdeckend arbeiten können. Als kleine Fußnote: IGES ist seit seiner Gründung im Jahr 1980 mit diesem Thema beschäftigt. Seitdem machen wir im Grunde genommen „Big Data“. Doch erst seit wenigen Jahren haben wir die Tools, mit denen man wirklich forschend tätig werden kann. Ich traue es mich in Ihrer Anwesenheit gar nicht laut zu sagen, Herr Antes: Wir können heutzutage aus 3,2 Milliarden möglichen Zusammenhänge filtern und kommen mit einer wesentlich größeren Wahrscheinlichkeit und einer Hierarchie von Zusammenhängen – eben Korrelationen – auf ganz neue Zusammenhänge.

Das klingt doch interessant.

Antes: Was die Kausalität angeht, gebe ich Ihnen recht, Herr Häussler. RCT ist ein bloßes Schlagwort. Geplante interventionelle Studie sind nichts anderes als optimierte Verfahren, die kausale In-

terpretationen zulassen. Doch diese muss ich reproduzieren können, um eine Intervention bewerten zu können. Der fundamentale Unterschied ist der, dass RCT ein prospektives Vorgehen verlangt, während bei „Big Data“ nichts prospektiv geplant ist. Da wird lediglich solange in Daten herumgesucht, bis etwas auftaucht.

Häussler: Stimmt.

Man bekommt demnach durch „Big Data“ die Chance, explorativ auf neue Zusammenhänge zu kommen, die dann im Nachfeld durch andere Studientypen geprüft werden müssten.

Antes: Nein. Der fundamentale Unterschied – den ich auch in einer dreistündigen Anhörung im Bundestagsforschungsausschuss vorgebracht habe – ist, dass volkswirtschaftlich die Gefahr besteht, dass wir uns mit schneller wachsenden falschen Erkenntnissen selbst schaden. Und dafür brauchen wir eine Methodik, die nicht weniger, sondern mehr sein muss.

Gibt es diese ansatzweise irgendwo?

Antes: Zum Beispiel in der Arbeit von Xiao-Li Meng und Xianchao Xie vom Department of Statistics der Harvard Universität: „I Got More Data, My Model is More Refined, but My Estimator is Getting Worse! Am I Just Dumb?“ (6), was frei übersetzt bedeutet: „mehr Daten heißt nicht unbedingt mehr richtige Informationen und Wissen.“ In der ganz neuen Arbeit spricht Meng von „Statistical Paradises in Big Data“ und dem „Law of Large Populations, Big Data Paradox ...“. Es wird höchste Zeit, diese wissenschaftlichen Grundsätze ernst zu nehmen und nicht zu glauben, dass wir sie mit mehr Daten unterpflügen können.

In Deutschland haben wir im Vergleich zu China noch relativ kleine Datenmengen. Wird die Zukunft der Forschung von den Chinesen dominiert, weil die so viele Daten und so große Computer haben und zudem vom Datenschutz nicht ganz so viel halten?

Häussler: Je kleiner der Computer geworden sind, umso besser sind sie geworden. Im Eingang des IGES steht übrigens eine Skulptur eines Berliner Künstlers, der dafür die Platinen von einem „Wang“-Großrechner verwendet hat, den IGES zwischen 1980 und 1988 betrieben hat. Diese Rechanlage hat das IGES groß werden lassen, obwohl sie nur einen Bruchteil dessen leistete, was heute ein Home-PC kann.

Aber das eben mit immer mehr Daten.

Häussler: Wenn es denn so wäre. Ich bin von 2000 bis 2016 quasi von Pontius zu Pilatus gelaufen und habe vergeblich versucht, Daten für ein Mobilitäts-Morbiditäts-Assoziations-Projekt zu bekommen. Und von der DFG wurde mir gesagt, das sei doch keine Wissenschaft, sondern Scheinkorrelation. Das war der damalige Mainstream, der sich nun ein wenig ändert, vor allem jetzt, wo es von Seiten der Regierung ein bisschen Geld für „Big Data“ gibt. Auf einmal ändern sich auch in der DFG Ansichten. Deshalb, Herr Antes, bin ich so erkennbar ungehalten, weil Ihre Argumente genau denen in die Hände spielen, die das zarte Pflänzchen „explorative Wissenschaft“ ausreissen wollen.

Woher kommen denn Ihre Daten?

Häussler: Wir haben eine Kooperation mit einer Krankenkasse, bei der wir einen Weg gefunden haben, mit deren Daten bestimmte Analysen durchführen zu können. So tasten wir uns ganz, ganz vorsichtig an das eigentlich Mögliche ran. Ich würde mich freuen, wenn es

dafür auch ein Forschungsprogramm gäbe oder wenn wir dafür auch Forschungsgelder einwerben dürften. Bisher finanzieren wir alles mit unseren eigenen Mitteln, doch das hat irgendwo seine Grenzen.

Was wäre denn eine Art Methodenkasten, mit dem man mit „Big Data“ umzugehen hat?

Antes: Den kann es nicht geben, weil der Begriff „Big Data“ ein Konglomerat ist. Da muss man schon sehr genau hinschauen, was sich dahinter im Einzelfall eigentlich verbirgt: Assoziationsstudien genetischer Art? Studien mit Populationsdaten? Rein genetische Studien? Alles völlig verschiedene Baustellen. Bei dem einen ist man praktisch im Labor, bei den anderen irgendwie vor Ort bei Sozialwissenschaften. Und wenn es interessieren sollte, ob Schokolade wirklich den Blutdruck beeinflusst, sind Sie wieder auf einer ganz anderen Baustelle.

Gibt es die nötigen Daten?

Häussler: Aber sicher. Wir haben einen tollen Datenschatz durch all die GKV-Daten. Der alleine würde mir schon ausreichen, um auch auf internationaler Ebene stärker auftreten zu können. Ich brauche nicht noch mehr Daten, ich würde jedoch die gerne haben, die bereits existieren. Und dazu ein entsprechendes Funding, weil gute Leute eben auch gutes Geld kosten.

Bräuchten wir einen nationalen Datensatz, an dem dann alle arbeiten können?

Häussler: Wir hätten beim DIMDI einen. Aber der ist zum einen kastriert, da er an verschiedenen Stellen beschnitten ist. Und zum anderen ist er nur mit einem unglaublichen Aufwand bearbeitbar.

Dann werden wir wohl noch eine ganze Menge Begriffs- und Definitions- sowie Aufklärungsarbeit betreiben müssen.

Antes: Daher auch unser gemeinsames Interview, in dem schon sehr viel Gemeinsames wie Gegensätzliches steckt.

Häussler: Ich habe immer noch nicht kapiert, wo wir uns grundsätzlich widersprechen; außer, dass Sie nicht möchten, dass „Big Data“ überhaupt gemacht wird. Ich hingegen möchte, dass wir Raum für Exploration bekommen, während Sie vor einer Welt voller Idioten warnen.

Antes: Mehr Daten heißt eben nicht automatisch mehr Wissen. Wenn Sie glauben, aus ihren Milliarden von Daten irgendwie irgendwelche neue Zusammenhänge entdecken zu können, widerspreche ich der Aussage fundamental. Versuchen Sie, den oben zitierten Kollegen Meng aus Harvard zu verstehen.

Mehr Daten sind nicht zwangsläufig besser, sondern erfordern sozusagen überproportional viel mehr Aufwand, um das Richtige rauszukriegen. Das nennen Sie, Herr Antes, „Trumpisierung der Wissenschaft“.

Antes: Die sprachliche Verrohung, die wir bei Trump sehen, geht einher mit dem Über-Bord-Werfen von über Jahrzehnte entwickelten Standards und Qualitätsmerkmalen. Das wurde u. a. von Nassim Taleb,

6: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07474938.2013.808567>
<https://www.e-publications.org/ims/submission/AOAS/user/submissionFile/34436?confirm=7e3fbb22>
 7: <https://rss.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-9713.2014.00778.x>

dem Autor des Buchs „Der schwarze Schwan“, einem Professor in New York für Risiko-Engineering sehr gut beschrieben. Von ihm und anderen – empfehlenswert auch von Tim Hartford – stammt die Aussage: „Big Data gleich Big Error“. Doch diese Diskussion wird in Deutschland nicht geführt.

Kann man das wirklich unterschreiben? „Big Data“ gleich „Big Error“? Es kommt doch immer darauf an, wie man es macht.

Antes: Genau. Einer der Treibsätze dafür ist das Akronym „GAFAM“: Google, Amazon, Facebook, Apple und Microsoft. Diese großen Fünf stehen für einen stark ökonomiegetriebenen Ansatz – unter Vernachlässigung etablierter Wissenschaft. Das Prekäre dabei ist, dass es in der Warenwirtschaft und Werbung anscheinend funktioniert. Bei jeder Informationssuche und vor allem bei jedem Kauf werden Korrelationen genutzt, um zum nächsten anzuregen. , Dem steht entgegen, wie das vollmundige Versprechen von Google namens „Flu Trends“ scheiterte.

Häussler: Oh je, jetzt kommt das wieder.

Antes: Darf ich das eben ausführen?

Häussler: Ja. Aber ich kenne den Kalauer, so wie wir alle.

Antes: Das ist kein Kalauer, sondern ein Beispiel für einen geradezu epischen Fehler.

Häussler: Aber nur, weil die Leute ihr Suchverhalten geändert haben, das war auch schon alles. Herr Antes, Sie bringen Käse und in Bettlaken Ersticken in einen Zusammenhang, um das Thema lächerlich zu machen. Sie ziehen das Ganze ins Bösertige mit dem Verweis auf Trump, der nun einmal ein fieser Typ ist. Und nun auch noch Google-Flu. Lassen Sie doch dem Unternehmen Google das Recht, damit das E-Commerce verbessern zu versuchen. Wenn das nicht gelingen sollte, werden irgendwann fast zwangsläufig die Aktienkurse abstürzen.

Dem ist aber mit Blick auf die Börse nicht so!

Häussler: Eben. Das System der Korrelationen kann nun einmal Märkte und das Käuferverhalten messerscharf analysieren. Das ist beileibe kein Fake, sondern ein wirklich mächtiges Tool. Irgendwann müssen Sie sich entscheiden, ob das Ganze Quatsch oder ernsthaft, böse oder kommerziell ist. Darum reden wir hier darüber, ob wir „Big Data“ für unsere Wissenschaft brauchen können. Von daher finde ich, dass uns „Trumpisierungen“ nicht weiterbringen. Obwohl ich andererseits natürlich weiß, dass Medien wie die „Süddeutsche Zeitung“ so etwas gerne bringen, weil es so schön polarisiert und vor allem gnadenlos vereinfacht. Damit wird ein Echo bei einer Presse erzeugt, die sich sehr gerne auf solche Aussagen stürzt, nicht zuletzt, weil sie dem notorischen Bias unterliegt, der sich aus der Ökonomie des Skandalisierens ergibt. Genau darum gehen uns damit wissenschaftliche Chancen verloren.

Antes: Die gehen uns nicht dadurch verloren, sondern indem wir

Methoden, die im E-Commerce funktionieren, in die Wissenschaft transferieren, anstatt ganz genau zu überlegen, was wir eigentlich damit wollen. Gegen die daraus entstehende schöne neue Welt kämpfe ich.

Häussler: Darum nenne ich das Ganze ja auch „explorative Wissenschaft“. Diese braucht die etablierte medizinische, wissenschaftliche Methodik, wie wir sie immer hatten. Das ist richtig, da hat Herr Antes recht. Doch wenn wir mit vielen Daten arbeiten wollen, werden fast automatisch neue Methoden und Professionen hinzukommen, die wir bisher so nicht hatten. Wir nutzen heute Algorithmen und Auswertungstools, die alle mit Wahrscheinlichkeitsrechnung zu tun haben, und alles basiert auf der Probabilistik, der Wahrscheinlichkeitsaussage. Die Analyse großer Datenmengen ist eben anspruchsvoll, da herrscht kein Zweifel. Aber was heißt denn „überproportional“? Ineffizient? Unwirtschaftlich? Manche Ergebnisse kann man nur aus großen Datenmengen ziehen, andere hingegen bekommt man besser durch einen RCT. Die Methode muss der Frage folgen. Zu suggerieren, dass explorative Methoden pauschal ineffizient oder unwirtschaftlich seien, ist durch nichts gerechtfertigt.

Das nennt man dann Fortschritt.

Häussler: Und den sollten wir uns auch nicht abschneiden lassen.

Das ist doch fast ein versöhnlicher Schluss.

Antes: Das ist aber kein qualitativer Sprung, weil wir zu jeder Sekunde der Entwicklung von Forschung neue Methoden hatten. Jetzt haben wir eben neue dazu bekommen. Dem will ich auch zustimmen, solange wir Nutzen versus Risiko abwägen. Auch in der Methodenentwicklung. Und vor allem in der zentralen Komponente von Wissenschaft: der Qualität!

Häussler: D'accord. Was nützt es auch, sich zu verweigern? Die größte Datenquelle überhaupt ist noch nicht ansatzweise erschlossen: das Internet mit seinen unendlich vielen Texten. Das wird man eines Tages mit Methoden des „natural language processing“ für noch mehr Analysen nutzbar machen können. Das aber haben heute nur ganz wenige Menschen auf dem Schirm.

Die Herren Professoren, danke für das Gespräch. <<

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

Zitationshinweis

Antes, G., Häussler, B., Roski, R., Stegmaier, P.: „Big Data: zwischen Big Chance und Big Error“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/18), S. 6-13; doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2093

Prof. Dr. Gerd Antes

ist wissenschaftlicher Vorstand der deutschen Cochrane-Stiftung und Co-Direktor von Cochrane Deutschland in Freiburg und gilt als einer der Wegbereiter der evidenzbasierten Medizin in Deutschland. Der Mathematiker und Biometriker ist seit 2000 Gründungs- und Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Seit 1987 ist er, mit einer Unterbrechung von zwei Jahren, angestellt beim Universitätsklinikum Freiburg, 2012 wurde er zum Honorarprofessor ernannt.

Prof. Dr. Bertram Häussler

ist Vorsitzender der Geschäftsführung des IGES Instituts und Leiter der IGES Gruppe, einem Verbund von Forschungs- und Beratungsunternehmen aus dem Bereich Infrastruktur und Gesundheit. Er ist Mediziner und Soziologe und lehrt als Honorarprofessor an der TU Berlin das Spezialgebiet „Ökonomik der pharmazeutischen Industrie“. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Industrieökonomik, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie und Nutzenbewertung.

INSIGHT Health mit einer Reihe zur regionalen Arzneimittelsteuerung – Teil 2 „Medikationskatalog“:

Von ARMIN bis zu Arzneimittelvereinbarungen

Dass Arzneimittelsteuerung vielfältig und unterschiedlich effizient sein kann, hat bereits der erste Beitrag in der Reihe zur regionalen Arzneimittelsteuerung gezeigt. Um die Ärzte in einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen, gibt es neben den regionalen Arzneimittelvereinbarungen aber weitere Möglichkeiten und Modelle. Im Folgenden werden der KBV-Medikationskatalog und das Versorgungsmodell ARMIN näher betrachtet, hinsichtlich der Steuerungseffekte bewertet und die Überschneidungen der beiden Instrumente aufgezeigt.

>> Der Medikationskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) soll Vertragsärzte bei einer evidenzbasierten, patientenorientierten, wirtschaftlichen und indikationsgerechten Verordnungsentscheidung unterstützen. Er besteht aus 12 Gruppen mit insgesamt 20 Indikationen und wurde zum 01.01.2017 um die beiden Gruppen Asthma und COPD erweitert. Als Entscheidungshilfe für den Arzt werden die darunter gefassten versorgungsrelevanten Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen nach definierten, evidenzbasierten Kriterien in die drei Kategorien Standard-, Reserve- oder Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe eingeordnet (vgl. KBV, 2016). Ursprünglich für die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN) entwickelt, kann der Katalog auch zur Steuerung der Arzneimittelversorgung herangezogen werden. Diese Möglichkeit wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffen, nach dem die Richtgrößenprüfung als Regelprüfmethode durch regionale Prüfvereinbarungen nach § 106b SGB V abgelöst werden kann. Bereits seit Januar 2017 sind in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Zielquoten über den Medikationskatalog Bestandteil der regionalen Arzneimittelvereinbarungen. Die fünf KVen Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein sowie Sachsen und Thüringen

haben auch in 2018 Quoten über den Medikationskatalog implementiert. In Sachsen und Thüringen ist dieser zudem Bestandteil des ABDA-KBV-Modells ARMIN, das mit seinen drei Modulen für eine sichere und noch bessere Arzneimittelversorgung steht und in diesem Beitrag ebenfalls erläutert wird.

Steuerung mit dem Medikationskatalog

Für die Erfüllung der Quote über den Medikationskatalog in den fünf KVen zählt allerdings nicht die korrekte Wirkstoffauswahl aus den drei Kategorien je Indikation, sondern die Erfüllung der Mindest- oder Höchstquote bezogen auf Standard-, Reserve- und Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe über den gesamten Medikationskatalog. Eine Ausnahme ist Sachsen mit einer Quote zur Indikation Osteoporose, die lediglich für Orthopäden relevant ist. Abbildung 1 zeigt den Ist-Anteil an Standard- und Reservewirkstoffen des Medikationskataloges für Allgemeinärzte/praktische Ärzte je KV-Region. Es fällt auf, dass sich die Quoten von Q2/2017 auf Q2/2018 kaum verändert haben und für die betrachtete Facharztgruppe wenige regionale Unterschiede zu erkennen sind. Die beiden Regionen Sachsen

und Thüringen können mit der Kombination aus Zielquoten über den Medikationskatalog und dem Versorgungsmodell ARMIN den Anteil an Standard- und Reservewirkstoffen im Vergleich zu anderen Regionen immerhin leicht erhöhen. Generell scheint aber eine Steuerung über diese breite Gruppendifinition schwierig und ist, zumindest in diesem Beispiel, nicht klar erkennbar.

ARMIN: Optimierung der Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN) wurde als Modellvorhaben nach § 64a SGB V im April 2014 vom Sächsischen und Thüringer Apothekerverband, der KVen Sachsen und Thüringen sowie der AOK PLUS ins Leben gerufen. In drei nacheinander ausgerollten Modulen soll ARMIN eine sichere und korrekte Einnahme der Medikamente fördern und die Therapietreue von chronisch kranken Patienten im Rahmen eines gemeinsamen Medikationsmanagements von Arzt und Apotheker verbessern. In Modul 1, der sogenannten Wirkstoffverordnung, sollen teilnehmende Ärzte statt spezifischer Präparate den Wirkstoff verordnen. Die konkrete Auswahl des Produktes erfolgt in der Apotheke unter Berücksichtigung bestehender Rabattverträge.

Ziel ist es, Einsparpotenziale zu erschließen, ohne die Therapiequalität zu gefährden. Ebenfalls positive Effekte soll die Wirkstoffverordnung auf die Adhärenz der Patienten haben, die den verordneten Wirkstoff sowohl auf dem Rezept als auch auf der von der Apotheke abgegebenen Packung wiedererkennen. Seit dem Juli 2014 ist die Wirkstoffverordnung für rund 200 ausgewählte verordnungsstarke Wirkstoffe aus dem Generikasegment möglich.

Die Wirkstoffverordnungen im Generikasegment haben nach Start des Modells innerhalb weniger Quartale Anfang 2016 ein Maximum von etwas mehr als 335.000 Verordnungen erreicht. Dies entspricht einem Anteil von 6,3 Prozent an allen Generika-Verordnungen der AOK Plus in Sachsen und Thüringen. In den letzten beiden Jahren liegt der



Abb. 1: KV-Vergleich von Istquoten über den DDD-Anteil von Standard- und Reservewirkstoffen des Medikationskatalogs für Allgemeinärzte/praktische Ärzte auf Basis von GKV-Verordnungsdaten der INSIGHT Health für die Quartale Q2/2017 und Q2/2018; blau hinterlegt: Regionen mit Zielquoten über den Medikationskatalog nach regionalen Arzneimittelvereinbarungen 2018; Quelle: KV-Monitor (INSIGHT Health/Navi4Healthcare).

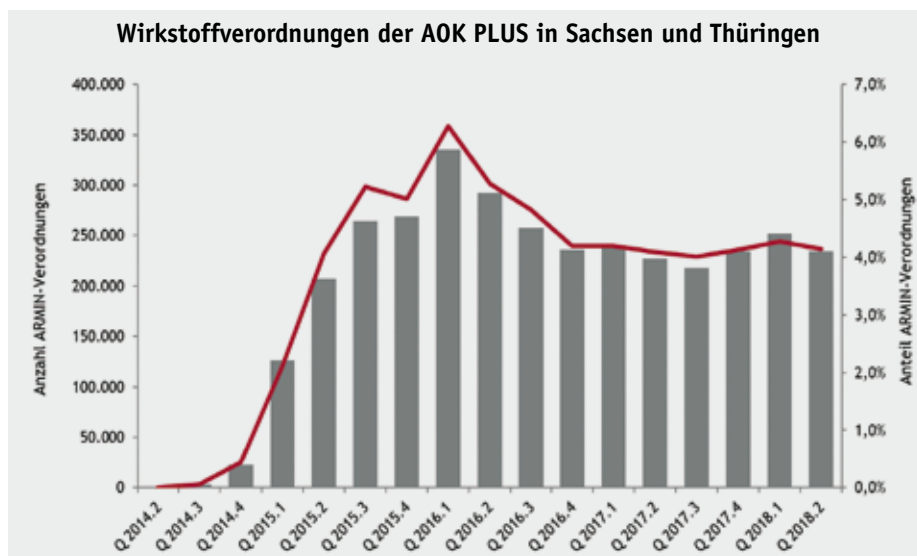


Abb. 2. Anzahl und Verordnungsanteile der Wirkstoffverordnungen der AOK Plus in Sachsen und Thüringen; abgerechnete Verordnungen im Generikasegment von Q2/2014 bis Q2/2018; Quelle: NVI-ARMIN (INSIGHT Health).

Anteil an Wirkstoffverordnungen bei Generika relativ konstant bei etwa 4 Prozent (vgl. Abb. 2). Zahlen, die auch zu den bisherigen Veröffentlichungen über ARMIN passen, in denen vor allem die geringe Anzahl an eingeschriebenen Ärzten thematisiert wird. Obwohl beispielsweise Wirkstoffverordnungen für Patienten, die in das Modellprojekt eingeschrieben sind, herausgerechnet werden und so das ärztliche Budget nicht belasten, ist die Teilnahmebereitschaft nach wie vor gering. Die Pharmazeutische Zeitung berichtete vor etwa einem Jahr von 555 teilnehmenden Ärzten und die ABDA kürzlich von 3.500 eingeschriebenen Versicherten, bei einem Potenzial von ca. 3,2 Mio. Versicherten in der AOK Plus. Eine externe Evaluation nach § 27 Absatz 1 des ARMIN-Vertrages schließt auch das Modul 1 ein. Welche Erklärungen diese liefert und welche Maßnahmen zur Verbesserung bei einer Übernahme in die kollektivvertragliche Versorgung getroffen werden, bleibt abzuwarten. Denn die Mitteilung zum Auswahlverfahren für die Evaluation wurde erst im August dieses Jahres veröffentlicht.

Die Wirkstoffverordnung ist aber nur eines von drei Modulen, die die fünf Vertragspartner bis Ende März 2022 fortführen können. Modul 2 beinhaltet den von der KBV erarbeiteten und eingangs beschriebenen Medikationskatalog. Laut ARMIN-Vertrag, Anlage 10, sind teilnehmende Ärzte angehalten, entsprechend den Empfehlungen aus dem Medikationskatalog wenn möglich Standard- und Reservewirkstoffe zu verordnen. Innerhalb eines Wirkstoffes soll bevorzugt ein im Praxisverwaltungssystem (PVS) als rabattiert gekennzeichnetes Fertigarzneimittel verordnet werden, nach Möglichkeit mit Hilfe

einer Wirkstoffverordnung. Die Umsetzung des Medikationskatalogs im PVS der teilnehmenden Ärzte erfolgt mit Hilfe einer IT-Vertragsschnittstelle. Hier sind bei Verordnungen für AOK Plus-Versicherte ergänzend zur Darstellung des Medikationskatalogs farbliche Kennzeichnungen für Arzneimittel hinterlegt. Beispielsweise sind patentfreie Arzneimittel, für die die AOK Plus Rabattverträge abgeschlossen, hat grün markiert. Blau gekennzeichnet sind patentgeschützte (und/oder biotechnologisch hergestellte) Arzneimittel, die bei der Kasse ebenfalls unter Rabattvertrag stehen. Dem Arzt wird zum Erreichen der vereinbarten Vertragszwecke empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel oder direkt den Wirkstoff zu verordnen. Zudem sind, wie bereits oben beschrieben, indikationsübergreifende Zielquoten für den Verordnungsanteil an Standard- und Reserve-Wirkstoffen in den Arzneimittelvereinbarungen beider KVen festgelegt.

Modul 3: Medikations-Management bei ARMIN

Mit dem Medikationsmanagement wird seit Juli 2016 und mit einer starken zeitlichen Verzögerung aufgrund technischer Herausforderungen das dritte Modul und Herzstück von ARMIN umgesetzt. Die Überprüfung der Gesamtmedikation (einschließlich der Selbstmedikation) hat zum Ziel, die Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten zu optimieren und die Therapietreue der Patienten zu verbessern. Arzt und Apotheker als gleichberechtigte Partner mit definierten Aufgaben und dezidierten Zuständigkeiten garantieren einen zwischen den

Zitationshinweis

Pieloth, K., Luley, C.: „Von ARMIN bis zu Arzneimittelvereinbarungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/18), 14-15; doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2094

Leistungserbringern konsolidierten Medikationsplan in elektronischer Form, der während der gesamten Teilnahme fortgeschrieben wird. So wurde das Modellprojekt in diesem Jahr gleich mit zwei Auszeichnungen belohnt, u.a. beim Bundeswettbewerb „Ausgezeichnete Gesundheit 2018“ in Berlin als herausragendes Beispiel in der Kategorie „Versorgung mit Sicherheit“.

FAZIT

ARMIN ist ein gutes Beispiel für ein Pilotprojekt, das bis dato in einigen der ursprünglich von den Projektpartnern formulierten Erwartungen zurückgeblieben ist. So sind die geringen Quoten bei den Wirkstoffverordnungen sowie die immer noch überschaubare Zahl an eingeschriebenen Ärzten und Patienten sicher nicht zufriedenstellend. Die im Rahmen des Projektes entwickelten Module mit ihren innovativen Ansätzen strahlen allerdings bereits jetzt über die Ursprungsregionen Thüringen und Sachsen hinaus. Beispielsweise haben, wie eingangs beschrieben, drei weitere KVen den Medikationskatalog aus Modul 2 in ihre aktuellen Arzneimittelvereinbarungen übernommen. Und obschon die direkten Steuerungseffekte der Quoten bisher eher gering ausfallen, geben sie den verordnenden Ärzten in 22 wichtigen Indikationen eine nach Maßgabe der KBV qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Orientierungshilfe. Und nicht zuletzt gilt der im Sommer 2016 gestartete Medikationsplan mit den hierzu definierten Prozessen als Vorbild für die breite Umsetzung eines elektronischen Medikationsmanagements in der Regelversorgung. Denn obwohl seit Oktober 2016 alle gesetzlichen Versicherten mit einer dauerhaften und gleichzeitigen Medikation von mindestens drei systemisch wirkenden Arzneimitteln den gesetzlichen Anspruch auf einen Medikationsplan haben, liegt dieser bisher nur in Papierform vor. Dagegen bietet ARMIN die Möglichkeit, neue Ansätze im Arzneimittelmanagement in realita zu testen. Das Modell gab und gibt somit wichtige Impulse für andere Regionen und Initiativen in der Arzneimittelversorgung und erfüllt damit durchaus den originären Zweck eines Pilotprojektes. <<

Autoren:
Kathrin Pieloth,
Christian Luley*

20 Jahre „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

Das Erfolgsmodell des „Berliner Projekts“

1998: Zwei Dekaden ist es her, seit Helmut Kohl Bundeskanzler und Roman Herzog Bundespräsident war. Zum 1. Januar trat der Beschluss über die Abschaffung der Gewerbesteuer in Kraft, am 17. Februar legte das Bundesverfassungsgericht ein unentgeltliches Kurzberichterstattungsrecht fest, trat am 1. März zwischen Deutschland und der Ukraine das Partnerschafts- und Kooperationsabkommen und am 1. April eine Rahmenvereinbarung in Kraft, auf deren Basis das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ gegründet wurde. Ziemlich genau ein Jahr vor der wohl berühmtesten Rede Herzogs, in welcher er die Deutschen aufforderte, „einen Ruck“ durchs Land gehen zu lassen, ging gleichsam ein Mini-Erdbeben durch Berliner Krankenhäuser und Krankenhäuser mit Abteilungen für chronisch Kranke.

>> Dieses Erdbeben kann man nur mit einem Blick auf die Historie verstehen. Seit den 70er Jahren gab es in Westberlin auf der einen Seite Krankenhäuser mit Abteilungen für chronisch Kranke, auf der anderen Krankenhäuser, um chronisch oder schwer Erkrankte zu versorgen, wobei in beiden Einrichtungen eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten sichergestellt war. Doch mit der 2. Stufe der Pflegeversicherung, die zum 1. Juli 1996 in Kraft trat, wurden Krankenhäuser und Abteilungen für chronisch Kranke in Pflegeheime umgewandelt. Quasi über Nacht war es vorbei mit der 24-Stunden-Versorgung durch Ärzte, da die Versorgung der Pflegebedürftigen mit

ärztlichen und therapeutischen Leistungen ab sofort ambulant zu erfolgen hatte. Natürlich hatten alle 65 ehemaligen Krankenhäuser und Krankenhäuser mit Abteilungen für chronisch Kranke in Berlin die Möglichkeit, mit angestellten oder mit kooperierenden Ärzten zusammenzuarbeiten, um die medizinische Versorgung

ihrer Bewohner sicherzustellen. Doch nur einige schlossen damals als Rechtsgrundlage eine Rahmenvereinbarung ab, in deren Kontext das „Berliner Projekt“ entstand. Heute sind immerhin 27 Berliner Pflegeeinrichtungen Partner des Vorzeige-Projekts, in denen insgesamt etwa 1.110 Pflegebedürftige versorgt werden – was aber auch nur rund 9% der Bewohner aller stationären Pflegeeinrichtungen Berlins entspricht, wobei ein weiterer Prozentsatz über den IV-Vertrag „Careplus“ und ähnliche Modelle betreut wird.

Wie es zu diesem frühen integrativen und SGB-übergreifenden Ansatz (SGB V und SGB XI) kam und welche Wege gegangen, und Hürden

überwunden wurden mussten, um dieses Multi-Parteien-Projekt mit zig Beteiligten umsetzen zu können, erklärt Pastor Elimar Brandt, der den Vorsitz der Berliner „Pflege Zukunftsinitiative“ inne hat, so: „Das war, gerade für uns in der damals ‚überalterten‘ Stadt Berlin, eine spannende Zeit. Die Herausforderung, wie es mit der bewährten, ganzheitlichen Versorgung von alt- und hilfsbedürftigen Menschen weitergehen soll, war drängend, auch etwas drohend, den Verhandlungspartnern aufgegeben.“ Zum Glück, so meint Brandt mit einem Blick zurück, hätte es damals mutige, visionäre Frauen und Männer gegeben, die über die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen hinaus nach einer den Menschen dienenden Versorgungsform gesucht haben. Brandt: „Dazu mussten allerdings Maßstäbe verrückt und über viele Bedenken hinweg, mutig, neue Wege begangen werden.“

Auf der anderen Vertragsseite saß als Vertreter des Vorstands der AOK Berlin Harald Möhlmann, heute Berater des Vorstands der AOK Nordost, die

2010/2011 aus den Fusionen der AOKen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern entstand. Er erinnert sich an die damaligen Vertragsverhandlungen, an denen neben der AOK Berlin auch die Landesverbände der Innungs- und Betriebskrankenkassen, die Berliner Krankenhausgesellschaft, die KV Berlin und der Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg (VPK BB) teilnahmen, noch gut: „Die große Zahl der Beteiligten in einem durch Sanierungen und Konsolidierungen sehr ängstlichen Berlin auf einen freiwilligen Vertrag „sui generis“ zu einen, brauchte mehrere Anläufe. Gesetzliche Formate wie z.B. die integrierte Versorgung waren noch nicht gefunden. Für solche Formate nützliche Gedanken wie Risikopartnerschaft und Ergebnisorientierung und hilfreiche Ansätze wie Controlling, Audits und Lenkungsgremien waren bei Weitem noch kein Allgemeingut. Gleichwohl ist es gelungen, all dies in der ersten Vereinbarung in Deutschland, die Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Teilnehmende Krankenkassen und Pflegekassen:

- AOK Nordost- Die Gesundheitskasse
- IKK Brandenburg und Berlin
- BAHN-BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse

Vertragspartner:

- Verband Privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V. (VPK BB)
- Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG)
- KV Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KVB)
- ARBUMA Consulting GmbH

Im Kurzinterview: Pastor Elimar Brandt

„Ich erwarte klarere Vorgaben“

>> Herr Pastor Brandt, welche Hinderungsgründe stehen einer stärkeren Durchdringung dieses Modellvorhabens entgegen?

Leider verhindern die Mauern zwischen den Versorgungsstrukturen, so ein „Zukunftsvorhaben“ breitflächig umzusetzen. Vielen fehlt wegen wirtschaftlicher Unwägbarkeit der Mut, sich auf neues einzulassen und innovative Strukturen als bessere Versorgungsangebote einzusetzen. Manche Träger wollten die Sicherheit im bestehenden System und die mangelnde Beteiligung von Kassen hindert bis heute ein Wachstum teilnehmender Einrichtungen. In Diskussionen erhalte ich immer Zustimmung, aber in der konkreten Umsetzung werden die Bedenken führend. Die riesigen Chancen, besonders für Bewohnende und Mitarbeitende, auch für die Kassen, werden zu wenig wahrgenommen und mit Überzeugung umgesetzt.

Und was ist ganz konkret dafür verantwortlich, dass auch heute, 20 Jahre nach Beginn des Projektvorhabens, zwar immerhin 27, aber auch

nur 27 Berliner Pflegeeinrichtungen Partner dieses Vorzeige-Projekts sind?

Dafür gibt es viele Gründe: zu wenig teilnehmende Kassen, zu schleppende Anpassung der Vergütungen, widerstrebende Aktivitäten von Krankenhausträgern, zu hohe Hürden zur Genehmigung einer Institutsambulanz – und nicht zuletzt eine abnehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die unter den vorhandenen Bedingungen bereit sind, als angestellte Mitarbeitende zu arbeiten. Es mag natürlich auch sein, dass so manch einer Sorge vor Transparenz hat. Denn die Qualität der Versorgung wird im Berliner Projekt regelmäßig geprüft.

Was kann die Politik tun?

Die Politik hat in letzten Gesetzesvorhaben bereits manches aus dem Berlin Projekt aufgenommen. Doch erwarte ich nun, klarere Vorgaben mit ordnungspolitischer Stringenz zur Ausgestaltung an die Selbstverwaltung zu geben. <<



GEMEINSAM ZU MEHR THERAPIEERFOLG

indikationsbezogene
Patienten-
Begleitprogramme

Zugang zum
Patienten



Stärkung
der Adhärenz

Verbesserung der Lebensqualität

**Werden
Sie
Partner!**

Mehr Infos unter DocMorris.de oder per E-Mail an
patientenprogramme@docmorris.de

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Das Erfolgsmodell des Berliner Projekts“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/18), 16-18; doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2095

integriert, zu schaffen. Und das dabei sowohl eine bessere Qualität für die Patienten als auch mehr Wirtschaftlichkeit für die Versicherten herausgekommen ist, ist einfach schön.“

Die damals vereinbarte Rahmenvereinbarung von 1998 – die damit immerhin 13 Jahre hielt – wurde zum 1. Juli 2011 durch ein modernes Rechtskonstrukt abgelöst. Damit wurde nicht nur den zwischenzeitlich veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung getragen, sondern schloss auch mehrere neue Kooperationspartner ein: In-

Teilnehmende Pflegeeinrichtungen mit angestellten Ärzten

- Alloheim Senioren-Residenz „Kurt-Exner-Haus“
- Fugger-Klinik SRG Senioren Residenz GmbH
- GIOMI Senioren-Residenz Lore-Lipschitz
- Haus der Betreuung und Pflege Nansen
- Haus Fichtenberg Stationäre psychiatrische Pflegeeinrichtung
- Haus Malta Seniorenheim am Malteser-Krankenhaus Lazarus Haus Berlin
- Pflegezentrum Sonnenallee
- Pro Seniore Krankenhaus Genthiner Straße
- Pro Seniore Krankenhaus Meinekestraße
- Psychiatrische Pflegeeinrichtung Wannsee

Teilnehmende Pflegeeinrichtungen mit kooperierenden Ärzten

- Agaplesion Bethanien Haus Bethesda
- Agaplesion Bethanien Haus Havelgarten
- Agaplesion Bethanien Haus Havelstrand
- Agaplesion Bethanien Haus Radeland
- Agaplesion Bethanien Sophienhaus
- Alpenland Gruppe / Senioren-Residenz „Am Rhumeweg“
- Barbara von Renthe-Fink-Haus
- Diakonisches Pflegewohnheim Schillerpark im Paul Gerhardt Stift
- Elsbeth-Seidel-Haus
- Haus Friedenshöhe Ev. stationäre Pflegeeinrichtung
- Haus Rüsternallee Ev. stationäre Pflegeeinrichtung
- Pflegewohnhaus am Waldkrankenhaus
- Pro Seniore Krankenhaus Eichborndamm
- Psychiatrisches Zentrum für Betreuung und Pflege am Sandwerder Berlin Wannsee
- Vitanas Senioren Centrum Am Schäfersee
- Vitanas Senioren Centrum Rosengarten

hausaufenthalte für die Betroffenen sowie gleichzeitig niedrigere Kosten – das sollte überall umgesetzt werden.“

Das „Berliner Projekt“ wird jedoch immer noch nicht überall umgesetzt, obwohl es tatsächlich über einen langen Zeitraum beweisen konnte, dass es für die Bewohner der teilnehmenden Einrichtungen durchaus zu einer verbesserten Versorgungs- und Lebensqualität beitragen kann. So werden zum Beispiel unnötige Krankenhauseinweisungen und Krankenfahrten vermieden“, weil die ärztliche Betreuung der Heimbewohner 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche gesichert ist, wie Detlef Albrecht, Geschäftsführer Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin und Vorsitzender des Lenkungsausschusses des „Berliner Projekts“ auf dem Diakonie-Portal in seinem Beitrag „Warten bis der Arzt kommt!“ schreibt. Wenn es zu einer gesundheitlichen Krise eines Bewohners kommt, kann die Pflegeeinrichtung jederzeit Kontakt zu dem zuständigen angestellten bzw. Kooperationsarzt aufnehmen, schreibt Albrecht weiter. So würden nicht nur die Pflegekräfte entlastet, sondern entwickelten sich gleichzeitig durch das gegenseitige Lernen im multiprofessionellen Team die Fähigkeiten der einzelnen Berufsgruppen weiter.

Zudem kenne – so Albrecht – „der Arzt dank der wöchentlichen Besuche seine Patienten genau und kann zielsicher in kritischen Situationen helfen, ohne den Notarzt einzuschalten zu müssen“. In Fällen, wo sich eine Krankenhauseinweisung nicht vermeiden lässt, z.B. bei operativ zu versorgenden Frakturen, sei eine Entlassung zeitnah möglich, da anschließende Therapien und

komplexe behandlungspflegerische Maßnahmen unmittelbar in der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden können. Im Vergleich zu anderen Pflegeeinrichtungen in Berlin ergaben sich im Jahr 2015 leicht erhöhte Ausgaben im Arzneimittelbereich (+1,7%). Dem stand ein Weniger an Krankenhauseinweisungen in Höhe von 28,5% und ein Weniger an Krankentransportfahrten in Höhe von 47,4% gegenüber.

Anlässlich des kürzlich gefeierten 20-jährigen Geburtstags nahm die Berliner Gesundheits-senatorin Dilek Kolat die Festveranstaltung zum Anlass, den am Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Ärzten und den Pflegenden für ihr Engagement zu danken. Kolat: „Die Senatsverwaltung unterstützt das mehrfach ausgezeichnete Berliner Projekt, weil es die gemeinsame Arbeit der unterschiedlichen Professionen im multiprofessionellen Team fördert und die Qualität der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen optimiert. Das Berliner Projekt stand bereits Pate für vielfältige gesetzgeberische Aktivitäten und ist geeignet, die Attraktivität des Pflegeberufes in stationären Pflegeeinrichtungen zu steigern.“

Die von Kolat angesprochene Patenfunktion des „Berliner Projekts“ wird zum Beispiel im Sofortprogramm der Bundesregierung für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege deutlich, das zum 1. Januar 2019 in Kraft treten soll. Ein Ziel dieses Programms ist unter anderem, die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten zu optimieren, womit sich die Projektpartner des „Berliner Projektes“ in ihrer Arbeit erneut bestätigt fühlen können. <<



Abb. 1: Die Kooperations- und Vertragspartner bilden den Lenkungsausschuss des Berliner Projektes.

LAND DER
GESUNDHEIT

Fortschritt in der Versorgung – wie sieht der aus?

Diskutieren Sie mit auf www.landdergesundheit.de



www.landdergesundheit.de
[#landdergesundheit](https://twitter.com/landdergesundheit)



Eine Debatten-Plattform von Pfizer



Gesundheit ist wichtig.

Aber ist das Gesundheitssystem auch so gut,
wie es sein könnte? Was müsste verbessert werden?

Und: Wie sieht die Gesundheit von morgen aus?

Ein Jahr nach den veröffentlichten Förderbekanntmachungen

Innofonds fördert 55 Versorgungsforschungs-Projekte

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsausschuss hat im September 55 weitere Anträge auf finanzielle Förderung von Projekten aus dem Bereich der Versorgungsforschung angenommen. Dafür hat er sich auch nur knapp ein Jahr Zeit gelassen, um aus den 205 Projektanträgen, die aufgrund der am Oktober 2017 veröffentlichten Förderbekanntmachungen fristgerecht eingereicht worden waren, auszuwählen. Doch immerhin: Laut Innovationsausschuss werden die Verfügung stehenden Mittel voraussichtlich voll ausgeschöpft.

>> Die Projekte der Versorgungsforschung zum themenspezifischen Bereich verteilen sich auf die vier ausgeschriebenen Themenfelder wie folgt:

- Besondere Versorgungssituationen: 11
- Entwicklung von Versorgungsstrukturen und -konzepten: 9
- Patientensicherheit, Qualitätssicherung und -förderung: 30
- Messung der Ergebnisqualität: 2
- Zur Evaluation der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL) Abschnitt D Nummer II Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Hautkrebs-Screening) werden 2 Projekte aus dem Innovationsfonds gefördert.

Erneut werden darunter mehrere Projekte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) gefördert, womit das UKE wieder der absolute Schwerpunkt-Standort für die deutsche Versorgungsforschung ist. Insgesamt erhält das UKE 3,8 Millionen Euro für vier von UKE-Wissenschaftlern geleitete Projekte. An zwei weiteren geförderten Projekten ist das UKE als Konsortialpartner beteiligt. Die einzelnen Projekte unter UKE-Leitung:

- **Prof. Dr. Martin Scherer**, Institut für Allgemeinmedizin: Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf (KOPAL). Fördersumme 1,7 Millionen Euro.
- **Dr. Christian-Alexander Behrendt**, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin: Risikoscore für eine algorithmenbasierte behandlerunabhängige Aufklärung zum Therapieerfolg und zur Therapieempfehlung (RABATT). Fördersumme 1,4 Millionen Euro.
- **Dr. Hans-Jürgen Bartz**, Geschäftsbereich Qualitätsmanagement und Klinisches Prozessmanagement: Verbesserung der Patientensicherheit durch eine systematische postmortale Patientenaktenanalyse in der klinischen Routine (POMPA). Fördersumme 543.000 Euro.
- **Jana Petersen**, Klinik und Poliklinik für Herz- und Gefäßchirurgie: Die Versorgung von Menschen mit Psoriasis im höheren Lebensalter vor und nach Eintritt in ein Pflegeheim (PsoGero). Fördersumme 177.000 Euro. <<

Noch erreichbare BMVF-Förderungsinitiative:

BMBF fördert Versorgungsforschung

>> Noch bis zum 24.10.2018 können Förderanträge zur „Richtlinie zur Förderung von Zuwendungen für den Aufbau einer nachhaltigen Netzwerkstruktur für Forschungspraxen zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der Forschung im Rahmen des Masterplans Medizinstudium 2020“ gestellt werden, die das BMBF auf seinem Onlinportal (<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/7073.php>) veröffentlicht hat.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung beabsichtigt mit dieser Fördermaßnahme, unter dem Dach des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung den Aufbau einer nachhaltigen Netzwerkstruktur für allgemeinmedizinische Forschungspraxen in Deutschland zu fördern. Hierzu sollen neue lokale, regionale oder überregionale Netzwerke aus allgemeinmedizinischen Forschungspraxen mit Anbindung an die allgemeinmedizinischen Institute der medizinischen Fakultäten aufgebaut oder bestehende Netzwerke substanzial weiterentwickelt werden. Darüber hinaus wird die Vernetzung der lokalen, regionalen und überregionalen Netzwerke gefördert. Zudem sollen für die Allgemeinmedizin in der Breite methodische Kompetenz und standardisierte Verfahren etabliert werden, die mit den hohen Standards der Koordinierungszentren

für klinische Studien (KKS) korrespondieren. Im Ergebnis soll die deutsche Allgemeinmedizin umfassend und auf Dauer in die Lage versetzt werden, Studien der klinischen Forschung durchzuführen oder sich an diesen zu beteiligen. Die Maßnahme ist Bestandteil des „Masterplan Medizinstudium 2020“, welcher vom BMBF, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestags im März 2017 beschlossen wurde.

Gefördert wird – in der Regel für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren, wobei nach drei Jahren eine Zwischenevaluation durch den Projektträger (DLR) erfolgt – der Aufbau einer nachhaltigen Netzwerkstruktur allgemeinmedizinischer Forschungspraxen in Deutschland. In den Netzwerken sollen die nachhaltigen Voraussetzungen in Form von Kapazitäten und Kompetenzen sowie Infrastrukturen für die Durchführung eines möglichst breiten Spektrums von Studien in der Allgemeinmedizin geschaffen werden. Darunter fallen insbesondere klinische Studien, aber auch größere Studien in der Versorgungsforschung oder der epidemiologischen Forschung. <<

250.000 Euro Förderung:

Zi fördert vier Forschungsprojekte

>> Auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) fördert als Teil seines Stiftungsprogramms im Jahr 2018 erneut Forschungsprojekte. Das Zi lädt jedes Jahr Wissenschaftler dazu ein, sich mit eigenen Forschungsvorhaben an einer Ausschreibung zu beteiligen: Diesmal sind es vier Projekte mit insgesamt rund 250.000 Euro, die gefördert werden.

Ein Beirat aus sechs externen und unabhängigen Wissenschaftlern prüft alle Förderanträge auf deren wissenschaftliche Qualität. Aus Sicht des Zi sollen die Projekte zudem einen Bezug zur ärztlichen Praxis haben und das Potential in sich tragen, die medizinische Versorgung konkret zu verbessern. „Die ausgewählten Projekte erfüllen diese Kriterien. Wir freuen uns, dass dem Zi auch nach der Einführung des Innovationsfonds weiterhin eine Rolle in der Forschungsförderung zukommt“, erklärt Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi. Das Zi konzentriert sich auf Forschungsprojekte, die einen besonderen Fokus auf die Bedeutung der

ambulant-ärztlichen Versorgung haben.

Die Projekte im Überblick:

- **Prof. Dr. Dr. Andrea Icks**, Universität Düsseldorf, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie: Analyse der Versorgungsprozesse bei Frauen mit Gestationsdiabetes während und nach der Schwangerschaft.
- **Prof. Dr. Antonius Schneider**, TU-München, Institut für Allgemeinmedizin: Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens von Patienten vor und nach Abschaffung der Praxisgebühr.
- **Dr. Nadine Scholten**, Universität Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft: Das Belegarztwesen im sektorenübergreifenden Wettbewerb: Versorgungsspektrum, Interdependenzen und Versorgungsunterschiede.
- **Prof. Dr. Jürgen Wasem**, Universität Duisburg-Essen, Medizinmanagement: Präferenzen von politischen Entscheidungsträgern für Formate von Evidenzsynthesen: eine empirische Erhebung. <<

Geförderte Projekte zu den Förderbekanntmachungen Versorgungsforschung vom 20. Oktober 2017

Projekttitel	Akro- nym	Inst. Antragsteller	Konsortialpartner
Evaluation des Hautkrebscreenings bei AOK-Versicherten in Deutschland	EvaSCa	Universitätsklinikum Essen (Prof. Dr. Andreas Stang)	AOK Bundesverband, Universität Duisburg-Essen
Perspektiven einer multimodalen Evaluation der Hautkrebsfrüherkennung	Pertimo	Universität zu Lübeck (Prof. Dr. Alexander Katalinic)	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Entwicklung und Evaluation eines IT-gestützten Case Managements zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Spinaler Muskelatrophie (SMA)	SMA-C+	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Dr. Thorsten Langer)	
Verbesserte Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Herzerkrankungen mit implantierter Herzunterstützung durch curriculares Selbstmanagement	SELMA	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Prof. Dr. Christiane Kugler)	Deutsches Herzzentrum Berlin, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsklinikum Leipzig
Stellenwert der Bewegungsdiagnostik zur Förderung früher körperlicher und sportlicher Aktivität bei Kinderrheuma	Beware	Technische Universität München (Prof. Dr. Ansgar Schwirtz)	aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH
Reduktion des Risikos für Krankenhauseinweisungen bei Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften	DemWG	Universität Bremen (Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann)	AOK Bremen/Bremerhaven, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Mundgesundheitsverbesserung durch zahnärztlich delegierte, pflegebegleitende Remotivation und Reinstruktion	Mund-ZaRR	Christian-Albrechts-Universität Kiel (Prof. Dr. Katrin Hertrampf)	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, pHfG Trägergesellschaft mBH, Universitätsklinikum Jena
Die Versorgung von Menschen mit Psoriasis im höheren Lebensalter vor und nach Eintritt in ein Pflegeheim	PsoGero	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Dr. Jana Petersen)	
Gesund pflegen: Entwicklung eines Versorgungsmanagementsystems zur Identifizierung von Versorgungsbedarfen pflegender Angehöriger von MmD	InA-Studie	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (Dr. Ina Zwingmann)	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V.
Regionale multisektorale geriatrische Versorgungsplanung	Remug-Vplan	WIG2 GmbH (Dr. Dennis Häckl)	AOK PLUS - Sachsen und Thüringen
TRANsport und DElir älterer Menschen	TRADE	Universität Ulm (Prof. Dr. Michael Denking)	Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg, AOK Baden-Württemberg, Hochschule Rosenheim, Universität Duisburg-Essen, Universität Ulm, Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Qualität in der Pflege
Teilhabebezogene Zielerreichung durch Heil- und Hilfsmittel bei Patienten mit mobilitätseinschränkenden Lähmungssyndromen	Neuro-Moves	Universitätsklinikum Heidelberg (Prof. Dr. Norbert Weidner)	August-Bier-Klinik, BG Klinikum Hamburg, Helios Rehaklinik Damp GmbH, Klinikum Bad Bramstedt GmbH, Kliniken Heidelberg GmbH, Sankt Rochus Kliniken, Segeberger Kliniken GmbH, SRH Gesundheitszentrum Bad Wimpfen GmbH
Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB)	MeZEB	Universität Bielefeld (Dr. Thorsten Meyer)	Diakovere Krankenhaus GmbH, Krankenhaus Mara gGmbH
Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf	KOPAL	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Martin Scherer)	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Georg-August-Universität Göttingen, Medizinische Hochschule Hannover
Onlinebasiertes Motivationsprogramm zur Förderung der Behandlungsmotivation bei Menschen mit Computerspielabhängigkeit und Internetsucht	OMPRIS	Ruhr-Universität Bochum (Dr. Jan Dieris-Hirche)	Psychosomatische Klinik Kloster Dießen, Ruhr-Universität Bochum, Technische Universität München, Universität Duisburg-Essen, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH

Projekttitle	Akro- nym	Inst. Antragsteller	Konsortialpartner
Hohe Patient*innen-Zufriedenheit durch alter(n)s- und lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung und Berufsverlaufsmodelle in der Pflege	HALT- geben	Arbeit und Zukunft e. V. (Alexander Frevel)	Universitätsklinikum Ulm
Predicting Re-admissions by Exploring Medication Inappropriateness and Sequence of prior Events in health insurance claims - Vorhersage von Rehospitalisierungen durch spezifische Medikationsrisiken und Ereignissequenzen	PREMI- SE	Universitätsklinikum Heidel- berg (Prof. Dr. Walter Emil Haefeli)	AOK Baden-Württemberg, Technische Universität Dortmund
Risikoscore für eine Algorithmenbasierte Be- handlerunabhängige Aufklärung zum Thera- pieerfolg und zur Therapieempfehlung	RABATT	Universitätsklinikum Ham- burg-Eppendorf (Dr. Chri- stian-Alexander Behrendt)	BARMER, Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Automatic PredICTion of Edema after Stroke (Computergestützte automatische Prognose der Entwicklung eines malignen Hirnödem nach Mediainfarkt)	APICES	Universitätsklinikum Tübin- gen (Dr. Sven Poli)	Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der ange- wandten Forschung e. V.
Praktikabilitätstestung der magistralen Herstellung von Bakteriophagen zur Therapie septischer Infektionen an der unteren Extremität (PhagoFlow)	PTmH- BP	Bundeswehrkrankenhaus Berlin (Prof. Dr. Christian Willy)	Fraunhofer-Institut für Toxikologie und Experi- mentelle Medizin, Leibniz-Institut DSMZ-Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen GmbH
Horizontale vs. vertikale Präventions- Strategien zum Stopp der Ausbreitung von Grampositiven multiresistenten Erregern in deutschen Krankenhäusern	ISO - ADE	Charité-Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. Petra Gast- meier)	BARMER, DAK Gesundheit, Universität zu Köln, Tech- niker Krankenkasse
Reduktion von Antibiotikaresistenzen durch leitliniengerechte Behandlung von Patienten mit unkompliziertem Harnwegsinfekt in der ambulanten Versorgung	RE- DARES	Universitätsklinikum Würz- burg (Prof. Dr. Ildiko Gäg- yor)	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Charité - Uni- versitätsmedizin Berlin, Julius-Maximilians Univer- sität Würzburg, Medizinische Hochschule Hannover, Robert Koch-Institut, Universität Bremen
Gesundheitliche Risiken und Determinanten der Dauereinnahme von Protonenpumpen- inhibitoren	RiDe- PPI	Ludwig-Maximilians-Univer- sität München (Dr. Seba- stian-Edgar Baumeister)	AOK Bayern, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sichere, digital unterstützte Kommunikation in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Digital SACCIA	Jacobs Universität Bremen gGmbH (Prof. Dr. Sonia Lipke)	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Techniker Krankenkasse, Universitätsklinikum Frankfurt, Uni- versitätsklinikum Ulm
Verbesserung der Patientensicherheit durch eine systematische postmortale Patientenak- tenanalyse in der klinischen Routine	POMPA	Universitätsklinikum Ham- burg-Eppendorf (Dr. Hans- Jürgen Bartz)	
Versorgung sicher gestalten – Machbarkeits- studie zur Eignung verschiedener Datenquel- len als Grundlage der Verbesserung der Pharmakovigilanz innovativer Therapien am Beispiel der Multiplen Sklerose	VerSI- MS-PV	Westfälische Wilhelms-Uni- versität Münster (Prof. Dr. Klaus Berger)	BKK Dachverband e. V., MS Forschungs- und Projekt- entwicklungs-gGmbH, Paul-Ehrlich-Institut, Zentra- linstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Sicherheitsdimensionen in der Hilfsmittel- versorgung bei ambulant versorgten beatmeten Patienten	SHiP	Charité-Universitätsmedizin Berlin (Dr. Yvonne Lehmann)	
Cluster randomisierte Interventionsstudie zur Reduktion von Infektionen bei Dialyse- patienten in der ambulanten Versorgung im Stepped-Wedge-Design Dialyse-assoziierte- Infektionsprävention und Surveillance	DIPS	Charité-Universitätsmedizin Berlin (Prof. Dr. Petra Gastmeier)	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Patienten Heimversorgung gemeinnützige Stiftung, Techniker Krankenkasse
Lernen durch einrichtungsübergreifende Fehlerberichts- und Meldesysteme	LüFMS	Aktionsbündnis Patientensi- cherheit e. V. (Hardy Müller)	Techniker Krankenkasse
Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen	OPTIE		Universität zu Köln (Dr. Christopher Hautmann)

Projekttitlel	Akro- nym	Inst. Antragsteller	Konsortialpartner
Qualitätstransparenz in der Hüftendoprothetik durch Patient Reported Outcomes	Quali-PRO	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Prof. Dr. Martin Emmert)	AOK Niedersachsen, Herzogin Elisabeth Hospital, Hochschule Hannover, Medizinische Hochschule Hannover
Ergebnisse qualitätsgesicherter Schlaganfallversorgung: Hessen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet	QUASCH	Philipps-Universität Marburg (Prof. Dr. Max Geraedts)	AOK Bundesverband, Hessische Krankenhausgesellschaft e. V., Justus-Liebig-Universität Gießen, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Dichte-indiziertes mammographisch-sonographisches Brustkrebs-Screening	DIMA-SOS 2	Referenzzentrum Mammographie München (Prof. Dr. Sylvia Heywang-Köbrunner)	Universität zu Lübeck
Patienten-relevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus planen: cluster-randomisierte Interventionsstudie in Seniorenpflegeeinrichtungen	BEVOR	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Prof. Dr. Jürgen in der Schmitt)	BARMER, Georg-August-Universität Göttingen, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Klinikum der Universität München, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Ludwig-Maximilians-Universität München, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Die Sigmoidoskopie als evidenzbasiertes Screeningverfahren für Darmkrebs – eine mögliche Option?	SIGMO	Medizinische Hochschule Hannover (Dr. Maren Dreier)	AOK Niedersachsen
Einfluss eines Clinical Decision Support (CDS) Systems auf Quantität und Qualität indizierter medizinischer Bildgebung	MIDAS-Studie	Klinikum Augsburg (Prof. Dr. Thomas Kröncke)	Christian-Albrechts-Universität Kiel, Erasmus University Medical Center Rotterdam, Universität Lübeck, Universitätsklinikum Mainz
Nachsorge bei Gestationsdiabetes	GestDi-Na_basisc	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Prof. Dr. Andrea Icks)	AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK Gesundheit, Deutsche Diabetes-Forschungsgesellschaft e. V., Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Hochschule für Gesundheit, IKK classic, pronova BKK, Universität zu Köln, winDiab gGmbH
Versorgungsanalyse zur myokardialen Revaskularisationstherapie bei chronischer KHK	REVASK	Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin GmbH (Dr. Jochen Walker)	BARMER, Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Pädagogische Hochschule Freiburg, Stiftung Institut für Herzinfarktforschung, Techniker Krankenkasse, Universität zu Köln
Gliompatienten in der ambulanten Versorgung – Optimierung der psychosozialen Versorgung bei neuroonkologischen Patienten	GLIOPT	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Dr. Mirjam Renovanz)	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden, Klinikum Ludwigsburg, Klinikum Stuttgart, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier gGmbH, Technische Universität München, Universitätsklinikum Frankfurt, Universitätsklinikum Leipzig, Universitätsklinikum Ulm, Universitätsklinikum Würzburg, Universität zu Köln
Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland	ZWEIT	MHB CAMPUS GmbH (Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund Neugebauer)	AOK Nordost, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Medexo GmbH, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Vergleich von Impfstrategien zur Prävention von Erkrankung durch Respiratorische Synzytial-Viren: Auswirkungen auf Krankheitslast und Kosten	VIPER	Robert Koch-Institut (Dr. Ole Wichmann)	Techniker Krankenkasse
Auffrischimpfung gegen Meningokokken der Serogruppe C: Abschätzung der Effekte auf Krankheitslast und Kosten im deutschen Gesundheitssystem	AMSeC	Robert Koch-Institut (Dr. Ole Wichmann)	
Entwicklung einer patientenzentrierten national anwendbaren Komplexitäts- und Case-Mix- Klassifikation für erwachsene Palliativpatienten basierend auf Bedürfnissen und Ressourcenverbrauch	COMPANION	Klinikum der Universität München (Prof. Dr. Claudia Bausewein)	AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Georg-August-Universität Göttingen, Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH, LMU München
Entwicklung und Evaluation von interdisziplinären Informations- und Schulungskonzepten für Kinder und Jugendliche mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (DSD) und ihren Eltern	Empower-DSD	Charité-Universitätsmedizin Berlin (Dr. Birgit Köhler)	Universität Lübeck, Universitätsklinikum Ulm, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Projekttitle	Akro- nym	Inst. Antragsteller	Konsortialpartner
Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle	PSK	Private Universität Witten/ Herdecke gGmbH (Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko)	Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V., OptiMedis AG, Pflege e. V.
Patient Empowerment und Edukation mittels IT-gestützter Patientenfunde senken die postoperative Schmerzintensität und die Rate an Schmerzchronifizierung nach thoraxchirurgischen Eingriffen	PEE- SURST	Universitätsmedizin Essen - Ruhrländische Klinik (Dr. Sandra Kampe)	AOK Bundesverband, Lungenklinik Hemer, Thoraxklinik Heidelberg gGmbH, Universität Duisburg-Essen, Universitätsklinikum Essen
Handlungs- und Therapie-Protokolle in der Kinderrheumatologie	PRO- Kind- Rheuma	Universitätsklinikum Aachen (Prof. Dr. Klaus Tenbrock)	Asklepios Klinik Sankt Augustin GmbH, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Niederschwelliges Screening versus multidimensionales Assessment von Symptomen und psychosozialen Belastungen bei Krebspatienten ab dem Zeitpunkt der Inkurabilität	SCRE- BEL	Georg-August-Universität Göttingen (Prof. Dr. Bernd Alt-Epping)	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Leipzig, Universitätsklinikum Würzburg, Universitätsmedizin Göttingen
Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark	K:IDD	Technische Universität Berlin (Prof. Dr. Reinhard Busse)	BKK Dachverband e. V., Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Partizipative Entscheidungsfindung zur Immuntherapie in der Onkologie – prospektive, randomisiert kontrollierte Studie	PEF-Im- mun	Universitätsklinikum Heidel- berg (Dr. Christiane Bieber)	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
Ambulante parenterale Antibiotikatherapie in der Kölner Metropolregion	K-APAT	Universität zu Köln (Dr. Clara Lehmann)	Universität zu Köln
Einsatz von Webcams auf neonatologischen Intensivstationen	Neo- Cam- Care	Universität zu Köln (Dr. Nadine Scholten)	DAK Gesundheit, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Techniker Krankenkasse, Universitätsklinikum Bonn, Universität zu Köln
Chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen – multidimensionales Ergebnisqualitätsmaß und praxistaugliche Stratifizierungsstrategie	MEMA- PS	Vestische Caritas Kliniken gGmbH (Dr. Julia Wager)	Techniker Krankenkasse
Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten	QMPR	AOK-Bundesverband (Dr. Antje Schwinger)	aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Universitätsklinikum Heidelberg
Geschlechtsspezifische reale Versorgungssituation von Patienten mit arteriosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen in Deutschland	Gender- Vasc	Westfälische Wilhelms-Uni- versität Münster (Dr. Eva Freisinger)	AOK Bundesverband

K:IDD: Krankenhaus – Impulse für Deutschland aus Dänemark

„Konkrete wie praktikable Handlungsempfehlungen“

>> Das Projekt „K:IDD“ unter der Ägide von Prof. Dr. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin zielt auf die Generierung von Impulsen zur Weiterentwicklung der deutschen Krankenhauslandschaft ab. Grundlage ist die dänische Krankenhausstrukturreform, mit der in Dänemark seit Anfang der 2000er Jahre nicht nur die sektorenübergreifende Versorgung, sondern gleich auch die Krankenhausversorgung neu strukturiert wurde.



Die grundlegende Fragestellung bei allen derartigen Translationschancen lautet: Inwiefern können die in Dänemark gemachten Erfahrungen auf Deutschland übertragen werden? Ebenso sollen mit den Projektergeb-

nissen relevanten gesundheitspolitischen Akteuren substantielle Umsetzungshinweise und Handlungsalternativen zur Verbesserung der Patientenversorgung aufgezeigt werden. DiesesollensichaufausgewählteVersorgungsaspekte und dafür nötige personelle, sachliche und finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser beziehen. Übergeordnetes Projektziel ist die Schaffung inhaltlicher und methodischer Voraussetzungen, um übertragbare Teile der dänischen Reformen in die deutsche Krankenhausversorgung zu integrieren und für eine verbesserte Patientenversorgung zu nutzen. Das Projekt, das ab März 2019 bis Februar 2021 läuft, ist in drei Arbeitspakete gegliedert:

- (1) Bestandsaufnahme der deutschen Krankenhauslandschaft und Vergleich mit dem „dänischen Modell“,
- (2) detaillierte Analyse der Reform in Dänemark
- (3) Übertragbarkeit der dort gewonnenen Erkenntnisse auf Deutschland.

Busse bedient sich eines Methodenmixes, bestehend aus GKV-Routinedatenanalysen, Fokusgruppen, Experteninterviews, Szenarioanalysen und Workshops. Durch den partizipativen Ansatz und die Einbindung aller relevanten Akteure können die Erkenntnisse aus der Tiefenanalyse der dänischen Krankenhausstrukturreform wichtige und dabei konkrete wie praktikable Handlungsempfehlungen für die notwendige Reformierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland geben. <<

Digitalisierung: „Herzstück des technologischen Wandels“

>> Auf einem Kongress des Zukunftsrats der Bayerischen Wirtschaft wurde die Studie „Gesundheit und Medizin – Herausforderungen und Chancen“, erstellt von Prognos im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (vbw), und die Handlungsempfehlungen des Zukunftsrats, präsentiert. Die Studie beleuchtet umfassend, welche Trends das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren und Jahrzehnten beeinflussen werden, wie die deutsche, speziell die bayerische Gesundheitswirtschaft heute aufgestellt ist und welchen Einfluss neue Technologien und die Digitalisierung haben werden.

Aufbauend darauf zeigen die Handlungsempfehlungen, was Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft konkret tun müssen, um das Gesundheitssystem zukunftsfähig auszurichten und die Potenziale zu nutzen. Alfred Gaffal, vbw-Präsident und Vorsitzender des Zukunftsrats, betonte die Bedeutung des Themas: „Die Gesundheits- und Medizintechnologien zählen zu Bayerns Schlüsseltechnologien und haben große wirtschaftliche Bedeutung.“ Die deutsche Gesundheitswirtschaft sei eine echte Querschnittsbranche und hätte im Jahr 2016 fast 260 Milliarden Euro an Wertschöpfung geschaffen, alleine in Bayern seien es fast 38 Milliarden Euro gewesen.

Das Wachstum ist laut vbw-Studie überdurchschnittlich, die Prognosen sind vielversprechend: So wird beispielsweise im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie und der digitalen Gesundheitswirtschaft von 2017 bis 2020 ein Umsatzwachstum von 24 Prozent pro Jahr erwartet. Sorgen machen dem Zukunftsratsvorsitzenden allerdings die Kosten und der demografische Wandel: „Pro Tag verschlingt unser deutsches Gesundheitssystem über eine Milliarde Euro – Tendenz steigend. Gleichzeitig müssen immer weniger Beitragszahler für immer mehr Leistungsempfänger aufkommen“, sagt Gaffal und lenkt den Blick damit auch auf die steigenden Lohnzusatzkosten.

Wichtigster Lösungsansatz für die aktuellen Herausforderungen ist laut Zukunftsrat die Digitalisierung. „Sie ist das Herzstück des technologischen Wandels auch im Gesundheitsbereich. Die Digitalisierung wird das Gesundheitswesen effizienter machen und damit die bestehende Über-, Unter- und Fehlversor-

gung abbauen sowie dabei helfen, die Kosten besser in den Griff zu bekommen“, ist Gaffal überzeugt. Entscheidende Bausteine sind hier die flächendeckende Erfassung, Speicherung, Verknüpfung und Nutzung der Patientendaten in einer digitalen Patientenakte. „Leider bleibt die in Deutschland eingeführte elektronische Gesundheitskarte trotz Milliardeninvestitionen noch immer weit hinter den heutigen technischen Möglichkeiten“, bemängelt Gaffal. Dabei lägen die Vorteile auf der Hand: Ein besserer Informationsfluss zwischen allen Akteuren und Ärzten, ein schneller Zugriff auf alle Befunde und damit die Vermeidung von belastenden Mehrfachuntersuchungen sowie ein reduziertes Risiko gefährlicher Wechselwirkungen zwischen Medikamenten sind nur einige Punkte. „Die elektronische Gesundheitskarte muss jetzt umgehend eingesetzt werden“, fordert Gaffal und betont: „Die Datenhoheit bleibt beim Patienten. Er kann behandelnden Ärzten, Krankenhäusern oder Dritten Zugriff auf die Daten gewähren.“

Gleichwohl müssen wir anonymisierte oder pseudonymisierte Daten umfassend auch für die Forschung nutzbar machen.“ Bei der Versorgung von Patienten auf dem Land sieht die vbw-Studie in der Telemedizin große Chancen. „Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Weiterentwicklung und Effizienzsteigerung unseres Gesundheitswesens sind Forschung und Entwicklung. Während Bayern etwa bei der bildgebenden Diagnostik im globalen Vergleich an der Spitze steht, gehen die Forschungsaufwendungen im Bereich Pharma in Deutschland und Bayern zurück. Das ist kritisch, hier müssen wir wieder stärker werden“, betont Gaffal.

Professor Dr. Wolfgang A. Herrmann, Präsident der Technischen Universität München und ebenfalls Vorsitzender des Zukunftsrats der Bayerischen Wirtschaft, ergänzt: „In der älter werdenden Gesellschaft hat Gesundheit eine verlängerte Zeitdimension. Altersbedingte Erkrankungen können wir durch den Fortschritt der medizinischen und technischen Forschung eindämmen. Dabei helfen die digitalen Technologien, die personalisierte Medizin über alle Lebensphasen zur Wirklichkeit werden zu lassen – einschließlich der Präventivfaktoren, die auf den individuellen Wirkungen von Bewegung und Ernährung beruhen.“ <<



10 Hauptvariablen vorgeschlagen

>> Der Wissenschaftliche Beirat des BVA legte nun sein zweites Gutachten zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA) vor, diesmal mit dem Fokus auf die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs. Laut Studienaussage unterscheiden sich die Krankheitslast und auch die Ausgaben in der GKV erheblich zwischen den Regionen, daher sei auch die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Morbi-RSA an die Krankenkassen regional sehr unterschiedlich. Dabei verbleiben allerdings auf regionaler Ebene Unter- und Überdeckungen, also Unterschiede zwischen der Höhe der Zuweisungen und den Leistungsausgaben. Diese regionalen Unterschiede erachtet der Beirat mit Blick auf die damit verbundenen Anreize zur Risikoselektion sowie aus wettbewerblicher Perspektive als problematisch.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt daher vor, in den Morbi-RSA einige regionalstatistische Merkmale als zusätzliche Ausgleichsvariablen einzuführen. In die engere Auswahl sollten die Merkmale bzw. Variablen aufgenommen werden, die statistisch gesehen auf die nach Durchführung des aktuellen Ausgleichsverfahrens noch verbleibenden regionalen Unter- oder Überdeckungen der Ausgaben der Krankenkassen einen großen Einfluss haben. Mit den zehn aussagekräftigsten dieser Variablen können rund zwei Drittel der Unterschiede in den Unter- und Überdeckungen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Deutschland erklärt werden. Die Hinzunahme weiterer regionalstatistischer Merkmale reduziere – laut Aussage dieser Studie – die verbleibenden Unterschiede in den Deckungsbeiträgen auf regionaler Ebene nur noch unwesentlich.

Der Wissenschaftliche Beirat erachtet die Anreize, die von einer solchen Ergänzung der Ausgleichsvariablen des Morbi-RSA ausgehen, unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsaspekten der Versorgung als akzeptabel. Im Gegensatz hierzu rät der BVA-Beirat von Modellsätzen ab, die direkt auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte einen Ausgleich von Unter- und Überdeckungen vorsehen.

Doch auch nach Umsetzung des vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Modells bleiben in regionaler Hinsicht weiterhin relativ hohe Unterschiede zwischen den Zuweisungen des Gesundheitsfonds und den Leistungsausgaben bestehen. Der Beirat empfiehlt daher auf mittlere Sicht ergänzende Regelungen in der regionalen GKV-Finanzarchitektur.“ <<



Frontansicht und Eingangshalle des Instituts für Sozialmedizin

Serie (Teil 14): „Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health“ (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Primärdatenforscher aus Leidenschaft

Das ISAP wurde bereits 1952 unter den Namen „Institut für Sozialhygiene“, geleitet von Prof. Dr. med. Karl Gelbke, an der Medizinischen Fakultät gegründet. Grundlage dafür bildete der Befehl 234 von der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) vom 9.10.1947 über „Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitsproduktivität und zur weiteren Verbesserung der materiellen Lage der Arbeiter und Angestellten in der Industrie und im Verkehrswesen“. Im wechselhaften Verlauf wurde es von verschiedenen Lehrstuhlinhabern und ihren Themen geprägt, die von der Organisation des Gesundheitsschutzes über sozialgerontologische Themen bis hin zur Psychoonkologie reichten. In seiner jetzigen Form, mit seinem jetzigen Namen und mit den aktuellen Schwerpunkten existiert das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) erst seit 2010 – zeitgleich wurde Prof. Steffi G. Riedel-Heller, MPH auf den Lehrstuhl berufen.

>> Bei Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller muss man, anders als bei anderen Professorinnen und Professoren der deutschen Versorgungsforschung, nicht fragen „Was hat Sie in die Stadt XYZ geführt?“. In Rodewisch im Vogtland, unweit von Zwickau geboren, machte sie zunächst eine Ausbildung zur Psychiatriepflegerin, gefolgt von einem Medizinstudium und ihrer Promotion an der Klinik für Psychiatrie in Leipzig. Danach ging sie ins Ausland und machte an der Johns Hopkins Universität in Baltimore (USA) ihren Master für Public Health. Danach: Leipzig, Leipzig, Leipzig – für Steffi Riedel-Heller „eine großartige und dynamische Stadt“. Schon sehr früh, ab 1995,

konnte sie an der Klinik für Psychiatrie an der Universität Leipzig als junge Ärztin bevölkerungsrepräsentative und allgemeinartzbasierte längsschnittliche Alterskohorten selbständig aufbauen und damit verschiedenste Fragen zur Versorgungsepidemiologie bearbeiten. Diese Kohortenstudien begleiten sie wissenschaftlich und praktisch bis heute.

Auch zur Versorgungsforschung kam sie, anders als so viele andere ihrer Kollegen auf ähnlichen Lehrstühlen, nicht. Von Haus aus ist sie Psychiaterin. Und in der Psychiatrie hat die Versorgungsforschung – anders als in anderen Fachgebieten – auch in Deutschland eine vergleichsweise lange Tradition. Diese



Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, MPH

ist seit 2010 W3-Professorin für Sozialmedizin und Direktorin des Institutes für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Von 1982 – 1985 Psychiatriepflegerin, von 1985 – 1991 Medizinstudium in Leipzig, von 1991 – 1993 Ärztin im Praktikum und erste Auslandsaufenthalte: Klinik für Psychiatrie Universität Leipzig, Ashington Hospital (UK), „Ärzte für die Dritte Welt“ in Mindanao (Philippinen). Von 1993 – 1994: Ärztin in Weiterbildung Klinik für Psychiatrie, Universität Leipzig und Promotion. 1994 – 1995: Studium zum Master of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore (USA). 1995 – 2010. Klinische Tätigkeit, Forschung und Lehre, Klinik für Psychiatrie an der Universität Leipzig. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Habilitation und Privatdozentur im Fach Psychiatrie. Seit 2002 war sie C3-Professorin für Public Health und seit 2004 Geschäftsführende Herausgeberin der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“ des Thieme Verlags sowie von 2007 – 2010 Kommissarische Leiterin der Abteilung Sozialmedizin.

Link

Hier finden Sie die bereits vorgestellten Versorgungsforschungsstandorte: www.m-vf.de/profiler

ding – grob gesagt – bereits mit der Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 an. Damals begann die Abwendung von der menschenunwürdigen und wohnortfernen Anstaltspsychiatrie hin zu einer modernen gemeindenahen Betreuung, die eine Reihe von Versorgungsstudien stimulierte, wobei Leipzig für die Deutsche Demokratische Republik (DDR), heute für die neuen Bundesländer, Vorreiter war. Dank ihrer Mentoren – wie den damaligen Ordinarius Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer, den Fragestellungen an der Grenze zwischen Medizin und Gesellschaft umtrieben – kam sie nicht zur Versorgungsforschung, sondern war forschungsmäßig nie wirklich woanders.

Seit dieser Zeit schlägt ihr Herz für die Forschung. „Wie die meisten Forscher wünsche ich mir, dass etwas in der Versorgung und bei den Menschen ankommt“, sagt Riedel-Heller und weiß genau, dass das „nirgends besser als in der Versorgungsforschung gelingen“ kann. Denn, so Riedel-Heller weiter: „Versorgungsforschung sucht Antworten auf die Fragen von morgen: demographische Entwicklung, Urbanisierung, Digitalisierung, Individualisierung, um nur einige Megatrends zu nennen.“

Die Versorgungsforschung ist neben der grundlagenorientierten und krankheitsorientierten Forschung zu einer festen Größe geworden. Da der vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten von 2001/2002 (!) angemahnte Nachholbedarf auch heute immer noch nicht aufgeholt sei, engagiert sie sich in der Forschungsförderung als Gutachterin und ebenso als DFG-Kollegiatin – wo immer es ihr möglich ist, um die „feste Etablierung der Versorgungsforschung an den Universitäten zu unterstützen, die für die Entwicklung des Feldes unerlässlich ist“.

Aber Versorgungsforschung muss nach Ansicht von Steffi Riedel-Heller noch etwas anderes sein: Daten generierend. „Wir sind Primärdatenforscher und konzentrieren uns ausschließlich darauf“, sagt sie dazu ziemlich kategorisch. An der Stelle will sie nicht falsch verstanden werden, denn auch Versorgungsforschung mit Sekundärdaten könne vieles erhellen und sei eine wichtige Säule der Versorgungsforschung, aber eben nur eine von vielen. Riedel-Heller: „Für viele Fragestellungen sind eigens angelegte Studien und prospektive Designs unerlässlich. In der Verknüpfung von Primär- und Sekundärdaten sehe ich viel und oft bisher noch ungenutztes Potenzial.“

Schon sehr früh in ihrer Karriere wurde ihr zudem klar, dass mit der demografischen

Entwicklung Demenzerkrankungen die zentrale Herausforderung für alternde Gesellschaften sind – das Thema treibt sie bis heute an und um. „Meinen Arbeiten zur Versorgung Demenzkranker in der Häuslichkeit oder im Heim folgen gegenwärtig Projekte, die sich mit dem Erhalt kognitiver Leistung befassen“, gibt sie einen Einblick in ihre Tagesarbeit.

Ganz aktuell wurde im Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, auf dessen Lehrstuhl Riedel-Heller 2010 berufen worden war, eine große randomisierte multizentrische Studie auf den Weg gebracht. Bei dieser Studie unter der Abkürzung „AgeWell“ (AgeWell.de) geht es vorranglich darum, durch präventive Interventionen die kognitive Leistungsfähigkeit von Senioren zu erhalten. Präventive Versorgungsforschung und die Etablierung einer „Brain Health Agenda“ sind dabei für Steffi Riedel-Heller ein „lohnendes aktuelles Ziel“, denn „Prävention, Kuration und Rehabilitation sollten im Versorgungssystem und Gesundheitssystem der Zukunft gleichberechtigte Säulen darstellen“.

Aktuell ist das ISAP, in dem über 30 Mitarbeiter – die meisten von ihnen drittmittelfinanziert – in 3 Arbeitsgruppen arbeiten, bekannt durch bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung bei alten und hochaltrigen Menschen mit einem Fokus auf die psychische Gesundheit. Dabei arbeiten Wissenschaftler mit verschiedenen beruflichen Hintergründen zusammen wie Psychologen, Soziologen, Pädagogen, Ernährungs- und Gesundheitswissenschaftler.

Besser sollte man wohl überall dazu schreiben: ... innen. Das ISAP ist im Großen und Ganzen „ein Frauenladen“ wie Steffi Riedel-Heller selbst sagt, natürlich nicht ausschließlich, aber doch in großer Mehrheit.

Warum aber so viele weibliche Forscherinnen? Ihre Antwort: „Frauen schätzen Struktur, langfristige Planung, Organisiertheit und Teamarbeit.“ Und wenn es einen „Kampfdem-Chaos-Preis“ gäbe, das ISAP würde ihn ihrer Meinung nach sicher bekommen!

Und ganz getreu der Devise, „nur ein publiziertes Ergebnis ist ein Ergebnis“, legt das Team um Riedel-Heller viel Wert auf die vorzugsweise internationale Publikation von Studienergebnissen. Alleine im ersten Halbjahr 2018 konnten 50 Medline-gelistete Arbeiten publiziert werden. Riedel-Heller: „Wir gehen davon aus, dass es zum Ende des Jahres fast 100 sein werden.“

Inhaltlich gibt es derzeit im ISAP vier Hauptaktionsfelder:

- (1) **Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie** bei alten und hochaltrigen Menschen. Der Erfolg in diesem Bereich gründet sich hauptsächlich auf den langjährig geführten bevölkerungsrepräsentativen und allgemeinärzt-basierten Alterskohorten mit dem Schwerpunkt psychische Gesundheit (Leila75+, AgeCoDe/AgeQualiDe, AgeMooDe, LIFE).
- (2) Ein weiterer Bereich ist die **Instrumentenentwicklung**, denn die Versorgungsforschung brauche entsprechende Instrumentarien. Beispiele hierfür sind die deutsche Version des Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) oder der WHOQOL-OLD, ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität im Alter.
- (3) Einen weiteren wichtigen Arbeitsbereich stellen **Interventionsstudien**, insbesondere randomisierte und kontrollierte Studien (RCT), dar, aber oft auch pragmatische Trials, bei denen es um die Verankerung der Intervention in bestimmten Settings geht. Beispiele sind unter anderem die Untersuchung des online-basierenden kostenfreien Selbstmanagementprogramms „moodgym“ bei Depression und einer online-basierten Intervention zur Verbesserung des Adipositasmanagements (INTERACT) oder die Interventionsstudie AgeWell.de. Alle diese Interventionen sind im allgemeinärztlichen Setting verortet.
- (4) Die **Forschungssynthese und Leitlinienentwicklung** ist ein weiterer Bereich des ISAP. Dazu zählen die Erstellung von systematischen Reviews und von Metanalysen zu aktuellen Themen. Zudem wurde die S3-Leitlinie „Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Erkrankungen“ und die zugehörige Patienten- und Angehörigenversion federführend am ISAP erstellt und wird im Moment aktualisiert.

Als einer der größten Erfolge des ISAP nennt Steffi Riedel-Heller – auch wenn es viele Einzelerfolge von vielen Mitarbeitern sind, die sich addieren und den wirklichen Erfolg des Instituts ausmachen – die erfolgreiche Einwerbung der BMBF-Nachwuchsforschergruppe durch Riedel-Hellers Mitarbeiterin Janine Stein. Auch konnte 2016 mit versorgungsforschungsinteressierten Kollegen vor Ort das Universitäre Zentrum für Versorgungsforschung der Universität Leipzig (UZVF) gegründet werden, was dazu beiträgt, Versorgungsforschungsinteressierte noch stärker als bisher zusammenbringen. <<



Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Margrit Löbner, wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Warum arbeiten Sie am ISAP?

Ich habe Spaß an der Wissenschaft, begleite gerne Projekte und mache gerne Versorgungsforschung, weil ich sehe, dass die Ergebnisse dann auch in der Praxis ankommen.

Was macht für Sie das ISAP aus?

Am ISAP schätze ich besonders die Teamarbeit, das Miteinander und dass man sich aufeinander verlassen kann.

An was arbeiten Sie gerade?

Hauptschwerpunkt meiner Arbeit sind E-Health-Angebote bei psychischen Störungen. Darüber hinaus arbeite ich auch zu psychischer Komorbidität bei somatischen Erkrankungen. Dazu konnte ich auch ein Projekt im Rahmen der DFG-Nachwuchsakademie Versorgungsforschung durchführen, ein großartiges Angebot. Aktuell beschäftigt mich sehr das online-basierte Selbstmanagementprogramm „moodgym“ bei Depression. Wir haben dazu einen großen Trial abgeschlossen und konnten die Wirksamkeit von „moodgym“ als Add-On-Angebot im hausärztlichen Setting zeigen. Darüber hinaus haben wir mit „moodgym“ Studien zur Nutzerakzeptanz durchgeführt und beschäftigen uns auch mit Neuentwicklungen im Bereich E-Health. Ich absolviere zusätzlich eine Ausbildung als Verhaltenstherapeutin und kann hier meine Fähigkeiten sehr gut einbringen, da die meisten dieser Angebote auf verhaltenstherapeutischer Grundlage basieren.

Ihr persönliches Ziel?

Ich möchte mit meinen Ergebnissen die Versorgung verbessern. Zudem möchte ich zu einer Verbesserung für das Zusammenspiel von Behandlern untereinander sowie von Behandlern und Patienten beitragen. <<



Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Janine Stein, Leiterin der größten Arbeitsgruppe des ISAP

>> Warum arbeiten Sie am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health?

Ich forsche gerne. Am ISAP werden Forschungsbereiche adressiert, die mich persönlich sehr interessieren. Es gibt neben den vielen interessanten Themen eine gute und langjährig etablierte Zusammenarbeit.

Was macht für Sie das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health aus?

Das ISAP ist thematisch breit aufgestellt, als Institut sehr erfolgreich mit einem international guten Ruf. Hier werden qualitativ hochwertige Forschung und ein sehr strukturiertes Arbeiten ermöglicht.

An was arbeiten Sie gerade?

Ich beschäftige mich insbesondere mit Themen des Alters. Zum einen mit Instrumentenentwicklung, aktuell im Bereich der Bedarfserfassung, insbesondere in Bezug auf häufige psychische Erkrankungen sowie in Bezug auf Verlusterfahrungen im höheren Lebensalter. Zum anderen entwickeln wir im Rahmen meiner BMBF-Nachwuchsgruppe „AgE-health.de“ ein Selbstmanagementprogramm für ältere Menschen, bei denen es um den Umgang mit Verlusterfahrungen im Alter geht. Last but not least leite ich eine große Arbeitsgruppe mit allen Facetten, die

Leitungstätigkeit mit sich bringt.

Und was ist Ihr persönliches Ziel?

Ich möchte einen Beitrag leisten zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen und damit zu ihrer Lebensqualität. <<

Bisher in der Serie vorgestellt

MVF 01/16: Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald

MVF 02/16: Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Univ.-Klinikum Heidelberg

MVF 05/16: Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM) der Universität Bremen

MVF 06/16: Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin

MVF 02/17: Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Universität zu Köln

MVF 03/17: Abteilung Versorgungsforschung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

MVF 04/17: Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Düsseldorf

MVF 05/17: Fachbereich Health Services Management der LMU München

MVF 06/17: Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft“ der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

MVF 01/18: Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie/Pflegeberufen (IVDP) am UKE Hamburg

MVF 02/18: Institut für Medizinische Soziologie, Epidemiologie und Präventivmedizin der Universität Regensburg

MVF 03/18: Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg

MVF 04/18: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Hamburg

Serien-Kompendium

Anlässlich des 17. DKVF erscheint ein Kompendium, das die bisher erschienenen Serienteile zusammenstellt, aber auch durch aktuelle Entwicklungen, eventuelle Personalveränderungen und Lehrpläne ergänzt.



APS-Weißbuch Patientensicherheit

Autor: Schrappe, M.
**APS-Weißbuch
 Patientensicherheit**
 Verlag: MWV, 2018
 618 Seiten
 ISBN Print: 78-3-95466-410-8
 Preis: 64,95 Euro



>> Das Thema des Buchs „Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern“ liegt Prof. Dr. med. Matthias Schrappe (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie Universität zu Köln) am Herzen. Und das seit vielen, vielen Jahren: Seit 1997 lehrt er Qualitätsmanagement, EbM und bis heute Patientensicherheit an der Universität Köln, er war u.a. Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (von 2007 bis 2011 als Stellv. Vorsitzender), von 2001 bis 2007 Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), Vorstandsmitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Neben zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen hat er in den letzten Jahren mehrere Lehrbücher zu den Themen Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, EbM, Qualität und Patientensicherheit verfasst und herausgegeben. Und nun, nach siebenmonatiger intensiver Arbeit am Schreibtisch sein neuestes Werk mit enormen Tiefgang und ebensolchem Gewicht, was nicht zuletzt an den über 600 Seiten liegt.

Alleine die Geleitworte von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, von den Mitherausgebern und Förderern – dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) und dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) – sind Messgrößen im deutschen Gesundheitswesen. Während weitere Geleitworte von Donald M. Berwick und Mike Durkin zeigen, wie tief und fest Schrappe selbst in der internationalen Szene der Gesundheitsmanagement und Qualitätsmanagement-Thematik verwurzelt ist.

So geht Schrappe in seinem eigenen Vorwort auch auf die langjährige Geschichte der internationalen Patientensicherheits-Diskussion ein. Knapp 20 Jahre ist es her, schreibt Schrappe, dass das Institute of Medicine in den USA den bahnbrechenden Report „To Err Is Human“ („Irren ist menschlich“) veröffent-

lichte und nur wenig später sei, im Jahr 2005, in Deutschland das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet worden. Schrappe: „Seitdem wurde sicherlich viel erreicht, aber man kann mit dem Erreichten noch immer nicht zufrieden sein – es ist also Zeit, sich erneut über die Konzepte von Patientensicherheit und die Instrumente zu deren Verbesserung eingehend Gedanken zu machen.“ So sei der Gedanke für ein „Weißbuch Patientensicherheit“ entstanden, verbunden mit einer Agenda für die nächsten Schritte, die einzuschlagen wären.

Im Mittelpunkt dieses Weißbuchs stehen zunächst die Begriffe Verwirklichung oder Bereitstellung von Patientensicherheit. Patientensicherheit ist – so Schrappe – nicht vom Ende her zu sehen, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist, vielmehr stelle „Sicherheit einen Prozess dar, der durch die Eigenschaften der Akteure und deren Innovationsbereitschaft gestaltet“ wird: die Experten vor Ort, deren Teams, die Organisationen und Institutionen sowie die Verbände, genauso wie das gesamte Gesundheitssystem mit seinen Vergütungsstrukturen. Im weiteren Verlauf der Darstellung trete dann aber die Erkenntnis in den Mittelpunkt, dass sehr viel mehr zu tun und zu erreichen wäre, wenn man sich den aktuell verfügbaren, international erprobten Methoden zur Verbesserung von Patientensicherheit bedienen würde. Dass es wirklich allen Grund gebe, dies zu tun, zeigt die in diesem Buch nochmals aktualisierte Literaturzusammenstellung zur Häufigkeit von Unerwünschten Ereignissen in der Gesundheitsversorgung.

Das Buch mahnt aber auch zur Überprüfung bislang sicher geglaubter Grundsätze. Jeder Fehler sei ein Schatz, wird immer gesagt, ein Schatz, aus denen die Einrichtungen, die Ärzte, das System lernen können. Schrappes Ansicht und Rat: „Allein schon die ausbleibenden Erfolge sollten dazu Anlass geben, diese und ähnliche Heiligtümer einmal zu überprüfen.“ Seine damit verbundenen Fragen, mit denen er die Finger in die Wunden legt:

- Ist das damit transportierte Verständnis nicht viel zu Einzelfall-bezogen?
- Sind die Voraussetzungen für ein „Lernen“ wirklich vorhanden?

Dieses Lernen benötige nicht nur eine funktionierende Rückkopplung, sondern vor allem verlässliche Zahlen. Ein zweites, zentrales Thema des Buches ist darum dem Messen von Patientensicherheit gewidmet. Denn hier bestehe ein enormer Handlungsbedarf, denn es sei nur dann richtig, tatsächlich von einem „lernenden System“ zu sprechen, wenn wir über Daten verfügen, die einen Erfolg nach innen und außen darstellbar machen. <<

Weißbuch Alterstraumatologie

Autoren: Liener, U.C. / Becker, C. / Rapp, K. (Hrsg.).
Weißbuch Alterstraumatologie
 Verlag: Kohlhammer, 2018
 106 Seiten
 ISBN Print: 978-3-17-034360-3
 Preis: 35 Euro



>> Auf die Folgen des demografischen Wandels in Bezug auf Trauma-bedingte Frakturen sowie Insuffizienzfrakturen durch Osteoporose weist das Weißbuch Alterstraumatologie erschreckend deutlich hin. Wissenschaftliche Leitlinien sind – so schreiben Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann (Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2014 – 2017) und Prof. Dr. Jürgen Bauer (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie) in ihrem Geleitwort – prinzipiell hilfreich, doch gelte es gerade im höheren Lebensalter „der spezifischen Situation des Patienten in besonderem Maße gerecht“ zu werden.

Dieses gelänge zuverlässig mit Hilfe des geriatrischen Assessments, weil das individuelle Behandlungsziel basierend auf den Erfordernissen und den Wünschen des älteren Patienten entwickelt werden müsse. Jedoch spielten auch psychosoziale Bedingungen sowie das Lebensumfeld der Patienten eine große Rolle. Die Autoren des Geleitworts raten hier zu einer engen Kooperation zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie, die sich in der Praxis in jeder Hinsicht bewährt habe. Auch seien gemeinsame Assessments sowie die darauf beruhenden Behandlungspläne entscheidend für den günstigen peri- und postoperativen Verlauf.

Dieser Rat ist Gold wert. Denn die Folgen einer Hüftfraktur sind, so ist im Kapitel „Epidemiologie und Kosten osteoporotischer Frakturen in Deutschland“ zu erfahren, noch immer erheblich. Moderne Osteosyntheseverfahren und die damit einhergehende frühe Mobilisierbarkeit der Patienten hätten zwar in der Vergangenheit zu einem deutlichen Rückgang der Mortalität geführt, doch würden immer noch bis zu 36% der Patienten innerhalb der ersten zwölf Monate nach einer Hüftfraktur versterben. Das Ganze geht mit erheblichen ökonomischen Folgen einher: Der größte Anteil der medizinischen Versorgungskosten werde im akutstationären Bereich und durch frakturindizierte Pflegeheimaufenthalte verursacht. <<

Science Slam: Partizipative Einbeziehung wissenschaftlicher als auch nicht-wissenschaftlicher Akteure

Die Transdisziplinarität ist eine Lebenshaltung

Neue Formate der Wissenschaftskommunikation erproben – dies war die Motivation zur Ausrichtung der Veranstaltung „Auf einen Kaffee mit der Wissenschaft“, die am 10. Juli 2018 in Köln stattfand. Angelehnt an einen Science Slam stellten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihre Forschungsprojekte auf unterhaltsame und kurzweilige Weise interessierten Bürgerinnen und Bürger außerhalb des formellen Wissenschaftsbetriebes vor. Dabei erhielten Bürgerinnen und Bürger einen Einblick in aktuelle Fragestellungen der Versorgungsforschung und waren explizit im Sinne eines transdisziplinären Ansatzes aufgefordert zu partizipieren und sich aktiv an der Diskussion zu beteiligen.

>> Erfreut von der hohen Anzahl an Teilnehmenden begrüßte Professor Dr. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln, die anwesenden Kölner Bürgerinnen und Bürger. Die unter dem Titel „Auf einen Kaffee mit der Wissenschaft“ laufende Veranstaltung verfolgt das Ziel, die Wissenschaft aus ihrem Elfenbeinturm zu führen und direkt mit den Betroffenen aktuelle Forschungsprojekte und Ergebnisse zu diskutieren, erklärte Professor Pfaff in seiner Begrüßungsrede. Die Veranstaltung fand in einem Kölner Bürgerzentrum statt. Vier Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler stellten an diesem Nachmittag in informativen und unterhaltsamen Vorträgen von je zehn Minuten ihre Forschungsprojekte vor. Durch das Programm führte Lüder Wohlenberg, ein Kölner Arzt und Kabarettist.

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind es gewohnt, ihre Ergebnisse vor Fachpublikum vorzustellen und sich auf Kongressen der fachlichen Diskussion zu stellen. Eine Präsentation der Forschungsfrage wie auch der Ergebnisse vor Bürgerinnen und Bürgern ist dagegen für viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine neue Herausforderung. Diese Herausforderung gilt es im Sinne eines partizipativen Ansatzes anzunehmen.

Transdisziplinarität – Einbindung aller Stakeholder

Der Ausgangspunkt transdisziplinärer Forschung ist eine lebensweltliche Fragestellung, die eine gesellschaftliche Herausforderung adressiert.¹ Das zentrale Merkmal von Transdisziplinarität ist die partizipative Einbeziehung wissenschaftlicher als auch nicht-wissenschaftlicher Akteurinnen und Akteure aus Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft², die im regulären Wissenschaftsbetrieb häufig nicht als aktiver Teil des Wissenschaftssystems verstanden werden.

Hieran kann der wesentliche Unterschied zu interdisziplinären Ansätzen ausgemacht werden, in denen ausschließlich Vertreter verschiedener

wissenschaftlicher Disziplinen gemeinschaftlich forschen.

Insbesondere im Themenfeld Gesundheit und Versorgung ergibt sich eine hohe Bedeutung der Einbeziehung nicht-wissenschaftlicher Akteure z.B. von Praxisakteurinnen und Praxisakteuren sowie Bürgerinnen und Bürgern, da diese unmittelbar als Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige (z.B. von geänderten Prozessen, Innovationen, neuen Erkenntnissen) betroffen sind. Sie sind als Wissens- und Erfahrungsträger Experten für die Bedarfe der spezifischen Zielgruppe. Diskutiert man den demographischen Wandel und die Auswirkungen auf die Versorgung, muss daher das Expertenwissen des wachsenden Bevölkerungsanteils älterer Menschen eingebunden werden.

Wissenschaft ist folglich kein isoliertes und eigenständiges System, sondern steht in Interdependenz mit Gesellschaft, Politik und Wirtschaft. Die Wissenschaftskommunikation gewinnt immer mehr an Bedeutung, basiert unsere Wissensgesellschaft immerhin auf Wissen und Informationen.³ Zu unterscheiden ist zwischen interner und externer Wissenschaftskommunikation, wobei sich die externe Kommunikation an nicht-wissenschaftliche Akteure richtet und somit Grundlage der transdisziplinären Arbeit ist. Wissenschaftskommunikation findet auf drei Ebenen statt: die Makroebene betrachtet die Darstellung des Wissenschaftssystems als Ganzes gegenüber der Gesellschaft, in der Wissenschaft als Instrument des Fortschritts gilt. Auf der Mesoebene kommunizieren wissenschaftliche Institutionen ihre Forschung an Politik und Wirtschaft. Schließlich entwickeln Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf der Mikroebene Projekte zu Forschungsthemen

und kommunizieren die Ergebnisse an die Öffentlichkeit.⁴ Dies geschieht mittlerweile nicht mehr nur über gängige Massenmedien; neue Formate können genutzt werden, um Wissenschaftskommunikation und den transdisziplinären Wissensaustausch zu gestalten. Beispiele für solche Formate, die sich auf der Mikroebene bewegen, sind Fokusgruppen, World Cafés, Science Slams oder ähnliche (Begegnungs-) Formate⁵. Diese ermöglichen die Einbindung diverser Stakeholder. Die Bedeutung der Wissenschaftskommunikation ist inzwischen auch den Bürgerinnen und Bürgern bewusst: sie erkennen an, dass Forschung und Wissenschaft wesentlich zum Wohl(-stand) der Gesellschaft beitragen.⁶

Zu berücksichtigen bei Formaten transdisziplinärer Wissenschaftskommunikation sind insbesondere die Einbindung der Teilnehmenden, unter anderem durch zielgruppensensible Ansprache, Schaffung eines gemeinsamen Grundverständnisses, Anpassen des Sprachgebrauchs, z.B. durch Aufbereitung fachlicher Begrifflichkeiten oder Visualisierung und anschauliche Darstellung der Inhalte. Alle Teilnehmenden sollten frei ihre Erfahrungen teilen und auf Augenhöhe kooperieren können. Praxiswissen und wissenschaftliche Erkenntnisse sollten hierbei entsprechend ihrem Erkenntniswert und ihrer Problemrelevanz eingehen. Ergebnisse aus transdisziplinären Formaten haben dann die Chance, praktikabler und stärker am Gemeinwohl orientiert zu sein.⁷

Science Slam als transdisziplinäres Format

Ein konkretes Beispiel für ein transdisziplinäres und populärwissenschaftliches Format

1: Vgl. Hunecke (2016).

2: Vgl. Pohl, C./ Hirsch Hadorn, G. (2006), S.12. und MKW NRW (2018).

3: Vgl. Bonfadelli, H. et al. (2017), S. 3.

4: Vgl. Dernbach, B./ Kleinert, C./ Münder, H. (2012), S. 1-9.

5: Vgl. Defila, R./ Di Giulio, A./ Scheuermann, M. (2006), S.26.

6: Vgl. BMBF (2014).

7: Vgl. Pohl, C./ Hirsch Hadorn, G. (2006), S.12.

8: Vgl. Eisenbarth, B./ Weißkopf, M. (2012), S. 155 f.

9: Vgl. Strupp, J./ Hanke, G./ Schippel, N., et al. (2018).

Zitationshinweis

Müller et.al: „Die Transdisziplinarität ist eine Lebenshaltung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/18), 30-31.; doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2096

Die Veranstalter

Durchgeführt wurde die Veranstaltung vom Gesundheitsregion KölnBonn e.V. und CoRe-Net, dem Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung. Der Gesundheitsregion KölnBonn e.V. versteht sich als branchenweites umfassendes Netzwerk von Unternehmen, Einrichtungen und Verbänden des Gesundheitswesens. CoRe-Net ist ein an der Universität zu Köln angesiedeltes öffentlich gefördertes Forschungsnetzwerk zur Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung in Köln. Die Veranstaltung wurde unterstützt durch das Regionale Innovationsnetzwerk „Gesundes Altern“ und der Stadt Köln.



Abb. 1: v.l.: Prof. Dr. Holger Pfaff, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Universität Köln; Andreas Kocks, Uniklinikum Bonn; Kira Hower, IMVR, Universität zu Köln; Gloria Hanke, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln; Ibrahim Demirer, IMVR, Universität zu Köln; Lüder Wohlenberg, Arzt und Kabarettist (Quelle: Regionales Innovationsnetzwerk „Gesundes Altern“) Copyright: gewi-Institut für Gesundheitswirtschaft e.V.

ist der Science Slam als junge Form der Wissenschaftskommunikation. Hier treten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gegeneinander an und stellen in kurzen Vorträgen à zehn Minuten auf niedrighschwellige, unterhaltsame und verständliche Art und Weise ihre Forschungsprojekte interessiertem und meist fachfremdem Publikum vor. Am Ende entscheiden die Zuschauer über den/die Sieger/in. Wie die Themen vorgestellt werden, ist den Slammerinnen und Slammer überlassen. Erlaubt sind in der Regel sämtliche Requisiten und Mittel, von klassischen Powerpoint-Präsentationen bis hin zu Live-Experimenten.⁸

Angelehnt an dieses Konzept eines Science Slams wurde die Veranstaltung „Auf einen Kaffee mit der Wissenschaft: Gesundheitsversorgung“ ins Leben gerufen.

Science Slam:

„Auf einen Kaffee mit der Wissenschaft: Gesundheitsversorgung“

Die vier vortragenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nutzten unterschiedliche Mittel zur Darstellung ihrer Forschungsprojekte und stellten sich der Herausforderung, die Themen in kurzer Zeit so aufzubereiten, dass sie auch für Laien verständlich waren. So wurde das Projekt „MamBo – Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement“ unter dem „übersetzten“ Titel „Am-

bulante Versorgung von Menschen mit mehreren Erkrankungen“ von Ibrahim Demirer vorgestellt. Besonderen Fokus legte er auf die Aufklärung über wissenschaftliche Forschungsmethoden, um z.B. die Bereitschaft zur Teilnahme an wissenschaftlichen Befragungen zu erhöhen und den Wert der bürgerschaftlichen Beteiligung an Studien hervorzuheben. Dem Thema „Pflege für Pflegende“ widmete sich Andreas Kocks im Projekt „empCARE“. Zur informativen sowie unterhaltsamen Darstellung der Inhalte nutzte er Schaubilder und selbsterstellte Illustrationen. Gloria Hanke, Projekt „Last year of life study Cologne“⁹, gelang es mittels Storytelling – hier anhand eines praxisnahen, emotionalen Einzelfalls – Lücken im System der Versorgung am Lebensende und somit die hohe gesellschaftliche Relevanz des Themas aufzuzeigen.

Im Projekt „OrgValue“ (Characteristics of value-based health and social care from organizations' perspectives) werden die Differenzen zwischen Patientenbedarfen aus Versorgersicht und den tatsächlichen Bedarfen aus Perspektive der Patienten untersucht. Um die angewandte qualitative Methodik anschaulich darzustellen, zitierte Kira Hower im Rahmen ihres Slams Originalaussagen der Studienteilnehmer und zeigte so positive Beispiele und Schwierigkeiten der patientenzentrierten Versorgung auf.

Das Ziel der Veranstaltung war es, mit interessierten Bürgerinnen und Bürgern in den Dialog zu gehen und ihnen gesellschaftlich rele-

vante Themen und Forschungsfragen im Bereich der Gesundheitsversorgung nahezubringen und diese zu diskutieren. Die aktive und interessierte Teilnahme des Publikums sowie die Ergebnisse der Evaluation bestätigten das Gelingen dieser Form der Wissenschaftskommunikation. Dem transdisziplinären Ansatz folgend wurde nicht lediglich über, sondern mit betroffenen Menschen gesprochen. Auch die zielgruppengerechte Moderation trug maßgeblich zum Erfolg der Veranstaltung bei, indem Raum für das Entstehen von Dialogen und Diskussionen gegeben wurde. Die Anregungen, persönlichen Erfahrungen und Rückmeldungen der interessierten Bürgerinnen und Bürger ermöglichen es den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ihre weitere Forschung bedarfsorientiert auszurichten.

Das insgesamt positive Feedback zur Veranstaltung verdeutlicht das Interesse und den Wunsch der Bürgerinnen und Bürger, Teil der angewandten Wissenschaft zu sein und kann Forschende ermutigen, neue Formate der Wissenschaftskommunikation auszuprobieren. <<

von: Laura Müller¹, Judith Brehm², Hannah Muranko³ und Nadine Scholten⁴

1: Studentin an der Universität zu Köln; 2: Projektmanagerin beim Gesundheitsregion KölnBonn e.V. und wissenschaftliche Mitarbeiterin am gewi-Institut für Gesundheitswirtschaft e.V.; 3: Mitarbeiterin am gewi-Institut für Gesundheitswirtschaft e.V.; 4: Koordinatorin CoRe-Net am IMVR – Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft an der Universität zu Köln.

Literatur

- Bonfadelli, H. et al. (2017): Forschungsfeld Wissenschaftskommunikation. Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014): Vier Thesen – Impulse für die Wissenschaftskommunikation. URL: <https://www.bmbf.de/de/vier-thesen-impulse-fuer-die-wissenschaftskommunikation-1266.html>. (Zugriff: 09.09.2018).
- Defila, R./ Di Giulio, A./ Scheuermann, M. (2006): Forschungsverbundmanagement. Handbuch für die Gestaltung inter- und transdisziplinärer Projekte. vdf Hochschulverlag AG, Zürich.
- Dernbach, B., Kleinert, C. und Münder, H. (2012): Handbuch Wissenschaftskommunikation. Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden
- Eisenbarth, B. und Weißkopf, M. (2012): Science Slam: Wettbewerb für junge Wissenschaftler, in: Handbuch Wissenschaftskommunikation. Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden.
- Hunecke, M. (2016): Methoden zur Verbesserung der inter- und transdisziplinären Zusammenarbeit in Regionalen Innovationsnetzwerken. Workshop beim Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen am 23.11.2016 in Düsseldorf.
- Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen (MKW NRW) (2018): Inter- und transdisziplinäre Forschung. URL: <https://www.mkw.nrw/forschung/forschung-nrw/inter-und-transdisziplinäre-forschung/> (Zugriff: 29.08.2018).
- Pohl, C./ Hirsch Hadorn, G. (2006): Gestaltungsprinzipien für die transdisziplinäre Forschung. Ein Beitrag des td-net. oekom Verlag, München.
- Strupp, J./ Hanke, G./ Schippel, N., et al (2018): Last Year of Life Study Cologne (LYOL-C): protocol for a cross-sectional mixed methods study to examine care trajectories and transitions in the last year of life until death. *BMJ Open* 2018;8:e021211.

Sektorenübergreifende Versorgung nach § 140a SGB V.

Wie können wir die Bremsen lösen?

Mit den selektivvertraglichen Lösungen des § 140 a ff hat der Gesetzgeber schon im Jahre 2000 reagiert und eine Möglichkeit für innovative Versorgungsmodelle geschaffen, die die Fallstricke des gegenwärtigen Systems umgehen. Leistungserbringer und Krankenkassen können alternative Lösungen vereinbaren – zur Probe oder auf Dauer. Roland Berger Strategy Consultants hatten im Oktober 2002 in einer Studie prognostiziert, dass im Jahre 2020 rund 35% der Versicherten und ca. 20% des Gesamtvolumens des Gesundheitsmarktes transsektoral integriert versorgt würden¹. Wir wissen heute, dass dies bei weitem nicht so ist.

>> Die entscheidende Ursache: Initiatoren, die der Aufforderung des Gesetzgebers folgen und mit viel Mühe versuchen, etwas Neues zu entwickeln, erfahren im Dickicht der Regelungen und der festgefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens in höchstem Maße Widerstand. Dies gilt vor allem für das Agieren des Bundesversicherungsamts, der Aufsicht über die Krankenkassen. Die vom Gesetzgeber gewollten Freiheitsgrade für Integrationsverträge werden durch sehr restriktiv ausgelegte Interpretationen vom BVA wieder eingeschränkt. So treten in Verbindung mit einem gelegentlich sehr zurückhaltenden Agieren der Krankenkassen dann die oben beschriebenen Fallstricke wieder auf. Für das Investment in neue und damit auch komplexere Lösungen brauchen die Investoren (Leistungserbringer und/oder Krankenkassen) ausreichende Sicherheiten, dass ein solches Investment heute, morgen und übermorgen noch gewünscht ist und sich damit lohnt. Da im Gesundheitswesen oft mehrere Jahre zwischen der Investition, dem nachweisbaren Gesundheitsnutzen und dem daraus folgenden Ertrag liegen, werden klare Zielvorgaben durch den Gesetzgeber benötigt. Die Verfasser haben daher ein 5-Punkte-Sofortprogramm zum Barriereabbau zugunsten einer patientenzentrierten integrierten Versorgung entwickelt:

1. Der Gesetzgeber bekennt sich explizit zum Ziel einer integrierten populationsorientierten Versorgung – etwa mit der Vorgabe, dass bis zum Jahr 2025 10% und bis zum Jahr 2030 25% der deutschen Bevölkerung von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach §140a SGB V² profitieren, bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt und über alle Sektoren hinweg gut versorgt werden.

Hintergrund

In den USA hatte der Gesetzgeber sich zum Ziel gesetzt, bis Ende 2018 50% der staatlichen Gesundheitsausgaben rein über outcomeorientierte und 90% über zumindest zum Teil outcomeorientierte Vergütungsmodelle zu organisieren³. Dies hat u.a. dazu geführt, dass innerhalb von sechs Jahren über 900 intersektorale Accountable Care-Organisationen gegründet wurden.⁴

2. Neben Leistungserbringern und Verbänden können auch regionale Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse derselben bzw. „regionale Gesundheitskonferenzen“ bei Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung in der jeweiligen Region initiieren. Dabei ist es wichtig, dass sie vergleichende Regionalanalysen vom BVA und den Krankenkassen abfordern dürfen. Denn nur so lassen sich Bedarfe und Verbesserungschancen im interregionalen Vergleich formulieren. Krankenkassen und regionale Leistungserbringer müssen dann gegenüber der Aufsicht und der Öffentlichkeit begründen, warum sie nicht bereit sind, solche Verträge abzuschließen.

Hintergrund

Ohne regionale Datentransparenz quer über die gesamte GKV bleiben Initiativen zur Verbesserung der regionalen Versorgung immer abhängig von der Bereitschaft einzelner Krankenkassen, ihre Daten zur Verfügung zu stellen. Leistungserbringer oder ihre Zusammenschlüsse können allenfalls allgemeine, durch Einzelerfahrungen bedingte und damit wenig valide Aussagen machen. Die regionalen Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse derselben bzw. „regionale Gesundheitskonferenzen“ wären geeignete und legitimierte Gremien, um Verbesserungslösungen anzustoßen. Eine regionale Datentransparenz schafft die Grundlage, damit Krankenkassen und regionale Leistungserbringer sich über Verbesserungsmöglichkeiten austauschen. Um einen gewissen Zugang zu setzen, sollen die regionalen Gebietskörperschaften die Möglichkeit erhalten, öffentliche Erklärungen abzufordern, sofern die Kassen und/oder die Leistungserbringer nicht bereit sind, Verträge zur sektorenübergreifenden Versorgung abzuschließen.

3. Der Gesetzgeber verändert die Ausrichtung des Bundesversicherungsamts (und damit indirekt die Landesaufsichten) von der aktuell eher restriktiven Aufsicht hin zu einer proaktiven Aufsicht. Er könnte den Krankenkassen die oben benannte Quote zur Teilnahme von 10% ihrer Versicherten an integrierten populationsorientierten Verträgen bis 2025 als Zielvorgabe vorgeben und durch das BVA prüfen lassen.

Hintergrund

Das BVA bzw. die Landesaufsichten werden durch die aktuelle Prüfungsform bzgl. Wirtschaftlichkeit und Gesetzeskonformität, verbunden mit einer sehr spezifisch eingegrenzten Interpretation des § 140 a, im Moment von vielen Krankenkassen als Bremser innovativer Lösungen sowohl im Bereich IV/Besondere Versorgung wie auch im Bereich Digital Health gesehen. Eine Reihe von Krankenkassen legt aktuell in der Antizipation befürchteter negativer späterer Auflagen (Vorstandshaftung) alle Verträge vorab dem BVA zur Prüfung vor, obwohl das so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen ist. Eine Umkehr der Anforderungen hin zur Erfüllung der vom Gesetzgeber auferlegten Quote würde die Anreize für die Krankenkassen verändern. Dies ließe sich auch für die positiv evaluierten Innovationsfondsprojekte nutzen. Hier müssten Krankenkassen dem BVA/der Landesaufsicht gegenüber argumentieren, weshalb sie positiv evaluierte Verträge nicht mit geeigneten Partnern umgesetzt haben.

4. Eine besondere Barriere für die Multiplikation von sektorübergreifenden Versorgungsformen ist der fehlende Anreiz für die Krankenkassen, in derartige Vertragsformen und damit in Ergebnisqualität zu investieren. Ein Public Reporting bzgl. der Leistungsergebnisse der Krankenkassen hinsichtlich der positiven Veränderung der Morbidität und den Patient Reported Outcomes ihrer Versicherten würde hier Abhilfe schaffen. Die bereits vorhandene Datenbasis beim BVA könnte für einen Start genutzt werden. So gäbe es für die Versicherten und die Öffentlichkeit einen zusätzlichen Beurteilungsmaßstab, gleichzeitig hätten die Krankenkassen einen Präventions- und Qualitätsanreiz.

Die Ursachen sind bekannt ...

Es gibt entscheidende Qualitätsprobleme im deutschen Gesundheitswesen. Sie sind bekannt und in den Sachverständigenberichten der letzten Jahre vielfach dokumentiert:

- Unser Gesundheitssystem ist von seinen Vergütungsstrukturen her zu sehr auf Behandlung ausgerichtet und nicht darauf, Gesundheit zu erhalten und zu fördern.
- Jeder einzelne Behandler in den unterschiedlichen Sektoren hat sein eigenes Geschäftsmodell. Ein verbindendes ökonomisches Interesse, den Gesamtprozess der Entstehung und Behandlung von Erkrankungen zu optimieren, sowie Patienten in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement zu fördern, gibt es nicht.
- Der Patient wird nicht ausreichend als aktiver Partner im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt, häufig wird er stattdessen sogar unmündig gehalten.

Hintergrund

Die Krankenkassen bestimmen durch ihr Vertragsverhalten, ihr Einkaufsverhalten (z.B. bei Selektivverträgen), ihre Informationsschriften, ihre Internetangebote und ihr Leistungs(verweigerungs)verhalten zu einem maßgeblichen Teil das Gesundheitsergebnis, das letztendlich beim Patienten ankommt. Aktuell kann aber niemand außerhalb der Krankenkassen dieses Ergebnis einsehen. Im Gegenteil besteht durch die Systematik des Morbi-RSA sogar ein gewisser Fehlanreiz für Krankenkassen, Versicherte durch die Ärzte kränker codieren zu lassen. Die erfolgreiche Gesundheit dagegen würde in der Folge zu geringeren Einnahmen führen. Eine Outcome-Transparenz und ein entsprechendes öffentliches Ranking würden insofern auch hier dazu führen, die Anreize auszubalancieren, vgl. dafür die näheren Überlegungen unter ⁵. Im Rahmen des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung gibt es interessierte Wissenschaftler und Institute, die sich gern an der Entwicklung einer geeigneten Methodologie und Adjustierung beteiligen würden. Wir bewegen uns damit auf einem Diskussionslevel, der auch international interessant ist. So wird in den USA und in UK daran gearbeitet, anhand von Indikatoren-Katalogen die Vergleichbarkeit von ACOs zu ermöglichen – in den USA über die CMS (verschiedenen Kennzahlen zu Patientenzufriedenheit, klinischen Indikatoren, Effizienz). Im Vereinigten Königreich sind die Verfasser selber involviert über die Arbeit mit dem NHS England.

5. Ein Public Reporting der Performance soll auch für die regionalen integrierten Versorgungssysteme (regionale populations- und outcomeorientierten Verträge) entwickelt werden. So kann ein Wettbewerb um Outcome und Value in den regionalen integrierten Versorgungssystemen entstehen. Basis sind die GKV-Routinedaten, die zwischen Krankenkassen und diesen Versorgungssystemen zur Erzielung von Lerneffekten geteilt werden müssen, wobei der Datenschutz für die Versicherten sicherzustellen ist. Der Gesetzgeber sollte hierfür eine spezielle Regelung und ein vergleichendes alters- und morbiditätsadjustiertes Public Reporting nach dem Vorbild des o.a. Reportings für Krankenkassen vorsehen.

Fazit

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die Große Koalition hat sich des Themas der Sektorübergreifenden Versorgung angenommen. Darin ist die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschrieben, die Vorschläge erarbeiten soll. Das oben vorgeschlagene Sofortprogramm würde eine ausgezeichnete Vorlage

für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe abgeben und ihr ermöglichen, in Ruhe und im Detail die großen Themengebiete im Bereich der Bedarfs- und Versorgungsplanung, der Überarbeitung der sektorenbezogenen Vergütungssysteme, der Optimierung der Notfallversorgung und der transsektoralen Qualitätssicherung etwa mit den sogenannten „area indicators“ sowie der Einbeziehung der weiteren Gesundheitsberufe und der Patienten auszuarbeiten. Gleichzeitig würde den Initiatoren von sektorenübergreifenden Versorgungslösungen eine Sicherheit gegeben werden, dass ihre Investitionen in die Vorbereitung derartiger Verträge eine hinreichende Aussicht auf einen Abschlusserfolg bieten würden. <<

von: Dr. h.c. Helmut Hildebrandt,
Dr. Oliver Gröne und Dr. Alexander Pimperl*

Sektorenübergreifende Versorgung im Koalitionsvertrag

„Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.“

„Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.“

Korrespondenzadresse*

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Dr. Oliver Gröne, Dr. Alexander Pimperl
OptiMedis AG, Burchardstraße 17, 20095 Hamburg, Tel: +49 40 22621149-0, E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de

Literatur

- Berwick, D.M./Nolan, T.W./Whittington J. (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political. In: Health Affairs 2008, 27, 3: 759-769
- BMC Bundesverband Managed Care – Positionen (2011): Blockaden der Integrierten Versorgung lösen. In: http://www.bmcev.de/fileadmin/Daten/Dokumente_Allgemein/BMC-Positionspapier-IV-Blockaden-loesen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
- Christensen, C.M./Grossman, J.H./Hwang, J. (2008): The innovator's prescription: a disruptive solution to the healthcare crisis. New York, London: McGraw-Hill Professional
- Christensen C.M. (2011): The Innovator's Dilemma. Warum etablierte Organisationen den Wettbewerb um bahnbrechende Innovationen verlieren. Aus dem Amerikanischen übersetzt und überarbeitet von Kurt Matzler und Stephan Friedrich von den Eichen. München: Verlag Franz Vahlen
- Gesundes Kinzigtal (2013): Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit. Jahresbericht 2012. In: http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/documents/20130814-Jahresbericht-GK_2012_final.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
- Hermann, C./Hildebrandt, H./Richter-Reichhelm, M./Schwartz F.W./Witzenrath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2006, 5-6: 10-28
- Hildebrandt H. (2008) Wie schaffen wir Anreize für Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungs- und Systeminnovationen in einem nach wie vor körperchaftlich geregelten Gesundheitswesen?. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2008, 3:26-34
- Hildebrandt, H./Stunder, B./Knittel, R./Schnaiter, M. (2012): Mehr Qualität, mehr Nettoeinsparungen. In: Welt der Krankenversicherung 2012, 3: 87-92
- Grätzel, P. (2013): Ärztenetz: Kinzigtal betritt Neuland. In: http://news.doccheck.com/de/31748/aerztenetz-kinzigtal-betritt-neuland/?utm_source=www.doccheck.com&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch (abgerufen am 06.01.2013)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sondergutachten). Bern: Verlag Hans Huber
- Schulte, T./Pimperl, A./ Dittmann B./Wendel, P./ Hildebrandt, H. (2012): Drei Dimensionen im internen Vergleich: Akzeptanz, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: http://www.optimedis.de/images/docs/aktuelles/121026_drei_dimensionen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
- Topol E. (2013): The Creative Destruction of Medicine. How the digital revolution will create better health care. New York:Basic Books (Perseus Books Group)
- Seitz, J./ Kühmayer, F./Kirig, A./Huber, T./Huber, J./Gatterer, H. (2012): Healthness. Die nächste Stufe des Megatrends Gesundheit. Kelkheim (PDF Version)

- 1: Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukte-Industrie“ Gutachten im Auftrag des BVMed, Roland Berger Strategy Consultants, 2002
- 2: Regionale populations- und outcomeorientierte Verträge sind Verträge zwischen einer regionalen Gesundheitsorganisation und Kostenträgern über die Gesundheitsversorgung einer Region. Die regionale Gesundheitsorganisation hat üblicherweise regionale Gesundheitsanbieter (z.B. Arztnetze, Krankenhäuser, Kommunen) als Gesellschafter sowie weitere Kompetenzpartner und bei Bedarf Investoren. In der Regel schließt sie Verträge zur regionalen Vollversorgung, d.h. alle Versicherten einer Region sind eingeschlossen und der Vertrag bezieht sich auf alle Gesundheitskosten (keine Beschränkung auf bestimmte Indikationen oder Sektoren). Der Vertrag beinhaltet „Verantwortlichkeit“ der regionalen Gesundheitsorganisation für Population Health, Patientenorientierungs-Outcomes und Kosten (mit Shared-Savings-Elementen – eine Capitation oder Budgetbereinigung ist nicht zwingend). Zur Absicherung der Bereitschaft für Investitionen in die regionale Gesundheitsoptimierung sind die Verträge meist langfristig angelegt und umfassen ein Data-Sharing, d.h. die GKV-Routinedaten werden mit der regionalen Gesundheitsorganisation geteilt, so dass diese datengestützt Interventionen planen, implementieren und evaluieren kann
- 3: Quelle: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1500445>
- 4: Muhlestein D, Saunders RS, McClellan MB. Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017 [Internet]. Health Affairs Blog. 2017 [cited 2018 Feb 18]. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20170628.060719/full/>
- 5: Hildebrandt, Helmut. (2015). Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik. 69. 40-45. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-3-4-406: Vgl. BMBF (2014).

Dr. Gisela Nellessen-Martens: zehn Jahre Geschäftsführerin im DNVF – ein Rück- und Ausblick

„Eine dauerhafte Perspektive“

Im Herbst, fast zeitgleich mit dem diesjährigen DKVF, ist Dr. Gisela Nellessen-Martens, zehn Jahre als Geschäftsführerin im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. tätig: ein probater Anlass, Sie um einen Rück- und Ausblick zu bitten.

>> Vor Ihrer Geschäftsführungs-Tätigkeit, die Sie nach einer einjährigen Elternzeit zunächst als sogenannte „Leiterin der Geschäftsstelle“ antraten, waren Sie in den Jahren 2004 bis 2006/2007 bereits Koordinatorin der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW. Mussten Sie zögern, als Ihnen von Prof. Pfaff als damaligem DNVF-Vorsitzenden der Wechsel in die DNVF-Geschäftsstelle angeboten wurde?

Nellessen-Martens: Nein, gar nicht. Die Clearingstelle NRW lief gut, aber es gab schon erste Anzeichen für einen Wechsel des Standorts an den Gesundheitscampus NRW nach Bochum. Und so ein Wechsel wäre familiär nicht kompatibel gewesen. Außerdem wollte ich zunächst nur mit einer halben Stelle einsteigen. Darüber hinaus konnte ich als IMVR-Mitarbeiterin bereits vor der offiziellen Gründung des DNVF – also quasi in einer embryonalen Entwicklungsphase – beobachten, dass dieses Netzwerk mit sehr viel Power und Ambitionen an den Start ging. Das reizte mich!

Das DNVF verfolgt viele Ziele, wo sehen Sie persönlich die Schwerpunkte in der Zukunft und welche waren aus Ihrer Sicht die wichtigsten der Vergangenheit?

Nellessen-Martens: Diese Frage ist aktuell für das Netzwerk wichtig, denn hier ist ein echter Wandel im Gange. Als ich anfang stand die Lobbyarbeit für Versorgungsforschung im Vordergrund. Die Definition des Fachs, die Abgrenzung zur Grundlagen- und klinischen Forschung waren wichtig. Bildlich gesehen kann man sagen, zunächst waren es ein paar Enthusiasten, die auf die Straße gingen, um für die Versorgungsforschung zu demonstrieren, aber dann wurden es glücklicherweise immer mehr die sich dieser Bewegung anschlossen. Wenn man das Satzungsziel in dieses Bild aufgreift, haben die Vereinsmitglieder bei dieser Bewegung geschaut, auch möglichst viele junge Leute mitzunehmen (die Nachwuchsförderung), sich ordentliche Schilder zu basteln (die Memoranden) und bei einigen wichtigen Playern wurde persönlich an der Haustüre geklingelt, damit sich diese ebenfalls anschlossen (Erweiterung des Netzwerks mit der Satzungsänderung 2011 und Aufnahme von Mitgliedern wie z.B. die Barmer, TK, BÄK, BPTK, KBV).

Das Ziel scheint erreicht. Wir haben den Innovationsfonds und viel Versorgungsforschung in Deutschland.

Nellessen-Martens: Genau. Innovationsfonds, BMBF-, BMG- und DFG-Förderungen sind vorhanden. Aber wir haben unser Ziel noch nicht erreicht, denn wir wollen Versorgungsforschung nicht um ihres selbst Willen, sondern zur Verbesserung der Gesundheits- und Krankenversorgung. So steht es schon in der ersten Mission des DNVF. Und da sehe ich – wie unsere Vorsitzende – die primäre Aufgabe des DNVF zum jetzigen Zeitpunkt. 1. Mehr Transferorientierung in Forschung und

Förderprogrammen. Ebenso wichtig ist es aber auch 2. die Qualität der Versorgungsforschung zu sichern und 3. die Geschäftsstelle auszubauen. Wir sind in der Geschäftsstelle zuweilen wirklich am Limit. Und wir sollten präventiv agieren und Herzrhythmusstörungen vermeiden.

Apropos Herz, der ehemalige Vorsitzende Prof. Neugebauer hat zuletzt gesagt, Sie wären das Herz des DNVF.

Nellessen-Martens: Ein wunderschönes Kompliment, das ich sehr gerne annehme. Aber es unterstreicht zugleich die Lebendigkeit und die Herzlichkeit des Netzwerks selbst. Diese erlebe ich tagtäglich in der Zusammenarbeit mit den Vorstandsmitgliedern, den Arbeits- und Fachgruppen, den Mitgliedern und natürlich meinem kleinen Geschäftsstellenteam in Köln.

Der DKVF 2018 steht vor der Tür. Worauf freuen Sie sich? Wenn alles vorbei ist?

Nellessen-Martens: Natürlich freue ich mich, wenn alles erfolgreich abgeschlossen ist und die Anspannung abfällt. Aber niemand freut sich im Vorfeld des Jahreshöhepunktes auf das Ende des Ereignisses. Jetzt bin ich auf den Startschuss gespannt, auf das große Wiedersehen, die positive Stimmung, interessante Diskussionen und neue Erkenntnisse. Und zum runden Abschluss gehört am Freitagnachmittag ein Abschlussgetränk mit Martin Härter und seinem Team sowie Herrn Hübner von der Kongressagentur m:con.

Abschließend noch eine Frage zum Ausblick: Sprechen wir uns in einer Dekade wieder?

Nellessen-Martens: Ich komme aus dem Sport. Das wichtigste sind Erfolg und Spaß. Wen der Erfolg ausbleibt, bin ich am falschen Platz. Und die Ziele des DNVF, an denen ich mich selber messe, habe ich eben formuliert. Da die Freude auch im Arbeitsumfeld primär von den Personen abhängt, sehe ich hier aktuell sehr gute Voraussetzungen für eine dauerhafte Perspektive, denn in der Regel macht mir die Arbeit wirklich großen Spaß – auch noch nach zehn Jahren. <<

Frau Dr. Nellessen-Martens, danke für das Gespräch. <<



Dr. Gisela Nellessen-Martens

Jahrgang 1971, ist seit September 2008 Geschäftsführerin des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Studium der Mathematik an der Universität zu Köln (Sekundarstufe II) und der Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln (Diplom), 2002 Promotion. Nach Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin ab 1996 am Institut für Rehabilitation und Behindertensport der DSHS, 2001 Wechsel zum Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation. Von 2004 bis 2007 Wissenschaftliche Koordination der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW.



... **jetzt**
kostenlosen
Probezugang
anfordern!

Sie suchen Kontakte? Wir haben die Adressen!

Vertrauen Sie der OECKL-Adress-Datenbank – Ihr Kontaktportal zu Akteuren in Politik, Wirtschaft, Verbänden und Gesellschaft.

OECKL  **de**

DIE GUTE ADRESSE





**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann /
PD Dr. rer. med. Neeltje van den Berg**
Universitätsmedizin Greifswald (Institut für Community Medicine)

Zitationshinweis

Hoffmann, W., v.d. Berg, N.: „Grundlagen der eigenen Arbeit anerkennen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/18), S. 35; doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2097

„Grundlagen der eigenen Arbeit anerkennen“

>> Der Autor des Artikels beschreibt die Notwendigkeit des flächendeckenden Einsatzes eines Fallmanagements insbesondere für ländliche Regionen. Als erfolgreiches Beispiel wird das Projekt agnes^{zwei} genannt, das von der IGiB in Brandenburg initiiert wurde.

Im Artikel wird agnes^{zwei} verglichen mit den AGnES-Projekten, die zwischen 2005 und 2009 auch in Brandenburg, aber auch in mehreren weiteren Bundesländern durchgeführt wurden [1]. Ziel der AGnES-Projekte war die Entlastung des Hausarztes durch die Delegation hausärztlicher Tätigkeiten (insbesondere Hausbesuche) an speziell qualifizierte MitarbeiterInnen (Pflegerkräfte und MFAs). Die Projekte konnten zeigen, dass Hausärzte mit AGnES einen größeren Patientenstamm versorgen können und dass dadurch Versorgungsprobleme gelöst werden, die aus dem Arztmangel in ländlichen Gebieten entstehen.

Für agnes^{zwei} wird das Versorgungskonzept mit „Fallmanagement“ beschrieben. Ob auch hausärztliche Leistungen in Delegation übernommen werden wird aus dem Artikel nicht klar.

AGnES wird im Artikel heftig kritisiert, es sei ein Konzept mit „starken Restriktionen“, welches „an den Bedürfnissen der Brandenburger Ärzteschaft vorbei ging“ (Zitat Dr. H.-J. Helming).

Richtig ist, dass in allen AGnES-Projekten die Hausärzte im Zentrum standen. Diese allein bestimmten die notwendigen Delegationsaufgaben in jedem Einzelfall. Die Entscheidungen der Hausärzte wurden durch die Studienleitung in keiner Weise beeinflusst, sondern lediglich von den AGnES-MitarbeiterInnen sorgfältig dokumentiert. Design und Inhalte aller AGnES-Projekte wurden von Hausärzten maßgeblich mitgestaltet. Der im Artikel so kritisch zitierte Dr. Helming war während der Laufzeit der AGnES-Projekte als Brandenburger KV-Chef selbst Mitglied im Lenkungsgremium und eng in die Projektentscheidungen miteinbezogen.

Die AGnES-Projekte erfüllten alle methodischen Standards der Versorgungsforschung – und sie wurden dementsprechend sorgfältig und umfassend evaluiert. Die Ergebnisse wurden publiziert [z.B. 1,2,3,4,5].

In 2008 wurde auf der Basis der Evaluationsergebnisse der AGnES-Projekte eine Gesetzesänderung auf Bundesebene verabschiedet (§ 87Abs. 2b S. 5 SGB V), in der Delegation in der Häuslichkeit des Patienten erstmals in Deutschland erlaubt wurde und angemessen vergütet werden sollte. In 2009 wurde dann Anlage 8 („Delegations-

Vereinbarung“) des Bundesmantelvertrags verabschiedet. Hier wurden die Randbedingungen für den Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (so hieß AGnES ab jetzt in der Versorgung) sowie die Qualifikation definiert. Die AGnES-Forschungsprojekte waren nach dieser äußerst erfolgreichen Translation in die Regelversorgung abgeschlossen [6].

Auf der Basis der Gesetzesänderung und Anlage 8 des Bundesmantelvertrags wurden im Nachgang eine Reihe ähnlicher Konzepte vorgeschlagen (Mopra, Moni, EVA, HELVER, VERAH). Diese hatten allerdings alle im Vergleich zu AGnES geringere Qualifikationsanforderungen und deshalb nur eingeschränkte Tätigkeitsfelder.

Auch agnes^{zwei} basiert auf dem AGnES-Konzept, das dafür an regionale und aktuelle Anforderungen an die Versorgung angepasst wurde. Design, Curriculum, Implementation und Evaluation des Konzeptes wurden unseres Wissens bisher nicht publiziert.

Wir können also nicht beurteilen, wie erfolgreich agnes^{zwei} tatsächlich ist, würden es aber begrüßen, wenn der Erfolg nicht allein durch die Kritik am Ursprungskonzept begründet würde. Hier würden wir uns über eine, eigentlich selbstverständliche Diskussion auf wissenschaftlicher Basis und über eine kollegiale Haltung freuen, die die Grundlagen der eigenen Arbeit anerkennt. Die Kollegen laden wir herzlich zum Miteinander- statt Übereinander-Reden ein.

Wir freuen uns über Weiterentwicklungen im Bereich der Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen und wünschen agnes^{zwei} in diesem Sinne viel Erfolg!

Korrespondenz-Anschrift

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und
Community Health
Ellernholzstr. 1/2
17487 Greifswald
eMail: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

Dies ist eine Replik zum Wissens-Artikel „Es wird Zeit für die Etablierung des Fallmanagements“ von Lutz O. Freiberg (Geschäftsführer IGiB GbR) in MVF 04/18.

Literatur

1. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R, Hoffmann W. AGnES: Supporting General Practitioners with qualified medical practice personnel - Model Project evaluation regarding quality and acceptance. Dtsch Arztebl Int 2009, 106(1-2):3-9.
2. van den Berg N, Meinke C, Matzke M, Heymann R, Fleßa S, Hoffmann W. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre. BMC Health Services Research 2010, 10:155.
3. van den Berg N, Meinke C, Matzke M, Heymann R, Fleßa S, Hoffmann W. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre. BMC Health Services Research 2010, 10:155.
4. Hoffmann W, van den Berg N, Dreier A. Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen - das „Greifswalder 3-Level-Modell“. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2013, 56(4):555-561.
5. Fiß T, Meinke-Franze C, van den Berg N, Hoffmann W. Effects of a three party healthcare network on the incidence levels of drug related problems. International Journal of Clinical Pharmacy 2013; Oct;35(5):763-71.
6. van den Berg N, Kleinke S, Heymann R, Oppermann RF, Jakobi B, Hoffmann W. Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. Das Gesundheitswesen 2010, 72:285-292.



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

BMG-Satellitensymposium auf dem DKVF, Mittwoch, 10.10.18, 19.15 Uhr

Digitale Innovationen: Politik und Versorgungsforschung im Dialog

Am ersten Kongresstag findet ein mit der Abteilung Digitalisierung und Innovationen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geplantes Symposium zum Thema „Digitale Innovationen im Gesundheitssystem“ statt. Es setzt den Dialog zwischen Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung fort und ist das dritte Symposium dieser Art beim DKVF.

>> Digitale Innovationen sind ein wichtiger Baustein zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Sie eröffnen Möglichkeiten zur präziseren Prävention, Diagnostik und Therapie. Das BMG möchte dazu beitragen, diese Potenziale besser zu nutzen und digitale Innovationen schneller in die Versorgung zu bringen. Digitale Innovationen bieten Chan-

cen und haben umfassende Auswirkungen auf die Gesellschaft – auf Patientinnen und Patienten ebenso wie auf Leistungserbringer und -träger. Die Versorgungsforschung unterstützt bei der Ermittlung von Innovationsbedarfen, der Entwicklung von Konzepten und der wissenschaftlichen Begleitung von Innovationen und ihrer Umsetzung in die Regelversorgung.

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der 17. DKVF nähert sich mit großen Schritten. Wir werden dankenswerter Weise wieder ein Satellitensymposium mit dem Bundesministerium für Gesundheit durchführen. Ebenso wird am 12. Oktober ein Tag für Patientinnen und Patienten auch mit dem Fokus der Patientenbeteiligung in der Versorgungsforschung stattfinden, so dass der Kongress alle Ebenen und Beteiligte in der Versorgungsforschung ansprechen und eine gemeinsame Diskussionsplattform bieten will.



PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Vorsitzende des DNVF e.V.

Auch auf das Netzwerktreffen deutschsprachiger Versorgungsforscher*innen möchte ich Sie aufmerksam machen. Ein besonderes Highlight wird die Verleihung der Ehrenmitgliedschaften an Prof. Koch-Gromus und Prof. Raspe sein. Viele weitere Symposien und Veranstaltungen widmen sich den unterschiedlichen Themenbereichen und wir freuen uns auf den regen Austausch.

Ihre

PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke,
Vorsitzende des DNVF e.V.

BMG-Satellitensymposium: Digitale Innovationen im Gesundheitssystem	
19.15 Uhr	Begrüßung und Moderation Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Kongresspräsident, Hamburg)
19.20 Uhr	Digitale Innovationen und Gesundheitssystem – Erwartungen und Pläne des BMG - Christian Klose (Ständiger Vertreter der Abteilung „Digitalisierung und Innovation“, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Berlin)
19.30 Uhr	Digitale Innovationen aus Sicht der Leistungserbringer am Beispiel der Kardiologie
	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Innovationen in der Kardiologie – Bestand, Bewertung und Bedarf – Prof. Dr. Hugo A. Katus (Dt. Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.) • Digitale Innovationen wissenschaftlich begleiten und umsetzen – Erfahrungen am Beispiel der Fontane-Studie „Telemedizin rettet Leben von Herzpatienten“ – Prof. Dr. Friedrich Köhler (Charité Berlin)
19.50 Uhr	Wissenschaftliche Begleitung und Umsetzung von Innovationen – Was kann die Versorgungsforschung leisten? – PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke (Regensburg)
20.00 Uhr	Digitale Innovationen aus Sicht von Patientinnen und Patienten – Bedarfe, Bedenken und Beteiligung – S. Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin)
20.10 Uhr	Podiumsdiskussion mit den Referenten und den Referentinnen und <ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. Christoph Straub (Barmer) als Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung • Tino Sorge (MdB, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit) • Prof. Dr. Horst Christian Vollmar (AG Digital Health, Bochum)
ab 20.45 Uhr	Im Anschluss an das Symposium findet ein Empfang im Foyer statt, zu dem alle herzlichst eingeladen sind.

In diesem Satellitensymposium werden die mit der Digitalisierung verbundenen Chancen ebenso wie die auftretenden Herausforderungen vorgestellt und diskutiert. Zunächst werden die Erwartungen und Pläne des Bundesministeriums für Gesundheit dargelegt. Am Beispiel der Kardiologie werden digitale Innovationen aus Sicht von Leistungserbringern beleuchtet; zum einen in Hinblick auf Bestand und Bedarf; zum anderen in Bezug auf die Erfahrungen mit Entwicklung, Erprobung und Umsetzung von Innovationen. Die Versorgungsforschung stellt die Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer wissenschaftlichen Begleitung und Umsetzung von Innovationen dar. Im letzten Impulsreferat werden die Bedarfe und Bedenken gegenüber der Digitalisierung aus Sicht der Patientinnen und Patienten reflektiert, ehe abschließend die Referentinnen und Referenten, mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Reihen der Kostenträger sowie der Politik mögliche Konsequenzen für die Zukunft diskutieren. <<

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 10.-12. Oktober 2018

Weitere Symposien, Workshops und Netzwerktreffen beim DKVF

Der DKVF ist Treffpunkt für Versorgungsforscher, für Politiker und an Versorgungsforschung Interessierte. Das Programm des Kongresses wurde primär aus den über 440 eingereichten Abstracts gestaltet, die in Vortrags- oder Postersitzungen präsentiert werden. Einige Sitzungen/Symposien oder Treffen wurden auf Anfrage unserer Partner oder auf Einladung des Kongresspräsidenten bzw. des DNVF oder der AG Nachwuchsförderung geplant, die hier kurz skizziert werden.

>> Der Mittwoch startet mit einer Frühstückssession der AG Nachwuchsförderung, die um 9 Uhr alle interessierten Nachwuchsforscher*innen zum Kennenlernen und Austausch einlädt. Parallel treffen sich auf Einladung der Kooperationsnetzwerke CoReNet (Köln) und HAM-NET (Hamburg) die im Rahmen des BMBF-Programms „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung“ geförderten Netze. Ehe anschließend die BMBF-Nachwuchsgruppen Versorgungsforschung über die in der BMBF-Ausschreibung zur Strukturförderung geförderten Nachwuchsgruppen referieren. Am späten Nachmittag stellt die Nationale Kontaktstelle Gesundheit (DLR/BMBF) die Möglichkeiten der EU-Forschungsförderung für die Versorgungsforschung vor, während parallel über die DFG Nachwuchsakademie informiert wird. Der Tag endet mit dem o.g. BMG-Satellitensymposium und einem gemeinsamen Ausklang im Foyer der Urania Berlin.

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Freitag, 12.10.18

Kongresstag für Bürger*innen und Patient*innen

Der 17. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) widmet sich dem Thema „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“ und gemäß diesem Kongressmotto wurde das Programm des dritten Kongresstages von Kongresspräsident Prof. Härter und seinem Team so konzipiert, dass sich der Kongressbesuch sowohl für Patient*innen, Angehörige, Bürger*innen und Patientvertreter*innen lohnt. Ein möglicher Tagesablauf könnte wie folgt aussehen. Der Eintritt für Bürger*innen und Patient*innen ist am 12. Oktober bei vorheriger Anmeldung kostenfrei.

Kongresstag für Bürger*innen und Patient*innen am 12.10.18	
08.30-10.00 Uhr	Besuch der Posterausstellung und der Postersessions zu verschiedenen Themen, wie z.B. „Beratung und Kommunikation“, „Patientensicherheit“
10.30-12.00 Uhr	Besuch des Symposiums zu „Gesundheitskompetenz und evidenzbasierten Gesundheitsinformationen“ oder einer der parallel laufenden Vortrags-sitzungen zu verschiedenen Themen wie z.B. „Partizipative Forschungsmethoden“
12.15-13.15 Uhr	Besuch des Lunch-/Industriesymposiums der Roche Pharma AG zum Thema „Teilen ist Heilen – personenbezogene Versorgungsforschung, was will der Patient?“
13.30-15.30 Uhr	Besuch der Plenarsitzung zum Thema „Patientenbeteiligung in der Forschung“
15.45-17:15 Uhr	Besuch einer der parallel laufenden Vortrags-sitzungen zu Themen wie z.B. „Personenzentrierte Versorgung bei chronischen und seltenen Erkrankungen“ oder „Gesundheitskompetenz und Empowerment“

Der Donnerstag startet mit einem „Meet the Expert: Datenschutz in der Versorgungsforschung“ und der Mitgliederversammlung des DNVF. Anschließend beginnt das Wissenschaftliche Symposium zum Thema „Primary Care /Hausarztzentrierte Versorgung“, das auf Initiative von Prof. Szecsenyi (Heidelberg) und Prof. Gerlach (Frankfurt) geplant wurde. 10 Jahre hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg ist der Anlass der Veranstaltung mit zwei Vortragssitzungen. Parallel findet am Vormittag ein Workshop zum Thema OpenNotes mit Prof. Delbanco (Harvard Medical School), dem Keynote Speaker der Eröffnungsveranstaltung, statt. In der Mittagspause können die Kongressteilnehmer*innen eines der Industrie-Symposien, das Data Café oder die vom DNVF geplante Diskussions- und Fragerunde zum Thema „Innovationsfondsprojekte: in die Regelversorgung oder für die Schublade?“ besuchen. Am Nachmittag diskutieren in einer „Sino-German“-Session chinesische und deutsche Versorgungsforscher*innen über vergleichbare Herausforderungen und Lösungen in der Versorgung. Parallel lädt das ÄZQ zur Sitzung über Versorgungsleitlinien ein. Am späten Nachmittag tragen die Deutsche Krebsgesellschaft mit der Session „Kann Versorgungsforschung Patientenversorgung gestalten?“ und das BMG-VDI/VDE-IT-Satellitensymposium „Suizidprävention“ zur Vielfalt des dreitägigen Kongressprogramms bei.

Der DKVF beginnt am Mittwoch, den 10. Oktober um 9 Uhr und endet am Freitag, den 12. Oktober um 17.15 Uhr. An jedem Kongresstag findet eine Plenarveranstaltung im großen Humboldt-Saal statt, darüber hinaus können die Besucher*innen i.d.R. zwischen sechs bis acht parallel laufenden Vortragssitzungen auswählen. <<

>> [Link: Aktuelles Programm und Programmheft s. www.dkvf2018.de.](#)

>> DNVF-Meeting: Vernetzung im deutschsprachigen Raum

Das DNVF e.V. wurde 2006 gegründet und nahm 2012 sein erstes persönliches Mitglied aus Österreich auf; Mitglieder aus der Schweiz folgten. Der DKVF erfreut sich seit Jahren steigender Teilnehmerzahlen aus dem In- wie Ausland. Um die Vernetzung der Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher im deutschsprachigen Ausland zu stärken, lädt das Netzwerk alle Interessierten zu einem ersten, offenen Austausch beim DKVF ein. Das Treffen findet am Donnerstag, den 11.10., von 12.15 - 13.15 Uhr im Raum Pasteur statt.



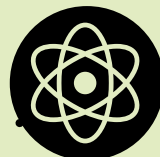
Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung

09. - 11.10.2019 | Urania - Berlin

Save the date

18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



**Kongresstitel 2019:
Versorgungsforschung:
Gemeinsam Verantwortung übernehmen für
ein lernendes Gesundheitssystem**

**Kongresspräsident:
Prof. Dr. med.
Jochen Schmitt, MPH**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

**Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.**

www.dkvf.de



Ehrenmitgliedschaft des DNVF für: Prof. Dr. Dr. Koch-Gromus (li.) und Prof. Dr. Dr. Raspe



Das DNVF e.V. zeichnet Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus (Hamburg) und Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe (Münster, ehemals Lübeck) im Rahmen des Festabends beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung am 11. Oktober als neue Ehrenmitglieder des DNVF e.V. aus. Beide Professoren erhalten für ihre großen Verdienste in der Versorgungsforschung die Ehrenmitgliedschaft. So waren beide an der von der DFG initiierten Stellungnahme „Versorgungsforschung Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung“ (2010) beteiligt. Prof. Raspe ebnete darüber hinaus die Wege für die erste DFG-Nachwuchsakademie Versorgungsforschung, die er 2010 in Lübeck ausrichtete. Prof. Koch-Gromus hat in seiner Funktion als Dekan der medizinischen Fakultät Hamburg die Schaffung struktureller Voraussetzungen für Versorgungsforschung an Universitäten vorbildlich unterstützt, um nur einige Beispiele der Verdienste der beiden neuen Ehrenmitglieder zu nennen.

DNVF-Spring-School 2019 vom 01.-04. April in Bonn

7. DNVF-Spring-School ante portas

Das Programm der nunmehr 7. DNVF-Spring-School steht. Sie findet vom 01. bis 04. April 2019 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Insgesamt 18 Module werden von mehr als 34 verschiedenen Referent*innen an den drei Veranstaltungstagen angeboten.

>> Die Spring-School richtet sich an den wissenschaftlichen Nachwuchs als auch an fortgeschrittene Versorgungsforscher*innen. Es nehmen sowohl Forschende aus verschiedenen Disziplinen und Einrichtungen, Vertreter*innen der Forschungsförderer, Mitarbeiter*innen aus der Klinik, der Gesundheitspolitik, Gesundheitswirtschaft und der Selbstverwaltung teil.

Erstmalig wird in diesem Jahr ein Seminar zum Thema „Implementierungsforschung im Gesundheitswesen“ angeboten. Als Referent

steht Prof. Michel Wensing fest, der in Heidelberg den Studiengang „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaften im Gesundheitswesen“ leitet.

Die Online-Anmeldung wird im Oktober freigeschaltet. Die Anmeldung zum Frühbucherrabatt ist bis Anfang Februar möglich. Alle Informationen zu den Modulen, den Referent*innen und organisatorische Hinweise stehen auf der DNVF-Webseite www.dnvf.de bereit. <<

>> Link: www.dnvf.de

Aktuelle Zahlen und News

>> Aktuelle Zahlen und News aus dem DNVF e.V.:

Das DNVF hat nach Aufnahme neuer Mitglieder (zuletzt im September) mittlerweile 187 persönliche Mitglieder. In diesem Jahr stieg die Anzahl der Mitglieder in der Sektion 4 (Natürliche Personen) von 166 zum 31.12.2017 um 21 Personen.

Termine

31.10.-03.11.2018, Berlin

62. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

>> <https://www.dggg.de/veranstaltungen/dggg-kongresse/>

02.11.2018, Leipzig

19. Rehabilitationswissenschaftliches Symposium „Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen - Herausforderung für die Rehabilitation“

>> https://bbs.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/ohne_AZ/m_cc01/bbs/Veranstaltungen_und_Meldungen/Veranstaltungen_2018/Programm_Reha_Symposium_Leipzig_2018.pdf

09.11.-10.11.2018, Köln

53. Akademie für Kinderchirurgie

>> <https://www.dgkch.de/index.php/menu-fortbildung-weiterbildung/menu-kongresse-fortbildungen/icalrepeat.detail/2018/11/09/10871/-/53-akademie-fuer-kinderchirurgie>

28.11.2018, Berlin

Berliner Forum der AWMF zum Thema „Medizin und Ökonomie“

>> https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/1.6.0.Veranstaltungen/Save%20The%20Date_%20BF%202018.pdf

DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. – Geschäftsstelle c/o IMVR
Eupener Str. 129 – 50933 Köln
Tel. 0221-478-97111
Fax 0221-478-1497111
eMail: dnvf@uk-koeln.de

Dipl.-Kfm. Timo Schulte, MBA
 Laura Lange, M.Sc. Statistics
 Prof. Dr. jur. habil. Thomas Klie
 Dr. h.c. rer. medic. Helmut Hildebrandt
 Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bohnet-Joschko
 Dipl.-Ges.oec. (FH) Milorad Pajovic
 Dipl.-Volksw. Andreas Storm

Versorgung von Patienten mit Demenz vor und nach Erstdiagnose

Die Diagnose Demenz ist für viele Betroffene und deren Angehörige eine enorme emotionale und auch finanzielle Belastung. Gleichzeitig ist sie für die Gesellschaft eine große Herausforderung in kultureller und politischer Hinsicht. Behandlungsmöglichkeiten bestehen nicht. So gilt es für alle Beteiligten, mit Demenz leben zu lernen und Wege zu finden, die ihnen trotz der Krankheit ein gutes Leben ermöglichen (vgl. Klie 2017). Demenz ist die häufigste „psychische“ Erkrankung im höheren Lebensalter und einer der häufigsten Gründe für eine Pflegebedürftigkeit. Die verbreitetsten Formen der Demenz sind zum einen die Alzheimer-Krankheit (ICD-Codes F00. & G30.) und zum anderen die vaskuläre Demenz (ICD F01.), die durch Schädigungen der Blutgefäße des Gehirns verursacht wird. Des Weiteren gibt es sekundäre Formen der Demenz (F02.), z. B. in Verbindung mit Parkinson oder HIV, und nicht näher bezeichnete Formen der Demenz (F04.). Diese fünf ICD-Codes wurden im Rahmen der Analyse herangezogen, um Patienten mit Demenz und einer Pflegestufe zu identifizieren.

>> Für die Analyse, die im Rahmen des DAK Pflereportes 2017 durchgeführt wurde, standen GKV-Routinedaten sowie Daten der sozialen Pflegeversicherung der DAK-Gesundheit von demenzkranken Pflegebedürftigen für die Jahre 2014 bis 2016 zur Verfügung. Für jedes Jahr konnten die Daten von etwa 100.000 Demenzpatienten analysiert werden. Insgesamt umfasste der Datensatz neben pseudonymisierten Stammdaten Informationen zur Versorgung durch ambulante Ärzte oder durch häusliche Krankenpflege, im Krankenhaus, mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Fahrtkosten und Pflegeleistungen wie z. B. die vollstationäre Versorgung in Pflegeheimen.

Der gesamte Datenbestand wurde genutzt, um Prävalenz und Inzidenz der Demenz zu ermitteln sowie regionale Unterschiede auf der Ebene von Landkreisen zu untersuchen. Darüber hinaus wurde ein Teildatensatz von 17.450 Demenzpatienten ausgewertet, die im Jahr 2015 erstmalig eine Demenzdiagnose erhalten haben. Für die Analyse des Zeitraumes vor und nach der ersten Demenzdiagnose wurden relative Zeiträume gebildet, wobei der Tag der ersten Demenzdiagnose bzw. der erste Tag des entsprechenden Quartals im ambulanten Bereich den individuellen Zeitpunkt t0 darstellt. In Fol-

Zusammenfassung

Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen in Deutschland liegt bei 16,7 Patienten pro 1.000 Einwohner, wenn die Versichertenpopulation der DAK entsprechend hochgerechnet wird. Das entspricht etwa 1,4 Millionen Menschen in der Gesamtbevölkerung, wobei jährlich etwa 282.000 Erkrankte neu hinzukommen (Inzidenz). Etwa 70% der Demenzpatienten sind weiblich, knapp die Hälfte wird spätestens ein Jahr nach der Erstdiagnose vollstationär gepflegt. Besonders stark steigen im Zusammenhang mit der Erstdiagnose die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Krankenhausbehandlungen. Im Krankenhaus kommt es signifikant häufiger zu Behandlungsfällen aufgrund von Flüssigkeitsmangel, Verwirrtheit und verschiedensten Knochenbrüchen. Bei der Betrachtung der regionalen Verteilung zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Während sich in den östlichen Bundesländern sowie in Bayern, im Saarland und im Ruhrgebiet eher überdurchschnittlich viele Krankenhausfälle pro 1.000 Demenzpatienten beobachten lassen, sind es in Hessen und Baden-Württemberg vergleichsweise geringe Werte. Die für die Versorgung von Demenzpatienten eher als bedenklich eingestuften Psycholeptika werden verstärkt in einzelnen Regionen von Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen eingesetzt, im Osten hingegen finden sie eher weniger Anwendung.

Schlüsselwörter

Demenz, Pflegebedürftige, Sekundärdatenanalyse, Regionalanalyse, Versorgungsanalyse

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2098>

ge wurden die 364 Tage vor und nach der Erstdiagnose als relatives Jahr mit je vier relativen Quartalen zu je 91 Tagen untersucht. Die methodischen Empfehlungen der „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ wurden berücksichtigt (Swart et al. 2015). Um Aussagen über die Stärke des Effekts einer Demenzdiagnose auf das Leistungsanspruchnahmeverhalten treffen zu können, wurde das relative Risiko (RR) berechnet.

Prävalenz und Inzidenz der Demenz

Die auf Basis der Abrechnungs-Routinedaten der DAK-Gesundheit ermittelte durchschnittliche administrative Prävalenz aus den dokumentierten Diagnoseinformationen der ambulanten und stationären Versorgungssektoren der Jahre 2014 bis 2016 beträgt ca. 1,67%. Rechnet man diese administrative Prävalenz der DAK-Population hoch auf die deutsche Gesamtbevölkerung von etwa 82,2 Mio., leiden durchschnittlich etwa 1,4 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenzerkrankung (Ø: 16,69 Demenzkranke pro 1.000 Einwohner). Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit vergleichbaren Auswertungen (Ziegler/Doblhammer 2009). Lediglich bei 2,80% der Patienten wurde eine „präsenile Demenz“ im Alter unter 65 Jahren dokumentiert. Weiterhin sind hauptsächlich weibliche Patienten von einer Demenz betroffen. Etwa 71,7% aller pflegebedürftigen Demenzpatienten waren weiblich. Dabei haben Frauen tendenziell eine etwas höhere Pflegestufe als Männer, denn ca. 3/4 aller Frauen befinden sich in der höchsten Pflegestufe, aber nur etwa 2/3 der Männer. Die durchschnittliche Anzahl an Neuerkrankungen (Inzidenz) im Jahr 2015 belief sich in den Abrechnungsdaten auf ca. 0,34% bzw. erkranken pro Jahr etwa 3,43 Patienten pro 1.000 Einwohner neu an einer Demenz. Hochgerechnet auf die deutsche Gesamtbevölkerung entspricht dies ca. 282.000 Demenz-Neuerkrankten pro Jahr. Von einer Neuerkrankung wurde ausgegangen, wenn im gesamten Vorjahr 2014 noch keine Demenzdiagnose in den GKV-Abrechnungsdaten dokumentiert war. Da Demenz eine chronische Erkrankung ist und in der Regel regelmäßige Arztkontakte bei Patienten stattfinden (ca. 96% der Demenzpatienten haben mindestens einmal pro Quartal

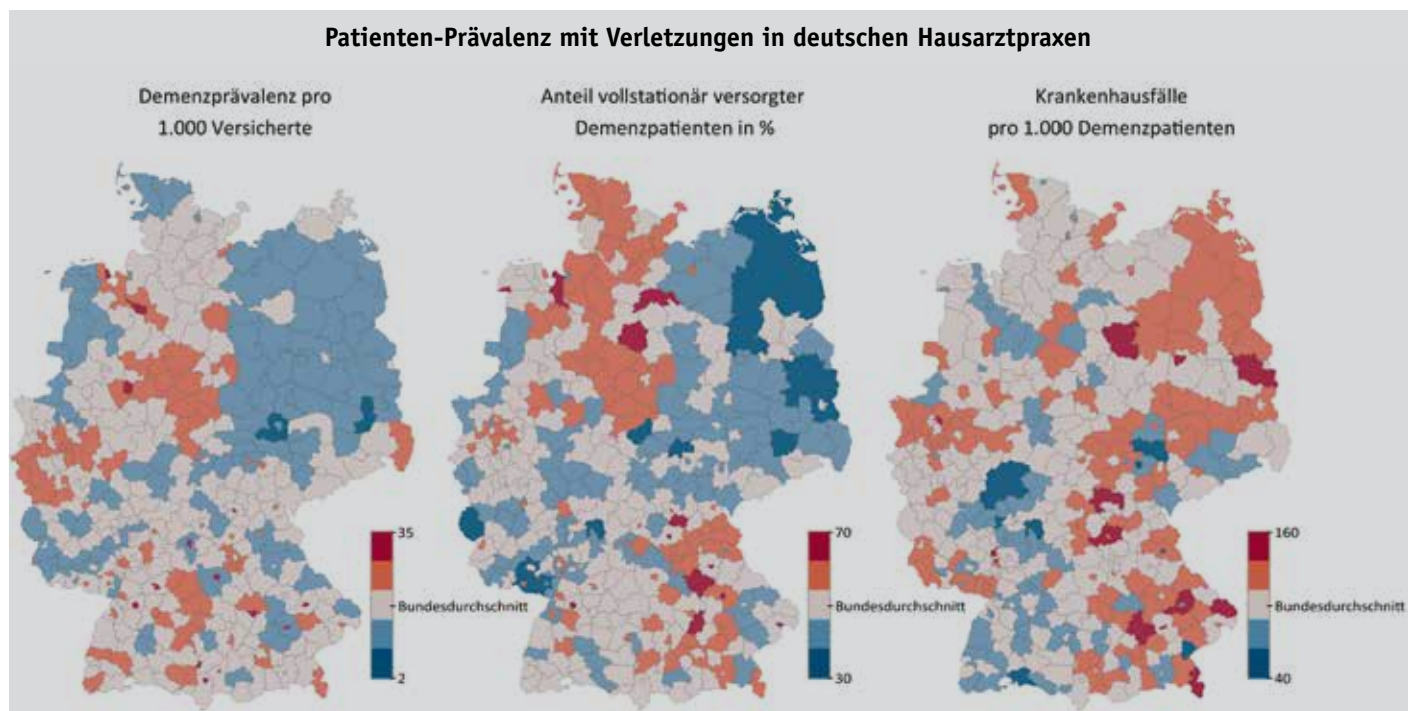


Abb. 1: Demenzprävalenz, Anteil von vollstationär versorgten Demenzpatienten und Krankenhausfälle pro 1.000 Demenzpatienten in der Population der pflegebedürftigen DAK-Versicherten auf der Ebene der Landkreise (eigene Darstellung basierend auf OpenStreetMap, erstellt mit Tableau).

Kontakt zu ambulanten Ärzten), dürfte die tatsächliche Demenz-Inzidenz über diese Methodik nur leicht überschätzt werden.

Weiterhin fällt auf, dass mehr als ein Viertel der untersuchten Demenzpatienten die Diagnose Diabetes Typ 2 erhalten hat und ähnlich viele an Depressionen leiden. Dieses Resultat deckt sich mit der Literatur, wo Diabetes und Depressionen als Risikofaktoren für Demenz identifiziert wurden (z. B. Katon et al. 2015). Als weiterer Risikofaktor für Demenz gilt Bluthochdruck (z. B. Lüders/Schrader 2009), an welchem etwa drei Viertel der untersuchten Demenzpatienten leiden. Im Vergleich mit weiblichen Demenzpatienten treten bei Männern deutlich häufiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie z.B. eine chronische ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz oder Vorhofflimmern und Vorhofflattern auf. Frauen hingegen zeigten deutlich höhere Prävalenzen bei den Komorbiditäten Depression, Osteoporose, Rückenschmerzen sowie nicht näher bezeichnete Schmerzen.

Regionalauswertungen

Die pflegebedürftigen Versicherten der DAK Gesundheit sind in den östlichen Bundesländern im Schnitt bis zu vier Jahre jünger als im Rest von Deutschland. Dementsprechend ergeben sich bei der Betrachtung der regionalen Prävalenz insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt gegenüber anderen Studien ungewöhnlich niedrige Anteile (siehe Abb. 1 links). Die auf Kreisebene höchsten Demenzprävalenzen fanden sich hauptsächlich in dichter besiedelten, kreisfreien Städten.

Um die Alterseffekte auszugleichen, wurden alle weiteren Analysen altersadjustiert. Zum einen wurde der Anteil von in Pflegeheimen versorgten Demenzpatienten untersucht (Abb. 1 Mitte), zum anderen die Anzahl an Krankenhausfällen pro 1.000 Demenzpatienten (Abb. 1 rechts). Gleichermäßen überdurchschnittlich hohe Werte fanden sich hauptsächlich in Bayern. Ansonsten war die Anzahl an Krankenhausfällen vor allem dort überdurchschnittlich hoch, wo der Anteil an

stationär versorgten Demenzpatienten niedrig war. Besonders deutlich ist dies erkennbar in den östlichen Bundesländern, wo der Anteil in Pflegeheimen versorgter Demenzpatienten niedrig, die Anzahl an Krankenhausfällen pro 1.000 Demenzpatienten aber überdurchschnittlich hoch ist. Ob ein Zusammenhang besteht, dass z.B. aufgrund mangelnder Pflegeheimstrukturen eher Krankenhausleistungen in Anspruch genommen werden, lässt sich aus den Daten nicht unmittelbar ableiten.

Auswertungen relativ zur Erstdiagnose

Das Durchschnittsalter der 17.450 pflegebedürftigen Versicherten betrug bei ihrer ersten Demenzdiagnose etwa 83 Jahre (Frauen: 84,04; Männer: 80,73). Der Anteil weiblicher Versicherter ist mit 69% deutlich höher als der der männlichen Versicherten. Der Großteil der ersten Demenzdiagnosen – knapp 74% – wurde im ambulanten Sektor gestellt. Die übrigen 26% der Demenzerkrankungen wurden im Krankenhaus diagnostiziert. Weniger als 0,02% der Erstdiagnosen stammen aus anderen Sektoren wie z.B. häuslicher Krankenpflege oder spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Aufgrund der quartalsweisen Abrechnung und Datenübermittlung im ambulanten Sektor ist es möglich, dass mehrere Diagnosen als Erstdiagnose in Frage kommen, da der Tag der Diagnosestellung nicht in den Abrechnungsdaten erfasst wird, weshalb bei der Analyse der jeweiligen ICD-Codes Mehrfachberücksichtigungen unvermeidbar waren. Am häufigsten wurde eine nicht näher bezeichnete Demenz (ICD: F03.) dokumentiert, bei weiblichen Pflegebedürftigen etwas öfter als bei männlichen (Frauen: 65%; Männer: 61%). Bei etwa jedem vierten bis fünften Versicherten wurde eine vaskuläre Demenz (F01.) diagnostiziert (Frauen: 22%; Männer: 25%) und etwa jeder fünfte Pflegebedürftige erhielt die Diagnose Demenz bei Alzheimer-Krankheit (Frauen: 22%; Männer: 20%).

Es fällt auf, dass Frauen häufiger eine Alzheimer-Demenz aufwiesen und mehr Männer an einer vaskulären Demenz erkrankten.

Relative Inanspruchnahme von GKV- und SPV-Leistungen								
Rel. Inanspruchnahme in% (n = 17.450)	- 4. Q.	- 3. Q.	- 2. Q.	- 1. Q.	+ 1. Q.	+ 2. Q.	+ 3. Q.	+ 4. Q.
Ambulant Arzt	90,33	90,72	91,24	92,73	96,65	95,33	95,76	96,49
Arzneimittel	87,13	87,05	86,95	88,21	94,68	94,63	94,96	94,92
Heilmittel	19,98	20,72	21,70	23,55	30,81	31,67	30,58	29,53
Krankenhaus	13,04	14,20	16,83	26,10	58,47	27,37	23,68	22,25
Krankentransporte	4,92	5,65	6,73	11,81	28,37	15,18	13,43	12,52
Häusl. Krankenpflege	14,26	16,60	18,46	21,76	28,77	25,94	25,58	24,69
Hausbesuche	13,65	14,52	15,63	17,89	25,09	26,38	25,86	25,03
Häusliche Pflege	9,92	12,93	14,15	15,81	27,31	26,74	27,74	28,98
Stationäre Pflege	12,30	13,91	16,66	21,94	42,75	45,31	47,73	49,02
Kurzzeitpflege	1,85	2,40	3,14	6,32	18,89	7,43	5,72	4,84
Teilstationäre Pflege	1,34	1,61	1,90	2,31	3,67	4,31	5,22	5,47

Tab. 1: Relative Inanspruchnahme von GKV- und SPV-Leistungen durch demenzkranke Pflegebedürftige in den vier relativen Quartalen vor und nach der ersten Demenzdiagnose (modifizierte Darstellung in Anlehnung an Lange et al. 2017).

Dieses Resultat deckt sich mit dem weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen, beispielsweise von Gao et al. (1998). Eine Demenz bei andersorts klassifizierten Krankheiten trat nur bei 3% (Frauen) beziehungsweise 5% (Männer) der untersuchten Versicherten auf. Von den untersuchten Pflegebedürftigen bezogen insgesamt 8% Leistungen der Pflegestufe 1, 22% der Pflegestufe 2 und 70% der Pflegestufe 3 inkl. Härtefällen. Somit erhielten mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Versicherten mit Demenz die höchste Pflegestufe. Eine weitere Unterteilung in Frauen und Männer zeigt, dass deutlich mehr Frauen den vollständigen Hilfebedarf in Pflegestufe 3 in Anspruch nahmen.

Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen nach Demenzdiagnose

In allen Bereichen steigt die Inanspruchnahme im Folgequartal nach der ersten Demenzdiagnose im Vergleich zu den vorherigen relativen Quartalen an und bleibt in den weiteren Folgequartalen auf einem höheren Niveau als vor der Demenzdiagnose. Das zeigt, dass Demenzpatienten wie erwartet eine erhöhte Nachfrage an Leistungen in allen Bereichen erzeugen. Interessant ist ebenso der sukzessive Anstieg der Inanspruchnahme vor der Demenz-Diagnose in nahezu allen Bereichen und schließlich der sprunghafte Anstieg sobald die erste Diagnostik erfolgt ist (siehe Tab. 1).

Bei den Krankenhausaufenthalten ist zu beobachten, dass in dem

relativen Jahr nach der Demenzdiagnose insgesamt drei Viertel (76%) der betrachteten pflegebedürftigen Versicherten mindestens einmal im Krankenhaus behandelt wurden, wohingegen dies vor der Diagnose auf weniger als jeden zweiten Versicherten (46%) zutraf. Von den Personen, die nach der Demenzdiagnose im Krankenhaus behandelt wurden, weist die Hälfte bereits in dem relativen Jahr vor der Demenzdiagnose mindestens einen Krankenhaus-Fall auf. Nur 8% der in die Analyse eingeschlossenen Versicherten wurde vor der Diagnose im Krankenhaus behandelt, jedoch nicht im relativen Jahr nach der Diagnose.

Das relative Risiko (RR) eines Versicherten vollstationär gepflegt zu werden steigt mit der Demenzdiagnose um mehr als das Zweieinhalbfache (Gesamt: RR = 2,49; Männer: RR = 2,65; Frauen: RR = 2,44). Während unter den Frauen im relativen Quartal vor der Demenzdiagnose

24% und danach 46% diese Leistung in Anspruch genommen haben, waren es lediglich 18% und 36% der Männer. Hingegen wird ein größerer Anteil der Männer häuslich gepflegt (vorher Männer: 17%, Frauen: 15%; nachher Männer: 29%, Frauen: 27%). Insgesamt steigt das relative Risiko eines Versicherten für häusliche Krankenpflege nach der Demenzdiagnose um mehr als das Anderthalbfache (RR = 1,75).

In dem relativen Jahr vor der Demenzdiagnose verursachte ein pflegebedürftiger Patient durchschnittlich Kosten in Höhe von 12.768 Euro (davon 8.770 Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und 3.998 Euro in der sozialen Pflegeversicherung (SPV)) und im relativen Jahr nach der Demenzdiagnose 24.128 Euro (davon 14.178 Euro GKV und 9.950 Euro SPV). Dabei sind die Gesamtkosten für männliche Patienten mit 14.341 Euro vor und mit 25.819 Euro nach der Demenzdiagnose etwas höher als die der weiblichen Patienten mit 12.073 Euro vor und mit 23.403 Euro nach der Demenzdiagnose. Allerdings sind diese höheren Gesamtkosten auf die Kosten aus den Leistungsbereichen der GKV zurückzuführen (Männer vor Diagnose: 13.205 Euro; Frauen vor Diagnose: 9.211 Euro; Männer nach Diagnose: 23.042 Euro; Frauen nach Diagnose: 16.230 Euro), die Pflegekosten sind bei den weiblichen Pflegebedürftigen deutlich höher, besonders nach der Demenzdiagnose (Männer vor Diagnose: 1.136 Euro; Frauen vor Diagnose 2.862 Euro; Männer nach Diagnose: 2.777 Euro; Frauen nach Diagnose: 7.173 Euro).

Literatur

Gao, S./Hendrie, H. C./Hall, K. S./Hui S. (1998): The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease. In: Arch Gen Psychiatry 1998, 55, 9: 809-815
 Katon, W./Pedersen, H. S./Ribe, A. R. et al. (2015): Effect of Depression and Diabetes Mellitus on the Risk for Dementia – A National Population-Based Cohort Study. In: JAMA Psychiatry 2015, 72, 6: 612-619
 Klie, T. (2017): DAK Pflegereport 2017. Leben mit Demenz, Heidelberg: medhochzwei Verlag
 Lange, L./Schulte, T./Dittmann, B./Hildebrandt, H. (2017): Regionale Verteilung der Demenz sowie Inanspruchnahme vor und nach Erstdiagnose. In: Storm (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 19). Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 50-95
 Lüders, S./Schrader, J. (2009): Demenz und Hypertonie. In: Der Nephrologe 2009, 4, 1: 497-498
 Swart, E./Gothe, H./Geyer, S. et al. (2015): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. In: Das Gesundheitswesen 2015, 77, 02: 120-126
 Ziegler, U./Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Rostocker Zentrum Diskussionspapier. In: http://www.rostockerzentrum.de/content/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf

Veränderung von Komorbiditäten und Krankenhausfällen nach Demenzdiagnose

Im Vergleich der dokumentierten Erkrankungen vor und nach Demenzdiagnose steigen im ambulanten Bereich die Anteile Pflegebedürftiger mit Harninkontinenz (nicht näher bezeichnet +15%-Punkte, näher bezeichnet +5%-Punkte) und Störungen des Ganges und der Mobilität (+10%-Punkte) besonders stark an. Ebenso lässt sich ein signifikantes Wachstum beobachten bei Herz-

insuffizienz, Depressionen, nicht klassifiziertem Schmerz (hauptsächlich bei Frauen) und sonstigen Symptomen des Nerven- und des Muskel-Skelett-Systems (hauptsächlich R29.6 – Sturzneigung) sowie einigen weiteren Erkrankungen, die in Tabelle 2 dargestellt sind. Allerdings gibt es gleichermaßen Diagnosen, die nach der Demenzdiagnose signifikant zurückgehen, wie z.B. Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (-8%-Punkte), Rückenschmerzen (-2,5%-Punkte), Stoffwechselstörungen (-1,5%-Punkte) sowie insbesondere bei Männern Impfungen (-2,5%-Punkte) bzw. bei Frauen die Dokumentation funktioneller Implantate (-3%-Punkte). Ob diese Rückgänge durch Einschränkungen in der Auskunftsfähigkeit der Patienten bedingt sind, die mit der Demenz einhergehen können, oder durch einen Wechsel des Hausarztes bzw. eingeschränkten Zugang zu bestimmten Facharztgruppen im Umfeld eines stationären Pflegeheims kann zunächst nur vermutet werden.

Top 10-Komorbiditäten				
Top 10-Komorbiditäten mit signifikanter Zunahme nach Demenzdiagnose in% (n = 17.450)	-1. Jahr	+1. Jahr	Sig.	Entwicklung
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	73,54	75,17	*	+
R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	23,55	38,56	*	+++
R26 Störungen des Ganges und der Mobilität	21,54	31,72	*	+++
F32 Depressive Episode	25,58	31,05	*	++
I50 Herzinsuffizienz	22,84	28,35	*	++
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	18,99	24,33	*	++
I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	19,42	23,42	*	+
R54 Senilität	18,46	23,05	*	+
R29 Sonst. Sympt. Nerven/Muskel-Skelett-System	13,23	20,26	*	++
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	14,85	20,18	*	++

Tab. 2: Top 10-Komorbiditäten mit signifikant steigendem Anteil an betroffenen Demenzpatienten nach Erstdiagnose in% (statistisch signifikante Veränderung zum Signifikanzniveau $\alpha = 0.01$ nach dem McNemar-Test mit Stetigkeitskorrektur (Edwards-Korrektur) und Bonferroni-Korrektur; modifizierte Darstellung in Anlehnung an Lange et al. 2017).

Top 10 Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen				
Top 10 Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen mit signifikanter Zunahme nach Demenzdiagnose in% (n = 17.450)	-1. Jahr	+1. Jahr	Sig.	Entwicklung
E86 Volumenmangel	2,24	7,12	*	+++
I50 Herzinsuffizienz	3,58	6,56	*	+
S72 Fraktur des Femurs	2,75	6,56	*	++
F05 Delir, nicht durch Alkohol /psychotrope Substanzen bedingt	0,85	5,19	*	+++
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	1,59	5,00	*	++
S06 Intrakranielle Verletzung	1,93	3,98	*	+
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1,34	3,63	*	++
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	1,35	2,64	*	+
R55 Synkope und Kollaps	1,35	2,63	*	+
G40 Epilepsie	1,11	2,37	*	++

Tab. 3: Top 10 Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen mit signifikant steigendem Anteil an betroffenen Demenzpatienten nach Erstdiagnose in% (statistisch signifikante Veränderung zum Signifikanzniveau $\alpha = 0.01$ nach dem McNemar-Test mit Stetigkeitskorrektur (Edwards-Korrektur) und Bonferroni-Korrektur; modifizierte Darstellung in Anlehnung an Lange et al. 2017).

In Tabelle 3 sind demgegenüber die häufigsten stationären Behandlungsanlässe sowie deren Entwicklungen relativ zur Demenzdiagnose angegeben. Bei den Top 10 Diagnosen nach Häufigkeit lassen sich ausschließlich signifikante Wachstumstrends beobachten. Besonders stark steigt nach der Demenzdiagnose der Anteil an Patienten, die aufgrund eines Volumenmangels, welcher durch eine zu geringe Flüssigkeitszufuhr bedingt sein kann, im Krankenhaus behandelt werden mussten (+5%-Punkte). Fast ebenso stark steigen die stationären Entlassungen nach Behandlung eines Delirs (+4%-Punkte), nicht näher bezeichneter Pneumonien (+3%-Punkte, stärkerer Anstieg bei Männern) und einer Herzinsuffizienz (+4%-Punkte). Außerdem erhöht sich die Zahl der Diagnosen von Frakturen des Femurs (+4%-Punkte), intrakranieller Verletzungen (+2%-Punkte) und von Frakturen der Lendenwirbelsäule und des Beckens (+1,5%-Punkte), welche jeweils durch die signifikant erhöhte Sturzneigung (Diagnose R26 in Tabelle 2) verursacht sein könnten.

Veränderung der Arzneimitteltherapie nach Demenzdiagnose

Der größte Anstieg an Patienten mit Verordnung nach der Demenzdiagnose wurde für die therapeutische Hauptgruppe der Psycholeptika festgestellt. Hier hat sich der Anteil der Versicherten, die ein Medikament aus dieser Kategorie verordnet bekommen, von etwa 30% vor der Demenzdiagnose auf etwa 54% nach der Demenzdiagnose nahezu verdoppelt. Für den Großteil des Anstiegs sind antipsychotische und sedierende Arzneimittel verantwortlich, welche häufig als Begleittherapie der Demenz eingesetzt

Relativer Anteil an Demenzpatienten mit Arzneimittel-Verordnung				
Relativer Anteil an Demenzpatienten mit Arzneimittel-Verordnung nach therapeutischer Hauptgruppe N (Nervensystem)	-1. Jahr	+1. Jahr	Sig.	Entwicklung
N02 Analgetika	42,95	57,52	*	+++
N05 Psycholeptika	28,89	53,93	*	+++
• N05A Antipsychotika	20,19	46,48	*	+++
• N05C Hypnotika und Sedativa	7,36	10,48	*	+
N06 Psychoanaleptika	30,34	46,46	*	+++
• N06D Antidementiva	3,26	18,26	*	+++
N03 Antiepileptika	11,39	14,27	*	+

Tab. 4: Relativer Anteil an Demenzpatienten mit Arzneimittel-Verordnung nach therapeutischer Hauptgruppe N (Nervensystem).

werden. Psycholeptika sind mit einer erhöhten Sturzneigung und einer erhöhten Frakturrate assoziiert. Insgesamt hatten etwa 10% der Demenzpatienten mit Psycholeptika-Verordnung mind. einen KH-Fall mit Fraktur. Der Anteil von Patienten mit Verordnung von Antipsychotika stieg mit +26%-Punkten um mehr als das Doppelte an, der Anteil der Patienten mit Verordnung von Hypnotika und Sedativa um +3%-Punkte.

In der therapeutischen Hauptgruppe der Psychoanaleptika wurde ebenfalls ein signifikanter Anstieg um 16%-Punkte festgestellt. Dies lässt sich hauptsächlich auf Antidementiva zurückführen, die häufig kurz nach Erkennen der Erkrankung eingesetzt werden, um den Abbau von Azetylcholin zu verringern. Der Anteil an Patienten mit Verordnungen dieser Wirkstoffgruppe stieg signifikant von ca. 3% vor der Erstdiagnose auf über 18% nach der Demenz-Diagnose an. Dass bereits vorher einige pflegebedürftige Demenzpatienten entsprechende Arzneimittel einnehmen, lässt eine fehlende Dokumentation der Demenz direkt nach ihrem Erkennen bei einem kleinen Anteil der Pflegebedürftigen vermuten. Deutliche Anstiege im Anteil der Personen, die mindestens ein Medikament aus der jeweiligen therapeutischen Hauptgruppe erhalten, zeigen sich neben den bereits aufgeführten Mitteln auch bei den Analgetika (+15%-Punkte), wobei vor allem der Anteil an Demenzpatienten mit einer Wirkstoffverordnung von Metamizol von 36% vor Diagnose auf 50% nach Diagnose stark ansteigt.

Ausblick

Patienten mit Demenz gehören zu den teuersten und betreuungsintensivsten Patienten im deutschen Gesundheitssystem. Die vorstehende Analyse offenbarte einige Bereiche, in denen erheblicher Handlungsbedarf für eine Verbesserung der Versorgung von Demenzpatienten besteht:

- Vermeidung unnötiger Krankenhausfälle, die bekanntermaßen das Mortalitätsrisiko deutlich erhöhen.
- Eine S3 Leitlinien konforme Arzneimittel-Therapie, die ganz offenbar in der Praxis nicht beherzigt wird und auf erhebliche fachliche aber auch rechtliche Defizite schließen lässt.
- Eine stärker integrierte Versorgung von Demenzpatienten durch Pflegekräfte, Haus- und Fachärzte, Pharmakologen und die Angehörigen, durch die die Versorgung optimiert und die angesprochenen Fehlversorgungen reduziert werden könnte.

All dies würde dazu beitragen, die Versorgung adäquater zu machen und bessere Bedingungen für ein Leben mit Demenz zu schaffen. Ob ein gutes Leben mit Demenz möglich wird, hängt zentral von regionalen und örtlichen Bedingungen ab. Auch dies macht die Sonderauswertung der DAK-Routinedaten deutlich. <<

Care of Patients with Dementia and Changes in Service Utilization after the Initial Diagnosis

Based on projections of beneficiaries of the German statutory health insurance company DAK the prevalence of dementia in Germany is about 16.9 patients per 1,000 inhabitants. This would sum up to 1.4 million people in the entire population of Germany, whereas 282,000 people would add newly to this population (incidence). About 70% of the dementia patients are female, nearly one half is taken care of in the setting of a professional nursing home latest one year after their first diagnosis of dementia. An especially strong growth in service utilization can be monitored in care and hospital services after the first diagnosis of dementia. In the case of hospital care the main reasons for admission are dehydration, disorientation and different kinds of fractures. Looking at regional variation significant differences can be observed. While in the eastern federal states as well as in Bavaria, Saarland and in the Ruhr area the amounts of hospital cases per 1,000 dementia patients are larger than average the opposite can be observed in Hessen and Baden Wuerttemberg. Psycholeptics which at least are considered as critical in the care of dementia patients are in a higher proportion of dementia patients used in several regions of Bavaria, Baden-Wuerttemberg and North Rhine-Westphalia whereas they are rather reluctantly prescribed in the Eastern states of Germany.

Keywords

dementia, care dependency, claims data analysis, regional variation, health services research

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Schulte et al.: „Versorgung von Patienten mit Demenz vor und nach Erstdiagnose“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/18), S. 41-46; doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2098

Dipl.-Kfm. Timo Schulte, MBA

ist Head of Health Data Analytics & IT bei der OptiMedis AG, Hamburg und externer wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie Doktorand an der Universität Witten-Herdecke. Im Rahmen seiner Arbeit bei OptiMedis verantwortet er die Erstellung von Versorgungsanalysen, gesundheitsökonomischen Evaluationen und Feedbackberichten für Leistungserbringer im Rahmen integrierter Versorgungsnetzwerke.
Kontakt: t.schulte@optimedis.de



Laura Lange, M.Sc. Statistics

ist Health Data Analyst bei der OptiMedis AG, Hamburg und dort zuständig für statistische Auswertungen und die Diskussion und Erprobung neuer methodischer Ansätze. Unter anderem programmiert sie Prädiktionsmodelle und hat wesentlich an der Erstellung der Ergebnisse für die letztjährigen Pflegereports der DAK mitgewirkt.
Kontakt: l.lange@optimedis.de



Prof. Dr. jur. habil. Thomas Klie

ist Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft an der Ev. Hochschule Freiburg und Privatdozent an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt sowie Rechtsanwalt in Freiburg und Berlin. Er leitet das 1989 gegründete Forschungsinstitut AGP Sozialforschung und verantwortet seit 2015 den DAK-Pflegereport.
Kontakt: klie@eh-freiburg.de



Dr. h.c. rer. medic. Helmut Hildebrandt

ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Er entwickelt seit Jahren regionale, populationsorientierte Versorgungssysteme und publizierte viele themenbezogene Fachartikel. Er arbeitete bereits als Temporary Advisor für die WHO zu „Health Promoting Hospitals“ und führte über 200 strategische Beratungen für Klienten der Gesundheitswirtschaft und politische Ministerien durch.
Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de



Univ-Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bohnet-Joschko

ist Inhaberin der Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke und im Vorstand des Interdisziplinären Zentrums für Versorgungsforschung (IZVF). Sie forscht zu Ansätzen des Wissens- und Innovationsmanagements und fokussiert Schnittstellen zwischen den Sektoren der Gesundheitswirtschaft.
Kontakt: Sabine.Bohnet-Joschko@uni-wh.de



Dipl.-Ges.oec. (FH) Milorad Pajovic

ist Leiter der Pflegekasse der DAK-Gesundheit, in der Abteilung Gesundheits- und Versorgungsmanagement ist er für strategische Prozesse der Pflegeversicherung verantwortlich. Als Pflegeexperte liegt ihm insbesondere die Entwicklung innovativer Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige nahe.
Kontakt: Milorad.Pajovic@dak.de



Dipl.-Volksw. Andreas Storm

ist Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit. Er verantwortet bei der DAK-Gesundheit die Bereiche Strategie, Finanzmanagement und Controlling sowie diverse Stabsstellen. Er macht die Kundenbedürfnisse und eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung zum Maßstab seines unternehmerischen Handelns.
Kontakt: andreas.storm@dak.de



Prof. Dr. PH Ullrich Bauer

Orkan Okan

Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann

Fokus Gesundheitskompetenz

Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor

Am 19. Februar 2018 wurde der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP) der Öffentlichkeit vorgestellt (Schaeffer et al., 2018). Nach dem Vorbild anderer Länder werden darin die wichtigsten Herausforderungen für eine Verbesserung der Gesundheitsbildung der Bevölkerung und die Förderung der Gesundheitskommunikation des professionellen Personals in Bildungs- und Versorgungseinrichtungen aufgelistet (s. Abb. 1 und 2) und anschließend gezielte Empfehlungen ausgesprochen. Finanziell wurde das Vorhaben von der Robert Bosch Stiftung, dem AOK Bundesverband, der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance in Berlin unterstützt. Es steht unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Prof. Dr. Ullrich Bauer und Dr. Kai Kolpatzik. Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit der ersten der 15 Empfehlungen des NAP, die sich auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor konzentriert.

>> Das Krankheitsspektrum heutiger Gesellschaften ist durch einen anhaltenden Wandel von Infektions- und Akuterkrankungen zu lang andauernden und sich überlagernden chronischen Erkrankungen gekennzeichnet. Im Bereich der chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zeichnet sich wiederum seit zwei Jahrzehnten eine Verlagerung von eher somatischen hin zu eher psycho- und somatosomatischen Störungen ab. Dies wird auch für die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch die Basiserhebung des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) des Robert Koch-Institutes bestätigt (RKI, 2008). Sie zeigt eine deutliche Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen (z. B. Allergien, Diabetes, Asthma) und von somatischen hin zu psychischen Auffälligkeiten (z. B. Drogen- und Arzneimittelmisbrauch, Depression, Aufmerksamkeitsstörungen, Essstörungen) auf. Dieser Trend konnte von der KiGGS Folgerhebung (1. Welle) bestätigt werden (RKI, 2014) und spiegelt sich demnach auch in den kürzlich veröffentlichten Ergebnissen der 2. Welle wider (RKI, 2018).

Die gesundheitlichen Lebenschancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland sind dabei sozial ungleich verteilt. So folgen zum Beispiel die Prävalenz von Verkehrsunfällen, somatischen Krankheiten, Entwicklungsstörungen, Übergewicht und Adipositas, Essstörungen und psychischen Auffälligkeiten einem sozialen Gradienten: Kinder aus sozial benachteiligten Familienverhältnissen sind erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (Lampert et al., 2010).

Dennoch bilden das Kindes- und vor allem das Jugendalter mehr oder weniger „sichere“ Zeiträume, in denen die Gesundheit im Vergleich zu anderen Perioden im Lebenslauf relativ geschützt ist. Das macht es allerdings auch schwer, eine geeignete motivatio-

Zusammenfassung

Am 19. Februar 2018 wurde der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP) der Öffentlichkeit vorgestellt. Darin werden die wichtigsten Herausforderungen für eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung aufgelistet, gezielte Empfehlungen ausgesprochen und Handlungsfelder zur Umsetzung definiert. Gesundheitskompetenz ist ein vergleichsweise junges Forschungsfeld, in dem die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen vor allem im Zusammenhang mit Bildung und Erziehung gegenwärtig durch Wissenschaft und Politik vermehrt Aufmerksamkeit erhalten. Der Blick in die Debatte verdeutlicht einerseits, dass die Stärkung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter als Schlüsselthema für die pädagogische Arbeit in den Einrichtungen des Erziehungs- und Bildungssystems gilt. Andererseits wird jedoch auch deutlich, in der Praxis ist das Thema Gesundheitskompetenz noch nicht zur Gänze angekommen, obwohl sich junge Menschen wünschen, dass der Umgang mit Gesundheit gezielt in Schule und Bildung thematisiert würde. Vor diesen Hintergründen führt der vorliegende Beitrag in die Thematik Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen ein und stellt die erste Empfehlung des Aktionsplans vor: „Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen.“ Folglich müssten im Rahmen dieser Strategie alle Institutionen des Erziehungs- und Bildungssystems berücksichtigt werden von den Kindertageseinrichtungen über Schulen hin zu Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Die Umsetzung dieser Strategie erfordert zudem eine nachhaltige bildungs- und gesundheitspolitische Unterstützung, um eine effektive Ausführung in der Praxis zu gewährleisten.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, Nationaler Aktionsplan, Erziehung und Bildung, Kinder und Jugendliche, Prävention und Intervention, Policy

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2099>

nale Basis für Ansätze der Gesundheitsbildung zu finden, denn ein subjektives Bewusstsein von Beeinträchtigung durch Krankheiten fehlt weitgehend. So sind in den jüngeren Bevölkerungsgruppen die Wissenslücken besonders groß, wie der Gesundheitsreport 2017 zeigt (Stada, 2017). Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene informieren sich nicht aktiv, weil sie das Thema Gesundheit noch nicht für wirklich dringend halten. Sie glauben, Körper und Psyche selbstverständlich im Griff zu haben. Die große Mehrheit von ihnen muss sich auch tatsächlich keine Gedanken über Krankheit, Versorgungsabläufe und Medikamente machen. Im weiteren Verlauf des Lebens rächt sich dies, denn dann können sich körperliche und psychische Beeinträchtigungen so stark zuspitzen, dass junge Leute durch die Fülle der Anforderungen und nicht zuletzt auch durch die Kompliziertheit der Versorgung irritiert sind.

Im Stada-Gesundheitsreport zeigt sich übrigens auch der interessante Befund, dass junge Frauen deutlich sensibler als junge Männer sind. Sie informieren sich häufiger über Gesundheitsthemen, schätzen ihr Wissen besser ein und haben tatsächlich am Ende auf insgesamt immer noch niedrigem Niveau auch einen besseren Kenntnisstand. Das macht deutlich, dass sie sich bereits im jungen Alter mehr Gedanken um das eigene körperliche und psychische Wohlbefinden machen als junge Männer. Das setzt sich im weiteren Verlauf des Lebens und auch bei der Berufswahl fort. Zurzeit strömen immer mehr junge Frauen in die Gesundheitsberufe, allen voran in die Medizin (oder: den Arztberuf). Gesundheit wird zukünftig ein Feld sein, dass von Frauen dominiert wird.

Vor diesen und weiteren Hintergründen erfreut sich Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in der Forschung zusehends größerer Bedeutung (Okan et al., 2018; Bröder et al., 2017). Dennoch liegen bislang erst wenige aussagekräftige Daten



Abb. 1: Gesundheitskompetenz als Fähigkeit im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

vor, die Forschung steht in Deutschland praktisch noch am Anfang. Allerdings kann von einigen interessanten Entwicklungen aus der internationalen Forschung berichtet werden. So ist in der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) neuerdings eine Skala zur Messung der Gesundheitskompetenz in den Fragebogen integriert, um insbesondere Assoziationen mit dem Gesundheitsverhalten bei Schulkindern zu untersuchen (Paakkari et al., 2018). In der Studie wurden Siebt- und Neuntklässler befragt und für Finnland zeigen die Auswertungen, dass 30% der Jugendlichen ihre Gesundheitskompetenz als gut einschätzen, 60% eher moderat und 10% als niedrig. Mädchen schätzen ihre Gesundheitskompetenz dabei höher ein als Jungen und Ältere besser als die Jüngeren. Mit detaillierten Ergebnissen aus der HBSC-Studie, auch für weitere Länder, kann demnach in nächster Zeit gerechnet werden.

In Taiwan wurde kürzlich die weltweit größte Studie zur Messung der Gesundheitskompetenz durchgeführt. Dabei wurden in 2.400 Schulen über 160.000 Schülerinnen und Schüler der 6. Klasse (11 bis 12 Jahre) befragt (Shih et al., 2016). Während bei 44% der Kinder eine hohe oder mittlere Gesundheitskompetenz ermit-

telt werden konnte, lagen die Werte für eine niedrige (26,6%) oder sehr niedrige (29,5%) Gesundheitskompetenz bei 56%. Darüber hinaus belegen zahlreiche Studien aus verschiedenen Ländern, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen assoziiert ist (vgl. Fleary et al., 2018), so z. B. mit Alkohol- und Tabakkonsum, ungesundem Ernährungsverhalten und geringer körperlicher Aktivität. Überdies konnten in verschiedenen Studien bei Kindern und Jugendlichen Assoziationen zwischen geringer Gesundheitskompetenz und höheren Body-Mass-Index-Werten bzw. Übergewicht und Adipositas festgestellt werden (Shih et al., 2016; Lam & Yang, 2014; Chari et al., 2014; Sharif & Blank, 2010).

Die Forschung zur Gesundheitskompetenz in Kindheit und Jugend wächst gegenwärtig an und berücksichtigt dabei auch weitere Kontexte, wie etwa Internet- und Mediennutzung (Ghaddar et al., 2012), psychische Gesundheit und Stigma (Kutcher et al., 2015) und chronische Erkrankungen (Chisolm et al., 2015, 2011). Zahlreiche Studien untersuchen auch die elterliche Gesundheitskompetenz als Annäherung für das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand ihrer Kinder (Keim-Malpass et al., 2015). Durchgängig sprechen sich die Autorinnen und Autoren dieser Studien dafür aus, die Stärkung der Gesundheitskompetenz in den schulischen Bildungsbetrieb zu integrieren.

Ein früher Beginn des Erwerbs von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Ausgangsbedingung, um das Eintreten chronischer Erkrankungen zu verhindern, zeitlich aufzuschieben oder einen gelingenden Umgang mit diesen Erkrankungen zu ermöglichen. Ähnlich wird es auch in Ansätzen der Gesundheitsförderung betont, in denen die hohe Bedeutung der Lebensphasen Kindheit und Jugend für die Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen und das Erlernen eines kritischen Umgangs mit Informationen unterstrichen wird (Hurrelmann et al., 2014; Ravens-Sieberer & Ottova, 2012; Wulfhorst & Hurrelmann, 2009). An die dort geführte Auseinandersetzung ist die Diskussion über die Förderung von Gesundheitskompetenz angeschlossen.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz stellt eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe dar, die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Das Erziehungs- und Bildungssystem ist hier besonders gefordert, denn Bildung stärkt die kognitiven, sprachlichen und literalen Fähigkeiten, zugleich aber auch die Möglichkeit und die Fähigkeit, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen und sich gesundheitskompetent und -förderlich zu verhalten.

Erste Ansätze zur Umsetzung praxisrelevanter Maßnahmen

Die Förderung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter gilt aus allen diesen Gründen als Schlüsselthema für die pädagogische Arbeit in den Einrichtungen des Erziehungs- und Bildungssystems (WHO, 2017; McDaid, 2016). Es ist offensichtlich, dass die Bedeutung der frühen Lebensphasen für die weitere Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden und für die Stärkung von Gesundheitskompetenz zentral ist. Dies gilt sowohl für die Handlungs-



Abb. 2: Gesundheitskompetenz von Individuen und Strukturen (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

ebene, auf der unterschiedliche Umgangsweisen mit Gesundheit geschult werden, als auch für die Ebene der sozialen Strukturen und Kontexte, die individuelles Gesundheitsverhalten leiten, steuern oder verhindern können.

In der Praxis kommt der Vermittlung gesundheitlicher Themen jedoch nach wie vor ein zu geringer Stellenwert zu. Beispielsweise berichtet im Stada-Gesundheitsreport (2017) nur ein knappes Viertel der befragten 18 bis 25 Jahren alten jungen Leute, in der Schule etwas über Volkskrankheiten, Vorbeugung/Prävention oder das Gesundheitssystem erfahren zu haben. Insgesamt sagen 69%, dass Gesundheit in der Schule keine wichtige Rolle spielt. Noch am besten schneiden die Themen Verhütung, Ernährung und Zahngesundheit ab. Junge Leute wünschen sich deswegen mit der über-

wältigenden Mehrheit von 80% ein eigenes Fach oder zumindest eine starke systematische Integration von gesundheitlichen Themen in verschiedene Fächer. Zwei Drittel von ihnen wollen etwas über Vorbeugung/Prävention erfahren. Das ist bemerkenswert: Die jungen Erwachsenen plädieren selbst dafür, dass sie systematisch und strukturiert auf das Thema vorbereitet werden. Auch die Defizite im Wissen um das Funktionieren des Gesundheitssystems sind ihnen bewusst, auch hier wünschen sie sich strukturierte und zuverlässige schulische Informationen.

Dagegen ist die schulische Gesundheitsbildung bislang defizitär – auch in Deutschland. Gesundheitskompetenz taucht in der pädagogischen Literatur erstmals in den 1970er Jahren im Kontext schulischer Konzepte zur Gesundheitserziehung in der US-ameri-

Literatur

- Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority. (2012). *Shape of the Australian Curriculum: Health and Physical Education (Draft)*, Sydney: ACARA.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., ... & Pinheiro, P. (2017). Health Literacy in Children and Adolescents – results from a systematic literature review of definitions, concepts, and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361.
- Chari, R., Warsh, J., Ketterer, T., Hossain, J. & Sharif, I. (2014). Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient education and counseling*, 94(1), 61-66.
- Chisolm, D., Johnson, L. & McAlearney, A. (2011). What makes teens start using and keep using health information websites? A mixed model analysis of teen with chronic illnesses. *Telemed E-Health*, 17:324-8.
- Chisolm, D.J., Sarkar, M., Kelleher, K.J. & Sanders, L.M. (2015). Predictors of health literacy and numeracy concordance among adolescents with special health care needs and their parents. *Journal of health communication*, 20(sup2), 43-49.
- Deutscher Bundestag. (2015). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)* vom 17. Juli 2015, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015.
- Finnish national board of education. (2014). *National core curriculum for basic education 2014*. Helsinki: Next Print.
- Fleary, S.A., Joseph, P. & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of adolescence*, 62, 116-127.
- Ghaddar, S.F, Valerio, M.A., Garcia, C.M. & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *J Sch Health*, 82(1),28-36.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Huber, Bern.
- Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Keim-Malpass, J., Letzkus, L.C. & Kennedy, C. (2015). Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: a systematic review of the literature. *BMC pediatrics*, 15(1), 92.
- Kultusministerkonferenz (KMK). (2012). *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule*. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland.
- Kutcher, S., Bagnell, A. & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(2), 233-244.
- Lam, L.T. & Yang, L. (2014). Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12–16 years old population, Nanning, China, 2012. *Archives of Public Health*, 72(1), 11.
- Lampert, T., Hagen, C. & Heizmann, B. (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- McDaid, D. (2016). *Investing in health literacy. Policy briefs and summaries*, World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Nielsen-Bohman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. & Committee on health literacy, National Research Council (Hrsg.). (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*, The National Academies Press, Washington DC.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. *Health Promot Int*, 13:349-364.
- Okan O, Lopes, E., Bollweg, T.M., Bröder, J., Messer, ... & Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18(1), 166.
- Paakkari, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L. & Paakkari, L. (2018). Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education*, 118(2), 182-195.
- Ravens-Sieberer, U. & Ottova, V. (2012). *Kinder- und Jugendgesundheitsstudie 2002-2010. Gesundheitswesen*, 74(Suppl. 1), 4-7.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2014). *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland-2013 (KiGGS1)*. Aktualisierte Fassung. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2018). *KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen*. *Journal of Health Monitoring* 3(1). RKI, Berlin
- Rowlands, G., Russell, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J. & Nutbeam, D. (2018). What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57).
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.). (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Sharif, I. & Blank, A.E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Education and Counseling* 79(1): 43-48.
- Shih, S.F., Liu, C.H., Liao, L.L. & Osborne, R.H. (2016). Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. *BMC public health*, 16(1), 1.
- Simonds, S.K. (1974). *Health education as social policy*. Proceedings of the Will Rogers Conf on Health Education, Saranac Lake, NY June 22–23, 1973. *Health Education Monographs* 2(Supplement 1):1-10.
- Stada (2017). *Gesundheitsreport 2017. Nachhilfe nötig: Muss Gesundheit Schule machen? Die Gesundheitsbildung junger Erwachsener in Deutschland*. STADA Arzneimittel AG, Bad Vilbel.
- St Leger, L. (2001). *Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges*. *Health Promot Int*, 16(2), 197-205.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. *Health Promot Int*, vol. 32, no. 1, pp. 7-8.
- Wulfhorst, B. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Handbuch der Gesundheitserziehung*. Bern



Abb. 3: Gesundheitskompetenz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

kanischen Diskussion auf (Simonds, 1974). Das für die Lehr- und Lernpläne in der schulischen Gesundheitserziehung in den USA verantwortliche Joint Committee on National Health Education Standards (NHES) präsentierte im Jahr 1995 den Bericht „Achieving Health Literacy“ (Joint Committee on NHES, 1995). Darin wird Gesundheitskompetenz als gesundheitsbezogene Informations- und Problemlösekompetenz definiert, in didaktische Unterrichtsmaßnahmen der Gesundheitsbildung überführt und mit konkreten Lernzielen verbunden. Ähnlich wie die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (KMK, 2012) in Deutschland sind diese Standards jedoch nicht bindend. Obwohl die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für die Gesundheitssozialisation im Kindes- und Jugendalter immer wieder unterstrichen wurde, blieb die praktische Verankerung in der schulischen Gesundheitsbildung und daher auch der erhoffte Effekt zunächst aus (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Die WHO bezog Gesundheitskompetenz bereits in den 1990er Jahren in ihre Strategie zur Gesundheitsförderung als gesundheitsbezogene Bildung ein (Nutbeam, 1998). Zugleich wurde Gesundheitskompetenz eng mit dem WHO-Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule“ verknüpft (St Leger, 2001). Mittlerweile liegen neben dem US-amerikanischen auch Schullehrpläne für Gesundheitskompetenz in Finnland (Finnish national board of education 2014) und Australien (Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority, 2012) vor. In diesem Zusammenhang hat die WHO nun für die Europäische Region einen Evidenzbericht zur Förderung der Gesundheitskompetenz an Schulen und im Bildungswesen veröffentlicht und empfiehlt darin, Gesundheitskompetenz im laufenden Bildungsbetrieb zu verankern (McDaid, 2016).

In einem weiteren Evidenzbericht, veröffentlicht durch das Health Evidence Network (HEN), das durch das WHO-Regionalbüro für Europa im Rahmen der Europäische Gesundheitsinformations-Initia-

tive (EHII) koordiniert wird, werden insgesamt 46 gesundheitspolitische Maßnahmen und Strategien für 19 europäische Länder zur Stärkung der Gesundheitskompetenz identifiziert (Rowlands et al., 2018).

In zahlreichen dieser Ansätze wird Gesundheitskompetenz innerhalb der nationalen Erziehungs- und Bildungssysteme als zentrales Handlungsfeld früher Präventionsmaßnahmen definiert. Dennoch stellen Kinder und Jugendliche aus populationsbezogener Perspektive eine nach wie vor zu wenig beachtete Zielgruppe dar.

Aus diesem Grund wird auch im NAP empfohlen, das Thema Gesundheitskompetenz fest in den Lehrplänen von gesundheitsbezogenen Beratungs- und Bildungsangeboten in Schulen zu verankern und ganz allgemein die Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte bei den organisatorischen Abläufen in Schulen vorzunehmen. Die herausragende Position des Erziehungs- und Bildungssystems bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz wird ausdrücklich unterstrichen und darauf hingewiesen, dass die in den Kindertageseinrichtungen, Schulen, außerschulischen Bildungseinrichtungen, Hochschulen, Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätigen Professionen viel zur Förderung der Gesundheitskompetenz beitragen können. Ebenso wird angemahnt, die Implementations- und Evaluationsforschung in diesem Bereich auszubauen.

Strategien zur weiteren Förderung der Gesundheitskompetenz im Bildungssystem

Die erste Empfehlung des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“ bezieht sich auf das Handlungsfeld „Lebenswelten“ (s. Abb. 3) und lautet (Schaeffer et al., 2018, S. 31):

„Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen.“

Für die Umsetzung dieser Empfehlung müssen folgende, abgestimmte Strategien adressiert werden:

- „Gesundheitskompetenz fest in den Bildungs- und Lehrplänen von Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführenden Schulen, Hochschulen, Jugendbildungs- und beruflichen Ausbildungseinrichtungen sowie in der Erwachsenenbildung verankern.
- Projektwochen zur Gesundheitskompetenz in Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen durchführen und Gesundheit langfristig möglichst als Schulfach etablieren, auf jeden Fall aber als fächerübergreifenden Querschnittsaspekt verbindlich in den Unterricht integrieren.
- Erste Hilfe verbunden mit psychischer, pflegerischer und medizinischer Beratung in Form der Schulgesundheitspflege institutionell in den Erziehungs- und Bildungsinstitutionen verankern.
- Mitarbeiter von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen durch Weiterbildungen in die Lage versetzen, gezielt zur Förderung der Gesundheitskompetenz beizutragen“ (Schaeffer et al., 2018, S. 32).

Die Expertinnen und Experten des ersten Workshops haben für die Umsetzung und Realisierung der ersten Empfehlung zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem drei strategische Vorschläge erarbeitet, die zudem in den Kontext der fünf Prinzipien der Umsetzung, die im NAP vorgeschlagen sind, gesetzt werden müssen (s. Abb. 4):



Abb. 4: Umsetzungsprinzipien im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Abbildung aus dem NAP, Schaeffer et al., 2018).

Erstens: Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte früh im Lebenslauf in den Einrichtungen der Kindertagesstätten und Schulen beginnen, sich über den gesamten Lebenslauf hinweg fortsetzen und die Einrichtungen der Erwachsenenbildung einbeziehen. Die in den letzten Jahren schon erfolgreich umgesetzten Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung sollten entsprechend ergänzt werden.

Begründung: Durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 besteht in Deutschland ein rechtlich verbindlicher Rahmen, in den Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen integriert werden können (Deutscher Bundestag, 2015). Dabei ist wichtig, deutlich herauszuarbeiten, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz über die bestehenden Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung hinausgeht und die bisher vernachlässigten Fähigkeiten und Fertigkeiten des Findens, Verstehens, Beurteilens und Anwendens von gesundheitsrelevanten Informationen in den Vordergrund stellt. Der Erwerb dieser Kompetenz ist in modernen Wissens- und Informationsgesellschaften essenziell, um das Alltagsleben gestalten, die Gesundheit erhalten und fördern und auch, um Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten bewältigen zu können.

Zweitens: Die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hat durch die Digitalisierung aller Lebensbereiche und die damit einhergehende nahezu unbegrenzte Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen über digitale Medien eine herausragende

Bedeutung erlangt. Ein adäquater Umgang mit Informationen und besonders auch mit Gesundheitsinformationen wird mehr und mehr zu einer Schlüsselkompetenz in der Wissensgesellschaft.

Begründung: Durch das besondere Augenmerk auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz kann im Erziehungs- und Bildungssystem ein verstärkter Akzent auf die kognitiven, sprachlichen und „literalen“ Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens gesetzt werden. Eine Stärkung der Gesundheitskompetenz verlangt die Schulung derjenigen Fertigkeiten, die es ermöglichen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Diese Schulung ist in der heutigen Lebenswelt von extrem großer Wichtigkeit geworden, weil die Fülle an digital verfügbaren Informationen unermesslich gestiegen, die Fähigkeit zu deren Verarbeitung aber nicht angemessen mitgewachsen ist. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz hilft den Bildungseinrichtungen also dabei, den Kern ihres Bildungsauftrags zu erfüllen.

Drittens: Um konkrete Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz umzusetzen, sollte direkt an die im Vorschulbereich, im Schulbereich und in der Erwachsenenbildung bereits differenziert ausgearbeiteten Empfehlungen angeknüpft werden.

Begründung: In den Kitas sollten nach dieser Empfehlung in den Bildungsplänen neben der Stärkung von Basiskompetenzen (Lebenskompetenzen im Sinne der WHO und der EU) auch der gesundheitspezifische Kompetenz- und Wissenserwerb als bedeutsam integriert werden, um so früh wie möglich im Lebenslauf mit der Förderung der Gesundheitskompetenz zu beginnen.

In den Schulen sollte, so die Expertinnen und Experten des Workshops, an die Empfehlungen der KMK aus dem Jahr 2012 angeknüpft werden (KMK, 2012). Gesundheitsförderung und Prävention werden dort „als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen“ (S. 3), die „Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und dem sonstigen pädagogischen Personal die Möglichkeit eröffnen, Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen und zu einer gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Umwelt zu erwerben“ (S. 3). Diese Vorgaben sollten um den Aspekt der Gesundheitskompetenz erweitert und entsprechend aktualisiert und fortgeschrieben werden.

In der Erwachsenenbildung kann, so die Expertinnen und Experten des Workshops, der für die Erwachsenenbildung ohnehin maßgebliche Aspekt der Alphabetisierung und Grundbildung wieder stärker betont werden. Viele Strukturen der Erwachsenenbildung weisen eine Nähe zur Erwerbstätigkeit auf, sodass hier auch der Übergang in den Arbeitsmarkt und damit das Thema der Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt, einschließlich der Probleme von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, aufgegriffen werden kann. <<

Improving health literacy in education

On 19 February 2018, the „National Action Plan on Health literacy“ was presented to the public. The plan highlights the most important challenges in relation to improving health literacy in the population, it includes specific recommendations on how to strengthen health literacy and defines several fields of action for implementing the plan's strategy.

Health literacy is still a relatively new field of study within which children and adolescents are getting increased attention by research and policy efforts, especially in context of education. In the recent discussion, strengthening health knowledge and health literacy in children and adolescents is considered as a key target area for pedagogical work that should be facilitated within the institutions of the education system. However, currently health literacy is not being sufficiently addressed in educational practice, although young people express that they would like to learn more about health in school education, including the skills and knowledge necessary to manage health.

In this context, the purpose of this article is to briefly introduce the recent discussion regarding health literacy among children and adolescents and to present the first recommendation of the German National Action Plan, which is to „Enable the education system to promote health literacy early in life“. Consequently, such strategy must consider action within all institutions and settings of the education system, including kindergartens, schools and the adult education system. The implementation of this strategy also requires sustained educational and health policy support to ensure effective implementation in practice.

Keywords

Health literacy, national action plan, education and bildung, children and adolescents, prevention and intervention, policy

Autorenerklärung

Es bestehen keine Interessenkonflikte. Die Arbeit von Orkan Okan wurde sowohl durch die Universität Bielefeld unterstützt als auch durch Zuwendungen des BMBF im Rahmen des Drittmittelprojektes „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)“ (FKZ 01EL1424A). Prof. Dr. Ullrich Bauer ist Verbundleiter des HLCA-Verbundes und Teil der Projektleitung im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Prof. Dr. Klaus Hurrelmann ist Teil der Projektleitung im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz.

Zitationshinweis

Bauer, U., Okan, O., Hurrelmann, K.: „Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/18, S. 47-52, doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2099

Prof. Dr. PH Ullrich Bauer

ist Professor für Sozialisationsforschung an der Fakultät für Erziehungswissenschaften und Leiter des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter der Universität Bielefeld. Seine Forschung konzentriert sich besonders auf das Thema der gesundheitsbezogenen Sozialisation und der Eröffnung von Lebenschancen in unterschiedlichen Zielgruppen der Gesundheit- und Bildungsförderung. Kontakt: ullrich.bauer@uni-bielefeld.de



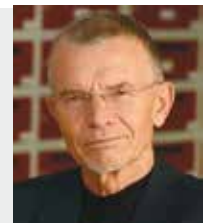
Orkan Okan

ist Erziehungswissenschaftler mit dem Schwerpunkt Bildungs-, Sozialisations- und Gesundheitsforschung im Kindes- und Jugendalter. Er ist Doktorand an der Universität Bielefeld und arbeitet seit 2015 im nationalen Forschungsverbund „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)“ als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektmanager. Kontakt: orkan.okan@uni-bielefeld.de



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann

ist Sozialwissenschaftler mit dem Schwerpunkt Jugend-, Bildungs- und Gesundheitsforschung. Er wurde 1975 zum Professor an der Universität Essen ernannt und wechselte 1979 an die Universität Bielefeld. Seit 2009 arbeitet er als Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin. Kontakt: Hurrelmann@hertie-school.org



Vanessa Seitz

Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev

Prävalenz und Behandlung von Verletzungen bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen

Jedes Jahr sterben weltweit etwa 5 Millionen Menschen an Verletzungen. Diese Zahl macht 9% aller Todesfälle aus [1]. Es wurde nachgewiesen, dass Männer und junge Menschen häufiger an Verletzungen sterben als Frauen bzw. ältere Menschen [1–3]. Verletzungen verursachen zudem jedes Jahr eine Million dauerhafte Behinderungen in der Europäischen Union und haben somit erhebliche Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit in dieser Region der Welt [4]. Die Prävalenz von Verletzungen in Deutschland wurde in den letzten Jahren nur von wenigen Autoren untersucht. Im Jahr 2010 gab es in diesem Land geschätzte 8 Millionen Verletzungen und mehr als 20.000 Todesfälle durch Verletzungen [5,6]. Im selben Jahr fanden Rickels et al. heraus, dass die Inzidenz von Schädel-Hirn-Traumata in zwei voneinander getrennten Regionen Deutschlands bei 332 pro 100.000 Menschen lag [7]. In einer im Jahr 2013 veröffentlichten telefonischen Querschnittserhebung wurde ferner geschätzt, dass bei mehr als 10% der Teilnehmer in den 12 Monaten vor der Befragung Unfallverletzungen festgestellt worden waren, die eine medizinische Behandlung erforderten [8]. In jüngerer Zeit, im Jahr 2016, zeigten Rommel und Kollegen, dass mindestens 2,8% von mehr als 14.000 Erwachsenen von einem Arbeitsunfall betroffen waren [9].

>> Das Risiko, die Diagnose Arbeitsunfall erhalten zu haben, war insbesondere mit den Faktoren Geschlecht, Alter und Art der Beschäftigung assoziiert. Obwohl diese Arbeiten von großem Interesse sind, basieren drei von ihnen auf Telefonumfragedaten und eine auf Krankenhausdaten. Darüber hinaus konzentrierten sich die meisten dieser früheren Studien auf spezifische Verletzungen. Aufgrund dessen fehlen Daten zur Gesamtverletzungshäufigkeit bei in Hausarztpraxen behandelten Personen. Außerdem ist in Bezug auf die verschiedenen Behandlungen, die Patienten mit Verletzungen verordnet werden, nur wenig bekannt. In Deutschland wird die Mehrzahl der Patienten mit schweren Verletzungen von Orthopäden beobachtet und behandelt. Hausärzte sind jedoch häufig für die Behandlung von Patienten mit weniger schweren Verletzungen zuständig. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die Prävalenz und Behandlung von Verletzungen bei in deutschen Hausarztpraxen beobachteten Personen zu analysieren.

Methodik

Datenbank

Die vorliegende retrospektive Studie wurde anhand von Daten der

Zusammenfassung

Ziel: Ziel der vorliegenden Studie war es, die Prävalenz und Behandlung von Verletzungen bei in deutschen Hausarztpraxen beobachteten Personen zu analysieren.

Methodik: Diese Studie umfasste alle Patienten (N=2.644.037), die im Jahr 2016 mindestens einmal in der Datenbank enthaltenen Hausarztpraxis (N=1.063) aufsuchten. Das erste Outcome war die Prävalenz von in Hausarztpraxen behandelten Verletzungen. Die Studie untersuchte 12 verschiedene Verletzungsarten. Das zweite Outcome war die Verletzungsrate bei Patienten, die in ein Krankenhaus eingewiesen oder an einen Facharzt überwiesen worden waren. Drei Behandlungsarten wurden in die Analyse einbezogen. Diese retrospektive Querschnittsstudie stützt sich auf beschreibende Analysen.

Ergebnisse: Im Jahr 2016 wurde bei 297.528 Patienten in deutschen Hausarztpraxen eine Verletzung diagnostiziert. Dies entspricht 11,3% der Gesamtbevölkerung. Sieht man von nicht näher bezeichneten Verletzungsdiagnosen ab, war die häufigste Diagnose die einer Knöchel- und Fußverletzung (N=34.650). Die Prävalenz von Verletzungen war am höchsten bei Personen >80 Jahre (18,0%) und am niedrigsten bei Personen zwischen 31-40 Jahren (9,5%). Insgesamt erhielten 55% der Patienten mit Verletzungen systemische Antirheumatika oder Analgetika, 13% erhielten topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen und 7% erhielten Heparine. Außerdem wurden 8% der Verletzten an Krankenhäuser, 14% an Chirurgen und 11% an Orthopäden überwiesen.

Schlussfolgerungen: Im Jahr 2016 wurde bei mehr als einem von zehn Patienten in deutschen Hausarztpraxen eine Verletzung diagnostiziert. Das Management und die Behandlung von verletzten Personen in diesem Setting erschien zufriedenstellend.

Schlüsselwörter

Verletzungen, Prävalenz, Behandlung, Management, Hausarztpraxen, Deutschland

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2100

bundesweiten Disease Analyzer-Datenbank (QuintilesIMS) durchgeführt [10]. Diese Datenbank umfasst demografische, klinische und pharmazeutische Daten, die aus einer bundesweiten Stichprobe von hausärztlichen Praxen gewonnen werden. QuintilesIMS bewertet regelmäßig die Qualität der Disease Analyzer-Datenbank und vorherige Studien haben gezeigt, dass die Datenbank repräsentativ für deutsche Hausarztpraxen ist. Zu guter Letzt ist anzubringen, dass diese Datenbank in den letzten Jahren bereits in Studien mit Schwerpunkt auf Frakturen und ihre Risikofaktoren verwendet wurde [11–13].

Studienpopulation und Outcome

Diese Studie umfasste alle Patienten (N=2.644.037), die im Jahr 2016 mindestens eine Hausarztpraxis in Deutschland (N=1.063) aufsuchten. Das erste Outcome war die Prävalenz von in Hausarztpraxen behandelten Verletzungen (ICD-10-Codes [Internationale Klassifikation der Krankheiten]: S00-T14). Die Studie untersuchte 12 verschiedene Verletzungsarten: Verletzungen des Kopfes (S00-09), Verletzungen des Halses (S10-19), Verletzungen des Thorax (S20-29), Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S30-39), Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (S40-49), Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (S50-59), Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (S60-69), Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (S70-79), Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (S80-89), Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (S90-99), Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen (T00-07) und Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen (T08-14). Das zweite Outcome war der Anteil der verletzten Patienten, die an Krankenhäuser

Kennzahlen auf Patientenebene		Geschlecht und Altersverteilung										
Verletzungsart	Anzahl	Männer	Frauen	<18	18-25	26-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80
Verletzungen des Kopfes (S00-09)	28.019	51%	49%	13%	13%	6%	9%	10%	12%	9%	13%	16%
Verletzungen des Halses (S10-19)	8.866	43%	57%	5%	22%	11%	17%	16%	14%	7%	5%	4%
Verletzungen des Thorax (S20-29)	24.907	51%	49%	3%	7%	5%	10%	13%	18%	13%	16%	16%
Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S30-39)	17.130	41%	59%	5%	8%	4%	8%	9%	13%	11%	19%	24%
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (S40-49)	17.871	49%	51%	4%	9%	6%	9%	11%	15%	12%	17%	18%
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (S50-59)	14.097	41%	59%	9%	8%	5%	8%	9%	13%	12%	16%	20%
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (S60-69)	29.977	58%	42%	11%	16%	9%	13%	13%	15%	9%	8%	6%
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (S70-79)	15.613	42%	58%	4%	7%	4%	6%	7%	10%	10%	18%	36%
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (S80-89)	34.222	50%	50%	7%	12%	7%	11%	14%	17%	12%	12%	10%
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (S90-99)	34.650	50%	50%	12%	17%	9%	14%	13%	15%	8%	7%	5%
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen (T00-07)	6.729	48%	52%	8%	10%	6%	10%	10%	14%	10%	14%	17%
Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen (T08-14)	129.903	48%	52%	10%	10%	6%	11%	12%	15%	11%	13%	12%
Alle Verletzungen	297.528	49%	51%	9%	11%	7%	11%	12%	15%	11%	12%	12%

Tab. 1: Die Prävalenz von Verletzungen bei im Jahr 2016 in deutschen Hausarztpraxen beobachteten Patienten.

Tab. 2: Geschlecht und Alter von Patienten, bei denen Verletzungen diagnostiziert wurden.

oder Fachärzte überwiesen worden waren. Die Analyse umfasste drei Behandlungsarten: systemische Antirheumatika/Analgetika (Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem [ATC]: N02B, M01A), topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02A) und Heparine (B01AB).

Statistische Analysen

Als Teil dieser retrospektiven Querschnittsstudie wurden beschreibende Analysen erstellt. Die Prävalenz von Verletzungen, definiert als der Anteil von Personen mit mindestens einer Verletzungsdiagnose, wurde in der Gesamtpopulation und in mehreren Untergruppen unterteilt nach Geschlecht und Alter (Männer, Frauen, <18, 18-25, 26-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80 und >80 Jahre) geschätzt. Darüber hinaus wurde die Prävalenz von Verletzungspatienten, die medikamentöse Behandlungen und Überweisungen in ein Krankenhaus oder in fachärztliche Behandlung erhielten, in der Gesamtpopulation und in den 12 verschiedenen Verletzungsuntergruppen geschätzt. Alle Analysen wurden mit Hilfe von SAS 9.3 (SAS Institute, Cary, NC, USA) durchgeführt.

Ergebnisse

Im Jahr 2016 gab es in deutschen Hausarztpraxen 297.528 Patienten mit Verletzungsdiagnosen. Dies entspricht 11,3% der Gesamtstudienpopulation (Tab. 1). Sieht man von nicht näher bezeichneten Verletzungsdiagnosen ab, war die häufigste Diagnose die einer Knöchel- und Fußverletzung (N=34.650). Die Prävalenz von Verletzungen war am höchsten bei Personen >80 Jahre (18,0%) und am niedrigsten bei Personen zwischen 31-40 Jahren (9,5%; Abb. 1). Pro Hausarztpraxis gab es durchschnittlich 280 Verletzungsdiagnosen (137 Männer und 143 Frauen). Von den Personen, die eine Verletzungsdiagnose erhielten, waren 49% Männer und 51% Frauen (Tab. 2). Die Anteile der Behandlungen an der Gesamtstudienpopulation und an den verschiedenen Verletzungsgruppen sind

in Tabelle 3 aufgelistet. Insgesamt erhielten 55% der Patienten mit Verletzungen systemische Antirheumatika oder Analgetika, 13% erhielten topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen und 7% erhielten Heparine. Außerdem wurden 8% der Verletzten an Krankenhäuser, 14% an Chirurgen und 11% an Orthopäden überwiesen (Abb. 2).

Diskussion

Bei mehr als 10% der Patienten, die im Jahr 2016 in deutschen Hausarztpraxen beobachtet wurden, wurde eine Verletzung diagnostiziert. Am häufigsten waren Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes. Darüber hinaus wiesen Personen im Alter von 80 Jahren die höchste und Personen im Alter von 31 bis 40 Jahren die niedrigste Verletzungsrate auf. Zu guter Letzt wurde geschätzt, dass die Mehrzahl der Verletzungspatienten entweder topische oder systemische Behandlungen erhalten hatte und dass eine Minderheit später an Krankenhäuser oder Spezialisten überwiesen worden war.

Das wichtigste Ergebnis dieser retrospektiven Querschnittsanalyse ist, dass bei etwa 11% der Studienpopulation eine Verletzung diagnostiziert wurde. Nach unserem Kenntnisstand ist dies die erste Studie speziell zur Prävalenz von Verletzungen in deutschen Hausarztpraxen. Ein kürzlich veröffentlichter Bericht des Robert Koch-Instituts hat ergeben, dass in Deutschland im Jahr 2010 mehr als 8 Millionen Verletzte und mehr als 20.000 Todesfälle durch Verletzungen verzeichnet wurden [6]. Die Autoren schätzten weiter, dass im selben Jahr circa 8% der Bevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter an Unfällen beteiligt waren, die eine medizinische Behandlung erforderten. In Übereinstimmung mit früheren Studien [1-3] fanden sie heraus, dass Männer und jüngere Personen eher solche Verletzungen erleiden als Frauen und ältere Personen. Interessanterweise kam es zu Hause oder bei Freizeitaktivitäten zu den meisten Unfällen.

Weiterhin stellten sie fest, dass Knöchel- und Fußverletzungen

Prävalenz von Patienten mit diagnostizierten Verletzungen			
Verletzungsart	Systemische Antirheumatika/Analgetika (N02B, M01A)	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02A)	Heparine B01AB)
Verletzungen des Kopfes (S00-09)	50%	7%	2%
Verletzungen des Halses (S10-19)	78%	6%	0%
Verletzungen des Thorax (S20-29)	86%	5%	1%
Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S30-39)	73%	4%	6%
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (S40-49)	79%	6%	4%
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (S50-59)	66%	8%	3%
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (S60-69)	56%	19%	1%
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (S70-79)	67%	6%	16%
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (S80-89)	54%	12%	23%
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (S90-99)	49%	19%	13%
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen (T00-07)	42%	15%	3%
Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen (T08-14)	28%	17%	2%
Alle Verletzungen	55%	13%	7%

Tab. 3: Die Prävalenz von Patienten, bei denen eine Verletzung diagnostiziert wurde und die in Hausarztpraxen in Deutschland behandelt wurden.

am häufigsten auftraten und dass fast jeder fünfte Patient mit Knöchel- und Fußverletzungen zwischen 18 und 25 Jahre alt war. Dieses Ergebnis ist wahrscheinlich auf die Tatsache zurückzuführen, dass Knöchel- und Fußverletzungen häufig bei Sportlern oder bei Patienten mit körperlich anstrengenden Berufen diagnostiziert werden. Im Jahr 2007 führten Fong et al. einen systematischen Review von 227 Studien durch, die auf die Analyse sportbedingter Verletzungen abzielten [14]. Sie schätzten, dass 16% der Patienten Knöchelverletzungen aufwiesen und dass der Knöchel bei 24 von 70 betrachteten Sportarten das am häufigsten verletzte Körperteil war. Im Jahr 2011 fanden Wallace und Kollegen bei Soldaten im aktiven Dienst der US-Armee ähnliche Anteile von Knöchel- und Fußverletzungen.

Auch hier betrafen diese Verletzungen 16% der Studienpopulation [15]. Darüber hinaus schätzten die Autoren, dass eine Vorgeschichte von Knöchel- und Fußverletzungen einer der größten Risikofaktoren für die Entwicklung solcher Verletzungen war. Anhand der Betrachtung der Gesamtstudienpopulation der vorliegenden retrospektiven Studie haben wir gezeigt, dass die Prävalenz von Verletzungen bei Personen über 80 Jahren am höchsten war (18%). Erwähnenswert ist, dass diese spezifische Altersgruppe 36% der Patienten mit Hüft- und Oberschenkelverletzungen stellte. Kombiniert man diese Ergebnisse, so wird deutlich, dass Stürze eine Hauptursache für Verletzungen bei älteren Menschen sein könnten. Im Jahr 2014 schätzten Rapp und Kollegen, dass die Sturzzraten in Deutschland bei Männern mit zunehmendem Alter stiegen [16]. Eine andere, in Ecuador durchgeführte Studie ergab, dass 11% der Personen in einer älteren Studienpopulation über sturzbedingte Verletzungen berichteten, wobei regelmäßiger Alkoholkonsum, die Anzahl komorbider Zustände und Harninkontinenz als Risikofaktoren identifiziert wurden [17].

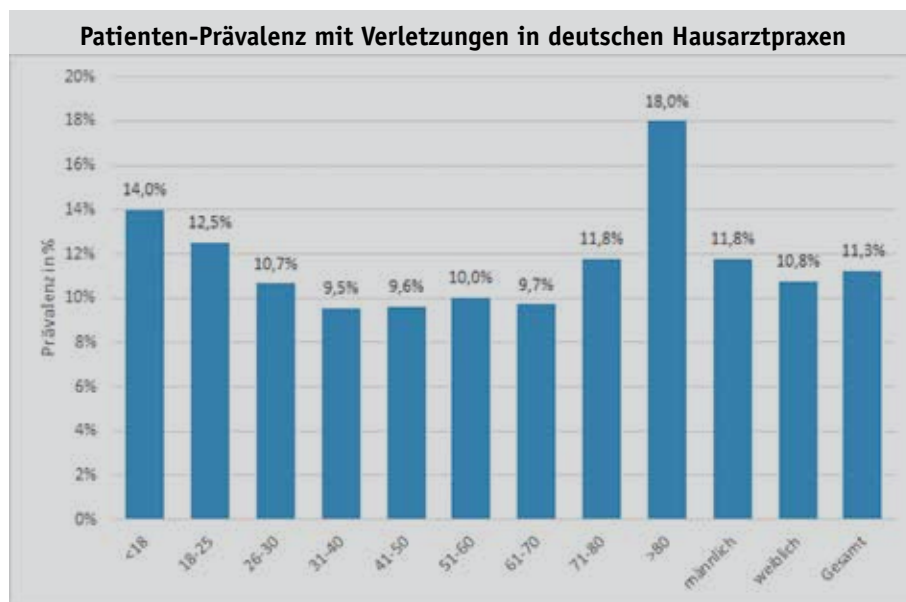


Abb. 1: Die Prävalenz der Patienten mit Verletzungen in deutschen Hausarztpraxen im Jahr 2016.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis unserer Studie ist, dass die Behandlung und das Management von Verletzungspatienten in deutschen Hausarztpraxen zufriedenstellend zu sein scheint. Von besonderem Interesse ist, dass 55% der Studienpopulation systemische Antirheumatika oder Analgetika erhielten. Obwohl bei verletzten Patienten, die in die Notaufnahme eingeliefert wurden, hohe Schmerzzraten berichtet wurden [18], ist denkbar, dass die Prävalenz von Schmerzen bei Personen, bei denen in Hausarztpraxen eine Verletzung diagnostiziert wurde, geringer ist. Diese Hypothese legt nahe, dass die meisten

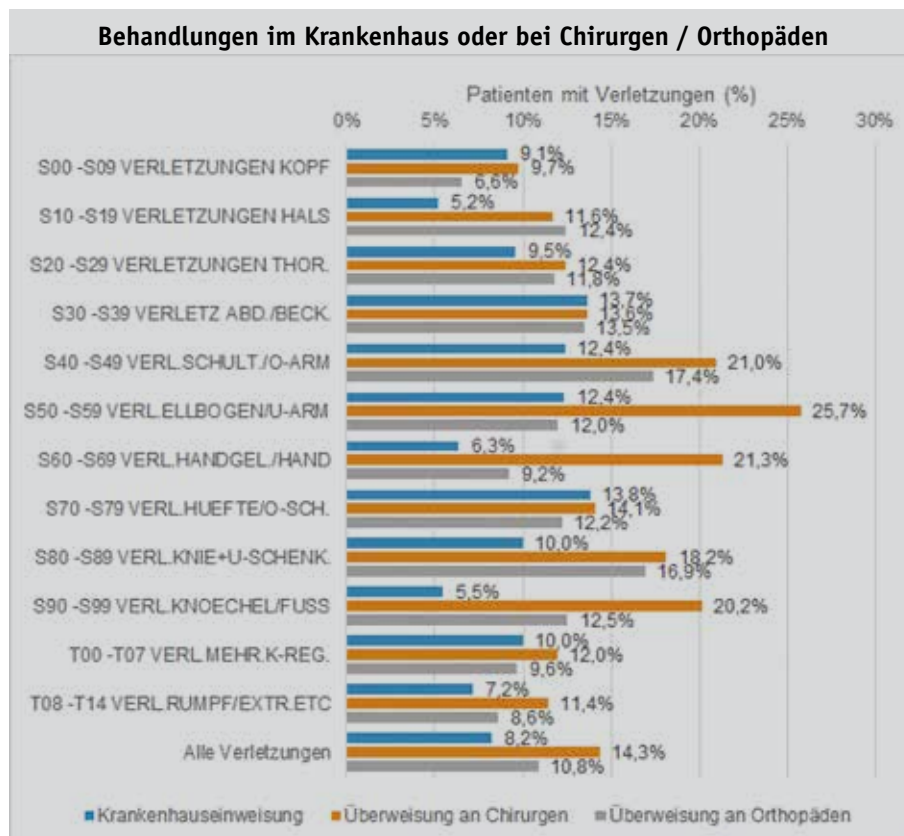


Abb. 2: Anteil der Patienten, bei denen Verletzungen diagnostiziert und die ins Krankenhaus eingewiesen oder an Chirurgen oder Orthopäden überwiesen wurden.

der verletzten Patienten mit Schmerzen Analgetika erhielten. Eventuell wurden auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel eingesetzt, um Personen mit leichten Schmerzen zu behandeln. Darüber hinaus erhielten 13% bzw. 7% der Personen, bei denen Verletzungen diagnostiziert wurden, auch topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen bzw. Heparine. Da systemische Analgetika mit erheblichen Nebenwirkungen assoziiert sind [19–21], ist es möglich, dass Hausärzte bei leichten Verletzungen bevorzugt topische Mittel verordnen. Die Verschreibungsrate von Heparinen war bei Patienten, bei denen Verletzungen der unteren Extremitäten diagnostiziert wurden, besonders hoch. Dieser hohe Anteil könnte durch die Tatsache erklärt werden, dass diese Personen ein besonders hohes Risiko haben, eine tiefe Venenthrombose oder Lungenembolie zu entwickeln [22,23]. Schließlich wurde geschätzt, dass nur eine Minderheit der Patienten an Krankenhäuser oder Facharztpraxen überwiesen wurde. Da Personen mit schweren Verletzungen häufig direkt in der Notaufnahme oder in orthopädischen Praxen behandelt werden [24,25], benötigt die Mehrheit der von Hausärzten beobachteten Verletzungspatienten keine

Literatur

- 1 World Health Organization. Injuries and violence – the facts. ; 2014.
- 2 Sorenson SB. Gender Disparities in Injury Mortality: Consistent, Persistent, and Larger Than You'd Think. *Am J Public Health* 2011; 101:S353–S358.
- 3 Turner SL, Johnson RD, Weightman AL, Rodgers SE, Arthur G, Bailey R. et al. Risk factors associated with unintentional house fire incidents, injuries and deaths in high-income countries: a systematic review. *Inj Prev* 2017; :injuryprev-2016-042174.
- 4 EuroSafe. Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2008-2010. Amsterdam; ; 2013. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf
- 5 Robert Koch-Institut. Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Berlin; ; 2013. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/unfallbericht_geda.pdf%3F__blob%3DpublicationFile
- 6 Varnaccia G, Rommel A, Saß A-C. Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. *Unintentional injuries in the German adult population. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014; 57:604-612.
- 7 Rickels E, von Wild K, Wenzlaff P. Head injury in Germany: A population-based prospective study on epidemiology, causes, treatment and outcome of all degrees of head-injury severity in two distinct areas. *Brain Inj* 2010; 24:1491–1504.
- 8 Sass A-C, Stang A. Population-based incidences of non-fatal injuries - results of the German-wide telephone survey 2004. *BMC Public Health* 2013; 13:376.
- 9 Rommel A, Varnaccia G, Lahmann N, Kottner J, Kroll LE. Occupational Injuries in Germany: Population-Wide National Survey Data Emphasize the Importance of Work-Related Factors. *PLoS ONE* 2016; 11. doi:10.1371/journal.pone.0148798
- 10 Dombrowski S, Kostev K. Use of Electronic Medical Records in the Epidemiological Research. Göttingen: Cuvillier Verlag <https://cuvillier.de/en/shop/publications/7494-use-of-electronic-medical-records-in-the-epidemiological-research>
- 11 Jacob L, Kostev K. Impact of attention deficit hyperactivity disorder therapy on fracture risk in children treated in German pediatric practices. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA* 2017; 28:1265-1269.
- 12 Dombrowski S, Jacob L, Hadji P, Kostev K. Oral contraceptive use and fracture risk-a retrospective study of 12,970 women in the UK. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA* 2017; 28:2349-2355.
- 13 Dombrowski S, Kostev K, Jacob L. Use of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and risk of bone fracture in patients with type 2 diabetes in Germany-A retrospective analysis of real-world data. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA* 2017; 28:2421-2428.
- 14 Fong DT-P, Hong Y, Chan L-K, Yung PS-H, Chan K-M. A systematic review on ankle injury and ankle sprain in sports. *Sports Med Auckl NZ* 2007; 37:73-94.
- 15 Wallace RF, Wahi MM, Hill OT, Kay AB. Rates of ankle and foot injuries in active-duty U.S. Army soldiers, 2000-2006. *Mil Med* 2011; 176:283-290.
- 16 Rapp K, Freiberger E, Todd C, Klenk J, Becker C, Denkinger M, et al. Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods. *BMC Geriatr* 2014; 14:105.
- 17 Orces CH. Prevalence and Determinants of Fall-Related Injuries among Older Adults in Ecuador. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2014; 2014:863473.
- 18 Berben SAA, Meijs THJM, Dongen RTM van, Vugt AB van, Vloet LCM, Groot JJM, et al. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury* 2008; 39:578-585.
- 19 Schug SA, Zech D, Grond S. Adverse effects of systemic opioid analgesics. *Drug Saf* 1992; 7:200-213.
- 20 Sostres C, Gargallo CJ, Arroyo MT, Lanás A. Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010; 24:121-132.
- 21 Roberts E, Delgado Nunes V, Buckner S, Latchem S, Constanti M, Miller P, et al. Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies. *Ann Rheum Dis* 2016; 75:552-559.
- 22 Batra S, Kurup H, Gul A, Andrew JG. Thromboprophylaxis following cast immobilisation for lower limb injuries--survey of current practice in United Kingdom. *Injury* 2006; 37:813-817.
- 23 Toker S, Hak DJ, Morgan SJ. Deep Vein Thrombosis Prophylaxis in Trauma Patients. *Thrombosis* 2011; 2011. doi:10.1155/2011/505373
- 24 Neugebauer EAM, Waydhas C, Lendemann S, Rixen D, Eikermann M, Pohlemann T. The Treatment of Patients With Severe and Multiple Traumatic Injuries. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109:102-108.
- 25 Sturm JA, Pape H-C, Dienstknecht T. Trauma Care in Germany: An Inclusive System. *Clin Orthop* 2013; 471:2912-2923.

intensive Behandlung. Obwohl dies in unserer Studie nicht thematisiert wurde, ist denkbar, dass Verletzungspatienten auch von Angehörigen anderer medizinischer Berufe behandelt wurden (z.B. Physiotherapeuten und Osteopathen).

Wenngleich die aktuellen Ergebnisse von besonderem Interesse sind, unterliegt diese Studie einigen Einschränkungen, die an dieser Stelle Erwähnung finden sollten. Erstens war es nicht möglich, die Auswirkungen der Schwere der Verletzungen auf die Behandlung und das Management von Verletzungen zu analysieren, da keine Informationen zur Schwere der Verletzungen vorlagen. Zweitens gab es keine Daten zu den Ursachen und Umständen, die zu den Verletzungen führten. Drittens waren wir nicht in der Lage, die Verwendung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu untersuchen, obwohl diese Arzneimittel bei Patienten mit leichten Verletzungen möglicherweise häufig Anwendung fanden. Zu guter Letzt standen keinerlei Informationen zu Faktoren zur Verfügung, die möglicherweise mit Verletzungen assoziiert waren (z.B. Schlafmangel, Alkoholkonsum oder Drogenkonsum). Die größten Stärken dieser Studie sind die Anzahl der Hausarztpraxen sowie die Anzahl der für die Analyse zur Verfügung stehenden Patienten.

Im Jahr 2016 wurde bei mehr als einem von zehn Patienten in deutschen Hausarztpraxen eine Verletzung diagnostiziert. Das Management und die Behandlung von verletzten Personen in diesem Setting erschien zufriedenstellend. <<

Prevalence and treatment of injuries in patients followed by general practitioners in Germany

Aims: The goal of the present study was to analyze the prevalence and treatment of injuries in individuals followed by general practitioners in Germany.

Methods: This study included all patients (N=2,644,037) with at least one visit to a general practice (N=1,063) in Germany in 2016. The first outcome was the prevalence of injuries in general practices. The study considered 12 different types of injuries. The second outcome was the rate of injury in patients who had been referred to the hospital or to specialist care. Three types of treatments were included in the analysis. Descriptive analyses were performed for this cross-sectional retrospective study.

Results: In 2016, there were 297,528 patients with an injury diagnosis made in general practices in Germany, representing 11.3% of the overall population. Excluding unspecified injury diagnoses, the most frequent diagnosis was related to injuries of the ankle and foot (N=34,650). The prevalence of injuries was highest in individuals aged >80 years (18.0%) and lowest in those aged 31-40 years (9.5%). Fifty-five percent of injury patients received systemic antirheumatics or analgesics, 13% topical products for joint and muscular pain, and 7% heparins. Finally, 8% of injury patients were admitted to hospitals, 14% referred to surgeons, and 11% referred to orthopedists.

Conclusions: In 2016, more than one in 10 patients were diagnosed with an injury in general practices in Germany. Furthermore, management and treatment of injured individuals appeared to be satisfactory in this setting..

Keywords

injuries, prevalence, treatment, management, general practices, Germany

Autorenerklärung

Vanessa Seitz und Karel Kostev erklären, keine Interessenkonflikte in Bezug auf die in diesem Beitrag beschriebene Studie oder die Urheberschaft und/oder Veröffentlichung dieses Beitrags zu haben. Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung für die in diesem Beitrag beschriebene Studie oder die Urheberschaft und/oder Veröffentlichung dieses Beitrags erhalten.

Zitationshinweis

Seitz, V., Kostev, K.: „Prävalenz und Behandlung von Verletzungen bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/18, S. 53-57, doi: 10.24945/MVF.0418.1866-0533.2100

Vanessa Seitz

studiert Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Kontakt: vanessa.seitz@med.uni-giessen.de



Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev

ist Research Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Hochschule Fresenius und an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.

Kontakt: karel.kostev@iqvia.com



Christoph Potempa, M.A. / Prof. Dr. rer. soc.
Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

Zur Versorgung mit CPM-Bewegungsschienen nach Knie- bzw. Schulteroperationen

In der Literatur finden sich bereits zahlreiche Studien sowie Rezensionen zum Thema CPM-Schienentherapie. Neben kontrollierten und randomisierten klinischen Studien zur Anwendung von CPM bei unterschiedlichen Indikationen [4-12] finden sich darunter auch vereinzelte Metaanalysen [13, 14] und Reviews [15, 16]. Die Studienlage erweist sich insgesamt als sehr heterogen im Bezug auf die Indikationsstellung, die Vergleichstherapie, die Studiendauer, den Behandlungsbeginn und die Endpunktbetrachtung. Zusätzlich zu dieser Heterogenität der Studienlage kommt erschwerend hinzu, dass die Studien aus unterschiedlichen Ländern stammen, deren Versorgungsstruktur nicht ohne Weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden kann [9, 17]. Methodisch werden die Studien u.a. dadurch limitiert, dass eine komplette Verblindung aller Beteiligten nicht praktikabel ist. Die Behandlungsergebnisse werden darüber hinaus von vielen Faktoren beeinflusst (z.B. Art der Gelenkverletzung, Operationstechnik, Begleiterkrankungen). Eine Zielsetzung der vorliegenden Studie bestand in der Beschreibung dieser Heterogenität, mit einem Fokus auf der realen Versorgungssituation. Ein zentraler Bestandteil dieser Versorgungssituation ist die Entscheidung der Krankenkassen, ob die CPM-Schienenbehandlung nach erfolgter Verordnung tatsächlich genehmigt wird. Dies entspricht im Sinne der „real-world-evidence“ nicht nur der tatsächlichen Versorgungsrealität, sondern wird darüber hinaus der Vielfalt möglicher Szenarien gerecht, in denen sich Patienten nach einer Knie- bzw. Schulteroperationen wiederfinden können.

>> Im Rahmen der aufgeführten Studien wurden bereits zahlreiche Belege für den therapeutischen Nutzen von CPM-Bewegungsschienen erbracht. Auch das IQWiG attestierte im Rahmen seines Vorberichtes im Januar 2018 für 3 von 5 Indikationen einen Anhaltspunkt auf bzw. Hinweis für einen Zusatznutzen der CPM-Schienentherapie [18].

Der Fokus der bisher publizierten Arbeiten lag jedoch nur selten auf dem Versorgungskontext der ambulanten Hilfsmittelversorgung in Deutschland. Für ein Hilfsmittel, das seit ca. 40 Jahren zum Einsatz kommt, sind Daten zur „real-world-evidence“ dementsprechend vergleichsweise rar. An diesem Punkt setzt die vorliegende Publikation an.

Die zentrale Zielsetzung besteht in der Darstellung der empirischen Versorgungssituation von Patienten, die zur postoperativen Nachbehandlung ihrer Knie- bzw. Schultergelenkoperation eine Verordnung über eine CPM-Bewegungsschiene erhalten haben. Ne-

Zusammenfassung

Hintergrund: CPM-Bewegungsschienen werden häufig im Rahmen der Anschlussbehandlung nach operativen Gelenkeingriffen eingesetzt. Durch Einsatz der CPM-Schienentherapie wird eine frühzeitige Wiederherstellung der Gelenkbeweglichkeit sowie die Unterstützung des Heilungsprozesses angestrebt. Die vorliegende Arbeit untersucht erstmalig die Versorgungssituation von Patienten in Deutschland, die zur postoperativen Anschlussbehandlung nach ihrer Knie- bzw. Schultergelenkoperation eine Verordnung über eine CPM-Bewegungsschiene erhalten haben.

Methodik: Die prospektive Versorgungsstudie untersucht die ambulante Nachsorgebehandlung von 243 (Knie)- bzw. 177 (Schulter)-Patienten nach Operationen im deutschen Versorgungskontext mithilfe eines vierarmigen Studiendesigns. Die Untersuchungspersonen wurden zu jeweils zwei Zeitpunkten mit einem Abstand von sechs Wochen befragt. Die Erhebungsbögen erfassen neben der Demografie auch Angaben zur Operation, der ambulanten Anschlussbehandlung sowie zur Lebensqualität und Knie- bzw. Schulter-Funktionalität, welche über den Oxford Knee Score (OKS) bzw. Oxford Shoulder Score (OSS) operationalisiert wurden.

Ergebnisse: Der durchschnittliche stationäre Aufenthalt nach Knieoperationen fiel mit ca. 3 Tagen für beide Gruppen ähnlich lang aus. Nach Schulteroperationen wurden Patienten der Kontrollgruppe länger stationär behandelt als in der CPM-Gruppe (3,6 zu 2,2 Tage). Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigte sich, dass erwerbstätige Patienten häufiger mit Schienen versorgt wurden. Auch hinsichtlich der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsdauern zeigten sich sowohl nach Knieoperationen (33,3 zu 34,1 Tage) als auch nach Schulteroperationen (33,2 zu 41,3 Tage) Vorteile für die Schienentherapie. Ca. drei Viertel aller Patienten erhielten physiotherapeutische Behandlungen, welche durchschnittlich zwei Mal wöchentlich erfolgt sind. Der Arzneimittelverbrauch war für Patienten mit CPM-Schienenbehandlung für beide Indikationen deutlich geringer als für Patienten der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Funktionalität des Knie- bzw. Schultergelenks sowie der Lebensqualität zeigte sich eine Verbesserung von 11,3 Punkten im OKS-Gesamtscore für Patienten mit CPM-Schienentherapie (Kontrollgruppe: 4,7). Die Verbesserung der CPM-Gruppe hinsichtlich des OSS-Gesamtscores lag mit 13,9 Punkten ebenfalls signifikant über dem Kontrollgruppenwert (5,2).

Konklusion: Die vorliegende Versorgungsstudie erweitert die Evidenzlage zur CPM-Schienenbehandlung um notwendige Informationen zur Versorgungsrealität sowie Alltagsfunktionalität und Lebensqualität von Patienten nach Knie- bzw. Schultergelenkeingriffen. Die Lebensqualität von Patienten nach einer sechswöchigen CPM-Schienentherapie fiel dabei für alle betrachteten Parameter deutlich höher aus als für Patienten ohne Schienenbehandlung.

Schlüsselwörter

CPM, Physiotherapie, Orthopädie, Rehabilitationsbehandlung

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2101

Hintergrund

Das Statistische Bundesamt vermerkte für das Jahr 2015 unter den 20 häufigsten vollstationären chirurgischen Eingriffen 261.700 arthroskopische Operationen am Gelenkknorpel bzw. an Menisken, 227.293 bzw. 173.304 Implantationen einer Endoprothese am Hüft- oder Kniegelenk sowie 180.774 arthroskopische Refixationen und Plastiken am Kapselbandapparat des Schultergelenkes [1]. Diese Zahlen verdeutlichen den Stellenwert, den orthopädische Eingriffe in deutschen Operationssälen einnehmen, auch wenn für ambulante Operationen keine entsprechenden Daten vorliegen. Die Dringlichkeit zur Bereitstellung von hochqualitativen postoperativen Versorgungsoptionen sollte sich an dieser, im Zuge des demografischen Wandels wachsenden Bedeutsamkeit orthopädischer Operationen, orientieren [2]. Neben physiotherapeutischen Ansätzen ist in diesem Zusammenhang insbesondere die CPM-Schienenbehandlung von Bedeutung. Bereits im Jahre 1996 wurde die ambulante Anwendung der CPM-Therapie durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen aufgrund positiver Evidenzlage für bestimmte Indikationen in einer sog. Arzttempfehlung für den häuslichen Bereich als verordnungsfähige Leistung anerkannt. Die CPM-Schienen sind seitdem im Heil- und Hilfsmittelverzeichnis verankert und sollen laut Verordnungsgrundsatz in Ergänzung zu physikalischer Therapie zum Einsatz kommen [3].

Eine exakte Definition der orthopädischen Operationen, die den Einsatz einer CPM-Schiene indizieren, ist in den Verordnungsgrundsätzen nicht eindeutig festgelegt. Die Schienen können nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses stets dann eingesetzt werden, wenn der erforderliche Bewegungsumfang nicht mithilfe von physiotherapeutischen Maßnahmen und Eigenübungen des Patienten zu erreichen ist [3]. Dies trifft im orthopädischen Behandlungsalltag auf unterschiedliche Indikationen bzw. Fallkonstellationen zu. Folgerichtig beschränkt sich die vorliegende Studie nicht auf einzelne Operationen, sondern bildet vielfältige Einsatzgebiete der CPM-Schienenbehandlung ab.

ben der deskriptiven Darstellung der empirischen Versorgungskonstellation erfolgt dies unter Rückbezug auf die Alltagswirksamkeit der verwendeten Rehabilitationsverfahren und patientenrelevante Parameter wie Schmerz, Funktionalität, Lebensqualität sowie Stabilität.

Methodik

Die vorliegende prospektive Versorgungsstudie untersucht die ambulante Nachsorgebehandlung nach Knie- und Schulteroperationen im deutschen Versorgungskontext mithilfe eines vierarmigen nichtinterventionellen Studiendesigns. Eingeschlossen wurden Patienten, die im Anschluss an ihre Knie- bzw. Schultergelenksoperation eine Verordnung über eine CPM-Bewegungsschiene erhalten haben. Die Untersuchungspersonen wurden zu zwei Zeitpunkten im Abstand von sechs Wochen befragt. Die Zuordnung in die CPM- bzw. Kontrollgruppe erfolgte durch die Kostenzusage bzw. Ablehnung der betreffenden Krankenkasse (Verumgruppe = CPM Schienenbehandlung; Kontrollgruppe = keine CPM-Schienenbehandlung).

Die für die Patientenbefragung eingesetzten Erhebungsbögen setzten sich für beide Patientenkollektive (Knie/Schulter) aus je drei Frageblöcken zusammen. Im ersten Abschnitt wurden persönliche und demografische Angaben zum Patienten, sowie Informationen zur Operation abgefragt. Der zweite Abschnitt erfasst Angaben zur ambulanten Anschlussbehandlung der Patienten. Der dritte und letzte Block erhebt Informationen zu den patientenrelevanten Endpunkten der Studie, also die Knie- bzw. Schulterfunktionalität sowie Lebensqualität nach Knie- bzw. Schulteroperationen. Je nach Indikation enthält dieser Fragebogenabschnitt die übersetzten und validierten Items des Oxford Knee Scores (OKS) [19] bzw. Oxford Shoulder Scores (OSS) [20]. Beide Scores erfragen jeweils 12 Items, die unterschiedliche Variablen zur Funktionalität des Gelenks und zur Lebensqualität der Befragten abdecken.

Die Ausgangspopulation bestand aus allen Patienten für die im Zeitraum zwischen Mai und Oktober 2017 Verordnungen bei drei Leistungserbringern des CPM-Verbandes im Anschluss an eine Knie- bzw. Schulteroperation eingegangen sind. In diesem Zusammenhang ist es also wichtig zu betonen, dass die Grundgesamtheit nicht alle Patienten nach Knie- und Schulteroperationen in Deutschland beinhaltete, sondern lediglich eine Subpopulation aus Patienten, für die eine postoperative Hilfsmittelverordnung vorlag. Die statistische Auswertung der Studienergebnisse erfolgte mithilfe der Programme SPSS Statistics 24.0, R und Microsoft Excel. Neben deskriptiven Statistiken kamen dabei auch inferenzstatistische Verfahren im Rahmen der Lebensqualitätsanalysen zum Einsatz.

Fallzahl und Untersuchungseinheiten /-zeitraum

Um für die Durchführung eines zweiseitigen T-Tests eine statistische Power von mindestens 90% zu erreichen, wurde eine Fallzahl von 236 Patienten für die Knie-Indikation und 176 Patienten für die Schulter-Indikation errechnet. Im Rahmen der Knie-Indikation wird mit einer Stichprobengröße von 150 (Experimentalgruppe) und 37 (Kontrollgruppe) eine Power von über 90% erreicht, um eine klinisch relevante und signifikante ($p < 0.05$) Mittelwertdifferenz von 4,7 Punkten zeigen zu können. Bei einer konservativ angenommenen Dropoutrate von 10% in der Experimentalgruppe (30% in der Kontrollgruppe) wurden daher 166 und 53 Patienten benötigt ($N1 + N2 = 219$). Für die Schulter-Indikation erreichen 99 Patienten (Experimentalgruppe) und 46 Patienten (Kontrollgruppe)

eine Power von 90%, um eine klinisch relevante und signifikante ($p < 0.05$) Mittelwertdifferenz von 4,7 Punkten zeigen zu können. Bei einer konservativ angenommenen Dropoutrate von 10% in der Experimentalgruppe (und 30% in der Kontrollgruppe) werden 110 und 66 Patienten benötigt ($N1 + N2 = 176$).

Gemäß der kalkulierten Fallzahlen wurden insgesamt 243 Patienten (Knie) und 177 Patienten (Schulter) in die Versorgungsstudie eingeschlossen. Die Patienten wurden im Abstand von 6 Wochen zwei Mal mit demselben Erhebungsinstrument befragt. Die erste Visite fand dabei stets innerhalb von 10 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. bei ambulanten Eingriffen innerhalb von 10 Tagen nach der Operation statt. Um die gesamte postoperative Anschlussbehandlung (im Vorfeld der ersten Visite in der Häuslichkeit der Patienten) evaluieren zu können, wurden retrospektive Angaben zur Operation und einem möglichen stationären Aufenthalt erfragt. Das zentrale Einschlusskriterium bestand in der postoperativen Verordnung einer CPM-Schientherapie im Anschluss an eine Knie- bzw. Schultergelenksoperation. Der Untersuchungszeitraum betrug 145 Tage (Knie) bzw. 132 Tage (Schulter) zwischen Mai und Oktober 2017.

Wie in den Ausführungen zur Studienlage aufgeführt liegen bereits zahlreiche klinische Studien zur Wirksamkeit der CPM-Schienenbehandlung vor. Vernachlässigt wird in der Literatur dabei oftmals der Versorgungskontext der ambulanten Hilfsmittelversorgung in Deutschland. Der Fokus der Studie liegt daher darauf wie Patienten unterschiedlicher Indikationen behandelt werden. Diese „real-world-evidence“ kann vielfältige Hinweise zur Versorgungsrealität liefern, die klinische Studien aufgrund der zufälligen Zuweisung auf die Untersuchungsgruppen oftmals nicht liefern können. Die Entscheidung der Krankenkasse, ob eine Kostenübernahme im Rahmen einer CPM-Schientherapie erfolgt, spielt für die Versorgungsrealität der Patienten eine entscheidende Rolle und kann sich potenziell massiv auf die subjektive Lebensqualität dieser Patienten auswirken. Dies ist unseres Wissens die erste Studie, in der die alltagsrelevante Funktionalität und damit Lebensqualität in Abhängigkeit von der Rehabilitation nach orthopädisch-unfallchirurgischen Interventionen untersucht wird.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus der statistischen Auswertung der Patientenbefragung dargestellt. Die Reihenfolge der Ergebnispräsentation orientiert sich inhaltlich am Aufbau der Erhebungsbögen. Zunächst werden daher die Angaben zur Demografie sowie zur Operation vorgestellt. Anschließend werden diese Ausführungen durch die Ergebnisse zur ambulanten Anschlussbehandlung ergänzt. Gemeinsam bilden diese beiden Abschnitte bereits einen großen Teil der Versorgungsrealität der in die Studie eingeschlossenen Patienten ab. Der dritte Teil der Ergebnisdarstellung fokussiert sich auf Parameter der Alltagswirksamkeit und Lebensqualität und widmet sich anders als die beiden vorangegangenen Abschnitte nicht der Frage „wie“, sondern „wie erfolgreich“ der entsprechende Patient, gemäß seiner Selbsteinschätzung, behandelt wurde. Tabelle 1 fasst die Ergebnisse der ersten beiden Fragebogenabschnitte kompakt zusammen. Diese Ergebnisse sollen im Folgenden dezidiert beleuchtet werden.

Angaben zur Demografie und Operation

Insgesamt haben 243 Patienten (Knie) und 177 Patienten

Variable	Ergebnisse			
	Knie		Schulter	
	CPM-Gruppe	Kontrollgruppe	CPM-Gruppe	Kontrollgruppe
Geschlecht (m/w in %)	53,0 / 46,0	50,0 / 50,0	42,0 / 57,0	31,0 / 69,0
Alter (in Jahren)	46,0	48,1	58,1	58,7
Erwerbsrate (in %)	70,0	56,0	60,0	31,0
Arbeitsunfähigkeit (in Tagen)	33,3	34,1	33,2	41,3
Anteil ambulante Operationen (in %)	26,0	28,0	39,0	26,0
Stationärer Aufenthalt (in Tagen)	3,3	3,1	2,2	3,6
Physiotherapie erhalten (in %)	71,0	78,0	82,0	78,0
Termine Physiotherapie (Anwendungen/Woche)	2,3	2,4	2,6	2,1
Schwierigkeiten Physiotherapie Terminfindung	21,0	29,0	29,0	24,0
Ambulante Schienentherapie (in %)	100,0	-	100,0	-
Ambulante Schienentherapie (Anwendungen/Tag)	3,9	-	3,7	-
Weitere Hilfsmittel erhalten (in %)	86,0	92,0	64,0	42,0
Sonstige Therapieleistungen erhalten (in %)	21,0	11,0	9,0	4,0
Schmerzmittel erhalten (in %)	59,0	72,0	69,0	79,0

Tab. 1: Ergebnisse Demografie / Operation / Anschlussbehandlung.

(Schulter) an der Erhebung teilgenommen. Die Kontrollgruppen waren zwischen beiden Visiten wesentlich stärker von Dropouts betroffen. Dieser Umstand wurde aufgrund des Erhebungsmodus bereits erwartet und im Rahmen der Fallzahlkalkulationen berücksichtigt.

Der zeitliche Abstand zwischen beiden Befragungszeitpunkten betrug nach Knieoperationen durchschnittlich 42,8 Tage. Für Patienten nach Schulteroperationen fiel dieser Wert mit 42,1 Tagen vergleichbar aus. Beide Angaben entsprechen dem vorab festgelegten Untersuchungszeitraum von sechs Wochen.

Nach Knieoperationen wurden ähnlich viele Untersuchungspersonen beider Geschlechter in die Studie eingeschlossen. In der CPM-Gruppe lagen etwas häufiger Angaben von Männern vor (53%, verglichen zu 46% Frauen¹). In der Kontrollgruppe waren beide Geschlechter gleich häufig vertreten. Nach Schulteroperationen lagen die Anteile an Frauen deutlich höher (57% in der CPM-Gruppe und 69% in der Kontrollgruppe).

Wie einleitend erwähnt, wurden Patienten nach unterschiedlichen operativen Eingriffen in die Studie eingeschlossen. Um die Vergleichbarkeit zwischen CPM- und Kontrollgruppe sicherzustellen, wurden diese Operationen getrennt nach CPM- und Kontrollgruppe ausgewertet. Im Rahmen von Knieoperationen sind die häufigsten Operationen vordere bzw. hintere Kreuzbandeingriffe, Knorpel- eingriffe sowie größere Meniskuseingriffe. Dies gilt sowohl für die CPM- als auch die Kontrollgruppe. Auch für Patienten nach Schulter-Operationen sind deutliche Parallelen zwischen den häufigsten Indikationen zu erkennen. In beiden Gruppen wurden Operationen aus dem Bereich Impingement/ASD/Kalkschulter/Frozen-Shoulder am häufigsten durchgeführt. Komplexe Schultereingriffe mit multiplen Indikationen und Rotatorenmanschetten wurden am zweit- bzw. dritthäufigsten dokumentiert.

Vergleicht man die Ergebnisse zu den Angaben zur Demografie und den Indikationen zwischen den Untersuchungsgruppen, stechen dementsprechend besonders die Ähnlichkeiten hervor. Trotz fehlender Randomisierung kann daher auch ohne dezidiertes Propensity-Score-Matching von einer ausreichenden Vergleichbarkeit zwischen

CPM- und Kontrollgruppen ausgegangen werden.

Neben der Art der Operation wurde auch erhoben, ob es sich um eine stationäre oder ambulante Operation handelte. Im ersteren Fall wurde zusätzlich die Dauer des stationären Aufenthaltes erfragt. Nach Knieoperationen wurden in der Kontrollgruppe (28%) ambulante Operationen geringfügig häufiger dokumentiert als in der CPM-Gruppe (26%). Genau umgekehrte Anteile zwischen den Untersuchungsgruppen wurden bei Schulter-Operationen berichtet (CPM-Gruppe 39%, Kontrollgruppe: 26%). Der Großteil der berichteten Operationen fand demnach gruppen- und indikations-übergreifend in einem sta-

tionären Setting statt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer fiel nach Knieoperationen für die CPM-Gruppe (3,3 Tage) und die Kontrollgruppe (3,1 Tage) vergleichbar lang aus. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt nach Schulteroperationen war für Patienten der Kontrollgruppe dagegen deutlich länger (3,6 Tage) als für Patienten mit CPM-Schienenbehandlung (2,2 Tage).

Ebenfalls erfragt wurde der Erwerbsstatus sowie die aus der Operation bzw. Behandlung resultierende Arbeitsunfähigkeit der Untersuchungspersonen. Insbesondere die Ergebnisse zum Erwerbsstatus lieferten relevante Informationen über die Versorgungslage. Der Anteil der Erwerbstätigen fiel sowohl für Patienten nach Knieoperationen (70% zu 56%) als auch nach Schulteroperationen (60% zu 31%) in der CPM-Gruppe deutlich höher aus als in der Kontrollgruppe. Dies lässt sich als deutlicher Hinweis darauf werten, dass erwerbstätige Patienten, denen ein möglichst schneller Wiedereinstieg in ihre Erwerbstätigkeit ermöglicht werden soll, deutlich häufiger mit einer CPM-Schienenbehandlung versorgt werden. Die Tragweite dieser Ergebnisse wird durch die Angaben zur Dauer der operations- bzw. rehabilitationsbedingten Arbeitsausfälle zusätzlich verstärkt. So zeigte sich nach Knieeingriffen, dass Patienten der CPM-Gruppe (33,3 Tage) etwas kürzer für den Wiedereinstieg ins Berufsleben brauchten als Patienten der Kontrollgruppe (34,1 Tage). Im Rahmen der Schulter-Indikation war dieser Zusammenhang noch deutlicher zu erkennen. Dort waren Patienten ohne CPM-Schienenbehandlung im Mittel wesentlich länger arbeitsunfähig (41,3 Tage) als die Schienenpatienten (33,2 Tage). Angaben zur Frühberentung wurden nicht erhoben.

Ambulante Anschlussbehandlung

Neben der CPM-Schienenbehandlung ist die Physiotherapie sehr häufig ein Bestandteil der Anschlussbehandlung nach Knie- und Schulteroperationen. Daher wurden die Untersuchungspersonen

1: Von 1% der Befragten wurde die Geschlechtsangabe verweigert

OKS Mittelwerte, Einzel- und Gesamtscores						
Oxford Knee Score Item	CPM-Gruppe			Kontrollgruppe		
	V1	V2	V2-V1	V1	V2	V2-V1
1 - Wie groß waren Ihre Knieschmerzen für gewöhnlich?	0,9	2,1	1,2	0,9	1,2	0,3
2 - Hatten Sie bei der körperlichen Hygiene (Waschen und Abtrocknen des ganzen Körpers) Schwierigkeiten aufgrund der Knieoperation?	1,9	2,9	1,0	1,7	2,1	0,4
3 - Hatten Sie aufgrund Ihres Knies Schwierigkeiten beim Ein- und Aussteigen in bzw. aus einem Auto oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel?	1,6	2,6	0,9	1,5	2,0	0,4
4 - Wie lange konnten Sie zu Fuß gehen, bevor die Schmerzen in Ihrem Knie zu stark wurden?	1,7	2,5	0,8	1,5	2,3	0,8
5 - Wie stark waren die Schmerzen in Ihrem Knie, wenn Sie nach einer Mahlzeit vom Stuhl aufgestanden sind?	1,9	2,7	0,8	1,7	2,2	0,6
6 - Mussten Sie aufgrund Ihres Knies hinken / humpeln?	0,8	2,0	1,2	0,9	1,2	0,4
7 - Konnten Sie sich hinknien und anschließend wieder aufstehen?	0,3	0,8	0,5	0,3	0,6	0,3
8 - Wie häufig wurden Sie nachts durch Schmerzen in Ihrem Knie gestört?	1,7	2,7	0,9	1,7	1,9	0,2
9 - Wie stark beeinträchtigten Sie Knieschmerzen bei der täglichen Arbeit (auch Hausarbeit)?	1,0	2,4	1,4	1,0	1,6	0,6
10 - Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Knie plötzlich nachgegeben hat und / oder dass Sie eingeknickt sind?	2,7	3,2	0,5	2,6	2,7	0,1
11 - Konnten Sie Einkäufe und Haushalt selbstständig erledigen?	0,7	2,1	1,4	0,6	1,4	0,8
12 - Konnten Sie eine Treppe hinuntergehen?	1,6	2,4	0,8	1,6	1,7	0,1
Gesamtscore	17,2	28,5	11,3	16,3	21,0	4,7

Tab. 2: Mittelwerte OKS – Einzel- und Gesamtscores.

ausführlich zu etwaigen physiotherapeutischen Leistungen im Untersuchungszeitraum befragt. Der Anteil der Patienten, die im Rahmen der ambulanten Anschlussbehandlung physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben, lag nach Knieoperationen in der Kontrollgruppe höher als in der CPM-Gruppe (78% zu 71%). Nach Schulteroperationen wurden ebenfalls 78% der Patienten der Kontrollgruppe physiotherapeutisch behandelt. Noch etwas häufiger (82%) traf dies auf Patienten der CPM-Gruppe zu. Hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungen (ca. 2 Anwendungen/Woche), der durchschnittlichen Sitzungsdauer (zwischen 25-30 Minuten) und Anzahl der Termine vor der ersten Visite unterschieden sich beide Gruppen nicht nennenswert voneinander. Dies war aufgrund der strengen Verordnungsvorgaben durch die Heilmittel-Richtlinien auch nicht zu erwarten. Je nach Indikation und Untersuchungsgruppe berichtet zwischen 20-30% aller Patienten über Schwierigkeiten hinsichtlich der Terminfindung zur Physiotherapie (vgl. 1).

Die ambulante Schienentherapie kam im Rahmen der Untersuchung lediglich für Patienten beider CPM-Gruppen zum Einsatz. Die durchschnittliche ambulante Schienentherapie nach Knieoperationen nahm etwas mehr als eine halbe Stunde (31,72 Minuten pro Anwendung) in Anspruch und wurde von den Patienten fast viermal täglich (3,86 Einheiten) durchgeführt. Vergleichbare Werte wurden für Patienten mit einer CPM-Schulthertherapie berichtet. Die durchschnittliche Anwendungsdauer war mit 26,03 Minuten etwas kürzer als bei Knie-Patienten und wurde 3,69 mal täglich angewendet.

Ebenfalls erfragt wurde, ob neben der CPM-Schienentherapie und/oder physiotherapeutischen Maßnahmen auch weitere Hilfsmittel zum Einsatz gekommen sind. Nach Knieoperationen berichteten in diesem Zusammenhang 86% der CPM-Gruppe und 92% der Kontrollgruppe, dass sie weitere Hilfsmittel erhalten haben. Eine gesonderte Analyse der offenen Patientenangaben zeigte, dass es sich dabei zumeist um Gehstützen und Orthesen bzw. Bandagen handelte. Eine Gehstütze erhielten beispielsweise knapp 90% aller

Patienten nach einer Knieoperation. Im Rahmen von Schulter-Operationen wurden sonstige Hilfsmittel seltener dokumentiert. Rund 64% der Patienten mit CPM-Schienenbehandlung und 42% der Patienten ohne CPM-Schienenbehandlung erhielten im Zuge der ambulanten Anschlussbehandlung weitere Hilfsmittel. Am häufigsten kamen in diesem Zusammenhang Orthesen/Bandagen sowie Elektrotherapiegeräte zum Einsatz.

Physiotherapie und CPM-Schienenbehandlung stellen nicht die einzigen möglichen Therapieoptionen im Rahmen der Anschlussbehandlung nach Knie- und Schulteroperationen dar. Am häufigsten wurden im Zusammenhang mit beiden Indikationen Lymphdrainagen als sonstige Therapieleistung aufgeführt.

Ein ebenfalls relevanter Aspekt zur Versorgungsrealität der ambulanten Anschlussbehandlung ist der Arzneimittelverbrauch der Untersuchungspersonen. Es wurde untersucht inwieweit, die unterschiedlichen Behandlungsoptionen aufgrund von Schmerzen durch die Einnahme von Arzneimitteln ergänzt werden. Nach Knieoperationen lag der Anteil an Patienten die Schmerzmittel einnehmen mussten, in der CPM-Gruppe (59%) deutlich unter dem Vergleichswert der Kontrollgruppe (72%). Ähnliches war auch nach Schultereingriffen zu beobachten. Hier dokumentierten 69% der Patienten in der CPM-Gruppe und 79% in der Kontrollgruppe die Einnahme von Schmerzmitteln. Die am häufigsten genannten Wirkstoffe waren Diclofenac, Ibuprofen und Metamizol. Zusammenfassend lässt sich demnach festhalten, dass die CPM-Schienenbehandlung mit einem deutlich geringeren Arzneimittelverbrauch verbunden ist. Dies ist bereits als Hinweis darauf zu werten, dass Patienten mit Schienenbehandlung, im Vergleich zu Patienten denen diese Behandlungsoption verwehrt blieb, unter geringeren Schmerzen leiden. Im Rahmen der Evaluation der Lebensqualitätsparameter wird der Parameter Schmerz zusätzlich dokumentiert.

Lebensqualität und Funktionalität

Die Funktionalität des Knie- bzw. Schultergelenks sowie die

Gesamtscore OKS

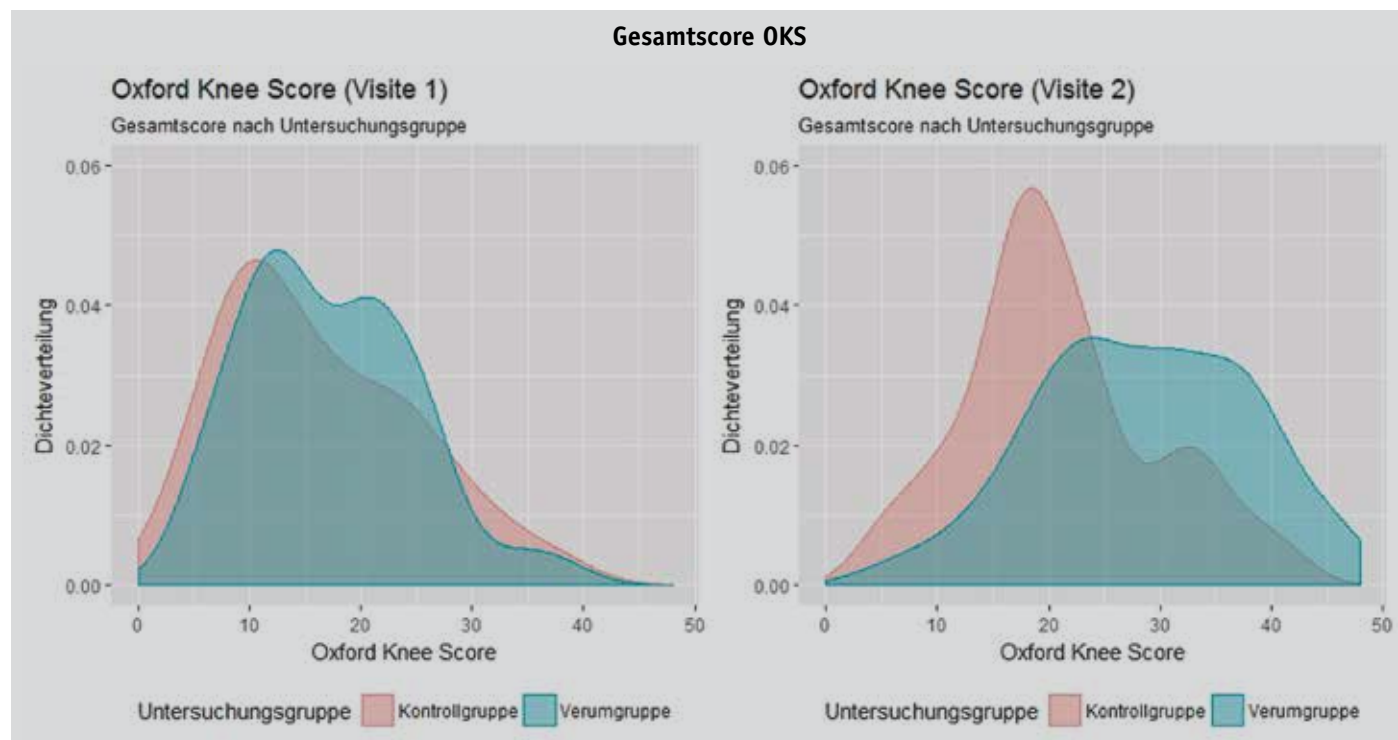


Abb. 1: Gesamtscore OKS (V1 und V2).

Lebensqualität der Patienten wurden mit jeweils 12 Fragen des Oxford Knee Scores bzw. Oxford Shoulder Scores dargestellt. Für alle 12 Einzelabfragen gilt, dass die Befragten auf einer fünfstufigen Skala (0 – 4) Angaben zur Funktionalität ihres Kniegelenkes sowie zu ihrer Lebensqualität machen sollten. Ein höherer Wert entspricht jeweils einer höheren Funktionalität und einer höheren gesundheitspezifischen Lebensqualität des Patienten, während niedrigere Werte einen schlechteren Zustand des Patienten abbilden. Bei 12 Fragen war damit ein Gesamtergebnis von max. 48

Punkten möglich. Tabelle 2 zeigt die Einzelergebnisse für die 12 Items des OKS. Die Ergebnisse der ersten Visite waren in beiden Gruppen vergleichbar. Zur zweiten Visite fielen die Ergebnisse für Patienten der CPM-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe für alle 12 Einzelitems des OKS deutlich positiver aus.

Die Auswertung der Funktionsscores lieferte hochsignifikante ($p < 0,001$) Ergebnisse zugunsten der CPM-Gruppe. Der Mittelwert des Oxford Knee Scores verbesserte sich in der CPM-Gruppe von 17,2 (von 48 möglichen Punkten) in der ersten Befragung auf 28,5 in der

OSS Mittelwerte, Einzel- und Gesamtscores

Oxford Shoulder Score Item	CPM-Gruppe			Kontrollgruppe		
	V1	V2	V2-V1	V1	V2	V2-V1
1 - Wie würden Sie den schlimmsten Schmerz in Ihrer Schulter beschreiben?	1,4	2,2	0,8	1,2	1,6	0,4
2 - Hatten Sie Schwierigkeiten beim Anziehen aufgrund der Schulteroperation?	1,3	2,2	0,9	1,0	1,6	0,6
3 - Hatten Sie aufgrund Ihrer Schulter Schwierigkeiten beim Ein- und Aussteigen in bzw. aus einem Auto oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel?	2,3	2,8	0,5	2,1	2,3	0,2
4 - Konnten Sie Messer und Gabel gleichzeitig verwenden?	0,8	2,4	1,6	0,9	1,6	0,7
5 - Konnten Sie Ihre Haushaltseinkäufe selbstständig erledigen?	0,9	2,2	1,3	0,7	1,4	0,7
6 - Konnten Sie ein Tablett mit einem Teller Essen durch das Zimmer tragen?	0,9	2,3	1,3	0,7	1,0	0,3
7 - Konnten Sie Ihr Haar mit dem betroffenen Arm kämmen?	0,3	1,8	1,5	0,5	1,0	0,5
8 - Wie würden Sie den Schmerz beschreiben, den Sie gewöhnlich in Ihrer Schulter hatten?	0,9	1,7	0,9	0,8	1,0	0,2
9 - Konnten Sie Ihre Kleidung mit Ihrem betroffenen Arm an einer Garderobe aufhängen?	0,4	1,7	1,4	0,5	0,8	0,3
10 - Konnten Sie sich selbst unter beiden Armen waschen und abtrocknen?	0,8	2,3	1,5	1,1	1,4	0,4
11 - Wie sehr hat der Schulterschmerz Ihre tägliche Arbeit behindert (Hausarbeit mit eingeschlossen)?	0,8	1,8	1,0	0,7	1,0	0,3
12 - Wurden Sie nachts im Bett von Schmerzen in der Schulter geplagt?	0,9	1,7	0,7	1,2	1,5	0,3
Gesamtscore	11,6	25,5	13,9	10,9	16,1	5,2

Tab. 3: Mittelwerte OSS – Einzel- und Gesamtscores.

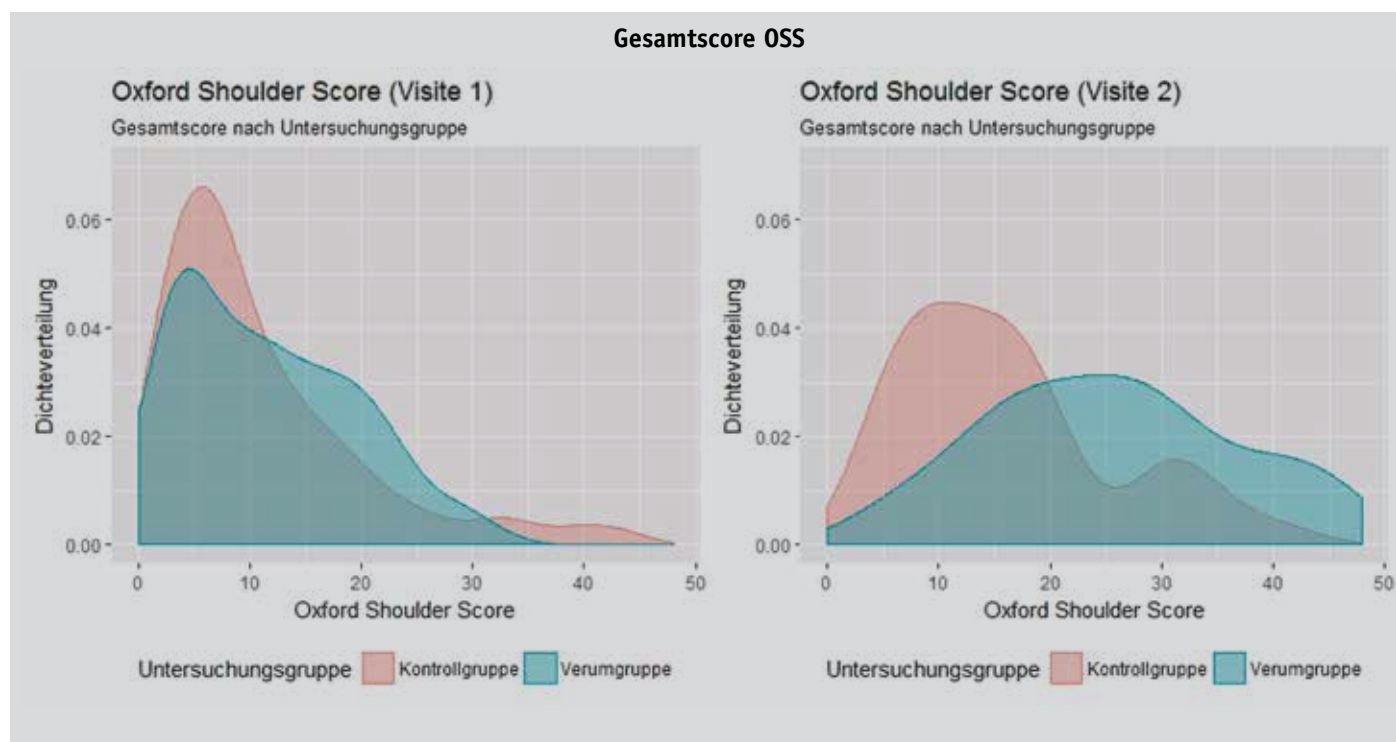


Abb. 2: Gesamtscore OSS (V1 und V2).

zweiten Befragung, was einer Verbesserung von 11,3 Punkten entspricht. In der Kontrollgruppe war lediglich eine Verbesserung von 16,3 auf 21,0, also um 4,7 Punkte zu beobachten. Diese Verbesserung ist in den beiden Dichteverteilungen in Abbildung 1 zusätzlich visualisiert.

Die Ergebnisse des Oxford Shoulder Scores fallen bei statistisch überprüften Effekten noch deutlicher und ebenfalls hochsignifikant ($p < 0,001$) zugunsten der CPM-Gruppe aus. Der Mittelwert verbesserte sich in der CPM-Gruppe von 11,6 (von 48 möglichen Punkten) in der ersten Befragung auf 25,5 in der zweiten Befragung, was einer Verbesserung von 13,9 Punkten entspricht. In der Kontrollgruppe gab es lediglich eine Verbesserung um 5,2 Punkte von 10,9 auf 16,1 Punkte. Abschließend bleibt festzuhalten, dass sich über beide Indikationen hinweg deutlich zeigte, dass die ambulante Schienenbehandlung einen signifikant positiven Effekt auf die Gelenkfunktionalität und die Lebensqualität der Untersuchungspersonen ausübt, der insbesondere unter Kontrolle der Drittvariablen „physiotherapeutische Behandlung“ bestehen blieb. Besonders bemerkenswert sind die Ergebnisse der Fragen zu Schmerzen im Zusammenhang mit der erwähnten geringeren Schmerzmitteleinnahme von Patienten der CPM-Gruppe.

Auch die Gesamtwerte zum OSS wurden zusätzlich zur tabellarischen Darstellung (Tab. 3) mithilfe der Dichteverteilungen für beide Visiten visualisiert (Abb. 2). Wie bereits für die Knie-Indikation ist in dieser Abbildung zu erkennen, dass sich beide Verteilungen zum ersten Unter-

suchungszeitpunkt stärker überschneiden, während sich die Verteilung der CPM-Gruppe zur zweiten Visite deutlich in Richtung einer höheren Lebensqualität der Patienten verschiebt.

Noch deutlicher werden die Unterschiede in den Verteilungen zwischen CPM- und Kontrollgruppen bei Betrachtung der Boxplots

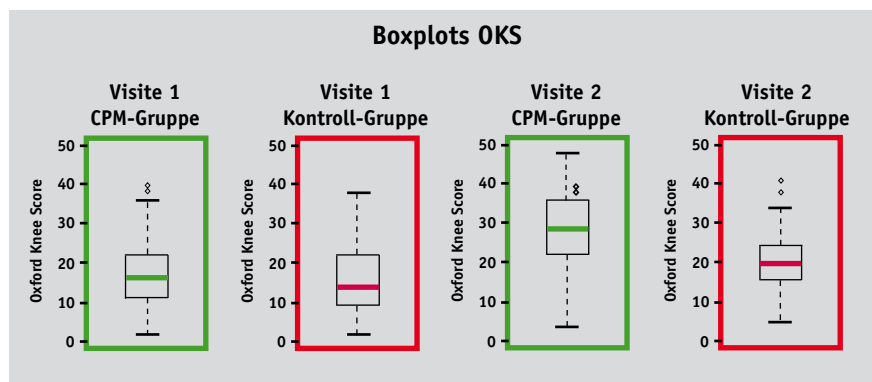


Abb. 3: Boxplots OKS (V1 und V2).

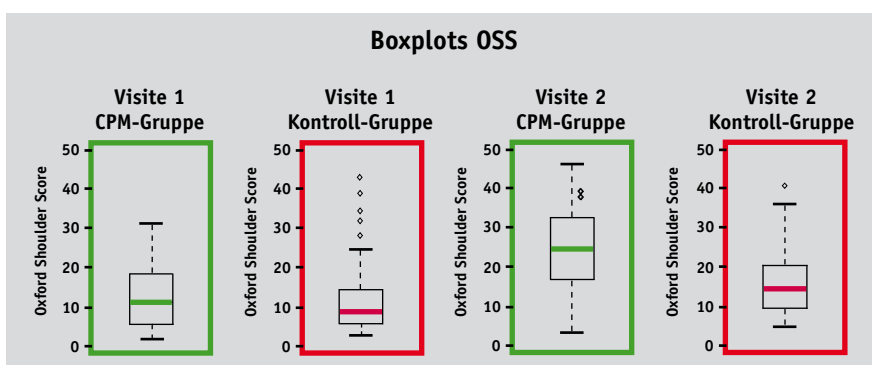


Abb. 4: Boxplots OSS (V1 und V2).

in Abbildungen 3 und 4. Der Anstieg der Lebensqualität- und Gelenkfunktionalität zwischen beiden Visiten ist für Patienten mit CPM-Schienentherapie deutlich stärker sichtbar als für Patienten der Kontrollgruppen.

Diskussion / Limitation

Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, wie die Versorgungsrealität der ambulanten Anschlussbehandlung nach orthopädischen Eingriffen in Deutschland aussieht. Neben den Ergebnissen zu Lebensqualitätsparametern sind es insbesondere die Patientenangaben zur ambulanten Anschlussbehandlung die eine wertvolle Ergänzung der bisherigen Studienlage darstellen.

So zeigen die Anteile von Patienten die physiotherapeutische Behandlungen, CPM-Schienentherapie oder sonstige Therapieleistungen erhalten haben deutlich, dass sich insbesondere die beiden erstgenannten Behandlungsansätze in der Versorgungspraxis etabliert haben. Da lediglich Patienten mit Verordnung über eine CPM-Schienentherapie in die Studie eingeschlossen wurden, gilt dies insbesondere für die Physiotherapie, die im Rahmen von Knie- und Schulteroperationen fast obligatorisch zum Einsatz kam.

Auch die Ergänzung der Anteilswerte von Patienten mit physiotherapeutischer Behandlung um Informationen zu den Schwierigkeiten hinsichtlich der Terminfindung und der Anfahrt zur physiotherapeutischen Behandlungsstätte bildet einen wichtigen Teil der Versorgungsrealität ab. Derartige Details zur tatsächlichen Versorgungssituation wurden in den bisher durchgeführten, oft klinischen Studien eher systematisch ausgeklammert [6, 7, 11] oder bezogen sich nicht auf die ambulante sondern die stationäre

Anschlussbehandlung [21].

Weitere vergleichbare Studien zur Versorgungssituation in Deutschland mit Einbeziehung multipler Indikation liegen zwar vereinzelt vor, befassen sich jedoch vornehmlich mit dem Vergleich Schienentherapie gegen Physiotherapie [4, 22]. In Übereinstimmung mit den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnis [3] unterstreichen die Ergebnisse der vorliegenden Versorgungsstudie jedoch, dass die Kombinationstherapie aus Physiotherapie und zusätzlicher CPM-Bewegungsschiene eine gängige und erfolgsversprechende Behandlungsoption darstellt.

Auffällig ist darüber hinaus insbesondere der geringe Anteil an sonstigen Therapieleistungen (je nach Untersuchungsgruppe und Indikation zwischen 4-21%).

Die Verbindung von Daten zur ambulanten Anschlussbehandlung (insbesondere des Arzneimittelverbrauchs) mit den Oxford-Scores zur Lebensqualität und Funktionalität zeigte deutlich, dass Patienten mit CPM-Schienentherapie nicht nur durchweg über geringere Schmerzen berichteten, sondern auch weniger häufig Schmerzmittel benötigten. Sowohl im Parameter Schmerz, als auch für alle weiteren Parameter zur Lebensqualität und Funktionalität zeigten sich demnach statistisch signifikante Vorteile für Patienten, die mit einer CPM-Schienentherapie versorgt wurden. Dies erweitert die erst kürzlich veröffentlichten Ergebnisse des IQWiG, in denen sich hinsichtlich des Endpunktes Schmerz ein Hinweis auf einen höheren Nutzen der CPM-Schienentherapie für die Indikation Schultersteife zeigte [18], um weitere Indikationen.

Insgesamt sind die Ergebnisse zur Lebensqualität auch deshalb hervorzuheben, weil das IQWiG in seinem Vorbericht zur CPM-Schienentherapie einen Bedarf an zusätzlichen Lebensqualitäts-

Literatur

1. Bundesamt, S., Vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser 2015.
2. Plötzsch, O. and F. Rößger, Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. Google Scholar, 2015.
3. Bundesvereinigung, K., Ergänzung der Arzteinformation zum Hilfsmittelverzeichnis als Anlage zu den Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien. Dtsch Arztebl, 1997. 94(30): p. p. A2023-A2028.
4. Michael, J., et al., Effektivität der postoperativen Behandlung mittels motorisierter Bewegungsschienen (CPM) bei Patienten mit Ruptur der Rotatorenmanschette. Z Orthop Ihre Grenzgeb, 2005. 143(4): p. 438-45.
5. Alfredson, H. and R. Lorentzon, Superior results with continuous passive motion compared to active motion after periosteal transplantation A retrospective study of human patella cartilage defect treatment. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 1999. 7(4): p. 232-238.
6. Bennett, L.A., et al., A comparison of 2 continuous passive motion protocols after total knee arthroplasty: a controlled and randomized study. The Journal of arthroplasty, 2005. 20(2): p. 225-233.
7. Boese, C.K., et al., The efficacy of continuous passive motion after total knee arthroplasty: a comparison of three protocols. The Journal of arthroplasty, 2014. 29(6): p. 1158-1162.
8. Bruun-Olsen, V., K.E. Heiberg, and A.M. Mengshoel, Continuous passive motion as an adjunct to active exercises in early rehabilitation following total knee arthroplasty—a randomized controlled trial. Disability and rehabilitation, 2009. 31(4): p. 277-283.
9. Herbold, J.A., et al., Randomized controlled trial of the effectiveness of continuous passive motion after total knee replacement. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2014. 95(7): p. 1240-1245.
10. Joshi, R.N., et al., Prospective randomized trial of the efficacy of continuous passive motion post total knee arthroplasty: experience of the Hospital for Special Surgery. The Journal of arthroplasty, 2015. 30(12): p. 2364-2369.
11. Lenssen, A., et al., Continuous passive motion (CPM) in rehabilitation following total knee arthroplasty: a randomised controlled trial. Physical Therapy Reviews, 2003. 8(3): p. 123-129.
12. Raab, M., et al., Early results of continuous passive motion after rotator cuff repair: a prospective, randomized, blinded, controlled study. American journal of orthopedics (Belle Mead, NJ), 1996. 25(3): p. 214-220.
13. Kirschner, P., CPM--Continuous Passive Motion: treatment of injured or operated knee-joints using passive movement. A meta-analysis of current literature. 2004.
14. Chang, K.-V., et al., Early versus delayed passive range of motion exercise for arthroscopic rotator cuff repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. The American journal of sports medicine, 2015. 43(5): p. 1265-1273.
15. Fazalare, J.A., et al., The use of continuous passive motion following knee cartilage defect surgery: a systematic review. Orthopedics, 2010. 33(12).
16. Harvey, L.A., L. Brosseau, and R.D. Herbert, Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis. Cochrane Database Syst Rev, 2010. 3.
17. Can, F. and M. Alpaslan, Continuous passive motion on pain management in patients with total knee arthroplasty. The Pain Clinic, 2003. 15(4): p. 479-485.
18. IQWiG, Einsatz von motorbetriebenen Bewegungsschienen (CPM) nach Interventionen am Knieoder am Schultergelenk. Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung). 2018. N16-03.
19. Naal, F., et al., The 12-item Oxford Knee Score: cross-cultural adaptation into German and assessment of its psychometric properties in patients with osteoarthritis of the knee. Osteoarthritis and Cartilage, 2009. 17(1): p. 49-52.
20. Dawson, J., et al., The Oxford shoulder score revisited. Archives of orthopaedic and trauma surgery, 2009. 129(1): p. 119-123.
21. Sauer DV, E.M., Rehabilitationsverfahren nach Knie TEP - eine prospektiv randomisierte Vergleichsstudie. 2016.
22. Ritter, M.A., V.S. Gandolf, and K.S. Holston, Continuous passive motion versus physical therapy in total knee arthroplasty. Clinical orthopaedics and related research, 1989(244): p. 239-243.

daten attestiert hat [18].

In dieser Versorgungsstudie lag der Fokus erstmalig auf einer systematischen Beschreibung der Versorgungsrealität. Die zusätzlich erhobenen Parameter der Oxford-Scores weisen eindeutig darauf hin, dass die CPM-Schientherapie einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität und Gelenkfunktionalität der Patienten ausübt.

Eine Limitation dieser Studie besteht im Selektions-Bias, der auf zwei methodische Entscheidungen im Rahmen der Versorgungsstudie zurückzuführen ist. Der erste Selektions-Bias resultiert aus der gewählten Ausgangspopulation. Da lediglich Patienten eingeschlossen wurden, für die eine CPM-Schienenbehandlung verordnet wurde, können keine Aussagen über jene Patienten getroffen werden, in denen der behandelnde Arzt keine Notwendigkeit für eine Schientherapie gesehen hat.

Der zweite Selektions-Bias bezieht sich auf die Indikationsstellung. Der Anspruch, möglichst vielfältige Indikationen in einem Studiendesign zu erfassen, geht auch mit der Gefahr von Verzerrungen zwischen den Gruppen einher. Dieser Umstand wurde durch die Dokumentation der Operationsarten durch die Patienten (und die weitgehende Übereinstimmung dieser) zwar deutlich abgeschwächt, sollte jedoch als limitierender Faktor aufgeführt werden.

Neben den Informationen zum Erwerbsstatus der Patienten könnten auch Informationen zu einer möglichen Frühberentung bedeutsam sein. Diese Angaben wurden im Rahmen der Datenerhebung nicht generiert. Die lässt Raum für weitere Untersuchungen, die z.B. die Auswirkungen von Knie- und Schulteroperationen auf die gesellschaftlichen Produktivitätsverluste betrachten. <<

Autorenerklärung

Prof. Dr. Dr. Reinhard P.T. Rychlik ist Leiter des Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid. Christoph Potempa ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung des Verbandes CPM Therapie e.V. und wurde vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid durchgeführt.

Zitationshinweis

Potempa,C., Rychlik, R.: „Zur Versorgung mit CPM-Bewegungsschienen nach Knie- bzw. Schulteroperationen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/18, S. 58-65, doi: 10.24945/MVF.0518.1866-0533.2101

Christoph Potempa, M.A.

ist Survey-Methodologe und Soziologe und arbeitet seit 2016 am Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) im Fachbereich Statistik/Biometrie. Zu seinen Aufgabenbereichen gehören neben der Versorgungsforschung und Studienplanung sowie -durchführung insbesondere die Aufbereitung und Auswertung empirischer Datensätze zur Beantwortung versorgungsrelevanter Fragestellungen. Kontakt: christoph.potempa@ifeg.de



Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

studierte Humanmedizin, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften sowie Psychologie. Er lehrt Gesundheitsökonomie an der medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, ist Gastprofessor für Gesundheitsökonomie der 1. Medizinischen Fakultät der Karls-Universität Prag seit 1999 und adjunct Professor für Pharmacoeconomics an der School of Pharmacy der Temple University in Philadelphia seit 2000. Seit 1992 leitet er das IfEG. Kontakt: reinhard.rychlik@ifeg.de



On the use of continuous passive motion after knee and shoulder surgeries

Background: CPM-therapy is frequently used as part of the follow-up treatment after surgical interventions on joints. The use of CPM-therapy is aimed at early restoration of joint mobility and supporting the healing process. This paper examines for the first time the care situation of patients in Germany who have received a prescription for a CPM-therapy for postoperative follow-up treatment after their knee or shoulder joint surgery.

Methods: The prospective care study examines the outpatient treatment of 243 (knee) and 177 (shoulder) patients after surgery in Germany using a four-arm study design. The subjects were interviewed at two points in time, six weeks apart. In addition to demographics, the questionnaires also include information on surgery, outpatient follow-up treatment, quality of life and knee and shoulder functionality, which were operationalised using the Oxford Knee Score (OKS) and Oxford Shoulder Score (OSS).

Results: The average in-patient stay of 3 days after knee surgery was similar for both groups. After shoulder surgery, patients in the control group were hospitalized for longer time periods than in the CPM group (3.6 to 2.2 days). With regard to employment status, it became clear that working patients were more frequently provided with CPM-therapy. The superiority of CPM-therapy was also demonstrated with regard to the average period of disability after both knee (33.3 to 34.1 days) and shoulder operations (33.2 to 41.3 days). Approximately three quarters of all patients received physiotherapeutic treatments, on average twice a week. Drug use was significantly lower for patients with CPM treatment for both indications than for patients in the control group. The overall OKS score for patients with CPM-therapy improved significantly by 11.3 points (control group: 4.7). At 13.9 points, the improvement of the CPM group with respect to the OSS total score was also significantly above the reference value of the control group (5.2).

Conclusion: The present study extends the evidence for CPM treatment with necessary information on care reality as well as everyday functionality and quality of life of patients after knee and shoulder surgeries. After a six-week CPM-therapy the quality of life of these patients was significantly higher for all considered parameters than for patients without CPM treatment.

Keywords

health services study - continuous passive motion - physical therapy - orthopaedics - rehabilitation treatment



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Daten für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung in Baden-Württemberg: Ergebnisse aus dem Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung

Hintergrund

Die Herausforderungen für eine zukünftig weiterhin qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sind vielfältig. In Baden-Württemberg hat man dies zum Anlass genommen und mit allen Beteiligten des Gesundheitssystems eine Art Kompass erarbeitet, der aufzeigt, in welche Richtung sich die zukünftige Versorgungsgestaltung orientieren soll, das sogenannte Gesundheitsleitbild.

Demnach soll unter anderem die Gesundheitsversorgung intersektoral ausgerichtet sein, von Gesundheitsförderung und Prävention über Kuration ambulant und (teil-)stationär, Rehabilitation, Pflege bis hin zu Palliation und Hospizversorgung. Die Gestaltung von Versorgungsangeboten soll am Versorgungsbedarf vor Ort, in den Kreisen und Gemeinden, orientiert sein, zunehmend durch die Akteure vor Ort geleistet werden und sich dabei auf regionale Analysen stützen. Vor diesem Hintergrund initiierte das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg das Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung mit einer Laufzeit von Januar 2016 bis April 2018. In einem Teilprojekt, das in Heidelberg durchgeführt wurde, sollte modellhaft aufgezeigt werden, wie eine Datenbasis geschaffen werden kann, die lokale Versorgungsplaner durch sektorenübergreifende Daten unterstützt sowie gleichzeitig eine modellhafte und umfassende sekundärdatenbasierte Datenbank geschaffen werden.

Orientiert am Versorgungsbedarf vor Ort

Die Datenbank sollte Indikatoren umfassen, die eine Abschätzung des Versorgungsbedarfes auf Ebene der 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg ermöglicht. Versorgungsbedarf kann als latentes Konstrukt nicht direkt gemessen, jedoch näherungsweise geschätzt werden. Im Modellprojekt erfolgte die Annäherung über die Messung der Morbidität und nicht-medizinischen Determinanten von Gesundheit, die in Zusammenhang mit dem Auftreten ausgewählter Erkrankungen stehen, anhand von acht Krankheitsbildern: Anorexia nervosa, Darmkrebs, Demenz, Depression, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, chronischer Kreuzschmerz und Schlaganfall. Diese wurden in einem systematischen Prozess ausgewählt: Auswahlkriterien waren dabei unter anderem eine hohe Relevanz der Erkrankung in Baden-Württemberg (hohe Prävalenz und/oder Schwere der Erkrankung – z.B. hohe Letalität) und das Vorliegen von S3-Leitlinien. Zudem sollten vorwiegend chronische Krankheitsbilder erarbeitet werden, da bei der Versorgung der Betroffenen in der Regel verschiedene Versorgungsbereiche beteiligt sind und sich somit eine besondere Notwendigkeit

ergibt, Versorgung intersektoral zu gestalten.

Ein intersektorales Rahmenwerk für Indikatoren der Versorgungsplanung – erstmalig in Deutschland

Eine weitere Anforderung an die Datenbank war, dass sie intersektorale Informationen liefert. Als Sektoren wurden, wie im Sinne des Gesundheitsleitbildes, sämtliche Versorgungsbereiche verstanden. Um diese Vielfalt bei der Entwicklung eines Indikatorenansatzes zu gewährleisten, wurde gemeinsam mit allen Projektbeteiligten – VertreterInnen des Ministeriums für Soziales und Integration, des Landesgesundheitsamtes und der Modellregion bestehend aus den drei Landkreisen Biberach, Ravensburg und Reutlingen sowie KollegInnen der Abteilung für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M. und ZIRIUS der Universität Stuttgart – erstmals für Deutschland ein umfassendes Rahmenwerk für Indikatoren der Versorgungsplanung entwickelt. Orientierung boten hierbei internationale Vorbilder, vornehmlich aus Kanada (Health Indicators Framework) und der OECD (Health Care Quality Indicators Framework). Im Rahmen der Versorgungsplanung in Deutschland hat dieser Ansatz bislang kaum Tradition, nicht zuletzt, weil die Planung aufgrund sektoraler Budgets in den einzelnen Sektoren separat stattfindet. Das Rahmenwerk des Modellprojektes umfasste die fünf Dimensionen nicht-medizinische Determinanten der Gesundheit, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und Versorgungsangebot.

Akteursgruppen des Landes wählen Indikatoren aus

Das entwickelte Rahmenwerk diente des Weiteren als Ausgangsbasis für die Recherche von Indikatoren, deren Funde schließlich von Akteuren des baden-württembergischen Gesundheitssystems reduziert werden sollten auf die relevantesten für Zwecke der Versorgungsplanung auf Ebene der Land- und Stadtkreise.



Abb. 1: Rahmenwerk für Indikatoren des Gesundheitssystems in Baden-Württemberg (N ausgewählte Indikatoren / N bewertete Indikatoren).

Angelehnt an das Vorgehen des aQua-Institutes im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsindikatoren wurden zunächst Indikatoren recherchiert und den Dimensionen des Rahmenwerkes zugeordnet. Als Quellen dienten dabei Indikatorendatenbanken wie z.B. Quinth, Indikatorensets, Leitlinien, Sekundärdatenquellen und Literaturhinweise. Insgesamt fanden sich auf diese Weise 374 Indikatoren. Die Auswahl der Indikatoren erfolgte durch Experten im Rahmen eines Online-Delphi-Prozesses. Diese Methode ermöglicht, mit Hilfe von vielen Experten, darunter auch potenzielle Nutzer der Projektdatenbank, einen formalen Konsensus zu erreichen.

Nach der Indikatorenrecherche folgte die bewusste Auswahl von Experten, die die recherchierten Indikatoren auf ihre Relevanz für die Versorgungsplanung hin bewerteten. Es wurden Experten aus 54 Institutionen der Gesundheitsversorgung postalisch und per E-Mail eingeladen aus den fünf Akteursgruppen Patienten/Bürger, öffentliche Hand (Öffentlicher Gesundheitsdienst u.Ä.), Kostenträger, Leistungserbringer und Qualitätssicherung/Register/amtliche Statistik.

Anders als bei der Auswahl von Indikatoren für einen definierten Versorgungsbereich folgten dem umfassenden Rahmenwerk vielseitige Indikatoren, die Expertise aus vielen verschiedenen Bereichen erforderte. Zudem sollte über eine hohe Zahl an Indikatoren entschieden werden. Damit die Teilnahmequote und die Datenqualität am Ende dennoch möglichst hoch würden, war der Online-Fragebogen so angelegt, dass je Institution bis zu fünf Personen teilnehmen konnten. Die Auswertung der Indikatorenbewertungen erfolgte entsprechend auf der Ebene von Institutionen. Zudem konnten Indikatoren nach den acht Krankheitsbildern gefiltert werden. Es nahmen insgesamt 35 Experten aus 22 Institutionen teil, was einer Teilnehmerquote von rund 41% entspricht. Es wurden 212 Indikatoren ausgewählt.

Daten zu 108 Indikatoren und tieferegehende Analysen für alle 44 Kreise in Baden-Württemberg

Mittels Sekundärdaten wurden im finalen Schritt zum einen 108 Indikatoren berechnet oder aus anderen Indikatorendatenbanken mit Daten gefüllt, zum anderen tieferegehende Analysen durchgeführt. Bei den tieferegehenden Analysen wurden für das Jahr 2013 zum einen administrative 1-Jahres-Prävalenzen der acht Krankheitsbilder und die Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsbereiche je Krankheitsbild für alle 44 Kreise in Baden-Württemberg berechnet und projiziert auf das Jahr 2023. Bei der Projektion wurden alle Variablen konstant gehalten bis auf die Bevölkerungsstruktur. Weitere tieferegehende Analysen waren die Gegenüberstellung projizierter Inanspruchnahmeraten und konstanter Versorgungsangebote, um die möglichen Konsequenzen einer allein durch sich wandelnde Bevölkerungsstrukturen veränderte Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten abzuschätzen. Ferner wurde die Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen und interregionale Wanderungen bei der Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen analysiert.

Wichtige Kriterien für die Auswahl von Datenquellen waren:

- Datenverfügbarkeit auf Kreisebene

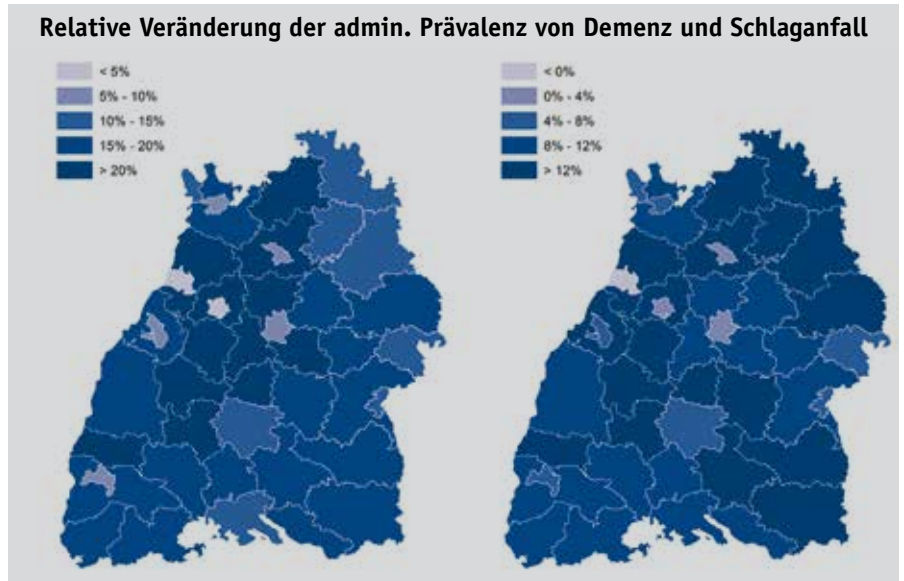


Abb. 2: Beispiele für die Darstellung der relativen Veränderung der administrativen Prävalenz der Demenz (links) und Schlaganfall (rechts) von 2013 zu projiziert 2023 in Prozent. Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg, adjustiert, und regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung (2023) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

- Daten zu verschiedenen Versorgungsbereichen vorhanden
- Daten werden regelmäßig erhoben
- Daten stammen aus demselben Berichtsjahr

Die wichtigsten Sekundärdatenquellen für die Berechnung von Indikatoren und tieferegehende Analysen waren zum einen der HZV-Evaluationsdatensatz der AOK Baden-Württemberg. Dieser umfassende Datensatz wurde vom aQua-Institut aufbereitet und qualitätsgesichert. Dennoch handelt es sich dabei um Daten, die für Abrechnungszwecke gesammelt wurden, sodass verschiedene Maßnahmen für die Datenanalyse notwendig waren, z.B. die Validierung von Diagnosen oder die Adjustierung berechneter 1-Jahres-Prävalenzen nach Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung eines Kreises. Weitere wichtige Datenquellen waren u.a. die regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg von 2016, die Krankenhausstatistik, Pflegestatistik und der Mikrozensus.

Fazit

Mit dem Modellprojekt wurden Instrumente geschaffen, die lokale Akteure dabei unterstützen können, regionale Versorgungsplanung durch regionale Analysen zu unterstützen und damit an den Leitsätzen des Gesundheitsleitbildes auszurichten.

Kontakt/Autoren

Pamela Wronski (MSc), Prof. Dr. Michel Wensing,
Dr. Jan Koetsenruijter (MSc).

Wo finde ich die Originalliteratur?

Die Broschüre und der gesamte Projektbericht (mit 103 Grafiken und 19 Tabellen) inklusive den Anhängen stehen auf der Webseite des Gesundheitsdialoges Baden-Württemberg des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg zur Verfügung: www.gesundheitsdialog-bw.de/modellprojekt.

Zusammenfassende Daten und Analysen können bei der Koordinierungsstelle Sektorenübergreifende Versorgung des Ministeriums für Soziales und Integration angefragt werden: kvs@sm.bwl.de.

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Real Life Evidence Seit 35 Jahren

www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

