

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Copyright: BVA/Schulzki

Titelinterview mit Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA): „Noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt.“

- „Interventionsmöglichkeiten der Qualitätsdimensionen“ (Walther)
- „Modellgestützte Verfahren und „big (spatial) data“ (Wieland)
- „Perspektiven der stratifizierten Prävention“ (Kirchhof)

Editorial

Zukunftsfragen: Innovationsfonds, DMP, RSA 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt“ 6

Titelinterview mit Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA)

Die Zukunft des Innovationsfonds 14

Was passiert in den Jahren 2019 und folgende?

Zwei Seiten einer Medaille 16

Serie (Teil 11): Versorgungsforschung an der Universität Regensburg

Der gemeinsame Diskurs ist das Ziel 20

3. Gesundheitspolitische Veranstaltung „Diabetes 2030“ in der dänischen Botschaft

Mehr Wissen statt wenig rationale Argumentation 24

8. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ am 11. April 2018 in Berlin

Eckpfeiler für eine digitale Transformation 27

Gemeinsame Erklärung von APS, BMC, BVDIG, DNVF, GRPG und Vdig

Zahlen - Daten - Fakten

Versorgung mit Biologika: Original oder Biosimilar? 12

Standards

Impressum 2 News 26, 27

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 29-32

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 58-59

Dieser Ausgabe liegen in unterschiedlichen Teilaufgaben die beiden Fachzeitschriften „Monitor Pflege“ und „Pharma Relations“ bei.

WISSENSCHAFT

Felix Walther, M. Sc. / Denise Küster, MPH / SIQ Arbeitsgruppe „Sachstandklärung Korrelation Struktur- und Ergebnisqualität“ / Prof. Dr. med. habil. Prof. h.c. Jochen Schmitt 34

Zusammenhang und Interventionsmöglichkeiten der Qualitätsdimensionen in der Routineversorgung

Als Rahmenkonzept für Qualität im deutschen Gesundheitswesen dient das Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsmodell. Wir untersuchten anhand eines systematischen Reviews, inwieweit Interventionen auf Struktur- und/oder Prozessebene die Ergebnisqualität beeinflussen.

Dr. rer. nat. Dipl.-Geogr. Thomas Wieland 41

Modellgestützte Verfahren und „big (spatial) data“ in der regionalen Versorgungsforschung

Räumliche Disparitäten der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen sind eine zentrale Problemstellung sowohl des Gesundheitssystems im Allgemeinen als auch der raumbezogenen Versorgungsplanung im Speziellen. Das System der kassenärztlichen Bedarfsplanung ist hinsichtlich seiner diesbezüglichen Steuerungsfunktion regelmäßig in der Kritik.

Prof. Dr. Gregor Kirchhof, LL. M. / Prof. Dr. Josef Franz Lindner / Prof. Dr. Paulus Kirchhof / Arbeitsgruppe Prävention 46

Perspektiven der stratifizierten Prävention: Chancen und Grenzen am Beispiel der kardiovaskulären Medizin

Die Verhaltensweisen für ein gesundes Leben sind lange bekannt. Gegenwärtig wird das hergebrachte „Präventionssextett“ jedoch um eine neue Dimension erweitert: die stratifizierte Prävention. Diese, auf den Einzelnen zugeschnittene Prävention ermöglicht eine gezieltere, effektivere und risikoärmere Verhinderung und Behandlung von Krankheiten. Ihren immensen Chancen stehen jedoch insbesondere die Gefahren eines „gläsernen Menschen“, für die Chancengleichheit oder im Einzelfall gesundheitsgefährdenden Maßnahmen gegenüber.

Dr. Jan Breitzkreuz / Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn 52

Diagnosen und Therapien psychogener Essstörungen

Psychogene Essstörungen haben für Betroffene schwerwiegende Konsequenzen: Körperliche Folgeerkrankungen, eine erhöhte Mortalitätsrate sowie psychische Komorbiditäten kennzeichnen diese Erkrankungen. Ferner ist bei Essstörungen das generelle Funktionsniveau eingeschränkt, was sich unter anderem negativ auf die schulische und berufliche Laufbahn auswirken kann. Substantielle gesellschaftliche Kosten entstehen infolge notwendiger Behandlungen und durch Produktivitätseinbußen. Auf Grundlage der anonymisierten Forschungsdatenbasis mit rund 750.000 Versicherten der AOK Nordost im Alter zwischen 6 und 54 Jahren wurde die Entwicklung diagnostizierter psychogener Essstörungen sowie deren Behandlung zwischen den Jahren 2010 und 2016 untersucht.

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.)
Kölstr. 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
Kölstr. 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:
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

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

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

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

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind 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: 6.508 (IVW 4. Quartal 2017)







Herausgeber-Beirat





Universitäten/Hochschulen

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

	Universitätsmedizin BONN	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock	
	bsm Health Services Management	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	






Institute

	bwf fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	WINEG	Dr. Andreas Meusch	

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik Graf von Stillfried	

Akteure

	AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Hedwig François-Kettner	
	AOK Nordost	Harald Möhlmann	
	B.A.G SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	DocMorris Medikamente allein sind nicht genug	Prof. Dr. Christian Franken	
	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayern	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	Lilly	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	Pfizer	Ralf Lägel MBA	
	SANOFI	Prof. Dr. W. Dieter Paar	
	vitabook	Markus Bönig	

	AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Baden-Württemberg	Dr. Christopher Hermann	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	IGB Institutionelle Gesundheitsversorgung in Brandenburg	Dr.med. Hans-Joachim Helming	
	INSIGHT HEALTH	Roland Lederer	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	MEDICAL CONTACT AG	Prof. Dr. Stephan Burger	
	OptiMedis AG	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Deutsche RHEUMA-LIGA • GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	vilua Arvato CRM Solutions	Dr. Jens Härtel	
	Vivantes	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.

**Link zur Kongress-
Anmeldung**

http://www.monitor-versorgungsforschung.de/kongresse/Extrapolation_2018



Zukunftsfragen: Fonds, DMP, RSA

MVF-Titelinterview mit Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA) > 6 ff.

„Der RSA wird kontinuierlich vom BVA weiterentwickelt. Hierbei wird mein Haus vom Wissenschaftlichen Beirat beraten. Die Kennzahl R² hat mittlerweile einen Wert zwischen 22,7% und 25,8% erreicht, was im internationalen Vergleich ein herausragendes Ergebnis ist. Im Sondergutachten wird aufgezeigt, dass sich die Prognosegüte des Morbi-RSA noch weiter verbessern ließe, so etwa durch die bessere Berücksichtigung von Multimorbidität im System.“ Allerdings: „Das BVA kann keinen expliziten Versorgungsqualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen stimulieren.“ So **Frank Plate**, Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA) im Titelinterview. Er ist „der Meinung, dass die vorhandenen Daten auch im Sinne der Versorgungsforschung genutzt werden sollten.“ Diese Chance auch für Längsschnitt-Analysen sollte sicher noch stärker genutzt werden.

8. MVF-Fachkongress: Evidenztransfer am 11. April 2018 > S. 24 und Beilage

Bei unserem 8. Fachkongress am 11. April 2018 in Berlin soll es um die zentralen Fragen der Extrapolation von RCT und Versorgungsforschung mit Real World Data in die reale Welt der Versorgung gehen? Im Kern: Welche Evidenz ist im Sinne der Patienten entscheidend? Es geht um den besseren Impact der Forschung. Bringen Sie auf dem Kongress Ihre Perspektive und Ihre Position ein. Diskutieren Sie mit. Sie sind herzlich eingeladen. Bitte beachten Sie den beiliegenden Programmfolder und nutzen Sie den nebenstehenden QR-Code.

Zukunft des Innovationsfonds > S. 14

Der Innovationsfonds soll über das Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von 200 Millionen Euro jährlich fortgesetzt werden. Das ist eine gute Nachricht. Aber wie soll es weitergehen? Beteiligen Sie sich an unserer Umfrage. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“

In Teil 11 unserer Serie stellen wir **Prof. Dr. Julika Loss** und **Prof. Dr. Christian Apfelbacher** und das Institut für Medizinische Soziologie, Epidemiologie und Präventivmedizin der Universität Regensburg vor. > S. 16 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Walther u.a. präsentieren mit der SIQ Arbeitsgruppe „Sachstandsklä rung Korrelation Struktur- und Ergebnisqualität“ ein systematisches Review, wie Interventionen auf Struktur- und/oder Prozessebene die Ergebnisqualität beeinflussen. Sie nutzen 18 Studien aus Deutschland im stationären Setting. Das Ergebnis zeigt insgesamt einen überwiegend positiven Einfluss von Qualitätsinterventionen auf das patientenrelevante Ergebnis. > S. 34 ff.

Wieland gibt einen Überblick zur geographischen Versorgungsforschung mit ihren gängigen Analyseformen und diskutiert die methodischen Grundlagen. Der Raumbezug hat einen großen Einfluss auf die Ergebnisse von Versorgungsanalysen, aber es gibt auch theoretisch-konzeptionelle Probleme der konventionellen Ansätze. > S. 41 ff.

Kirchhof u.a. präsentieren am Beispiel der kardiovaskulären Medizin die stratifizierte, auf den Einzelnen zugeschnittene Prävention mit ihren großen Chancen, aber auch ihren Grenzen und Gefahren. In jedem Fall ist hier noch viel interdisziplinäre Forschung nötig, genau wie Arbeit an der gesellschaftlichen Einbettung. > S. 46 ff.

Breitkreuz und **Zahn** analysieren die Entwicklung psychogener Essstörungen in den Jahren 2010 – 2016 anhand der Daten von 750.000 Versicherten der AOK Nordost im Alter zwischen 6 und 54 Jahren. Sie finden eine starke Zunahme von Versicherten mit einer Essstörung, aber auch deutliche regionale Unterschiede. > S. 52 ff.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Frühling und wieder interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können.

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



Interview mit Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA)

„Noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt“

Das Bundesversicherungsamt (BVA) mit Dienstsitz in Bonn hat gegenwärtig knapp 600 Beschäftigte, die sich auf 8 Abteilungen und 47 Referate verteilen. Das BVA führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und nimmt wichtige Verwaltungsaufgaben im Bereich der Sozialversicherung wahr. Im Zentrum dieses Interviews stehen die Tätigkeiten des BVA als DMP-Zulassungsbehörde sowie als Durchführungsbehörde für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA, zu dessen Weiterentwicklung der beim BVA angesiedelte Wissenschaftliche Beirat das erste von zwei Sondergutachten vorgelegt hat.

>> Auch nach 15 Jahren DMP kann der - in den rund 10.000 vom BVA zugelassenen Disease Management-Programmen (DMP) gesammelte und ihrer Bundesoberbehörde ja auch vorliegende - Datenschatz nur rudimentär ausgewertet und darum, wie Sie anlässlich des 15. Jahrestages der Einführung der DMP bei einer Veranstaltung der Betriebskrankenkassen (BKK) in Frankfurt erklärten, „nicht optimal für die Versorgungsforschung genutzt“ werden. Dabei könne man es sich - wie Sie weiter ausführten - gar nicht leisten, diesen „einmaligen Datenschatz“ ungenutzt zu lassen. Was sind denn die Argumente dafür? Welche sprechen dagegen?

Der von Ihnen angesprochene „Datenschatz“ liegt dem BVA ja gerade nicht vor! Der Gesetzgeber hat die Zuständigkeit für die Evaluation dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen, der sie 2014 neu geregelt hat. Seither erhält das BVA keine einzelnen Evaluationsberichte der Krankenkassen mehr.

Was sind die Auswirkungen?

Man muss sehen, dass sich die Zielrichtung der Evaluation grundlegend geändert hat. Bei Einführung der DMP stand der Wettbewerbsgedanke zwischen den Krankenkassen im Vordergrund. Man hat sich damals Auswertungen der Evaluationsdaten versprochen, um „gute“ und „schlechte“ Programme der Krankenkassen zu identifizieren und daraus sollte der Versicherte dann idealerweise seine Konsequenzen ziehen. Es stellte sich aber sehr schnell heraus, dass es eine solche einfache Einteilung in „gute“ und „schlechte“ DMP nicht gab: Es ergab sich ein wesentlich differenziertes Bild.

Was hat man denn nun?

2014 hat der G-BA entschieden, dass alle Daten aller Krankenkassen in einen großen gemeinsamen Bericht zusammengeführt werden, der dem G-BA vorzulegen und auch zu veröffentlichen ist. Diese Daten sollen der „Fortentwicklung der DMP“ dienen. Das heißt, der G-BA soll bei seiner regelmäßigen Aktualisierung der Anforderungen der DMP die Erkenntnisse aus den Evaluationsdaten berücksichtigen. Das BVA hat durch diese Entscheidung auch die Zuständigkeit verloren, etwa noch die „alten“ Daten von vor 2014 einer Auswertung zu unterziehen. Ich habe im Nachhinein ohnehin meine Zweifel, ob das BVA die richtige Adresse war, um diese Evaluationsdaten auszuwerten. Dazu waren und sind wir personell und sachlich nicht hinreichend ausgestattet. Dazu bedürfte es wissenschaftlicher Institute.

Sollten denn die Daten transparent ausgewertet werden können?

Der uneingeschränkten Nutzung dieser Evaluationsdaten für die

Versorgungsforschung steht § 137f Abs. 3 Satz 3 SGB V entgegen. Danach können im Rahmen von DMP erhobene Daten nur im Rahmen von DMP genutzt werden. Nur darin willigt der Teilnehmer bei seiner Teilnahmeerklärung ein. Dies zu ändern, bedürfte einer Gesetzesänderung.

Dennoch kann es doch sinnvoll sein!

Wie schwierig es ist, DMP-Daten über die DMP hinaus nutzbar zu machen, zeigt die Erfahrung mit dem Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz, das 2013 in Kraft getreten ist. Damals war beabsichtigt, die Daten der DMP-Teilnehmerinnen der Indikation Brustkrebs auch in dieses Krebsregister zu übernehmen. Hierzu hätte es aber einer ergänzten bzw. zusätzlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung der DMP-Teilnehmerin bedurft. Letztlich ist die Übernahme dieser DMP-Dokumentationsdaten in das Krebsregister gescheitert.

Auch die Ausgestaltung der Schulungsprogramme für die DMP-Teilnehmer und die Quote der Teilnahme sei noch verbesserungswürdig, sagten Sie bei der bereits erwähnten BKK-Veranstaltung. Welche Probleme, vor allem aber auch Verbesserungspotenziale werden denn in Ihrem „Datenschatz“, der keiner mehr ist, sichtbar, bleiben aber bisher unangesprochen?

Die Schulungen der Patienten stellen einen elementaren Bestandteil des Versorgungskonzepts der DMP dar. Sie dienen der Patientenaktivierung, um die Patienten zu befähigen mit der chronischen Krankheit im Sinne eines Krankheitsmanagements umzugehen. Da sind sich auch alle einig. Trotzdem sind die Teilnahmequoten noch nicht zufriedenstellend. Diese Daten sind auch weitgehend bekannt und veröffentlicht. So haben an den Diabetes-Schulungen bei der Indikation Diabetes mellitus Typ 2 nur 29,2 Prozent der Patienten, an der Hypertonie-Schulung nur 9,3 Prozent aller Patienten teilgenommen - jeweils bezogen auf die Gesamtzahl aller Teilnehmer. Dabei muss man berücksichtigen, dass die Ärzte einem Großteil der DMP-Teilnehmer gar keine Schulung empfehlen.

Woran liegt das?

Das weiß man nicht genau. Möglicherweise halten Ärzte die Schulungen grundsätzlich oder im Einzelfall für ihren Patienten nicht geeignet. Eventuell hat auch der Patient deutlich gemacht, dass er die Schulung - beispielsweise am Nachmittag - ohnehin nicht besuchen kann. Und der Arzt sie ihm deshalb erst gar nicht empfiehlt. Möglicherweise müssen die Schulungsprogramme auch weiter differenziert werden. Vielleicht auch, je nachdem welcher Bildungsgrad erreicht werden soll. Fremdsprachige Schulungsprogramme gibt es zum Teil bereits, auch solche, die unterschiedliche kulturelle Hintergründe berücksich-

„Ich habe im Nachhinein ohnehin meine Zweifel, ob das BVA die richtige Adresse war, um diese Evaluationsdaten auszuwerten.“

tigen – nicht unwichtig zum Beispiel bei Ernährungsempfehlungen. Auch die Digitalisierung wird an den Schulungsprogrammen nicht spurlos vorbei gehen. Online-Schulungen gibt es zum Teil schon, Schulung-Apps werden folgen.

Mal Hand aufs Herz: Darf man denn eine Chroniker-Versorgung schlechter machen als man könnte, nur weil anscheinend der Daten- und Wettbewerbsschutz mehr als der Patientenschutz wert ist?

Sie sagen „nur weil ... der Datenschutz“ mehr wert sei. Diese sogenannten „Zielkonflikte“ haben wir in vielen Politikbereichen. Gerade mit dem Datenschutz. Denken Sie nur an das Thema „Innere Sicherheit“. Diese Interessenabwägung muss der Gesetzgeber treffen und die hat er für DMP dahingehend getroffen, dass DMP-Daten nur im Rahmen von DMP genutzt werden dürfen. Und ich muss Ihnen nicht sagen, dass gerade die Bedeutung des Datenschutzes immer weiter zugenommen hat. Gerade im Hinblick auf Gesundheitsdaten besteht allseits eine besondere Sensibilität, ich nenne nur das Stichwort vom „gläsernen Patienten“. Und ich weiß auch nicht, ob man so weit gehen kann, zu sagen, dass die „Chroniker-Versorgung schlechter“ ist, weil die DMP-Daten nicht umfassender genutzt werden können. Eine Nutzung innerhalb des DMP-Systems ist ja möglich. Was uns fehlt ist eine adäquate Nutzung darüber hinaus!

Der Gastgeber der Veranstaltung, anlässlich der Sie über 15 Jahre DMP – „zugleich Erfolgsgeschichte und Herausforderung für die Zukunft“ sprachen – waren ausgerechnet die Betriebskrankenkassen, die sich über die Ergebnisse des ersten Sondergutachtens zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, kurz M-RSA, negativ äußerten. So bemängelte Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbands, dass „das Bündel der vorgelegten Empfehlungen an den tatsächlichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen Kassen und Kassenarten vorbeigehe“ sowie die generelle „Pfadabhängigkeit“ der Empfehlungen und das Negieren von eindeutigen Indikatoren für die seiner Meinung nach vorliegenden Wettbewerbsverzerrungen. Was entgegnet Sie?

Zunächst einmal hat mich der Zeitpunkt der Kritik am Sondergutachten vom BKK-Dachverband und dem Verband der Ersatzkassen ebenso überrascht, wie das frühzeitige Lob des AOK-Bundesverbands. Die Bewertung des Sondergutachtens zu einem Zeitpunkt, als es in der Langfassung noch gar nicht veröffentlicht worden ist, halte ich für gewagt. Allerdings ist die etwas voreilige Reaktion der Verbände vor dem Hintergrund der Interessenlagen ihrer Mitgliedschaften – und deren Erwartungen an das Sondergutachten – auch nicht gänzlich verwunderlich.

Wie argumentieren Sie?

Der Beirat hat sich ausführlich mit den Rahmenbedingungen beschäftigt, innerhalb derer der RSA funktionieren muss. Anders als vom BKK-Dachverband angenommen, hat der Beirat sehr wohl die angenommenen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen untersucht. Er stellt dabei fest, dass die derzeitigen Über- und Unterdeckungen ihren Ursprung mehrheitlich außerhalb des RSA haben und der RSA daher nicht für jede empfundene oder tatsächliche Schieflage verantwortlich gemacht werden kann. Insofern lohnt sich ein etwas aufmerksamer Blick auf das Bündel der vorgelegten Empfehlungen.

Welche meinen Sie explizit?

Der Beirat weist beispielsweise darauf hin, dass für einen funk-



„Den analytischen Blick in erster Linie auf die Einzelkassen zu richten, wie der Beirat es getan hat, und nicht auf die Kassenarten, hat mit dem Negieren von eindeutigen Indikatoren wenig zu tun.“

tionierenden Wettbewerb die Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene einheitlich handeln müssen. Das BVA vertritt grundsätzlich dieselbe Auffassung, aus meiner Sicht wird dies jedoch bereits heute weitgehend realisiert. Hierfür stimmt sich das BVA als Aufsichtsbehörde regelmäßig mit den Kolleginnen und Kollegen aus den Landesaufsichten ab, um unterschiedliches Aufsichtshandeln nach Möglichkeit auszuschließen. Ich stimme mit dem Beirat insbesondere auch darin überein, dass der Wettbewerb zwischen allen Krankenkassen stattfindet und nicht zwischen den Krankenkassenarten. Den analytischen Blick in erster Linie auf die Einzelkassen zu richten, wie der Beirat es getan hat, und nicht auf die Kassenarten, hat mit dem „Negieren von eindeutigen Indikatoren“ wenig zu tun.

Sie sprechen damit die angeführte Pfadabhängigkeit an.

Die von Herrn Knieps kritisierte „Pfadabhängigkeit“ kann ich nicht nachvollziehen. Da der RSA als lernendes System ausgestaltet ist, basiert die kontinuierliche Weiterentwicklung und die Evaluation auf dem bestehenden Modell, das mit der Umsetzung von Reformvorschlägen modifiziert wird. Dementsprechend ist in der Regel statt einer kompletten Revolution eine evolutionäre Entwicklung des Systems zu erwarten. Zudem konnte der Wissenschaftliche Beirat einige Fragestellungen noch nicht abschließend bearbeiten, zum Beispiel, ob die Wiedereinführung eines Risikopools empfehlenswert sei.

Knieps erwähnte in seinen Kritik-Rundumschlag auch, dass sich der Wissenschaftliche Beirat des BVA (was ja auch sein Auftrag war) mit „technischen Kennziffern zur Prognosequalität und Zielgenauigkeit“ befasse, anstatt die Wettbewerbsbedingungen insgesamt auf den Prüfstand zu stellen und auch prinzipielle Alternativen zum RSA zu erörtern. Hat er da nicht etwas den Adressaten seiner Botschaft – nämlich das BMG und die Bundespolitik – verwechselt?

Der Wissenschaftliche Beirat hatte, wie Sie zu Recht sagen, den Auftrag, die Wirkungen des Morbi-RSA zu prüfen sowie die Folgen relevanter Veränderungen des Verfahrens empirisch abzuschätzen. Eine grundsätzliche Bewertung der Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen wurde tatsächlich nicht erwartet. Nichtsdestotrotz hat sich das Beratungsgremium durchaus mit der Wettbewerbsordnung in solchen Bereichen befasst, die den RSA unmittelbar betreffen und entsprechende Empfehlungen abgegeben.

Zum Beispiel?

Die Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs besteht in jedem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem, das einen Kontrahierungszwang sowie risikounabhängige Beiträge aufweist. Ohne einen Risikostrukturausgleich besitzen die konkurrierenden Krankenkassen Anreize, sich auf die Attrahierung von guten Risiken, also von Versicherten, die – salopp gesagt – die Krankenkasse weniger kosten als sie an Einnahmen einbringen, zu konzentrieren. Ein solcher Wettbewerb, bei dem die Risikoselektion dominiert, verursacht aus normativer gesamtwirtschaftlicher Sicht aber lediglich Kosten, ohne dabei einen positiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung und somit zum Nutzen der Versicherten und Patienten zu leisten. Auch der Wissenschaftliche Beirat betont, dass die Vermeidung der Risikoselektion das zentrale Ziel des Risikostrukturausgleichs darstellt. Der RSA soll die Grundlage für einen Krankenkassenwettbewerb ermöglichen, indem er verhindert, dass Krankenkassen bei der Neukundenakquise „Rosinenpicken“ betreiben oder „schlechte“ Risiken – etwa durch eine restriktive Leistungsgewährung – in die Arme von Konkurrenten drängt. Die kritisierten Kennzahlen weisen aus, wie zielgenau die Zuweisungen des RSA sind. Je zielgenauer, desto geringer sind die durchschnittlichen Über- und Unterdeckungen von Versicherten. Dies führt wiederum zur Minderung der Risikoselektionsanreize für Krankenkassen. Daher ist es vollkommen richtig, dass der Beirat Reformoptionen anhand dieser Parameter bewertet hat. Aber um dies klarzustellen: Die empirischen Analysen des Beirats beschränken sich nicht nur auf den Aspekt der Risikoselektion, sondern beinhalten immer auch einen Blick auf die Deckungssituation der Krankenkassen. Die potenziellen Auswirkungen von Änderungen am RSA auf die Krankenkassenlandschaft wurden damit berücksichtigt.

Könnten Sie sich denn, auch wenn das nicht Ihre Aufgabe ist, prinzipielle Alternativen zum RSA vorstellen?

Solange wir in der GKV einen Wettbewerb zwischen Krankenkassen in Verbindung mit dem Krankenkassenwahlrecht, Kontrahierungszwang für die Krankenkassen und einen einheitlichen, nicht risikoadjustierten Beitragssatz haben, benötigen wir einen Ausgleichsmechanismus zwischen den Krankenkassen. Ansonsten würde die Gefahr bestehen, aus Gesellschaftssicht unerwünschte Entwicklungen in Kauf zu nehmen. So würde ein Wettbewerb um „günstige“ Versicherte das Solidarprinzip unterlaufen, indem Krankenkassen zum Beispiel durch Weglassen von Versorgungsangeboten für chronisch Kranke diese kranken Versicherten „weglocken“. Solange Versicherte ihre Beiträge unabhängig ihres Gesundheitszustandes entrichten, wird ein Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen zur Simulierung risikoäquivalenter Prämien definitiv benötigt.

Durch die von Knieps so bemängelte technischen Kennziffern zur Prognosequalität und Zielgenauigkeit kann die Prognosequalität des Morbi-RSA-Modells gemessen mit den versichertenindividuellen Kriterien R^2 und CPM weiter verbessert werden, wie das auch schon die Auswertung der bisher durchgeführten sieben Jahresausgleiche gezeigt hat. Wie genau kann denn die Prognosequalität des M-RSA überhaupt werden? Und: Wo stehen wir heute?

Der RSA wird kontinuierlich vom BVA weiterentwickelt. Hierbei wird mein Haus vom Wissenschaftlichen Beirat beraten. Die Kennzahl R^2 hat mittlerweile einen Wert zwischen 22,7% und 25,8% erreicht, was im internationalen Vergleich ein herausragendes Ergebnis ist. Im Sondergutachten wird aufgezeigt, dass sich die

Prognosegüte des Morbi-RSA noch weiter verbessern ließe, so etwa durch die bessere Berücksichtigung von Multimorbidität im System. Wir sind daher noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt. Vielmehr müssen wir dafür Sorge tragen, den Morbi-RSA weiterhin kontinuierlich zu verbessern, nicht zuletzt, um so auf sich wandelnde Umstände zu reagieren und so die erreichte Prognosequalität zu wahren.

„Die Vermeidung von Risikoselektion stellt die zentrale Funktion des Morbi-RSA dar“, schreibt der Wissenschaftliche Beirat im Vorwort des ersten (von zwei) Sondergutachten zur M-RSA-Weiterentwicklung, und erklärt dass, „die Vermeidung von Risikoselektion eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung“ sei, da die Aufgabe der Schaffung fairer Chancen im Wettbewerb der Krankenkassen eine entsprechende wettbewerbliche Rahmenordnung erfordere. Weiter sagt der Beirat, dass „Wettbewerb (im Gesundheitswesen) für sich betrachtet keinen Zielcharakter“ habe, sondern „instrumental der Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse, d.h. der Erhöhung von Lebenserwartung“ dienen solle, doch sei es „bisher nur unzureichend gelungen“, einen Wettbewerb zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu stimulieren; vielmehr hätte der Wettbewerb um möglichst geringe bzw. keine (Zusatz-)Beiträge dominiert. Was kann der BVA hier tun?

Das BVA kann keinen expliziten Versorgungsqualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen stimulieren, das ist auch nicht unsere Aufgabe, weder als Aufsichtsbehörde noch als RSA-Durchführungsstelle. Aber wir können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass alle Krankenkassen unter den gleichen Rahmenbedingungen agieren. Zu Ihrer Frage, inwieweit wir die Daten des Morbi-RSA he-



Mit Herz und Verstand - die AOK Nordost setzt auf innovative Betreuungsprogramme

Als regionale Versorgerkasse für die Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern machen wir uns für Projekte stark, die unseren Versicherten im Alltag mit ihrer Erkrankung konkret helfen und die Betreuung durch den behandelnden Arzt sinnvoll ergänzen.

AOK-Curaplan Herz Plus

Mittlerweile nutzen rund 7.000 Versicherte der AOK in Berlin und Brandenburg das Programm AOK-Curaplan Herz Plus. Zeichen einer drohenden kritischen Verschlechterung einer Herzinsuffizienz rechtzeitig zu erkennen und sofort intervenieren zu können ist das Ziel dieses Versorgungsprogramms. So werden die Patienten noch in der regulären ambulanten Versorgung wieder stabilisiert und Krankenhausbehandlungen vermieden. Eine wissenschaftliche Studie des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald belegt die positiven Auswirkungen sowohl auf die Überlebenschancen als auch die gesundheitsökonomischen Effekte der Teilnehmer. Das Konzept besteht dabei aus zwei wichtigen Säulen: der individuellen telefonischen Betreuung der Patienten sowie der telemedizinischen Überwachung von Zeichen und Beschwerden der Herzinsuffizienz. Das Programm wird seit 2006 mit der Gesellschaft für Patientenhilfe und dem Unfallkrankenhaus Berlin durchgeführt.

HerzEffekt MV

In Mecklenburg-Vorpommern leistet HerzEffekt MV einen weiteren Beitrag zur Herzgesundheit. Ziel des Programms ist der Aufbau eines digitalen Versorgungszentrums – dem sogenannten Care-Center. Herzkranken Patienten wird damit ein wohnortnaher Zugang zu spezialisierter medizinischer Versorgung angeboten. Per zufallsgesteuertem Auswahlverfahren werden die Teilnehmer einer Studiengruppe der Interventionsgruppe (Gruppe mit medizinischen Messgeräten) oder der Kontrollgruppe (Gruppe ohne medizinische Messgeräten) zugeordnet. Alle Teilnehmer am Programm erhalten medizinische Untersuchungen. Teilnehmer der Interventionsgruppe erhalten je Krankheitsbild telemedizinische Geräte und übermitteln täglich gemessene Parameter an das Care-Center. Medizinische Fallmanager können bei Veränderungen in den Messergebnissen, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten, schnell reagieren. Das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderte Innovationsfondsprojekt HerzEffekt MV wird mit der Universitätsmedizin Rostock Versorgungsstrukturen GmbH als Konsortialführer, sowie den Konsortialpartnern AOK Nordost, Techniker Krankenkasse und Philips GmbH Market DACH durchgeführt.

ranziehen können, um einen Qualitätswettbewerb zu fördern: Bei den RSA-Daten handelt es sich vor allem um gesundheitsbezogene Daten der GKV-Versicherten und damit um sensible und schutzbedürftige Sozialdaten. Bei der Nutzung der Daten müssen wir immer deren Verwendungszweck berücksichtigen, der darin besteht, den Risikostrukturausgleich durchzuführen und weiterzuentwickeln.

Wo bleibt dabei die Versorgungsforschung?

Versorgungsforschung ist zwar nicht primärer Zweck, aber ich bin der Meinung, dass die vorhandenen Daten auch im Sinne der Versorgungsforschung genutzt werden sollten. Hierfür stellt mein Amt die Daten dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Rahmen der Datentransparenzverordnung zur Verfügung, das die Aufgabe hat, die Daten so anzupassen, dass damit sogar längsschnittliche Analysen möglich sind.

Aber mit welchem Zeitverzug?

Das DIMDI hat die Erfahrungen der ersten zwei Jahre in einem Evaluationsbericht ausgewertet und u.a. auch den Zeitverzug zwischen dem Berichtsjahr und der Verfügbarkeit untersucht. Diese Erkenntnisse sind in die Überarbeitung der Datentransparenzverordnung eingeflossen. Bisher erfolgen die Datenmeldungen durch das BVA erst nach Abschluss der Korrektur eines Jahresausgleichs. Diese zeitliche Einschränkung soll zukünftig entfallen, so dass sich die Aktualität des Datenangebots deutlich erhöhen wird.

Was sagen Sie zum Thema Regionalisierung?

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass sich die Leistungsaufgaben bei gleichen Risikomerkmale regional unterscheiden. Sowohl für die Versorgungsforschung als auch für den RSA ergibt sich daher die Frage, welche Einflussgrößen dafür verantwortlich sind und welche regionalen Verteilungen diese bewirken. Diese Fragen sind Gegenstand eines weiteren Gutachtens, mit dem der Wissenschaftliche Beirat beauftragt wurde und das derzeit von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle im BVA vorbereitet wird. Hier zeichnen sich noch keine eindeutigen Antworten ab. Denn einerseits könnten durch die Umverteilung von Finanzmitteln von Niedrigkosten- in Hochkostenregionen unerwünschte regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte verfestigt werden. Wenn andererseits unterschiedliche Kostenniveaus von den Krankenkassen gar nicht beeinflusst werden können, entstehen ungleiche Wettbewerbsbedingungen. Es kommt daher auf die genaue Ausgestaltung an, weshalb ich hier dem Gutachten auch nicht vorgreifen will. Festgelegt bin ich allerdings bei der Ablehnung einer Regionalisierung der Beitragssätze, da dies nach meiner Auffassung einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungs-, Prüf- und Umsetzungsaufwand mit sich bringen würde.

Auf Krankenkassenartenebene zeigt sich nach Ausführungen des Beirats im Sondergutachten, dass die AOKs (im Durchschnitt) und die Bundesknappschaft seit 2009 im Vergleich zu den anderen Krankenkassen(arten) ihre Risikostruktur verbessert haben, das heißt, die relative Krankheitslast bei ihnen gesunken ist, währenddessen sich die Risikostruktur bei Betriebskrankenkassen, Innungs- und Ersatzkassen (im Durchschnitt) relativ verschlechtert habe, das heißt, dass ihre relative Krankheitslast zugenommen hat. Liegt das denn am M-RSA?

„Eine alleinige Aufsichtszuständigkeit des BVA würde eine einheitliche Aufsichtsführung gegenüber allen gesetzlichen Krankenkassen gewährleisten. Sie ist aber politisch kaum umsetzbar und damit wohl unrealistisch.“

Die Angleichung der Morbiditätslast ist ein Ergebnis des Kassenwettbewerbs in Verbindung mit dem Kassenwahlrecht der Versicherten. Die sich angleichenden Risikostrukturen der Krankenkassen sind durchaus als

ein positives Zeichen für die Wirkung des Risikostrukturausgleichs zu werten, da die Morbidität einer Krankenkasse nicht mehr maßgeblich den (Zusatz-)Beitragssatz und damit die Attraktivität der Krankenkasse für Neuversicherte beeinflusst. Abgesehen davon wird mein Haus selbstverständlich bei jeder einzelnen Krankenkasse prüfen, inwieweit sich aus diesen Ergebnissen des Beirats Auffälligkeiten ergeben, denen wir konsequent und lückenlos nachgehen.

Das BVA führt im Auftrag der Bundesregierung die Aufsicht über die Träger und Einrichtungen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt. Würden Sie dafür plädieren, dass Ihre Zuständigkeit durch die Politik auf alle Kassen erweitert werden müsste, damit die Aufsicht überall gleich ausgeübt werden kann?

Eine alleinige Aufsichtszuständigkeit des BVA würde eine einheitliche Aufsichtsführung gegenüber allen gesetzlichen Krankenkassen gewährleisten. Sie ist aber politisch kaum umsetzbar und damit wohl unrealistisch. Denn zur Änderung der derzeitigen Aufteilung der Aufsichtszuständigkeit zwischen Bund und Ländern wäre eine Grundgesetzänderung notwendig. Die hierfür erforderliche Zweidrittel-Mehrheit in Bundestag und Bundesrat erscheint insbesondere im Bundesrat politisch nicht realisierbar.

Zumindest aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats – ebenfalls im Sondergutachten nachzulesen – sei es „unerlässlich, dass die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern bei der Umsetzung der durch das HHVG geschaffenen Neuregelungen einheitlich handeln“. Was wären denn die zu erwartenden Vor-, was mögliche Nachteile?

Mit den durch das HHVG eingeführten Neuregelungen will der Gesetzgeber Manipulationen im RSA verhindern. Um dieses Ziel zu erreichen und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu vermeiden, ist es erforderlich, dass alle Aufsichtsbehörden an einem Strang ziehen und durch eine einheitliche, strenge Aufsichtsführung dafür sorgen, dass keine Beeinflussung der ärztlichen Diagnosekodierung erfolgt.

Herr Plate, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/18), S. 6-10; doi: 10.24945/MVF.02.18.1866-0533.2068

Frank Plate

ist seit 15. März 2015 Präsident des Bundesversicherungsamtes und damit Nachfolger von Dr. Maximilian Gaßner (2010 bis 2015 – MVF 05/2011) und Prof. Josef Hecken (2008 bis 2009 – MVF 03/2009). Davor war der Jurist (Studienorte: Trier, Rechtsreferendariat in Koblenz und Köln) von 2010 bis 2015 Leiter der Unterabteilung 10 (Personal, Haushalt) beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, und von 1999 bis 2010 schon einmal beim BVA tätig: als Leiter des Referates „Grundsatzfragen der Sozialversicherung; Justitariat“ sowie Leiter der Abteilung 1 „Gemeinsame Angelegenheiten der Sozialversicherung“.

Daten für ein besseres Leben.

Versorgung neu gedacht: Viluas Hybrid-Coaching verbindet persönliche Beratung mit digitaler Expertise. Unsere auf Forschungsdaten basierenden Analysen zeigen Handlungsfelder auf und fließen in die Konzeption unserer Services ein: Innovativ und individuell haben diese das Ziel, die Lebensqualität von Patienten zu steigern.

  : @vilua

**„Meine Ziele.
Mein Coach.
Meine Gesundheit.
Mein Vilua.“**



INSIGHT Health mit Patientendaten zum Biologikamarkt

Versorgung mit Biologika: Original oder Biosimilar?

Gibt es eine Veränderung in der ärztlichen Wahrnehmung des Stellenwerts von Biosimilars in der Therapie? Spielen Umstellungen von Originalpräparaten auf Biosimilars anders als in der Vergangenheit heute und auch in Zukunft eine größere Rolle? Bleiben die Preisabschläge der Biosimilars im Vergleich zum Original weiterhin unter der 20%-Schwelle? Erzeugt der Patentablauf von Adalimumab einen Paradigmenwechsel, der über das Produkt hinaus Impulse für den gesamten Biosimilar-Markt gibt? Diese Themen beschäftigen Hersteller, Ärzte und Kostenträger gleichermaßen. Der Frage, ob Patienten ein Original oder Biosimilar erhalten, nähert sich dieser Artikel in 3 Beispielen und liefert dabei einen Überblick zum Status quo.

>> Im Herbst dieses Jahres verliert der monoklonale Antikörper Adalimumab in Deutschland den Patentschutz. Mit einem Umsatz von 1,04 Mrd. Euro (nach AVP) ist das Biologikum nicht nur in 2017 sondern auch in den beiden Vorjahren der umsatzstärkste Wirkstoff in der GKV. Die Verordnungen von Adalimumab sind von 2015 auf 2017 um knapp 11 Prozent angestiegen (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Der zur Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren gehörende Antikörper wird zur Therapie von Erkrankungen, die mit hochregulierten inflammatorischen Prozessen des Körpers assoziiert sind, eingesetzt. Darunter beispielsweise die Rheumatoide Arthritis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen und Psoriasis. Das breite Indikationsspektrum ist eine Therapieoption für zahlreiche Patienten, die Biosimilar-Hersteller schon Jahre vor dem Patentablauf als Potenzial erkannt haben. Bereits jetzt sind vier Biosimilars der Hersteller Amgen, Boehringer und Samsung zugelassen (Quelle: public assessment reports der EMA; Stand 16.03.2018).

Dass direkt mit Patentablauf Biosimilars für die Versorgung zur Verfügung stehen werden, lenkt die Diskussion unweigerlich auf die Möglichkeiten bzw. Grenzen der Umstellung von Patienten vom Original auf die neuen Arzneimittel. Aber vor allem Neueinstellungen können bevorzugt auf die dann verfügbaren Biosimilars erfolgen. Obschon Adalimumab aufgrund des breiten Indikationsspektrums und dem hohen Umsatzpotenzial eine besondere Bedeutung zukommt, ist der Markteintritt von Biosimilars bei den TNF-alpha-Inhibitoren keine neue Situation mehr. Anhand der beiden Biologika Etanercept und Infliximab lassen sich einige Mechanismen aufzeigen. Auch der zur Krebstherapie eingesetzte monoklonale Antikörper Rituximab, für den mit Truxima und Rixathon zwei Biosimilars auf dem deutschen Markt verfügbar sind, wird hinsichtlich der Patientendynamik betrachtet. Dafür wird das Panel Patient INSIGHTS von INSIGHT Health verwendet, das mit mehr als 47 Millionen Patienten, die seit 2013 zur Verfügung stehen, die Darstellung der Medikationshistorie von anonymisierten GKV-Versicherten ermöglicht.

Steigende Patientenzahlen für Benepali

Im Februar 2016 bekam im Etanercept-Markt das Original Enbrel mit Benepali eine erste Biosimilar-Konkurrenz; im Juli 2017 folgte dann mit Erelzi das zweite und bis dato letzte Biosimilar. Seit dem Markteintritt der Biosimilars lässt sich eine merkliche Marktausweitung beobachten: So steigt die Anzahl der Patienten bis zum Januar 2018 von 10.000 auf über 12.000 an. Waren im März 2016 noch fast alle Patienten auf das Original Enbrel und erst 36 auf Benepali eingestellt, zeigt sich im Januar 2018 folgendes Bild: Noch 6.725 Patienten erhalten Enbrel, 5.260 Benepali und 797 Patienten sind auf Erelzi eingestellt (vgl. Abb. 1). Somit machen die Biosimilars nach 22 Monaten schon fast die Hälfte des Etanercept-Marktes aus. Das erste Etanercept-Biosimilar hat sich damit manifest in der Versorgung der Patienten etabliert. Inwieweit dieser Umstand auch auf Erelzi zutrifft, bleibt weiter zu beobachten. Aufgrund des Kostendrucks in der GKV ist die Verordnung von Biosimilars etablierter Bestandteil zahlreicher verordnungssteuernder Maßnahmen. Die Betrachtung von Neueinstellungs- und Um-

stellungszahlen der Patienten vermittelt einen guten Eindruck der Auswirkungen dieser Vorgaben. So übersteigt erstmals im Oktober 2016 die Anzahl der neu auf Benepali eingestellten Patienten mit 563 die der auf Enbrel neu eingestellten (527). In den folgenden Monaten erhalten zunehmend mehr Patienten erstmalig Benepali, wobei sich dieser Wert in den letzten Monaten des Jahres 2017 auf ca. 900 monatliche Neupatienten einpendelt.

Die Anzahl der neu auf das Originalpräparat Enbrel eingestellten Patienten sank im Betrachtungszeitraum kontinuierlich von 843 im März 2016 auf 222 im ersten Monat des Jahres 2018. Da gleichzeitig monatlich die Anzahl der Umstellungen von Enbrel auf Benepali nur ca. ein Viertel der Anzahl der Neueinstellungen erreicht, sind die Neueinstellungen der Haupttreiber der Biosimilar-Ausweitung. Die Empfehlung insbesondere bei einer Erstverordnung ein Biosimilar zu wählen, scheinen die Ärzte demnach bei der Therapie mit Etanercept zu berücksichtigen. Anders zeigt sich die Situation bei dem seit Juli 2017 im Markt befindlichen Biosimilar Erelzi. Hier haben Therapieumstellungen eine relativ höhere Bedeutung als beim Erstbiosimilar. So sind im Januar des

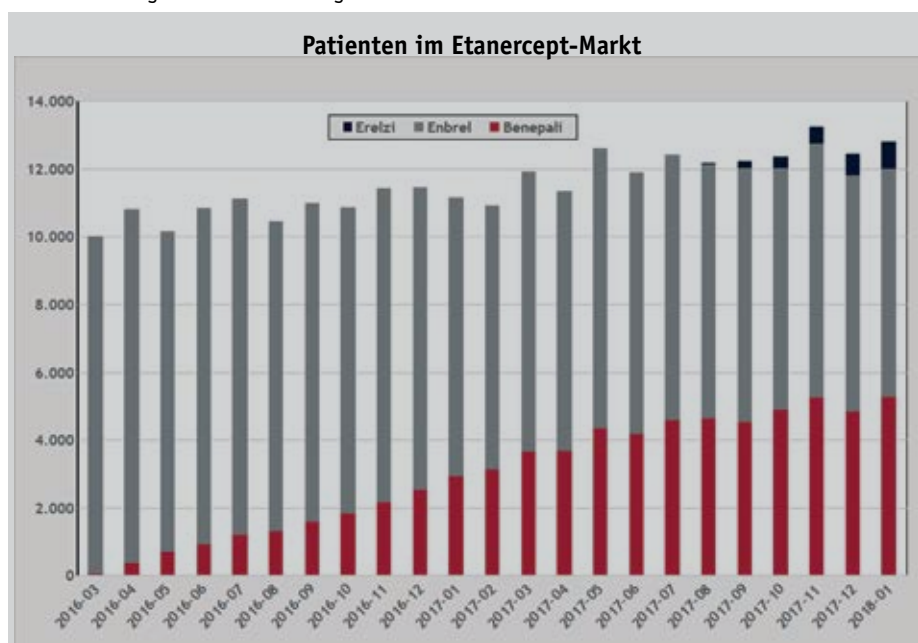


Abb. 1: Anzahl von Patienten in der GKV mit einer Verordnung von Etanercept getrennt nach den drei im Markt verfügbaren Produkten in den Monaten März 2016 bis Januar 2018; Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health.

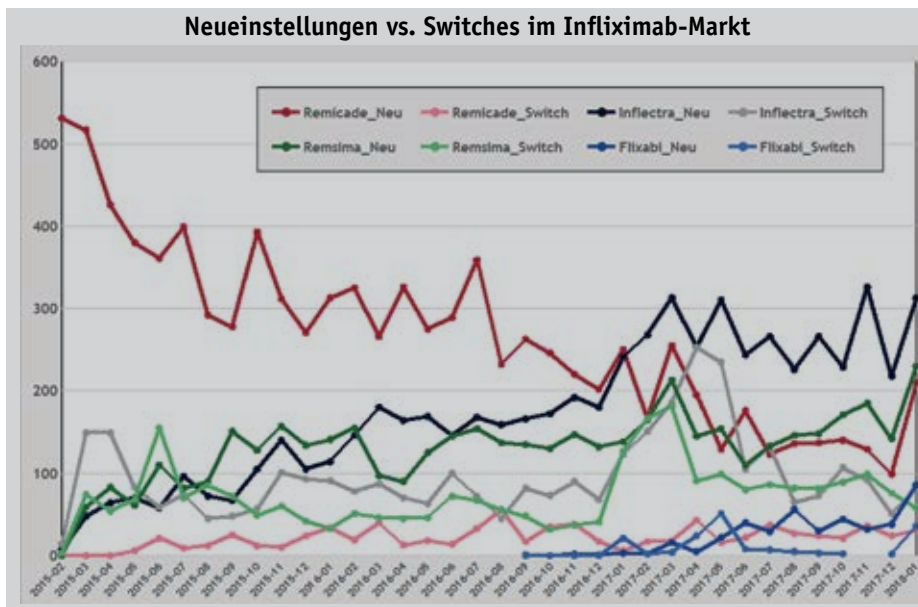


Abb. 2: Neueinstellungen vs. Switches von Patienten mit einer Infliximab-Verordnung in der GKV getrennt nach den im Markt verfügbaren Produkten in den Monaten Februar 2015 bis Januar 2018; Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health.

aktuellen Jahres 254 therapienaive Patienten auf Erelzi eingestellt und 161 bereits mit Etanercept therapierte Patienten darauf umgestellt. Wie sich die Patientenzahlen bei Verfügbarkeit von Biosimilars weiter verschieben und welches Präparat die Patienten letztlich erhalten, bleibt weiter spannend zu beobachten. Dass grundsätzlich aber zunehmend mehr Patienten Etanercept erhalten verwundert aufgrund der allgemein zunehmenden Verordnungen von Biologika nicht.

Infliximab-Original dominiert lange

Wie bereits für Etanercept gezeigt, weitet sich auch der Markt für Infliximab aus und zwar innerhalb von 3 Jahren von monatlich 5.500 Patienten auf monatlich fast 10.000 Patienten. Dabei blieb die Anzahl der auf das Original Remicade eingestellten Patienten über einen Zeitraum von 2 Jahren nach Markteintritt der ersten beiden Biosimilars im Februar 2015 konstant. Ab dem 3. Quartal 2017 sank dieser Wert von über 5.000 Patienten auf ca. 4.000 Patienten pro Monat. Zu diesem Zeitpunkt übersprang die Anzahl der auf das Biosimilar Inflectra eingestellten Patienten die 2.000er-Schwelle und steigerte sich bis zum Januar 2018 auf ca. 3.300 Patienten. Die Entwicklung des parallel verfügbaren Biosimilars Remsina verlief anfangs merklich weniger dynamisch. Das dritte Biosimilar Flixabi ist seit Januar 2017 verfügbar und spielt bislang keine große Rolle im Infliximab-Markt. Im Januar 2018 sind 364 Patienten in Therapie. Wie Abbildung 2 verdeutlicht, zeigt sich diese Dynamik zugunsten der Biosimilars auch an den Neueinstellungen: Im Januar 2018 wurden noch 210 von ehemals über 530 Patienten auf das Original Remicade eingestellt. Dagegen schon 313 auf Inflectra, 230 auf Remsima und 86 auf Flixabi. Die Umstellungsdynamik dieses Marktes zugunsten der Biosimilars speist sich somit ganz wesentlich, wie

erwartet, aus bisher therapienaiven Patienten und deutlich weniger aus Switches innerhalb der Substanz Infliximab. Wie bei Etanercept erfolgt auch bei Infliximab nach dem Biosimilareintritt eine deutliche Marktausweitung, jedoch konnte das Originalpräparat Remicade hier sehr lange seine Patientenzahl halten.

Neueinstellungen vs. Switches

Im Rituximab-Markt ist nach dem Markteintritt der Biosimilars in 2017 noch keine merkliche Ausweitung erkennbar. Zwischen dem Original Mabthera und den beiden Biosimilars Truxima und Rixanthon zeigt sich bislang ein reiner Verdrängungswettbewerb. Die Gesamtzahl der auf die Substanz Rituximab eingestellten Patienten stagniert bei einem Monatswert von etwa 6.000. Das Original Mabthera verliert zurzeit monatlich ca. 300 Patienten an die Biosimilars, wobei das zuerst eingeführte Truxima lange den überwiegenden Teil davon für sich gewinnen konnte. Mit Januar 2018 jedoch teilen sich die Patienten mit Biosimilar-Verordnung je zur Hälfte auf die beiden Nachahmer-Produkte auf.

Dabei beruhen die Gewinne von Truxima in den ersten 6 Monaten nach Markteinführung zu einem Großteil auf Therapieumstellungen und erst in den letzten 3 Monaten stärker auf Verordnungen an bislang therapienaive Patienten. Bei Rixanthon, das seit Juli 2017 auf dem deutschen Markt verfügbar ist, halten sich Neueinstellungen und Umstellungen im Betrachtungszeitraum in etwa die Waage. So verteilen sich bei Truxima die neu gewonnenen Patienten im Januar 2018 auf 425 Therapieumstellungen und 238 Umstellungen. Bei Rixanthon hingegen überwiegt in diesem Monat die Zahl der Umstellungen die der Neueinstellungen (164 vs. 146 Patienten). Parallel dazu verzeichnet das Original Mabthera 497 Therapieumstellungen und lediglich 27

Zitationshinweis

Schweyda, H.-J., Pieloth, K.: „Versorgung mit Biologika: Original oder Biosimilar?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/18), S. 12-13; doi: 10.24945/MVF.02.18.1866-0533.2069

Umstellungen. Somit zeigen sich im ersten onkologischen Biosimilar-Markt durchaus andere Entwicklungen als beispielsweise in diversen Rheuma-Märkten.

Fazit

Beide im Bereich der rheumatologischen Therapeutika und anderer Autoimmunerkrankungen betrachteten Märkte (Etanercept, Infliximab) zeigen nach Biosimilareintritt eine deutliche Ausweitung. Daraus lässt sich die Prognose ableiten, dass nach Patentablauf von Adalimumab und dem Markteintritt von Biosimilars ebenfalls eine signifikante Marktausweitung statt eines reinen Verteilungswettbewerbs zu erwarten ist. Dies gilt so mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für weitere Produkte in diesen Therapiefeldern. Die Ergebnisse der Analysen decken sich mit der Meinung zahlreicher medizinischer Experten, die für viele bislang konservativ behandelte Patienten aus dem rheumatischen Formenkreis in einer Biologika-Therapie noch einen erheblichen Benefit sehen und damit mehr Patienten einer solchen Behandlung zuführen. Umgekehrt zeigt der erste Biosimilar-Markteintritt bei Onkologika (Rituximab), dass in diesen Märkten eher ein harter Verdrängungswettbewerb denn eine Markterweiterungen stattfinden wird. Denn Tumorkrankheiten erhalten schon jetzt weitgehend eine Leitlinien-gerechte Therapie und damit auch, wenn indiziert, Biologika. Bislang konnten die Originalanbieter in biosimilarfähigen Märkten noch über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ihre Patienten halten, dies ist sicherlich auch der geringen Anzahl der jeweils verfügbaren Biosimilars geschuldet. Zudem war bislang bei den Therapieentscheidern eine sehr große Zurückhaltung bei Umstellungen vom Original auf Biosimilar festzustellen. Dies scheint sich seit dem Jahre 2017 merklich zu verändern, denn nun tragen auch Umstellungen verstärkt zum Marktanteilsgewinn der Biosimilars bei. Hier deutet sich ein Erfolg der Kampagnen von KVen und Biosimilarherstellern an, die Biosimilars als günstigere Variante einer medizinisch identischen Therapie darstellen.

Spannend bleibt, inwieweit die KVen in ihren Handlungsrichtlinien den Einsatz von Biosimilars weiter zu befördern versuchen. Parallel dazu werden die Kostenträger gerade in Märkten mit mehreren Biosimilaranbietern versuchen, über Open House- bzw. exklusive Rabattverträge die Therapiekosten zu reduzieren. Die „Komfortzone“, in der sich viele Originalanbieter von Biologika auch nach Patentablauf noch längere Zeit bewegen konnten, wird sich in Zukunft absehbar verkürzen und verengen. <<

Autoren: Dr. Hans-Jürgen Schweyda und Kathrin Pieloth*

Was passiert in den Jahren 2019 und folgende?

Die Zukunft des Innovationsfonds

Die gute Nachricht für den Innovationsfonds als solchem: „Wir werden den Innovationsfonds über das Jahr 2019 mit einem Volumen von 200 Millionen Euro jährlich fortsetzen“, womit es die Versorgungsforschung geschafft hat, zumindest einmal im aktuellen Koalitionsvertrag aufzutauchen. Die etwas schlechtere steht in einem Bericht in der „Ärzte Zeitung“ vom 25.09.2017, in dem steht, dass die 75 Millionen Euro pro Jahr, die zurzeit im Innovationsfonds für Projekte der Versorgungsforschung zur Verfügung stehen, nach Einschätzung Heckens zu großzügig bemessen seien: „Das ist auf Dauer zu viel, das brauchen wir nicht.“ Damit bleibt die Frage offen: Wie viel wären denn angemessen?

>> Bei dieser Frage werden sich die Geister scheiden, die sich seit einigen Monaten bereits in Stellung bringen. Aber noch ist viel Zeit für Meinungsbildung und politische Einflussnahme, um das, was im aktuellen, zwischen CDU/CSU und SPD verhandeltem Koalitionsvertrag steht, in Gesetzesform zu gießen. So äußerte der AOK Bundesverband im November 2017 eine generelle Kritik, in dem er sich gegen eine vorzeitige Verlängerung des Innovationsfonds aussprach. „Erst müssen die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Evaluation des Förderkonzepts vorliegen, dann kann auch verantwortungsvoll über eine Fortsetzung entschieden werden“, forderte der Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Damit wendet sich der mächtige Bundesverband der AOKen gegen Überlegungen – unter anderem des Bundesgesundheitsministeriums – den Innovationsfonds vorzeitig zu entfristen und damit zum dauerhaften Instrument zu machen: „Bevor aus dem Innovationsfonds eine Dauereinrichtung wird, sind noch viele Fragen zu beantworten. Zum Beispiel gibt es noch keinerlei Erkenntnisse darüber, wie effektiv der Fonds echte Innovationen im Gesundheitswesen fördert.“

Genau das hat das Bundesministerium für Gesundheit inzwischen getan. Nachdem es über § 92a „Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss“ – speziell mit dessen Absatz 5 – den gesetzlichen Auftrag erhalten hat, die wissenschaftliche Auswertung der Förderungen neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung aus dem Innovationsfonds zu veranlassen, hat das BGM im Januar dieses Jahres das renommierte Wirtschaftsforschungs- und Beratungsunternehmen Prognos AG mit der Durchführung der Evaluation beauftragt. Das seit über 50 Jahren tätige Prognos-Institut, das sich selbst als „europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung“ bezeichnet, soll nun als Gewinner eines europaweiten Ausschreibungsverfahrens eine wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds konzipieren, entwickeln und durchführen sowie die daraus entstehenden Ergebnisse zuerst dem BMG präsentieren, der

diese dann zum 31. März 2019 in Form eines Zwischenberichts dem Deutschen Bundestag vorlegen wird. Ein abschließender Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung soll aber erst bis zum 31. März 2021 vorgelegt werden. Was sicher auch sinnvoll – wenngleich es vielleicht sogar noch etwas zu früh sein wird – ist, denn zu diesem Zeitpunkt werden die letzten Projektmaßnahmen aus den letzten Förderwellen des Jahres 2018/2019 noch laufen.

Für Prof. Josef Hecken, der bekanntlich nicht nur unparteiischer Vorsitzender des G-BA, sondern auch Vorsitzender des Innovationsausschusses ist, wäre „ein langjähriges Engagement, wenn auch mit geringerem Fördervolumen“ sinnvoll, wie er im August 2017 im Vdek-Magazin geschrieben hat. Ebenso gab er laut eines Zeitungsberichts in der „Ärzte Zeitung“ vom 25. September über ein Seminar des Instituts für patientenorientierte Versorgungsablaufforschung in Mönchengladbach zu Protokoll, dass seiner Meinung nach zu viel Geld für Versorgungsforschung fließe und zu wenig Vorschläge Versorgungsbereichen mit großem Handlungsbedarf gelten würden. Darum sollte sei-

nen Vorstellungen nach ein kleiner Teil der Mittel aus dem Innovationsfonds künftig in die Arbeit an wissenschaftlichen Leitlinien fließen. „Wenn der Innovationsfonds verlängert wird, möchte ich die Möglichkeit haben, fünf oder sechs Millionen Euro aus dem Bereich Versorgungsforschung herauszunehmen und in die Weiterentwicklung von Leitlinien zu stecken“, erklärte laut ÄZ Hecken.

Für eine Absenkung der Fördersumme sprach sich übrigens auch Litsch aus, indem er sagte: „Angesichts der ausgelasteten Kapazitäten bei den Instituten und Antragstellern leidet zunehmend die Qualität der eingereichten Projekte, außerdem ist mit Mitnahmeeffekten zu rechnen.“ Ebenso fragwürdig sei es seiner Meinung nach, „die Versorgungsforschung von Universitäten und wissenschaftlichen Instituten durch die gesetzlichen Krankenkassen statt aus Steuermitteln zu finanzieren“. Und vollkommen offen erscheine es schließlich, ob die dauerhafte Verlagerung von Innovationsentscheidungen auf ein zentrales Gremium wie den Gemeinsamen Bundesausschuss tatsächlich das Innovationsklima im deutschen Gesundheitswesen verbessere. <<

Umfrage zur Zukunft des Innovationsfonds

Antworten sind nur online auf www.monitor-versorgungsforschung.de/Innofonds-umfrage möglich

1) Soll der Innovationsfonds generell fortgeführt werden?
Ja/Nein

2) Wie hoch sollte die Fördersumme ab 2019 sein:
a) Wie bisher 225 Millionen für Versorgungsinnovationen und 75 Millionen für Versorgungsforschung
b) 125 Millionen für Versorgungsinnovationen und 75 Millionen für Versorgungsforschung
c) 150 Millionen für Versorgungsinnovationen und 50 Millionen für Versorgungsforschung
d) 175 Millionen für Versorgungsinnovationen und 25 Millionen für Versorgungsforschung
e) Keines von all dem, mein Vorschlag wäre folgender: _____

3) Der Innovationsfonds sollte aus dem direkten Zugriff und Verantwortlichkeit des G-BA herausgelöst werden?
a) Ja/Nein
a) Welche Konstellation/Verantwortlichkeit schlagen Sie vor: _____

4) Mit einem Sonderbudget sollte eine „Nationale Koordinierungs-/ Clearingstelle Versorgungsforschung“ geschaffen werden, die Forschungsbedarfe eruieren und die Diskussion zentraler Fragestellungen der Gesundheitspolitik durch Wissenschaft und Forschung moderieren könnte, wie es das DNVF in einem Positionspapier fordert.
a) Ist sinnvoll/nicht sinnvoll
b) Wie hoch sollte dieses Sonderbudget sein: _____

5) Mit einem weiteren Sonderbudget sollte die Entwicklung hochstehender S-3-Leitlinien gefördert werden, wie es Hecken fordert.
a) Ist sinnvoll/nicht sinnvoll
b) Wie hoch sollte dieses Sonderbudget sein: _____

6) Fragen zu Ihrer Person
a) Titel / Vorname / Name
b) eMail
c) Ich möchte, dass meine Antworten vertraulich behandelt werden: Ja/Nein
d) Welcher Stakeholder-Partei gehören Sie an?



**NEU:
BIOSIMILARS VON AMGEN**

DA BLEIBT MEHR IN DER KRANKEN- KASSE.

Mit Biosimilars leisten wir einen Beitrag dazu, das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten. Für die Gesundheit der Patienten ist es dabei von größter Wichtigkeit, dass die Arzneimittel durchgängig zur Verfügung stehen. Für unsere Biosimilars nutzen wir das gleiche Herstellungs- und Lieferkonzept wie für unsere Biologika – so schreiben wir unsere hervorragende Erfolgsgeschichte hinsichtlich der Liefersicherheit fort. Sie wollen mehr erfahren? www.biosimilars.de

DE-P-BIO-0118-05992c

Vom Pionier für Biotechnologie.



Serie (Teil 11): Institut für Medizinische Soziologie, Epidemiologie und Präventivmedizin der Universität Regensburg

Zwei Seiten einer Medaille

Das Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin an der Universität Regensburg wurde 2008 mit der Berufung von Prof. Dr. Michael Leitzmann als Lehrstuhlinhaber und Institutsdirektor gegründet. Zu dem Institut, auch heute noch von Leitzmann als Direktor geführt, gehören drei Professuren: die für Medizinische Soziologie – die sich Prof. Julika Loss und Prof. Christian Apfelbacher teilen und die hier vorgestellt werden sollen – sowie der Lehrstuhl Genetische Epidemiologie, den Prof. Iris Heid innehat, und den von Leitzmann besetzten Lehrstuhl für Epidemiologie und Präventivmedizin.

>> Die Donaustadt Regensburg ist Sitz der Regierung der Oberpfalz, einer von sieben Regierungsbezirken Bayerns. In der Oberpfalz liegt anerkanntermaßen – genauer gesagt in Hildweinsreuth bei Flossenbürg – der amtliche Mittelpunkt des europäischen Kontinents. In der Versorgungsforschung ist die 150.000-Seelen-Stadt Regensburg zwar noch nicht ganz so weit, doch das Professorenduo Loss und Apfelbacher arbeitet fleißig daran.

Dr. Julika Loss begann damit schon am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth, an dem sie von 2001 bis 2009 als akademische Oberrätin gearbeitet hatte. Damals ergab es sich, dass sie ein neues Förder-

programm für Präventionsprojekte des Bayerischen Gesundheitsministeriums (Gesund.Leben.Bayern) über mehrere Jahre wissenschaftlich begleiten konnte. Im Zuge dieser Evaluation wurde ihr klar, dass es für präventive Programme noch keine guten Ansätze für Qualitätsmanagement gab, ebenso wenig Konzepte und Goldstandards für die methodische Bewertung derartiger Programme. Als sie dann 2009 den Ruf auf die Professur für Medizinische Soziologie an der Universität Regensburg bekam, konnte sie speziell im Bereich klinische Versorgungsforschung forschen und arbeiten. Das liegt auch mit daran, dass in Regensburg die Medizinische Soziologie in der Medizinischen Fakultät angesiedelt ist und sich Kon-



Prof. Dr. med. Julika Loss

- 1991-1998 Studium der Humanmedizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
- 1998-2001 Ärztin im Praktikum und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Innere Medizin, Abt. Gastroenterologie und Hepatologie, MHH
- 1999 Promotion zur Dr. med.
- 2001-2008 Wissenschaftliche Assistentin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth
- 2005-2006 Forschungsaufenthalt am Australian Centre for Health Promotion, University of Sydney, Australien (DFG-Forschungsstipendium)
- 2007 Venia legendi für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften Universität Bayreuth, Thema der Habilitation: „Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung“
- 2008-2010 Akademische Oberärztin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth
- Seit 2010 Professorin für Medizinische Soziologie, Universität Regensburg



Prof. Dr. sc. hum. Christian Apfelbacher PhD

- 1998-2003 Studium der Philosophie an der Hochschule für Philosophie München (HfPh)
- 2003 Magister Artium (M.A.)
- 1999-2004 Studium für das Lehramt an berufsbildenden Schulen (Fachrichtung Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Unterrichtsfach Deutsch) an der Technischen Universität (TU) München & Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München
- 2004 Staatsexamen für das Lehramt an beruflichen Schulen und Diplom in Berufspädagogik
- 2004/05 und 2005/06 Teilzeitstudium an der London School of Hygiene & Tropical Medicine
- 2006 Master of Science (M.Sc.) in Public Health & Diploma der London School of Hygiene and Tropical Medicine (DLSHTM)
- 2008 Promotion zum Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc.hum.) an der Medizinischen Fakultät der Univ. Heidelberg
- Seit 2011 Akademischer Rat an der Professur für Medizinische Soziologie (Prof. Dr. Julika Loss)
- 2013 Promotion zum Doctor of Philosophy (PhD) an der University of Brighton & University of Sussex

Link

Hier finden Sie die bereits vorgestellten Versorgungsforschungsstandorte: www.m-vf.de/profiler. Der Einfachheit halber wird die männliche Schreibform verwendet.

takte und Kooperationen mit ärztlichen Partnern aus der Klinik schnell und unkompliziert ergaben.

Schnell wurde jedoch klar, dass die Arbeit alleine gar nicht zu schaffen ist. So kam Dr. Christian Apfelbacher ins Boot: Als im Jahr 2010 die Professur für Medizinische Soziologie durch Julika Loss neu besetzt wurde, suchte diese jemanden zur Profilierung dieses Arbeitsbereiches. Eine Chance und eine sich bietende Perspektive, den Aufbau medizinsoziologischer Forschung am Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin an der Universität Regensburg zu unterstützen, war für Dr. Christian Apfelbacher zum einen reizvoll, zum anderen für den Oberbayer mit Wurzeln in der Oberpfalz vom Lebensgefühl her sehr passend. Loss: „Mit meinem Kollegen Apfelbacher haben wir hier bereits viele interessante Projekte im Bereich Unfall- und Viszeralchirurgie, Rheumatologie, Pneumologie, Dermatologie sowie Augen- und Zahnheilkunde in Zusammenarbeit mit Klinikern planen und umsetzen können.“

In der Präventionsforschung, die sie weiterhin betreibt, geht es hingegen derzeit vor allem um komplexe, settingbasierte Maßnahmen für die Förderung körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung. Im Bereich der klinischen Versorgungsforschung ist Loss vor allem die ärztliche Sicht wichtig. Dazu werden u.a. zu verschiedenen Fragestellungen Daten bei Ärzten erhoben, um zu verstehen, wie sie Entscheidungen bei komplexen klinischen Fragestellungen treffen und damit die Versorgung beeinflussen. Dabei kommen viele Fragen auf: „Wie entscheiden Transplantationschirurgen, ob sie ein angebotenes Spenderorgan annehmen oder ablehnen?“ „Wie beeinflussen die zunehmenden Erkenntnisse zu genetischen Grundlagen von Volkskrankheiten die ärztliche Aufklärung und Betreuung der Patienten?“ Oder: „Wie können Krankenhausnetzwerke ärztliche Entscheidungen und Arbeitszufriedenheit verändern?“ Dazu Loss: „Ich bin überzeugt, dass man neue Versorgungskonzepte nur mit und durch Ärzten umsetzen kann.“ Dazu sei es wichtig, Barrieren, Herausforderungen und fördernde Faktoren in den klinischen Alltagsprozessen wirklich so zu verstehen, wie sie sich den Ärzten darstellen. Dabei hält sie qualitative Verfahren für besonders geeignet, die ärztliche Perspektive angemessen nachvollziehen zu können.

Von einer etwas anderen Seite kommt Apfelbacher. Er begann wissenschaftlich in der angewandten Epidemiologie in der Sozialmedizin des Universitätsklinikums Heidel-

berg zu arbeiten, wobei es vor allem um Auftreten und Risikofaktoren berufsbedingter Hauterkrankungen ging. Da Betroffene am Universitätsklinikum Heidelberg auch sekundär- und tertiärpräventiv versorgt werden, kam schnell auch die Evaluation von Präventionsmaßnahmen als Forschungsthema hinzu, was gleichzeitig seinen Einstieg in die Versorgungsforschung bedeutete. „Ich koordinierte dann den Aufbau des weltweit ersten Therapieregisters zum chronischen Handekzem*, das Aufschluss über Versorgung und Langzeitverlauf betroffener Patienten geben sollte“, beschreibt Apfelbacher seinen Einstieg, der in eine intensive Beschäftigung mit Daten aus Registern und Patientenkohorten zu unterschiedlichen Fragestellungen mündete.

Sein persönliches Ziel ist es durchaus, zum aktuell sich in Deutschland sehr dynamisch entwickelnden Bereich der Versorgungsforschung beizutragen. Zentral ist dabei für ihn das Arbeiten über verschiedene Disziplinen hinweg, wie beispielsweise mit Psychologen, Public-Health-Forschern sowie Medizinerinnen. Apfelbacher: „Die Kommunikation zwischen den Disziplinen gestaltet sich dabei durchaus als Herausforderung, der ich mich stellen möchte.“ Eine weitere Mission Apfelbachers liegt in der stärkeren Ausgestaltung dessen, was man im angloamerikanischen Sprachgebrauch „Patient and Public Involvement“ nennt, d.h. der Einbezug sowohl von Patienten als auch der Öffentlichkeit in die Forschung. Seine These: „Auch in der Versorgungsforschung muss dem sich verbreitenden Wissenschaftsskeptizismus begegnet werden, indem z.B. Patienten von vorneherein in die Formulierung und Priorisierung von Forschungsfragen eingebunden werden.“ Und das alles nicht nur national im lokalen Kontext, sondern möglichst auch international vernetzt. Dies spiegelt sich u.a. darin wieder, dass er sowohl Visiting Research Fellow an der Brighton and Sussex Medical School in Großbritannien als auch Visiting Professor an der Lee Kong Chian School of Medicine in Singapur ist.

Einer der größten Erfolge von Loss und Apfelbacher bestand in der Einwerbung von Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Durchführung der sogenannten DACAPO-Studie**. Dabei handelt es sich um eine deutschlandweit durchgeführte, multizentrische Studie zur Erfassung der Rolle von

* carpe-Register. Link: <http://carpe.dermis.net>

** Surviving ARDS: the influence of quality of care and individual patient characteristics on health-related quality of life

Versorgungsqualitätsindikatoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Überlebenden eines akuten Lungenversagens. Diese Studie wird in Kooperation mit der Klinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Regensburg (Prof. Dr. Thomas Bein) durchgeführt. Ergebnisse von DACAPO fließen wiederum in ein aus Mitteln des Innovationsfonds finanziertes Projekt zur Entwicklung und Pilotierung einer Intensiv-Nachsorgeambulanz (PINA) ein, das im vergangenen Herbst begonnen hat.

Als Erfolg kann man weiterhin verzeichnen, dass das Regensburger Institut im Rahmen der BMBF-Forschungsverbünde zum Thema Prävention an einem Verbund („Capital4Health“, Koordination: Prof. Rütten, Universität Erlangen) mit zwei Teilprojekten beteiligt ist. Hierbei geht es – nun schon in der zweiten Förderphase – um die Förderung eines gesunden und aktiven Lebensstils bei älteren Männern und ganz besonders auch die Frage, wie man Akteure aus der Gemeinde – auch die Heilberufe – in entsprechende Programme einbinden kann. Außerdem wird, gemeinsam mit Institutsleiter Leitzmann, methodische Arbeit zur Evaluation des Gesamtverbundes geleistet. Ebenfalls ein Erfolg war der 2015 an der Universität Regensburg ausgerichtete Kongress: „Daten gewinnen und nutzen für die Praxis von Prävention und Versorgung“, den Julika Loss als Kongresspräsidentin leitete. Diese gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hat über 1.000 Teilnehmer angezogen, zudem wurden drei Tage lang Themen rund um Public Health, Sozialmedizin, Versorgungsforschung und auch die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes diskutiert. <<

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



Dr.rer.pol. Dipl.-Soz. Janina Curbach, Wiss. Mitarbeiterin

>> Warum studieren und arbeiten Sie am Institut für Medizinische Soziologie, Epidemiologie und Präventivmedizin im Bereich Versorgungsforschung?

Nach meiner Ausbildung und Promotion in den Sozialwissenschaften habe ich bewusst nach einem Forschungsfeld mit einem konkreten gesellschaftlichen Anwendungsbezug gesucht. Mir ist es wichtig, mit meiner wissenschaftlichen Arbeit auch zur Weiterentwicklung von gesellschaftlichen Praxisfeldern beizutragen. In der Präventions- und Versorgungsforschung hier am Institut in Regensburg kann ich sozialwissenschaftliche Methoden und Theorien mit hoch aktuellen und spannenden Fragen aus der Gesundheitsforschung verknüpfen.

Was zeichnet in Ihren Augen den Bereich Versorgungsforschung in Regensburg aus?

Das Spektrum der Forschungsprojekte am Institut reicht von angewandter (Feld-)Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung bis hin zu quantitativen und qualitativen Studien zu Prävention und Versorgung. Diese Vielfalt an Forschungsinhalten und -methoden ist sehr inspirierend. Im interdisziplinären Team der Medizinischen Soziologie ist sehr viel Unternehmerteil vorhanden, so dass neue Forschungsideen und die Bearbeitung der laufenden Forschungsprojekte dynamisch und motiviert angegangen werden. Die offene Diskussionskultur im Team trägt dazu bei, dass man immer auf wertvolles Feedback und hilfreiche Expertise der Kollegen zählen kann.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Mehrere laufende Forschungsprojekte beschäftigen sich mit gemeindebasierter Gesundheitsförderung und ihrer theoriegeleiteten Evaluation. Ich verstehe solche setting-basierten Präventionsansätze im weiteren Sinne auch als „Versorgung“ der Bevölkerung mit „Gesundheit“. Darüber hinaus haben wir gerade eine mehrjährige Studie

zur Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) abgeschlossen. Hier wurde der Wissenstransfer der Evidenz zu Ursachen und Präventionsmöglichkeiten der Erkrankung zu Ärzten und Patienten erforscht.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Die beste klinische Evidenz allein nützt nichts, wenn sie nicht im Versorgungsalltag von Ärzten und Patienten ankommt. In Ergänzung zur klinischen Forschung finde ich es deshalb wichtig, die gesellschaftlichen, sozialen und organisatorischen Aspekte von Versorgung in den Blick zu nehmen. Aus meiner Sicht als Sozialwissenschaftlerin ist Gesundheitsversorgung – egal ob im Bereich Prävention oder Therapie – kein Modell aus dem Labor, sondern eine soziale Praxis, die wir als Gesellschaft leben. Deshalb sollten auch unsere Fragestellungen im Idealfall aus der Versorgungspraxis kommen. Versorgungsforschung generiert dann wiederum die entsprechende Evidenz, die Politik und Praxis rückinformiert. Diese Verknüpfung zwischen klinischem Alltag, klinischer Forschung und (politischer) Praxis über die Versorgungsforschung ist für mich ein reizvolles Ziel. <<



Magdalena Brandl, MPH, Wiss. Mitarbeiterin

>> Warum studieren und arbeiten Sie am Institut für Medizinische Soziologie, Epidemiologie und Präventivmedizin im Bereich Versorgungsforschung?

Bereits während meines Masterstudiums (MPH an der LMU München) fiel mir das Institut in Regensburg positiv auf. Denn deren Mitarbeiter gestalteten Teile der Lehre und haben am Institut angesiedelte Projekte vorgestellt. Ich war beeindruckt von den verschiedenen Forschungsrichtungen und den diversen, spannenden Projekten und konnte mir gleich gut vorstellen, dort mitzuarbeiten. Nach einem halbjährlichen Praktikum bekam ich anschließend auch die Möglichkeit meine Masterarbeit dort zu schreiben. Bereits diese

brachte mir große Lernfortschritte und neue Erfahrungen, so dass ich anschließend als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut verblieben bin, um auch die Ergebnisse des Projekts noch mitverfolgen zu können.

Was zeichnet für Sie das Institut aus?

Der größte Pluspunkt in meinen Augen ist das bunte, „interdisziplinäre“ Team der Medizinischen Soziologie. Man kann jederzeit auf breites Hintergrundwissen und einen großen Erfahrungsschatz zurückgreifen. Jeder im Team ist bereit, sich in das andere Projekt etwas einzudenken und mit Rat zur Seite zu stehen. Genauso vielseitig wie das Team sind auch die Projekte, die dort angesiedelt sind. Diese reichen von „Aufbau von Empowerment in Kleingruppen bei Männern 50+“ bis hin zu einer deutschlandweiten Studie mit über 1.000 eingeschlossenen Patienten oder in Zukunft auch die Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten. Durch diese Vielfältigkeit bleibt in meinen Augen die Motivation hoch und man hält die Augen in seinem Projekt offen und trägt keine Scheuklappen bei der eigenen Studie.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

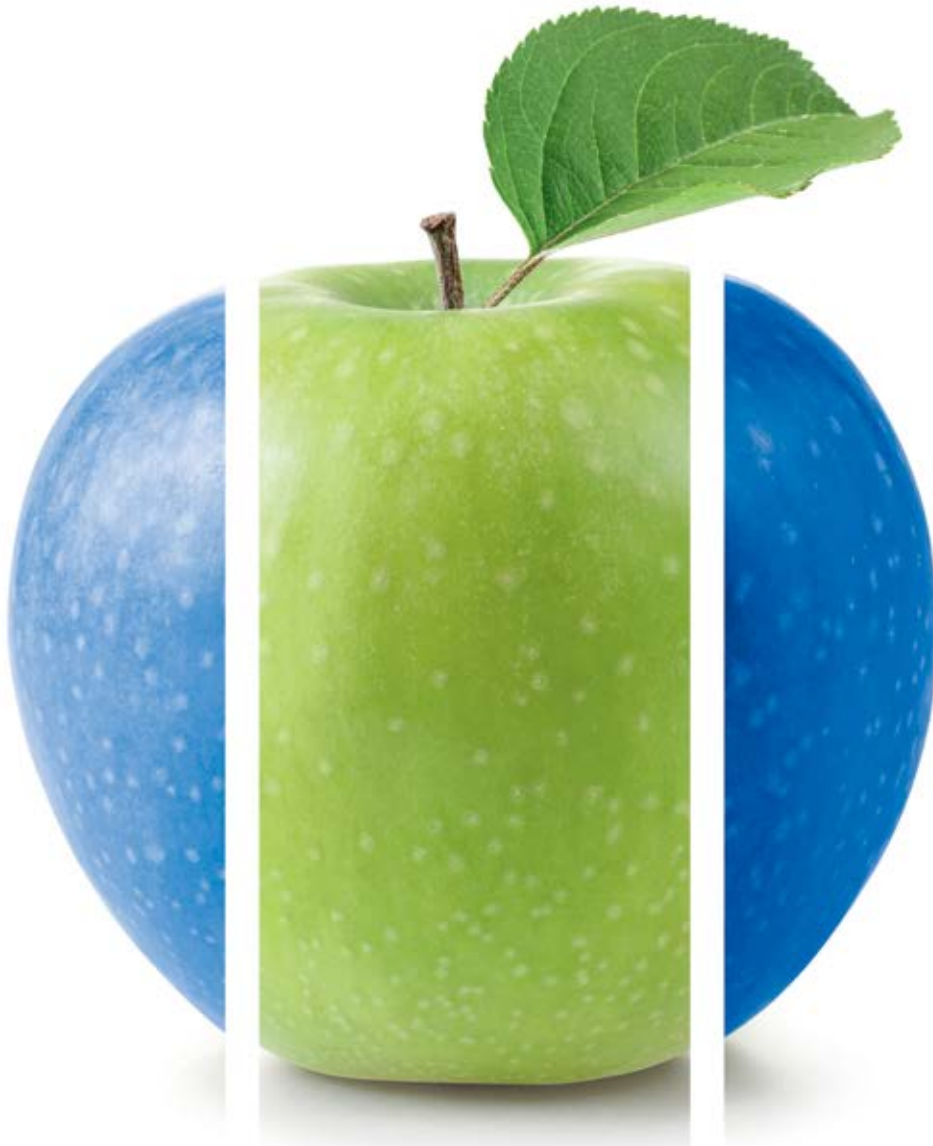
Damit die Fragestellungen innerhalb der DACAPO-Studie adäquat beantwortet werden können, ist es wichtig qualitativ hochwertige Daten zu generieren. Aus diesem Grund waren meine Hauptaufgaben in 2 Teilbereiche gegliedert. Einmal der Kontakt mit den Kliniken, beispielsweise zur Ermittlung fehlender klinischer Angaben. Zum anderen die Abwicklung der Kommunikation mit den Patienten, z.B. Rückfragen zur Studie oder Fragebogenangelegenheiten. Seit Herbst 2017 arbeite ich auch bei der PINA-Studie mit. Dabei ist es meine Aufgabe, die aktuelle Versorgungssituation von Patienten mit PIC-Syndrom mithilfe von Abrechnungsdaten der AOK Bayern zu erfassen und zu analysieren.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Reizvoll finde ich beispielsweise die Verknüpfung von routinemäßig erhobenen Daten und patientenberichteten Outcomes. Einerseits gibt es ein großes Potenzial in Sekundärdaten, allerdings finden sich Schwächen wie beispielsweise die Abbildung der Diagnosen nach wirtschaftlicher Verwertbarkeit im Gegensatz zu den eigens von Patientenseite aus berichteten Einschränkungen. Hier eine wertvolle Datenbasis zu schaffen, würde mich ansprechen. <<

Drei Wege, ein Ziel

Besser und effizienter versorgen



Versorgungsforschung

Wir analysieren Versorgungs- und Gesundheitsdaten, messen den Outcome von Interventionen und geben Lernimpulse – für unsere Gesundheitsnetzwerke genauso wie für Universitäten, Krankenkassen, Ärztenetze, Krankenhäuser oder Kommunen.

Integrierte Versorgung

In unseren Gesundheitsnetzwerken arbeiten Ärzte, Krankenhäuser und andere Partner zusammen und überwinden die bisherigen Grenzen. Ihr gemeinsames Ziel: Menschen durch Gesundheitsförderung, Aktivierung und Versorgungsmanagement gesünder zu machen.

Innovationsförderung

In unserem Digital & Health Innovation Centre testen wir Innovationen wie Health Apps, Online-Interventionen oder krankheitsspezifische Programme auf Nutzen und Akzeptanz in der Versorgungsrealität und entwickeln Modelle für ihre Implementierung.



v.l.n.r.: Moderator Thomas Hegemann bei der Podiumsdiskussion im „Felljeshus“ der dänischen Botschaft im Gespräch mit Dr. Klaus-Dieter Warz (DDF), Dr. med. Wolfgang Kreischer (Deutscher Hausärzterverband), Dr. med. Nikolaus Scheper (BVND), MdB Dietrich Monstadt (CDU), MdB Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Die Grünen), Dr. med. Jens Kröger (diabetesDE), Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland (DDG) und Dr. med. Mani Rafii (BARMER).

3. Gesundheitspolitische Veranstaltung „Diabetes 2030“ in der dänischen Botschaft

Der gemeinsame Diskurs ist das Ziel

Es ist selten, dass es einem Pharmaunternehmen gelingt, nicht nur eine (von vielen) gesundheitspolitischen Veranstaltungen durchzuführen, sondern dieses auch den Willen hat, sie langfristig als produktneutrale Plattform zu etablieren, die sich ausschließlich dem gesundheitspolitischen Diskurs all derer widmet, die sich der gesundheitlichen Versorgung von an Diabetes erkrankten Menschen verschrieben haben. Dem dänischen Unternehmen Novo Nordisk ist dies mit der nun schon dritten Auflage von „Diabetes 2030“ gelungen. Das ist nicht nur den beiden Tagungspräsidenten – Prof. Dr. Diethelm Tschöpe (Bad Oeynhausen) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Duisburg-Essen) – sowie Moderator Thomas Hegemann geschuldet, sondern liegt insbesondere an dem schlaue gewählten, noch relativ weit (aber eigentlich doch drängend nah) in der Zukunft liegenden Zielhorizont 2030 sowie dem Tagungsort auf extraterritorialem dänischen Boden – dem mitten in Berlin situierten „Felljeshus“ der dänischen Botschaft, in das erneut – auch das ist ein absoluter USP – Seine Exzellenz Friis Arne Petersen, seit August 2015 Botschafter des Königreichs Dänemark in Deutschland, eingeladen hatte.

>> „Aus dem Experiment Diabetes 2030, das im Februar 2016 begann, wird mit der dritten Veranstaltung eine gesundheitspolitische Veranstaltungsreihe, die für die Fülle an Themen eine Plattform zur Aussprache bietet.“ Das schreiben die beiden Tagungspräsidenten, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe (Bad Oeynhausen) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Duisburg-Essen), im Vorwort des Veranstaltungsprogramms zu der nun schon zum dritten Mal von Novo Nordisk ausgerichteten und finanzierten gesundheitspolitischen Veranstaltung „Diabetes 2030“. Dank der explizit produktneutralen Ausgestaltung des Programms auf dem extraterritorialen Gebiet des Königreichs Dänemark mitten in Berlin kamen erneut alle, die nicht nur im Bereich der Diabetes-Versorgung Rang und Namen haben, sondern auch viele Vertreter von Selbsthilfeorganisationen, die sich im Vorfeld der Fachveranstaltung mit ihren dänischen Kollegen austauschten – und dabei durchaus auch etwas Neid entwickeln – konnten.

Der Grund: Während sich in Deutschland lediglich ungefähr 0,5 Prozent der an Diabetes erkrankten Menschen in Selbsthilfegruppen organisieren, sind das in Dänemark sage und schreibe 10 Prozent – zuzüglich laut Worten Seiner Exzellenz Friis Arne Petersen noch einmal circa 10 Prozent, die nicht oder noch nicht an Diabetes leiden, die aber mit ihrem finanziellen Beitrag die bereits im Jahr 1940 unter dem Namen „National Association for Sugar Sickness“ gegründete dänische Selbsthilfe „Diabetesforeningen“ finanziell unterstützen wollen. Das sind damit immerhin 20 Prozent von 5,8 Millionen – demnach 1,16 Millionen Dänen, während hierzulande von 82,2 Millionen Deutschen gerade einmal rund 40.000 Diabetiker, und das auch noch in vier unterschiedlichen (und damit stark unterfinanzierten) Selbsthilfegruppen, organisiert sind.

Die hierzulande seit Jahr und Tag sowohl auf Patienten- wie auf Versorgungsebene gelebte Divergenz der Stakeholder ist durchaus mit daran schuld, dass es in Deutschland schon als Erfolg

gewertet werden muss, wenn im aktuell vereinbarten Koalitionsvertrag nur (aber immerhin) eine „Diabetesstrategie“ erwähnt wird, während in Dänemark der bereits seit 2003 existente „Handlungsplan Om Diabetes“ seit diesem Jahr zu einem neuen „Nationalen Plan für Diabetes“ umformuliert wird. So seien, wie Redner, Thomas Müller, nach eigenem Bekunden „Sekretär“ des Unterausschusses Arzneimittel im G-BA*, die Diabetesanhörungen „die polemistischen Anhörungen, die wir haben“, wobei sowohl die beteiligten Fachgesellschaften als auch Experten nicht nur kontroverse Diskussionen, sondern auch eine Emotionalität an den Tag legten, die es in anderen Bereichen so nicht gebe. Es sei weder im Bundesausschuss, noch für die Politik einfach, wenn auf der einen Seite die DEGAM gemeinsam mit

* vom neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zum Leiter der Abteilung I, Arzneimittel, Medizinprodukte und Biotechnologie im BMG bestellt.



„Es geht darum, wie wir das gemeinsam hinbekommen, wir haben die Herausforderung, die verschiedenen Aspekte – angefangen bei der Prävention bis hin zur Versorgung derjenigen innerhalb von systemischen Erkrankungen, die multimorbide mit allem zu kämpfen haben – gesamthaft im Blick zu haben. Es reicht nicht, wenn wir nur bei der Prävention anfangen und hoffen, nach 30 bis 40 Jahren in der Situation zu sein, davon zu profitieren. Was mir fehlt, ist: Wir müssen einen Weg finden, das, was wir machen, messbar zu machen.“

Dr. med. Mani Rafii, BARMER



„Spielentscheidend wird es sein, dass laut des Koalitionsvertrags das Patientenwohl die Orientierung für jegliche weitere gesundheitspolitische Entscheidung sein soll. Nun kommt die kritische Frage, wie können wir gemeinsam das Wohl definieren.“

Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland, DDG



„Den Riesenerfolg, der jetzt im Koalitionsvertrag aufgetaucht ist, werden wir immer wieder einfordern, denn man muss die Agenda nun auch abarbeiten. Der bisherige Gesundheitsminister war ein Abarbeiter par excellence, mit manchmal auch nicht ganz unkritischen Ergebnissen. Auf das **ob** müssen wir ein Auge haben, doch das **wie** soll im Rahmen der Landestätigkeit gemacht werden. Hier werden wir uns, die die Expertise in der konkreten Vorortversorgung haben, massiv einbringen. Das Thema Messbarkeit ist ein wichtiger Punkt, aber in der Medizin nicht so einfach zu lösen, weil Medizin nun einmal keine Naturwissenschaft ist, sondern sich der Naturwissenschaft mit ganz viel Empirie bedient – und das tagtäglich.“

Dr. med. Nikolaus Scheper, BVND



„Unser Versuch, den Diabetes nach vorne zu stellen, ist angekommen. Damit hat sich die Arbeit der letzten Jahre ausgezahlt. Ich bin sehr froh darüber, dass wir – wenn auch keinen Plan – zumindest eine Diabetesstrategie im Koalitionsvertrag stehen haben, die nun einen Weg vorzeigt. Nun müssen wir den mit Leben erfüllen.“

Dr. med. Jens Kröger, diabetesDE



„Wir als Patientenvertreter haben bewiesen, dass wir evident sind und einen großen Beitrag zum Gesundheitssystem beigetragen haben. Denn wir können die Menschen vor Ort ansprechen und stehen mit den Patienten außerhalb der kurzen Zeit, die sie mit dem Arzt verbringen, in Kontakt. Diese Aufgaben wollen wir gern erfüllen. Doch dürfen wir als Patientenvertreter bei den Stakeholdern nur am Tisch stehen, wünschen uns aber ein Stimmrecht bei bestimmten Prozessen.“

Dr. Klaus-Dieter Warz, DDF



„Nach Aussagen des Koalitionsvertrags will nun die Politik Akteur werden, denn darin steht: Wir wollen die Volkskrankheiten bekämpfen! Nicht die Ärzte! Danach muss die Politik nun aktiv werden und ich würde mich freuen, wenn sie klare Kante zeigt. Zum Beispiel auch, indem die Patienten in die Pflicht genommen werden. Ich würde mir beispielsweise einen Risiko-Score für gefährdete Jugendliche wünschen: Bewegungsangel, Übergewicht, familiäre Disposition. Für mich fängt Prävention da an, nicht erst ab 36 Jahren beim Check-Up.“

**Dr. med. Wolfgang Kreischer,
Dt. Hausärzteverband**



„Es war mein Anliegen, dass die Diabetesstrategie in den Koalitionsvertrag hineinzubekommen. Ich bin sehr froh und glücklich darüber und habe erwartet, dass ich hier nur Lob bekomme. Wer sich das Papier anschaut, fragt sich, wo sich Strategie und Plan außer in der Überschrift unterscheiden. Dazu haben wir uns im Vorfeld mit unserem Ministerium abgestimmt, denn das BMG hat sich ausgerichtet am Ablauf des Nationalen Krebsplans und fühlte sich ein wenig überfordert, so dass wir die Abläufe so organisiert haben, wie sie sich nun im Koalitionsvertrag wiederfinden: mit dem Beschluss eines Rahmens auf Bundesebene und darauf aufsetzenden länderspezifischen Plänen.“

MdB Dietrich Monstadt, CDU



„Der Satz im Koalitionsvertrag (Anm.: Patientenwohl) ist hoffnungsgabend, ich finde: Gut ist gut, besser es steht da drin, als es nicht drin steht. Doch nur indem, dass es drin steht, ist es noch nicht gemacht. Ich finde gut, was der Kollege gesagt hat: Es ist nicht relevant, ob es Strategie oder Plan heißt, doch würde ich mich in der Oppositions-Rolle fragen, wenn – bis auf acht – fast alle europäischen Länder einen Diabetesplan haben, warum Deutschland dann eine Strategie vereinbart – einen Grund muss das ja haben.“

MdB Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Grüne

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Der gemeinsame Diskurs ist das Ziel“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/18), S. 20-22; doi: 10.24945/MVF.01.18.1866-0533.2070

der AkdÄ andere Interpretationen von Studiendaten und Therapieziele vortrage, als es die DDG macht. Sein Rat: „Wir müssen daran arbeiten, einen Konsens zu finden.“ Und sei es, in dem man darüber einmal nachdenke, über Kompromisse zu einem Konsens zu kommen. Gebe es diesen schon auf der Fachebene nicht, würde auch auf der politischen Ebene die Umsetzung schwierig. Auch Wasem stellt als nach eigener Aussage „außenstehender Ökonom“ fest, es frapierend zu finden, dass ein erheblicher Anteil der Fachkreise aus der Diabetes-Therapie andere Auffassungen als der G-BA und die AkdÄ vertreten würden; hier sei ein „Dialog dringend angezeigt“.

Umso mehr kann es nahezu als Wunder gewertet werden, wenn zwar kein „Nationaler Diabetesplan“, doch zumindest der Begriff „Diabetesstrategie“ im nun endlich gültigen Koalitionsvertrag verankert werden konnte. Hier können sich alle beteiligten Stakeholder, allen voran CDU-Politiker Dietrich Monstadt, MdB und Berichterstatter zu Diabetes und Adipositas seiner Partei, der nach eigenem Bekunden während der Podiumsdiskussion „Ausblick in die neue Legislaturperiode mit Blick auf Diabetes“ federführend mit dazu beigetragen haben will, einmal durchaus stolz auf die Schulter klopfen.

„Es ist ein positives Signal, dass das Wort Diabetes im Koalitionsvertrag wie ein Leuchtturm durchschimmert“, erklärte dazu Tschöpe, Lehrstuhlinhaber Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie an Ruhr-Universität Bochum (RUB) und Direktor des Diabeteszentrums Nordrhein-Westfalen (HDZ NRW) an der Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum in Bad Oeynhausen, in seinem Eingangsvortrag. Es sei damit der Community all derer, die sich um Diabetes kümmern, gelungen, „sich vernehmlich zu machen“. Dies ist nach Worten Tschöpes der erste wichtige Schritt, um die Tür zu öffnen und tatsächlich die Bereitschaft zu erreichen, mit all den Stakeholdern eine kluge Entwicklungs-Roadmap für die vor uns liegende Diabetesversorgung zu zeichnen.

„Das ist nicht einfach“, weiß der ebenso erfahrene wie wortgewandte Mediziner und obendrein noch Gesundheitsökonom (ebs.) ganz genau. Denn dazu müsse man neben der rein medizinischen Versorgung „das gesamte Kontinuum des Diabetes“, angefangen bei der Primär- bis Tertiärprävention, bis hin zu den allgemeinen Lebensbedingungen berücksichtigen. Erst dann gelänge es, die gesundheitsökonomische

„Während die offizielle Todesursachenstatistik in Deutschland von 1998 bis 2015 von 22.000 bis 25.000 Todesbescheinigungen ausgeht, in denen Diabetes als Todesursache angegeben wird, sind laut Analysen des Teams des DDZ und der Universität Düsseldorf im Jahr 2010 137.950 Todesfällen vorgefallen, die auf Typ-2-Diabetes zurückzuführen sind. Damit liegt die von Diabetes ausgelöste Mortalität sechsfach höher, als in der offiziellen Todesursachenstatistik ausgewiesen werden.“

PD Dr. med. Wolfgang Rathmann, MSPH, aus: „Diabetes 2030“ im Jahr 2017

Belastung der Gesellschaft zu reduzieren. Doch gelte: „Weil in Deutschland alle etwas erst dann gut finden, wenn es ein Gesetz dafür gibt, rate ich, nicht locker zu lassen.“ Dies vor allem eingedenk der Tatsache, dass die dramatische Zunahme des Diabetes ein großes Problemszenario darstelle, wenn man es denn schaffen würde, die Zeitbombe zu entschärfen. Darauf hätte schon PD Dr. med. Wolfgang Rathmann, MSPH (USA), stellvertretender Direktor des Instituts für Biometrie und Epidemiologie des Deutschen Diabetes Zentrum in Düsseldorf, in der letztjährigen Veranstaltung „Diabetes 2030“ (siehe MA&HP 02/17*) hingewiesen. Dieser hatte mit Versorgungsforschungsdaten (unter Zuhilfenahme der aus dem dänischen Diabetes-Register übernommenen „relativen Mortalitätsrate“) zum ersten Mal sichtbar und plausibel machen können, dass der Diabetes in Wirklichkeit einer der „dominanten Mortalitätsstreiber unserer Gesellschaft“ in der Größenordnung zwischen 16 und 20 % aller Todesursachen sei.

Die Brisanz der seit langem tickenden Diabetes-Bombe verdeutlichte Prof. Dr. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, der in seinem Vortrag das gesundheitsökonomische Problem Diabetes mit Zahlen unterfütterte. So gebe der M-RSA einen relevanten Teil der Zuweisungen für

Patienten mit Diabetes aus. Dabei zeige sich, dass die Versorgung von Menschen mit Diabetes allein bei den direkten Kosten das 1,7 bis 1,8-fache an Kosten auslöse als bei denen ohne Diabetes. Hochgerechnet und angenommen, die bisher beobachtete Prävalenz bliebe annähernd konstant, können nach Aussage von Wasem zwischen 22 und 25 Milliarden Euro an GKV-Ausgaben mit Diabetes assoziiert werden. Dabei seien die direkten Kosten der Diabeteskosten noch der kleinere Teil, weil drei Viertel der Kosten auf die Behandlung der Folgekosten zurückzuführen seien. Dazu kämen aber noch indirekte Kosten wie Produktivitätsausfälle und Frühverrentung in der Höhe von 30 bis 40 Prozent, die eine ebenso wichtige Rolle spielten, aber auch ein typisches Bild für chronische Krankheiten seien. Zwei ihm bekannte Prognosemodelle seien dann auch zu dem Ergebnis gekommen, dass der Diabetes ein relevanter Kostentreiber im demografischen Umbruch werde. Wasems Schnellrechnung, mit der Einschränkung, dass Prävalenz und demografische Entwicklung so fortgeschrieben werden, wie derzeit anzunehmen ist: „Ich komme auf 1,5 bis 2 Beitragsatzpunkte in 2050.“ Allein dies lasse es zwingend erscheinen, dass „wir darüber nachdenken müssen, wie die Versorgung in einer umfassenden Strategie in den Griff bekommen“ werden könne. Ein probater Weg dahin sei eine nationale Diabetesstrategie, die aus der von ihm vertretenen gesundheitsökonomischen Perspektive und insbesondere angesichts der sich verschärfenden Kostensituation sowie ebenso der Relation der Kosten von Diabetestherapie und deren Folgen wesentlich sei. Wasem: „Das wird uns zwar kurzfristig Geld kosten, aber könnte langfristig die auf uns zukommende Kostenherausforderung verringern.“

Im Zuge einer solchen Strategie gelte es dann sowohl medizinisch nach sinnvoller Interdisziplinarität zu suchen, sondern vor allem auch einen

neuen Gütemaßstab zu formulieren. Weil sich nach Tschöpes Worten „viele ordnet, wenn man ein Instrument dafür hat, nach dem man Ordnung schafft“, müsse man sich die Mühe machen, ein Instrument zu finden, das auf allen Versorgungsebenen Qualität messbar mache. Um dann nach der damit gemessenen Qualität zu sortieren, was „für den ein oder anderen Systemteilnehmer bedeuten kann, dass er sich vielleicht mit anderen Bereichen ausserhalb des Diabetes beschäftigen muss.“ <<



v.l.n.r.: Die „Macher“ von „Diabetes 2030“: Tina Abild Olesen (Geschäftsführerin Novo Nordisk Deutschland) und Moderator Thomas Hegemann mit den beiden Tagungspräsidenten Prof. Dr. Jürgen Wasem (Duisburg-Essen) und Prof. Dr. Diethelm Tschöpe (Bad Oeynhausen).



Im Zentrum des Gesundheitswesens? Der Patient natürlich. Wer sonst?

Darum gibt es unsere elektronische Gesundheitsakte. Das vitabook-Gesundheitskonto verschafft Bürgern die volle Kontrolle über ihre Daten. Denn vitabook ist unabhängig, genauso wie unsere Nutzer.

Alle Daten eines Patienten gespeichert an einem Ort. Unter seiner alleinigen Regie. Die Basis besserer und zeitgemäßer Gesundheitsversorgung.

8. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ am 11. April 2018 in Berlin

Mehr Wissen statt wenig rationale Argumentation

„RCT sind nicht die Grundlage von EbM, sondern sie sind für die Frage nach dem Nutzen die fehlerärmsten Instrumente – nicht mehr und nicht weniger.“ Das sagte Prof. Dr. Windeler, der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (MVf 01/18). Entscheidend ist, wie steht es mit der Übertragbarkeit in die Real World der Versorgung? Und für welche Entscheidungen müssen RCT und für welche sollten Real-World-Daten zugrunde gelegt werden? Wie valide sind internationale Ergebnisse für die Versorgung in Deutschland? Auf welche Evidenz gründen Ärzte die individuellen Entscheidungen für die Patienten? Allgemein: Welche Evidenz ist für welche Entscheidungssituation die richtige? Und im Endeffekt: Welche Evidenz ist im Sinne der Patienten entscheidend? Der achte MVF-Fachkongress 2018 wird sich genau diesen Fragen widmen.

>> „Kriterien und Standards“ sind Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes, Co-Direktor und Wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung, das A und O, wenn man sich dreien seiner ganz persönlichen Forschungsschwerpunkte annähern will, als da sind: die Methodik von Systematischen Übersichtsarbeiten und von Meta-Analysen, die Empirie des Forschungstransfers in die medizinische Praxis und die Anwendung von Wissen durch spezifische Nutzergruppen. Genau diese Trias steht im Mittelpunkt des Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung“, der am 11.4. in Berlin stattfinden wird, diesmal unter dem Titel „Extrapolation: Übertragbarkeit – Limitationen – Prozessfaktoren“. Antes wird in seinem Vortrag ausführen, dass es keiner Seite diene, wenn ein Mangel an Bewertungskriterien zu einer wenig rationalen Argumentation und oft unwissenschaftlichen Diskussionen mit entsprechender Lagerbildung führt. Damit werde nicht nur das Vertrauen in spezielle wissenschaftliche Ergebnisse untergraben, sondern darüber hinaus auch die Weiterentwicklung des methodischen Apparats für Bewertungen beschädigt. Genau die wird Antes anmahnen, wenn er ausführen wird, dass für die Bewertung der Herangehensweisen das Grade-System oder Werkzeuge wie ROBINS-I unerlässlich seien. Denn: Selektionierte Studienpopulationen einerseits und sogenannte Real-World-Daten andererseits sind seinen Worten zufolge nicht bezüglich ihrer Dateneigenschaften zu beurteilen und zu vergleichen, sondern bezüglich der Unverzerrtheit der Schätzer, die sie liefern.

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft führt ergänzend an, das Mängel bei den Zulassungsstudien zu beobachten sind, wie z.B. eng gefasste Ein- und Ausschlusskriterien, Verwendung von Surrogat-Endpunkten, unzureichende Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zum Zeitpunkt der Zulassung blieben aber weitere, oft für die Versorgung der Patienten sehr relevante Fragen unbeantwortet, was er am Beispiel der neuen onkologischen Wirkstoffe verdeutlichen wird. Weitere klinische Studien seien daher nach der Zulassung gerade in der Onkologie unverzichtbar, um die für die Versorgung wichtigen Fragen zu beantworten – beispielsweise zur optimalen Dosierung bzw. sequenziellen Verabreichung der verfügbaren Wirkstoffe, zu geeigneten Kombinationstherapien und zur Therapiedauer. In diesem Zusammenhang ist laut Ludwig in den letzten Jahren eine intensive, mitunter auch sehr kontrovers geführte Debatte entbrannt, in der vor allem die Aussagekraft von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) versus Real-World-Daten aus qualitativ hochwertigen, nicht interventionellen Studien (z.B. Register) diskutiert werde. Dies wird er zum Anlass nehmen, um Vor- und Nachteile der verschiedenen Studientypen zu besprechen, aber auch um Vorschläge zu unterbreiten, wie künftig nach der Zulassung – rascher als heute – die für die angemessene Versorgung der Krebspatienten notwendigen Erkenntnisse generiert werden können.

Das liegt ganz besonders auch Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach, Patientenvertreterin beim G-BA, am Herzen. Sie wird daher in ihrem Vortrag wichtige Kernfragen stellen, als da wären: Gibt es (strukturelle) Lücken in der heutigen Evidenzgenerierung, die vor allem die Interessen der Patienten benachteiligen? Welche Rolle spielt hier die Versorgungsforschung? Und wie kann mehr Patientenorientierung gelingen? <<

Vormittag		
von	bis	Thema
Status Quo: Übertragbarkeit von Studienergebnissen		
09:30	10:00	Check-in
10:00	10:10	Begrüßung
10:10	10:40	Evidenz für Patienten
10:40	11:10	Stellenwert von RCT, Registerdaten und weiteren Datenquellen für Entscheidungen des G-BA
11:10	11:40	Evidenz aus Studien – Kriterien und Standards
11:40	12:10	Studien aus dem Ausland als Entscheidungsgrundlage in Deutschland
12:10	12:40	Was Register leisten können und was nicht
12:40	13:40	Mittagspause

Nachmittag		
von	bis	Thema
Perspektiven der Stakeholder		
13:40	14:10	Evidenz für die Primärversorgung
14:10	14:40	RCT vs. Real World? Klinische Studien und onkologischer Alltag
14:40	15:10	Welche Evidenz für welche Entscheidungen? – Die Sicht der Kassen
15:10	15:40	Real World Evidenz – Was ist das und was kann sie uns sagen?
15:40	16:00	Kaffeepause / Posterführung
Methoden		
16:00	16:30	Frühe Nutzenbewertung: Kombination RCT mit Beobachtungsdaten
16:30	17:00	Trials und Real World Data: Unterschiede und Kombination
17:00	17:30	Kausalität, Zusammenhang, Koinzidenz. Alles kann uns weiterbringen
17:30	18:00	Standpunkt: Gute Forschung statt Pseudo-Kontroverse
18:00	18:30	Podiumsdiskussion: Wie muss richtige Extrapolation vorgehen?
18:30	18:40	Verabschiedung
bis 21:00		Abend-Talk mit Catering

Anmeldung

Sichern Sie sich einen aufgrund der Saalgröße limitierten Plätze per Link oder QR-Code:

<http://bit.ly/2HVkXqb>



LAND DER GESUNDHEIT

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?

Machen Sie mit!

#LandDerGesundheit

Digitalisierung



Intro: Digitalisierung – Aufbruch in eine schöne neue Gesundheitswelt?

Schöne neue Gesundheitswelt



„Die Patienten sollen ihre Daten teilen können, mit wem und wann sie wollen“

Wir haben die AOK Nordost zur Entwicklung ihres Gesundheitsnetzwerks gefragt.

Digitalisierung



„Gesundheits-Apps: Zeit für ein gemeinsames Gütesiegel?“

Dr. med. nat. Ursula Krömer, Gründerin von Healthoo, Informations- und Bewertungsplattform für Gesundheits-Apps

Position



Video: „Qualität und Patientenorientierung müssen Maßstab für die Versorgung werden“ Marcel Weigand

Position



„Wir bleiben hinter unseren Möglichkeiten.“ Prof. Dr. med. Carsten Tschöpe

Gut zu wissen



Video: Akteure im Gesundheitssystem

Big Data und KI



Video: „Man tut so, als wären Maschinen besser als Ärzte – gegenwärtig sieht es eher nach dem Gegenteil aus.“

Digitalisierung



Kassenärztliche Bundesvereinigung: Plädoyer für eine einheitliche elektronische Patientenakte

Prof. Dr. Gerd Antes, Co-Direktor und wissenschaftlicher Vorstand der deutschen Cochrane-Stiftung



www.landdergesundheit.de
Eine Debatten-Plattform von Pfizer

gevko: Position bezogen

>> Im September 2017 nahm der wissenschaftliche Beirat der gevko seine Arbeit auf. Als erstes Ergebnis veröffentlichte er kürzlich ein Positionspapier zu Versorgungsforschung, eHealth-Gesetz 2.0 und § 291d SGB V. Dabei betont der Beirat die hohe Bedeutung der Versorgungsforschung bei der Neufassung des § 291 SGB V, da „Information“ einer der sechs Grundpfeiler sei, um das Gesundheitssystem zu stärken und weiterzuentwickeln. <<

APS: Geschäftsführerin designiert

>> Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach ist designierte hauptamtliche Geschäftsführerin des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS). „Nach wie vor gibt es viele offene Themen in der Patientensicherheit, angefangen von Fragen der Infektionsprävention über Pflegepersonal-ausstattung, dem Patientenrechtegesetz oder der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Diese bedürfen einer intensiven Bearbeitung, die nicht mehr allein durch hohes ehrenamtliches Engagement erledigt werden kann“, sagt dazu APS-Vorsitzende Hedwig François-Kettner. Köster-Steinebach ist Volkswirtschaftlerin und war zuletzt beim Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) als Referentin und für diesen als Vertreterin im G-BA tätig. <<

KiGGS: Ungleichheiten aufgespürt

>> Die 2. Welle der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigt, dass mehr als 95 % der befragten Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als sehr gut oder gut einschätzen. Das war die gute Nachricht. Die schlechte: Wenn man nach sozioökonomischen Status unterscheidet, ergeben sich hohe Diskrepanzen. So liegt beispielweise der Schnitt bei Mädchen, deren Eltern einen hohen sozialökonomischen Status haben, bei 71,3 % (sehr gut), 27,6 % (gut) und nur 1 % (schlecht). Bei einem niedrigen Status sieht das ganz anders aus: 50,4 % (sehr gut), 42,8 % (gut) und immerhin 6,8 % (schlecht). Bei Jungen zeigt sich ein ähnliches Bild: Bei hohem sozialökonomischen Status 66,1 % (sehr gut), 32,2 % (gut) und 1,6 % (schlecht), bei niedrigem hingegen: 46,7 % (sehr gut), 44,8 % (gut), aber 8,5 % (schlecht). Dies unterstreicht, so die Studienautoren des RKI, „die Notwendigkeit gesamtgesellschaftlicher Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten sowie den Bedarf an zielgruppenspezifischen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung. <<

DNEbM: Preise vergeben

>> Seit 2008 vergibt das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) jährlich seinen nach dem EbM-Pionier David Sackett benannten Wissenschaftspreis für herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung in Forschung, Lehre oder bei der Verbreitung der Anliegen der EbM. Der diesjährige David-Sackett-Preis 2018 wurde im Rahmen der 19. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin in Graz an Dr. Felix Hüttner für die ChroPac Arbeitsgruppe verliehen. Ausgezeichnet wurde eine von der DFG geförderte Studie, die in 18 Krankenhäusern stattfand. Patienten mit chronischer Bauchspeicheldrüsenentzündung wurden per Zufallsverfahren zwei etablierten operativen Verfahren zugeteilt. Sie erhielten entweder die so genannte Whipple Operation – eine teilweise Entfernung von Bauchspeicheldrüse, Dünndarm, ggf. Teil des Magens und der Gallenblase – oder ein Verfahren, bei dem der Kopf der Bauchspeicheldrüse entfernt wird und der Zwölffingerdarm erhalten bleibt. Frühere Studien legten die Vermutung nahe, dass der eher organschonendere Eingriff bessere Behandlungsergebnisse für die Patienten verspricht. Die ChroPac Arbeitsgruppe konnte diese Vermutung durch ihre Studie nicht bestätigen. Die beiden Studiengruppen unterschieden sich am Ende der Beobachtungszeit nicht im Hinblick auf die Lebensqualität und die Häufigkeit und Schwere von Komplikationen. <<

WINEG/InGef: Versorgung diskutiert

>> Das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) – das ab Sommer aufgelöst und dessen Aufgaben direkt in die Fachabteilungen der TK rückintegriert werden – und das Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin (InGef) wollen mit der Veranstaltung „Praxis Versorgungsforschung“ einen Dialog zwischen Praxis und Wissenschaft anstoßen. Das Ziel: Aktuelle Fragestellungen und Erkenntnisse unter dem Motto „Viel hilft nicht immer viel – Auf dem Weg zur richtigen Versorgung“ zu diskutieren. Die kostenfreie Veranstaltung findet am 17. Mai 2018 von 9:30 bis 16:00 Uhr im dbb forum in Berlin statt. Anmeldungen sind bis 17. April unter www.praxis-versorgungsforschung.de möglich. <<

IQWiG: Konzeptentwurf vorgelegt

>> Das IQWiG hat seinen Entwurf für das Konzept eines nationalen Gesundheitsportals veröffentlicht, das verlässliche Informationen zu Gesundheits- und Präventionsfragen bündeln soll. Laut des vorliegenden Konzepts soll das Portal stufenweise auf- und ausgebaut werden. So wären einerseits erste Inhalte frühzeitig nutzbar, andererseits ließe sich das Angebot sukzessive erweitern.

Den Auftrag hatte es vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erhalten. Das Portal soll das Potenzial haben, für die Bürgerinnen und Bürger zum zentralen deutschen Internetangebot für Informationen rund um Fragen zur Gesundheit zu werden. An Evidenz orientierte Anbieter von Informationen zu Gesundheitsfragen sollen sich – freiwillig und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit – auf gemeinsame Qualitätsstandards einigen und als „Content-Partner“ ihre Inhalte auf einer kooperativen Plattform bereitstellen. Bis zum 19. März 2018 konnten interessierte Personen und Institutionen zu diesem ersten Konzeptentwurf schriftlich Stellung nehmen. <<

vitabook: Patienten befragt

>> Kopfschmerzen, Übelkeit und Hautausschlag: Laut der bevölkerungsrepräsentativen Studie „Patienten-Radar 2018“ des MedTech-Unternehmens vitabook haben 51 Prozent der Bundesbürger schon einmal unter Nebenwirkungen nach einer Medikamenteneinnahme gelitten. Fast die Hälfte der 2.000 Befragten prangert eine unzureichende Aufklärung an.

Im „Patienten-Radar 2018“ geben vier von zehn Befragten an, parallel Medikamente eingenommen zu haben, die von unterschiedlichen Ärzten verschrieben wurden. „Mit großer Wahrscheinlichkeit waren diese Medikationen nicht aufeinander abgestimmt“, so vitabook-CEO Markus Bönig. Abhilfe soll nach Willen des Gesetzgebers der bundeseinheitliche Medikationsplan schaffen. Hier sind Wirkstoff, Arzneimittel, Stärke, Form, Einnahmezeit und andere Informationen vermerkt. Anspruch darauf haben alle, die mehr als drei Medikamente täglich einnehmen. Fakt ist aber, dass nur wenige tatsächlich einen Medikationsplan besitzen. „Viele wissen nichts von ihrem Recht, andere trauen sich nicht, darauf zu beharren“, erklärt Bönig. „Und von denjenigen, die über einen Medikationsplan verfügen, hat ihn kaum jemand auch dabei, wenn es nötig ist. <<

News

Bitte an stegmaier@m-vf.de mailen!

AWMF: Mitsprache eingefordert

>> Das Patientenwohl soll laut Aussage des Koalitionsvertrags (s. dazu auch Seiten 20 bis 22) für die künftige Bundesregierung der entscheidende Maßstab aller gesundheitspolitischen Entscheidungen werden. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) begrüßt diese Aussage im neuen Koalitionsvertrag, kritisiert jedoch, dass unerwähnt bleibt, auf welcher Basis gesundheitspolitische Entscheidungen künftig getroffen werden sollen. Die wissenschaftliche Medizin und die Notwendigkeit wissenschaftlich belegbarer Maßnahmen sei mit keinem Wort erwähnt. Patientenwohl könne, so die AWMF, nur dann erreicht werden, wenn sich künftige gesundheitspolitische Entscheidungen an wissenschaftlichen Fakten orientieren: Nur wenn nachweisbar sei, dass eine gesetzgeberische Maßnahme im Gesundheitswesen im Sinne der evidenzbasierten Medizin ausreichend, zweckmäßig und notwendig ist, diene sie auch dem Wohl von Patientinnen und Patienten. Um das zu gewährleisten, sei eine enge Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Medizin unverzichtbar. „Wir müssen mehr und früher als bislang in gesundheitspolitische Entscheidungen einbezogen werden“, fordert AWMF-Präsident Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg. <<

CODE: Datennetzwerk ausgebaut

>> Die „Collaboration for Oncology Data in Europe“ (CODE) will nach eigenen Aussagen auf dem Deutschen Krebskongress auf eine „Informationslücke“ reagieren, da über die aktuelle Anwendung von Krebsmedikamenten in Europa noch wenig bekannt sei. Darum erweitert CODE – eine Initiative von IQVIA, unterstützt von biopharmazeutischen Unternehmen wie Merck, Pfizer, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, AstraZeneca und Amgen – sein seit Jahren bestehendes onkologisches, kooperatives Datennetzwerk (ODN) in Europa. ODN will dazu mit 200 Krebsbehandlungszentren in sieben europäischen Ländern in den ersten drei Jahren zusammenarbeiten. Innerhalb der nächsten 10 Jahre sollen bis zu 2.000 Behandlungszentren in Europa einbezogen werden. „Mit den durch das ODN gesammelten Daten wird es möglich sein, die Vielfalt der medizinischen Prozesse bei Patienten mit einer Tumorerkrankung aus einem neuen Blickwinkel heraus zu erfassen“, sagt dazu Prof. Dr. med. Christian Buske, Direktor des 2009 neu gegründeten Instituts für Experimentelle Tumorforschung des Universitätsklinikums Ulm. <<

Gemeinsame Erklärung von APS, BMC, BVdIG, DNVF, GRPG und VdigG*

Eckpfeiler für eine digitale Transformation des Gesundheitswesens

Die Digitalisierung hält in das deutsche Gesundheitssystem unaufhörlich Einzug. Politik, Kostenträger, Leistungserbringer, Industrie und Wissenschaft – um nur einige Akteure zu nennen – beschäftigen sich bereits seit mehr als 20 Jahren damit, die elektronische Vernetzung und den digitalen Datenaustausch voranzutreiben. In jüngster Zeit ist zudem ein Boom bei der Entwicklung internetbasierter und mobiler Anwendungen wie den Gesundheits-Apps zu verzeichnen.

>> Die Erwartungen an die Digitalisierung im Gesundheitswesen sind dabei so vielfältig wie die Zahl der Beteiligten:

- Aus Sicht der Patienten geht es unter anderem um eine bessere Information über und ein stärkeres Einbeziehen in den Behandlungsprozess;
- Aus Sicht von Medizin und Pflege stehen eine bessere Diagnostik und Therapie sowie weniger Bürokratie im Mittelpunkt;
- Aus Sicht der Kostenträger sollen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung entscheidend erhöhen;
- Aus Sicht von Politik und Gesellschaft sichert die Digitalisierung ein modernes Gesundheitssystem für alle mit Antworten auf die Fragen von morgen.

Doch ohne die Erwartungen dämpfen oder den Erfolg des bislang Erreichten schmälern zu wollen: Von einer konsequenten und flächendeckenden Digitalisierung des Gesundheitswesens kann keine Rede sein. Noch immer leistet die elektronische Gesundheitskarte nicht das, was sie eigentlich leisten soll. Noch immer gibt es zu viele Insellösungen, die zwar für sich genommen funktionieren, aber nicht mit den Angeboten anderer Akteure verzahnt sind. Noch immer trifft die elektronische Vernetzung auf Unwissenheit, Skepsis und Ablehnung – sei es aus Furcht vor Eingriffen in persönliche Grundrechte oder mangelnde Datensicherheit, sei es aus Sorge vor Veränderung, sei es aus Interesse am eigenen wirtschaftlichen oder politischen Vorteil.

Das muss sich ändern – denn die Patientinnen und Patienten müssen in Zukunft stärker als heute von den Chancen eines digitalisierten Gesundheitswesens profitieren können. Die oben genannten Verbände und Organisationen appellieren deshalb an die Politik, im Diskurs mit den Akteuren im Gesundheitswesen und den Bürgerinnen und Bürgern eine inhaltlich schlüssige Agenda für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens zu erarbeiten und diese konsequent umzusetzen – insbesondere

die drei Bundesministerien für Gesundheit, Wirtschaft sowie Bildung und Forschung sind hier gefordert.

Mit ihrer ersten gemeinsamen Erklärung wollen APS, BMC, BVdIG, DNVF, GRPG und VdigG zugleich einen inhaltlichen Impuls setzen und dokumentieren, dass trotz unterschiedlicher Interessenlagen die Verständigung auf Eckpfeiler für eine digitale Transformation des Gesundheitswesens fachlich-inhaltlich möglich ist.

Eckpfeiler für eine digitale Transformation des Gesundheitswesens

- Patientinnen und Patienten haben nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (Paragraf 630g) schon heute einen Rechtsanspruch auf die digitale Verfügbarkeit ihrer Daten, der im Rahmen der Europäischen Datenschutz Grundverordnung (EU-DSGVO) ab Mai 2018 nochmals deutlich konkreter wird. Diesen Rechtsanspruch gilt es endlich umzusetzen.
- Digitale Anwendungen und Lösungen sind interoperabel und – wo möglich und sinnvoll – an internationalen Standards orientiert auszugestalten: EDV-technische Insellösungen, die nicht mit anderen Anwendungen vernetzt werden können, führen in eine Sackgasse. In der Konsequenz heißt das, den Paragraphen 291d im Sozialgesetzbuch (SGB) V um praxisrelevante und intersektorale Schnittstellenlösungen, die auch die Bereiche Apotheken, Pflege, Reha und Heilmittelerbringer umfassen, verbindlich zu ergänzen, insbesondere auch um Fragestellungen aus der Versorgungsforschung angehen und Lösungen für die digitale Arzt-Patienten-Kommunikation entwickeln zu können.
- Eine bundesweit einheitliche Lockerung des Fernbehandlungsverbotes für Ärzte und andere Berufsgruppen über Pilotprojekte hinaus ist überfällig und die Musterberufsordnung für Ärzte entsprechend anzupassen. Hier sollte der nächste Ärztetag ein Zeichen setzen! An der Digitalisierung sind über Ärzte und Bürger/Patienten hinaus alle Gesund-



An der Medizinischen Fakultät der **Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn** ist eine

Professur (W3) für Patientensicherheit (Nachfolge Frau Prof. Dr. T. Manser)

zu besetzen. Mit der Professur ist die Leitung des Instituts für Patientensicherheit der Medizinischen Fakultät verbunden.

Der wissenschaftliche Schwerpunkt der Bewerberin/des Bewerbers sollte im Bereich der patientenorientierten Qualitäts- und Versorgungsforschung liegen. Die Qualifikation in einem medizinischen oder verwandten Fachgebiet ist wünschenswert. Die Bewerberin/ Der Bewerber sollte über Erfahrung im Bereich interdisziplinärer und interprofessioneller wissenschaftlicher und praktischer Arbeit sowie über Lehrerfahrung zum Thema Patientensicherheit verfügen. Gleichzeitig ist Expertise im Qualitäts- und Prozessmanagement sowie in der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit (z. B. Simulatortraining) wünschenswert.

Die Fortführung der erfolgreichen Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wird angestrebt. Am UKB besteht eine aktive Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn.

Einstellungsvoraussetzungen sind die Habilitation oder gleichwertige wissenschaftliche Leistungen gemäß § 36 Hochschulgesetz NRW.

Chancengleichheit ist Bestandteil unserer Personalpolitik.

Qualifizierte Bewerberinnen/Bewerber werden gebeten, die üblichen Unterlagen (Anschreiben, Lebenslauf, Zeugnisse, Urkunden, Schriftenverzeichnis) auf Deutsch und Englisch sowie einen ausgefüllten Bewerbungsbogen bis zum **11. Mai 2018** zu senden an den **Dekan der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Prof. Dr. med. Nicolas Wernert, Sigmund-Freud-Straße 25, Haus 33, 53127 Bonn.**

Bitte bewerben Sie sich per E-Mail an:
dekan@ukbonn.de

Den Bewerbungsbogen sowie weitere Informationen zum Bewerbungsverfahren finden Sie unter:
www.uniklinik-bonn.de/dekanat/bewerbungsbogen

heitsprofessionen sowie öffentliche und private Kostenträger – einschließlich der Beihilfestellen.

- An der Digitalisierung sind über Ärzte und Bürger/Patienten hinaus alle Gesundheitsprofessionen sowie öffentliche und private Kostenträger – einschließlich der Beihilfestellen und Berufsgenossenschaften – zu beteiligen.
- Das informationelle Selbstbestimmungsrecht, Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung und des Sozialgesetzbuches dürfen für die Bürgerinnen und Bürger dabei nicht aufgeweicht werden. Die Digitalisierung ist für die Leistungserbringer Pflicht, für die Patientinnen und Patienten freiwillig. Digitale Angebote müssen für Patienten und Bürger diskriminierungsfrei und ohne besondere technische Zugangshürden gestaltet sein – örtliche und zeitliche Einschränkungen etwa durch eine schlechte Breitbandverkabelung dürfen dabei keine Rolle spielen.
- Patientinnen und Patienten muss eine freiwillige Spende ihrer Daten zu Forschungszwecken nicht nur rechtlich, sondern auch technisch einfach möglich sein. Für Patienten müssen die damit einhergehenden Forschungsergebnisse unmittelbar im eigenen Lebenskontext greifbar sein: Nur konkreter, erlebbarer Nutzen motiviert auf Dauer zur Datenspende.
- Für die Akteure im Gesundheitswesen (Krankenkassen, Leistungserbringer etc.) ist ein dauerhaftes und angemessenes Innovationsbudget für digitale Versorgungsmodelle im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen zu schaffen, um solche Angebote ausreichend und vergleichend (auch gegenüber analogen Versorgungsmodellen) auf Evidenz evaluieren zu können. Bei der weiteren Arbeit des Innovationsausschusses im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dessen Expertenbeirat ist eine wesentlich stärkere Beteiligung von Medizin-Informatikern aus Wissenschaft und Praxis erforderlich.
- Analog zu einem Ausbau der Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) ist die „Digital Health Literacy“ zu fördern – nicht nur bei Patientinnen und Patienten, sondern insbesondere auch in der Politik und bei allen Akteuren im Gesundheitswesen. Patienten erwarten in erster Linie von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt sowie von den Heilberufen insgesamt eine entsprechende Beratung und Empfehlung hinsichtlich der für sie geeigneten digitalen Gesundheitsangebote. Hierzu sind adäquate Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote zu schaffen.

- Digitale Anwendungen müssen flächendeckend in ganz Deutschland verfügbar und zugänglich sein – insbesondere in ländlichen Regionen und strukturschwachen Gebieten. Darum müssen Bund und Länder für einen flächendeckenden Breitbandausbau und eine umfassende Internetverfügbarkeit sorgen, nicht zuletzt, um in strukturschwachen Regionen die Gesundheitsversorgung langfristig auch mithilfe von E-Health-Anwendungen aufrechterhalten zu können.
- Es bedarf eines gesamtgesellschaftlichen ethischen Diskurses darüber, für welche Bereiche und Anwendungen der Digitalisierung, auch und insbesondere unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung, künftig so genannte opt-in/opt-out-Lösungen festzulegen sind. Beispielhaft seien hier die Themen Organspende oder Patientenverfügung genannt, bei denen das Prinzip der freiwilligen Hinterlegung von Daten im Notfall an seine Grenzen stoßen kann.

Schlussfolgerungen

Mit ihrer gemeinsamen Erklärung wollen die oben genannten Verbände und Organisationen nicht zuletzt deutlich machen, dass eine Digitalisierung des Gesundheitswesens nur gelingen kann, wenn sich alle wichtigen Akteure dafür engagieren: Politik, Gesundheitsberufe, Kostenträger, Industrie, Wissenschaft, Gemeinsame Selbstverwaltung, Verbände und Organisationen aus dem E-Health-Sektor bis hin zu den Bürgerinnen und Bürgern bzw. den Patientinnen und Patienten. Welche Schritte im Einzelnen von wem erforderlich sind, ist noch diskutieren. <<

von:
Prof. Dr. med. Guido Noelle
(Korrespondenzautor: info@bvdig.de)

- *:
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
 - Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)
 - Bund zur Verbreitung digitaler Innovationen im Gesundheitswesen e.V. (BvdIG)
 - Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
 - Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)
 - Verband digitale Gesundheit e.V. (VdigG)



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

6. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 16. Mai, 10-14 Uhr in Berlin

Nutzen Versorgungsziele der Forschung und der Versorgung?

Diese Frage wird beim 6. DNVF-Forum Versorgungsforschung, zu dem das DNVF am 16. Mai nach Berlin einlädt, mit Vertreterinnen und Vertretern aus Forschung, Praxis, Politik und der Patientinnen und Patienten diskutiert werden. Das DNVF freut sich über die Zusage für die Podiumsdiskussion von Herrn Rottmann-Großner, dem Nachfolger von Herrn Oliver Schenk, der im Bundesministerium für Gesundheit eine Abteilungsleitung übernehmen wird.

>> Das Forum zum Thema „Gesundheitsversorgung weiterentwickeln – Deutschland braucht Versorgungsziele!“ beginnt mit einem Vortrag von Prof. Busse, der den nationalen und internationalen Diskussionsstand beleuchtet. Es folgen ein Beitrag von Prof. Sandman aus Schweden, der über die Erfahrungen mit Versorgungszielen in Schweden berichtet, und weitere Beiträge aus Deutschland zu aktuellen Projekten, die zwar nicht unter dem Label „Versorgungsziele“ laufen, aber durch ein Rahmenkonzept und eine systematische Erarbeitung von Indika-

toren/Kriterien gekennzeichnet sind (s. Programm).

Laut Prof. Neugebauer, DNVF-Vorsitzender und Moderator der Veranstaltung, ist das Programm und Thema des Forums noch aktueller als zum Zeitpunkt der Planung im Herbst letzten Jahres. Wie werden die Themenschwerpunkte des Innovationsfonds oder neuer Förderschwerpunkte des BMBF und BMG in der neuen Legislaturperiode ausgerichtet werden, gibt es gemeinsam konsentrierte Strategien aller Player für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung?

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, durch die Förderung von methodisch und inhaltlich guten Projekten im Innovationsfonds ist die Frage „Fördert der Innovationsausschuss die richtigen Projekte?“ in den Fokus gerückt. Was heißt hier überhaupt richtig? Welche



Univ.-Prof. Dr.
Prof. h.c. Dr. h.c.
Edmund A.M.
Neugebauer

Versorgungsziele gibt es? Wo hat unser Gesundheitssystem die größten Defizite? Welche Ziele stehen bei den größten Krankheiten im Vordergrund: Gesund bleiben? Schneller gesund werden? Mit der Erkrankung leben? Versorgung am Lebensende verbessern? Was sagt die WHO, wie machen es andere Länder? Hieraus leiten wir seitens der Versorgungsforschung einen doppelten Auftrag ab: Daten zu schaffen – Indikatoren zu testen + Versorgung zu evaluieren.

Hiermit eng zusammenhängend ist das Thema Gesundheitskompetenz, über das hier berichtet wird. Mit dem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ liegt nun ein wissenschaftlicher Leitfaden vor, der den Verantwortlichen in Politik, Wissenschaft und Praxis zeigt, wie die Gesundheitskompetenz in unserem Land gestärkt werden kann. Er benennt vier Handlungsfelder und formuliert dazu 15 konkrete Empfehlungen, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland gezielt zu fördern und zu stärken. Nehmen Sie am diesjährigen Forum Versorgungsforschung teil und diskutieren Sie mit – wir freuen uns auf Sie!

Ihr

Edmund A.M. Neugebauer
Vorsitzender des DNVF e.V.

Dass die Diskussionen in der Gesundheitspolitik angekommen ist, zeigen die ersten Anmeldungen von Mitgliedern des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag zur Veranstaltung.

Eine Teilnahme am DNVF-Forum steht allen Interessierten offen. Die Teilnahmegebühr für Mitglieder beträgt 55 Euro (dies schließt die Mitglieder bzw. Mitarbeiter/innen der Mitgliedsgesellschaften, -institute und -organisationen ein). Die Gebühr für Nicht-Mitglieder beträgt 95 Euro. Die Anmeldung ist ausschließlich online auf www.dnvf.de möglich. Aufgrund der begrenzten Plätze ist eine Anmeldung notwendig, über die Vergabe der Plätze entscheidet der Eingang der Anmeldungen. <<

DNVF-Forum Versorgungsforschung 16.05.2018, 10.00-14.00 Uhr Berlin	
10.00-10.05 Uhr	Begrüßung und Moderation Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Neuruppin)
10.05-10.40 Uhr	Versorgungsziele – (Inter)nationaler Diskussionsstand Prof. Dr. Reinhard Busse (Berlin)
10.40-11.00 Uhr	International experiences – care goals in Sweden Prof. Lars Sandman (Linköping/Schweden)
11.00-12.00 Uhr	Ausrichtung an Versorgungszielen – nationale Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> Nationale Diabetes-Surveillance Dr. Christa Scheidt-Nave (Berlin) Ableitung von Qualitätsindikatoren aus Versorgungspfaden und Versorgungszielen Prof. Dr. Jochen Schmitt (Dresden) Entwicklung von Versorgungszielen am Beispiel der Demenz Prof. Dr. Steffi Riedel Heller (Leipzig)
12.00-12.30 Uhr	Pause
12.30-14.00 Uhr	Podiums- und Plenardiskussion: „Versorgungsziele in Deutschland: Nutzen für Patienten, Leistungserbringer und Versorgungsforschung?“ unter Beteiligung von: Prof. Dr. Reinhard Busse (DNVF), Prof. Dr. Peter Falkai (AWMF), Dr. Ilona Köster-Steinebach (Patientenvertreterin im G-BA), Heiko Rottmann-Großner (BMG), Prof. Dr. Leonie Sundmacher (Mitglied des Expertenbeirats im Innovationsausschuss), Michael Weller (GKV-Spitzenverband) und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern

DNVF-Session am 24.01.18 beim BMC-Kongress 2018

Gesundheitskompetenz (wert-)schätzen, messen, steigern?

Beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care (BMC), der vom 23.–25. Januar 2018 im Langenbeck-Virchow Haus in Berlin stattfand, lud Prof. Stephanie Stock, Universität zu Köln, Sprecherin der AG Gesundheitskompetenz, ein, zum Thema „Gesundheitskompetenz (wert-)schätzen, messen und steigern?“ zu diskutieren.

>> Gesundheitskompetenz ist zunehmend auf der politischen Agenda. Warum, erläuterte Frau Prof. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz, so die Feststellung, ist eng verwandt mit Konzepten der Befähigung und des Empowerments. Investitionen in Gesundheitskompetenz werden inzwischen als relevante Strategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit betrachtet und auch als eine wichtige Voraussetzung, Gesundheitssysteme zukunftsfähig zu gestalten. Die Zunahme an Lebenserwartung und mit dem Alter ansteigenden chronischen Erkrankungen erfordert ein gutes Selbstmanagement der Patienten und nicht zuletzt angemessene patientenseitig verantwortete gesundheitliche Entscheidungen. Die mit geringer Gesundheitskompetenz einhergehenden negativen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen und der Wunsch der Menschen, an gesundheitlichen Entscheidungen maßgeblich beteiligt zu sein, machen Gesundheitskompetenz auch in Deutschland zu einem wichtigen gesellschaftlichen Thema, das über gesundheitspolitische Fragen der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung weitere Politikfelder wie Bildung, Arbeit, Umwelt oder Soziales berührt. Denn selbst in modernen Industriegesellschaften, trotz allgemeiner Schulpflicht und mit im weltweiten Vergleich guten sozioökonomischen Bedingungen, erleben sich viele Menschen als wenig gesundheitskompetent und berichten über zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, gesundheitliche Informationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten.

Nach Einschätzung von Prof. Eva Maria Bitzer, Pädagogische Hochschule Freiburg, stehen hier besonders die Institutionen der gesundheitlichen Versorgung in der Verantwortung. Schließlich sind die Fähigkeiten, gesundheitliche Informationen zu finden, zu verstehen und im Gesundheitssystem zu navigieren abhängig davon, wie schwer – oder leicht – es die Institutionen und die in ihnen handelnden Professionellen ihren Patienten machen. Umgekehrt: Ob, und wenn ja, wie gut sich Individuen in den Institutionen



Gesundheitskompetenz-Session beim BMC: v.l. Prof. Bitzer, Prof. Steckelberg und Prof. Dierks. Foto: Schicke, BMC.

des Gesundheitswesens zurechtfinden (gesundheitskompetent agieren) ist immer auch vor dem Hintergrund der organisationalen Bedingungen zu interpretieren. Gesundheitskompetenz wertschätzen bedeutet daher, ein personen- und patientenorientiertes Versorgungssystem, in dem die Bedürfnisse der Menschen und der Bevölkerung und nicht nur einzelne Erkrankungen im Mittelpunkt stehen und das in der Lage ist, Menschen zu befähigen und eine aktive Rolle in der Gestaltung ihrer eigenen Gesundheit einzunehmen.

Der den Input zum Workshop abschließende Vortrag von Frau Prof. Anke Steckelberg, Universität Halle (Saale), widmete sich den Möglichkeiten, Gesundheitskompetenz zu steigern. Individuelle Gesundheitskompetenz lässt sich vermitteln. Effektive Strategien umfassen u.a. die Nutzung entlang der aktuellen Leitlinie erstellter evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen. Darüber hinaus bedarf es sehr unterschiedlicher Strategien zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz – so das Fazit in der abschließenden Diskussion. Dazu gehören die Förderung des Selbstmanagements und der Selbstfürsorge, Patientenschulungen, Interventionen zu Aktivierung von Patienten.

Gleichermaßen relevant sind Interventionen

auf der Ebene des Gesundheitssystems und der Versorgungseinrichtungen – von der Bildung neuer Strukturen bis hin zur Intensivierung der Kommunikation und einer adressatengerechten, auf die Gesundheitskompetenz der Zielgruppen fokussierten Information. <<

von: E. M. Bitzer

News

>> Gemeinsame Erklärung

Zu den „Eckpfeilern für eine digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens“ haben sechs Verbände/Verenigungen, unter ihnen auch das DNVF, eine gemeinsame Erklärung abgegeben (s. S. 27-28).

>> 24. Mitgliederversammlung

Am 16. Mai findet von 14.30 bis 17.30 Uhr die 24. Mitgliederversammlung des DNVF e.V. direkt im Anschluss an das 6. DNVF-Forum Versorgungsforschung in Berlin statt. Im Rahmen der 24. MV werden die Wahlen des neuen Vorstands für die Wahlperiode 2018 – 2020 abgehalten.

6. DNVF-Spring-School im Gustav-Stresemann-Institut (GSI) in Bonn

„Forschungsergebnisse, die in Gesetzesvorhaben münden“

Es ist schon Tradition, anlässlich der in Bonn nun schon zum sechsten Mal stattfindenden Spring-School des DNVF einen Vortragsabend zu veranstalten, der sich dem Thema „Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung“ widmet. In diesem Jahr sprach Jana Holland, Referatsleiterin Ressortforschung des Bundesministeriums für Gesundheit.

>> Eine große Überschneidung der Themen, die in den breit gefächerten Modulen der Spring-School abgedeckt werden und dem breiten Themenspektrum, das das „politische Umfeld“ umtreibt, stellte Jana Holland, Referatsleiterin G12 „Ressortforschung Forschungskoordinierung und wissenschaftspolitische Analysen“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingangs ihres Referats vor. Dieser bot einen sehr umfassenden Einblick in die Arbeit des Referats, zu dem PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Universität Regensburg), stellvertretende Vorsitzende des DNVF und Referentin der Spring-School, feststellte: „Wie vielfältig ihr Ressort ist, war mir nicht bekannt.“ Wie auch, werden den Ausführungen Hollands zufolge bislang nur die Abschlussberichte von Förderprojekten auf der Homepage des BMG veröffentlicht. Das aber soll sich demnächst ändern, das sei aber „eine Baustelle, an der wir gerade noch arbeiten“. Zwar gebe es zu einzelnen Themenbereichen – zum Beispiel Sucht und Drogen – gute Detailseiten, auf denen auch Infos zu laufenden Projekten zu finden seien, doch sei dies in anderen Bereichen „nicht ganz so gut“, obwohl auch hier Transparenz, wie die Juristin auf Nachfrage konzediert, wichtig sei. Gleiches gelte auch für die Erstellung eines Rahmenplans für die Ressortforschung, weil der bestehende schon sehr alt wäre – all das sei „ausbaufähig“, meinte sie.

Eine Hilfestellung könnte hier durchaus vom DNVF kommen, wie der ebenfalls anwesende Prof. Dr. Jochen Schmitt (Universität Dresden), Mitglied des DNVF-Vorstands und Referent der Spring-School, anmerkte. Er sieht eine inhaltliche Verbindung zur Ad-hoc-Kommission „Versorgungsziele“, die bei dem dafür nötigen gesamtgesellschaftlichen Konsens gerne mit BMG zusammenarbeiten möchte.

Das bisherige Fehlen von Transparenz und eines aktuellen Forschungs-Rahmenplans ist indes kein großes Wunder. Denn das Referat, dem Jana Holland vorsteht, versteht sich als Dienstleister für alle anderen im BMG angesiedelten Ressorts. Es berät diese beim Aufsetzen eigener Forschungsprojekte, und kümmert sich um die Forschung in den Geschäftsbereichsbehörden – den beiden Public-Health-Instituten BZGA und RKI – sowie in den beiden Zulassungsbehörden PEI

und BfArM, aber auch im DIMDI als Infrastrukturdienstleister, das inzwischen auch das Deutsche Register klinische Studien betreibt, und obendrein in fünf Leibniz-Instituten, unter ihnen das Deutsche Diabetes Zentrum in Düsseldorf sowie neu auch die Cochran Deutschland Stiftung in Freiburg.

Dazu kommen noch eigene Forschungsaufträge, die „idealerweise“ an das grundlagenorientierte Rahmenprogramm der Forschung des BMBF andocken, das aber nicht zwanghaft müssen – immerhin 120 Projekte mit einem Fördervolumen von 44 Millionen Euro alleine für das laufende Jahr. Bei vielen der über ihr Ressort vergebenen Forschungsprojekte geht es vordringlich um Wissensgenerierung zur Erfüllung der vielfältigen Fachaufgaben des BMG, vor allem aber um das Schließen von Erkenntnislücken, um beispielsweise einen Gesetzesentwurf vorbereiten oder einen Aktionsplan entwerfen zu können.

Aus diesem Grunde ziehen sich die Projekte, von denen Jana Holland einige genauer vorstellte, quer durch das ganze BMG. Dies sei eine Vielfalt, die – wie sie ausführte – mit Blick auf den aktuellen Koalitionsvertrag sicher noch zunehmen werde: Themen wie Gesundheitskompetenz und -förderung, Gesundheitssystemforschung, demografischer Wandel, Migration, Pflege sowie auch die krankheitsbezogene Forschung, bei der je nach Legislaturperiode immer andere Schwerpunkte aufkommen würden, stünden im Fokus. Aber

ebenso das Metathema der Digitalisierung, das an immerhin drei verschiedenen Stellen prominent im aktuellen Koalitionsvertrag behandelt und demnach künftig einen grossen Raum in der von ihr verantworteten Ressortforschung einnehmen werde.

Vorteil dieser Ressortforschung sei es, dass damit Fragen beantwortet werden könnten, die praktische Auswirkungen auf die medizinische Versorgung hätten. Holland: „Unsere Fragen sind sehr praxisnah und sollen Ergebnisse generieren, die wir nutzen und damit weiterarbeiten zu können.“ Prägende Beispiele dafür sei ein Forschungsgutachten, das letztes Jahr an das IGES-Institut vergeben und auch abgeschlossen worden sei; und das die Frage beantwortet hatte, ob die Zahlungen für ALG 2-Empfänger an die GKV kostendeckend sind oder nicht. Das Ergebnis – die Beiträge sind es nicht – sei im aktuellen Koalitionsvertrag aufgegriffen worden. Als zweites Beispiel nannte sie eine Bestandsaufnahme zu niedrigschwelligen Betreuungsangeboten im Rahmen der Pflegeversicherung, inklusive eines Ländervergleichs. Die hier gewonnenen Ergebnisse seien bereits in den Pflegestärkungsgesetzen II und III aufgegriffen und umgesetzt worden. Genau das sei auch das Ziel von Projekten in der Ressortforschung des BMG, sagt Holland: „Forschungsergebnisse, die direkt in Gesetzesvorhaben münden.“ <<

von: P. Stegmaier



Beim Vortragsabend der 6. DNVF-Spring-School: v.l. Prof. Schmitt, Jana Holland, PD Klinkhammer-Schalke und Dr. Nellesen-Martens.

Stiftungsprofessur zur Versorgungsforschung für Seltene Erkrankungen

Mit Unterstützung des DNVF durch PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellv. Vorsitzende) und Prof. Dr. Gerd Glaeske (ehemaliger Hauptgeschäftsführer und Ehrenmitglied) sowie Mitglieder der Fachgruppe Kinder- und Jugendmedizin hat die Stiftung Kindness for Kids zunächst den Standort für eine Stiftungsprofessur Versorgungsforschung ausgewählt. Mittlerweile wurde die Professur in Hamburg ausgeschrieben.

>> Die neu eingerichtete Professur soll krankheitsübergreifend auf nachhaltige Weise die Lehre, die Forschung und wissenschaftliche Weiterbildung im Bereich der Versorgungsforschung bei Seltenen Erkrankungen im Kindesalter fördern. Sie wird von der Stiftung Kindness for Kids für fünf Jahre finanziert, eine Verstetigung ist vorgesehen. Die Ausschreibung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf lief bis zum 15. März 2018.

Folgende Aufgabengebiete sind vorgesehen:

- Untersuchung der spezifischen Belastungen sowie der Versorgungs- und Unterstützungsbedürfnisse von betroffenen Kindern und Jugendlichen mit Seltenen Erkrankungen und ihrer Familien
- Erforschung der Versorgungssituation und von innovativen Versorgungsmodellen bei

seltene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

- Schaffung von Evidenz zur Gestaltung einer modernen patientenorientierten Versorgung von Familien mit Kindern mit einer Seltenen Erkrankung
- Aufbau eines eigenständigen persönlichen Forschungsprofils, das sich in die Forschungsschwerpunkte des UKE integrieren lässt (insbesondere in die am Standort vertretene Versorgungsforschung sowie in weitere Initiativen im Rahmen der Erforschung Seltener Erkrankungen)

Das DNVF hat sich beim Aufsetzen sowie der Etablierung der Professur beteiligt. Sowohl im Auswahlprozess eines geeigneten Standorts wie auch in etlichen Gesprächen mit diversen Hochschulen und letztlich im Rahmen der Vertragsgestaltung stand das DNVF der Stiftung zur Seite. <<

Nachruf

Mit großer Betroffenheit haben wir von dem Tod unserer anerkannten und liebenswerten Kollegin und Mitstreiterin Frau Insa Bruns



(† 21.01.2018) erfahren, die über lange Jahre das Netzwerk der Koordinierungszentren für klinische Studien (KKS-Netzwerk e.V.) geleitet und geprägt hat. Wir haben großen Respekt vor ihrer Kompetenz und Fachlichkeit und ihrem Einsatz, mit dem sie die klinische Forschung unterstützt hat, und die, die sie betreiben, gefördert und gefordert hat. Sie hat trotz vieler Widerstände hartnäckig und erfolgreich für die Qualität der (klinischen) Forschung gekämpft und bleibt uns als Vorbild in Erinnerung. Als Ergebnis ihres stetigen Bestrebens, Synergien zu schaffen und Kooperationen zu bahnen, fand am 13. März ein Treffen der Vorstände des KKS-Netzwerks und des DNVF statt, das sie noch zu ihren Lebzeiten in die Wege geleitet hat. Mit großer Anerkennung und Dankbarkeit für ihr Engagement und in tiefem Mitgefühl mit ihrer Familie nehmen wir Abschied.

Der Vorstand und die Geschäftsführerin des DNVF e.V.

Aktuelle Zahlen und News aus dem DNVF e.V.

>> Neue Mitglieder

Anfang Februar wurden weitere persönliche Mitglieder im DNVF aufgenommen. Die Anzahl der Mitglieder der Sektion 4 „Natürliche Personen“ erhöhte sich auf 171 Personen.

>> Publikation zum DKVF 2017 im Bundesgesundheitsblatt

Im Januar 2018 ist im Bundesgesundheitsblatt ein Artikel zum 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2017 unter dem Titel „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Lösungen und Vorschläge für die Gesundheitspolitik in der neuen Legislaturperiode“ veröffentlicht worden. >> Zum Artikel <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-018-2698-y>

Haben Sie Interesse am DNVF?

- Wir interessieren uns für die Mitgliedschaft als Gesellschaft/Institution/Organisation o.ä.
- Wir interessieren uns für eine fördernde Mitgliedschaft
- Ich interessiere mich für eine persönliche Mitgliedschaft

Gesellschaft/Institution/Organisation

Name/Vorname

Adresse

E-Mail



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

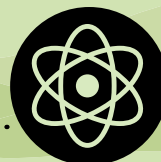


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

17. Kongress | 10. - 12.10.2018 | Urania - Berlin

Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



10. – 12.10.2018, Urania Berlin

Call for Abstracts – verlängert
Einreichungstermin: 15.4.2018 über www.dkvf2018.de

Felix Walther, M. Sc.
Denise Küster, MPH
SIQ Arbeitsgruppe „Sachstandsklärung Korrelation Struktur- und Ergebnisqualität“
Prof. Dr. med. habil. Prof. h.c. Jochen Schmitt

Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Zusammenhang und Interventionsmöglichkeiten der Qualitätsdimensionen in der Routineversorgung

Ein systematisches Review

„Wir stärken die Qualitätsorientierung. Besonders hohe Qualität soll zusätzlich vergütet werden, durch Zuschläge oder im Rahmen von Qualitätsverträgen.“

(Gröhe 2015)

Das am 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz sieht einen vergütungs- und planungsrelevanten Einbezug von Qualitätsdaten in der stationären Krankenversorgung vor. Um Qualität kategorisieren zu können, wird vom Gesetzgeber Donabedians Modell zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Bsp.: §136 Sozialgesetzbuch V) herangezogen. Dieses Modell impliziert, dass durch eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität die Ergebnisqualität verbessert werden kann (Donabedian 1966; Donabedian et al. 1987). In diesem Zusammenhang wurde schon früh gute Evidenz über die Stärke des steuerbaren Einflusses struktur- und/ oder prozessbezogener Interventionen auf das Behandlungsergebnis gefordert (Donabedian 1980; Institute of Medicine 1990). Der Umsetzung des KHSG folgend, veröffentlichte der G-BA sowohl planungsrelevante Strukturindikatoren als auch eine sektorenübergreifend gültige Richtlinie für die Ausgestaltung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (Gemeinsamer Bundesausschuss 2015, 2016). Aus der Perspektive der Evidenzbasierten Medizin ist jedoch zu sagen, dass frühere Reviews auf eine vielfach schwache Evidenzlage zur Beeinflussung der Ergebnisqualität durch komplexe Interventionen auf Struktur- bzw. Prozessebene hindeuteten (Conry et al. 2012; Khan/Ollenschläger 2014). Eine aktuelle kritische Analyse der publizierten Studien zum Effekt komplexer Qualitätsinterventionen im Setting des deutschen Gesundheitssystems fehlt jedoch derzeit. Wir analysieren daher die Literatur zum Einfluss von geplanten komplexen Interventionen auf Struktur- und/oder Prozessebene auf die Ergebnisqualität im stationär-beteiligten Setting im deutschen Gesundheitswesen anhand eines systematischen Reviews.

*Der SIQ Arbeitsgruppe „Sachstandsklärung Korrelation Struktur- und Ergebnisqualität“ gehören an: Thomas Köhler, Dr. Dr. Klaus Piwernetz, Andreas Reiter und Dr. Georg Rüter.

Zusammenfassung

Als Rahmenkonzept für Qualität im deutschen Gesundheitswesen dient das Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsmodell. Wir untersuchten anhand eines systematischen Reviews, inwieweit Interventionen auf Struktur- und/oder Prozessebene die Ergebnisqualität beeinflussen. Einschlusskriterien waren ein parallel-kontrolliertes Design, eine geplante Intervention auf Struktur- und/oder Prozessebene und Messung der Ergebnisqualität. Dazu wurden die Datenbanken Medline, Embase, Cinahl und PsycInfo nach Studien aus Deutschland im stationären Setting durchsucht (Zeitraum 01.01.2000-10.10.2016). Nach Sichtung von 1725 Dokumenten durch je 2 Reviewer wurden insgesamt 18 Studien eingeschlossen. 10 Studien untersuchten ausschließlich Prozessinterventionen, 4 ausschließlich Strukturinterventionen und 4 kombinierte Struktur- und Prozessinterventionen. Trotz Limitationen hinsichtlich Methodik und Berichtsqualität zeigt sich insgesamt ein überwiegend positiver Einfluss von Qualitätsinterventionen auf das patientenrelevante Ergebnis. Die Anzahl und limitierte methodische Qualität der publizierten Artikel verhindern jedoch eine allgemein gültige Beantwortung der Forschungsfrage. Es ist die Aufgabe der Versorgungsforschung, die entsprechenden Evidenzlücken zeitnah zu füllen.

Schlüsselwörter

Qualität; Intervention; stationäre Versorgung; Studien am Menschen

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.18.1866-0533.2071>

>> Das systematische Review wurde nach den Vorgaben des PRISMA Statements angefertigt (Moher et al. 2009). Vorab wurde das Review sowohl im International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) (Schmitt et al. 2016) als auch in der Datenbank „Versorgungsforschung Deutschland“ veröffentlicht (Schmitt 2016).

Ein- und Ausschlusskriterien

Auf Grundlage des PICO-Schemas wurde die Forschungsfrage nach Population (P), Intervention (I), Vergleich (C), Ergebnis (O) und zusätzlich nach Studientyp (S) spezifiziert (Online-Anlage 1). Die Patienten mussten innerhalb stationärer oder intersektoraler Settings behandelt worden sein. Für den Einschluss multinational angelegter Untersuchungen musste die Studienpopulation zu mindestens 25% in Deutschland behandelt worden sein (P). Einfache Interventionen wie z.B. die Gabe eines bestimmten Arzneimittels waren ausgeschlossen. Die komplexe Qualitätsintervention musste auf Struktur- und/ oder Prozessebene ausgerichtet sein (I) und auf eine Verbesserung der Ergebnisqualität abzielen (O). Als Kontrollgruppe wurden Vergleiche mit Standardverfahren / Regelversorgung wie auch andere Qualitätsintervention zugelassen (C). Studien mit ausschließlich historischen Kontrollen oder retrospektivem Design wurden ausgeschlossen. Anforderungen an die Studieninhalte waren Interventionsstudien am Menschen, die in englischer oder deutscher Sprache ab dem 01.01.2000 veröffentlicht wurden (S). Als Orientierungspunkt für dieses Publikationsdatum galt die Publikation des Institute of Medicine „Crossing the quality Chasm“ mit der danach zunehmenden Orientierung hin zu einer qualitäts- und bedarfsbezogenen Gesundheitsversorgung (Institute of Medicine 2001).

Literaturrecherche, Studienselektion und Datenextraktion

In die systematische Literaturrecherche (Online-Anlage 2) wurden die vier Datenbanken Medline, Embase, Cinahl und PsycInfo einbezogen. Der Suchzeitraum umfasste den 01.01.2000 bis zur Durchführung der Suche am 10.10.2016. Ergänzend wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen und Google Scho-

lar in die Handsuche einbezogen. Die Selektion der Studien erfolgte durch 2 unabhängig voneinander agierende Gutachter (JS & FW). Die Extraktion wurde durch eine Person (FW) durchgeführt und im Vier-Augen-Prinzip (FW & DK) auf inhaltliche Übereinstimmung überprüft. Die extrahierten Ergebnisse wurden im Gruppenvergleich abgebildet. Besonders relevant war für dieses systematische Review die Ergebnisqualität. Daher wurden neben allen primären gruppenvergleichenden Zielgrößen zusätzlich sekundäre, ergebnisbezogene Größen vom letzten Messzeitpunkt extrahiert. Als Hinweis für die methodische Studienqualität wurden Randomisierung, Verblindung, Interessenkonflikte, Drop-Out-Raten und Aspekte der statistischen Analyseverfahren herangezogen.

Ergebnisextraktion

Grundsätzlich wurden die Resultate aller primären Zielgrößen aus eingeschlossenen Studien dokumentiert. Wurde in einer Publikation keine Zielgröße spezifiziert, erfolgte die Extraktion aller Outcome-relevanten Auswirkungen zum letzten Messzeitpunkt. Die extrahierten Effekte wurden sowohl inhaltlich als auch nach Qualitätsdimension (Struktur, Prozess, Ergebnis) kategorisiert.

Effekte wurden der Strukturdimension zugeordnet, wenn sie die Krankenhaus- oder Systeminfrastruktur (Bsp. technische Ausstattung etc.) charakterisierten. Als Prozesseffekte galten die verschiedenen Bestandteile der Leistungserbringung oder bewertete Teilaspekte (Arbeitsklima, wahrgenommene Effizienz etc.) der Prozesse. Ergebniseffekte wurden nach den fünf „D’s“ Death, Disease, Disability, Discomfort und Dissatisfaction (Donabedian et al. 1987) sowie gesundheitsökonomischen Ergebnisgrößen (Kosten/Nutzen etc.) definiert.

Ergebnisse

In der systematischen Suche wurden insgesamt 2.306 Referenzen identifiziert. Hinzu kamen 11 Referenzen aus der Handsuche. Nach der Entfernung von 592 Dubletten wurden 1.675/1.725 Referenzen im Titel-/Abstract-Screening ausgeschlossen. Nach der Sichtung von 50 Volltexten wurden final 22 Publikationen/ 18 Studien eingeschlossen (Online-Anlage 3).

Inhalt und Methodik der eingeschlossenen Studien

Der überwiegende Teil der untersuchten Qualitätsinterventionen zielte ausschließlich auf die Prozessebene ab (10/18; 56%). Interventionen ausschließlich auf Strukturebene wurden in 4 Studien (22%) untersucht. Die verbleibenden 4 Studien (22%) intervenierten sowohl auf Struktur- als auch auf Prozessebene.

Untersuchte Strukturqualitäts-Interventionen beinhalteten zum einen die zusätzliche Bereitstellung geschulten Pflegepersonals bzgl. Delir sowie medizinischer Dokumentationsassistenten (Kratz et al. 2015; Weigl et al. 2014). Zum anderen wurden technische Neuerungen (mobile Schlaganfallereinheit) sowie organisationsstrukturelle Maßnahmen (Schichtsystem) untersucht (Bollschweiler et al. 2001; Walter et al. 2012). Als Prozessinterventionen wurden insbesondere interprofessionelle Zusammenarbeit (Hechler et al. 2014; Hohmann et al. 2009; Jahn et al. 2009; Weigl et al. 2013), strukturierte Entlassplanung (Puschner et al. 2012; Puschner et al. 2011; Stange et al. 2013), Behandlungspfad- (Klinkhammer-Schalke et al. 2012) sowie Leitlinien-Implementierung (Schnoor et al. 2010), integrierte Versorgung (Bethge et al. 2011) und tagesstatt vollstationäre Aufnahmen (Kallert et al. 2004; Schützwohl

Inhalte der untersuchen Interventionen

Referenz	Erkrankung	Setting	Mono-/ Multi-zentrisch	Intervention	Finanzierung
Struktur- und Prozessinterventionen					
Audebert et al. 2008a	Schlaganfall	stationär	multi	Telemedizinisches Pilotprojekt	Öffentlich - Industriell
Audebert et al. 2008b	Schlaganfall	stationär	multi	Telemedizinisches Pilotprojekt	Öffentlich - Industriell
Audebert et al. 2009	Schlaganfall	stationär	multi	Telemedizinisches Pilotprojekt	Öffentlich
Zernikow et al. 2008	frühkindlicher Krebs	stationär	multi	Leitlinie Schmerzmanagement	Öffentlich - Industriell
Brand et al. 2005	psychische Erkrankungen	stationär	multi	Benchmarking + Qualitätszirkel	Öffentlich
Gastmeier et al. 2002	chirurgisch + intensivmedizinisch behandelte Patienten	stationär	multi	Organisationelle Restrukturierung + Qualitätszirkel	Öffentlich
Strukturinterventionen					
Weigl et al. 2014	Pädiatrische Gesundheitsversorgung	stationär	mono	zusätzliche MDA	Keine Angabe
Kratz et al. 2015	Chirurgie-Patienten > 70 Jahre	stationär	mono	zusätzliche Fach-GKP Delirpflege	Keine Angabe
Walter et al. 2012	Schlaganfall	Intensivstation	mono	Mobile Stroke-unit	Öffentlich
Bollschweiler et al. 2001	Intensivpatienten	stationär	multi	2-Schicht- (IG) statt 3-Schicht-Modell	Eigenmittel - Öffentlich
Prozessinterventionen					
Hohmann et al. 2009	ischämische Attacke oder Schlaganfall	Intensivstation	multi	Zusätzliche Intensivierte pharmazeutische Betreuung;	Öffentliche
Jahn et al. 2009	Chemotherapiepatienten	Intensivstation	multi	Onkologie-Krankenpflege (SCION)	Öffentliche
Hechler et al. 2014	chronische Schmerzzustände bei Kleinkindern	stationär	mono	Intensive interdisziplinäre Schmerzbehandlung	Eigenmittel - Öffentlich
Weigl et al. 2013	Innere Medizin und Chirurgie	stationär	mono	Gemeinschaftliche Arbeitsgestaltung klinischer Tätigkeit	Eigenmittel - Öffentlich
Stange et al. 2013	chronische kardiovaskuläre oder metabolische Krankheiten	Intensivstation	mono	Pharmazeutische Konsultationen; Entlassung mit/ ohne hausärztl. Begleitschreiben	Industriell
Puschner et al. 2011	Erwachsene mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung	Intensivstation	multi	Bedarfsorientierte Entlassplanung	Öffentlich
Puschner et al. 2012	ICD-10: F2, F3 + hohe Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung	Intensivstation	multi	Bedarfsorientierte Entlassplanung	Öffentlich
Schnoor et al. 2010	Lungenentzündung	stationär	multi	Leitlinien - Implementierung	Öffentlich
Klinkhammer-Schalke et al. 2012	Brustkrebs	stationär	multi	quality of life- Behandlungsplan	Öffentlich
Bethge et al. 2011	Hüft- oder Kniearthrose n. endoprothetischem Eingriff	Intensivstation	multi	Integrierte Versorgung	Öffentlich
Kallert et al. 2004	Psychiatrisch behandelte Patienten	stationär	mono	tages- statt vollstationärer Behandlung	Öffentlich
Schützwohl et al. 2007	Psychiatrisch behandelte Patienten	stationär	mono	tages- statt vollstationärer Behandlung	Öffentlich

Tab. 1: Inhalte der untersuchen Interventionen

Literatur

- Allen-Duck, A./Robinson, J. C./Stewart, M. W. (2017): Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*,
- Anäker, A./Heylighen, A./Nordin, S./Elf, M. (2017): Design Quality in the Context of Healthcare Environments: A Scoping Review. *Herd*, 10, 4: 136-150
- Audebert, H. J./Kukla, C./Vatankhah, B./Gotzler, B./Schenkel, J./Hofer, S./Fürst, A./Haberl, R. L. (2006a): Comparison of tissue plasminogen activator administration management between telestroke network hospitals and academic stroke centers: the Telemedical Pilot Project for Integrative Stroke Care in Bavaria/Germany. *Stroke* (00392499), 37, 7: 1822-1827
- Audebert, H. J./Schenkel, J./Heuschmann, P. U./Bogdahn, U./Haberl, R. L. (2006b): Effects of the implementation of a telemedical stroke network: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria, Germany. *Lancet Neurology*, 5, 9: 742-748
- Audebert, H. J./Schultes, K./Tietz, V./Heuschmann, P. U./Bogdahn, U./Haberl, R. L./Schenkel, J. (2009): Long-term effects of specialized stroke care with telemedicine support in community hospitals on behalf of the telemedical project for integrative stroke care (TEMPiS). *Stroke*, 40, 3: 902-908
- Bethge, M./Bartel, S./Streibelt, M./Lassahn, C./Thren, K. (2011): Improved outcome quality following total knee and hip arthroplasty in an integrated care setting: results of a controlled study]. *Rehabilitation*, 50, 2: 86-93
- Bollschweiler, E./Krings, A./Fuchs, K. H./Pistorius, G./Bein, T./Otto, U./Muhl, E./Backes-Gellner, U./Holscher, A. H. (2001): Alternative shift models and the quality of patient care. An empirical study in surgical intensive care units. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, 386, 2: 104-9
- Brand, S./Härter, M./Sitta, P./van Calcker, D./Menke, R./Heindl, A./Herold, K./Kudling, R./Luckhaus, C./Rupprecht, U./Sanner, D./Schmitz, D./Schramm, E./Berger, M./Gaebel, W./Schneide, F. (2005): Datengestützte Qualitätszirkel in der stationären Depressionsbehandlung. = Treatment quality of inpatient depression care. *Der Nervenarzt*, 76, 7: 865-874
- Conry, M. C./Humphries, N./Morgan, K./McGowan, Y./Montgomery, A./Vedhara, K./Panagopoulou, E./Mc Gee, H. (2012): A 10 year (2000-2010) systematic review of interventions to improve quality of care in hospitals. *BMC Health Serv Res*, 12, 275
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44, 3: Suppl:166-206
- Donabedian, A. (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Ann Arbor: Health Administration Press*
- Donabedian, A./Elinson, J./Spitzer, W./Tarlov, A. (1987): Advances in health assessment conference discussion panel. *Journal of Chronic Diseases*, 40, Supplement 1: 183S-191S
- Gastmeier, P./Brauer, H./Forster, D./Dietz, E./Daschner, F./Ruden, H. (2002): A quality management project in 8 selected hospitals to reduce nosocomial infections: a prospective, controlled study. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 23, 2: 91-7
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL). In: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf (abgerufen am 29.12.2016)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren. In: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI.pdf (abgerufen am 20.12.2016)
- Gröhe, H. (2015): Lesung Krankenhausstrukturgesetz: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zum Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/khsg-bundestag.html> (abgerufen am 17.02.2017)
- Hechler, T./Ruhe, A. K./Schmidt, P./Hirsch, J./Wager, J./Dobe, M./Krummenauer, F./Zernikow, B. (2014): Inpatient-based intensive interdisciplinary pain treatment for highly impaired children with severe chronic pain: Randomized controlled trial of efficacy and economic effects. *Pain*, 155, 1: 118-128
- Hohmann, C./Klotz, J. M./Radziwill, R./Jacobs, A. H./Kissel, T. (2009): Pharmaceutical care for patients with ischemic stroke: Improving the patients quality of life. *Pharmacy World and Science*, 31, 5: 550-558
- Institute of Medicine (1990): *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, Volume I. Washington, DC: The National Academies Press
- Institute of Medicine, C. o. o. H. C. i. A. (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US)
- Jahn, P./Renz, P./Stukenkemper, J./Book, K./Kuss, O./Jordan, K./Horn, I./Thoke-Colberg, A./Schmoll, H. J./Landenberger, M. (2009): Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial. *Supportive Care in Cancer*, 17, 12: 1543-1552
- Kallert, T. W./Matthes, C./Glockner, M./Eichler, T./Koch, R./Schutzwohl, M. (2004): [Acute psychiatric day hospital treatment: is the effectiveness of this treatment approach still questionable?]. *Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot?*, 31, 8: 409-19
- Khan, C./Ollenschläger, G. (2014): Wirksamkeit von Qualitätsprogrammen in der stationären Versorgung in Deutschland – eine Literaturanalyse. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108, 10: 576-586
- Klinkhammer-Schalke, M./Koller, M./Steinger, B./Ehret, C./Ernst, B./Wyatt, J. C./Hofstadter, F./Lorenz, W. (2012): Direct improvement of quality of life using a tailored quality of life diagnosis and therapy pathway: randomised trial in 200 women with breast cancer. *British Journal of Cancer*, no pagination
- Kratz, T./Heinrich, M./Schlauß, E./Diefenbacher, A. (2015): Prävention des postoperativen Delirs. *Dtsch Arztebl International*, 112, 17: 289-96
- Moher, D./Liberati, A./Tetzlaff, J./Altman, D. G. (2009): Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6, 7: e1000097
- Porter, M. E. (2010): What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363, 26: 2477-2481
- Puschner, B./Baumgartner, I./Loos, S./Völker, K. A./Ramacher, M./Sohla, K./Grempler, J./Becker, T./Kilian, R. (2012): Kosteneffektivität bedarfsorientierter Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung. *Psychiat Prax*, 39, 08: 381-387
- Puschner, B./Steffen, S./Volker, K. A./Spitzer, C./Gaebel, W./Janssen, B./Klein, H. E./Spiessl, H./Steinert, J./Grempler, J./Muche, R./Becker, T. (2011): Needs-oriented discharge planning for high utilizers of psychiatric services: multicentre randomised controlled trial. *Epidemiology and psychiatric science*, 20, 2: 181-192
- Schmitt, J. (2016): Die Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zusammenhang und Interventionsmöglichkeiten der Qualitätsdimensionen mit der Routineversorgung. In: <http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/show.php?pid=2708> (abgerufen am 30.12.2016)
- Schmitt, J./Küster, D./Walther, F. (2016): Controllability of outcome-quality through interventions for improving quality of structure and/or processes in German healthcare: a systematic review. In: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016053749 (abgerufen am 07.06.2017)
- Schmitt, J., Küster, D., Walther, F. (2017): Controllability of outcome-quality through interventions for improving quality of structure and/or processes in inpatient/intersectoral healthcare: a systematic overview. In: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017059402 (abgerufen am 01.11.2017)
- Schnoor, M./Meyer, T./Suttrop, N./Raspe, H./Welte, T./Schafer, T./Group, C. S. (2010): Development and evaluation of an implementation strategy for the German guideline on community-acquired pneumonia. *Qual Saf Health Care*, 19, 6: 498-502
- Schützwohl, M./Koch, R./Kallert, T. W. (2007): Zur Effektivität akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung im einjährigen Follow-up-Zeitraum: Ein Vergleich zur vollstationären Behandlung im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung. = On the Efficacy of Acute Psychiatric Day-Care Treatment in a One-Year-Follow-Up: A comparison to inpatient treatment within a randomised controlled trial. *Psychiatrische Praxis*, 34, 1: 34-37
- Stange, D./Kriston, L./von-Wolff, A./Baehr, M./Dartsch, D. C. (2013): Reducing cardiovascular medication complexity in a german university hospital: Effects of a structured pharmaceutical management intervention on adherence. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 19, 5: 396-407
- Walter, S./Kostopoulos, P./Haass, A./Keller, I./Lesmeister, M./Schlechtriemen, T./Roth, C./Papanagiotou, P./Grunwald, I./Schumacher, H./Helwig, S./Viera/Körner, H./Alexandrou, M./Yilmaz, U./Ziegler, K./Schmidt, K./Dabew, R./Kubulus, D./Liu, Y./Volk, T./Kronfeld, K./Ruckes, C./Bertsch, T./Reith, W./Fassbender, K. (2012): Diagnosis and treatment of patients with stroke in a mobile stroke unit versus in hospital: a randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 11, 5: 397-404
- Weigl, M./Hoffmann, F./Muller, A./Barth, N./Angerer, P. (2014): Hospital paediatricians' workflow interruptions, performance, and care quality: a unit-based controlled intervention. *European journal of pediatrics*, 173, 5: 637-45
- Weigl, M./Hornung, S./Angerer, P./Siegrist, J./Glaser, J. (2013): The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. *BMC Health Serv Res*, 13, 401
- Zernikow, B./Hasan, C./Hechler, T./Huebner, B./Gordon, D./Michel, E. (2008): Stop the pain! A nation-wide quality improvement programme in paediatric oncology pain control. *European Journal of Pain*, 12, 7: 819-833

et al. 2007) evaluiert. Als kombinierte Struktur- und Prozessinterventionen wurde die Implementierung von einem telemedizinischen Schlaganfallnetzwerk (Audebert et al. 2006a; Audebert et al. 2006b; Audebert et al. 2009), einer Schmerzleitlinie (Zernikow et al. 2008) und Qualitätszirkeln (Brand et al. 2005; Gastmeier et al. 2002) untersucht. Das Setting war in zwei Drittel der Untersuchungen ausschließlich im stationären Bereich ohne intersektorale Beteiligung (12/18; 67%). 61% (11/18) der Untersuchungen wurden multizentrisch durchgeführt.

Bezüglich der dokumentierten Berichtsqualität wurde bei der Hälfte der eingeschlossenen Publikationen eine Randomisierung (11/22) oder Fallzahlkalkulation (11/22) beschrieben. Die Angabe primärer Zielgrößen (19/22; 86%) erfolgte durch die direkte Benennung (10/19, 53%), Formulierung in der Hypothese (7/19; 37%) oder Fallzahlkalkulation (2/19; 11%). Bei drei Untersuchungen konnten keine primären Zielgrößen durch die direkte Benennung, Fallzahlplanung oder Hypothese identifiziert werden (Brand et al. 2005; Schnoor et al. 2010; Schützwohl et al. 2007). Die Angabe von Drop-Out-Raten erfolgte bei 43% (10/22) der Veröffentlichungen. Das Intention-to-treat-Verfahren wurde bei 6 (27%) eingeschlossenen Publikationen beschrieben.

Siehe Online-Anlage 4 und 5 sowie Tabelle 2: Methodik der einzelnen Interventionen

Effektivität der untersuchten Qualitätsinterventionen

Bei Interventionen, die sowohl Struktur- als auch Prozessmodifikationen beinhalteten, erwies sich insbesondere die Unterstützung der Versorgung durch telemedizinische Schlaganfallnetzwerke in Bezug auf Sterblichkeit, Behinderung und Langzeitpflege als erfolgreich. (Audebert et al. 2006a; Audebert et al. 2006b; Audebert et al. 2009). Bei den Langzeiteffekten wurde ein nicht signifikant verringertes Mortalitätsrisiko in der Interventionsgruppe beobachtet (Audebert et al. 2009). Die Einführung einer nationalen Schmerzleitlinie bewirkte neben signifikanten patientenrelevanten Verbesserungen (Zufriedenheit, Medikamentenabhängigkeit) auch signifikante Verschlechterungen bei einzelnen Struktur- und Prozessgrößen (Zernikow et al. 2008). Die Einrichtung von Qualitätszirkeln zeigte ein überwiegend verringertes Auftreten nosokomialer Infektionen sowie ein überwiegend nicht signifikant verringertes Infektionsrisiko in der Interventionsgruppe (Gastmeier et al. 2002). *Siehe Tabelle 3: Effektivität der einzelnen Struktur- und Prozessinterventionen*

Strukturinterventionen wie die zusätzliche Personalbereitstellung durch Einstellung eines Delirpflegers (Kratz et al. 2015) führten zu einer signifikanten Verringerung des Auftretens und Risikos postoperativer Delirien während die Einstellung zusätzlicher medizinischer Dokumentationsassistenten zu nicht signifikanten interventionsfavorisierenden Veränderungen auf Prozess- und Ergebnisebene führte (Weigl et al. 2014). Der Einsatz mobiler Stroke-Units erbrachte vorrangig prozesszeitenbezogene Vorteile. Ergebnisrelevante Endpunkte beinhalteten gemischte, nicht signifikante Effekte (Walter et al. 2012). Die Veränderung des Schichtsystems bewirkte signifikant ergebnisrelevante Verbesserungen bei postoperativen Scores und Mortalität (Bollschweiler et al. 2001).

Siehe Tabelle 4: Effektivität der einzelnen Strukturinterventionen

Insbesondere interprofessionelle Ansätze (Hechler et al. 2014; Hohmann et al. 2009; Jahn et al. 2009; Weigl et al. 2013) erwiesen sich durch signifikant verbesserte patientenrelevante Ergebnisse in der Schmerz- (Hechler et al. 2014) und Medikationstherapie

(Hohmann et al. 2009) als vielversprechend. Die interdisziplinäre Ausgestaltung von Arbeitsprozessen bewirkte neben signifikanten Prozessverbesserungen und einer höheren Arbeitszufriedenheit eine deutlich höhere patientenseitige Behandlungszufriedenheit (Weigl et al. 2013). Onkologische Krankenpflege bewirkte im Gruppenvergleich nicht signifikante Verschlechterungen im Wohlbefinden (Übelkeit, Erbrechen, Geruchs- und Gewichtsverlust) der Interventionsgruppe (Jahn et al. 2009).

Zwei Studien zur strukturierten Entlassplanung (Puschner et al. 2012; Puschner et al. 2011; Stange et al. 2013) wiesen keine signifikanten Effekte nach bzw. waren aufgrund teilweise fehlender Gruppenvergleiche lückenhaft interpretierbar (Puschner et al. 2012; Puschner et al. 2011). Die Implementierung klinischer Behandlungspfade zeigte signifikante Verbesserungen in der Lebensqualität (Klinkhammer-Schalke et al. 2012), während die Implementierung stationärer Leitlinien nicht signifikante Verbesserungen bei der Mortalität bewirkten (Schnoor et al. 2010). Die verbleibenden Prozessinterventionen zu integrierter Versorgung (Bethge et al. 2011) und tages- statt vollstationärer Behandlung (Kallert et al. 2004; Schützwohl et al. 2007) zeigten überwiegend signifikante interventionsfavorisierende Ergebnisse bezogen auf Symptomatik und Behandlungszufriedenheit.

Siehe Tabelle 5: Effektivität der einzelnen Prozessinterventionen

Gesamtheit Einzelergebnisse

Insgesamt wurden, wie in den Tabellen 3 bis 5 einzeln abgebildet, 242 relevante Resultate aus 22 eingeschlossenen Publikationen extrahiert. Am häufigsten wurden Effekte aus Prozessinterventionen dokumentiert (105/242; 43%). 80% (194/242) der gemessenen Veränderungen wurden der Outcome-Dimension zugeordnet. Die Erhebung erfolgte am häufigsten durch Patientenbefragungen, unerwünschte Ereignisse oder ärztliche Angaben (Online-Anlage 6). Das Messinstrument wurde in etwa zwei Drittel der Fälle beschrieben (202/242; 82%). Signifikanztests wurden überwiegend durchgeführt (173/242; 71%). Das statistische Verfahren wurde in 50% der Fälle benannt (86/173). Signifikante Veränderungen wurden insgesamt bei 35% (60/173) der statistisch getesteten Resultate nachgewiesen. Nicht signifikant waren 65% (113/173) der Auswirkungen im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Insgesamt wurden in der Interventionsgruppe überwiegend interventionsfavorisierende Veränderungen (135/242; 61%) erzielt.

Diskussion

Durch die Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes sowie der folgenden Veröffentlichung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren erfährt die Steuerbarkeit der Ergebnisqualität auf Grundlage von komplexer Struktur- und/oder Prozessinterventionen eine deutlich gesteigerte Relevanz (Gemeinsamer Bundesausschuss 2015, 2016). Die veränderte Gesetzeslage erforderte eine Darstellung der national vorhandenen (hochwertigen) Evidenz durch die Versorgungsforschung. Da das Qualitätsmodell Donabedians auf einer struktur- und prozessindizierten Beeinflussbarkeit der Ergebnisqualität basiert (Donabedian 1966, 1980), war es zudem das primäre Ziel dieses Reviews, die Stärke dieser Beeinflussbarkeit zu identifizieren.

Zusammengefasst zeigte sich in den Gruppen mit Qualitätsinterventionen im Vergleich zu den Kontrollen in der Regel ein positiver Effekt auf die Ergebnisqualität. Die dargestellte Evidenz war aus-

Methodik der einzelnen Interventionen

Ref.	Verblindung?	Intention-to-Treat	Dop-Out-Angabe	Randomisierung	Fallzahlplanung	Prim. Zielgröße	Beschreibung Prim. Zielgröße
Audebert et al. 2006a	nein	k.A.	k.A.	Nein	Nein	Ja	Hypothese
Audebert et al. 2006b	nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Fallzahlplanung
Audebert et al. 2009	nicht möglich	Ja	k.A.	Nein	Nein	Ja	Hypothese
Zemikow et al. 2008	nicht möglich	k.A.	k.A.	Nein	Nein	Ja	Hypothese
Brand et al. 2005	nicht möglich	k.A.	k.A.	Nein	Nein	Nein	Fehlt
Gastmeier et al. 2002	nein	k.A.	k.A.	Nein	Ja	Ja	so benannt
Weigl et al. 2014	verblindet	k.A.	Ja	Nein	Nein	Ja	Hypothese
Kratz et al. 2015	nicht möglich	k.A.	k.A.	Nein	Nein	Ja	so benannt
Walter et al. 2012	nein	k.A.	k.A.	Ja	Ja	Ja	so benannt
Boltschweiler et al. 2001	verblindet	k.A.	k.A.	Nein	Nein	Ja	so benannt
Hohmann et al. 2009	nicht möglich	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Hypothese
Jahn et al. 2009	nicht möglich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	so benannt
Hechler et al. 2014	nicht möglich	k.A.	Ja	Ja	Ja	Ja	Hypothese
Weigl et al. 2013	nein	k.A.	k.A.	Ja	Nein	Ja	so benannt
Stange et al. 2013	nicht möglich	k.A.	Ja	Ja	Ja	Ja	Fallzahlplanung
Puschner et al. 2011	nicht möglich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	so benannt
Puschner et al. 2012	nicht möglich	k.A.	k.A.	Ja	Nein	Ja	so benannt
Schnoor et al. 2010	nein	k.A.	k.A.	Ja	Nein	Nein	Fehlt
Klinkhammer-Schalke et al. 2012	verblindet	k.A.	Ja	Ja	Ja	Ja	so benannt
Bethge et al. 2011	verblindet	k.A.	Ja	Nein	Ja	Ja	so benannt
Kallert et al. 2004	nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Hypothese
Schützwohl et al. 2007	nein	k.A.	k.A.	Ja	Nein	Nein	Fehlt

Tab. 2: Methodik der einzelnen Interventionen

Effektivität der einzelnen Struktur- und Prozessinterventionen

Referenz	Effektbeschreibung (Donabedians D)	Signifikant			Nicht signifikant			Nicht getestet/ berichtet		
		Favorisierung Intervention: + Keine Unterschiede: +/-			Favorisierung Kontrolle: - Fehlende Interpretation: ?					
		Überwiegend			Keine Farbinterpretation					
		Qualitätsdimensionen: Struktur (S); Prozess (P); Ergebnis (E)								
		S	P	E	S	P	E	S	P	E
Audebert et al. 2006a; Audebert et al. 2006b; Audebert et al. 2009	Unerwünschte Ereignisse (Disease)									-
	Mortalität (Death)			-			++++			+++
	Tod (Death)/ Langzeitpflege (Discomfort)/ Schwere Behinderung (Disability)			++			++			
	Tod (Death)/ Langzeitpflege (Discomfort)						+			
	Langzeitpflege									++
	schwere Behinderung (Disability)									++
	Keine schwere Behinderung (Disability)									++
	Ärztliche Angaben		++							
	Ärztliche Angaben (Discomfort)									+
	Behandlungsdauer		+++				++			
Zemikow et al. 2008	Patientenbefragung (Discomfort)			-						????
	Patientenbefragung									+++??
	Ärztliche Angaben	--	-							?????
	Ärztliche Angaben (Dissatisfaction/Disease)			++						?????
Gastmeier et al. 2002	Unerwünschte Ereignisse (Disease)						++++			++++
							+++			+++
Brand et al. 2005	Keine Ergebnisextraktion aufgrund von Einzelzellvergleichen und nicht wie vorgesehenes Parallelgruppenvergleichen									

Tab. 3: Effektivität der einzelnen Struktur- und Prozessinterventionen

Effektivität der einzelnen Strukturinterventionen

Referenz	Effektbeschreibung (Donabedians D)	Signifikant			Nicht signifikant			Nicht getestet / berichtet		
		Favorisierung Intervention: + Keine Unterschiede: +/-			Favorisierung Kontrolle: - Fehlende Interpretation: ?					
		Überwiegend			Keine Farbinterpretation					
		Qualitätsdimensionen: Struktur (S); Prozess (P); Ergebnis (E)								
		S	P	E	S	P	E	S	P	E
Weigl et al. 2014	Ärztliche Angaben					+++				
	Patientenbefragung					++				
	Ärztliche Angaben (Dissatisfaction)						+			
	Patientenbefragung (Dissatisfaction)						+			
Kratz et al. 2015	Unerwünschte Ereignisse (Disease)			++						
Weitere Strukturinterventionen										
Walter et al. 2012	Unerwünschte Ereignisse (Disease)									+/-, +, +, +, -
	Mortalität (Death)									..
	Behandlungsdauer		-							+/-, +, +, -
	Ärztliche Angaben (Disease)						+++			+
Boltschweiler et al. 2001	Mortalität (Death)			+						+
	Behandlungsdauer		-			++				
	Ärztliche Angaben (Disease)			++						
	Unerwünschte Ereignisse (Discomfort)						+++			+

Tab. 4: Effektivität der einzelnen Strukturinterventionen

Effektivität der einzelnen Prozessinterventionen

Referenz	Effektbeschreibung (Donabedians D)	Signifikant			Nicht signifikant			Nicht getestet/ berichtet		
		Favorsierung Intervention: Keine Unterschiede: + +/-			Favorsierung Kontrolle: Fehlende Interpretation: - ?					
		Überwiegend			Keine Farbinterpretation					
Qualitätsdimensionen: Struktur (S); Prozess (P); Ergebnis (E)										
<i>Interprofessionell angelegte Prozessmodifikationen</i>										
		S	P	E	S	P	E	S	P	E
Hohmann et al. 2009	Patientenbefragung (Dissatisfaction/ Discomfort)			+++++			+++++			
	Unerwünschte Ereignisse (Discomfort)						+++-			
Jahn et al. 2009	Unerwünschte Ereignisse (Discomfort)						-			
Hechler et al. 2014	Patientenbefragung (Discomfort/ Disability/ Disease)			++++			+++			
Weigl et al. 2013	Patientenbefragung (Dissatisfaction)			+			+			
	Ärztliche Angaben		++			+++				
	Ärztliche Angaben (Dissatisfaction)						+			
<i>Entlassplanung</i>										
Stange et al. 2013	Patientenbefragung (Dissatisfaction)						+++			
	Patientenbefragung (Disease/ Discomfort)						+/- +			+++----
	Ärztliche Angaben (Disease)						+/- +/- +			
Puschner et al. 2012; Puschner et al. 2011	Behandlungsdauer					???	+/-			
	Gesundheitsökonom. Daten						?????			
	Andere					??	??			
<i>Weitere Prozessinterventionen</i>										
Schnoor et al. 2010	Mortalität (Death)						+			
	Behandlungsdauer				+					
Klinkhammer-Schalke et al. 2012	Patientenbefragung (Discomfort)			+			+			
Bethge et al. 2011	Patientenbefragung (Discomfort)			+++++						
Kallert et al. 2004; Schützwohl et al. 2007	Patientenbefragung (Discomfort/ Dissatisfaction)			-			++++-			
	Ärztliche Angaben (Disease)			+++			+++++			

Tab. 5: Effektivität der einzelnen Prozessinterventionen

reichend, um ein grundlegendes Potenzial von Struktur- und Prozessinterventionen aufzuzeigen. Für einen statistisch belastbaren Nachweis reicht die Evidenzlage allerdings in vielen Bereichen noch nicht aus. Der Anteil an signifikanten Effekten ist zu klein, um eine generelle Aussage über den Einfluss von struktur- und/ oder prozessbezogenen Interventionen auf die Ergebnisqualität zu treffen. Dazu kommen große Unterschiede in der Studien- und Berichtsqualität der bisher vorliegenden komplexen Interventionsstudien. Das Fehlen von Angaben zu Drop-Out-Raten, verwendeten statistischen Instrumenten, Anwendung von Randomisierungen, Intention-to-Treat-Verfahren und Fallzahlberechnungen ist methodisch fragwürdig. Die identifizierten 22 prospektiv kontrollierten Studien zeigen jedoch auch, dass es punktuell sowohl gute Evidenz als auch weiße Flecken gibt. Exemplarisch sind u.a. die Studien zu dem Schlaganfallnetzwerk, mobilen Stroke-Units oder interdisziplinärer Schmerztherapie als Positivbeispiele zu nennen (Audebert et al. 2006a; Audebert et al. 2006b; Audebert et al. 2009; Stange et al. 2013; Walter et al. 2012). Das bedeutet nicht, dass in anderen Themen keine Evidenz vorhanden ist, sondern keine prospektiv geplanten kontrollierten Untersuchungen in Deutschland durchgeführt wurden. Wir haben bewusst sehr hohe Anforderungen an das Design gestellt, um die besten Arbeiten zu identifizieren. Wir überführten daher die zwar vielversprechende, aber nicht gänzlich beantwortete Fragestellung in ein international angelegtes systematisches Overview (Schmitt 2017).

Für gesundheitspolitische Entscheidungen ist es aus Sicht der Autoren notwendig, derartig gute Evidenz zu fordern, um die Konsequenzen gesundheitspolitischen Handels valide abschätzen zu können. Damit werden die Ergebnisse vorangegangener Untersuchungen bestätigt. Im deutschen Setting wurde die Wirksamkeit von Qualitätsprogrammen in der stationären Versorgung im Rahmen eines systematischen Reviews untersucht. 18 relevante Artikel konnten

identifiziert werden. Eine generelle Ableitung der Wirksamkeit sowie des Zusammenhangs zwischen der Initiierung von Qualitätsprogrammen und verbesserten Resultaten war aufgrund schlechter Studienqualität ebenfalls nicht möglich (Khan/Ollenschläger 2014).

International gelangten Conry et al. nach der Durchführung eines systematischen Reviews zu einem ähnlichen Ergebnis. Nach Sichtung von etwa 13.000 Publikationen im stationären Setting wurde ebenfalls ein Mangel an qualitativ hochwertigen Studien zu Qualitätsinterventionen im stationären Setting festgestellt (Conry et al. 2012).

Zu den Stärken dieses Reviews zählen im Vergleich zu vorangegangenen Arbeiten, dass die Wirksamkeit von Qualitätsinterventionen unter Berücksichtigung gezielter ergebnisrelevanter Effekte abgebildet und klassifiziert wurden. Die Aussagekraft der durchgeführten Interventionen in Form von statistischen Tests stand dabei im Vordergrund. Mit der ausschließlichen Extraktion kontrollierter Studien war gewährleistet, dass die verwertete Evidenz für eine belastbare Beurteilung ausreicht. Die Abdeckung der großen inhaltlichen Breite der Qualitätsforschung sollte sowohl durch die systematische Suche in 4 Datenbanken als auch durch die zweisprachige Sprachselektion (deutsch/ englisch) sichergestellt werden. Auf Grundlage dieses Kriteriums konnte eine methodische Vergleichbarkeit der Studien sichergestellt und eine Aussage über die Qualität der Qualitätsforschung in Deutschland getroffen werden.

Limitationen waren, dass Studien, die durch komplexe Maßnahmen auf Struktur- und Prozessebene auf die Verbesserung von Ergebnisqualität abzielen, uneinheitlich und damit unscharf verschlagwortet sind. Das begründet sich in den nach wie vor bestehenden definitorischen Heterogenitäten in der Qualitätsforschung (Allen-Duck et al. 2017; Anåker et al. 2017; Institute of Medicine 1990). Das erfordert zum einen ein breit angelegtes Suchschema und zum anderen kann das in der Studienselektion zu inhaltlichen Unge-

reimtheiten über die thematische (Ir)Relevanz einer Intervention führen. Diese Unschärfe setzt sich in der Datenextraktion fort. Einflussfaktoren auf die Ergebnisqualität können definitionsabhängig als (ir)relevant klassifiziert werden. Weiterhin gibt es aus Sicht der Autoren noch kein etabliertes Instrument für die methodische Bewertung der Studien- und Berichtsqualität bei komplexen Interventionen auf Struktur- und Prozessebene.

Fazit

Zusammengefasst zeigten die Qualitätsinterventionen einen überwiegend positiven Effekt auf die Ergebnisqualität in stationären/intersektoralen Settings. Auf Grundlage der vorliegenden Daten ist es wegen der methodischen Schwächen in den Studiendesigns jedoch nicht möglich, einen generellen Schluss über den Einfluss und den Zusammenhang von Struktur- und/oder Prozessinterventionen zu fassen. Es gibt viele Bereiche, für die es bisher in Deutschland keine verlässliche Evidenz zur Verbesserung der Ergebnisqualität durch komplexe Qualitätsinterventionen gibt. Dessen sollten sich sowohl die Legislative als auch die steuernden, selbstverwaltenden Organe bewusst sein. Das Review zeigt auch, dass methodisch gute Studien in Deutschland durchgeführt wurden und somit punktuell belastbare Evidenz durch die Versorgungsforschung geschaffen wurde.

Das Ziel des KHSG, Qualität mess- und vergütbar zu gestalten, bildet ein interessantes Spannungsfeld zu dem bisher primär mengenorientiert ausgerichteten DRG-System. Den in den USA propagierten Prinzipien von Value-based Healthcare (Porter 2010) folgend, ist eine gleichzeitige Verbesserung der Qualität und der Effizienz der medizinischen Versorgung durch Spezialisierung und Zentralisierung erreichbar. Es stellt sich die Frage, inwieweit derartige Konzepte auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Hier sind sicherlich weitreichende gemeinsame Anstrengungen durch Leistungserbringer, Kostenträger, Hochschulen und Gesundheitspolitik notwendig. Der Innovationsfonds kann einen Beitrag leisten, die in diesem Review aufgezeigten Evidenzlücken zu schließen und zu einer Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems beizutragen. <<

Felix Walther, M. Sc.

ist seit August 2016 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden. 2014 – 2017: Studium und Abschluss zum Master of Science in „Medical Process Management“ an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. 2010 – 2013: Studium zum Bachelor of Arts in „Management im Gesundheitswesen“ an der Hochschule Zittau/Görlitz. Kontakt: felix.walther@ukdd.de



Denise Küster, MPH

ist seit 2016 Administrative Leiterin/Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden. 2011 – 2015: Projektmanagerin am ZEGV. 2012 – 2015: Masterstudium Gesundheitswissenschaften/Public Health an der TU Dresden; Abschluss: Master of Public Health Kontakt: denise.kuester@ukdd.de



Prof. Dr. med. habil. Prof. h.c. Jochen Schmitt, MPH

ist seit 2011 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden und hat ebenfalls seit 2011 die Professur für Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden inne. Kontakt: jochen.schmitt@ukdd.de



Measurement of Structure-, Process and Outcome-quality: Associations and opportunities for interventions in routine care: A Systematic Review

The model of structure-, process- and outcome- quality is legally established in the German healthcare system. We aimed to identify the influence of structure- and or process- related interventions on outcome(-quality). We undertook a systematic review of studies conducted in the German healthcare system between 2000/01/01 and 2016/10/10. We searched Medline, Embase, Cinahl and PsycInfo. Eligible studies had to have a parallel controlled design, planned structure- and/ or process- intervention in an inpatient setting. 1725 titles and abstracts were independently screened by 2 reviewers. 18 studies were finally included. 10 studies investigated process-interventions, 4 structure-interventions and the remaining 4 studies included structure- and process-combined interventions. Despite some limitations regarding methods and reporting-quality most studies found positive influences of structure- and/ or process- interventions on outcome quality. The lack of significant results, statistical tests, and the limited methodical quality detained a valid and generally assessable answer of the research question. High quality health services research is needed to fill the remaining evidence gaps in this important field.

Keywords

quality; inpatient; intervention; human

Autorenerklärung

Die Studie wurde durch die Autoren geplant und eigenständig durchgeführt. Die Finanzierung erfolgte anteilig durch die Stiftung Initiative Qualitätsmedizin (SIQ) und durch Haushaltsmittel des ZEGV. Anlagen zu Ein- und Ausschlusskriterien nach PICO-Schema, Suchstrings und -ergebnissen finden Sie in der Onlinefassung des Artikels auf www.m-vf.de.

Zitationshinweis

Walther, F., Küster, D., SIQ-AG „Sachstandsklärung Korrelation Struktur- und Ergebnisqualität“, Schmitt, J.: „Die Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zusammenhang und Interventionsmöglichkeiten der Qualitätsdimensionen in der Routineversorgung – Ein systematisches Review“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 02/18, S. 34-40, doi: 10.24945/MVF.02.18.1866-0533.2071

Dr. rer. nat. Dipl.-Geogr. Thomas Wieland

Modellgestützte Verfahren und „big (spatial) data“ in der regionalen Versorgungsforschung I

Raumbezug und Erreichbarkeit

Die regionalen Disparitäten der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen sind insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion über den demographischen Wandel in den Vordergrund gerückt. Im Fokus stehen hier vor allem bestehende und zu erwartende Versorgungsempässe im ländlichen Raum (Greß/Stegmüller 2011, Lessing/Herr 2015, Ried 2016). Das System der kassenärztlichen Bedarfsplanung ist, gerade im Hinblick auf seine raumbezogene Steuerungsfunktion, in der Vergangenheit kritisiert worden, wobei die sowohl für Analyse- als auch Planungszwecke zu großräumig angesehen Planungsbereiche und die Nichtberücksichtigung der tatsächlichen Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen bemängelt wurde (Greß/Stegmüller 2011: 22ff.). Im Zuge der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2013 wurde diese Problematik bereits durch kleinräumigere Planungsebenen und die Möglichkeit regionaler Bedarfsanpassungen aufgegriffen (KBV 2013, Schulz et al. 2015).

>> Aus einer geographischen Perspektive greift dies allerdings zu kurz: Die Teildisziplin der regionalen (oder geographischen) Versorgungsforschung untersucht die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen unter besonderer Berücksichtigung von räumlichen Disparitäten. Die Perspektive ist hierbei ausdrücklich sehr kleinräumig, wobei der Fokus zudem häufig auf der Erreichbarkeit dieser Einrichtungen liegt (Augustin et al. 2015, Neumeier 2013, 2016, Pieper/Schweikart 2009, Stentzel et al. 2015). Sie stellt somit gewissermaßen das raumwissenschaftliche Pendant zur medizinisch oder pflegewissenschaftlich orientierten Versorgungsforschung dar. Jüngst wurde eine „digitale Agenda“ für die Versorgungsforschung gefordert: Da im Gesundheitswesen immer größere Datenmengen 1.) verfügbar und 2.) aufgrund der IT-bezogenen Möglichkeiten auch mit akzeptablem Aufwand zu verarbeiten sind, bietet „big data“ ungeahnte Möglichkeiten zur Aufwertung der Versorgungsforschung – allerdings nur, wenn theoretisch-konzeptionelle Überlegungen nicht dem „seeking for correlations“ weichen (Schrappe 2016).

Die genannten Thesen sind aus einer quantitativ-geographischen Perspektive ausdrücklich zu begrüßen, da hier vergleichbare Diskussionen mit Bezug auf „big spatial data“ geführt werden (Graham/Shelton 2013, Kitchin 2013) und kleinräumige Versorgungsanalysen eine umfangreiche Datenverfügbarkeit voraussetzen. In diesem Beitrag wird daher, angelehnt an ein Projekt zur kleinräumigen Gesundheitsversorgung in Südniedersachsen (Wieland/Dittrich 2016), zum einen das Basiskonzept der geographischen Versorgungsforschung anhand von Beispielen erläutert. Hierbei liegt das Augenmerk darauf, die

Zusammenfassung

Räumliche Disparitäten der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen sind eine zentrale Problemstellung sowohl des Gesundheitssystems im Allgemeinen als auch der raumbezogenen Versorgungsplanung im Speziellen. Das System der kassenärztlichen Bedarfsplanung ist hinsichtlich seiner diesbezüglichen Steuerungsfunktion regelmäßig in der Kritik. Die regionale (oder auch: geographische) Versorgungsforschung untersucht die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen und die damit einhergehenden räumlichen Disparitäten auf einer kleinräumigen Ebene und unter besonderer Berücksichtigung der Erreichbarkeit der relevanten Einrichtungen (z.B. Arztpraxen). Anhand eines regionalen Fallbeispiels (Südniedersachsen) zeigt der erste Teil dieses Beitrags zunächst die gängigen Analyseformen in der geographischen Versorgungsforschung auf und diskutiert ihre methodischen Grundlagen im Kontext der Nutzung Geographischer Informationssysteme (GIS) sowie die Verfügbarkeit hierfür notwendiger Daten. Hierbei wird aufgezeigt, dass der Aspekt des Raumbezugs einen großen Einfluss auf die Ergebnisse von Versorgungsanalysen hat und dass die Berücksichtigung der Verkehrserreichbarkeit wichtige zusätzliche Informationen bereitstellt. Jedoch sind auch diese konventionellen Ansätze mit theoretisch-konzeptionellen Problemen behaftet.

Schlüsselwörter

Ländliche Versorgung; Bedarfsplanung; Regionale Versorgungsforschung; Erreichbarkeit; Räumliche Interaktionsmodelle; big spatial data; Geographische Informationssysteme; Optimierung

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.02.18.1866-0533.2072

Notwendigkeit einer kleinräumigen Betrachtung sichtbar zu machen und einige generelle Aspekte zur Methodik und Datenverfügbarkeit zu erläutern. Da, wie gezeigt wird, die konventionellen Ansätze mit theoretisch-konzeptionellen Einschränkungen behaftet sind, werden im zweiten Teil des Beitrags zwei modellgestützte Ansätze zur Analyse bzw. Optimierung der kleinräumigen Versorgung mit Bezug auf Allgemeinärzte im genannten Untersuchungsgebiet vorgestellt.

Kleinräumigkeit und Verkehrserreichbarkeit als Schlüsselgrößen

Zur Relevanz der räumlichen Aggregationsebene

Die Bedarfsplanung operiert in der Bedarfsanalyse und der Festlegung von Arztsitzen mit insgesamt vier Ebenen von Planungsbereichen, wobei die 883 Mittelbereiche für die hausärztliche Versorgung die kleinräumigste Ebene darstellen. Die nächsthöhere Stufe für die allgemeine fachärztliche Versorgung bilden die 372 Kreise und kreisfreien Städte, während die spezialisierte fachärztliche Versorgung auf der Ebene der 97 deutschen Raumordnungsregionen und die gesonderte fachärztliche Versorgung auf insgesamt 17 Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen basiert (KBV 2013: 7). Die Mittelbereiche bestehen zumeist aus mehreren Gemeinden und entstammen dem Zentrale-Orte-Konzept der Raumordnung, das eine räumliche Hierarchie von Versorgungsstandorten (bezüglich privatwirtschaftlicher und öffentlicher Infrastruktur, z.B. Einzelhandel, Post- und Finanzwesen, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen) postuliert. Die Mittelbereiche bilden hierbei die zentralörtlichen Bereiche, d.h. die Gebiete, die von Zentren über das eigene Gemeindegebiet hinaus mitversorgt werden, von Mittelzentren (Einig/Zaspel-Heisters 2016: 12ff.). Die Bedarfsplanung berücksichtigt also bereits eine überregionale Nachfrage von Arztpraxen, die in Abhängigkeit der ärztlichen Spezialisierung mehr oder weniger großräumig zugeschnitten ist.

Kleinräumigkeit stellt die wichtigste zentrale Analysegrundlage in der regionalen Versorgungsforschung dar, weshalb zumeist sehr lokale Raumebenen verwendet werden. Im folgenden Beispiel wird die kleinste Skalierung verwendet, für die weiträumig zumindest rudimentäre demographische Informationen (d.h. mindestens ungefähre Einwohnerzahlen) vorliegen, nämlich die Stadt- bzw.

Ortsteile politisch definierter Gebietskörperschaften (Städte und Gemeinden, Samtgemeinden). In einem Forschungsprojekt an der Universität Göttingen wurden in Südniedersachsen (Stadt und Landkreis Göttingen, Landkreise Osterode am Harz und Northeim) alle Gesundheitseinrichtungen (Arztpraxen aller Fachbereiche, Apotheken, Pflegedienste, Krankenhäuser usw.) erfasst und jeweils dieser Gebietsebene zugeordnet. Die Einrichtungen wurden ausnahmslos aus öffentlichen Quellen (z.B. Arztsuche der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung) recherchiert, da eine vollständige Liste aller Arztstandorte, ebenso wie bei den meisten anderen Einrichtungstypen, aus Gründen des Datenschutzes nicht öffentlich zugänglich gemacht wird. Auf der Ebene der Teilgebiete (insgesamt 420 Stadt- und Ortsteile) wurden Versorgungsindikatoren (jeweilige Einrichtungen pro 1.000 Einwohner) gebildet (Wieland/Dittrich 2016: 11ff.).

Abbildung 1 zeigt die besagten Versorgungsgrade für die Allgemeinärzte im Untersuchungsgebiet, farblich in fünf Stufen abgegrenzt. Zusätzlich zeigen die dünnen schwarzen Linien die Gemeindegrenzen (Stand 2015) und die grauen Linien die Grenzen der Mittelbereiche (Stand 2010). Hierbei ist zunächst festzustellen, dass in vielen der Teilgebiete (303 bzw. 72,1 %) kein Allgemeinarzt vorhanden ist (rot eingefärbte Punkte). Weiterhin zeigen sich insbesondere im Oberzentrum Göttingen, das in 69 statistische Bezirke aufgeteilt ist, viele Teilgebiete mit mittleren Versorgungsgraden (orange und gelbe Punktisignatur). Insbesondere in den mittelzentralen Gemeinden wie Einbeck, Northeim oder Duderstadt zeigt sich eine enorme Heterogenität der Ausstattung mit Allgemeinärzten. Auch zeigt die Darstellung, wie heterogen die Mittelbereiche sind, auf deren Ebene die Bedarfsplanung für Hausärzte betrieben wird, wie sich etwa am Mittelbereich Einbeck (bestehend aus den Gemeinden Dassel und Einbeck) im Nordwesten des Untersuchungsgebietes zeigt: Das allgemeinärztliche Angebot ist auf wenige Teilgebiete konzentriert. Besonders hohe Versorgungsgrade (grüne Punkte) werden interessanterweise in einzelnen kleinen Ortsteilen meist großflächiger Gemeinden erreicht: Die Versorgung hier ist allerdings nur „gut“ in Relation zur Bevölkerungsgröße, da dort meist nur ein einzelner Arzt vorhanden ist, die Bevölkerungszahl jedoch nur bei wenigen hundert Einwohnern liegt. Dies offenbart bereits eine Schwächung der Aussagekraft dieses Vorgehens, zumindest wenn ausschließlich kleinräumige Dichtewerte berücksichtigt werden.

Die absoluten oder relativen Versorgungsgrade haben für sich genommen keine Aussagekraft im Hinblick auf die kleinräumigen Disparitäten der Ausstattung mit Allgemeinärzten. Hierfür werden zwei Indikatoren der Konzentration bzw. Streuung genutzt, die beide regelmäßig in der Analyse räumlicher und sozio-ökonomischer Disparitäten Verwendung finden, der Gini-Koeffizient und der Variationskoeffizient (Berthold/Müller 2010: 591f.; Leßmann 2005: 28f.). Der Gini-Koeffizient ist ein absolutes Konzentrationsmaß, mit dem die Verteilung bzw. Konzentration von Merkmalsausprägungen (z.B. Einkommen, Umsätze) auf Merkmalsträger (z.B. Haushalte, Unternehmen) dargestellt wird; er ist normiert auf einen Wertebereich

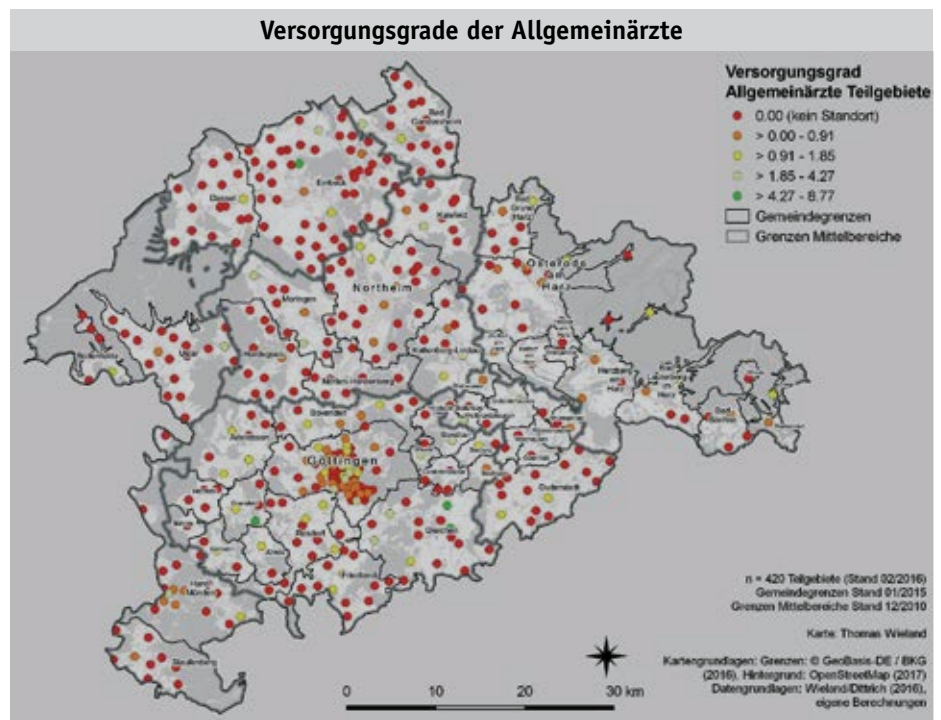


Abb. 1: Versorgungsgrade der Allgemeinärzte in Südniedersachsen auf kleinräumiger Ebene, Quelle: Eigene Darstellung nach Wieland/Dittrich (2016: 23)

reich von null (keinerlei Konzentration) und eins (vollständige Konzentration). Der Variationskoeffizient ist hingegen ein normiertes Streuungsmaß (einheitsunabhängige Normierung der Standardabweichung), dessen Minimalwert ebenso bei null liegt (keinerlei Streuung), jedoch keine Obergrenze hat. Im vorliegenden Fall wurden Gini-Koeffizienten (GK) für die Verteilung der Einrichtungen auf die Teilgebiete sowie Variationskoeffizienten (VK) für die Streuung der Versorgungsgrade berechnet. Dieselben Indikatoren wurden nochmals für darüber liegende Raumebenen berechnet (Gemeinden, Mittelbereiche und Landkreise). Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse dieser Streuungs- und Konzentrationsindikatoren für die Allgemeinärzte, psychologischen Psychotherapeuten und Apotheken. Die Be-

Streuungs- und Konzentrationsindikatoren			
Einrichtungstyp	Raumbene	GK	VK
Allgemeinärzte (n = 309)	Ortsteile	0,839	2,407
	Gemeinden	0,665	0,821
	BP-Mittelbereiche	0,477	0,265
	Landkreise	0,298	0,094
Apotheken (n = 120)	Ortsteile	0,892	3,096
	Gemeinden	0,726	1,006
	BP-Mittelbereiche	0,423	0,111
	Landkreise	0,244	0,080
Psychotherapeuten (n = 118)	Ortsteile	0,933	4,309
	Gemeinden	0,906	1,817
	BP-Mittelbereiche	0,693	0,802
	Landkreise	0,486	0,747

Tab. 1: Streuungs- und Konzentrationsindikatoren für die Versorgung mit Allgemeinärzten, Psychotherapeuten und Apotheken in Südniedersachsen, Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus Wieland/Dittrich (2016)

rechnung in R (R Core Team) wurde mit dem Paket REAT (Wieland 2017) durchgeführt.

Es ist hierbei deutlich zu erkennen, dass die Streuungs- bzw. Konzentrationsindikatoren umso geringere Werte annehmen (d.h. auf umso geringere räumliche Unterschiede hinweisen), je großräumiger die betrachtete Aggregationsebene ist: Im Hinblick auf die Allgemeinärzte wird auf der Ebene der Ortsteile, die die kleinste hier berücksichtigte Raumebene darstellen, ein Gini-Koeffizient von 0,839 für die Konzentration der absoluten Anzahl an Einrichtungen auf alle Ortsteile ermittelt. In Anbetracht der Normierung dieses Koeffizienten auf Werte zwischen null und eins stellt dies eine starke räumliche Konzentration dar. Der Variationskoeffizient der Ausstattungsgrade liegt auf dieser Raumebene bei 2,407. Auf der Gemeindeebene sinkt sowohl der Konzentrationsindikator als auch der Streuungsindikator auf 0,665 bzw. 0,821 ab. Die darüber liegende Ebene der Mittelbereiche stellt die für Allgemeinärzte relevante Ebene der Bedarfsplanung dar, auf der Versorgungsgrade ermittelt und Arztsitze vergeben werden: Die beiden Indikatoren liegen hier nur noch bei 0,477 bzw. 0,265. Nochmalig geringere Disparitätenwerte werden dementsprechend auf der Landkreisebene erreicht. Ein vergleichbares Ergebnis zeigt sich bei den anderen beiden Einrichtungstypen.

Das hier vorliegende Problem wird in der Geographie und in anderen Disziplinen mit quantitativ-raumbezogenen Fragestellungen als Modifiable Areal Unit Problem (MAUP) bezeichnet. Diese mögliche Verzerrung durch die Nutzung verschiedener räumlicher Ag-

gregationsebenen kann sich in einem Scaling-Effekt (mit der Größe der räumlichen Aggregationsebenen zunehmende Homogenität der Raumeinheiten) und/oder in einem Zoning-Effekt (Zuweisung kleiner Raumeinheiten zu unterschiedlich zugeschnittenen Aggregationsebenen, z.B. Zuordnung von Ortsteilen zu Gemeinden, Vorwahlregionen oder Postleitzahlgebieten) ausdrücken (Manley 2014: 1158ff.). Im vorliegenden Fall sind die Raumebenen streng hierarchisch (Jeder Ortsteil ist exakt einer Gemeinde zugewiesen, jede Gemeinde exakt einem Landkreis usw.), so dass hier ein Scaling-Effekt zu beobachten ist: Die Versorgungsdisparitäten – gemessen in Form von Konzentrations- und Streuungsmaßen – werden immer geringer, je gröber die räumliche Auflösung ist.

Vergleicht man im Hinblick auf die Ärzte und Psychotherapeuten die Planungsebene (Mittelbereiche bzw. Landkreise) mit der untersten Ebene (Stadt- und Ortsteile), zeigt sich, dass diese Raumebenen offensichtlich nur sehr bedingt in der Lage sind, die tatsächlichen räumlichen Unterschiede in der ambulanten Ausstattung zu erfassen. Nun ist es sicherlich diskutabel, welche Raumeinheit die beste Alternative darstellt und ob eine solch kleinräumige Ebene notwendig oder gerechtfertigt ist, da in vielen Teilgebieten eine Praxis schlicht nicht wirtschaftlich zu betreiben wäre. Im vorliegenden Fall ist allerdings anzumerken, dass in 89 Teilgebieten (21,2 %) die Bevölkerungszahl oberhalb von 1.671 Einwohnern liegt, was in der Bedarfsplanung als Einwohner-Arzt-Relation (und somit auch als durchschnittliche Mindestnachfrage) für Hausärzte angesetzt wird (KBV 2013: 5).

Literatur

- Augustin, J./Erasm, S./Reusch, M./Augustin, M. (2015): Methoden zur Analyse der regionalen dermatologischen Versorgung am Beispiel Hamburgs. In: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2015, 13, 7: 661-673.
- BBSR [=Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung] (2012): Raumordnungsbericht 2011. Bonn: BBSR.
- Berthold, N./Müller, A. (2010): Regionale Disparitäten in Deutschland – Auf dem Weg zu gleichwertigen Lebensverhältnissen? In: Wirtschaftsdienst 2010, 90, 9: 591-597.
- De Lange, N. (2013): Geoinformatik in Theorie und Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer Spektrum.
- Einig, K./Zaspel-Heisters, B. (2016): Das System Zentraler Orte in Deutschland. In: Greiving, S./Flex, F. (Hrsg.) (2016): Neuaufstellung des Zentrale-Orte-Konzepts in Nordrhein-Westfalen. Arbeitsberichte der ARL, 17. Hannover: ARL. S. 3-19.
- Graham, M./Shelton, T. (2013): Geography and the future of big data, big data and the future of geography. In: Dialogues in Human Geography 2013, 3, 3: 255-261.
- Greß, S./Stegmüller, K. (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiesbaden: FES.
- KBV [=Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2013): Wie viele Ärzte braucht das Land? Wie die neue Bedarfsplanungsrichtlinie eine patientennahe Versorgung schafft. Broschüre. In: http://www.kbv.de/media/sp/Bedarfsplanung_broschuere_web.pdf (abgerufen am 18.01.2017).
- Kitchin, R. (2013): Big data and human geography: Opportunities, challenges and risks. In: Dialogues in Human Geography 2013, 3, 3: 262-267.
- Lessing, C./Herr, D. (2015): Bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen – Analysen und Empfehlungen des SVR Gesundheit. In: Monitor Versorgungsforschung 2015, 8, 1: 27-31.
- Leßmann, C. (2005): Regionale Disparitäten in Deutschland und ausgesuchten OECD-Staaten im Vergleich. In: ifo Dresden berichtet 2005, 12, 3: 25-33.
- Manley, D. (2014): Scale, Aggregation, and the Modifiable Areal Unit Problem. In: Fischer, M. M./Nijkamp, P. (Hrsg.) (2014): Handbook of Regional Science. Heidelberg: Springer. S. 1157-1171.
- Neis, P./Zielstra, D./Zipf, A. (2012): The Street Network Evolution of Crowdsourced Maps: OpenStreetMap in Germany 2007-2011. In: Future Internet 2012, 4: 1-21.
- Neumeier, S. (2013): Modellierung der Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken. Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung. Thünen Working Paper, 14. Braunschweig.
- Neumeier, S. (2016): Regional Distribution of Ambulant Nursing Services in Germany. A GIS Accessibility Analysis. In: Raumforschung und Raumordnung 2016, 74, 4: 339-359.
- Neutze, M. (2015): Gitterbasierte Auswertungen des Zensus 2011. In: Stadtforschung und Statistik 2015, 2: 64-67.
- Pieper, J./Schweikart, J. (2009): Kleinräumige Modellierung der vertragsärztlichen Versorgungssituation in Berlin. In: Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg, 2009, 2: 22-29.
- R Core Team (2016): R: A Language and Environment for Statistical Computing. Wien: R Foundation for Statistical Computing. In: <https://www.R-project.org/> (abgerufen am 18.01.2017).
- Ried, W. (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren. In: Herbst, M./Dünel, F./Stahl, B. (Hrsg.) (2016): Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum. Wiesbaden: Springer. 1-23.
- Schulz, M./Schulz, M./Bätzing-Feigenbaum J./v. Stillfried, D. (2015): Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. Versorgungsatlas-Bericht, 15/02. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). In: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=4&uid=58> (abgerufen am 06.03.2017)
- Stentzel, U./Berlin, C./Meinke-Franze, C./Fredrich, D./Piesga, J./Hoffmann, W./van den Berg, N. (2015): Erreichbarkeit medizinischer Leistungserbringer am Beispiel der Kinder- und Jugendmedizin in Ostvorpommern – eine geographische Analyse. In: Berichte Geographie und Landeskunde 2015, 89, 3: 201-216.
- Wieland, T. (2011): Nahversorgung mit Lebensmitteln in Göttingen 2011. Eine Analyse der Angebotssituation im Göttinger Lebensmitteleinzelhandel unter besonderer Berücksichtigung der Versorgungsqualität. Göttinger Statistik Aktuell, 35. Göttingen. In: <http://www.goesis.goettingen.de/pdf/Aktuell35.pdf> (abgerufen am 18.01.2017)
- Wieland, T. (2017): REAT: Regional Economic Analysis Toolbox. R package version 1.3.0. In: <https://CRAN.R-project.org/package=REAT> (abgerufen am 11.02.2017).
- Wieland, T./Dittrich, C. (2016): Bestands- und Erreichbarkeitsanalyse regionaler Gesundheitseinrichtungen in der Gesundheitsregion Göttingen. Projektbericht. Göttingen: GOEDOC, Dokumenten- und Publikationsserver der Georg-August-Universität Göttingen.

In jedem Fall zeigen diese Ergebnisse, dass eine kleinräumige Ebene zur Analyse von Versorgungsstrukturen notwendig ist. Wie diese genau ausgestaltet wird, muss sorgsam diskutiert und entschieden werden: Abgesehen von einer Gemeinde- oder Ortsteilebene könnte beispielsweise auch die Aggregationsebene der im Kontext des Zensus 2011 in Deutschland eingeführten Zensus-Gitterzellen verwendet werden (Neutze 2015: 64ff.). Allerdings trifft diese Analyseform grundsätzlich keine Aussage zur tatsächlichen Erreichbarkeit der relevanten Einrichtungen. Dieses Manko wirkt sich zweifach aus: Einerseits werden hierbei reale Verkehrsverhältnisse nicht berücksichtigt, andererseits werden die Einrichtungen eindeutig einem Teilgebiet zugeteilt, wobei Mitversorgungseffekte ausgeblendet werden. Ein Ortsteil, in dem selbst keine Ärzte lokalisiert sind, kann dennoch über eine „gute“ Versorgung verfügen, wenn beispielsweise in mehreren Nachbarorten ein vielfältiges Angebot vorhanden und dieses günstig erreichbar ist.

Modellierung der kleinräumigen Erreichbarkeit

Die Modellierung der kleinräumigen Verkehrserreichbarkeit von Einrichtungen hat sich mittlerweile fest als Analyseform in der regionalen Versorgungsforschung etabliert. Im Fokus steht hier in der Regel die Erreichbarkeit des jeweils am nächsten erreichbaren Anbieters (Augustin et al. 2015, Neumeier 2013, 2016, Pieper/Schweikart 2009, Stentzel et al. 2015). Auch die Erreichbarkeit anderer gesundheits- oder bildungsbezogener Einrichtungen der Daseinsvorsorge wird in der Raumordnung anhand der Fahrtzeit zum jeweils nächsten Standort operationalisiert, so etwa im Raumordnungsbericht des Bundes im Hinblick auf Krankenhäuser (BBSR 2012: 49). Durch die Berücksichtigung der Erreichbarkeit kann die im vorigen Kapitel angeführte Problematik der festen Ortszuweisung von z.B. Arztpraxen umgangen werden, wobei gleichzeitig die realen Verkehrsgegebenheiten berücksichtigt werden.

Erreichbarkeitsanalysen sind durch die Nutzung Geographischer Informationssysteme (GIS) mit einem akzeptablen Aufwand möglich geworden: Mit Hilfe einer GIS-gestützten Netzwerkanalyse ist es möglich, Straßenentfernungen und/oder Wegezeiten für verschiedene Verkehrsmittel auf der Grundlage eines realen Wegenetzes zu berechnen. Hierbei erfolgt eine Verknüpfung zwischen Start- bzw. Zielpunkten und dem sie verbindenden Wegenetz in einem Netzwerk, wobei alle einzelnen Objekte in diesem System attribuiert werden können (z.B. Geschwindigkeit auf einem Wegstück, Halt an einer Ampel). Die Ermittlung von Fahrtzeiten erfolgt meist in Form der kürzesten Route, ggf. unter Nebenbedingungen wie z.B. bestimmte Haltepunkte. Typische Formen von Netzwerkanalysen sind die Ermittlung optimaler Routen oder die Ermittlung (potenzieller)

Erreichbarkeit der Gebiete und ihrer Einwohner nach Fahrzeitstufen						
Stufe in Minuten	Allgemeinärzte (n = 309)		Apotheken (n = 120)		Psychotherapeuten (n = 118)	
	Gebiete	EW	Gebiete	EW	Gebiete	EW
bis 5	255	407.061	186	353.901	130	292.646
> 5 – 10	149	64.366	194	103.805	161	105.680
> 10 – 15	15	6.392	35	17.437	107	72.130
> 15 – 20	1	345	5	3.021	22	7.708
Summe	420	478.164	420	478.164	420	478.164

Tab. 2: PKW-Erreichbarkeiten der Allgemeinärzte, Psychotherapeuten und Apotheken in Südniedersachsen, Quelle: Eigene Darstellung nach Wieland/Dittrich (2016: 30).

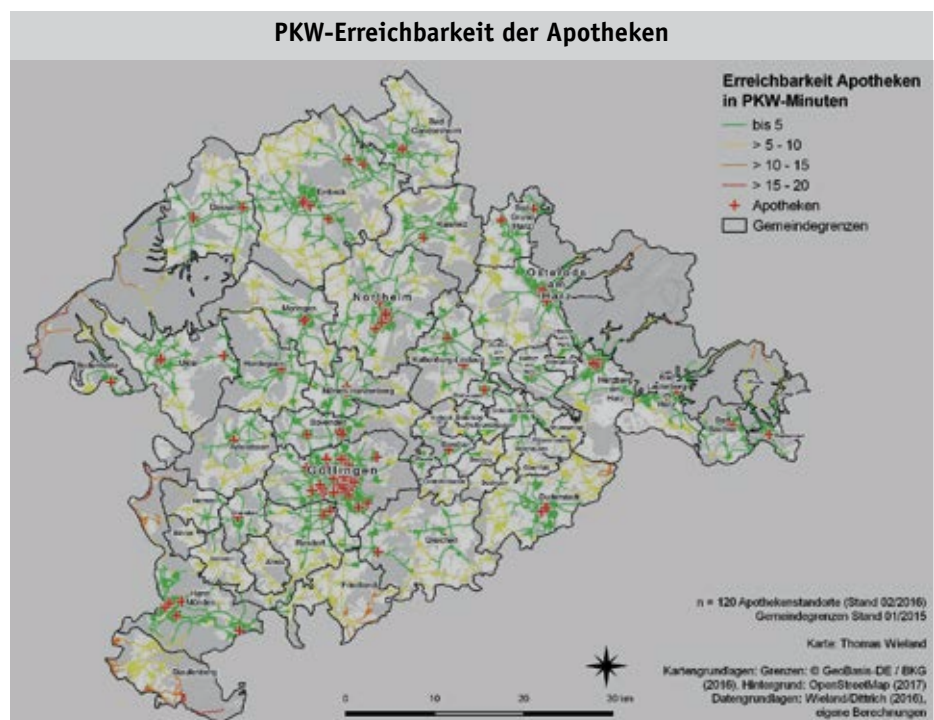


Abb. 2: PKW-Erreichbarkeit der Apotheken in Südniedersachsen, Quelle: Eigene Darstellung nach Wieland/Dittrich (2016: 28).

Einzugsgebiete von Standorten (De Lange 2013: 372ff.).

Für Netzwerkanalysen ist es notwendig, sämtliche relevanten Einrichtungen bzw. ihre Standorte in georeferenzierter Form (d.h. mit räumlichen Koordinaten) zu erfassen. Außerdem ist ein möglichst vollständiges Verkehrsnetz notwendig. Hierzu wird in Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen und für verschiedene andere Zwecke (z.B. Nahversorgung im Lebensmitteleinzelhandel) immer häufiger auf Daten des OpenStreetMap-Projektes (OSM) zurückgegriffen (Augustin et al. 2015; Wieland 2011, 2015a). Abgesehen vom Aspekt der Anschaffungskosten gegenüber kommerziell vertriebenen Wegenetzen oder Routing-Software weisen die frei verfügbaren und verwendbaren crowdsourced-Daten (d.h. kollaborativ durch eine große Zahl an Freiwilligen erfasst) dieses Projektes auch eine hohe Qualität und Vollständigkeit auf: Die stetig weiter ausgebauten OSM-Wegenetze sind, wie bereits vor sechs Jahren in einer Studie festgestellt wurde, durchaus mit den Daten kommerzieller Anbieter vergleichbar (Neis et al. 2012: 5ff.). OSM stellt somit eine valide und zugleich frei verfügbare Quelle von „big spatial data“ dar, die für Erreichbarkeitsanalysen in der regionalen Versorgungsforschung großes Potenzial besitzt.

Auch im Fall der genannten Studie zur kleinräumigen Gesund-

heitsversorgung in Südniedersachsen wurden OSM-Daten verwendet, wobei die Erreichbarkeit in Form der kürzesten PKW-Fahrtzeit zur jeweils nächsten Einrichtung modelliert wurde. Hierbei wurde sowohl die Erreichbarkeit von den Gesundheitseinrichtungen als in kartographischer Form dargestellt als auch die Erreichbarkeit ausgehend von den Ortsteilen tabellarisch aufgearbeitet (Wieland/Dittrich 2016: 17f.). Tabelle 2 zeigt die Erreichbarkeit von Allgemeinarzt- und Psychotherapiepraxen sowie Apotheken ausgehend von den 420 Teilgebieten und aufgeschlüsselt nach vier Erreichbarkeitsstufen (PKW-Fahrtzeit bis 5 Minuten, 5 bis 10 Minuten, 10 bis 15 Minuten und 15 bis 20 Minuten). Karte 2 zeigt die PKW-Erreichbarkeit der Apotheken ausgehend von den Standorten selbst in Form derselben vier Erreichbarkeitsstufen.

Hierbei zeigt sich, dass im gesamten Untersuchungsgebiet jede der drei genannten Gesundheitsbetriebe innerhalb einer PKW-Fahrtzeit von maximal 20 Minuten erreichbar ist. Tabelle 2 ist zusätzlich die Einwohnerzahl der jeweiligen Fahrtzeitstufe zu entnehmen: Beispielsweise ist der jeweils nächste Allgemeinarzt aus 255 Teilgebieten mit einer Bevölkerung von 407.061 Einwohnern innerhalb von 5 PKW-Minuten erreichbar. Aus weiteren 149 Teilgebieten mit insgesamt 64.366 Einwohnern ist der Zugang zur nächstgelegenen Allgemeinarztpraxis in einem Zeitraum von fünf bis zehn Minuten PKW-Fahrtzeit zugänglich. Fahrtzeiten oberhalb von zehn PKW-Minuten sind insgesamt nur bei 16 Gebieten mit insgesamt 6.737 Einwohnern festzustellen. Entsprechend der räumlichen Konzentration bzw. Streuung der Einrichtungen fällt die Verteilung auf die Erreichbarkeitszonen bei Apotheken und Psychotherapeuten anders aus, wobei in beiden Fällen zumindest die Mehrheit der Bevölkerung des Untersuchungsgebietes die nächstliegende Einrichtung des jeweiligen Typs innerhalb von fünf PKW-Minuten erreichen kann.

Zwar zeigt sich diese verkehrsbezogene Erreichbarkeit als bessere Alternative zu reinen Dichtewerten, jedoch weist dieses eindimensionale Konzept der kleinräumigen Erreichbarkeit mehrere theoretisch-konzeptionelle Probleme auf, die seine Aussagekraft deutlich schmälern: Einerseits berücksichtigt das Erreichbarkeitsmodell stets nur den jeweils nächstgelegenen Standort und ignoriert hierbei jede andere Destination, die sich auch nur wenige Meter oder Sekunden weiter entfernt vom Ausgangspunkt der Nachfrager befindet. Erreichbarkeit wird somit operationalisiert als die Erreichbarkeit des nächsten Anbieters, womit impliziert wird, dass die räumliche Nähe einer beliebigen Einrichtung des jeweiligen Typs (z.B. Hausarztpraxis) das einzig relevante Versorgungskriterium darstellt. Dies zeigt sich auch daran, dass nicht einzelne Ärzte als Destinationen berücksichtigt werden, sondern die (Punkt-)Standorte ihrer Praxen: Im Fall von Gemeinschaftspraxen oder Praxismgemeinschaften werden diese Kombinationsstandorte in der eindimensionalen Erreichbarkeitsanalyse nur einmalig gezählt.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die räumliche Bezugsebene einen entscheidenden Einfluss auf die Analyseergebnisse hat und dass die Aussagekraft in puncto raumbezogener Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen durch die zusätzliche Berücksichtigung

Model-based approaches and „big spatial data“ in regional health services research

Regional disparities in healthcare provision are a significant problem of the whole healthcare system and, in particular, of the spatial healthcare planning system. The German planning system (“Kassenärztliche Bedarfsplanung”) is frequently criticized with respect to its locational scope and function. The subject of regional health services research (or: geographical health services research) is the analysis of healthcare provision and the related spatial disparities on a small-scale level with explicit respect to the accessibility of health locations (such as medical practices). This first part of this paper shows the typical analysis methods in regional health services research based on a regional example (South Lower Saxony, Germany) while discussing the methods used in Geographic Information Systems (GIS) and the availability of the related data. It is shown that the results of healthcare supply analyses are strongly affected by the regarded spatial scale. Also, taking into account the traffic accessibility of health locations improves the quality of these analyses. But also these geographical analysis approaches face some theoretical and conceptual drawbacks.

Keywords

health care in rural regions; provision planning; spatial healthcare research; accessibility; spatial interaction models; big spatial data; geographic information systems; optimization

der verkehrlichen Erreichbarkeit verbessert werden kann. Beide Verfahren weisen spezifische Schwächen auf: Während Dichtewerte die Verkehrserreichbarkeit ausblenden und sich an (faktisch konstruierten) administrativen Grenzen orientieren, reduziert zumindest die eindimensionale Erreichbarkeitsanalyse die Ärzteversorgung auf eine einfache Nähebeziehung, ohne hierbei Aspekte z.B. der Auswahl zu berücksichtigen; hinzu kommt, dass objektive Fahrtzeiten in Abhängigkeit des jeweiligen Zwecks subjektiv durchaus sehr unterschiedlich wahrgenommen werden können. Genau an diesen Punkten setzen modellgestützte Verfahren an, die vorrangig im Kontext der Einzelhandels- und Standortforschung entwickelt wurden; diese *räumlichen Interaktionsmodelle* sind sowohl zur mehrdimensionalen Operationalisierung von Erreichbarkeit als auch zur Modellierung räumlicher Nachfragemuster einsetzbar, was im zweiten Teil des Beitrags vorgestellt wird. <<

Autorenerklärung

Der Autor ist am Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Institut für Geographie und Geoökologie (IfGG), als wissenschaftlicher Mitarbeiter (Forschung und Lehre) beschäftigt und weist darauf hin, dass keinerlei Interessenkonflikte mit zitierten Personen und/oder Institutionen bestehen. Finanzielle Unterstützung hat der Autor nicht in Anspruch genommen. Teil II folgt in MVF 03/18.

Zitationshinweis

Wieland, T.: „Teil 1: Modellgestützte Verfahren und big (spatial) data in der regionalen Versorgungsforschung I“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 02/18, S. 41-45, doi: 10.24945/MVF.0218.1866-0533.2072

Dr. rer. nat. Dipl.-Geogr. Thomas Wieland

ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geographie und Geoökologie des Karlsruher Institutes für Technologie in Karlsruhe. Er war zuvor an der Universität Göttingen und in einem privatwirtschaftlichen Beratungsunternehmen tätig. Er studierte von 2002 bis 2008 Geographie an der Universität Göttingen und beendete 2014 seine Promotion. Seine inhaltlichen Schwerpunkte liegen in der Wirtschaftsgeographie sowie in der regionalen Versorgungsforschung. Kontakt: thomas.wieland@kit.edu



Prof. Dr. Gregor Kirchhof, LL. M.
 Prof. Dr. Josef Franz Lindner
 Prof. Dr. Paulus Kirchhof
 Arbeitsgruppe Prävention*

Perspektiven der stratifizierten Prävention: Chancen und Grenzen am Beispiel der kardiovaskulären Medizin

Seit dem Mittelalter ist bekannt, dass hinreichend Bewegung und Schlaf, eine ausgewogene Ernährung, wenig Alkohol und ein angemessener Umgang mit Stress die Gesundheit schützen. Dieses hergebrachte Präventionsquintett, um den Nikotinverzicht zu einem Sextett ergänzt und durch die Herausbildung eines „präventiven Selbst“ im 20. Jh. besser umgesetzt, ist um eine Dimension zu erweitern: die stratifizierte Prävention. Insbesondere die Erkenntnisse, die auf großen biomedizinischen Datensätzen und physiologischen Messungen im Alltag beruhen, werden es in naher Zukunft erlauben, individuelle Gesundheitsrisiken präziser als bisher einzuschätzen und genauere Präventionsstrategien zu entwickeln. Den immensen Chancen dieser Entwicklung, die eine gezieltere, effektivere und risikoärmere Verhinderung von Krankheiten ermöglicht, stehen berechtigte Bedenken und beachtliche Gefahren gegenüber, wenn vor einem „gläsernen Menschen“, vor Problemen der Chancengleichheit oder vor medizinisch für die meisten sinnvollen, aber im Einzelfall gesundheitsgefährdenden Maßnahmen zu warnen ist. Der vorliegende Beitrag fasst die Diskussionen einer interdisziplinären Tagung in Augsburg unter Beteiligung von Kardiologen, Epidemiologen, Juristen, Techno-Ökonomen, Ethikern und Gesundheitsmanagern zusammen. Die Teilnehmer haben gemeinsam versucht, die Ziele der stratifizierten Prävention zu benennen. Diese Prävention verlangt, Krankheitsbilder enger zu fassen. Ausgangspunkt und Leitbild ist der eigenverantwortliche Patient, der in einem über die Schule hinausgreifenden, lebenslangen, in der digitalen Technik auch individualisierten gesundheitlichen Bildungsauftrag zu informieren ist. Zu Recht unterstreichen das Sozialversicherungsrecht und das neue Präventionsgesetz den erheblichen Forschungsbedarf, der nötig ist, um eine ethische, effektive und evidenzbasierte stratifizierte Prävention zu entwickeln und allgemein zugänglich zu machen. Die notwendige interdisziplinäre Forschung im Bereich dieser präzisierten Prävention, die erst am Anfang steht, sollte durch eine bessere Regulierung von Biodatenbanken und eine Forschungs-Einwilligung, die Spenden „für die Wissenschaft“ ermöglicht, wissenschaftlich gestärkt und gesellschaftlich besser verankert werden.

Zusammenfassung

Die Verhaltensweisen für ein gesundes Leben sind lange bekannt. Gegenwärtig wird das hergebrachte „Präventionssextett“ jedoch um eine neue Dimension erweitert: die stratifizierte Prävention. Diese, auf den Einzelnen zugeschnittene Prävention ermöglicht eine gezieltere, effektivere und risikoärmere Verhinderung und Behandlung von Krankheiten. Ihren immensen Chancen stehen jedoch insbesondere die Gefahren eines „gläsernen Menschen“, für die Chancengleichheit oder im Einzelfall gesundheitsgefährdenden Maßnahmen gegenüber. In dieser Ambivalenz fordert der vorliegende Beitrag, die stratifizierte Prävention auch in ihrem erheblichen interdisziplinären Forschungsauftrag zu stärken, Krankheitsbilder enger zu fassen, am Ausgangspunkt und Leitbild der eigenverantwortlichen Prävention festzuhalten, den Bildungsauftrag zur Prävention zu stärken, Biodatenbanken besser zu regulieren, eine Forschungs-Einwilligung zu ermöglichen und insgesamt die stratifizierte Prävention gesellschaftlich besser zu verankern.

Schlüsselwörter

Präventionssextett, neue Krankheitsstaxonomie, breiter Bildungsauftrag, selbstbestimmte Prävention, gläserner Mensch, Forschungseinwilligung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.18.1866-0533.2073>

>> Das Zusammenwirken von genetischer Suszeptibilität, erlerntem gesundheitsrelevanten Verhalten, prägenden Lebensereignissen und äußeren Umständen wie Lärm oder Emissionen beeinflusst das Risiko für viele Erkrankungen. Die zunehmende Verfügbarkeit von Daten aus großen Kohortenstudien und Registern, die das Genom, spezifische Organfunktionen und potenziell änderbare Verhaltensweisen beschreiben, wird in naher Zukunft eine präzisere und individuellere Risikobewertung für die Entstehung häufiger Erkrankungen erlauben. Die Analysen ermöglichen neben einer individualisierten Behandlung von Patienten auch eine Stratifizierung von Präventionsmaßnahmen (1, 2). Insbesondere für sich langsam und chronisch entwickelnde kardiovaskuläre „Volkskrankheiten“ – wie die koronare Herzerkrankung, die Herzinsuffizienz oder das Vorhofflimmern – bietet eine stratifizierte Prävention die Chance einer deutlichen Reduktion der Zahl der Betroffenen.

Grundlage einer stratifizierten Prävention sind altbekannte Wahrheiten: Seit dem Mittelalter werden Verhaltensweisen für ein gesundes Leben beschrieben, die – ergänzt durch eine Nikotinkarenz – seit vielen Jahren und aufgrund zahlreicher Studien wissenschaftlich anerkannt sind (Textbox) (3).

Verhaltensweisen für ein gesundes Leben

Ausreichende körperliche Aktivität
 Ausgewogene Ernährung
 Hinreichender Schlaf
 Moderater Alkoholkonsum oder Alkoholverzicht
 Stressvermeidung oder -ausgleich
 Nikotinverzicht

*Der Arbeitsgruppe „Prävention“ gehören an: Gregor Kirchhof, Josef Franz Lindner, Stephan Achenbach, Klaus Berger, Stefan Blankenberg, Heiner Fangerau, Henner Gimpel, Ulrich M. Gassner, Jens Kersten, Dorothea Magnus, Herbert Rebscher, Heribert Schunkert, Stephan Rixen, Paulus Kirchhof. Die drei im Header genannten Mitglieder sind die Korrespondenzautoren. Siehe für den vorliegenden Text bereits Dt. Ärzteblatt 2018 Feb. 115 (8): A324 - A327 und Clin. Res. Cardiol. 2018 Mar. 107 (3): 193-200.

Die Diskussion über den rechtlichen Rahmen, in dem diese Verhaltensempfehlungen umgesetzt werden sollen, richtet ein Augenmerk auf die Information, z. B. in Form von Warnungen oder sog. Gesundheitsampeln auf Lebensmitteln (4). Schwieriger werden die Rechtsfragen, wenn der Gesetzgeber versucht, Menschen zu einer Prävention anzuhalten, ohne das Ordnungsrecht zu bemühen und oft auch ohne es den Betroffenen bewusst zu machen („nudging“) (5), etwa durch rechtliche Vorgaben, Süßigkeiten und Alkohol in Supermärkten kaufvermeidend zu platzieren. Rechtsstaatswidrige Übertreibungen wären eine subliminale Werbung oder andere manipulative Maßnahmen der öffentlichen Hand für ein gesünderes Leben sowie – ordnungsrechtlich – die „Gesundheitsbeichte“ von Gottfried Wilhelm Leibniz (6, 7).

Das „präventive Selbst“

Vor allem die Verbesserung der Ernährung und Hygiene, die Entwicklung von Antibiotika und die Einführung von Impfprogrammen im 19. und 20. Jh. haben zu einer deutlichen Steigerung der Lebenserwartung und einem Wandel des Krankheitsspektrums („epidemiologische Transition“) und der Todesursachen geführt (8). Krebs und kardiovaskuläre Erkrankungen sind die häufigsten Todesursachen in industrialisierten Ländern. Gleichzeitig spielt der Erhalt der eigenen Gesundheit eine größere Rolle: Die Gesellschaft entwickelt und fordert ein „präventives Selbst“ (9). Wenn auch die gesellschaftlichen Folgen dieses Trends weiterer Analysen harren, ist das Ziel eines längeren und gesünderen Lebens und damit auch ein Anrecht auf Wissen um potenzielle Gefährdungen zu unterstützen. Die normative Folgerung, Einzelne müssten dieses Wissen in Präventionspraktiken umsetzen, kann aus diesen Kenntnissen jedoch nicht abgeleitet werden.

Gesundheit und Krankheit sind in einem Kontinuum zu verstehen, innerhalb dessen Abgrenzungen oft an den Extrema – sicher gesund oder krank – am einfachsten, im Übergang aber schwer zu definieren sind. Dies verdeutlichen über 40 Jahre Salutogeneseforschung, die u. a. durch die weite Gesundheitsdefinition der WHO angestoßen wurde. Die Krankheitswirklichkeit ist durch die biologische Krankheitsätiologie und die quantifizierbaren Krankheitsfolgen, aber auch durch das subjektive Krankheitserleben und die soziale Krankheitswahrnehmung geprägt. Bereits die allgemeinen Verhaltensempfehlungen (Textbox) zeigen die Bedeutung von Protektorfaktoren einerseits und Risikofaktoren andererseits auf. Sie zielen auf Verhaltensweisen, die dazu beitragen, den Gesundheitsstatus aufrecht zu erhalten oder zu verbessern. Erkenntnisse, die eine genauere Beschreibung von Krankheitsrisiken ermöglichen, verändern die klassische, aber schwierig durchzuhaltende Dichotomie von „gesund“ und „krank“ noch weiter zu einer fließenden Skala, auf der den Menschen ein berechenbares niedriges oder hohes Risiko für körperlichen oder psychischen Schaden zugewiesen wird. Das Wissen um die eigene Gefährdung oder um die Gefährdung anderer eröffnet neue Ansätze zur gezielten Krankheitsverhinderung, kann aber auch negative Folgen bewirken, wenn Angst und Unsicherheit, sogar Schäden der Gesundheit und ungleiche Behandlungen entstehen.

Information als zentrales Instrument der Prävention

Das Anliegen der Prävention und die sinnvollen allgemeinen Verhaltensmaßnahmen sind anerkannt (Textbox), ihre Umsetzung ist allerdings mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Gründe

hierfür liegen häufig in fehlender Motivation zur Verhaltensänderung, fehlender Bildung, in vorgegebenen oder angelernten Verhaltensmustern und Gewohnheiten, in der familiären Lebenssituation, dem weiteren sozialen Umfeld oder der Peergroup, die ein gesundheitsgefährdendes Verhalten aufrechterhalten oder verstärken kann (10). Hinzu tritt ein Informationsumfeld, das nicht von Gesundheitsinteressen geprägt ist, etwa durch die werbende Kommunikation über Massenmedien und zunehmend über digitale „soziale Medien“. Dementsprechend ist ein Recht auf korrekte Information und Wissen um Prävention zu betonen, wenn eine freie, auf Wissen und Willen beruhende, individuelle Entscheidung hinsichtlich der Prävention ermöglicht werden soll. Wird der hieraus folgende Informationsauftrag gegenwärtig erfüllt? Eine effektive und kontinuierliche Information über die wesentlichen Möglichkeiten, die eigene Gesundheit zu erhalten, verbunden mit einem gesellschaftlichen Konsens, dass jede und jeder Verantwortung für die eigene Gesundheit trägt, könnten hier helfen. Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, dass eine Unterdrückung von (Fehl-) Informationen (z. B. durch Einschränkung von Werbung) weniger zielführend ist.

Die Kultusministerkonferenz hat schon 1979 eine Empfehlung „Gesundheitserziehung in der Schule“ beschlossen und diese 2012 zur „Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“ weiterentwickelt. Doch liegt die Verantwortung nicht einzig bei der schulischen Bildung, da Lebenswirklichkeit und Verhalten stark im außerschulischen Bereich geprägt werden und Gesundheitsförderung ein lebenslanger Prozess ist. Hervorzuheben ist hier vor allem, dass digitale Technologien (Internet, Smartphone, soziale Medien, die digitale „Vermessung des Selbst“) im modernen Alltag fest verankert sind und das Potenzial haben, auch der Prävention eher ferne Zielgruppen zu erreichen. Kontextabhängige Hilfestellungen könnten bereitgestellt und Informationsmaßnahmen auch in ihrer Wirksamkeit kontrolliert und optimiert werden. Wichtig für die Glaubwürdigkeit und den Erfolg solcher Informationen sind die Qualitätssicherung und eine Multi-Kanal-Architektur der Kommunikation mit individualisierter Aufbereitung. Denkbar ist auch, Biofeedback auf Basis z. B. von Smartphone-Daten oder Fitness-Trackern zu integrieren (11). Zudem bietet sich an, die Informationskampagnen evidenzbasiert kontinuierlich zu verbessern (12).

Stratifizierte kardiovaskuläre Medizin

Die Prävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen wurden in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Die kardiovaskuläre Mortalität hat populationsweit messbar abgenommen. Fortschritte sind auch bei der Beschreibung von Krankheitsmechanismen und der Entwicklung und Validierung von gezielten Therapien dieser Mechanismen in kontrollierten klinischen Studien zu verzeichnen. Die Lebenserwartung in Deutschland ist auch deshalb kontinuierlich gestiegen (13). Die eine Hälfte dieses Gewinns an Lebenszeit wird der Prävention, etwa die andere Hälfte der besseren Behandlung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen zugerechnet, mit fließenden Übergängen zwischen Prävention und Therapie. Diese Erfolge haben jedoch eine „Evidenzspirale“ ausgelöst (14): Immer größere Studien sind erforderlich, um den Zusatznutzen neuer Maßnahmen und neuer Behandlungen nachzuweisen. Doch diese verlangsamen und verteuern die Entwicklung neuer Medikamente und Interventionen. Der Aufwand bei der Zulassung neuer Behandlungsformen, der durch eine höhere Patientensicherheit gerechtfertigt wird, führt teilweise schon heute dazu, dass kardio-

vaskuläre Forschungsprogramme reduziert oder abgebrochen werden (15). Zudem entsteht der fast paradoxe Anreiz, neue stratifizierte Behandlungen auch für Patienten zu prüfen und zuzulassen, obwohl die neu gewählte Therapie nicht ideal erscheint – einer der Gründe für „late phase failures“ bei der Entwicklung kardiovaskulärer Medikamente (15). Angesichts der erheblichen kardiovaskulären Morbidität und Mortalität in Europa sind diese Entwicklungen zu kritisieren. Unterschiedliche Pathomechanismen bewirken zudem ähnliche chronische kardiovaskuläre Krankheiten, etwa Herzinsuffizienz oder Vorhofflimmern. Diese pathophysiologische Heterogenität hat zu der Forderung nach einer neuen Krankheitsstaxonomie geführt, die z. B. mehr auf Krankheitsmechanismen beruht als auf deren klinischer Manifestation (für Vorhofflimmern beispielhaft dargelegt in (16)). Die durch genomische und biomedizinische Unterschiede sowie den sozialen Kontext beschreibbaren Krankheitsursachen ermöglichen gezielte Präventionsmaßnahmen. Daher ist eine Beweglichkeit im Denken und Handeln der akademischen Kardiologie, der kardiovaskulären Industriepartner und der Forschungsförderer erforderlich. Die European Medicines Agency (EMA) und die Food and Drug Administration (FDA) haben bereits begonnen, die Anforderungen an die Zulassung neuer Medikamente an diese Konzepte anzupassen. Der klassische naturwissenschaftliche Ansatz des Erkenntnisgewinns – Nachweis von Assoziation von Merkmalen mit Krankheitsausprägungen, Identifikation von Krankheitsmechanismen und nachfolgend kontrollierte Interventionsstudien – ist jedoch auch auf stratifizierte Behandlungs- und Präventionskonzepte anzuwenden. Mögliche Risiken sind zu berücksichtigen.

Institutioneller Rahmen der Prävention

Medizinische Prävention ereignet sich im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung, von Freiheit und Vorsorgepflicht. In einem freiheitlichen Rechtsstaat wird dieses Spannungsverhältnis vornehmlich durch die Grundrechte aufgelöst. Die Entscheidung des Einzelnen, ob und wie er sich an Prävention beteiligt, steht unter dem Schutz der Freiheitsrechte. Staatlicher Zwang zur Prävention ist grundsätzlich grundrechts- und damit verfassungswidrig. Privater, etwa von Versicherungen oder einem Arbeitgeber auferlegter Zwang muss in der Regel vom Staat unterbunden werden. Die öffentliche Hand ist verpflichtet, das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu schützen. Das bedeutet aber keineswegs, dass sich der Staat der Prävention nicht fördernd annehmen dürfte oder müsste. Gesundheit ist ein hochrangiges Gut. Sie entfaltet eine transzendente Bedeutung, da sie eine Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben bildet. Zu der Vorgabe, den Raum der freien Selbstbestimmung zu achten, tritt der verfassungsrechtliche Auftrag, die Gesundheit des Einzelnen durch Information, Aufklärung und unmittelbare Hilfen zu fördern und zu schützen. Diese und vergleichbare Maßnahmen setzen das freie Individuum zuweilen erst in die Lage, eigenverantwortlich Prävention zu üben oder sich dagegen zu entscheiden.

Den insoweit auch verfassungsrechtlich betonten breiten Bildungs- und Informationsauftrag suchen in dem durch seine föderale Vielfalt geprägten deutschen Gesundheitssystem unterschiedliche Akteure mit ihren jeweiligen spezifischen Verantwortlichkeiten zu erfüllen, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit), der Öffentliche Gesundheitsdienst, Haus- und Fachärzte, Vereine und Initiativen sowie die Träger der gesetz-

lichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung. Das Präventionsgesetz (PrävG) verpflichtet die Sozialversicherungsträger im Bereich des Gesundheitswesens, allen voran die Krankenkassen, zur Entwicklung einer „Nationalen Präventionsstrategie“, an der zahlreiche Stellen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene mitwirken. Die Nationale Präventionskonferenz hat im Jahre 2016 erstmals bundeseinheitliche trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben verabschiedet. Der kürzlich aufgelegte Innovationsfonds der Krankenkassen ermöglicht ebenfalls eine Umsetzung und Evaluierung neuartiger Präventionsansätze. Auch wenn insbesondere der Staat und die Krankenkassen diese Entwicklung fördern, ist unklar, ob eine bessere Prävention chronischer Krankheiten Kosten und Aufwendungen im Gesundheitssystem reduzieren oder erhöhen wird (14). Rechtfertigung beziehen diese Maßnahmen ohnehin zuerst aus dem Nutzen für die Bevölkerung, nicht aus der Ökonomie.

In Reaktion auf die Entwicklung der stratifizierten Medizin und – zuweilen unbewusst – auch der in diesem Sinne präzisierten Prävention betont die Rechtsordnung sodann den bestehenden Forschungsbedarf, wenn präventive Modellprojekte vorgesehen sind. Neben der allgemeinen Gesundheitsförderung sind die Primärprävention, Maßnahmen der Sekundärprävention sowie der Tertiärprävention rechtlich anerkannt. Von wenigen Ausnahmen wie z. B. Schutzimpfungen abgesehen werden die Inhalte der „[p]rimären Prävention und Gesundheitsförderung“ (so die Überschrift zu § 20 SGB V) gesetzlich nicht definiert. Welche Maßnahmen konkret gemeint sind, legt die einzelne Krankenkasse fest (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Modellprojekte (§ 20g SGB V) werden vielfach erst das Wissen generieren, das bislang im Bereich der Primärprävention fehlt. Der Innovationsfonds stellt erstmals ein Antrags- und Bewertungsverfahren vor die Umsetzung solcher Vorhaben einzelner Krankenkassen. Kritisch ist anzumerken, dass die aktuellen Modellprojekte nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert werden. Die bisherigen Formen der allgemeinen Information und Aufklärung reichen insgesamt nicht aus, um eine wirklich präzisierte Prävention sicherzustellen.

Den Erkenntnisgewinn, der eine stratifizierte Prävention ermöglicht, begleitet die berechtigte Sorge vor dem „gläsernen Menschen“, dessen Verhalten vorhersagbar und manipulierbar wird (4, 5, 6). Weitere Gefährdungspotenziale für die individuelle Freiheit und Unversehrtheit sind kumulativ wirkende Beschränkungen, wenn präventive Maßnahmen nicht ergriffen werden, die fehlende Anerkennung oder Umsetzung eines auch gesundheitsfördernden Rechts auf Nichtwissen sowie die ungewollte Gefährdung durch Fehldiagnosen und Überdiagnostik, die gerade in Bereichen niedrigen Risikos von ganz erheblicher Bedeutung sind. Präzise Einsichten über die individuelle Leistungsfähigkeit und spezifische Gesundheitsrisiken sind mit dem verfassungsrechtlichen Anspruch auf gleiche Rechte und Pflichten für alle Staatsbürger in Einklang zu bringen. Im Extremfall mag der Staat gefordert sein, Gleichheit zu erhalten. Den rechtlichen Ausgangspunkt und das Leitbild bildet insgesamt der eigenverantwortliche, informierte Bürger.

Rechtlich begrenzte Möglichkeit der Einwilligung in Forschungsvorhaben

Eine bessere Information, die sozialversicherungsrechtlichen Modellprojekte, die Präventionsstrategie des neuen Präventionsgesetzes und insgesamt das Wissen um die Chancen und Risiken der stratifizierten Prävention unterstreichen den breiten interdis-

ziplinenen Forschungsauftrag. Der rechtliche Rahmen für die notwendige Forschung sollte durch eine Forschungseinwilligung oder -vollmacht verbessert werden. Die Einwilligung des Probanden in die Teilnahme an einem Forschungsprojekt ist zentraler Ausdruck seiner Selbstbestimmung, die auf grundrechtlicher und menschenrechtlicher Ebene vielfach garantiert wird (Art. 2 und Art. 1 GG, Art. 3 Abs. 2 EuGRG, Art. 5 Übereinkommen des Europarats über Menschenrechte und Biomedizin). Anders als bei der Einwilligung in eine therapeutische ärztliche Maßnahme ist bei einem Forschungsvorhaben der gesundheitliche Nutzen für den Probanden ungewiss. Das Wesen der Forschung besteht darin, nicht im Voraus zu wissen, welche Ergebnisse erzielt werden. Darüber hinaus kann sich durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse die Notwendigkeit ergeben, auf bereits vorhandene Daten noch einmal unter einem anderen als dem ursprünglich geplanten Forschungszweck zuzugreifen. Die fortschreitende Forschung kann es daher sinnvoll erscheinen lassen, bereits existierende Datenbestände erneut zu prüfen oder den ursprünglich geplanten Forschungsverlauf einschließlich der erwogenen Methoden zu verändern. Dies gilt insbesondere angesichts der rasanten Entwicklung im Bereich der stratifizierten Medizin. Solche Ergänzungen oder Abweichungen vom ursprünglichen Forschungsplan sind aber von der Einwilligung in eine wissenschaftliche Studie nicht abgedeckt und würden häufig eine erneute Aufklärung und Einwilligung des Patienten oder Probanden erfordern – was gerade bei großen Datenmengen kaum durchzuführen ist. Es bedarf daher einer neuen allgemeinen Einwilligungserklärung, die es dem Betroffenen ermöglicht, der Forschung als Prozess, auch der Reevaluation und erneuten Untersuchung der den Forschern überlassenen Daten vorsorglich zuzustimmen: verständlich, zielgerichtet und abgestuft. Die Abstufung will eine allgemeine oder nur teilweise Zustimmung zu den Forschungsplänen nach einem vorgegebenen Schema ermöglichen, das Ausschlusspunkte vorsehen kann. Diese allgemeine Einwilligung vertraut den Forschern und den mit der Forschung befassten Institutionen. Teilnehmer an einer Forschungsstudie sind besonders schützenswert, da ein individueller gesundheitlicher Nutzen die Versuchsteilnahme oft nicht ausgleichen kann. Der Schutz des Probanden und die Ergebnisoffenheit eines anvisierten Forschungsziels müssen sich in der Einwilligungserklärung widerspiegeln. Die allgemeine Forschungsregulierung (Good Clinical Practice – GCP, International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use – ICH) bleibt erhalten. Das bedeutet,

- dass der Proband in eine Teilnahme an einem Forschungsvorhaben mit nur eingeschränkt voraussehbar und im Studienprotokoll bestimmtem Forschungsziel allgemein einwilligen kann,
- dass die Einwilligung in die Weiterverwendung seiner individuellen Daten durch Dritte einer besonderen Zustimmung bedarf, die im Vorhinein eingeholt werden kann
- und dass drittbezogene Informationen (Genanalysen) nur unter Berücksichtigung der Belange der Betroffenen (und mit Zustimmung aller Beteiligten) weitergegeben werden dürfen.

Aufgrund der allgemeinen Einwilligung in die Studienteilnahme und die mit ihr verbundenen Maßnahmen ist die mündliche und schriftliche Aufklärung auf die wesentlichen Umstände der Studie zu beschränken wie z. B. die Forschungsziele, den Ablauf, die voraussehbaren Risiken und den Umgang mit den gewonnenen Daten. Die Einwilligungserklärung muss es – dieser Aufklärung und ggf. einem vorgegebenen Schema mit Ausschlusspunkten folgend – dem Betroffenen ermöglichen, den Prozess zu verstehen und ihm zu-

zustimmen. Überflüssige und zu detaillierte Aufklärungsbögen und Einwilligungserklärungen sind auch hier zu vermeiden.

„Governance“ von stratifizierten Forschungsvorhaben und Biobanken

Die Unbestimmtheit der Vorgehensweise und der Ergebnisse der Forschung erfordert insgesamt eine definierte „Governance“ von Forschungsvorhaben, die regelt, wie geforscht wird und auf welche Weise Ergebnisse behandelt und kommuniziert werden. Dieser Lenkungsbedarf erfasst insbesondere epidemiologische Daten- und Biobanken. Die Regulierung von Biobanken muss einerseits die Bürgerinnen und Bürger in ihrem Persönlichkeitsrecht (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. Abs. 1 GG, Art. 7 f. EuGRG, Art. 8 EMRK) und vor genetischer Diskriminierung (Art. 3 Abs. 1 GG, Art. 21 EuGRG) schützen und andererseits die biomedizinische Forschung (Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG, Art. 13 EuGRG) gerade mit Blick auf die individuelle wie öffentliche Gesundheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, Art. 35 EuGRG) fördern. Ansatzpunkt für die Regulierung von Biobanken ist in der Bundesrepublik das Datenschutzrecht (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 GenDG). Die primär datenschutzrechtliche „Governance“ wird jedoch den Anforderungen einer ausdifferenzierten Forschungsinfrastruktur nicht gerecht: zum einen aufgrund der altruistischen Spenden vieler tausender Bürgerinnen und Bürger; zum anderen mit Blick auf ihre Funktion, die individuelle und öffentliche Gesundheit zu fördern. Dies legt einen umfassenden Regulierungsansatz nahe, der das Selbstbestimmungsrecht der spendenden Personen effektiv schützt, das Biobankgeheimnis gewährleistet, Einrichtung und Betrieb, Zugangsrechte und die Überwachung von Biobanken regelt sowie strafprozessuale Zeugnisverweigerungsrechte vorsieht (17).

Der weiterreichende Regulierungsbedarf lässt sich am Beispiel des Selbstbestimmungsrechts der Spenderinnen und Spender veranschaulichen: Grundsätzlich muss nach dem aktuell herrschenden Verständnis eine Spende für eine Biobank mit einer möglichst präzisen Zweckbindung für bestimmte Forschungsvorhaben erfolgen. Doch dies schränkt die Forschungsmöglichkeiten mit Blick auf künftige, zum Zeitpunkt der Einwilligung nicht absehbare wissenschaftliche Fragestellungen unverhältnismäßig ein. Eine Biobank wird ihrer Funktion als gemeinwohlbezogene Forschungsinfrastruktur nur dann gerecht, wenn auch Spenden „für die Wissenschaft“ im Ganzen möglich sind. Es ist hierbei nicht zielführend, dass man eine generalisierte Einwilligung („Consent“) mit Verweis auf das Datenschutzrecht verbietet. Viele Teilnehmer an Biobanken sind von einem allgemeinen Willen angetrieben, „der Forschung zu helfen“. Die diesem Willen entsprechende allgemeine Einwilligung ist rechtlich durch formelle Verfahren und materielle Standards einzuhegen („Governance“). Durch einen, aktuelle Entwicklungen der Forschung begleitenden Gesetzgeber können Bürgerinnen und Bürger das rechtlich gerechtfertigte Vertrauen entwickeln, dass mit ihrem generalisierten Consent verantwortungsvoll umgegangen wird. Hier ist eine effektive, forschungsfreundliche und Grundrechte sichernde „Forschungsgovernance“ in Kooperation zwischen forschenden Institutionen, Ethikkommissionen sowie staatlichen Aufsichts- und Datenschutzbehörden zu entwickeln.

Interdisziplinärer Forschungsauftrag

Hinreichend Bewegung und Schlaf, eine ausgewogene Ernährung, wenig Alkohol, der Verzicht auf Nikotin und ein angemessener

Umgang mit Stress schützen die Gesundheit. Dieses „Präventionssextett“ ist lange anerkannt. Gleichwohl besteht bis heute ein weiterer Bedarf, die Vorgaben insbesondere in sozial und anderweitig definierten „präventionsfernen Bereichen“ besser zu befolgen. Das Recht setzt hier vor allem auf Information, damit der die Prävention kennzeichnende Balanceakt gelingt: Der Raum des eigenverantwortlichen Menschen ist zu wahren und gleichzeitig die Gesundheit jedes Menschen zu schützen und zu fördern. Zu Recht wird der schulische Auftrag der Gesundheitsbildung hervorgehoben und verbessert. Vermehrt sollten außerschulische Informationskampagnen im Sinne eines lebenslangen Lernens hinzutreten. Auch in diesem Bereich erlaubt die digitale Technik einen vielleicht entscheidenden Schritt hin zu leicht abrufbaren, stratifizierten, kontextabhängigen und sodann auch evaluierten Gesundheitsinformationen, die auch „präventionsferne“ Bevölkerungsschichten erreichen könnten.

Bereits die allgemeinen Verhaltensempfehlungen des „Präventionssextetts“ verwischen die ohnehin schwer zu ziehende Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit, wenn Personen, die nicht „krank“ sind, ihr Verhalten zum Erhalt der Gesundheit ändern sollen und auf einer gesundheitlichen Risikokala eingeordnet werden. Diese Unsicherheiten werden durch die stratifizierte Prävention intensiviert: Die Auswertung insbesondere von breiten Studien, großen biomedizinischen Datensätzen und physiologischen Messungen werden in naher Zukunft erlauben, individuelle Gesundheitsrisiken besser vorherzusagen und präzisere Präventionsstrategien zu zeichnen. Diese Entwicklung birgt immense Chancen, eine gezieltere und bessere Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Allerdings ist die Prämisse, medizinische Maßnahmen müssten zur Sicherheit der

Patienten in großen Studien mit vielen Probanden erprobt werden, zu hinterfragen. Denn die Pointe der stratifizierten Prävention liegt gerade in der Individualisierung, die breiten Studien den Weg versperrt. Krankheitsbilder und weitere Befunde, die zu medizinischen Handlungen führen, sind daher enger zu fassen. In Reaktion auf die Entwicklung der stratifizierten Medizin und – zuweilen unbewusst – auch der präzisierten Prävention betont die Rechtsordnung zu Recht den allgemeinen Informationsauftrag, sodann aber auch die Notwendigkeit der interdisziplinären Forschung, wenn präventive Modellvorhaben vorgesehen sind.

Forschung ist notwendig offen, weiß nicht, welche Ergebnisse erzielt werden. Dies gilt insbesondere angesichts der rasanten Entwicklung im Bereich der stratifizierten Medizin. Es bedarf daher – wie dargelegt – einer neuen allgemeinen Einwilligungserklärung, die dem Betroffenen ermöglicht, der sich entwickelnden Forschung, also auch einer Reevaluation von Daten und eines Methodenwechsels, zuzustimmen. Auch der gegenwärtige, primär vom Datenschutz geprägte Umgang mit Biodatenbanken wird der dynamischen Wissenschaft nicht gerecht. Die allgemeine Einwilligung sollte auch hier Umgangsschranken aufheben, dabei aber rechtlich durch Verfahren und materielle Standards eingehegt werden. Es bedarf einer effektiven, forschungsfreundlichen und Grundrechte sichernden „Forschungsgovernance“.

Die stratifizierte Prävention bietet immense Chancen, Krankheiten gezielter, effektiver und risikoärmer zu verhindern. Die notwendige interdisziplinäre Forschung muss sich diesen elementaren Zielen, aber auch den Gefahren widmen, wenn zu Recht vor einem „gläsernen Menschen“, vor schwierigen Fragen der Chancengleich-

Literatur

1. Die Frage, welcher der oft sinnadäquat genutzten Begriffe der „stratifizierten“, „personalisierten“ oder auch „präzisierten Prävention“ treffender ist, ist nicht Thema dieses Beitrags.
2. Eberbach WH: Personalisierte Prävention: Wirkungen und Auswirkungen. MedR 2014; 449; Keil M: Rechtsfragen der individualisierten Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2015; 210 ff.
3. Piepoli MF, Hös AW, Agewall S, et al.: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur J Prev Cardiol 2016; 23 (11): NP1-NP96; Frobose I, Wallmann-Sperlich B: Der DKV Report „Wie gesund lebt Deutschland“. 2016.
4. Siehe insgesamt zu den Rechtsfragen personalisierter Prävention und Medizin Kersten J: Personalisierte Medizin. Rechtliche Herausforderung für Gesundheit und Gesellschaft. ZEE 2013; 23 ff.; Kluth W: Verfassungs- und sozialrechtliche Aspekte der Individualisierten/Personalisierten Medizin. In: Wienke A, Dierks C, Janke K (Hg.): Rechtsfragen der Personalisierten Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2014; 77 ff.; Eberbach WH: Personalisierte Prävention: Wirkungen und Auswirkungen. MedR 2014; 449 (450 ff.); Keil M: Rechtsfragen der individualisierten Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2015; 20, 210 ff.; Brendel A, Spies C, Dierks Chr: Personalisierte Medizin: Lab-on-a-chip-Systeme und ihr Weg in das System der GKV. Methodenbewertung nach § 135 Abs. 1 SGB V? GesR 3/2015; 150 ff.
5. Zu der Verbindung der personalisierten Prävention mit dem „Nudging“: Eberbach WH: Personalisierte Prävention: Wirkungen und Auswirkungen. MedR 2014; 449 (450 ff.); zum Phänomen Nudging: Thaler RH, Sunstein CR: Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt. 2009; Kemmerer A, Möllers C, Steinbeis M, Wagner G (Hg.): Choice Architecture in Democracies. 2016; zu den rechtsstaatlichen Problemen: Kirchhof G: Nudging – zu den rechtlichen Grenzen informellen Verwaltens. ZRP 2015; 136 ff.
6. Leibniz GW: Directiones ad rem Medicam pertinentes [1671/72]. In: Studia Leibnitiana 8 (1976); 20 (50 ff.); Wolff C: Vernünftige Gedanken von dem gesellschaftlichen Leben der Menschen und insonderheit dem gemeinen Wesen [1721]. 1971; zur subliminalen Werbung: Kirchhof G: Nudging – zu den rechtlichen Grenzen informellen Verwaltens. ZRP 2015; 136 ff.
7. Frank JP: System einer vollständigen medicinischen Policey. Sechs Bände. 1779-1819.
8. Vögele J: Zur Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse im 19. und 20. Jahrhundert. In: Schultz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hg.): Geschichte. Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. Frankfurt am Main: Suhrkamp 2006.
9. Lengwiler M, Madarasz J: Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Bielefeld: Transcript 2010.
10. Fabritz L, Guasch E, Antoniadou C, et al.: Expert consensus document: Defining the major health modifiers causing atrial fibrillation: a roadmap to underpin personalized prevention and treatment. Nat Rev Cardiol 2016; 13(4): 230-7; Christakis NA, Fowler JH: The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med 2007; 357 (4): 370-9.
11. Gimpel H, Regal C, Schmidt M: myStress: Unobtrusive Smartphone-Based Stress Detection. in: ECIS 2015 Proceedings, Paper 16.
12. Lauber D: E-Commerce an der Schwelle zur Sättigungsphase – Produktivität von E-Commerce-Aktivitäten wird erfolgskritisch. In: Heinemann G, Haug K, Gehrckens M (Hg.): Digitalisierung des Handels mit ePace. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2013; 105-122.
13. Weiland SK, Rapp K, Klenk J, Keil U: Zunahme der Lebenserwartung - Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. Dtsch Arztebl 2006; 103(16): A 1072-7.
14. Martin M, Fangerau H: Technische Medikalisierung in einer alternden Gesellschaft: Instrumentelle Rahmen und normative Folgen am Beispiel präventivmedizinischer Ansätze. In: Weber K, Frommhold D, Manzeschke A, Fangerau H (Hg.): Technisierung des Alltags. Beitrag für ein gutes Leben? Stuttgart: Franz Steiner Verlag 2015; 15-49.
15. Kirchhof P, Sipido KR, Cowie MR, et al.: The continuum of personalized cardiovascular medicine: a position paper of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2014; 35 (46): 3250-7.
16. Jackson N, Atar D, Borentain M, et al.: Improving clinical trials for cardiovascular diseases: a position paper from the Cardiovascular Round Table of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2015.
17. Gassner U, Kersten J, Lindemann M, et al.: Biobankgesetz. Augsburg-Münchener Entwurf. Tübingen: Mohr Siebeck 2015.

heit oder medizinisch im Regelfall zwar sinnvollen, aber im Einzelfall gesundheitsgefährdenden Maßnahmen gewarnt wird. Das Ziel ist, eine ethische, effektive, evidenzbasierte und grundrechtskonforme stratifizierte Prävention zu entwickeln und allgemein zugänglich zu machen. Ungewiss ist, ob eine solche Entwicklung die Kosten im Gesundheitssystem reduzieren oder erhöhen wird. Die präziserte Prävention verfolgt aber ohnehin nicht in erster Linie ökonomische Ziele, sondern will zuvörderst der Gesundheit der Betroffenen nachhaltig dienen. <<

Zitationshinweis

Kirchhof, G., Lindner, J., Kirchhof, P.: „Perspektiven der stratifizierten Prävention: Chancen und Grenzen am Beispiel der kardiovaskulären Medizin“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 02/18, S. 46-51, doi: 10.24945/MVF.0218.1866-0533.2073

Autorenerklärung

Das interdisziplinäre Symposium, auf dem der Beitrag beruht, wurde vom Institut für Bio-, Medizin- und Gesundheitsrecht der Universität Augsburg finanziert. PK receives research support from European Union, British Heart Foundation, Leducq Foundation, Medical Research Council (UK), and German Centre for Cardiovascular Research, from several drug and device companies active in atrial fibrillation, and has received honoraria from several such companies. PK is listed as inventor on two patents held by University of Birmingham (Atrial Fibrillation Therapy WO 2015140571, Markers for Atrial Fibrillation WO 2016012783).

Perspectives for stratified prevention in cardiovascular medicine

Healthy behaviours that prevent chronic cardiovascular diseases have been known since the Middle Ages, feeding into the modern concept of the “preventive self”. Research into the complex interactions between inherited disease susceptibility, acquired behaviour, life events, and environmental factors have recently re-shaped our understanding of the development of such diseases. The ready availability of genomic information, physiological measurements, and detailed “real time” behavioural patterns provides enormous opportunities for precise disease risk estimation in the near future. Integrating this information could unlock a new paradigm of targeted, effective, and safe prevention of chronic cardiovascular diseases: Stratified prevention. Gathering and linking that information, however, is confronted with justified concerns around data protection and the loss of individual freedom, including problems of equality. This article summarises the outcome of a two-day interdisciplinary workshop exploring the opportunities and risks of stratified prevention, with input from cardiologists, epidemiologists, ethicists, experts in law, economists, and health managers. Together, these experts defined aims for stratified prevention, including a call for a new disease taxonomy, that is centred around autonomous patients who are engaged in a life-long process of learning and self-determination. A better use and improved governance of existing data sets and biosamples was identified as a priority to enable the development of stratified prevention concepts, including the possibility of donating data or biosamples “to science”. The participants acknowledged the need for a coordinated interdisciplinary research effort, as e.g. expressed in the current Präventionsgesetz, to enable the development of ethical, effective, and evidence-based stratified prevention.

Keywords

Prevention sextet, New disease taxonomy, Education, Autonomous patient-led prevention, Research consent

Prof. Dr. Gregor Kirchhof, LL. M.

ist Lehrstuhlinhaber an der Universität Augsburg, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Finanzrecht und Steuerrecht, und Direktor des dortigen Instituts für Wirtschafts- und Steuerrecht. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften in Freiburg, München und London sowie der Promotion und Habilitation an der Universität Bonn war Gregor Kirchhof bis März 2012 Universitätsprofessor für Staats- und Verwaltungsrecht an der LMU München. Kontakt: gregor.kirchhof@jura.uni-augsburg.de



Prof. Dr. Josef Franz Lindner

ist Lehrstuhlinhaber an der Universität Augsburg, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, und Leiter des dortigen Instituts für Bio-, Medizin- und Gesundheitsrecht. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften in München sowie der Promotion und Habilitation an der LMU München war Josef F. Lindner bis Juli 2012 Ministerialrat im Bay. Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Kontakt: josef.lindner@jura.uni-augsburg.de



Prof. Dr. Paulus Kirchhof

ist Lehrstuhlinhaber für Cardiovascular Medicine und Deputy Director des Institute of Cardiovascular Sciences der University of Birmingham, Consultant Cardiologist an den SWBH und UHB NHS Trusts in Birmingham, Mitglied im Board der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie und Vorstandsvorsitzender des AFNET. Er hat sich nach seinem Medizinstudium am Universitätsklinikum Münster zum Kardiologen und Intensivmediziner weitergebildet und war bis 2011 als Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Kardiologie und Angiologie des Universitätsklinikums Münster tätig.



Dr. Jan Breitzkreuz

Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Diagnosen und Therapien psychogener Essstörungen

Erhebung in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zwischen 2010 und 2016

Unter psychogenen Essstörungen werden verschiedene Arten von Essstörungen subsumiert, die sich in ihren Symptomen unterscheiden. Zu den psychogenen Essstörungen zählen die Anorexia nervosa (AN), auch als „Magersucht“ bezeichnet. Neben der Bulimia nervosa (BN), auch „Bulimie“ oder „Ess-Brech-Sucht“, und der Binge-Eating-Störung (BES, auch „Ess-sucht“) gehört die AN zu den am meisten beforschten Formen von Essstörungen. Charakteristisch für psychogene Essstörungen sind – je nach Art der Essstörung – unterschiedliche Symptome (DGPM/DKPM 2010). Das Chronifizierungsrisiko bei Essstörungen ist hoch. Betroffene haben in der Regel mehrere Jahre mit der Erkrankung zu kämpfen, benötigen mehrere Behandlungsanläufe und die Symptomatik bleibt auch nach erfolgreicher Therapie teilweise weiter bestehen. Zudem wird davon ausgegangen, dass die meisten Betroffenen nicht im Gesundheitssystem auffallen und sich von denen, die es tun, wiederum nur ein Bruchteil in Behandlung begibt (Hoek 2006; DGPM/DKPM 2010; Smink 2016). Zudem gehen Essstörungen mit zahlreichen körperlichen Folgeerscheinungen einher. Das Risiko, chronische Schäden davonzutragen, ist dabei umso höher, je früher die Krankheit ausbricht (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2005). Außerdem sind Sterbefälle aufgrund einer Essstörung häufig auf die körperlichen Folgeerscheinungen zurückzuführen. Insgesamt ist die Mortalität bei Essstörungen deutlich erhöht: bei Bulimie um den Faktor 1,9, bei Anorexie sogar um den Faktor 5,9 (Smink 2016).

>> Grundlage der Analysen ist die anonymisierte Forschungsdatenbasis mit rund 1,75 Millionen Versicherten der AOK Nordost. Die vorgestellten Ergebnisse erfassen die Entwicklung zwischen den Jahren 2010 und 2016. Alle Versicherten der AOK Nordost im Alter von 6 bis 54 Jahren, die innerhalb des betrachteten Jahres vollständig versichert waren und in den drei Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern lebten, wurden in die Analyse einbezogen. Im Jahr 2010 umfasste die Studienpopulation circa 722.000 Versicherte. Bis zum Jahr 2016 stieg sie auf circa 746.000 Versicherte an (vgl. Tab. 1). Als essgestört gelten alle Personen, bei denen im Analysejahr mindestens eine gesicherte ambulante oder eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose mit einem ICD-Code des Typs F50.x (F50.- Essstörungen) abgerechnet wurde.

Für die vorliegende Untersuchung wurden Subkategorien wie Anorexie und Bulimie nicht separat analysiert, sondern die ICD-10-Gruppe der Essstörungen als eine Kategorie betrachtet. Denn im Jahr 2016 machten Anorexie und Bulimie (inklusive der atypischen Formen) unter den Versicherten der AOK Nordost im Jahr 2016 nur einen kleinen Teil der Essstörungsdiagnosen aus: 15% unter den Minderjährigen und 28% unter den Erwachsenen. Über 60% (Erwach-

Zusammenfassung

Psychogene Essstörungen haben für Betroffene schwerwiegende Konsequenzen: Körperliche Folgeerkrankungen, eine erhöhte Mortalitätsrate sowie psychische Komorbiditäten kennzeichnen diese Erkrankungen. Ferner ist bei Essstörungen das generelle Funktionsniveau eingeschränkt, was sich unter anderem negativ auf die schulische und berufliche Laufbahn auswirken kann. Substanzielle gesellschaftliche Kosten entstehen infolge notwendiger Behandlungen und durch Produktivitätseinbußen. Auf Grundlage der anonymisierten Forschungsdatenbasis mit rund 750.000 Versicherten der AOK Nordost im Alter zwischen 6 und 54 Jahren wurde die Entwicklung diagnostizierter psychogener Essstörungen sowie deren Behandlung zwischen den Jahren 2010 und 2016 untersucht. Die Ergebnisse offenbaren eine starke Zunahme von Versicherten mit einer Essstörung, deutliche regionale Unterschiede sowie ein Stadt-Land-Gefälle hinsichtlich der diagnostizierten Essstörungen. Die Prävalenzrate liegt zwischen 1,1% in Berlin und 0,6% in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Zugleich ist der Anteil derer, die sich nach einer erstmals diagnostizierten Essstörung binnen dreier Jahre in Behandlung begeben mit 9% der Betroffenen sehr gering.

Schlüsselwörter

AOK Nordost, GeWINO, Versorgungsforschung, Essstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating, Psychotherapie

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.18.1866-0533.2074>

Symptome bei Essstörungen

- Untergewicht bei AN, gemessen mittels des Body-Mass-Index bei Erwachsenen bzw. altersabhängigen Perzentilkurven bei Kindern. BES kann mit Übergewicht assoziiert sein.
- Von Gewicht und Figur geprägte Gedanken und Gefühle: Wieviel und was darf gegessen werden? Diese Gedanken beeinflussen das Handeln, Essanfälle oder kompensatorisches Verhalten („Purging“) sind die Folge.
- Einschränkungen der Kalorienzufuhr
- Essanfälle, bei denen die Betroffenen die Kontrolle darüber verlieren, was und wieviel sie essen (BN und BES)
- Kompensatorisches (Purging-)Verhalten umfasst Maßnahmen, die dazu dienen, sich aufgenommener Kalorien oder Flüssigkeit möglichst rasch wieder zu entledigen. Dazu zählt selbstinduziertes Erbrechen ebenso wie exzessives Sporttreiben, der Missbrauch von Schilddrüsenhormonen zur Erhöhung des Grundumsatzes, Laxantien oder Diuretika. Auch das sogenannte Insulin-Purging, bei dem Patienten mit einem Typ-I-Diabetes mellitus sich bewusst kein Insulin spritzen, um die Glukoseaufnahme aus der Nahrung zu verhindern, gilt als kompensatorisches Verhalten.

ICD-Code des Typs F50.x

ICD-Codes des Typs F50.x (F50.- Essstörungen) schließen die folgenden ICD-10-Codes ein:

- F50.0 Anorexia nervosa
- F50.1 Atypische Anorexia nervosa
- F50.2 Bulimia nervosa
- F50.3 Atypische Bulimia nervosa
- F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen
- F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
- F50.8 Sonstige Essstörungen
- F50.9 Essstörungen, nicht näher bezeichnet

Studienpopulation			
Versicherte zwischen 6 und 54 Jahren			
Jahr	Gesamtzahl	davon männlich	davon weiblich
2010	722.311	374.605	347.706
2016	745.941	390.170	355.771

Tab. 1: Studienpopulation für die Jahre 2010 und 2016.

sene) beziehungsweise über 80% (Kinder und Jugendliche) der Diagnosen fielen dagegen in die unspezifischen Subkategorien „nicht näher bezeichnete Essstörungen“ sowie „Sonstige Essstörungen“. Dabei handelt es sich um ein für die klinische Praxis typisches Bild (Fairburn/Bohn 2005). Die große Zahl unspezifischer Diagnosen kommt zum einen dadurch zustande, dass die erste Anlaufstelle für die Betroffenen in der Regel Haus- oder Kinderärzte sind, die keine spezifischere Diagnostik durchführen. Zum anderen kommt es im Alltag nicht selten vor, dass nicht alle Diagnosekriterien erfüllt sind (Fairburn/Bohn 2005). Trotzdem liegt auch bei diesen Betroffenen eine klinisch relevante Störung des Essverhaltens vor, welche mit ähnlich schwerwiegenden körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen wie die „klassischen“ Diagnosen einhergehen kann (Herpertz-Dahlmann et al. 2008; Swanson et al. 2011). Ließe man sie in der Prävalenzbetrachtung außen vor, würde die epidemiologische Bedeutung von Essstörungen deutlich unterschätzt.

Essstörungen – Status quo und Entwicklungstendenzen

Im Jahr 2010 wurde in der Region Nordost bei 3.498 (0,48%) der 6- bis 54-jährigen Versicherten eine psychogene Essstörung diagnostiziert. Nur 6 Jahre später, im Jahr 2016, waren es bereits 6.133 (0,82%) Betroffene (vgl. Abb. 1). Das entspricht einer Zunahme von 71%. Es bestehen allerdings z.T. deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern.

Prävalenzen nach Alter und Geschlecht

Wie Abbildung 2 zeigt, wurde 2016 unter Versicherten der AOK Nordost bei Frauen deutlich häufiger eine Essstörungsdiagnose gestellt. Insgesamt betrug die Prävalenz bei ihnen 1,32%, gegenüber 0,37% bei den Männern – unter weiblichen Versicherten wurde also mehr als dreimal so häufig eine klinische bedeutsame Essproblematik ärztlich dokumentiert, wie unter männlichen Versicherten. In Abbildung 2 sind zudem geschlechtsspezifische Veränderungen über

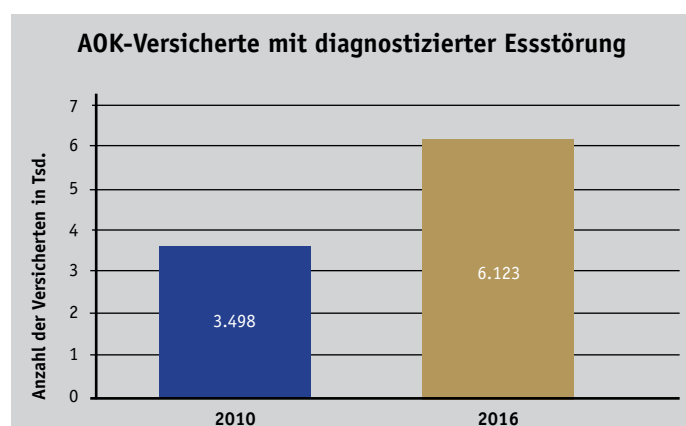


Abb. 1: Anzahl Versicherter der AOK Nordost mit einer diagnostizierten Essstörung in den Jahren 2010 und 2016.

die Altersklassen sichtbar. Ab dem 13. Lebensjahr steigt die Prävalenz bei den Frauen zunächst deutlich an, ist zwischen dem 18. und 34. Lebensjahr am höchsten und fällt anschließend wieder ab. Unter den Männern geht der Anteil der Essstörungsdiagnosen zwischen dem 13. und dem 34. Lebensjahr dagegen zurück und steigt danach wieder an. Allerdings liegt der Anteil diagnostizierter Essstörungen in allen Altersgruppen – mit Ausnahme der 6- bis 12-Jährigen – bei den Frauen deutlich über dem der Männer.

Im Gegensatz zu dem in der Literatur berichteten Erkrankungsgipfel zwischen circa 15 und 25 Jahren (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2005; de Zwaan 2002) liegt dieser unter den unter AOK Nordost-Versicherten bei den Frauen damit circa zehn Jahre höher. Möglicherweise trifft in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen eine immer noch ausgeprägte Symptomatik auf eine höhere Krankheitseinsicht und Bereitschaft, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Denkbar ist auch, dass die körperlichen Langzeitfolgen von Essstörungen ab diesem Alter verstärkt spürbar werden, sodass Betroffene letztendlich zum Arzt gehen müssen.

Auffällig bei beiden Geschlechtern sind zudem die immer noch substanziellen Prävalenzen im mittleren Erwachsenenalter (vgl. Abbildung 2). In diesen Altersgruppen finden sich auch die stärksten Prävalenzzunahmen, wenn man die Veränderung in den letzten 6 Jahren betrachtet (vgl. Abbildung 3): Bei den 35- bis 54-Jährigen stieg der Anteil diagnostizierter Essstörungen zwischen 2010 und 2016 um 0,37% bis 0,50%. Dies entspricht einer Zunahme um den Faktor zwei bis drei. Unter den klassischen Risikoaltersgruppen der 13- bis 17-Jährigen und 18- bis 24-Jährigen betrug der Anstieg dagegen nur 0,31% beziehungsweise 0,35%.

Unter den Versicherten der AOK Nordost sind Essstörungen also nicht (mehr) nur ein Thema junger Menschen. Es könnte sich hierbei zum Teil um chronische Fälle handeln, die aufgrund einer gestiegenen Sensibilität und gesunkenen Stigmatisierung beim Thema Essstörungen in den vergangenen Jahrzehnten nun auch in höheren Altersgruppen ärztlich diagnostiziert werden. Dies würde eindrucksvoll zeigen, wie wichtig eine frühe Erkennung und Intervention sind.

Prävalenzen nach Region und Gemeindetyp

Routinedaten ermöglichen es, Prävalenzen aufgeschlüsselt nach regionaler Herkunft der Versicherten auszuwerten. Die so ermit-

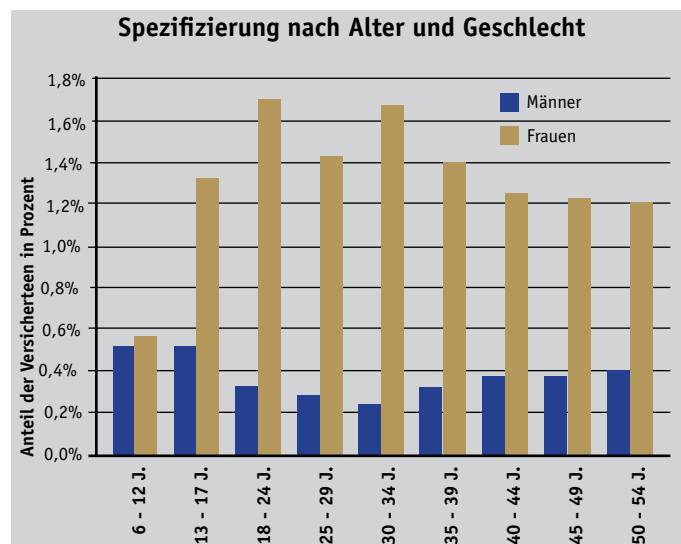


Abb. 2: Anteil diagnostizierter Essstörungen 2016 nach Altersgruppe und Geschlecht.

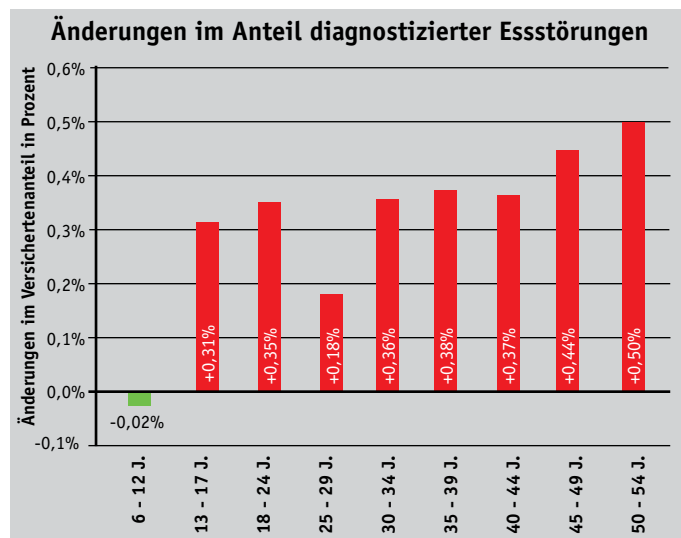


Abb. 3: Änderungen im Anteil diagnostizierter Essstörungen 2016 gegenüber 2010 nach Altersgruppen.

telten regionalen Unterschiede können anschließend dazu genutzt werden, gezielt die Versorgungssituation in besonders stark betroffenen Regionen zu verbessern. Um eine Vergleichbarkeit der Regionen und Analysejahre herzustellen, wurden die Analysegruppen jeweils auf die Standardbevölkerung Deutschlands des Jahres 2011 im Alter zwischen 6 und 54 Jahren (Destatis 2014) direkt alters- und geschlechtsstandardisiert.

Wie Abbildung 4 veranschaulicht, lagen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sowohl 2010 als auch 2016 hinsichtlich der diagnostizierten Essstörungen etwa gleichauf. In Brandenburg stiegen diese im betrachteten Zeitraum von 0,40% auf 0,61%, in Mecklenburg-Vorpommern von 0,43% auf 0,59%. Bereits im Jahr 2010 lag die Prävalenz in Berlin (0,61%) circa um den Faktor 1,5 höher als in den anderen beiden Bundesländern. Zum Jahr 2016 stieg der

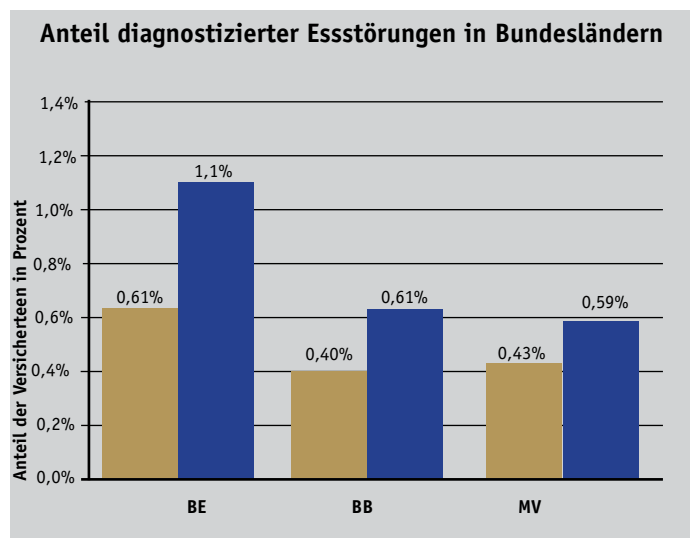


Abb. 4: Anteil diagnostizierter Essstörungen 2010 und 2016 in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Daten standardisiert nach Alter und Geschlecht. BE = Berlin. BB = Brandenburg. MV = Mecklenburg-Vorpommern.

Anteil in der Bundeshauptstadt um 0,5 Prozentpunkte auf 1,10 % – damit liegt die Prävalenzrate in Berlin aktuell auf fast doppelt so hohem Niveau wie in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Berlin nimmt damit eine Sonderstellung im Raum Nordost ein. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Verstädterung und der Anzahl diagnostizierter Essstörungen, denn als einziges der drei betrachteten Bundesländer ist Berlin komplett städtisch. Um diesen Faktor näher zu untersuchen, wurden die Gemeinden in der Region Nordost auf Grundlage der Eurostat-Gemeindetypen daher weiter in ländliche, halbstädtische und städtische Gemeinden unterteilt und für die Analysejahre 2010 und 2016 gegenübergestellt (vgl. Abb. 5).

Literatur

- Beintner, I., Jacobi, C., & Taylor, C. B. (2012). Effects of an internet-based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany – a meta-analytic review. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 1-8.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2014). Bevölkerung nach Alter in Jahren und Geschlecht für Gemeinden. In: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Zensus/_Downloads/2F_BevolkerungAlterGeschlecht.html (abgerufen am: 25.01.2018).
- DGPM/DKPM - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (2010). Diagnostik und Therapie der Essstörungen. S3-Leitlinie. Stand Dezember 2010. In: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html> (abgerufen am: 25.01.2018)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-IV. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1705-1715.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour research and therapy*, 43(6), 691-701.
- Haas, L., Stargardt, T., Schreyoegg, J., Schlösser, R., Danzer, G., & Klapp, B. F. (2012). Inpatient costs and predictors of costs in the psychosomatic treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 214-221.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D., Ravens-Sieberer, U., & BELLA Study Group. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 82-91.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hebebrand, J., Remschmidt, H.: Essstörungen. In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2003, 117-129.
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B. (2005): Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2005; 102:A 50-58 [Heft 1-2].
- Hoek, H. W.: Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. In: *Current Opinion in Psychiatry* 2006, 19:389-394.
- Hombach, S. (2017, 6. Oktober). „Scheiße, was habe ich da getan?“ - Essstörungen bei Diabetes Typ-1. Spiegel Online. Abgerufen von <http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/essstoerungen-bei-diabetes-typ-1-wenn-die-gedanken-staendig-ums-essen-kreisen-a-1169849.html>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87.
- Kolar, D. R., Hammerle, F., Jenetzky, E., Karabasheva, E., & Huss, M. (2016). Bridging the gap: Smartphone-based support between sessions for adolescent outpatients with Anorexia nervosa-a randomized controlled trial protocol. *Eating Disorders Review*, 23(1), 1-11.
- Pincus, H. A., Davis, W. W., & McQueen, L. E. (1999). „Subthreshold“ mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other „brand names“. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 288-296.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 152(7), 1073.
- Smink, F. R. E. (2016). Through the looking glass: Epidemiologische studies naar eetstoornissen in de eerste lijn en de bevolking [Groningen]: Rijksuniversiteit Groningen
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychology*, 159, 1284-1293.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
- Thaw, J. M., Williamson, D. A., & Martin, C. K. (2001). Impact of altering DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa on the base rates of eating disorder diagnoses. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(3), 121-128.
- Völker, U., Jacobi, C., Trockel, M. T., & Taylor, C. B. (2014). Moderators and mediators of outcome in Internet-based indicated prevention for eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 63, 114-121.
- De Zwaan, M. (2002). Binge-Eating Disorder (BED) und Adipositas. *Verhaltenstherapie*, 12(4), 288-295.

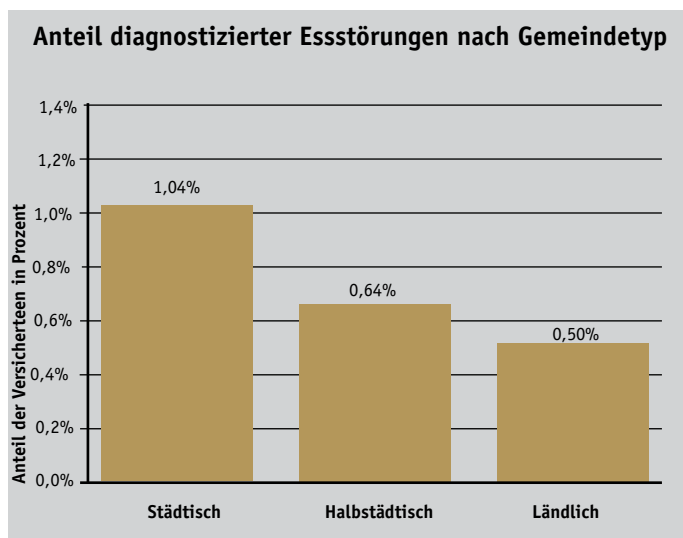


Abb. 5: Anteil diagnostizierter Essstörungen 2016 nach dem Gemeindetyp. Daten standardisiert nach Alter und Geschlecht

Tatsächlich zeigen sich, insbesondere für das Jahr 2016, tendenziell geringere Prävalenzen, je ländlicher die betrachtete Region ist (vgl. Abb. 5). Im halbstädtischen Raum ist die Wahrscheinlichkeit einer Essstörung gegenüber ländlichen Gebieten um den Faktor 1,3 erhöht, in städtischen sogar um den Faktor 2,1. Das höhere Risiko in städtischen Gemeinden ergibt sich nicht unwesentlich durch die hohe Prävalenz von Essstörungsdiagnosen in Berlin (vgl. Abb. 4) und dessen hohen Anteil an der städtischen Bevölkerung. Betrachtet man nur Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, ist das Risiko im städtischen gegenüber dem ländlichen Raum allerdings immer noch um den Faktor 1,5 höher.

Ein Stadt-Land-Gefälle zeigt sich auch auf Ebene der Berliner Stadtbezirke, kreisfreien Städte und Kreisregionen (vgl. Abbildung 6). Neben den Stadtbezirken Berlins gehören die Städte Schwerin, Cottbus, Rostock, Frankfurt (Oder) sowie Potsdam zu jenen Gebieten mit den höchsten Prävalenzraten (0,72% bis 0,92%). Die einzige nicht rein städtische Region, die ebenfalls in diesem Bereich lag, war der Landkreis Oberhavel (0,85%). Es folgen die Landkreise Barnim (0,70%), Dahme-Spreewald (0,70%) und Elbe-Elster (0,69%). Unter den Landkreisen gehören sie zu jenen Regionen mit den höchsten Prävalenzen, wobei drei dieser vier Landkreise wiederum direkt an Berlin grenzen und im berlinnahen Bereich räumlich mit der Stadt verflochten sind. So gesehen verwundert es nicht, dass die Landkreise mit den höchsten Prävalenzen fast ausnahmslos berlinnah sind.

Inanspruchnahme von Behandlungen

Die Bereitschaft, sich in Therapie zu begeben, ist eine große Hürde für Betroffene einer Essstörung. Der Beginn einer Behandlung bedeutet für sie, sich das eigene problematische Verhalten selbst einzugestehen, es vor anderen offenzulegen und sich mit den dahinterliegenden Gründen auseinanderzusetzen. Untersuchungen zeigen, dass jüngere Patienten eine höhere Chance auf Heilung beziehungsweise Besserung der Symptomatik aufweisen, eine lange andauernde Erkrankung dagegen zu einer schlechteren Prognose führt (Steinhausen 2002). Es ist also wichtig, Betroffene möglichst früh zu therapieren. Als Verfahren der ersten Wahl empfehlen die S3-Leitlinien sowohl im ambulanten als auch stationären Setting eine Behandlung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapien (kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische



Abb. 6: Regionale Verteilung der Prävalenzraten von Essstörungen im Jahr 2016 in den Kreisregionen sowie Berliner Stadtbezirken.

Psychotherapie) sowie, bei Kindern und Jugendlichen, das Einbeziehen der Familie. Im stationären Bereich sollten weitere Komponenten angeboten werden, wie Ernährungs-, Körper- und Ergotherapie.

Um die Therapiebereitschaft bei diagnostizierter Essstörung unter Versicherten der AOK Nordost zu erheben, wurden hier zunächst inzidente gesicherte ambulante sowie stationäre Haupt- oder Nebendiagnosen mit einem ICD-Code des Typs F50.x (F50.- Essstörungen) aus den Jahren 2012 bis 2014 identifiziert. Als inzident wurde eine Diagnose klassifiziert, wenn der/die Versicherte in einem Zeitraum von acht Quartalen vor dem Quartal der Diagnosevergabe keine andere ambulante beziehungsweise stationäre Haupt- oder Nebendiagnose des Bereichs Essstörungen erhalten hatte.

Anschließend wurde, ausgehend vom Quartal der Erstdiagnose, für einen Folgezeitraum von zwölf Quartalen (inklusive des Quartals der Erstdiagnose) ermittelt, ob eine Behandlung in Anspruch genommen wurde. Behandlungen wurden im ambulanten Bereich über die Gebührenordnungspositionen (GOPs) und im stationären Bereich über die Operationen- und Prozedurschlüssel (OPS) operationalisiert und mussten jeweils mit einer Essstörungsdiagnose assoziiert sein. Zudem wurden in der Analyse nur Versicherte berücksichtigt, die während der betrachteten 20 Quartale (acht Quartale vor sowie zwölf Quartale mit beziehungsweise nach Erstdiagnose) ununterbrochen bei der AOK Nordost versichert gewesen waren.

Die in der Literatur beschriebene niedrige Behandlungsquote (Hoek 2006) bei einer Essstörungsproblematik bestätigt sich auch unter Versicherten der AOK Nordost: Nur bei jeder elften der zwischen 2012 und 2014 vergebenen Erstdiagnosen wurde in einem Folgezeitraum von drei Jahren auch eine Behandlung abgerechnet. Dabei sinkt der Anteil derer, die sich in Behandlung begeben mit der verstrichenen Zeit seit der Erstdiagnose (vgl. Abbildung 7). Diese Analyse berücksichtigt für den ambulanten Bereich nur die antragspflichtigen Richtlinien-Psychotherapien, bei denen eine

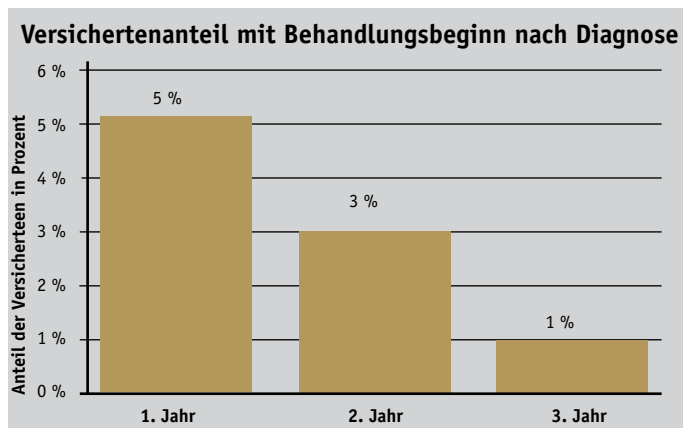


Abb. 7: Anteil Versicherter mit Behandlungsbeginn nach inzidenter Essstörungsdiagnose

therapeutische Einheit (Einzel- oder Gruppentherapie) 50 Minuten umfasst. Werden auch nicht antragspflichtige psychotherapeutische Behandlungsleistungen einbezogen, lässt sich jeder sechste Betroffene behandeln. Angesichts des hohen Chronifizierungsrisikos und der Langzeitfolgen, welche mit einer Essstörung einhergehen, ist die niedrige Behandlungsquote besorgniserregend. Sie macht deutlich, wie wichtig die Suche nach Ansätzen zur Steigerung einer – möglichst frühen – Therapiebereitschaft ist und wie lange Wartezeiten auf Therapieplätze vermieden werden können.

Schlussfolgerungen und Maßnahmen

Die Prävalenz von psychogenen Essstörungen nahm unter Versicherten der AOK Nordost im Alter zwischen 6 und 54 Jahren zu – zwischen 2010 und 2016 stieg sie allein um 71%. Gleichzeitig begeben sich nur wenige Patienten in Behandlung. Zwar ist bisher wenig darüber bekannt, wie hoch die Spontanremissionsrate bei Essstörungen ist. Bei Betroffenen jedoch, die eine Therapie beginnen, dauert die Erkrankung in der Regel mehrere Jahre und ist von zahlreichen Rückschlägen gekennzeichnet (DGPM/DKPM 2010). Betroffene ohne Behandlung fallen möglicherweise erst Jahre später angesichts der Langzeitfolgen der Essstörung im Gesundheitssystem auf – das wäre eine denkbare Erklärung dafür, dass sich 2016 auch jenseits der „klassischen“ Risikoaltersgruppen noch substanzielle Prävalenzraten fanden. Essstörungen gehen sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft mit deutlich negativen Konsequenzen einher. Angesichts des Aufwärtstrends in den Fallzahlen wird diese Belastung in Zukunft wahrscheinlich noch steigen, es

Development of diagnoses as well as therapies of eating disorders in northeastern Germany between 2010 and 2016

Eating disorders such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder have severe implications for the affected persons. Diseases resulting from eating disorders, increased mortality rates as well as psychic co-morbidities are amongst them. Analysis of data of a major regional German statutory health insurance in Northeastern Germany indicates a substantial growth of eating disorder diagnoses between 2010 and 2016. The prevalence rate for people aged 6 to 54 years has grown up to 1.1% in Berlin, whereas it is 0.6% in the federal states of Brandenburg and Mecklenburg-West Pomerania. The analysis reveals a noticeable difference between urban and rural areas. Psychotherapy is seen as the only appropriate treatment in case of eating disorders. Nonetheless, only 9% of the patients with a newly diagnosed eating disorder have started an adequate therapy within three years beginning from diagnosis.

Keywords

AOK Nordost, GeWINO, care research, eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, psychotherapy

besteht daher dringender Handlungsbedarf.

Um zu verhindern, dass anfängliche Symptome sich zu einer manifesten Essstörung ausbilden oder gar chronisch werden, müssen gefährdete Personen zum einen frühzeitig erkannt werden. Zum anderen ist anschließend eine rasche Intervention notwendig. Die AOK Nordost hat sich beider Punkte angenommen und gemeinsam mit Experten wie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Beratungsstelle Dick & Dünn und dem Startup Jourvie (Startup mit gleichnamiger App zur Unterstützung der Behandlung von Essstörungen) als erste gesetzliche Krankenversicherung ein Versorgungsprogramm zur Früherkennung und Frühbehandlung von psychogenen Essstörungen im Kindes- und Jugendalter (7-17 Jahre) konzipiert. Dieses wird seit Januar 2018 vorerst in der Region Berlin umgesetzt. <<

Autorenerklärung

Es liegen keine Konflikte vor.

Zitationshinweis

Breitkreuz, J., Zahn, T.: „Diagnosen und Therapien psychogener Essstörungen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zwischen 2010 und 2016“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 02/18, S. 52-56, doi: 10.24945/MVF.0218.1866-0533.2074

Dr. Jan Breitkreuz

ist seit 2017 als Spezialist datenbasierter Analysemethoden im Bereich der Versorgungsforschung beim Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – die Gesundheitskasse tätig. Zuvor befasste er sich als Consultant mit datenbasierter Vertrieboptimierung bei Unternehmen aus der Pharmabranche.

Kontakt: Jan.Breitkreuz@nordost.aok.de



Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

ist Leiter des fib Forschungsinstituts der bbw Hochschule und Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – die Gesundheitskasse. Er hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland sowie den USA studiert und promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik.

Kontakt: Thomas.Zahn@nordost.aok.de



Leserumfrage

Mit der Ausgabe 01 startete „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) am 7. April 2008 mit seinem seit Beginn an kombinierten redaktionellen und wissenschaftlichen Ansatz. Markenzeichen des bis dato einzigen deutschsprachigen Fachmediums, das sich explizit dem Themenfeld der Versorgungsforschung widmet, sind die Titelinterviews mit denjenigen Personen, die einerseits die Fachrichtung, andererseits die Versorgungsrealität prägen – inzwischen 62 an der Zahl.

In diesen gut fünf Dutzend ausführlichen Interviews, die zum 10-jährigen Erscheinen in einer Sonderedition erscheinen, spiegeln sich neben der immer festeren Etablierung der Versorgungsforschung auch die großen Themen der letzten Dekade wider. Den Interviewreihen (siehe auch <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/inhalt>) eröffnete der leider viel zu früh verstorbene Staatssekretär im BMG Dr. Klaus Theo Schröder, der in der ersten Ausgabe von MVF (01/08) über den „strategisch konzeptionellen Ansatz der Versorgungsforschung“ sprach. Danach folgten viele Landes- und Bundesminister wie Dr. Markus Söder, Dr. Philip Rösler, Barbara Steffens, Dr. Johanna Wanka, Hermann Gröhe und Harry Glawe, führende Fachleute und Entscheider der Krankenkassen wie Dr. Rolf Ulrich Schlenker, Prof. Dr. Herbert Rebscher, Gerhard Stein und Harald Möhlmann sowie viele Professoren, Wissenschaftler und Repräsentanten von versorgungsprägenden Institutionen und Organisationen. Diese Interviews zeichnen den zunehmenden Einfluss der Versorgungsforschung nach, die „Monitor Versorgungsforschung“ positiv begleitet hat, und die selbst die starke mediale Präsenz von MVF genutzt haben, um mit ihrer Botschaft Wirkung im System zu erzielen.

Fragen

Das führt uns zu einer zentralen Frage: Wie wichtig ist „Monitor Versorgungsforschung“ für Sie?

1) Würden Sie das Fachmedium „Monitor Versorgungsforschung“ vermissen, wenn es mit der folgenden Ausgabe 03/18 eingestellt würde?

Ebenso gerne möchten wir von Ihnen erfahren:

2) Im Jahr 2017 sind 6 MVF-Ausgaben erschienen. In wie vielen von diesen 6 Ausgaben haben Sie innerhalb dieser Zeit – Ihrer eigenen Schätzung nach – gelesen oder geblättert?

3) Wie viele Ihrer Kollegen lesen Ihre Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ mit (Umlauf)?

4) Welche Themenfelder würden Sie gerne stärker in MVF behandelt wissen?

5) Welche Botschaft möchten Sie ganz persönlich MVF mitgeben?

Als Dank für Ihre Mühe erhalten Sie fürs Mitmachen bei dieser Umfrage die PDF-Sonderausgabe „60 Titelinterviews“.

Diese Fragen können Sie hier ganz schnell online oder auch per Fax beantworten, wobei uns online lieber wäre. Fragen 4 und 5 bitte ausschließlich online beantworten: <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/inhalt/leserumfrage>

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mühe.

Ihr



MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski



MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



Bitte per Fax an 0228/ 76 38 280 - 1

Leserumfrage

Frage 1: MVF würde ich: sehr stark vermissen stark vermissen vermissen weniger vermissen überhaupt nicht vermissen

Frage 2: Anzahl gelesener Ausgaben: 1 2 3 4 5 6

Frage 3: Leser pro Ausgabe: 0 1 2 3-5 6-10 mehr als 10

Frage 6: Ich möchte als Dank für meine Mühe die Sonderausgabe „60 Titelinterviews“ als eBook/PDF an meine E-Mail-Adresse erhalten: Ja Nein

Gesellschaft/Institution/Organisation _____

Titel/Name/Vorname _____

Adresse _____

E-Mail _____

**VERSORGUNGS
FORSCHUNG**

monitor
c/o eRelation AG
Kölnstraße 119
53111 Bonn
Tel. 0228 76 38 280 - 0
Fax 0228 76 38 280 - 1
E-Mail: stegmaier@m-vf.de



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Versorgungsforschung mit Geflüchteten: Herausforderungen der Datenerhebung und Lösungsansätze aus dem Projekt „RESPOND“

Seit der sogenannten „Flüchtlingskrise“ von 2015 ist die Anzahl der neu ankommenden Asylsuchenden in Deutschland deutlich gesunken. Dennoch warten noch immer viele Menschen in Deutschland auf eine Entscheidung zu ihrem Asylantrag und können sich in dieser Zeit nicht sicher sein, wo sie ihr Leben neu aufbauen dürfen. Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden fällt in dieser Zeit außerhalb der regulären Krankenversicherung und obliegt den Ländern und Kommunen. Geflüchteten eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten, ist nicht nur eine humanitäre und rechtliche Imperative, sondern auch ökonomisch sinnvoll (1). Jedoch ist die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung durch die fehlende Datengrundlage erheblich erschwert (2).

Bereits in der Ausgabe 02/2016 beschrieben wir die schwierige Datensituation für die Population der Geflüchteten in Deutschland. Daraufhin ist das BMBF-geförderte Projekt RESPOND ins Leben gerufen worden, um die Praxis auf eine solidere Evidenzbasis zu stellen. Ziel des Forschungsvorhabens ist es, die notwendige wissenschaftliche Evidenz zu erbringen, um Versorgungsstrukturen für Asylsuchende nachhaltig effektiver, effizienter und bedarfsgerechter zu gestalten. Die Erhebung verlässlicher Daten im Kontext der Flucht-migration trifft dabei jedoch auf besondere Herausforderungen.

Ihr

Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Herausforderungen und Lösungsansätze aus dem Projekt „RESPOND“

Der Forschungskontext von Geflüchteten in Deutschland unterscheidet sich erheblich von der regulären Bevölkerung, sowohl durch die fragmentierten Versorgungsangebote (3), die Mobilität der Population als auch der sprachlichen Diversität. Im Rahmen der Maßnahme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung“ konnte an unserer Abteilung unter der Leitung von Dr. Kayvan Bozorgmehr eine BMBF-Nachwuchsgruppe mit dem Titel RESPOND (Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees) etabliert werden.

Das Projekt RESPOND hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Hürden der Versorgungsforschung durch verschiedene methodische Ansätze zu überwinden. Zu diesem Zweck werden unter anderem

eine Reihe an Surveys in verschiedenen Settings durchgeführt, anhand derer sich die Situation der Geflüchteten und ihren Zugang zu Versorgungsangeboten besser beschreiben lässt.

Die erste Hürde, die es bei einer Datenerhebung mit Geflüchteten zu überwinden gilt, ist die Fragmentierung der Versorgung je nach Region, der Zeit seit Ankunft in Deutschland und der aktuellen Unterbringung. Zum Beispiel wird in den meisten Erstaufnahmeeinrichtungen eine niedrighschwellige Versorgung durch Allgemeinmediziner, sowie teilweise auch Pädiater und Hebammen angeboten. Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften der Kommunen haben aber oft einen weiten Weg bis zum nächsten Arzt oder Krankenhaus. Deshalb werden Daten für die Studie RESPOND in mehreren Settings erhoben: in den Erstaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften in ländlichen und städtischen Regionen sowie in Praxen und psychosozialen Zentren. Daten aus Baden-Württemberg werden mit Studien in anderen Bundesländern unter Verwendung einheitlicher Befragungsinstrumente verglichen, um regionale Unterschiede zu eruieren. Somit lassen sich Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse von Geflüchteten differenzierter und Setting-spezifisch abbilden.

Eine zweite Barriere der Datenerhebung in dieser Bevölkerung stellt sich in der Auswahl der Teilnehmer. Damit die Ergebnisse quantitativer Studien möglichst repräsentativ sind, sollten im Idealfall geflüchtete Teilnehmer per Zufall ausgewählt und zur Studie eingeladen werden. Die Bevölkerung der Geflüchteten ist jedoch ständig im Wandel: Menschen können binnen kürzester Zeit in eine andere Unterkunft oder sogar ein anderes Bundesland verlegt werden und nicht mehr erreichbar sein. Daher hat das Forschungsteam für diese Studie im Vorfeld eine Gesamtliste aller Gemeinschaftsunterkünfte in Baden-Württemberg über die zuständigen Landratsämter eingeholt. Es wurde aus mehr als 70.000 Geflüchteten eine Zufallsstichprobe auf Unterkunftsebene gezogen, welches die heterogene Verteilung der mehr als 1.800 Unterkünfte in ländlichen und städtischen Regionen sowie die Größe der jeweiligen Unterkunft berücksichtigte (Abb.1).

Jede Studie, die Fragebögen für die Datenerhebung einsetzt, muss sich im Vorfeld über die Verständlichkeit der Fragen und Antwortoptionen im Klaren sein. Forschungsvorhaben mit Flüchtlingen haben zusätzlich als Aufgabe, diese Verständlichkeit in verschiedenen Sprachen zu gewährleisten. In der Studie RESPOND wurden ausschließlich etablierte Fragen aus internationalen Studien verwendet, dessen Validität bereits in verschiedenen kulturellen Kontexten geprüft wurde. Der Fragebogen wurde von jeweils zwei geprüften Übersetzern in neun Sprachen übersetzt. Anschließend kamen Übersetzer und Forscher in einem Synthese-Gespräch zusammen, um die Äquivalenz der Fragen in beiden Sprachen zu prüfen.

Im Weiteren wurde die Verständlichkeit des Fragebogens in Kooperation mit dem Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) geprüft. Hierfür wurden neun Asylsuchende mit verschiedenen Sprachkenntnissen zu einem Dolmetscher-gestützten kognitiven Pretest eingeladen (4). Somit konnte der endgültige Fragebogen für den spezifischen Kontext von Asylsuchenden in Deutschland

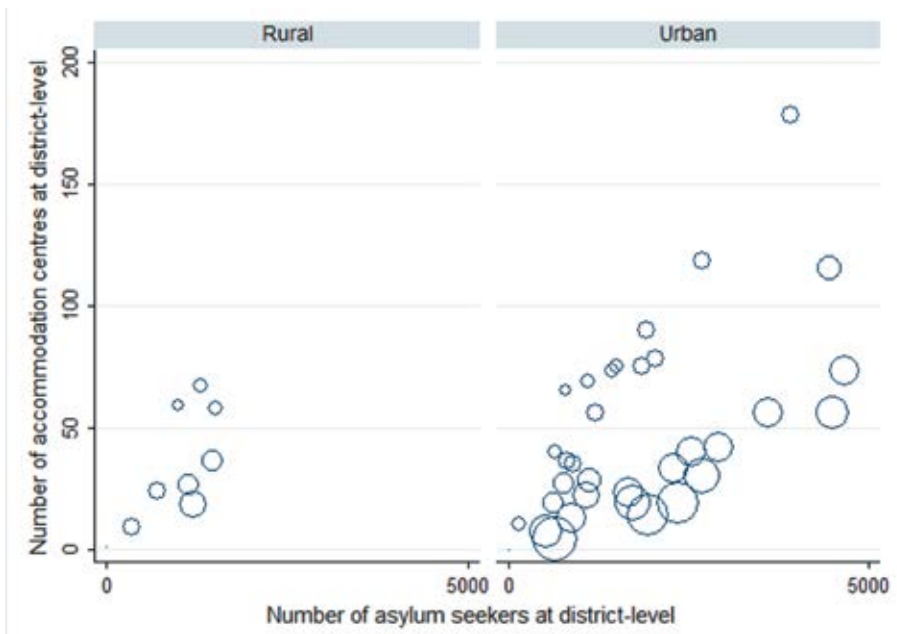


Abb.: Verteilung von N > 70.000 Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg sowie Anzahl der Gemeinschaftsunterkünfte auf Landkreisebene nach Stadt-Land-Charakteristika (März/April, 2017). Die Größe der Plots ist gewichtet nach der mittleren Unterkunftsgröße auf Landkreisebene.

in einem Tailoring-Prozess zur Entwicklung und Pilotierung kontext-spezifischer Interventionen verwendet.

Wir wollen aus der aktuellen medizinischen Situation von Geflüchteten lernen, damit in Zukunft eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung mit hoher Qualität zu einem festen Bestandteil der Systemantwort auf Migration nach Deutschland wird.

Kontakt

Für weitere Informationen zum Forschungsvorhaben RESPOND können sie unsere Webseite besuchen: www.respond-study.org.

Dort können Sie sich auch für unseren Newsletter anmelden, um weitere Informationen über die Studie und neueste Forschungsergebnisse zu erhalten.

von:

Louise Bartel (MSc) und
Dr. Kayvan Bozorgmehr (MSc)

adaptiert werden. Dies stellt eine substantielle Weiterentwicklung voriger Ansätze und Instrumente aus unserer Abteilung dar (5,6). Bei der Datenerhebung selbst wurden Geflüchtete durch mehrsprachiges Studienpersonal, standardisierte Audioaufnahmen in mehreren Sprachen sowie durch den optionalen Einbezug von Video-dolmetschern über die Studie aufgeklärt und zur Teilnahme eingeladen.

Aussichten des Forschungsvorhabens

Die Datenerhebung in Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg endet im April 2018, die Datenerhebung in anderen Settings erfolgt bis zum Herbst 2018. Darüber hinaus werden qualitative Interviews mit Asylsuchenden, Behörden und Fachkräften in der Versorgung durchgeführt. Weiterhin zielt das Vorhaben darauf ab, bestehende Datenquellen zur Analyse der Systemantwort zu nutzen. So wurden im Rahmen von RESPOND eine ökonomische Evaluation der Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, um die diagnostischen Kosten des Screenings in verschiedenen Bundesländern abzuschätzen [7], sowie eine Analyse der Effizienz des Tuberkulose-Screenings im Licht unterschiedlicher herkunftsland-basierter Erkrankungsrisiken vorgenommen [8]. Um die Güte der individual-medizinischen Primärversorgung abzubilden, werden ambulant-sensitive Hospitalisierungen untersucht [9]. Jedoch sollen die Ergebnisse dieser Studie nicht zum Selbstzweck dienen. In Phase 2 des Forschungsvorhabens, welches bis 2021 gefördert wird, werden Ergebnisse der Querschnittsstudien, zusammen mit Erkenntnissen aus qualitativer Forschung und Analyse von Routine-Daten,

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Bozorgmehr K, Razum O: Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* 2015, 10: e0131483.
- [2] Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K: Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. *Dtsch Arztebl* 2016, 113: A130-A133.
- [3] Bozorgmehr K, Noest S, Thaiss MH, Razum O: [Health care provisions for asylum-seekers: a nationwide survey of public health authorities in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt* 2016, 1-11.
- [4] Hadler P, Neuert C, Lenzner T, et al. RESPOND - Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees, 2017. *GESIS - Pretestdatenbank*.
- [5] Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K: Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open* 2015, 5: e008784.
- [6] Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S: Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2015, 15: 502.
- [7] Bozorgmehr K, Wahedi K, Noest S, Szecsenyi J, Razum O. Infectious disease screening in asylum-seekers: range, coverage and economic evaluation in Germany (2015). *Euro Surveill* 2017; 22(40).
- [8] Bozorgmehr K, Joggerst B, Wagner U, Stock C. Yield of tuberculosis screening in asylum-seekers by country of origin: analysis of screening data in a German federal state (2002-2015). *Eur Respir J* 2017;49(4).
- [9] Lichtl C, Lutz T, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Differences in the prevalence of hospitalizations and utilization of emergency outpatient services for ambulatory care sensitive conditions between asylum-seeking children and children of the general population: a cross-sectional medical records study (2015). *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 731.

Wenn Hightech zu Hören wird.

Mit modernen **Hörimplantaten** für unsere Versicherten.
Fortschritt leben. Die Techniker

dietechniker.de