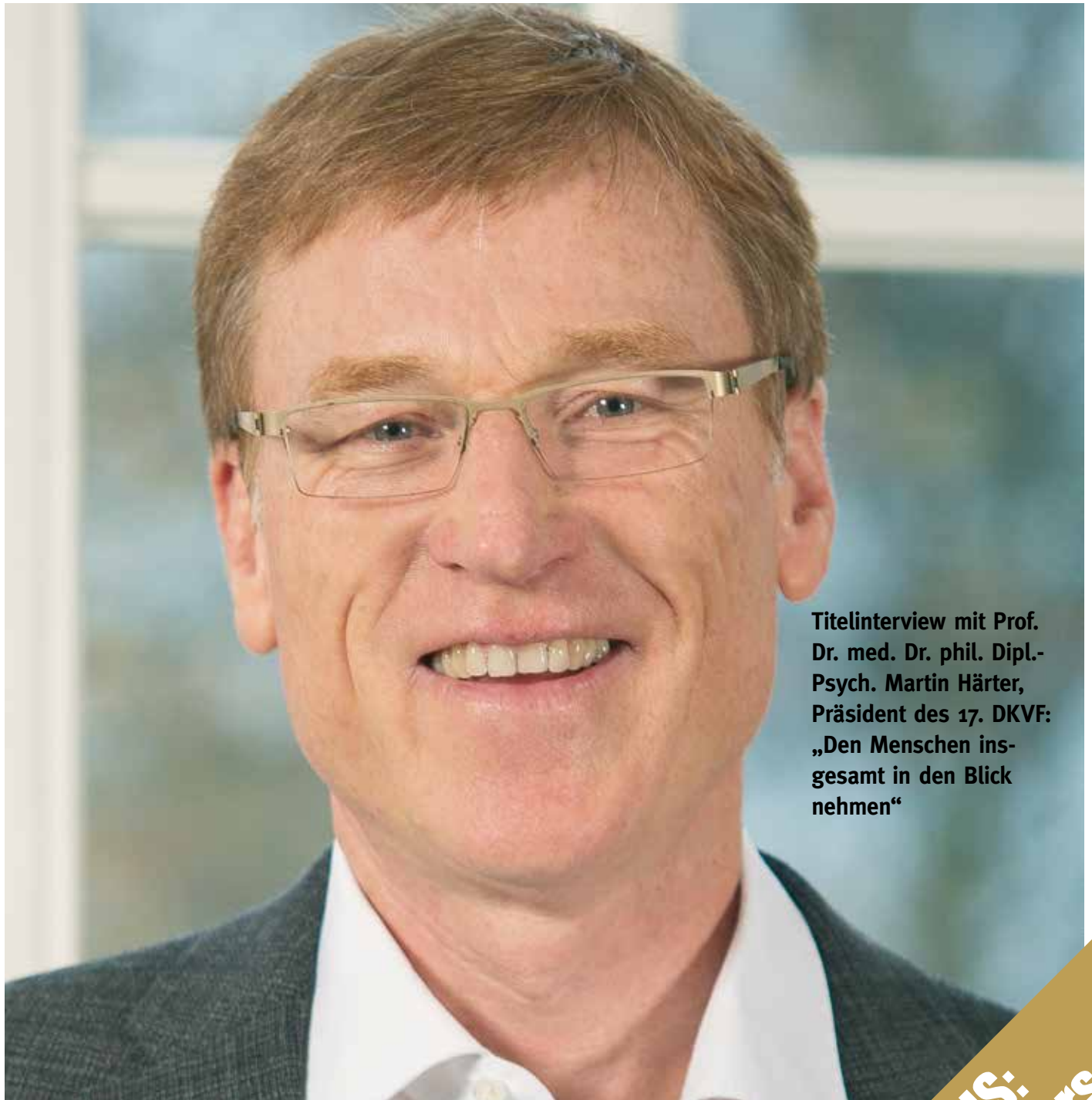


VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter, Präsident des 17. DKVF: „Den Menschen insgesamt in den Blick nehmen“

„Eine Wette auf die Zukunft des deutschen Systems“ (May/Wasem)

„Kosten- und Mengeneffekte des MICADO-Selektivvertrags“ (Jacob)

„Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Schaeffer)

Editorial

Personenzentrierung der Versorgung 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Den Menschen insgesamt in den Blick nehmen“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter, Präsident 16. DKVF

Stärkerer Fokus oder vielleicht gar Versorgungsziele? 14

G-BA-Kongress „Zwei Jahre Innofonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“

Von der Innovation zur Regelversorgung 20

4. Plenumsveranstaltung der B. Braun-Stiftung

Vergütungen für „sektorengleiche Leistungen“ 21

Zi-Kongress „Sektorenübergreifende Vergütung – Chimäre oder bald schon Realität“

Kooperation und Koordination gefordert 22

Kongress „Lage der Arzneimittelanwendung 2018“

RWE-Forschungsprogramm zeigt Unterschiede auf 23

Sanofi-Satellitensymposium anlässlich des 78. Kongresses des ADA in Orlando

FDA legt einen „Biosimilar Action Plan“ auf 24

Food and Drug Administration vergleicht Biosimilar-Einparungen mit denen von Generika

Im Spannungsverhältnis zwischen Zutritt und Preis 25

Pfizer-Satellitensymposium „Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“

„Wette auf die Zukunft des deutschen Systems“ 27

Interview mit Prof. Dr. Uwe May und Prof. Dr. Jürgen Wasem

„Aut simile könnte die Therapiehoheit gefährden“ 29

Kurzinterview mit Dr. Andreas Ludäscher, Pfizer Pharma PFE/Pfizer Essential Health

Den Menschen im Fokus 32

Serie (Teil 13): „Abteilung Versorgungsforschung“ am UKE Hamburg

HAM-NET: Koordinieren, fördern und verbessern 35

Zweites Symposium des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET)

„Interessenkonflikte hat jeder, aber jeder andere“ 40

Kommentar von Prof. Dr. med. Franz Porzolt (ICE)

„Grundsätzlich keine belastbaren Nutzenbelege“ 42

Replik von Univ.-Prof. Dr. Norbert Schmacke (Uni Bremen)

Zahlen - Daten - Fakten

Steuern Arzneimittelvereinbarungen: ja oder nein? 12

Standards

Impressum 2

News 30, 31, 39, 42

WISSENSCHAFT

Dr. Jan Breitzkreuz / Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn 47

Steigende Hautkrebsprävalenz bei geringer Inanspruchnahme von Hautkrebscreening

Hautkrebs ist die häufigste Krebserkrankung in Deutschland. Es kann unterschieden werden zwischen dem frühzeitig metastasierenden malignen Melanom und den sonstigen malignen Neubildungen der Haut, die zumeist lokal Gewebe zerstören, aber selten metastasieren. Die Einjahres-Prävalenz von Hautkrebs betrug bei den Versicherten der AOK Nordost ab 35 Jahren im Jahr 2015 alters- und geschlechtsstandardisiert 1,9%. Die Analysen zeigen eine starke Zunahme in den letzten Jahren, auch bei verhältnismäßig jungen Patienten zwischen 35 und 50 Jahren.

Prof. Dr. Doris Schaeffer / Prof. Dr. Klaus Hurrelmann / Dr. Dominique Vogt / Svea Gilled 53

Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ – Relevanz für die Versorgungsforschung

Studien zur Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung haben gezeigt, dass große Teile der Bevölkerung eine niedrige Health Literacy aufweisen. Um diese Situation zu verbessern, sind in vielen Ländern nationale Strategien und Aktionspläne zur Förderung von Gesundheitskompetenz erstellt worden. Diesen Beispielen folgend wurde jüngst auch für Deutschland ein Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz erarbeitet. An dem zweijährigen Entwicklungsprozess waren 15 ausgewiesene Expertinnen und Experten beteiligt. Auf Basis einer Analyse vorliegender Literatur zur Gesundheitskompetenz und bestehender Aktionspläne wurden die Konzeption, Ziele und Schwerpunkte des Aktionsplans festgelegt und konkrete Empfehlungen erarbeitet. Die Empfehlung zur Förderung der Forschung über Gesundheitskompetenz wird im vorliegenden Beitrag vorgestellt und erläutert. Gezeigt wird, dass der Nationale Aktionsplan auch als Agenda für neue Ansätze und Themen der Versorgungsforschung gelesen werden kann.

Josephine Jacob M.Sc Epid. B.Sc EPH / Dr. med. Jochen Walker / Lenkungs-gremium des MICADO-Selektivvertrags 59

Kosten- und Mengeneffekte des MICADO-Selektivvertrags

Trotz rechtlicher Rahmenbedingung durch den Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag) ist der Anteil ambulanter Operationen in Deutschland im internationalen Vergleich gering. Mit dem MICADO-Selektivvertrag wurden – durch Erweiterung des Operationsspektrums und eine bessere Vergütung – zusätzliche Möglichkeiten für ambulante/stationersetzende Operationen geschaffen. Die vorliegende Studie untersucht, ob diese Option für die gesetzliche Krankenversicherung wirtschaftlich ist, oder ob es angebotsinduziert zu einer Zunahme der Operationstätigkeit kommt.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 43-46

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

Redaktion
Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Kerstin Müller
mueller@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

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

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

den Anzeigenteil)

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

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

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

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

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von

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

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



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 Ingenieur- und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	

	Universitätsmedizin KÖLN	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/Stiftungen

	bwf/wib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Bernadette Klapper	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik Graf von Stillfried	

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	WINEG	Dr. Andreas Meusch	

Akteure

	AKTIONS BÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Hedwig François-Kettner	
	AOK Die Gesundheitskasse 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	Friedhelm Leverkus	
	SANOFI	Prof. Dr. W. Dieter Paar	
	vitabook	Markus Bönig	

	AKTIONS BÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Die Gesundheitskasse Baden-Württemberg	Dr. Christopher Hermann	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	IGiB StimMT	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 ERREICHEN •	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.

Personenzentrierung der Versorgung

MVF-Titelinterview mit Professor Dr. Dr. Martin Härter, Präsident des 17. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung > S. 6 ff.

„Es macht einen Unterschied, ob man den Menschen oder den Patienten in den Vordergrund stellt.“ **Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter**, Präsident des 17. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, plädiert für das bio-psycho-soziale Modell. „Bei diesem Modell schaut man breiter auf den Patienten, mit all seinen Symptomen, seiner Erkrankung, aber auch seinem Umfeld und versucht damit, den Menschen insgesamt in den Blick zu nehmen.“ Im Mittelpunkt stehen der Zugang zur Versorgung, deren Kontinuität und Qualität. Wichtiger Bestandteil ist das Shared Decision Making. Aber, wie so oft, gilt: „Das Konzept ist weit entwickelt, aber die Implementierung hinkt.“ Hier ergeben sich auch für die Versorgungsforschung zahlreiche neue Perspektiven und Aufgaben.

Neu im Herausgeberbeirat: Dr. Bernadette Klapper, Robert Bosch Stiftung > S. 3

Wir begrüßen ein neues Mitglied im Herausgeberbeirat: **Dr. Bernadette Klapper**, Bereichsleiterin Gesundheit der **Robert Bosch Stiftung**. Wir heißen sie herzlich willkommen und freuen uns sehr über ihre Mitwirkung und ihr Engagement für die Versorgungsforschung.

Interessante Kongresse und Symposien

Zum Stand des Innovationsfonds und über die Zuteilung der Mittel ab 2019 informierte der **G-BA-Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds“**. > S. 14 ff.

Der **Zi-Kongress „Sektorenübergreifende Vergütung“** fragte sich, ob die sektorenübergreifende Vergütung ärztlicher Leistungen bald Realität werden könnte oder eine Chimäre bleibt. > S. 21

Kooperation und Koordination forderte der Kongress **„Lage der Arzneimittelanwendung 2018“**, veranstaltet vom Verein zur Förderung der Arzneimittel-Anwendungsforschung e.V., dem Hartmannbund und der Robert Bosch Stiftung in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung. > S. 22

Mit **„Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“** beschäftigten sich zahlreiche Experten beim **Pfizer-Satellitensymposium** auf dem Hauptstadtkongress 2018. > S. 25 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Breitkreuz und **Zahn** untersuchen die Prävalenz von Hautkrebs bei Versicherten der AOK Nordost. Sie finden im Jahr 2015 eine starke Zunahme in den letzten Jahren, auch bei relativ jungen Patienten zwischen 35 und 50 Jahren. Und nur 22 % der Anspruchsberechtigten nutzen die Möglichkeit zu einem kostenlosen Hautkrebscreening. > S. 47 ff.

Schaeffer, Hurrelmann, Vogt und **Gille** präsentieren den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz mit seiner Konzeption, den Zielen und Schwerpunkten sowie konkreten Empfehlungen. Insbesondere erläutern sie, wie sich aus der Agenda des Aktionsplans auch neue Ansätze und Themen für die Versorgungsforschung ergeben. > S. 53 ff.

Jacob, Walker und das **Lenkungsgremium des MICADO-Selektivvertrags** analysieren, wie sich der Anteil ambulanter Operationen, der in Deutschland im internationalen Vergleich gering ist, durch die Anreize des Selektivvertrags verändert hat und ob dies für die gesetzliche Krankenversicherung wirtschaftlich ist. Trotz einer geringfügigen Mengenausweitung ergibt sich durch eine stationersetzende Wirkung für die beteiligten Krankenkassen ein Kostenvorteil gegenüber der Regelversorgung. > S. 59 ff.

Ich wünsche Ihnen weiter einen so schönen Sommer und mit dieser Ausgabe wieder interessante Lektüre und viele 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 Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter, Präsident des 17. DKVF

„Den Menschen insgesamt in den Blick nehmen“

„Es ist an der Zeit, den Menschen, das Individuum, die Person in den Blick zu nehmen“, sagt Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter, der Präsident des 17. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“. Der 17. DKVF hat darum das Motto „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“ gewählt, das mit vielen nationalen und internationalen Sprechern diskutiert wird.

>> Herr Prof. Härter, der 17. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, dem Sie als Kongresspräsident vorstehen, hat das Motto „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“. Warum nicht „patientenzentriert“?

Es macht einen Unterschied, ob man den Menschen oder den Patienten in den Vordergrund stellt. Der Gedanke der patientenzentrierten Versorgung stammt aus den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Nun, so rund ein Vierteljahrhundert später ist es an der Zeit, den Menschen, das Individuum, die Person in den Blick zu nehmen. Dieser Fokuswechsel ist wichtig, weil man sich damit von der Betrachtung des Patienten im Allgemeinen dem einzelnen Menschen zuwendet. Diese Sichtweise ist zwar nicht neu, sie geriet nur in den letzten Dekaden in Vergessenheit. Sie geht zurück auf die 70er-Jahre, in denen das bio-psycho-soziale Modell entwickelt wurde. Bei diesem Modell schaut man breiter auf den Patienten, mit all seinen Symptomen, seiner Erkrankung, aber auch seinem Umfeld und versucht damit, den Menschen insgesamt in den Blick zu nehmen.

Funktioniert denn das?

In der Versorgungswirklichkeit ist es so, dass zumindest die in den letzten Jahren durchgeführten Studien zeigen, dass es eine ganze Menge an Problemen in der Umsetzung einer umfassenden Personenzentrierung und der auf das Individuum ausgerichteten Versorgung gibt.

Hier sollte man vielleicht analysieren, welche Barrieren es möglicherweise und sicher auch anzunehmenderweise gibt.

Hier spielt insbesondere die Frage der Beteiligung in der Versorgung eine Rolle. Doch zuerst sollten wir – und das werden wir beim DKVF tun – diskutieren, was überhaupt unter dem Begriff einer personenzentrierten Versorgung zu verstehen ist.

Da gibt es doch sicher bereits Definitionen.

Wir haben vor vier Jahren in einem systematischen Review aus der Literatur Konzepte und Modelle destilliert, die in wissenschaftlichen Artikeln die Begriffe „Patientenorientierung“ bzw. „Patient-/Person-centered Care“ beschrieben haben. Wir haben über 400 Artikel gefunden, die sich mit diesen Themenkreisen beschäftigen. Wenn man all diese Artikel analysiert und verdichtet, kommt man auf 15 Dimensionen, welche die grundlegenden Aspekte einer personenzentrierten Versorgung beschreiben.

Welche sind das?

Das ist zum einen der Zugang zur Versorgung, dann deren Kontinuität und Qualität. Hier sind aber auch Faktoren relevant, wie das Ineinandergreifen verschiedener Professionen und die grundlegende Haltung der Behandler, des versorgenden Teams und auch des Pati-

enten. Stichworte hierfür sind Behandler-Patienten-Kommunikation und -Interaktion, wobei wir an der Stelle wieder auf das bio-psycho-soziale Modell stoßen und wie dieses berücksichtigt wird. An der Stelle kommen Fragen auf wie: „Wie werden Informationen an Patienten vermittelt?“, „Wie werden Patienten beteiligt?“, „Werden Angehörige und Freunde berücksichtigt?“, „Wie erfolgt die emotionale und physische Unterstützung?“.

Was passiert, wenn man alle diese Fragen beantwortet?

Irgendwann kommt man Schritt für Schritt zu einem stimmigen Modell eines umfassenden Konzepts der Personenzentrierung im Gesundheitswesen.

Wovon sicher einzelne Aspekte – zumindest teilweise – bereits realisiert sind, andere hingegen nicht.

Das zu erforschen ist die Aufgabe der Versorgungsforschung. Die Aufgabe ist alles andere als trivial, was man bereits erkennt, wenn man sich zunächst einmal mit der Frage des „zeitnahen und angemessenen Zugangs zur Versorgung“ beschäftigt. Es wird dann notwendig, die Zugangsthematik zu operationalisieren, also untersuchbar zu machen. Es wird schnell klar, dass es gar nicht so einfach ist zu sagen, wo wir im Allgemeinen oder gar im Speziellen stehen. Das gilt auch für die Frage der Beteiligung bei Entscheidungen, zu der es bisher nur wenige Untersuchungen gibt, die uns verlässliche Hinweise geben können, wo wir hier stehen.

Zum Beispiel den Gesundheitsmonitor des RKI, der mit seinem – zuletzt 2015 erschienenen – Bericht zur „Gesundheit in Deutschland“ einen guten Überblick über den aktuellen Stand und die Entwicklung der Gesundheit in der deutschen Bevölkerung erlaubt.

Hier wurde 2015 beschrieben, dass Patienten recht wenig in Entscheidungen eingebunden werden. Gefragt, ob sie schon einmal Shared Decision Making, kurz SDM, erlebt hätten, antworteten über Zweidrittel der Befragten, dass sie das noch nie erlebt hätten. Demnach kommt SDM in der Versorgungsrealität praktisch nicht vor, egal ob ein Patient nun zum Haus- oder zum Facharzt geht. Bestätigt wird dies auch durch eigene Studien aus unserem Team, die mit einer aufwendigen IST-Analyse zeigen, wie wenig SDM im onkologischen Indikationsbereich bisher umgesetzt wird.

Warum ist das so? Liegt es an den Patienten?

Ich persönlich glaube nicht, dass das Problem auf der Patientenseite zu verorten ist, eher auf der Anbieterseite. Ärzte und versorgende Teams sollten Shared Decision Making aktiv den von ihnen betreuten Patienten anbieten, damit diese erfahren, welche Möglichkeiten einer Beteiligung sich für sie eröffnen können. Mehr noch: Man sollte sie

dazu einladen, und ihnen erklären, warum das sinnvoll ist.

Was jedoch mehr Zeit kostet.

Nicht unbedingt. Studien zeigen, dass SDM nicht mehr Zeit kostet, sondern eine andere Struktur des Gesprächs mit sich bringt. Das Ganze hat natürlich viel mit Haltung gegenüber Patienten und einer entsprechenden professionellen Zuwendung zu tun. Und kommt zudem nicht von ungefähr: Diese Art von Kommunikation muss geschult werden, was aber bisher nur an wenigen Orten getan wird.

Demnach hinkt bei dieser Frage die medizinische Ausbildung und Weiterbildung dem eigentlich Möglichen hinterher?

SDM ist bisher in wenigen Curricula festgeschrieben. In Hamburg haben wir diese Art und Haltung der Arzt-Patienten-Kommunikation modellhaft in unserem Curriculum an der medizinischen Fakultät implementiert.

Da werden sich einige medizinische Fakultäten am Masterplan 2020 neu orientieren müssen.

Der Masterplan wird dieses Thema definitiv nach vorne bringen. Es wird jedoch noch einige Jahre dauern, bis Absolventen, die dies gelernt haben, dann in der Versorgung tätig werden und dieser Ansatz flächendeckend in der klinischen Versorgung ankommt.

Wie die Lehre abläuft, ist an den knapp 40 Studienorten alleine den jeweiligen medizinischen Fakultäten überlassen.

Bisher läuft es zum Thema in etwa so: Für alle Studierenden werden zumindest zum Modell der Beteiligung von Patienten immer ein paar Fragen im Physikum gestellt. Bei den anderen wird in Lehrveranstaltungen mit entsprechenden Angeboten eine Vorlesung oder ein Seminar gestaltet. Wir haben ein Programm mit einer Vorlesung und mehrstündigen Seminaren entwickelt, also ein richtiges Gesprächstraining. Dieses wird mit einer Prüfung abgeschlossen, in der man das Gelernte praktisch mit einem Simulationspatienten zeigen muss. Die Spanne ist also sehr breit.

Welche Barrieren gibt es denn?

Das ist zuerst eine Frage der Haltung der Professionellen im Gesundheitswesen, aber auch eine der Anreize im System.

Könnte es nicht auch Fehlanreize geben?

Möglich. In der Krebsversorgung sollen sich Zentren beispielsweise eng an Leitlinien und damit an bestimmte Quoten halten. Doch leitlinienorientiert zu behandeln, heißt nicht unbedingt, dass dies mit den Präferenzen für oder gegen eine Behandlung im Sinne der Patienten ist. Patienten können gute Gründe haben, warum sie eine leitlinienorientierte Behandlungsempfehlung nicht annehmen möchten.

Inwieweit findet sich denn Shared Decision Making überhaupt in den Leitlinien wieder?

Zum Beispiel wurde dieses Modell in der Nationalen Versorgungs-Leitlinie „Unipolare Depression“ als Basis für jede Entscheidung mit den Patienten formuliert, es gibt also eine entsprechende Leitlinienempfehlung dafür. Übrigens sind inzwischen auch andere Leitlinien gefolgt, z.B. wurde zur koronaren Herzerkrankung beispielhaft eine Entscheidungshilfe für eine Stent- bzw. Bypass-Operation entwickelt.

Warum so zögerlich?

In den Leitlinien muss sehr genau überlegt werden, wie man die



„Für die Umsetzung einer personenzentrierten Versorgung bedarf es neuer Anreize und einer Änderung der Haltung.“

diagnostischen oder therapeutischen Empfehlungen formuliert. Es macht auch einen Unterschied, ob SDM als Angebot formuliert wird oder als „sollte“.

Das ist jedoch nicht nur eine semantische Frage, wie man das letztlich in einer Leitlinienempfehlung formuliert.

Richtig. Denn daraus leiten sich mögliche Handlungsmuster ab. Darum muss man sich bei dieser scheinbar nur semantischen Frage schon sehr genau überlegen, wie Empfehlungen so formuliert werden, dass sie eine personenzentrierte Versorgung eher ermöglichen und stimulieren. Diese Diskussion ist im Gange und wird wohl die Leitlinienentwickler in der nächsten Zeit beschäftigen.

Gibt es überhaupt Evidenz dafür, dass SDM etwas bringt?

Es gibt jede Menge Evidenz. Bei der Beteiligung an Entscheidungen gibt es ein über Jahre fortgeschriebenes Cochrane-Review mit über 100 randomisiert-kontrollierten Studien. In diesen wurde vielfach geprüft, wie sich – wenn medizinische Entscheidungshilfen eingesetzt werden – die Arzt-Patienten-Konsultation verändert. Und zwar in Richtung positiver Outcomes auf Seite der Patienten, aber auch auf Seite der behandelnden Ärzte, weil die Zufriedenheit mit dem Arztkontakt und mit der Entscheidung steigt.

Genau dafür haben Sie auf dem 17. DKVF zwei ausländische Sprecher eingeladen.

Das ist zum einen Prof. Dr. Tom Delbanco von der Harvard Medical School in Boston, der das OpenNotes-Projekt mitbegründet hat, in

dem Patienten ihre medizinischen Befunde lesen und kommentieren können und dort, wo es zum Einsatz kommt, sich eine neue Qualität in der Arzt-Patienten-Kommunikation zeigt. Zum anderen ist das Prof. Dr. Glyn Elwyn vom Dartmouth College in Hanover im US-Bundesstaat New Hampshire. Er ist einer der Pioniere in der Entwicklung und Implementierung von Entscheidungshilfen und SDM.

Die beiden Sprecher beschreiben ihre Best-Practice-Modelle?

Tom Delbanco ist einer der Mentoren für den Ansatz der Patientenzentrierung. Den Artikel, den er und andere renommierte Qualitätsforscher – wie etwa Don Berwick aus den USA und Günter Ollenschläger vom ÄZQ – bereits 2001 geschrieben hat, war mit dem Titel überschrieben: „Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me.“¹

Dieses „nothing about me without me“ wurde quasi zu einem Wahlspruch, der in die OpenNotes-Bewegung mündete?

Genau. Hier erhalten Patienten Zugang zu ihren Gesundheitsdaten, was sie so noch nie hatten. Doch war bisher recht unklar, was eigentlich passiert, wenn Menschen auf einmal ihre ganzen Daten sehen.

Was ja auch für alle Patientenakten gilt, die gerade eingeführt oder zumindest getestet werden oder die es schon lange von Privatanbietern gibt.

Im Grunde genommen ist „OpenNotes“ nichts anderes als eine Plattform, auf der die verschiedenen Informationen gebündelt werden, die der Patient quasi erzeugt oder auslöst, indem er sich im Medizinsystem bewegt, ob das nun Arztbriefe, Labor- oder sonstige Vitaldaten oder Diagnosewerte sind.

Was kann denn damit ein Normalpatient anfangen?

Delbanco und sein Team haben die Erfahrung gemacht, dass Patienten diesen Datenzugang sehr positiv wahrnehmen. Natürlich kann nicht jeder Patient etwas damit anfangen, und wahrscheinlich wird auch nicht jeder Patient etwas damit anfangen wollen. Aber sie können sich zumindest, wenn sie es wollen, damit beschäftigen.

Auch kann alleine der Zugang zu den persönlichen Daten schon eine Art Unabhängigkeitserklärung sein ...

... und vor allem eine positive, die Delbanco mit seinen bisher veröffentlichten versorgungswissenschaftlichen Erkenntnissen vorstellen wird. Die sind gerade für uns in Deutschland interessant, wo verschiedene Krankenkassen beginnen, unterschiedliche Lösungsansätze zu implementieren, die ähnlich OpenNotes arbeiten.

Und Prof. Glyn Elwyn?

Er steht uns sehr nahe, weil wir mit ihm viel gemeinsam entwickelt haben und enge wissenschaftliche Kooperationen bestehen.

Wer ist wir?

Das ist eine internationale Gruppe aus Kollegen aus den USA, Kanada und aus Deutschland, aber auch aus anderen europäischen Ländern (z.B. Niederlande, Frankreich) sowie Australien, die sich mit der Implementierung von Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen mit dem starken Fokus auf Shared Decision Making beschäftigen. Mit der Ausbildung des Begriffs SDM ist Glyn Elwyn eng verbunden. Er

hat dieses Modell mitentwickelt und stark mitgeprägt. Dartmouth hat sich sehr stark diesem Thema verschrieben. So konnten viele Projekte entwickelt werden, in denen verschiedene Entscheidungshilfen für die ärztliche Konsultation zum Einsatz kommen. Dort wird auch erforscht, wie Ärzte vorbereitet und trainiert werden müssen, wie solche Projekte implementiert werden können, aber auch, wie SDM-Prozesse und ihr Ergebnis gemessen werden können.

„Das Konzept des SDM ist weit entwickelt, aber die Implementierung hinkt. Erfahrungen aus anderen Ländern können hier helfen.“

Das klingt ein wenig so, als stünden wir bei SDM noch ganz am Anfang, und müssten eigentlich Implementierungsforschung betreiben.

Das Konzept ist weit entwickelt, aber die Implementierung hinkt. Andere Länder sind aber auch nicht viel weiter als wir. Man kann natürlich immer voneinander lernen und sollte das auch tun, vor allem bei der Frage der Entwicklung entsprechender Entscheidungshilfen.

Womit sich wohl die Frage stellt, ob man die Materialien nun besser selbst entwickelt oder lizenziert?

In Deutschland denkt man häufig, das man alles selbst entwickeln sollte. Dabei ist noch nicht zu Ende diskutiert, welche Institution dafür bei uns wirklich befähigt wäre.

Das IQWiG?

Das Institut hat im Auftrag des G-BA Entscheidungshilfen für verschiedene Vorsorgemaßnahmen bei Krebserkrankungen entwickelt und verfügt über langjährige Erfahrungen mit der Entwicklung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen.

Wie wäre es mit dem Aktionsplan Gesundheitskompetenz?

Auch der spielt eine Rolle, weil es dafür grundlegende evidenzbasierte Informationen braucht. Man könnte aber auch an das ÄZQ denken, wo Kurzinformationen für Patienten und niedergelassene Ärzte produziert werden oder die Fachgesellschaften in der AWMF könnten bei der Entwicklung von Leitlinien den Fokus auch auf die parallele Entwicklung von Entscheidungshilfen legen.

Wäre es nicht eine wichtige Botschaft des kommenden Versorgungsforschungs-Kongresses, die nötige Vernetzung einzufordern?

Wir brauchen mehr Vernetzung von Institutionen. Wir benötigen aber auch eine gemeinsame Anstrengung und vor allem einen gemeinsamen Willen, Ansätze der personenzentrierten Medizin flächendeckend implementieren zu wollen. Auch dafür bietet unser Kongress eine gute Gelegenheit, diese Themen mit wichtigen Institutionen und Fachpersonen zu diskutieren.

Auf welcher Ebene sollte man das einfordern? Die Selbstverwaltung macht nichts, was man ihr nicht aufträgt.

Der Kongress und seine Veranstaltungen werden dieser Forderung für eine stärkere Umsetzung Gewicht verleihen.

Wohl wissend, dass diese Aufgabe richtig viel Geld kosten wird.

Richtig. Wenn man für die 100 wichtigsten Entscheidungssituationen in der Medizin entsprechende Materialien produzieren möchte, muss man eine größere Summe investieren. Dazu kommen mögliche

1: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11493320>



Wir wachsen mit besseren Therapien.

Ziel von Boehringer Ingelheim ist es, dem Menschen mit der Entwicklung neuer Therapien zu helfen. Damit hat sich das Familienunternehmen stärker als der Pharmamarkt entwickeln können und die Grundlagen gelegt, dass auch die Aussichten in den kommenden Jahren vielversprechend sind. In die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente mit therapeutischen Vorteilen - und damit in die Zukunft - investierte Boehringer Ingelheim im vergangenen Jahr mehr als 3 Milliarden Euro.

Für die Gesundheit arbeiten weltweit rund 50.000 Mitarbeiter, davon mehr als 15.100 in Deutschland.

www.boehringer-ingelheim.de

Aufwände für Schulungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen und der Qualitätssicherung.

[Das könnte auch ein größeres Innofonds-Forschungsprojekt im Bereich Versorgungsforschung sein.](#)

Das wäre eine gute Möglichkeit. Ein Projekt dazu wird zurzeit an der Universitätsklinik in Kiel gefördert (Anm.: siehe Seite 42). Eine weitere Option ist die Andockung an die Leitlinienentwicklung, da in Leitlinien häufig Entscheidungsbäume beschrieben werden.

[Als eine Art Arzt-Patienten-Appendix.](#)

Wir könnten die Fachleitlinien und die vorhandenen Patientenleitlinien um relevante therapeutische oder diagnostische Entscheidungshilfen samt den erforderlichen Entscheidungsmaterialien erweitern.

[Das würde sich wie ein roter Faden durch alle Leitlinien ziehen.](#)

In der Tat. Allerdings wäre hier eine zusätzliche Finanzierung vonnöten, die nicht unerheblich ins Gewicht fallen würde.

[Professor Hecken hat als G-BA-Vorsitzender selbst gefordert, dass man aus dem Innovationsfonds-Budget einen Teil für die professionelle Entwicklung von S3-Leitlinien einsetzen sollte.](#)

Das wäre eine sehr gute Entscheidung, die ich persönlich begrüßen würde. Es gibt seit langem eine einheitliche S3-Leitlinien-Systematik der AWMF, da könnte man auch eine weiterführende Systematik für SDM-Materialien schaffen. Der methodische Instrumentenkasten dafür wäre vorhanden. Man muss sich dann noch dazu entscheiden, S3-Leitlinien patientenzentrierter als bisher zu gestalten, indem man die relevanten Entscheidungssituationen beschreibt und die nötigen Materialien entwickelt.

[Dann kommt man auch zur sinnfälligen Frage, warum die Implementierung von Leitlinien im realen Versorgungsgeschehen stark aufbaufähig ist.](#)

Die Leitlinien können noch praxisnäher werden, das heißt an die jeweiligen Praxisbedarfe besser angepasst sein. Gleichzeitig müssen sie wohl noch einfacher verstehbar und anwendbar werden.

[Kurzversionen gibt es längst.](#)

Kürzer ist nicht alleine besser. Da können Leitlinienentwickler sicher noch nachjustieren.

[Schon wieder eine Aufgabe der Versorgungsforschung.](#)

Richtig. Wir führen zum Beispiel gerade über das ÄZQ eine Befragung zu didaktischen Formaten der Guidelines durch, die wir auch auf dem Kongress präsentieren werden. Mit den aus dieser Befragung resultierenden Erkenntnissen werden wir prüfen, inwieweit wir die nationalen Versorgungsleitlinien weiter verbessern können, wobei es schon jetzt diverse Formate, Lang-, Kurz- und Patientenversion, CME-Fortbildungen, Publikationen im Dt. Ärzteblatt etc., gibt. Und trotzdem ist das Delta zwischen Leitlinienkenntnis und -anwendung immer noch groß.

[Muss alles noch einfacher werden?](#)

Smarter und besser anwendbar wäre das Ziel.

[Liegt das Problem vielleicht eher bei der Incentivierung?](#)

Ich bin persönlich ein bisschen skeptisch, ob wir wirklich für jeden weiteren Schritt in der Praxis immer „den Euro fallen lassen“ müssen.

[Solange wir hierzulande kein Pay for Performance haben anscheinend schon.](#)

Ob das der richtige Mechanismus ist, der zu mehr Leitlinientreue führt, wäre zu beweisen. Eine probate Alternative wäre, wieder stärker an der Haltung und der Einstellung zu arbeiten, mit der Medizin gegenüber Patienten betrieben wird.

[Ist das nicht ein Baustein auf dem Weg zum Pay for Outcome?](#)

Im Prinzip schon. Wenn solche Dinge eingesetzt werden, geht man natürlich davon aus, dass damit die patientenrelevanten Outcomes verändert werden.

[Nur wie?](#)

Wir wissen aus Studien, dass beteiligte Patienten zufriedener sind, die Entscheidungen stabiler sind und die Adhärenz steigen wird. Für die Frage, ob und wie sich klinische Outcomes verbessern, gibt es immer noch ein Wissensdefizit. Übrigens auch bezüglich der Frage, was das Ganze gesundheitsökonomisch bedeutet.

[Findet sich das eben Beschriebene im Kongressverlauf wieder?](#)

Wir diskutieren drei volle Kongresstage über das Thema Personenzentrierung sowie weitere aktuelle versorgungswissenschaftliche Themen. Wir starten mit dem Open-Notes-Projekt, am zweiten Tag liegt der Fokus auf dem nationalen und internationalen Stand zu Shared Decision Making. Abgerundet wird das fachliche Programm am dritten Tag durch ein Bürgerforum mit dem Thema der Gesundheitskompetenz und der Diskussion über Möglichkeiten der Beteiligung von Patienten oder Patientenvertretern in Forschungsprojekten. Darüber hinaus stehen hochaktuelle Themen wie Digitalisierung im Gesundheitswesen, innovative Versorgungsmodelle und die Versorgung in Ballungsräumen sowie die Bedarfsplanung im Vordergrund. Wir freuen uns auf spannende Vorträge und Diskussionen in Berlin.

Herr Prof. Härter, danke für das Gespräch. <<

[Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier, Fragenvorbereitung gemeinsam mit MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski.](#)

Zitationshinweis

Härter, M., Stegmaier, P., Roski, R.: „Den Menschen insgesamt in den Blick nehmen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 6-10; doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2085

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter

ist seit 2008 Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Ausführliche Vita: Seite 32.



Sport nach Krebs - Neues Modellprojekt der AOK Nordost und der Charité-Sportmedizin

Als regionale Versorgerkasse für die Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erprobt die AOK Nordost gemeinsam mit der Charité-Sportmedizin einen neuen Ansatz in der Krebsnachsorge.

Studien zeigen, dass fast jeder Tumorpatient nach der Diagnosestellung die körperliche Aktivität reduziert. Damit wird eine negative Kettenreaktion ausgelöst: Die eingeschränkte körperliche Aktivität führt zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit, die sich wiederum negativ auf die Alltags- und Stressbewältigung der Patienten auswirkt. In einigen Fällen kann das auch zu dem sogenannten Fatigue-Syndrom (Erschöpfungs-Syndrom) führen. Eine Sporttherapie kann dieser Abwärtsspirale von Anfang an positiv entgegenwirken. Das Angebot für Tumorpatienten zur Sporttherapie ist jedoch je nach Wohnort gerade in ländlichen Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern begrenzt. Nicht alle Patienten haben Zugang zu entsprechenden Krebsportgruppen oder wollen in solchen trainieren.

In einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V testen wir, ob Krebspatienten mithilfe von Fitness-Apps und Aktivitätstrackern leichter einen Zugang zur Sporttherapie finden und ob die telemedizinisch unterstützte Sporttherapie im Vergleich zu Krebsportgruppen ähnlich positive, wenn nicht gar bessere Ergebnisse erzielt. Wir erhoffen uns im Rahmen dieses Modellprojektes auch die Patienten zu erreichen, für die Training in einer Krebsportgruppe nicht in Betracht kommt.

In dem Modellprojekt wird eine Teilnehmergruppe von 150 Krebspatienten, die sich in der Nachsorge befinden, im Rahmen einer Vergleichsstudie in zwei Gruppen eingeteilt. Beide Gruppen unterziehen sich zu Beginn des Projektes einer speziellen sportmedizinischen Eingangsuntersuchung bei der Charité-Sportmedizin. Auf deren Basis ergibt sich eine individualisierte Bewegungs- und Trainingsempfehlung. Die eine Gruppe setzt diese innerhalb einer traditionellen Krebsportgruppe um. Die andere erhält sechs von einem Sporttherapeuten geleitete Trainingseinheiten, die sie mithilfe eines speziellen Aktivitätstrackers eigenständig zu Hause fortführt. Dieser Tracker misst das Ausmaß und die Intensität der körperlichen Aktivität der Patienten und übermittelt die Daten zur Kontrolle und gegebenenfalls Anpassung an einen sportwissenschaftlichen Coach an der Charité. Über diese Anbindung ist auch eine persönliche Ansprechbarkeit bei Fragen zum Trainingsprozess gegeben.

Die eingeschriebenen Patienten werden nach sechs Monaten und dann noch einmal nach Ablauf eines Jahres zur Abschlussuntersuchung und Befragung eingeladen. Das Modellprojekt wird insgesamt dreieinhalb Jahre laufen. Sollten die Ergebnisse in der Teilgruppe mit der telemedizinisch unterstützten Sporttherapie genauso positiv oder gar besser als in der Krebsportgruppe sein, werden wir als Gesundheitskasse eine Einbindung dieses Konzeptes in die selektivvertragliche Versorgung prüfen.

INSIGHT Health mit einer Reihe zur regionalen Arzneimittelsteuerung – Teil 1

Steuern Arzneimittelvereinbarungen: ja oder nein?

„Das ist eine Riesenchance, von den Regressen wegzukommen. Der Arzt soll verantwortlich sein für die evidenzbasierte Therapie, für Dosierung und Wirkstoffauswahl. Aber nicht für den Preis“, so Dipl.-Med. Regina Feldmann, damaliger Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zu den neuen regionalen Vereinbarungen. Die darin enthaltenen Verordnungsquoten und Versorgungsziele sollen eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung sicherstellen und die Patienten mit hoher Qualität versorgen. Je nachdem welche Arzneimittelgruppen mit welchen Zielen belegt werden, kann die regionale Ausgestaltung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise beitragen, auch wenn diese sicherlich von zahlreichen weiteren Faktoren abhängt. Ob Steuerungseffekte auftreten, zeigt der vorliegende Beitrag anhand ausgewählter Beispiele.

>> Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) zum 23. Juli 2015 wurde seitens des Gesetzgebers auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Bereich verordnete Leistungen in der bisher geltenden Form aufgehoben. Zum 1. Januar 2017 sollten diese durch regionale Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ersetzt werden. Seitdem ist die Ablösung bundesgesetzlich vorgegebener Richtgrößenprüfungen im Arznei- und Hilfsmittelbereich durch regionale Vereinbarungen möglich. Bereits im September bewerten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in den Rahmenvorgaben Arzneimittel nach § 84 Abs. 7 SGB V die Anpassungsfaktoren für das Arzneimittelausgabevolumen des jeweiligen Folgejahres. Diese bilden die Grundlage oder auch „Leitplanke“ für die Arzneimittelvereinbarungen (AMV) nach § 84 Abs. 1 SGB V, die dann auf regionaler Ebene zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den KVen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr abzuschließen sind. In den AMV

werden neben den regionalen Ausgabevolumina auch Zielvereinbarungen für die Arzneimittelversorgung und Wirtschaftlichkeit getroffen. Die Einhaltung der Ziele kann prüfbefreiend sein, also besteht ein hoher Anreiz für die Ärzte nach den entsprechenden Zielen zu verordnen.

Die zeitliche Vorgabe nach GKV-VSG bis Ende November 2016 die neuen Vereinbarungen abzuschließen, konnten allerdings nur wenige KV-Regionen einhalten. Um die neuen Gestaltungsmöglichkeiten bereits im ersten Jahr für neue Quoten- und Prüfmodelle zu nutzen, zogen sich die Abschlüsse und anschließenden Veröffentlichungen der Arzneimittelvereinbarungen bis in den Juni des Folgejahres 2017 hin. Nicht alle KVen erreichten eine Einigung oder konnten ein tragfähiges Prüfkonzept entwickeln, so dass einige die Richtgrößenprüfung bis auf weiteres beibehielten. Im 2. Jahr der regionalisierten Wirtschaftlichkeitsprüfung haben einige KVen ihre Vereinbarungen aus 2017 noch einmal deutlich überarbeitet. So kommen in 2018 weitere Neuerungen hinzu, wie beispielsweise in Baden-Württemberg die neue Bezugsgröße Arzneimitteltherapiefälle.

Unterschiedliche Vereinbarungen

In 2018 beinhalten die bisher veröffentlichten 15 Vereinbarungen (Berlin und Mecklenburg-Vorpommern standen zum Redaktionsschluss noch aus) insgesamt sehr unterschiedliche Steuerungsansätze. Allein die Betrachtung der quantitativ formulierten Ziele, neben denen in vielen Regionen noch qualitative Ziele existieren, ergibt ein vielfältiges Bild. Bayern beispielsweise preschte bereits 2014 mit der Ablösung der Richtgrößenprüfung durch das Modell der Wirkstoffvereinbarung vor, welche seitdem jährlich an die aktuellen Gegebenheiten angepasst wird. Aber auch andere regionale Vertragspartner haben in den letzten beiden Jahren den Gestaltungsspielraum genutzt und zahlreiche Zielquoten implementiert. So finden sich in den meisten Verträgen DDD-basierte Quoten, aber auch solche auf Basis von Verordnungen, Tagestherapiekosten und Patientenanzahl. Diese sind entweder als Mindest- oder Höchstquoten u.a. bezogen auf den Generika-, Leitsubstanz-, Rabatt- oder Medikationskatalog-Anteil definiert. Der Medikationskatalog der KBV, ursprünglich für das Modell ARMIN der AOK Plus in Sachsen und Thüringen erarbeitet, ist in den aktuellen Vereinbarungen in fünf KV-Regionen in Form einer Zielquote über Kombinationen aus Standard-, Reserve- und nachrangig zu verordnenden Wirkstoffen abgebildet.

Dynamik bei Infliximab

Inwieweit Arzneimittelvereinbarungen das Verordnungsverhalten nachhaltig beeinflussen wird in Fachkreisen seit der Einführung kontrovers diskutiert. Anhand nachfolgender Beispiele zu Infliximab und den neuen oralen Antidiabetika werden mögliche Hinweise auf Steuerungseffekte aufgezeigt. Analyseinstrument ist hierbei der KV-Monitor von INSIGHT Health und Navi4Healthcare, der die Entwicklung von Ziel- und Istquoten basierend auf den Arzneimittelvereinbarungen, regional, im überregionalen Vergleich und in der zeitlichen Entwicklung darstellt.

Bereits 2015 wurden die ersten Biosimilars zu Infliximab in Deutschland eingeführt. Vor dem

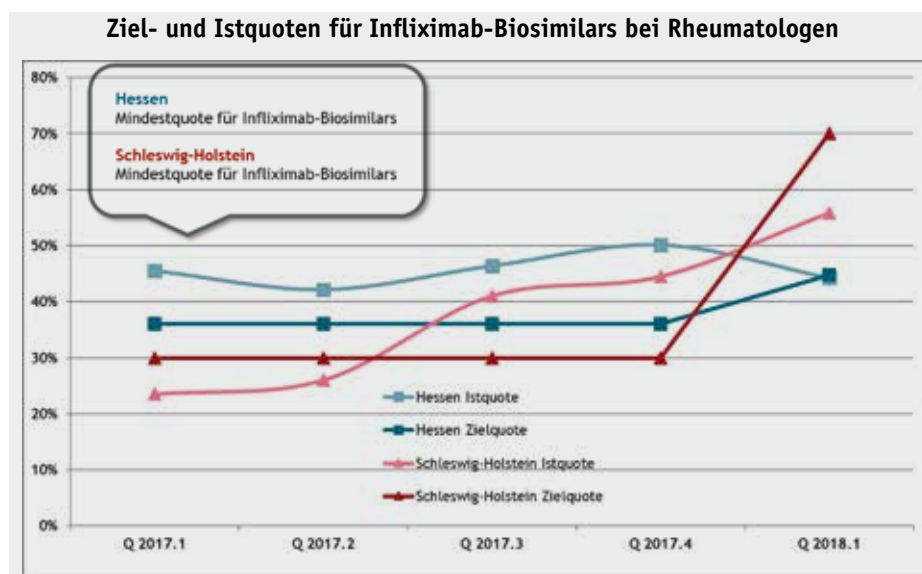


Abb. 1: Vergleich von Zielquoten nach regionalen Arzneimittelvereinbarungen 2017 und 2018 der Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen und Schleswig-Holstein mit den regionalen Istquoten nach GKV-Verordnungsdaten der INSIGHT Health für den DDD-Anteil von Infliximab-Biosimilars am Wirkstoff Infliximab bei Rheumatologen; Quelle: KV-Monitor (INSIGHT Health/Navi4Healthcare).

Zitationshinweis

Luley, C., Pieloth, K.: „Steuern Arzneimittelvereinbarungen: ja oder nein?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 12-13.; doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2086

Sachsen-Anhalt verläuft über den gesamten Zeitraum hinweg deutlich oberhalb der Zielquote, mit leicht steigender Tendenz. In 2018 wurde dieser Diskrepanz insofern Rechnung getragen, als dass die Höchstquote auf 29,8% angehoben wurde. Die Bereitschaft der KV, die Verordnungsrealität ein Stück weit anzuerkennen, könnte als motivierendes Signal an die Ärzteschaft eingestuft werden.

In Rheinland-Pfalz lagen Ziel- und Istquote im gesamten Betrachtungszeitraum relativ nahe beieinander. Nachdem auch in dieser Region die Höchstquote leicht nach oben korrigiert wurde und die KV der Ärzteschaft etwas entgegenkam, haben Ziel- und Istquote im 1. Quartal 2018 fast gleiches Niveau erreicht. Damit haben die Allgemeinmediziner zumindest im aktuell vorliegenden Zeitraum das gesteckte Verordnungsziel in etwa erreicht.

Steuern sie oder steuern sie nicht?

Die ausgewählten Beispiele stehen exemplarisch für den insgesamt mehrere hundert Zielquoten umfassenden Instrumentenkasten der 17 KVen. Doch schon anhand dieser Ausschnitte wird schnell klar: die Frage nach einem messbaren, verordnungssteuernden Effekt der Arzneimittelvereinbarungen ist nicht pauschal zu beantworten. Regional unterschiedliches Ordnungsverhalten der Ärzte alleine einem Faktor, in diesem Fall der entsprechenden Arzneimittelvereinbarung mit ihren Quoten und Zielen zuordnen zu wollen, ist nicht sinnvoll. Vielen gilt zudem die operative Umsetzung der Zielquoten mit einer entsprechenden Softwarelösung als notwendige Voraussetzung einer effektiven Administration. Obwohl dies weder bei Infliximab in Schleswig-Holstein noch bei den DPP-4-Inhibitoren in Rheinland-Pfalz gegeben ist, sind Steuerungseffekte erkennbar. In Rheinland-Pfalz scheinen der Zuschnitt der Gruppe sowie die Höhe der Zielquote klug gewählt. Wohingegen breiter definierte Gruppen von Ärzten in ihrem täglichen Ordnungsverhalten vermutlich schwieriger fassbar sind. Die, zumindest bisher, geringe Steuerungswirkung des sehr breit aufgestellten Medikationskatalogs und der hierauf referenzierenden Zielquoten stützt diese Einschätzung. Ein weiterer Punkt scheint zudem wesentlich: Entgegen einer medizinischen Rationale der Ärzte lässt sich schwerlich steuern, auch wenn diese Rationale aus Sicht der KVen nicht immer objektiv begründet ist. Berücksichtigen die KVen hingegen den generellen Ordnungstrend in ihren strategischen Überlegungen und flankieren diesen mit realitätsnahen, aber durchaus ambitionierten, Zielvorgaben, lassen sich sehr wohl messbare Steuerungseffekte erzielen. <<

Autoren: Christian Luley, Kathrin Pieloth*

* INSIGHT Health (vf@insight-health.de); Literatur bei den Verfassern

Ziel- und Istquoten für neue orale Antidiabetika bei Allgemeinärzten

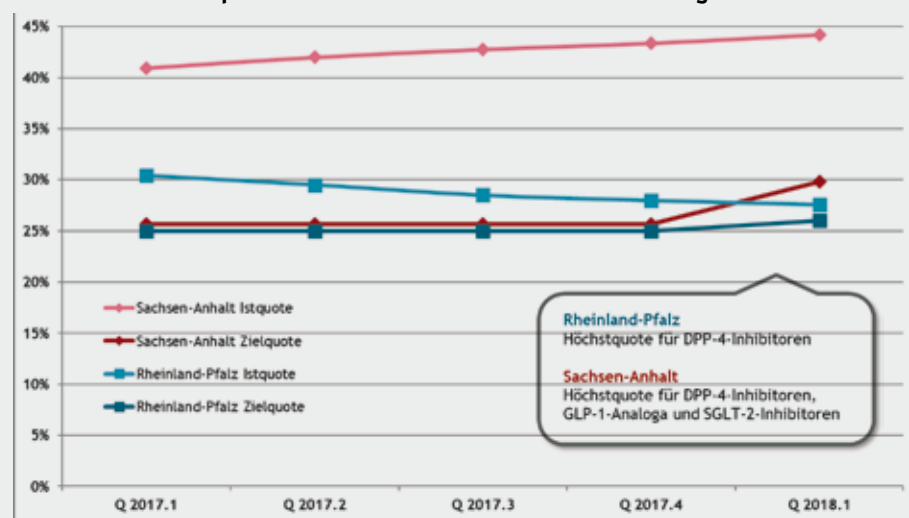


Abb. 2: Vergleich von Zielquoten nach regionalen Arzneimittelvereinbarungen 2017 und 2018 der Kassenärztlichen Vereinigungen Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt mit den regionalen Istquoten nach GKV-Verordnungsdaten der INSIGHT Health; Rheinland-Pfalz: DDD-Anteil der DPP-4-Hemmer an allen oralen Antidiabetika (exkl. Insulin) bei Allgemeinärzten; Sachsen-Anhalt: DDD-Anteil der DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-Analoga und SGLT-2-Inhibitoren an allen oralen Antidiabetika (exkl. Insulin) bei Allgemeinärzten; Quelle: KV-Monitor (INSIGHT Health/Nav4Healthcare).

Hintergrund möglicher Ausgabeneinsparungen ist es nicht verwunderlich, dass mit den neuen Vereinbarungen in 2018 bereits in 6 KV-Regionen spezifische Infliximab-Quoten zu preisgünstigen bzw. biosimilaren Arzneimitteln gelten. Dies ergänzend zu den 9 KV-Regionen, in denen entsprechende Quoten über TNF-alpha-Inhibitoren bestehen, die den Wirkstoff Infliximab inkludieren. Infliximab ist also in vielen Regionen Gegenstand der Steuerungsbemühungen und eignet sich somit gut für einen überregionalen Vergleich. Abbildung 1 zeigt die jeweiligen Ist- und Zielquoten in Hessen und Schleswig-Holstein für Rheumatologen, die sich aufgrund der gleich definierten Gruppe bzw. des Zielanteils direkt miteinander vergleichen lassen. Mit Hessen und Schleswig-Holstein werden zwei Regionen betrachtet, die bei Fragestellungen zur regionalen Arzneimittelsteuerung üblicherweise eher nicht im Fokus stehen, aber deutliche Effekte zeigen.

Zu Beginn der betrachteten Zeitreihe Anfang 2017 liegt in Hessen die reale Biosimilar-Quote von Infliximab mit 45,5% deutlich über der Istquote von 23,5% in Schleswig-Holstein. Die Zielquoten hingegen liegen zu diesem Zeitpunkt nahe beieinander: Hessen hatte für 2017 einen Zielwert von 36%, Schleswig-Holstein von 30% bezogen auf den Biosimilaranteil definiert. Somit haben die Rheumatologen in Hessen das ihnen vorgegebene Ziel deutlich übererfüllt. Das Niveau der Istquote wird in dieser Region über den betrachteten Zeitraum bis Anfang 2018 in etwa gehalten. Mit Ende des ersten Quartals 2018 schneidet sich die im neuen Jahr moderat auf 44,8% erhöhte Zielquote mit der nun sogar leicht rückläufigen Istquote von 44,2%.

In Schleswig-Holstein hingegen entwickelt sich die Istquote über das Jahr 2017 hinweg dynamisch, allerdings basierend auf einem erheblich niedrigeren Ausgangsniveau von 23,5%. Ab Mitte 2017 wird die vorgegebene Zielquote zunehmend deutlich überschritten. In 2018 wird diese mit der neu verabschiedeten AMV von ehemals 30% auf 70% erhöht (nur in Westfalen-Lippe gilt aktuell mit 75% ein noch höherer Zielwert). Das Ordnungsverhalten der Rheumatologen hat sich seitdem noch einmal weiter zugunsten der Biosimilars verschoben.

Steuerungsversuche bei neuen oralen Antidiabetika

Mit Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt versuchen zwei KV-Regionen den Einsatz neuer oraler Antidiabetika, die allesamt noch unter Patentschutz stehen, über Höchstquoten zu regulieren. Während in Rheinland-Pfalz eine spezifische, nur auf DPP-4-Inhibitoren ausgerichtete Zielquote definiert wurde, umfasst die Höchstquote in Sachsen-Anhalt auch die GLP-1-Analoga und SGLT-2-Inhibitoren. Die Marktentwicklung im gesamten Bereich der neuen oralen Antidiabetika zeichnet sich gegenüber dem eben betrachteten Beispiel des biotechnologisch hergestellten Antikörper Infliximab zur Therapie von Autoimmunerkrankungen durch eine höhere Marktreife und somit eine geringere Änderungsdynamik aus. Abbildung 2 zeigt für die definierte Arzneimittelgruppe nahe beieinanderliegende Zielquoten für Allgemeinmediziner zu Beginn des Betrachtungszeitraums 2017 (Höchstquote Rheinland-Pfalz 25%, Höchstquote Sachsen-Anhalt 25,7%). Die Istquote der weiter gefassten Gruppe in



G-BA-Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“

Stärkerer Fokus oder vielleicht gar Versorgungsziele?

„Der Innovationsfonds ist von einem zarten Pflänzchen zu einem Impulsgeber in der Versorgung geworden“, erklärte durchaus stolz Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Innovationsausschusses. Er zog vor über 600 Besuchern des G-BA-Kongresses „Zwei Jahre Innovationsfonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“ eine „gute und solide Zwischenbilanz“. Doch nicht nur Vergangenheit und Gegenwart kamen ausführlichst zur Sprache, sondern auch die künftige Zuteilung und Vergabe der Innovationsfonds-Mittel ab 2019.

>> „Die Aufteilung bleibt prozentuell erhalten“, erklärte Staatssekretär Lutz Stroppe in der Podiumsdiskussion. Seinen Worten zufolge wird der Innovationsfonds – „unter Vorbehalt des Parlaments“ – ab 2019 für die Dauer von weiteren vier Jahren mit 200 statt wie bisher mit 300 Millionen Euro ausgestattet werden: 50 Millionen Euro davon gehen an die Versorgungsforschung. Aber auch die in der letzten Legislatur negativ beschiedene Übertragbarkeit der Mittel, die bereits von Hecken in seinem Einführungsvortrag angemahnt worden war, werde neu diskutiert, versprach der Staatssekretär.

Dennoch soll nach Willen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nicht alles so bleiben, wie es ist. Ihm sei wichtig, nicht das zu verlängern, was wir haben, nur mit ein bisschen weniger Geld – „es soll definitiv weitergehen mit einem Innovationsfonds über 2019 hinaus mit dann jährlich 200 Millionen Euro –, sondern tatsächlich aus den Erfahrungen zu lernen“, erklärte Spahn. Er meinte damit sowohl die sich aus dem, sehr gut besuchten Kongress ergebenden Erfahrungen, sowie jenen, die in positiv beschiedenen und bereits angelaufenen Projekten gemacht würden sowie aus den Vorbereitungen zur Evaluation des Innovationsfonds stammen. Mit Blick auf das, was im Koalitionsvertrag stünde, sowie mit Blick auf den ersten Zwischenbericht, der den Bundestag in knapp einem Jahr erreichen solle, starte jetzt nach zwei Jahren Innovationsfonds die Debatte, „wie es weitergeht“.

Dazu gehört für ihn auch die Frage, welche Details künftig anzupassen sind, und vor allem was regelhafter angelegt werden kann, damit Gutes auch in die Regelversorgung kommt.

„Das ist am Ende die entscheidende Frage“, gab Spahn die Marschrichtung vor, denn seine Frage sei auch bei der BMG internen Ressortforschung immer: „Was folgt daraus, wenn es so toll ist?“

Hecken hingegen legte die Sprunghöhe etwas niedriger, pragmatischer. „Meine Messzahl ist nicht, dass 100 Prozent in die Regelversorgung übernommen werden, das wäre absurd“, meinte der unparteiische Vorsitzender des G-BA, denn Forschung bestünde auch darin zu erkennen, dass manche Dinge nicht funktionieren. Doch müssten seiner Meinung nach 15 bis 30 Prozent der geförderten Projekte so erfolgreich sein, dass sie am Ende in die Versorgung kommen – ob in Form von Integrierten Verträgen, innerhalb von DMP oder in der Regelversorgung sei dahingestellt. Die Grundlage dafür sei aber die Evaluation jedes einzelnen Projekts. Darum könne er es nicht verstehen, dass einige sagen würden, der Innovationsfonds und der Projektträger sei „die Fortsetzung der Inquisition mit den Mitteln der Bürokratie“. Zwar gebe es sicher noch Optimierungsbedarfe und an denen gearbeitet würde, doch sei es notwendig, dass der Projektträger darauf achtet, dass

- ein Projekt so durchgeführt wird, wie es genehmigt wurde,
- die Stellenpläne einigermaßen im Rahmen dessen bleiben, was wirtschaftlich und sparsam ist.

Und wenn man so ganz zufällig erfahre, dass der ein oder andere Projektträger die Untersuchungskohorte um die Hälfte reduziert, aber die Honorare der Beteiligten verdoppelt hat, um für die Leistungserbringer mehr Anreiz zu erzeugen, sich an so einem Projekt zu betei-

gen, dann fände er das zwar hübsch, frage sich aber, ob ein solches Projekt noch die kritische Masse habe, um daraus evaluationsmäßig evidente Folgerungen ableiten zu können.

„Nachfragen und Kontrolle ist notwendig“, erklärte dazu Hecken ganz kategorisch. Das große Fiasko wäre, wenn wir „in drei Jahren blauäugig in der Gegend stehen und 1,2 Milliarden in die Luft geschossen haben“. Wenn das das Ergebnis wäre, würde er sich schämen, denn – so Hecken – „das kann nicht unser Ziel sein“.

Die Zukunft und die Verstetigung des Innovationsausschusses hänge nun einmal vor allem von den positiv beschiedenen Projekten ab. Doch die wiederum werden auch durch die Themenvorgaben des Innovationsausschusses determiniert. „Wir werden uns anschauen müssen, wie effektiv und sinnvoll die Förderthemen gewählt werden und zu wählen sind“, gab hier Spahn eine neue Marschrichtung vor. Natürlich hätte jeder Beteiligte und jeder Bereich seine präferierten Themen, die er einbringen möchte, was nachvollziehbar sei, doch stellte Spahn die Frage, ob wir nicht einen stärkeren Fokus (Anm.: vielleicht sogar Versorgungsziele?) auf bestimmte Themen bräuchten, die nicht zu weit ausfasern sollten. Dabei sei er „noch nicht festgelegt“, ja hin und hergerissen in der Frage: „Was ist besser, viel kleinere Projekte oder eine Bündelung in bestimmten Schwerpunkten auf größere Projekte?“. Man müsse darüber reden, ob es Sinn mache, Schwerpunkte zu bilden, selbst auf die Gefahr hin, dass dann der ein oder andere Antragsteller mit kleineren Projekten leer ausgeht.

Doch auf jeden Fall müsse auch mit anderen Sozialversicherungsträgern geredet werden, die dann auch eigene finanzielle Mittel einbringen

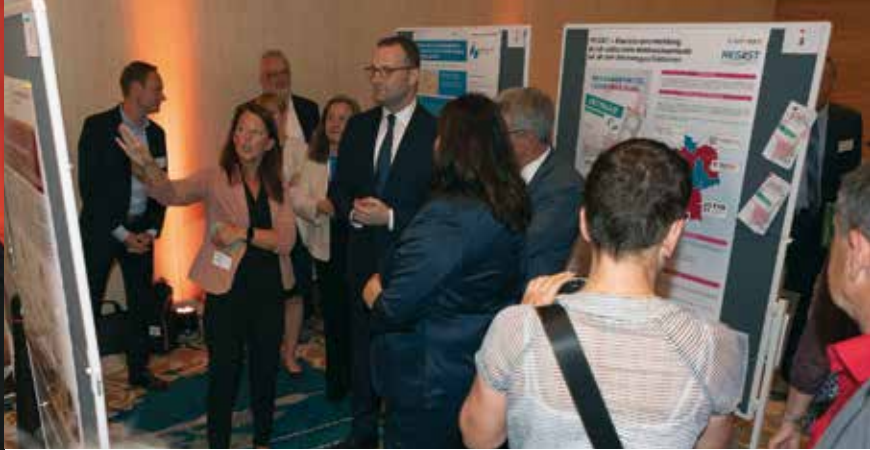


Abb. 1-4: G-BA-Vorsitzender Prof. Josef Hecken (Bild 1) eröffnete den Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“, zu dem neben Staatssekretär Lutz Stroppe (2) auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (3) sprach. In der Mittagspause ließ sich der Minister (4) auf dem „Marktplatz“ einige Projekte präsentieren, die Mittel aus dem Innovationsfonds erhalten hatten. ©alle 4 Bilder: G-BA/Heckmann

sollten. Das erklärte Ziel: zu schauen, wie mit der Pflege, der Unfall- und Rentenversicherung eine übergreifende Zusammenarbeit möglich gemacht werden kann.

Punkto leer ausgehen. Das ist bisher für die Mehrzahl der Antragsteller an der Tagesordnung. In den ersten beiden Jahren sind laut den von Hecken vorgelegten Zahlen bei den Neuen Versorgungsformen (NVF) 389 Anträge mit einem Fördervolumen von über 2 Milliarden Euro eingegangen, wobei 81 mit einem Fördervolumen von 423,4 Millionen Euro bewilligt wurden. Ähnlich sieht es bei der Versorgungsforschung aus: von den 529 Anträgen mit einem Fördervolumen von 717,5 Millionen wurden 116 mit 139,8 Millionen bewilligt. „Es gibt in der Fläche wesentlich mehr kreative Ansätze, als wir sie wir am Ende des Tages durch Förderbescheide fördern können“, lässt Hecken diese Frage offen, ob das nun viel oder wenig ist.

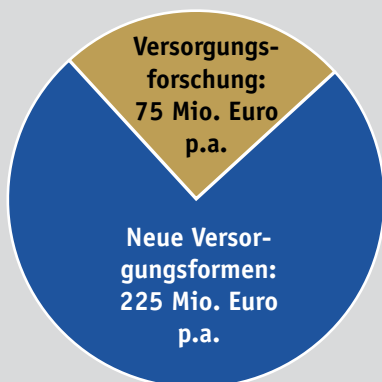
Er ist der Ansicht, dass eine 20 bis 25prozentige positive Bewilligungsquote erfolgreich sei. Dies bedeute im Umkehrschluss aber nicht, „dass der Rest Schrott ist“, sondern nur, dass man sehr intensiv nachsuchen müsse, was förderwert sei.

„Hier müssten wir uns überlegen, wie wir das Beratungsverfahren verbessern können, vor allem für diejenigen, die ablehnende Bescheide bekommen“, meinte Hecken durchaus selbstkritisch, weil er sich bisher geweigert habe, in ablehnenden Bescheiden Begründungen hineinzuschreiben. Hier solle ein strukturiertes Verfahren gefunden werden, „weil da viel dabei ist, wo es sich lohnen könnte, ein zweites Mal einzureichen.“ Schon jetzt seien 914 Anträge bearbeitet und 1.498 rechtsverbindliche Bescheide (bei nur 2 Rechtsverfahren) erlassen worden. Ebenso wurden laut Hecken mehr als 10.500 intensive Telefonate mit Antragstellern geführt,

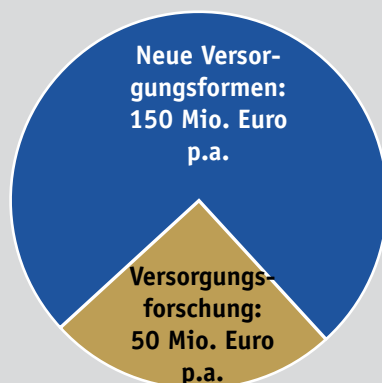
um Detailfragen zu diskutieren. Dazu seien 7 Webinare mit über 1.300 Teilnehmenden sowie 2 weitere zu laufenden Projekten mit über 400 Teilnehmern veranstaltet, zudem über 150.000 Formulare und Unterlagen von der Website des Innovationsfonds heruntergeladen worden.

Und trotz dieser Vielzahl von doppelt begutachteten und mit gigantischem Aufwand auf die Strecke gebrachten Projekten lag nach Heckens Worten der Verwaltungskostenanteil 2017 bei lediglich 1,98 Prozent. Was aber auch immerhin 5,9 Millionen Euro sind! „In die 1,98 Prozent ist die heutige Veranstaltung schon rein gerechnet“, erklärte dazu Hecken in seiner unnachahmlichen Kabarettfähigkeit, deshalb sei auch ein etwas entlegeneres Hotel gewählt worden. Doch merke man das auch am Mittagsbuffet, das einzig und alleine der Verwaltungskostenminimierung diene, denn „wir denken immer mindestens bis zur Mittagspause, was aber meistens reicht“.

2016 bis 2019: 300 Mio. Euro p.a.



Ab 2019: 200 Mio. Euro p.a.**



Neue Versorgungsformen (NVF)					
Förderbekanntmachung	Anzahl Anträge	Beantragte Fördermittel in Mio. Euro	Beschlussdatum	Geförderte Projekte	Fördermittel in Mio. Euro
NVF 2016 v. 08.04.2016	120	868	20. Okt 16	29	210,7
NVF 2016 v. 11.05.2016	107	485	16. Mrz 17	26	111,6
NVF 2017 v. 20.02.2017	69	260	19. Okt 17	26	101,1
NVF 2018 v. 20.10.2017	93	436	?**	?	
Gesamt (bisher)	389	2.049		81	423,4
Versorgungsforschung (VSF)					
VSF 2016 v. 08.04.2016	142	156,7	24. Nov 16	55	64,2
EVA 2016 v. 08.04.2016	9	5,8	24. Nov 16	4	2,6
SAPV 2016 v. 08.04.2016	9	6	24. Nov 16	3	3,7
VSF 2017 v. 20.02.2017	159	242,8	02. Nov 17	50	66,1
EVA 2017 v. 20.02.2017	5	4,6	02. Nov 17	4	3,2
VSF 2018 v. 20.10.2017	200	301	?**	?	?
EVA 2018 v. 20.10.2017	1	0,6	?**	?	?
KFE 2018 v. 20.10.2017	4	1,5	?**	?	?
Gesamt (bisher)	529	717,5		116	139,8

Abb. 5/Tab. 1: Legende: * = lt. Aussage von Staatssekretär Stroppe; EVAs = Evaluationsvorhaben für Verträge nach den §§73c und 140a SGB V (Fassung 22. Juli 2015); SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung, KFE = Früherkennung von Krebserkrankungen, ** = Die Förderentscheidung über die 3. Welle zur Versorgungsforschung (themenspezifisch, Antragsende 20.02.2018) und die 4. Welle zu den neuen Versorgungsformen (themenspezifisch, Antragsende 20.03.2018) wird im Laufe des Jahres getroffen.

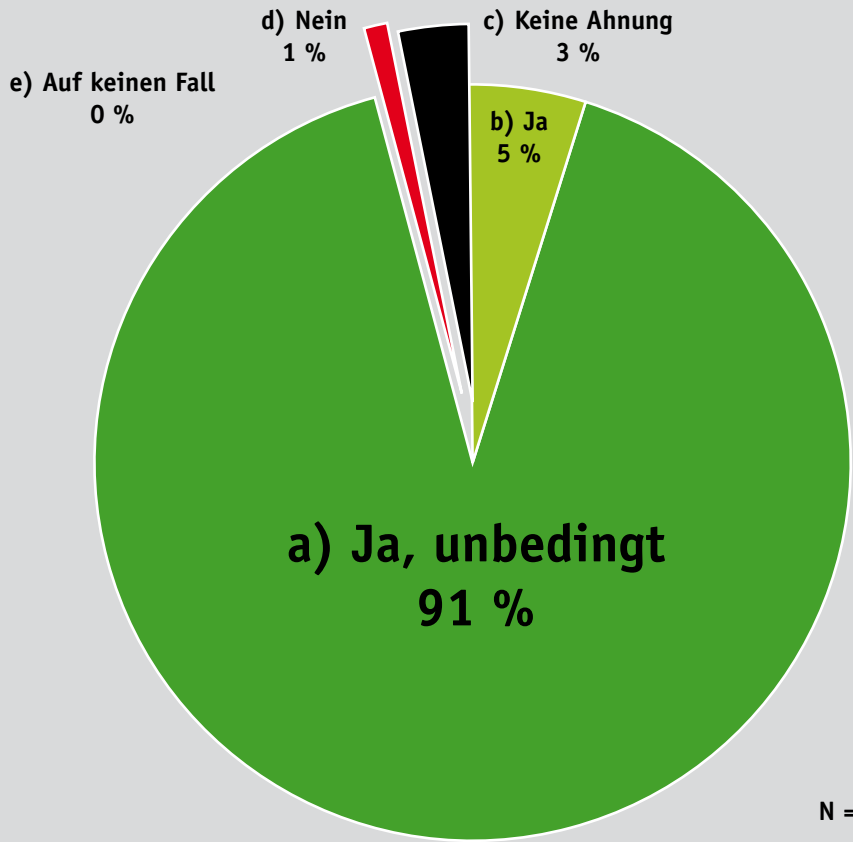
Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Stärkerer Fokus oder vielleicht gar Versorgungsziele?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 14-16; doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2087

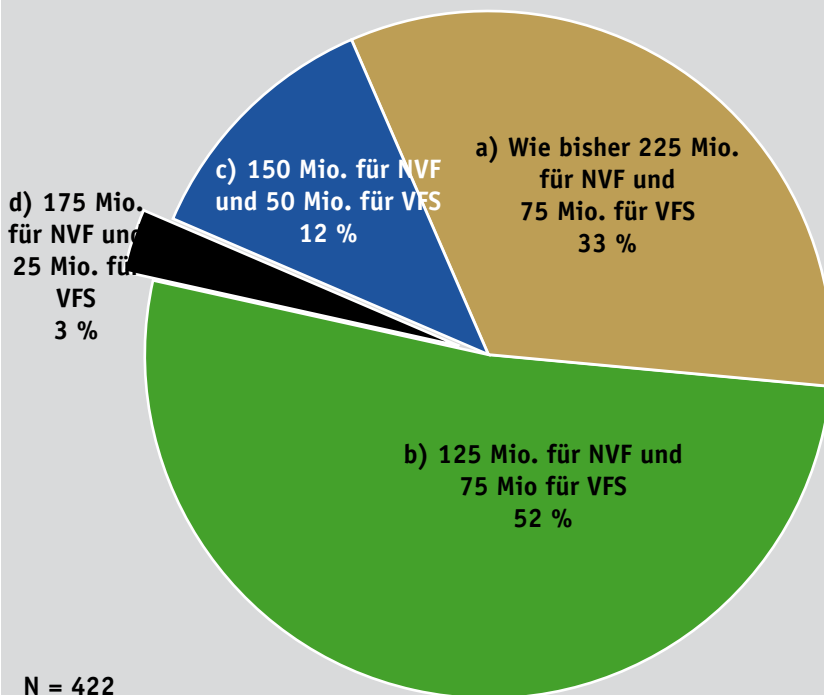
Als einziger Redner sprach Prof. Dr. Eberhard Wille, stv. Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Frage der demokratischen Legitimation des Innovationsfonds an. Während er den budgetären Part für die Versorgungsforschung „für unproblematisch“ und sicher gerechtfertigt hält, weil Deutschland in diesem Bereich gegenüber anderen Ländern hinterherhinken würde, sollte beim größeren Budget für die Neuen Versorgungsformen die Frage gestellt werden, ob man diese über den Innovationsfonds finanzieren müsse, oder ob man das nicht auch anders machen könne. Denn, so der Ökonom, das Geld könnte man ja auch für die Versorgung oder in der Pflege einsetzen, so gesehen sei die „Legitimation hierfür schon beachtlich“.

Das sehen übrigens auch die Teilnehmer einer Online-Befragung (April bis Juni 2018) zum Innovationfonds von „Monitor Versorgungsforschung“ so. Die meisten Kommentare kamen jenseits der Kernfragen (siehe Abbildungen) zum Thema bislang fehlender Versorgungsziele sowie der demokratischen Legitimierung. Die meisten präferierten die künftige Ansiedlung des Innovationsausschusses beim IQTIG. Hauptverantwortlich und damit Entscheidungsträger für die ausführlich begründete Annahme/Ablehnung der Anträge sollte künftig ein nationaler Gesundheitsrat sein, der paritätisch aus den wichtigsten Leistungserbringern zu besetzen sei. Zudem sollte die größte Gruppe des Gesundheitswesens, die Pflege, viel stärker als bisher eingebunden und beteiligt werden. <<

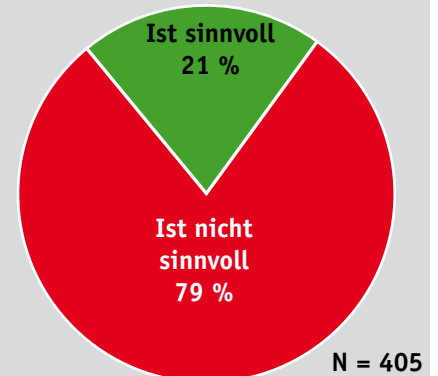
Frage 1: Soll der Innovationsfonds generell fortgeführt werden?



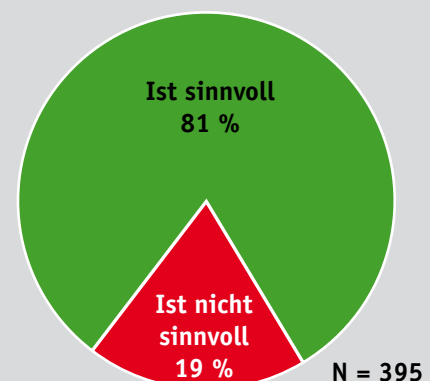
Frage 2: Wie hoch sollte die Fördersumme ab 2019 sein?



Frage 3: „Nationale Koordinierungs-/ Clearingstelle Versorgungsforschung“ (DNVF-Vorschlag)



Frage 4: „Entwicklung hochstehender S-3-Leitlinien“ (Hecken-Vorschlag)





Mein Coach & ich

unterstützt Ihre Versicherten konkret im Alltag. Medizinisch qualifiziert, 1-zu-1 und Schritt für Schritt. Bei chronischer Erkrankung, psychischen Beschwerden und belastendem Schmerz.

AUCH ALS DMP

Casaplus

Medizinische Begleitung zu Hause. Für Mehrfacherkrankte.

Spezial

Mein Coach & ich

Konkrete Unterstützung im Alltag. Nicht nur für Chroniker.

Intensiv

Extra-Services

- ME:CO DMP
- ME:CO Pflegeberatung

g wie gesund

Sofortberatung jederzeit & überall. Für alle Versicherten.

Basis

Themenoffene 3. Welle „Neue Versorgungsformen“ (NVF)

Projekttitle	Akronym	Inst. Antragsteller	Typ Inst.	Konsortialpartner
AOKTrio – Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern	AOKTrio	AOK Niedersachsen		Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Cardiolotse - Entwicklung eines Versorgungsmodells zur Verbesserung der poststationären Weiterbehandlung am Beispiel kardiologischer Erkrankungen	Cardiolotse	AOK Nordost		Ludwig-Maximilians-Universität München, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH
Telemedizinisches Lebensstil-Interventions-Programm für Typ 2-Diabetiker	TeLIPro	AOK Rheinland-Hamburg		Deutsches Diabetes Zentrum, Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Regional ununterbrochen betreut im Netz	RubiN	BARMER GEK	Krankenkasse	AOK Nordwest, Ärztenetz Lippe GmbH, Claudia Schrewe, Genial eG, GeriNet e.V., Gesundheitsnetz Köln-Süd e.V., Gesundheitsregion Siegerland, Goethe-Universität Frankfurt am Main, KKH Kaufmännische Krankenkasse, Leipziger Gesundheitsnetz Management GmbH, MuM - Medizin und Mehr eG, pleXxon GbR, Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH, Privates Institut für ang. Versorgungsforschung GmbH, Rechtsanwalts-gesellschaft Dr. Ruppel, TK, Univ.klinikum Schleswig-Holstein UKSH Campus Kiel, Univ.medizin Greifswald
Sporttherapie bei Depression	STEP.De	BKK · VBU		BAHN-BKK, BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, BMW BKK, CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH, Freie Universität Berlin, Sport-Gesundheitspark Berlin e.V.
Verbesserung der Versorgung von psychisch Kranken in der Hausarztpraxis	CAPRI	Techniker Krankenkasse		Goethe-Univ. Frankfurt am Main, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, TelePsy Deutschland GmbH, Univ.klinikum Hamburg-Eppendorf, Univ.sklinikum München
IKK IVP-Innovation, Versorgungspartner, Patient	IKK IVP	IKK gesund plus		
Smartphone-gestützte Migränetherapie	SMART-GEM	Charité – Universitätsmedizin Berlin		AOK Nordost, BKK · VBU, IKK gesund plus, Newsenselab GmbH, Universitätsklinikum Halle, Universitätsmedizin Rostock
Schmerz: Patientenorientiert. Abgestuft. Interdisziplinär. Netzwerk	PAIN 2020	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	Fachgesellschaft	BARMER GEK, Universitätsmedizin Greifswald
VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz	VeMa-WuRLP	mamedicon GmbH	Industrie	GWQ ServicePlus AG, Hochschule Ludwigshafen, Techniker Krankenkasse
Entwicklungsbezogene, multimodale, interdisziplinäre Frühintervention im Rahmen eines Strukturierten Therapiekonzeptes für Kinder mit Migräne	Child* M* FIRST	Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)		BARMER GEK, Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH, Universitätsklinikum München
Primärindikative und optimierte Zuweisung zu gezielten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern	PROMPt	Technische Univ. Dresden	Universität/Fachhochschule	AOK PLUS – Sachsen und Thüringen, Univ.klinikum Dresden
Dialyse Trainings-Therapie (Trainingstherapie während der Hämodialyse)	DiaTT	Technische Univ. München		AOK PLUS – Sachsen und Thüringen, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, Univ.klinikum Freiburg, Univ.klinikum Köln
Personalisierte Therapie bei Rheumatoider Arthritis (RA) basierend auf dem Modell der Psychoneuroimmunologie	PETRA	Univ. Witten/Herdecke		Berufsverband der Bayerischen Rheumatologen, BDRh e.V. LV Bayern, Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V., BKK Landesverband Bayern, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Institut für ang. Statistik, KV Bayern, Landes-Psychotherapeutenkammer Bayern, LMU München, Med. Univ. Innsbruck, St. Leonhards Akademie, Univ. der Bundeswehr München

Projekttitlel	Akronym	Inst. Antragsteller	Typ Inst.	Konsortialpartner
Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand/Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region	Handin-Hand	Marienhaus Holding GmbH		AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Rechenzentrum Volmarstein GmbH, Universität Lübeck
Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor	KID-PRO-TEKT	Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH		
Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von Staph.Aureus Komplikationen bei elektiven Patienten	STAUFrei	Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH		AOK Baden-Württemberg, BKK Landesverband Süd, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Landratsamt Heidenheim, Pathways Public Health GmbH, Steinbeis-Hochschule Berlin, Universitätsklinikum Tübingen
Strukturierte ambulante Nachsorge nach Schlaganfall	SANO	Klinikum der Stadt Ludwigshafen		Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Universitätsklinikum Würzburg, Westfälische Hochschule
Sektoren- und phasenüberg. Unterstützung für Familien mit krebserkr. Elternteil	Familien-SCOUT	Univ.klinikum Aachen		AOK Rheinland-Hamburg, Heinrich-Heine-Univ. Düsseldorf, Techniker Krankenkasse, Univ.klinikum Bonn
Interdisziplinäre, internetbasierte Trans. Gesundheitsversorgung	i2Trans-Health	Univ.klinikum Hamburg-Eppendorf		Agentur AVONIS
Kinder mit seltenen Erkrankungen, deren Geschwister und Eltern – Children affected by rare disease and their families-network	CARE-FAM-NET	Univ.klinikum Hamburg-Eppendorf	Klinik	Albert-Ludwigs-Univ. Freiburg, Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen e.V., AOK Niedersachsen, AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, BARMER GEK, Charité Berlin, DAK-Gesundheit, Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaft Berlin Gemeinnütziges Krankenhaus, Justus-Liebig-Univ. Gießen, Kath. Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e.V., KKH Kaufmännische Krankenkasse, Klinikum Augsburg, Klinikum Ernst von BergmannH, Klinikum Westbrandenburg, Leibniz Univ. Hannover, Medizinische Hochschule Hannover, Ruhr-Univ. Bochum, St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH, Techniker Krankenkasse, Univ. des Saarlandes, Univ.klinikum Essen,Univ.klinikum Gießen und Marburg, Univ.klinikum Hamburg-Eppendorf, Univ.klinikum Jena, Univ. klinikum Köln, Univ.klinikum Münster, Univ.klinikum Schleswig-Holstein UKSH Campus Kiel, Univ.klinikum Ulm, Univ.medizin Göttingen, Univ.medizin Leipzig, Univ.medizin Rostock
Online-basierte Achtsamkeitsintervention zur Stärkung psych. Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt	Mind: Pregnancy	Univ.klinikum Heidelberg		GWQ ServicePlus AG, Institut für Frauengesundheit Baden-Württemberg GmbH, LMU München, mhplus Betriebskrankenkasse, Techniker Krankenkasse, Univ. Bielefeld, Univ.klinikum Tübingen
Duale Lotsenstruktur zur Abklärung unklarer Diagnosen in Zentren für Seltene Erkrankungen	ZSE-DUO	Univ.klinikum Würzburg		Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen e.V., IKK gesund plus, Julius-Maximilians-Univ. Würzburg, Medizinische Hochschule Hannover, Otto-von-Guericke-Univ. Magdeburg, St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH, Techniker Krankenkasse, Univ.sklinikum Aachen, Univ.klinikum Frankfurt, Univ. klinikum Hamburg-Eppendorf, Univ.klinikum Regensburg, Univ. klinikum Tübingen, Univ.klinikum Ulm, Univ.medizin Mainz, Westfälische Wilhelms-Univ. Münster
E-Health-basierte, sektorenübergreifende geriatrische Versorgung / Geriatrisches Netzwerk GerNe	GerNe	Univ.medizin Mainz		BARMER Rheinland-Pfalz/Saarland, Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe, Marienkrankenhaus Nassau, St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus Ludwigshafen
Optimierung der Notfallversorgung durch strukturierte Ersteinschätzung mittels intelligenter Assistenzdienste	OPTINO-VA	Univ.medizin Göttingen		AOK Niedersachsen, DAK-Gesundheit, Hochschule Heilbronn, Techniker Krankenkasse, Univ.sklinikum Magdeburg, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kinderschmerztherapie vernetzt: Sozialmed. Nachsorge für schwer chronifizierte pädiatrische Schmerzpatienten	SCHMERZ-NETZ	Vestische Caritas Kliniken gGmbH		BARMER GEK, Klinikum Augsburg, Klinikum Stuttgart

Nach Antragstellertypen strukturierte Tabelle mit den Innofonds Projekten NVF der 3. Welle. Quelle: „Innovationsfonds-Monitor“ von Ordinary People, Berlin.

4. Plenumsveranstaltung der B. Braun-Stiftung

Von der Innovation zur Regelversorgung

Die Nutzenbewertung braucht neue Ansätze. Die Prozesse sind zu lang, Patientenpräferenzen werden zu wenig berücksichtigt, Evidenz ist zu wenig dynamisch. In der vierten Plenumsveranstaltung diskutierten rund 80 Experten über Entscheidungskriterien, Studiendesigns und -endpunkte, Patientenpräferenzen und Innovationszyklen von Therapien, Medikamenten und Medizinprodukten.

>> „Das deutsche Gesundheitssystem ist wahrscheinlich eines der weltweit besten, aber wir haben weiter hohen Innovationsbedarf, auch in unseren Prozessen“, sagte Prof. Dr. Alexander Schachtrupp von der B. Braun-Stiftung zum Auftakt der 4. Plenumsveranstaltung mit dem Titel „Von der Innovation zur Regelversorgung: Nutzenbewertung und Entscheidungsfindung“, die am 6. Juni in Berlin gemeinsam von der Hochschule Neubrandenburg und der B. Braun-Stiftung veranstaltet wurde. Dabei stellen sich die Fragen, wie medizinische Innovationen zum Patienten gelangen und ob das in einer angemessenen Zeit realisierbar ist. Prof. Dr. Axel Mühlbacher betonte die Chancen zur Förderung von Innovationen im Sinne neuer Handlungsmöglichkeiten durch die adaptive Nutzenbewertung zu nutzen. Dass dabei eine Balance zwischen hohen Investitionen in neue Technologien, dem Patientennutzen und den Kosten für das System erreicht werden müsse, steht für den Gesundheitsökonom von der Hochschule Neubrandenburg und Mitveranstalter des Plenums außer Frage.

Medizintechnologie-Innovationen schneller ins System: Post-Market Daten hilfreich

Harald Kuhne vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie wies auf die ökonomische Bedeutung der Gesundheitsbranche mit einer Bruttowertschöpfung von rund 350 Milliarden Euro im Jahr 2017 hin. Die Branchenstruktur der Medizintechnikunternehmen ist mit 93 Prozent dominiert von kleinen und mittleren Firmen. Die Innovationszyklen sind deutlich kürzer als im pharmazeutischen Bereich: Ein Drittel des Umsatzes entsteht mit Produkten, die nicht älter als drei Jahre sind. Das müsse man im Blick haben, wenn man von Verfahren spricht, die man den Medizintechnikherstellern für eine Erstattungsfähigkeit auferlegt. „Wenn für die Medizintechnik die gleichen Kriterien gelten, wie für die Pharmabranche, kann das für das deutsche Innovationssystem gefährlich werden“, merkte Kuhne kritisch an. Am Beispiel eines Implantats für die individualisierte Neurostimulation zur Blutdrucksenkung veranschaulichte Dr. Michael Lauk, CEO der neuroloop GmbH, die zu berücksichtigenden Zeiträume: Grundlagen- und präklinische Forschung beanspruchen etwa 10

Jahre. Nach ersten Anwendungen am Menschen folgt eine 2-jährige Multi-Center-Studie, sodass der Marktstart für 2022 geplant ist. Der Zugang zum Kostenerstattungssystem dauert viele Jahre. Daher braucht es nach Ansicht von Lauk „gerade für Start-up-Unternehmen finanzierbare und definierte Pfade für die Einführung neuer Therapie und Methoden, nachdem die Sicherheit und grundsätzliche Wirksamkeit gezeigt wurden, z.B. durch Konzentration auf Post-Market-Daten.“

Frühe Nutzenbewertung zum zügigen Start und späte zur Sicherheit

Weitestgehend unbestritten ist die Bedeutung randomisierter kontrollierter Studien, wenn es um den Nachweis der Kausalität klinischer Effekte geht. „Trotzdem ist es sinnvoll zu diskutieren, inwieweit wir mit innovativen Studiendesigns und Registern zusätzliche Evidenz schaffen können“, erklärte Mühlbacher. Statt problematischer Alles-oder-nichts-Entscheidungen könnte seiner Ansicht nach eine bedingte Preissetzung sowie eine fortlaufende Evidenzgenerierung über den Produktlebenszyklus als eine adaptive Nutzenbewertung gestaltet werden. In Zusammenhang mit der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln wies Prof. Dr. Bernhard Wörmann, Berlin, daraufhin, dass zwar mit diesem Verfahren fast alle neuen Präparate früh zur Verfügung stehen, zu diesem Zeitpunkt aber nur relativ unreife Daten vorliegen können. Kritisch ist das auch in Bezug auf bestimmte Nebenwirkungen, die erst Jahre später auftreten können. Deshalb schlägt der medizinische Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. (DGHO) für nachhaltige Festlegungen eine zusätzliche späte Nutzenbewertung vor. Um die Defizite der frühen Nutzenbewertung auszugleichen, müssten zwischenzeitlich standardisierte Daten z.B. aus Registern erhoben werden.

Professor Wörmann ging auch auf ein weiteres bedeutendes Thema ein, nämlich die Relevanz von Endpunkten, und stellte die Frage: „Sind die Endpunkte, die durch das Health Technology Assessment vorgegeben sind oder die wir in Leitlinien nutzen, wirklich ganz nah am Patienten dran?“ In der Onkologie wird beispielsweise aktuell für Immuntherapien diskutiert, ob die mittlere Überlebenszeit oder die Rate an Langzeitüberlebenden wichtiger

ist. Welcher Endpunkt hat den höheren Wert? Besonders schwierig sei, so Wörmann, die Bewertung von Endpunkten in sehr heterogenen Studienkollektiven. Ist beispielsweise für den über 80-jährigen Patienten mit einem Hodgkin-Lymphom der Endpunkt Überlebenszeit genauso relevant wie für junge Patienten oder eher die Lebensqualität? Das progressionsfreie Überleben ist ein ebenfalls wichtiges Beurteilungskriterium, wie der Hämatologe und Onkologe erklärte: „Viele Krankheiten werden zu chronischen Erkrankungen, die Patienten leben nicht krankheitsfrei, aber progressionsfrei.“

Hierbei spielt auch eine zunehmende Rolle, welche Präferenzen die Patienten haben. Wer ist qualifiziert, Werturteile zu treffen, wenn zu bestimmen ist, ob die Vorteile einer Methode die Risiken übertreffen, fragte Juan Marcos Gonzalez, Professor an der Duke University in Durham, USA. Traditionell waren das Ärzte und Politiker. „Doch grundsätzlich ist der Patient der beste Sachverständige, wenn es um sein Wohlergehen geht“, hob Gonzales hervor. In den USA gibt es eine Entwicklung hin zu patientenzentrierter Gesundheitsversorgung und damit zur steigenden Bedeutung von Patientenpräferenzen. So vertritt die Food and Drug Administration (FDA) grundsätzlich den Ansatz, Patienten in den gesamten Prozess der Medizinprodukteentwicklung einzubeziehen. Gonzalez berichtete von einer Pilotstudie im Rahmen der Patientenpräferenzen-Initiative des Center for Devices and Radiological Health (CDRH) der FDA, an der der Wissenschaftler beteiligt war.

Vor einer Überbewertung scheinbar objektiver Daten aus der Messung klinischer Effekte warnte Prof. Dr. Karl-H. Wehkamp, Universität Bremen. Denn Patienten beurteilen medizinische Innovationen in ihren jeweiligen, heterogenen Rollen mit wechselnden Interessen und Sichtweisen. Die Bedeutung der Messung von Patientenpräferenzen bestätigte PD Dr. Stefan Sauerland, Ressortleiter nichtmedikamentöse Verfahren am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Für die Berichte des IQWiG zur Nutzenbewertung werden Ergebnisse zu Patientenpräferenzen aber nicht regelmäßig benötigt, da die übliche Datelage eindeutig sei, so Sauerland. <<

von: Matthias Manych

Zi-Kongress „Sektorenübergreifende Vergütung – Chimäre oder bald schon Realität?“

Vergütungen für „sektorengleiche Leistungen“

„Sektorenübergreifende Vergütung – Chimäre oder bald schon Realität?“ nannte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) seinen Kongress, bei dem unter anderem eine Studie des IGES zu „Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen“ vorgestellt wurde.

>> „Wir haben kein Vergütungssystem, welches Effizienz belohnt. Wird eine Leistung durch ein Krankenhaus erbracht, ist die Vergütung um ein Vielfaches höher, als in der vertragsärztlichen Versorgung“, postulierte MUDr./CS Peter Noack, Vorstandsvorsitzender der KV Brandenburg und Vorstandsmitglied des Zi, in seiner Eröffnungsrede. Obwohl seiner Meinung nach in vielen Bereichen technologischer Gleichstand zwischen ambulantem und stationärem Sektor herrschen würde, zudem die niedergelassenen Ärzte in Sachen Qualifikation „sowieso besser aufgestellt“ seien, erhielten die Krankenhäuser „für gleiche Leistungen deutlich mehr Geld“. Dies werde mit Vorhaltekosten begründet, vermittelt aber laut Noack den Krankenhäusern „zwingend ein ökonomisches Signal“, den Patienten möglichst in der aufwändigsten aller Versorgungsformen zu behandeln und abzurechnen.

Um diese strukturellen Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze zu analysieren und ins Bewusstsein zu rufen, hat das Zi eine Expertise beim IGES in Auftrag gegeben. Selbst das IGES – so Noack – wäre über die Unterschiede erstaunt gewesen, denn es sei schwer nachzuvollziehen, warum sektorengleiche Leistungen derart ungleich vergütet werden.

Ziel der vorgestellten Studie war es, Vergütungsunterschiede an der intersektoralen Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung darzustellen und zu erläutern. Allerdings lag der Fokus der Betrachtung nicht auf

möglichen Fehlanreizen, die sich hieraus für einzelne Anbieter von Versorgungsleistungen ergeben, sondern auf Kostenunterschieden aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive. Im Vordergrund der Studie stand zudem die Frage, in welchem Ausmaß und auf welche Weise Kosten dadurch vermieden werden können, dass prinzipiell ambulant behandelbare Fälle nicht in einem Setting versorgt werden (müssen), das durch systematisch höhere Kosten geprägt ist.

Genau dafür hat nach Worten Noacks das KV-System ein Konzept. „Ambulant erbringbare Leistungen müssen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung in gleicher Weise, nämlich nach Maßgabe des EBM vergütet werden“, erklärte der KV-Chef, denn damit entfalle der Anreiz, diese Leistungen in ineffizienten Strukturen zu erbringen.

Um diese zu verdeutlichen, wählte das IGES Fallbeispiele aus, die durch Krankheitsbilder und/oder Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind, die prinzipiell sowohl stationär als auch ambulant medizinisch versorgt werden können. Bezugspunkte für die Auswahl bildeten somit sowohl sog. ambulant-sensitive Diagnosen als auch sektorengleiche Behandlungsverfahren. Für die ausgewählten Fallbeispiele wurden zudem Vergütungsunterschiede aufgezeigt, die sich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ergeben.

In der Zusammenschau der für die fünf Fallbeispiele ermittelten Vergütungsunterschiede

wird verdeutlicht, dass die Behandlung von Fällen, die hinsichtlich ihres Erkrankungsbildes bzw. dominierender Behandlungsmaßnahmen vergleichbar sind, stationär stets höhere Kosten verursacht werden. Allerdings variieren die ermittelten Unterschiede zwischen den ausgewählten Bereichen: So reicht das Spektrum der Mehrkosten der stationären gegenüber der ambulanten Behandlung von etwas über 10 % bis zum 16,5-fachen (Tab. 1).

Eine wesentliche ökonomische Ursache der Kostenunterschiede ist die laut Aussage des IGES-Berichts deutlich größere Ressourcenbelastung des stationären Sektors durch Kapazitätsvorhaltung. Dies betreffe zum einen den Unterhalt und Betrieb baulicher bzw. räumlicher Kapazitäten, um längere Patientenaufenthalte (über eine Nacht oder mehrere Nächte) zu gewährleisten. Zum anderen würden Krankenhäuser höhere Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllen, die zudem für die Behandlung schwerer (Not-)Fälle geeignet sein muss. Und schließlich sei mehr ärztliches, Pflege- und Funktionspersonal rund um die Uhr und über ein breiteres (interdisziplinäres) fachliches Spektrum verfügbar zu halten. Entsprechend würden sich dann die Kostenstrukturen von stationären und ambulanten Einrichtungen sehr unterschiedlich gestalten.

Als Lösungsansätze nennt IGES eine in der Umsetzung vergleichsweise einfache, dennoch extreme Option, für die als „sektorengleich“ kategorisierten Indikationen bzw. Leistungen die Vergütung eines Sektors als maßgeblich für alle festzulegen, welche die entsprechende Versorgung leisten, unabhängig vom Behandlungssetting (ambulant, belegärztlich, teilstationär, stationär). Ein solcher Ansatz führe aber zwangsläufig dazu, dass sich die Position mindestens einer der an der Versorgung beteiligten Parteien verschlechtert.

Ein alternativer Ansatzpunkt bestünde indes darin, eine eigenständige Vergütung für den Bereich „sektorengleicher“ Leistungen zu entwickeln, das weder der heutigen ambulanten noch der stationären entspricht. Dabei wäre es ein relativ einfacher Ansatz, das Vergütungsniveau aus dem Mittel- bzw. Durchschnittswert der ambulanten und der stationären Vergütung zu bilden. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Erkrankungsgruppe/ Leistungskomplex	Vergütung stationär in Euro		Vergütung amb. in Euro	Verhältnis stationär/ambulant	
	1 Tag	2 Tage		1 Tag	2 Tage
Fallbeispiele					
Tonsillektomie				1,6*	1,4*
- vollstationär	1.492	2.320			
- belegärztlich	923	1.616			
Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	640	1.103	477	1,3	2,3
nicht schwere kardiale Arrhythmien	646	1.529	289	2,2	5,3
gastroenterologische Erkrankungen	623	1.543	549	1,1	2,8
Diabetes mellitus	520	2.299	139	3,8	16,6

Tab. 1: Vergütungsunterschiede für ausgewählte Fallbeispiele im Überblick, Legende: *Verhältnis vollstationär/belegärztlich. Basis: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen und des EBM. Quelle: IGES-Studie „Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen“, Berlin, Juni 2018.

Kongress „Lage der Arzneimittelanwendung 2018“

Mehr Kooperation und Koordination gefordert

Die Anforderungen an die Arzneimittelverordnung haben sich vor allem durch die Auswirkungen des demographischen Wandels und der damit einhergehenden zunehmenden Multimorbidität in den letzten Jahrzehnten dramatisch verändert. In dieser Zeit neuer Herausforderungen in der Arzneimittelverordnung war es Ziel des Kongresses „Die Lage der Arzneimittelanwendung 2018“ – veranstaltet vom Verein zur Förderung der Arzneimittel-Anwendungsforschung e.V., dem Hartmannbund und der Robert Bosch Stiftung in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung – den Status Quo zu beschreiben, notwendige Entwicklungen aufzuzeigen und Wege zu benennen.

>> Vor allem der demographische Wandel und die Multimorbidität ziehen immer komplexere Arzneimittelregime nach sich. Multimedikation ist schon für sich genommen eine Herausforderung, auch Leitlinien können in ihrer Kombination z.B. bei Multimorbidität zu „Arzneimittel-Cocktails“ führen, die in der Summe mehr Schaden anrichten als Nutzen stiften. Instrumente, die hier für mehr Klarheit und Sicherheit sorgen könnten stehen entweder noch immer nicht zur Verfügung (wie etwa ein vollständiger Medikationsplan einschließlich der Verordnungen aller mitbehandelnden Ärzte) oder sie sind in unserem System zu wenig bekannt, wie beispielsweise die Priscus-Liste. Auch werden ärztliche Bemühungen um ein individuell patientenorientiertes Arzneimitteltherapie-Management in der ärztlichen Vergütung gar nicht oder nur unzureichend abgebildet.

Als roter Faden der Veranstaltung stand die Frage im Raum: Braucht es zur Bewältigung dieser Aufgabe nicht eigentlich einen Koordinator? Wer könnte diese Aufgabe übernehmen? In wie weit steht die Politik hier in der Verantwortung, die entsprechenden Rahmenbedingungen zu setzen? So forderte Dr. Liselotte von Ferber, die Vorsitzende des Vereins zur Förderung der Arzneimittel-Anwendungsforschung e.V. (VFAA e.V.), in ihrem Grußwort neben einem elektronischen Medikationsplan, der die von den Fachärzten verordneten Arzneimittel des multimorbiden Patienten enthält, sowohl eine elektronische Arzneimittelliste die jeglichen Arzneimittelkauf – einschließlich der vom Patienten OTC erworbenen Arzneimittel – beinhaltet, als auch die verbindliche Benennung eines Koordinators, der die Kombination von Wirkstoffen, die der Patient gleichzeitig einnimmt, beurteilen kann.

Dieser „Kümmerer“, wie ihn sich Frau von Ferber wünscht, muss nach Meinung von Ulrich Weigeldt, dem Bundesvorsitzenden des Deutschen Hausärzterverbandes e.V., nicht neu erfunden werden. Im kollektivvertraglichen Bereich betrage schon jetzt der Anteil der chronisch Erkrankten

in etwa 20%, während er im Rahmen dieser hausarztzentrierten Versorgung bei über 50% liegt,



v.li.: Birgit Fischer (Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller), Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig (Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft), Martina Stamm-Fibich (SPD/MdB), Dr. Wolfgang Klitzsch (Moderator), Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes) und Michael Hennrich (CDU/MdB).

wobei ebenfalls über 50% aller chronisch Kranken mehr als eine chronische Erkrankung hätten. Weigeldt: „Häufig ist der Hausarzt oder die Hausärztin die Bezugsperson ins Gesundheitssystem für diese Patienten.“ Das Problem sei jedoch nicht die Komplexität der Pharmakologie, sondern der Koordination.

Die Referenten zeigten Einigkeit, dass in Zeiten von Chronizität und Multimorbidität eine angemessene Arzneiverordnung ohne Kooperation und Koordination nicht gelingen wird. Birgit Fischer (Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller – vfa) wies deutlich darauf hin, dass ein entsprechender Rahmen auf Bundesebene gesetzt werden müsse. Die konkrete Umsetzung und Beschreitung neuer Wege könne jedoch nur lokal gelingen. Sowohl Michael Hennrich (CDU, MdB), als auch Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes) wünschten sich die Kompetenz der Apotheker stärker eingebunden. Eine Koordinierung von Hausärzten und Apothekern insbesondere über digitale Wege sei unerlässlicher Teil der Lösung. Auch Martina Stamm-Fibich (SPD), MdB, sprach sich für eine stärkere Einbindung der Apotheker aus – auch unter dem Aspekt der Aufklärung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten. Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig (Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – AKDÄ) stimmte zu, dass diese schwierige Situation nur in der

Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern in den Griff zu bekommen sei. Er zeigte sich überzeugt, dass sich die Lage aufgrund des demographischen Wandels und damit einhergehender zunehmender Multimedikation weiter zuspitzen werde. In diesem Punkt bestand große Übereinstimmung mit Ulrich Weigeldt (Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes), der darüber hinaus aufzeigte, dass es derzeit insgesamt über 750 unterschiedliche Leitlinien gebe, die hinsichtlich der Arzneimittelverschreibung nicht aufeinander abgestimmt seien. Weigeldt und Ludwig betonten, dass Leitlinien in der Regel von Fachgruppen erstellt für eng definierte Diagnosen und ohne weitere Betrachtungen von Komorbiditäten erstellt werden. „Medikationsfehler sind hier vorprogrammiert“, so Ludwig. Entsprechend sah sich das Podium in dem Appell an die Politik und die Verantwortlichen Selbstverwaltungspartner einig, unter Einbezug der digitalen Potenziale für eine Koordination aller Abläufe und Prozesse in der Arzneimittelverschreibung zu sorgen.

Das Resümee der Veranstaltung: Die Arzneimittelanwendung steht noch vor der Bewältigung großer Herausforderungen. Umso wichtiger wären Kooperation und Koordination der beteiligten Akteure (und die entsprechende Vergütung), um Licht ins Dunkel zu bringen, Systemressourcen zu sparen und für die Patienten Sicherheit zu gewährleisten. <<

Weitere Informationen:
Eine Videodokumentation zu Veranstaltung finden Sie unter: <https://ix-media.de/spotlight/>

Sanofi-Satellitensymposium anlässlich des 78. Kongresses des American Diabetes Association (ADA) in Orlando

RWE-Forschungsprogramm zeigt Unterschiede auf

Sanofi veranstaltete anlässlich des 78. Kongresses des American Diabetes Association (ADA) in Orlando im US-Bundesstaat Florida eine Offline/Online-Podiumsdiskussion über Real World Evidence. Das erklärte Ziel: Für RWE nicht nur eine höhere Awareness, sondern auch ein besseres Verständnis zu schaffen. Erklärt und diskutiert wurden von und mit international tätigen Sanofi-Wissenschaftlern die mögliche Anreicherung der RCT-basierten Evidenzbasis durch RWE sowie die neuen, darauf aufbauenden Erkenntnisse zum Wirkverhalten von „Toujeo“ im Vergleich zu Basalinsulinen der 1. und 2. Generation und auf die Hypoglykämie-Reduktion.

>> Nach Ansicht von Sanofi gewinnt die Überwindung der Grenzen traditioneller Beobachtungsstudien durch Real-World-Evidence (RWE) zunehmend an Bedeutung für die Entscheidungsfindung von Ärzten und Kostenträgern. Bei dem RWE-Ansatz, den das Pharmaunternehmen verfolgt, werden klinische Routinedaten aus elektronischen Gesundheitsakten evaluiert, um Erkenntnisse zu liefern, die laut Sanofi „randomisierte, kontrollierte Studien nicht liefern“ können. Sanofi nutzt dabei ausgefeilte Techniken, um die Einschränkungen traditioneller Beobachtungsstudien zu überwinden, wodurch potenzielle Verzerrungen reduziert und Ergebnisse breit anwendbar werden können. Das umfangreiche Forschungsprogramm zu RWE, in dem die Wirksamkeit verschiedener lang wirksamer Insuline verglichen wird, wurde von Sanofi auf der 78. wissenschaftlichen Sitzung der American Diabetes Association (ADA) in Orlando im US-Bundesstaat Florida präsentiert.

Grundsätzlich lasse sich nach Worten von Dr. Riccardo Perfetti, Vice President Global Medical

Affairs Diabetes von Sanofi, bei Zulassungsstudien nur eine Hauptfrage beantworten, die da lautet: „Könnte der Wirkstoff im Prinzip funktionieren?“

Um sicherzustellen, dass die beiden Gruppen einer Zulassungsstudie „virtuell identisch“ sind, müssen sie randomisiert – zufällig ausgewählt – und kontrolliert werden. Das sei der erste große Unterschied zwischen Studie und Real World. Denn im realen Leben bekomme man nun mal keine randomisierte, kontrollierte Verschreibung, weil der Arzt entscheidet, was er für den Patienten am besten hält. Auch könne, wenn ein Arzneimittel beispielsweise jede Stunde eingenommen werden muss, in einem Studiensetting eine Infrastruktur aufgebaut werden, die den Patienten daran erinnert, seine Medikamente einzunehmen, aber – so Perfetti – nicht im wirklichen Leben, „eben weil wir ein Leben haben“.

Eben weil es solche möglichen Unterschiede geben kann, versucht der Ansatz von Real-World-Evidenz diese Lücken zu schließen und heraus-

zufinden, wie der Wirkstoff „wirklich im wirklichen Leben funktioniert“, so Perfetti weiter. Dies werde bisher mit klassischen RCT versucht, aber nur, „weil sich jeder in der wissenschaftlichen Strenge wohlfühlt“, und dabei den Wert der Randomisierung höher hält als den der RWE, mit der man Daten sammeln könne, wie sie kommen.

Und sie kommen, wenn man sich um sie bemüht. Mit ihrer sogenannten „Wall of Evidence“ von „Toujeo“ demonstriert Sanofi ein konsequent niedrigeres Hypoglykämierisiko, wenn man die Zusammenschau von drei aufeinander aufbauenden Studiendesigns betrachtet: angefangen bei Phase-2-Studien, die ein niedrigeres Hypoglykämie-Risiko nahelegen, über zwei RCT-Programme (Edition und Bright), in denen 25 bis 37 Prozent weniger hypoglykämische Events beschrieben wurden, bis hin zu den RWE-„Deliver/Lightning“-Studien, in denen 25 bis 60 Prozent weniger hypoglykämische Events, abhängig von der Vergleichstherapie (Basal- oder Insulin degludec) auftraten. <<

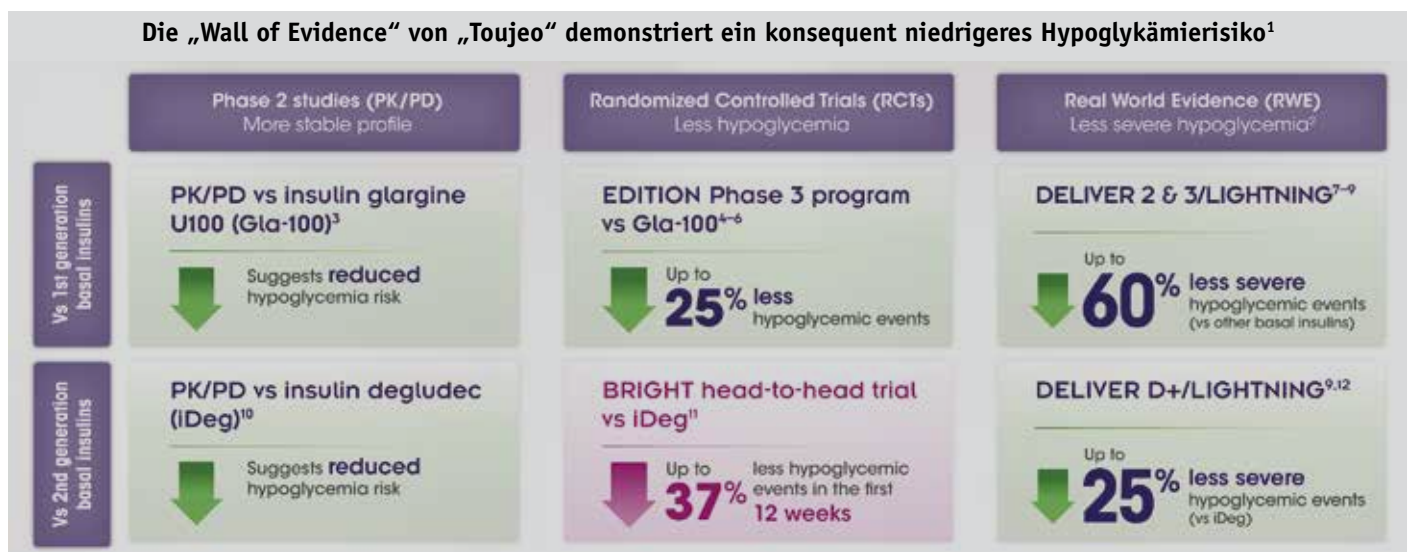


Abb. aus 78. Kongress des American Diabetes Association (ADA), Vortrag Riccardo Perfetti. Legende: 1. ADA guidelines 2018: „Longer-acting basal analogs (U-300 glargine or degludec) may additionally convey a lower hypoglycemia risk“; 2. Hospitalization-related hypoglycemia: Identified hypos are the ones leading to a HRU; 3. Becker RHA, et al. Diabetes Care. 2015;38(4):637-43, DOI: 10.2337/dc14-0006. 4. Riddle MC, et al. Diabetes Care. 2014;37(10):2755-62, DOI: 10.2337/dc14-0991. 5. Yki-Järvinen H, et al. Diabetes Care. 2014;37(12):3235-43, DOI: 10.2337/dc14-0990. 6. Bolli GB, et al. Diabetes Obes Metab. 2015;17(4):386-94, DOI: 10.1111/dom.12438. 7. Zhou FL, et al. Diabetes Obes Metab. 2017, DOI: 10.1111/dom.13199. 8. Zhou FL et al, Poster 986-P, ADA 77th Scientific Sessions, San Diego, CA, U.S., June 10, 2017. 9. Meneghini L et al., Presentation 97-LB, ADA 78th Scientific Sessions, June 24, 2018, Orlando, Florida, U.S. 10. Bailey TS, et al. Diabetes & Metabolism. 2018;44(1):15-21, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2017.10.001>. 11. Cheng A, et al. Presentation 301-OR, ADA 78th annual congress in Orlando, Florida, U.S., June 25, 2018. 12. Sullivan S et al., „Real-World Clinical Outcomes of Patients with Type 2 diabetes (T2D) Switching from Insulin Glargine 100 U/mL (Gla-100) or Insulin Detemir (IDet) to Insulin Glargine 300 U/mL (Gla-300) or Insulin Degludec (IDeg): DELIVER D+“ Poster presentation 1056-P, 78th American Diabetes Association (ADA) Scientific Sessions June 23, 2018, Orlando, Florida, U.S.

U.S. Food and Drug Administration (FDA) vergleicht Biosimilar-Einsparpotenzial mit dem von Generika

FDA legt einen „Biosimilar Action Plan“ auf

Mit elf Leitaktionen innerhalb des „Biosimilar Action Plans“ (BAP) will die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) nicht nur Innovation, sondern auch Wettbewerb zwischen Biologika und die Entwicklung von Biosimilars fördern. Ebenso sollen die Maßnahmen dazu beitragen, nicht nur einen wettbewerbsfähigeren Markt zu etablieren, sondern gleichzeitig auch größere Anreize für Unternehmen zu schaffen, um für zukünftige Produkte erforderliche Investitionen zu unterstützen, die den Patienten und der öffentlichen Gesundheit nach Ablauf der Patentlaufzeit einen größeren Nutzen bringen sollen. Damit will sich die FDA, so der 2017 von US-Präsident Donald Trump bestellte Commissioner, Dr. Scott Gottlieb, auf die Weiterentwicklung von Richtlinien konzentrieren, „die den Prozess zur Entwicklung von Biosimilars effizienter machen“.

>> Der Mitte Juli vorgestellte Plan ist nach Worten von Gottlieb ein wichtiger Bestandteil der mutigen Blaupause („Blueprint“) der Regierung zur Senkung der Arzneimittelpreise, der auch die Fortschritte zeige, die gemacht worden wären, um die vom US-Präsidenten erwarteten Ergebnisse zu erzielen. Dabei erkenne die FDA durchaus die – so Gottlieb weiter – „entscheidende Rolle, die uns der Kongress gegeben hat, um sicherzustellen, dass die USA einen robusten Markt für neue Biologika-Innovationen aufrechterhalten und gleichzeitig Wege zur Förderung des rechtzeitigen Biosimilar-Wettbewerbs zur Verbesserung des Patientenzugangs und zur Kostensenkung für Patienten und unser Gesundheitssystem entwickeln“ könne. Um ein Gleichgewicht zwischen Innovation und Wettbewerb zu erhalten, müssen nach Meinung des FDA-Chefs die regulatorischen Anforderungen modernisiert werden, um „effiziente, vorhersehbare und wissenschaftlich fundierte Wege für die Überprüfung von Arzneimitteln zu erhalten.“ Erklärtes Ziel der US-Behörde sei es, „die Zeit, die Unsicherheit und die Kosten der Medikamentenentwicklung zu reduzieren und gleichzeitig einen wettbewerbsfähigen Markt durch die effiziente Zulassung von kostengünstigen Generika, Biosimilars und austauschbaren Alternativen“ nach Patentauslauf zu schaffen.

Denn genau daran hapert es derzeit, zumindest, wenn man der FDA-Argumentation im kürzlich vorgelegten „Biosimilar Action Plan“ (BAP) folgt. Im Endeffekt vergleicht die FDA dabei die Rolle und die Einspar-Möglichkeiten bei Generika

mit denen von Biosimilars. So geht die FDA davon aus, dass die Einführung von Generika in den USA durch den „Hatch Waxman Act“ von 1984 dem US-Gesundheitssystem im letzten Jahrzehnt mehr als eine Billion US-Dollar gespart hätte und allein 2017 Einsparungen in Höhe von 265 Milliarden US-Dollar ermöglichte.¹

Etwas ähnliches erwartet die FDA nun auch von Biosimilars. Da biologische Medikamente eine entscheidende Rolle bei der Behandlung vieler schwerer Krankheiten wie Krebs und genetischer Erkrankungen oft als einzig verfügbare Therapiealternative spielen würden, seien diese oft sehr teuer. Tatsächlich machten laut FDA Biologika in Amerika fast 40 Prozent aller Ausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente und 70 Prozent des Wachstums der Ausgaben für Arzneimittel von 2010 bis 2015 aus.²

Vor dem Hintergrund der hohen Kosten für das US-Gesundheitssystem, aber auch der Notwendigkeit, den Zugang zu diesen wichtigen Produkten für Patienten zu verbessern, hatte der Kongress bereits 2010 den „Biologics Price Competition and Innovation Act“ (BPCI Act) verabschiedet, der einen verkürzten Biosimilars-Biologics-Weg eingeführt hat. Dennoch verfügte die FDA bislang über keinen gesetzlichen Weg, Folgeversionen biologischer Produkte zu genehmigen. So zeigte sich FDA-Commissioner Gottlieb besorgt, dass sich auch acht Jahre nach dem BPCI-Act der Markt für Biosimilars noch nicht etabliert hätte, da „die Fähigkeit dieser Produkte, in die klinische Praxis einzudringen und Akzeptanz zu finden“, immer noch nicht ausrei-

chend sei. Das liegt – so Gottlieb – auch daran, dass der „Wettbewerb“ größtenteils anämisch“ sei. Und zwar blutarm deswegen, weil es für die gesamte Lieferkette, angefangen vom Hersteller, über Apotheken, Konzerneinkaufsorganisationen bis hin zu Großhändlern attraktiver sei, Monopolgewinne durch lukrative Mengenrabatte zu erzielen. Aber ebenso, weil Rechtsstreitigkeiten den Marktzugang für Biosimilar-Produkte verzögert hätten, die in Märkten außerhalb der USA bereits einige Jahre zur Verfügung stehen oder demnächst verfügbar werden.

Diese Verzögerungen können nach Worten von Gottlieb für Patienten und Kostenträger enorme Kosten verursachen. Wie hoch die möglichen Ersparnisse gewesen wären, zeige eine vergleichende FDA-Analyse des Biosimilar-Wettbewerbs in allen OECD-Märkten, die visualisierte, was passiert wäre, wenn alle Biosimilars, die von der FDA in den USA zugelassen wurden, hier rechtzeitig vermarktet worden wären. Die Zahl ist frappierend: alleine für 2017 wären es mehr als 4,5 Milliarden US-Dollar gewesen! Auch hier vergleicht Gottlieb die möglichen, aber entgangenen Einsparungen mit denen von Generika, die alleine im Jahr 2017 fast 9 Milliarden US-Dollar ausmachten. <<

1: AAM 2018 Generic Drug Access and Savings in the U.S. Report

2: Biosimilar cost savings in the United States; „biologics alone accounted for 38 percent of U.S. prescription drug spending in 2015 due to their high cost per dose, and for 70 percent of drug spending growth between 2010 and 2015.“ <https://www.rand.org/pubs/perspectives/PE264.html>

Die elf Keyactions des „Biosimilar Action Plans“*

- 1: Developing and implementing new FDA review tools, such as standardized review templates that are tailored to marketing applications for biosimilar and interchangeable products, to improve the efficiency of FDA review and enhance the public information about FDA's evaluation of these products.
- 2: Creating information resources and development tools for Sponsors of biosimilar applications. This includes tools such as in silico models and simulations to correlate pharmacokinetic and pharmacodynamic responses with clinical Performance. Such tools can make biosimilar drug development more efficient.
- 3: Enhancing the Purple Book to include more information about approved biological products, including information relating to reference product exclusivity determinations.
- 4: Actively exploring the potential for entering into new data sharing agreements with foreign regulators to facilitate the increased use of non-U.S.-licensed comparator products in certain studies to support a biosimilar application.
- 5: Establishing a new Office of Therapeutic Biologics and Biosi-

- milars (OTBB) to improve coordination and support of activities under the Biosimilar User Fee Act (BsUFA) program, accelerate responses to stakeholders and support efficient operations and policy development.
- 6: Building on the FDA's Biosimilar Education and Outreach Campaign, continue providing critical education to health care Professionals, including releasing a series of videos that explain key concepts about biosimilar and interchangeable products.
- 7: Publishing final or revised draft guidance on biosimilar product labeling to assist Sponsors in determining what data and information should be included in the labeling
- 8: Providing additional clarity for product developers on demonstrating interchangeability, including by Publishing final or revised draft guidance.
- 9: Providing additional clarity and flexibility for product developers on analytical approaches to evaluating product structure and function to support a demonstration of biosimilarity, including by Publishing revised draft guidance on the use of data analysis

- methods, including statistical approaches.
10. Providing additional support for product developers regarding product quality and manufacturing process, including by identifying physical product quality attributes that are most critical to evaluate, and by exploring ways to reduce the number of lots of the reference product required for testing.
11. Engaging in a public dialogue through a Part 15 hearing and opening a docket to request additional information from the public on what additional policy steps the FDA should consider as we seek to enhance our biosimilar program.

When we see practices that we believe create an imbalance between innovation and competition that is contrary to statutory intent, we will use our leadership to highlight these issues, encourage market participants to seek solutions that ensure timely access to biosimilar products and work with our partners across the government to take corrective action where necessary and appropriate.

Pfizer-Satellitensymposium „Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“ (Hauptstadtkongress 2018)

Im Spannungsverhältnis zwischen Zutritt und Preis

Die „Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“ standen auf dem von Pfizer ausgerichteten Satellitensymposium anlässlich des Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit 2018“ im Fokus. Einig waren sich die Experten – Prof. Dr. Diana Lüftner (Charité Universitätsmedizin, Berlin), Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen), Prof. Dr. Uwe May (Hochschule Fresenius, Idstein), Enno Scheel (Bundesverband der Rezeptur Herstellbetriebe e. V.) sowie Dr. Andreas Ludäscher (Pfizer Pharma PFE GmbH/Pfizer Essential Health) –, dass Patienten nur dann nachhaltig und wirtschaftlich versorgt werden können, wenn die Steuerungsinstrumente im GKV-Arzneimittelmarkt synchronisiert werden; wobei – so May – „ein gesetzgeberischer Klärungsbedarf“ besteht, um „Verwerfungen und Fehlanreize im Markt zu vermeiden“.

>> Mit klaren Thesen eröffnete Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber des Alfred-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, das HSK-Satellitensymposium „Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“. Auch für Biologika gelte, so Wasem, dass die Gesellschaft zwar bereit sei, Forschung und Entwicklung während der Phase des Patentschutzes für das Original zu vergüten, doch sei es nach Patentablauf „der legitime Wunsch der Gesellschaft, keine Beiträge für Forschung und Entwicklung des Originals mehr zu vergüten“. Biosimilars seien dazu „ein notwendiges Mittel“, wobei allerdings – anders als bei Generika – auch für Biosimilars größere Entwicklungskosten anfallen würden, die zu vergüten wären. Doch, so warnt Wasem: „Strategien von Originalherstellern, den Einsatz von Biosimilars patentrechtlich zu verzögern, sind aus gesellschaftlicher Sicht kritisch zu sehen.“ Kostensenkung und verbesserter Zugang zur Versorgung sind Wasems Worten zufolge „zentrale Regulierungsziele im Spannungsverhältnis zwischen Marktzutritt und Preiswettbewerb“. Die Instrumente im deutschen Arzneimittelmarkt, so seine Forderung, „müssen dieses Spannungsverhältnis adäquat austarieren“.

Doch die Realität sieht etwas anders aus. Referenzpreisinstrumente vom Typ eines Festbetrags und exklusive Rabattverträge stehen sich als konkurrierende Ansätze gegenüber, verdeutlichte Prof. Dr. Uwe May, Studiendekan für den Masterstudiengang „International Pharmacoeconomics and Health Economics“ an der Hochschule Fresenius in Idstein, in seinem Vortrag. Beide Instrumententypen und deren Wirkungen seien mit Unsicherheiten, Umsetzungsschwierigkeiten und Risiken unterschiedlicher Art behaftet, die jedoch zum Teil den spezifischen Gegebenheiten im Biosimilarmarkt geschuldet wären.

Hier stellen sich allerlei Forschungsfragen, denen sich der Vortrag zum Teil widmete, zum Beispiel, wie es um Biosimilars (Bios) und ihrem Verhältnis zum Original steht, und welche Spezifika es im Bios-Markt überhaupt gibt (Abb 1.). Aber auch, und das ist vielleicht das Wichtigste:

Welche Regulierungsziele zu verfolgen sind und wenn diese einmal definiert sind, welche Konsequenzen dies für das Regulierungsgeschehen hat. Erst dann, so May weiter, könne man über Implikationen für die Auswahl geeigneter Regulierungsinstrumente reden. Instrumente indes, die derzeit zum Teil schon eingesetzt werden, ohne zu wissen, welche möglichen Folgen sie zeitigen.

Wer über Regulierungsziele nachdenkt, kommt an den – in diesem Markt immanenten – Zielkonflikten nicht vorbei. Diese spielen sich ab in einer interdependenten Struktur, gebildet einerseits aus den Antipoden Marktzutritt und Preiswettbewerb, flankiert und kompliziert durch den Wunsch nach einem besseren Zugang zur Versorgung auf der einen, aber dem Zwang zur Kostensenkung auf der anderen Seite, wobei bei all dem die Funktion der Schrittinovation undefiniert bleibt (Abb. 2).

Zudem gibt es Mays Worten zufolge einen Zielkonflikt: den von kurzfristiger versus langfristiger Kostensenkung. Mit Konsequenzen, denn höhere Preisdifferenzen führen zwar zu höheren Einsparungen pro Biosimilar, doch höhere Preisdifferenzen führen eventuell auch zu weniger Markteintritten.

Zu viele sind das zur Zeit gewiss nicht. Im Vergleich regionaler Märkte erkennt man schnell, dass der bisherige Biosimilar-Markt mehr als überschaubar ist. So beläuft sich die Zahl der zugelassenen Biosimilars in den USA auf gerade mal 8, in Japan auf 7 und in Europa immerhin auf 35. Damit ist laut May Europa, bedingt durch

Zulassungsanforderungen japanischer und amerikanischer Behörden und sozialpolitische Rahmenbedingungen in diesen Ländern, zur Zeit sowohl absatz-, als auch umsatzbezogen der maßgebliche Biosimilarmarkt.

Ob 35 nun viel oder wenig sind, zeigt ein Blick

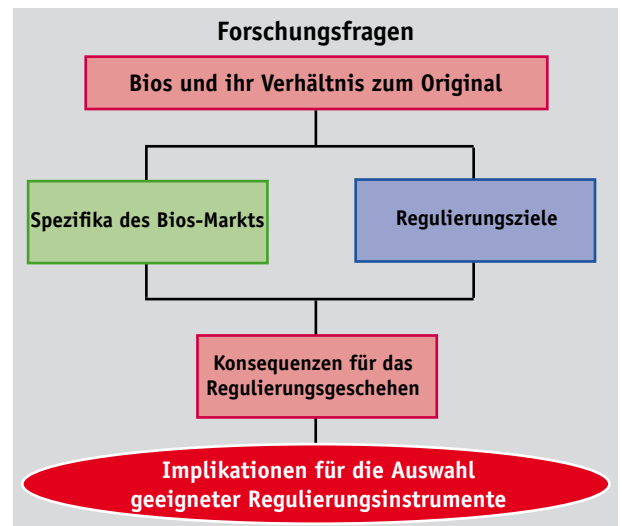


Abb. 1: aus Vortrag von Prof. Dr. Uwe May: „Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“, gehalten auf dem Hauptstadtkongress 2018 Berlin, 08.06.2018.

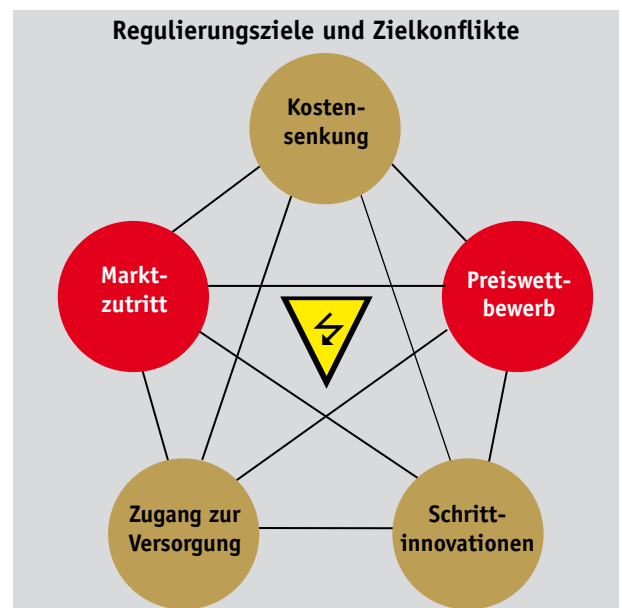


Abb. 2: aus Vortrag von Prof. Dr. Uwe May: „Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Im Spannungsverhältnis zwischen Zutritt und Preis“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 25-26; doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2088

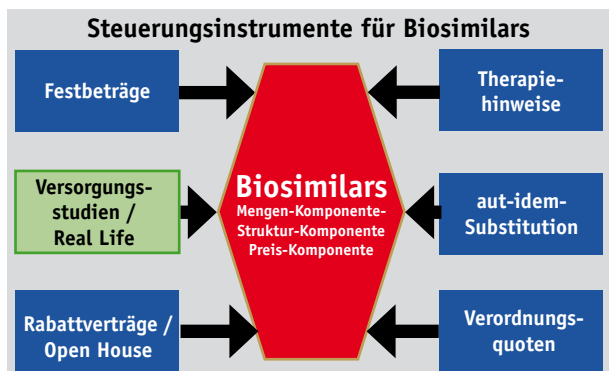


Abb. 3: aus Vortrag von Prof. Dr. Uwe May: „Chancen und Risiken für Biosimilars in Deutschland“.

auf die abgedeckten Indikationsfelder, wenn man zum Beispiel Biosimilars im EMA-Zulassungsverfahren betrachtet: bei Adalimumab (Immunsuppressiva) und Bevacizumab (Antineoplastisches Arzneimittel) sind das jeweils 2, bei Infliximab (ebenso ein Immunsuppressiva) und Insulin glargin (Insulin) hingegen je nur eines, bei Trastuzumab (wieder ein Antineoplastisches Arzneimittel) 3 und bei Pegfilgrastim (Immunstimulanz) gar 4.

Aber auch die Anbieter im Biosimilarmarkt – zu denen Eli Lilly mit einem Produkt, Amgen und Biogen (je 2 Produkte), Pfizer mit 3 und Celltrion (das einzige Unternehmen nicht aus den USA, sondern aus Korea) mit 6 Produkten gehören – ist durchaus noch ausbaufähig. Dazu May: „Alle Anbieter sind jeweils mit nur wenigen Biosimilars im Markt vertreten, so dass in den Wirkstoffmärkten jeweils eine kleine Zahl von Unternehmen als Anbieter in einem engeren oder weiteren Oligopol konkurriert.“

Nun könnte man fragen, was kümmert diese Unternehmen, die zum Gros aus den USA oder aus Korea stammen, die Regulierungssituation in Deutschland? Eine ganze Menge, wie May in einer Befragung unter 23 Managern aus 18 Unternehmen (70% der Befragten arbeiten in Unternehmen, die weltweit tätig sind, 22% sind überwiegend in Europa und knapp 9% überwiegend in Deutschland tätig) herausfand. Nach May beeinflusst die deutsche Regulierungssituation naturgemäß zu 100 Prozent die Markteinführung hierzulande. Nach Meinung der befragten Biosimilar-Manager aber auch zu 64 Prozent die Markteinführung in Europa, sowie zu 79 Prozent sogar die grundlegende Frage der Entwicklung als solche.

„Die Unternehmensbefragung untermauert die hohe Bedeutung des deutschen Marktes und den hohen Einfluss der Steuerungsinstrumente auf Markteintrittsentscheidung“, erklärt May das Befragungsergebnis. Er folgert weiters daraus, dass bei der Austarierung eines anreizverträglichen Regulierungssystems in Rechnung zu stellen ist, dass die Refinanzierung von F&E-Investitionen der Hersteller

sowie Markteinführungskosten von Zulassungs- und Lizenzinhabern im Biosimilarmarkt zur Zeit „nicht auf globaler Ebene, sondern hauptsächlich innerhalb Europas und nicht zuletzt in Deutschland zu erwirtschaften“ sei. Das führt ihn sogar dazu, dass er über eine „internationale Verantwortung Deutschlands als größtem europäischen Pharmamarkt“ spricht. Ebenso sollten seiner Meinung nach „negative externe Effekte

auf pharmazeutische Märkte anderer Länder,“ die aus deutscher Pharmapolitik resultieren könnten, vermieden werden.

Doch wie sieht es in Deutschland aus? Laut einer Auswertung der AG Pro Biosimilars (s. Seite 30) auf Basis der NVI-Zahlen von INSIGHT Health blieb 2017 „der Versorgungsanteil der Biosimilars noch weit hinter den Möglichkeiten zurück“. So hätte der Umsatzanteil der Biosimilars am biosimilarfähigen Markt im Gesamtjahr 2017 nur 5,4 Prozent betragen.

Prof. Dr. Diana Lüftner, Oberärztin für Hämatologie und Onkologie der Charité-Universitätsmedizin in Berlin, weiß auch genau, warum das so ist. Darum hätten sich behandelnde Ärzte aus allen drei Charité-Standorten zusammengesetzt, über diese Thema diskutiert und jeder seine Befindlichkeiten präsentiert. Schlussendlich sei entschieden und von allen „wohlwollend“ eingestanden worden, dass Originalpräparat und Biosimilar das gleiche sei, und man ja obendrein

noch Kosten sparen könne. Inzwischen werden in der Charité nach Aussage von Lüftner 90 Prozent der neu eingestellten Patienten mit biosimilaren Antikörpern behandelt. Nicht aber die „Alt-Patienten“, denn die Charité habe intern die Regel aufgestellt, nicht ungezielt zu switchen, weswegen die Voreingestellten auf dem jeweiligen Originalpräparat verblieben. Doch die laufen nun einmal irgendwann aus.

Auch auf die Frage, warum nicht 100, sondern nur 90 Prozent der in Frage kommenden Patienten mit Biosimilars behandelt würden, hat Lüftner auch eine Antwort und zieht zur Verdeutlichung das Beispiel Trastuzumab heran. „Manche Kollegen“, so die erfahrene Onkologin, „stören sich daran, dass es keine Kombinationsdaten mit Pertuzumab gibt“. Dies sei ein psychologisches Phänomen, das die Welt der Behandler in zwei Teile spaltet: In die Seite der Pragmatiker („keine Daten, aber das gleiche“) und jene der

„intellektuellen Kopfkin-Onkologen“, die sagten: „Um Gottes Willen, was mache ich denn, wenn eine Patientin kommt, die ein Nichtansprechen auf Pertuzumab und Trastuzumab hat, ein Biosimilar bekommt, aber sie darüber nicht aufgeklärt worden ist?“



„Manche Kollegen stören sich daran, dass es keine Kombinationsdaten mit Pertuzumab gibt.“

Prof. Dr. Diana Lüftner

Was gar nicht so einfach ist, denn anders als in Amerika, wo Biosimilars durch einen Zusatz zum generischen Namen eindeutig identifizierbar sind, ist dem in Europa nicht so. Auch diese Intransparenz begrenzt einer Studie des Biotech-Verbandes „EuropaBio“ zufolge derzeit bei den verschreibenden Ärzten die Akzeptanz der im Schnitt um 30 Prozent günstigeren Alternativen. <<

Vergleich Biosimilar und Generika		
	Biosimilar	Generika
Wirkstoff	Ist ähnlich, aber nicht identisch mit der Referenzarznei. Aufgrund der komplexen Natur von biologischen Arzneimitteln und der aufwändigen Herstellung können geringfügige Abweichungen möglich sein.	Verglichen mit dem Original innerhalb definierter Varianzen identisch.
Entwicklung und Herstellung	Lange Entwicklungsdauer, ca. 8 Jahre. Die Herstellung ist aufwändiger und teurer. Keine Möglichkeit den Originalherstellungsprozess exakt nachzuahmen. Vergleichbarkeit mit Referenzarznei muss bestehen.	Entwicklungsdauer ist relativ kurz, ca. 2 Jahre.
Zulassung	Zulassungsverfahren ist aufwändiger und teurer und erfolgt nach einer genauen wissenschaftlichen Überprüfung von Wirksamkeit, Verträglichkeit und Qualität. Die Zulassung muss garantieren, dass das Biosimilar genauso wirksam und verträglich ist wie das Original.	Möglichkeit der Zulassung unter Bezugnahme auf die Unterlagen des Erstanbieters. Übereinstimmung mit Referenzarzneimittel muss jedoch vorhanden sein.

Interview mit Prof. Dr. Uwe May und Prof. Dr. Jürgen Wasem anlässlich des HSK-Satellitensymposiums über Biosimilars

„Eine Wette auf die Zukunft des deutschen Systems“

>> In Ihrem Fazit führten Sie, Herr Professor May, aus, dass man sich Gedanken darüber machen sollte, wie der Markt künftig „vernünftig“ reguliert werden könnte. Nun steht der Begriff „Vernunft“ bei den Regulierungspartnern nicht immer unbedingt ganz oben.

May: Genau aus diesem Grund ist es wichtig, zwischen den einzelnen Marktsegmenten, aber auch zwischen den einzelnen Perspektiven der Akteure einen Zusammenhang herzustellen. Nur auf dieser Basis kann man zu einem in sich schlüssigen System kommen, das sowohl die Sicht der Gesellschaft, die der Kassen-, als auch die der Hersteller bedient. Denn, wenn letztere keine vernünftigen Anreize bekommen, in diesen Markt zu investieren, sind die ebenso möglichen wie gewollten Einspar-effekte bei gleichbleibender Qualität nicht realisierbar. Vernunft heißt in diesem Zusammenhang aber auch: auf etwas längere Sicht gedacht und konzipiert.

Die Gesamtsicht, die Sie da fordern ...

May: Ich weiß, dass das schwierig ist, weil man mit derartigen Gesamtsichten schon oft gescheitert ist. Dennoch muss man die Einsicht, endlich ein stimmiges System zu schaffen, wie man den Einsatz von Biosimilars fördern kann, immer wieder einfordern. Ohne diese Einsicht wird man auch nicht die Frage nach den richtigen Instrumenten beantworten können, wie es beispielsweise eine Biosimilar-Quote wäre.

Wasem: Quoten sind doch der ideale Einstieg! Wir haben im Symposium eben von Professor Lüftner gehört, dass in der Ärzteschaft eine gewisse Skepsis bezüglich der Frage vorliegt, ob Biosimilars wirklich hinreichend gut und damit austauschbar sind. Wenn man nun eine Quote einführen würde, würden Ärzte gezwungen, sich mit dem Thema zu beschäftigen und über Pro und Kontra nachzudenken. Die ersten Erfahrungen zeigen in einigen KVen, dass das durchaus funktioniert. Man beginnt mit einer etwas niedriger formulierten Quote und wenn deren Zielerreichung problemlos funktioniert, wird die Quote heraufgesetzt. Man kann sich freilich ordnungspolitisch trefflich darüber streiten, ob Quoten ein ideales Instrument sind, doch bezüglich der real spürbaren Sorgen und Ängste der behandelnden Ärzten, empfinde ich Quoten durchaus als probaten Einstieg.

May: Dem stimme ich zu 100 Prozent zu. Doch warne ich davor, falls mit einer Quote gleichzeitig der Originator unsachgemäß diskriminiert werden sollte. Um gleich das Gegenbeispiel zur Quote zu nennen: Rabattverträge würden uns in einen ebenso knallharten wie bodenlosen Preiswettbewerb führen. Darum bin ich der Ansicht, dass man ein schlüssiges Gesamtkonzept braucht, das in der Lage ist, das noch zarte Pflänzchen Biosimilars zu schützen und womöglich zum Gedeihen zu bringen.

Wasem: Dem vorgelagert muss man natürlich die Frage diskutieren, ob der Gesetzgeber explizit die Austauschbarkeit durch den Apotheker zulassen sollte. Ein anderes Beispiel sind Festbeträge, Quoten, aber auch Open-House-Verträge: Alle gehen faktisch von Austauschbarkeit aus.

Faktisch wohl, aber nicht unbedingt gesetzeskonform.

Wasem: Eben. Darum muss sich die Politik hier ehrlich positionieren. Denn wenn es Instrumente gibt, die in Realität eingesetzt werden und die implizit Austauschbarkeit unterstellen, ist es richtig und nötig, dass die Politik biosimilare oder biooriginale Produkte austauschbar gestaltet.

May: Das Problem dabei ist, dass der G-BA diesen Zusammenhang eigentlich gar nicht sehen will. Denn Festbeträge haben aus Sicht des Bundesausschusses zuerst einmal mit Substituierbarkeit noch gar nichts zu tun. Doch wenn man sich vor Augen führt, dass wir hier nicht über Preisunterschiede von einem Cent oder ein paar Euro sprechen, sondern eben über extrem kostenintensive Therapien, dann würde eine mögliche Zuzahlung für Patienten im Bereich von vierstelligen Beträgen liegen. Faktisch ist damit die Auswahl begrenzt, insofern kann ich Ihre Forderung, Herr Wasem, unterstreichen. Im Zweifel hätte man hier ein noch viel stärkeres Argument als im Generikamarkt, weil quasi der Festbetrag die Austauschbarkeit impliziert.



„Man kann sich ordnungspolitisch trefflich darüber streiten, ob Quoten ein ideales Instrument sind, doch bezüglich der real spürbaren Sorgen und Ängste der behandelnden Ärzte finde ich Quoten durchaus als probaten Einstieg.“

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Würde, wenn die Austauschbarkeit vom Gesetzgeber festgeschrieben werden sollte, nicht automatisch Paragraf 12 SGB V ziehen, nach dessen Wirtschaftlichkeitsgebot ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich verordnet werden muss?

Wasem: Klar. Wenn die Austauschbarkeit gegeben ist, folgt automatisch das „aut simile“-Gebot für Arzt und Apotheke. Letztere müssen dann in der Welt der Listenpreise das Medikament mit dem günstigen Preis über den Tresen reichen.

Gilt das auch für die Krankenhausapotheke?

Wasem: Diesen Bereich muss man etwas detaillierter betrachten. Es kommt darauf an, ob man über die stationäre Abgabe von biosimilaren Produkten redet oder über die Abgabe für die ambulante Krankenhausapotheke. Doch richtig ist so oder so: Wenn die Politik „aut simile“ für biosimilare Produkte einräumt, setzt das beim Apotheker auf Basis von Listenpreisen automatisch die „aut simile“-Verpflichtung in Gang. Und das halte ich auch für ganz sinnvoll.

In der letzten Konsequenz lautet die Frage: Kann man nun ein Biosimilar gegen ein Originalpräparat austauschen oder nicht? Wenn Prof. Lüftner von der Charité rund 90 Prozent ihrer neu einzustellenden Onkologie-Patienten – die mit Sicherheit nicht die ganz einfachen Fälle sein werden – mit Biosimilars therapieren kann, wäre doch anzunehmen, dass das der Offizin-Apotheker schon lange könnte.

Wasem: Aus Kassenkreisen hört man jedoch gelegentlich, dass die Forderung nach „aut simile“ dem professionellen Selbstbewusstsein der Ärzte widerstreben könnte, weshalb die – so zumindest die von mir wahrgenommene Befürchtung – sich als Trotzreaktion der Verordnung von biosimilaren Produkten verweigern könnten.

Das machen sie bei Generika ja auch nicht, wo inzwischen mehr als 90 Prozent ausgetauscht werden.

Wasem: Aber nur unter dem krassen Druck der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wie Sie schon gesagt haben: Da droht § 12 SGB V!

Cave. In speziellen Indikationsbereichen wie beispielsweise bei Antidepressiva oder bei Schilddrüsenmedikamenten sollte auch nicht so schnell ausgetauscht werden. Wir sprechen hier aber vom onkologischen Bereich und von lebensbedrohlichen Krankheiten, wo man noch wesentlich vorsichtiger sein sollte.

Wasem: Die Studienlage, wenn man das bei Gelegenheit einmal sagen darf, ob „aut idem“ tatsächlich patientenrelevante Outcomes hat und Compliance verschlechtert wird, ist nicht sehr gut.

May: Das hätte ich jetzt ein bisschen anders bewertet. Es gibt gute Argumente, dass „aut idem“ durchaus Probleme auslösen kann. Das bekommt man schnell mit, wenn man mit Praktikern – Ärzten oder Apothekern – spricht. Dazu braucht man eigentlich keine groß angelegte Studie.

Wasem: Das Reden mit Praktikern über Patienten ist doch eine ganz andere Art von Evidenz als jene, die in Studien gebildet wird, wenn wirklich patientenrelevante Outcomes abgefragt werden. Doch genau diese Studien fehlen mir, die zeigen würden, dass „aut idem“ tatsächlich zu Compliance-Problemen führt.

Das wird aber nicht das große Thema im Biosimilar-Markt sein. Denn es gibt, wie Professor May in seinem Vortrag gezeigt hat, im Endeffekt pro Indikationsgebiet nur ein oder zwei Produkte im Markt. Alleine schon darum wird nicht wild umgeswicht werden, weder zwischen Biosimilars, noch vom Original zum Biosimilar und vielleicht sogar wieder zurück. Unverträglichkeiten, Nebenwirkungen und Bioverfügbarkeiten einmal ausgenommen.

Wasem: Bei den onkologischen Zubereitungen sieht der Patient sowieso nicht, was da genau in seinem Infusionsbeutel drin ist. Dennoch sollte man die Compliancefrage nicht einfach wegdiskutieren. Nur muss man endlich über das qualitative Resümieren hinauskommen und wirklich gute Studien machen, um evident sagen zu können, ob es nun ein Problem gibt oder eben nicht. Die Substitution kann in einzelnen Indikationen problematisch sein und in anderen hingegen nur ein gefühltes Problem. Nur wissen wir das nicht.

Nun haben wir zwei Instrumente diskutiert: die Quote und „aut simile“/„aut idem“. Ein schlüssiges System ist es noch lange nicht. Was müsste der Gesetzgeber und was müssten die Selbstverwaltungspartner tun, um Biosimilars den Stellenwert zuzuführen, den sie verdienen würden?

Wasem: Wenn man „aut simile“ zulassen würde, hätte man schon einen großen Schritt gemacht. Erlaubt sind bisher ja auch schon Quoten, ebenso Open-House-Verträge als weitere Elemente in einem möglichen, jedoch noch nicht existenten Regulierungssystem. Um zu einem schlüssigen System zu kommen, müsste man vor allem das Thema Krankenhaus analysieren, sowohl in der Schnittstelle zur Verordnung mit Niedergelassenen als auch die unterschiedliche Behandlung von ambulanter und stationärer Abgabe im Krankenhaus. Denn genau hier ist unser bisheriges Regulierungssystem inkonsistent.

Inwiefern?

Wasem: Nun, weil es für einen Krankenhausapotheker in aller Regel sinnvoller ist, das Original zu verschreiben und nicht das biosimilare Produkt. Der Grund dafür ist, dass die Krankenkassen nur auf den Rabatt in Euro schauen, jedoch nicht auf das Preis-Ausgangsniveau. Das heißt nichts anderes, als dass es für das Krankenhaus sinnvoller ist, das Original zu benutzen, während aus gesellschaftlicher Sicht und auch jener der Kassen mit dem Biosimilars gespart würde. An dieser Stelle haben wir wirklich ein regulatives Schlüssigkeitsproblem.

May: Es ist doch offenkundig, dass so etwas nicht länger hingenommen werden sollte. Genauso wenig, wie man länger das System der intransparenten Honorierung und Bepreisung von parenteralen Zubereitungen, insbesondere in der Onkologie, verteidigen kann. Mir erschließt sich nicht, weshalb Stoffe, die in parenteralen Zubereitungen verwendet werden, nicht genau wie übliche Fertigarzneimittel über die AMPreisV geregelt werden. Die Vergütung der zubereitenden Apotheker sollte wiederum über eine angemessene Pauschale erfolgen.

Wasem: Die Ausgangssituation dafür ist doch klar: Der Gesetzgeber hat sich einfach nicht getraut, die Arbeitsleistung des Apothekers zu bewerten. Darum hat er es sich einmal mehr einfach gemacht und die Selbstverwaltung regeln lassen, was wohl vernünftig sein wird. Nun kommt jedoch hinzu, dass der Gesetzgeber aber auch Rabatte auslösen wollte, die irgendwie auch bei der Kasse ankommen sollen. Nur ist das in der Gesamtschau der Instrumente vermutlich nicht ganz so gelungen. Ich persönlich würde darum dafür plädieren, dass der Gesetzgeber entweder klar die Arbeitsleistung des Apothekers in der Apothekenpreisverordnung regelt, oder aber dass in der Apothekenpreisverordnung gezielt der Auftrag hinterlegt wird, dass die Selbstverwaltung die Gesamt-Arbeitsleistung des Apothekers entscheiden soll.

Ist das eine Regulierungsaufgabe der Politik?

May: Ja.

Wasem: Absolut.

In Ihrem Vortrag, Herr Professor May, sprachen Sie über die internationale Verantwortung Deutschlands als größtem europäischen Pharmamarkt. Kann man es wirklich dem Solidarsystem der GKV zumuten, mit den Beträgen der Versicherten das Pflänzchen Biosimilar zu hegen, um dieses hierzulande, aber auch in Europa mitzufinanzieren?

May: Spontan würde ich sagen: Die Selbstverwaltung ist dafür der falsche Ansprechpartner. Hier muss eine gesellschaftliche und damit auch eine politische Entscheidung her.

Wasem: Die Kassen würden sich auch mit Recht wehren, mehr Geld für Arzneimittel zahlen zu sollen als unbedingt nötig. Funktion für Europa hin oder her.

Was sie ja auch gar nicht dürfen.

Wasem: Aber nur, weil es im SGB V nicht drin steht.

May: Man könnte jedoch die nötigen Rahmenbedingungen an anderer Stelle schaffen.



„Mir erschließt sich nicht, weshalb Stoffe, die in parenteralen Zubereitungen verwendet werden, nicht genau wie übliche Fertigarzneimittel über die AMPreisV geregelt werden.“
Prof. Dr. Uwe May

Zitationshinweis

Wasem, J., May, U., Stegmaier, P.: „Eine Wette auf die Zukunft des deutschen Systems“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 27-29; doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2089

Dafür bräuchte es eine Wette auf die Zukunft, dass mit der Biosimilar-Förderung in fünf, zehn oder auch fünfzehn Jahren wirklich gespart würde.

Wasem: Genau das ist der Punkt: Das wäre nämlich in erster Linie gar keine Wette auf die Zukunft der europäischen, sondern vor allem des deutschen Gesundheitssystems. Doch weil Deutschland in seiner dynamischen Perspektive der wichtigste Kernmarkt in Europa für Biosimilars ist, muss sich die deutsche Gesellschaft und die Politik darüber klar werden, dass wir nun einmal eine ganz besondere Rolle auf unserem Kontinent spielen. Das ist schon ein Stück weit Egoismus, nur sozusagen eine Dimension weitergedacht.

Europa als quasi positiver Mitnahmeeffekt.

Wasem: So kann man es formulieren.

May: Wie auch immer, zu förderst muss man die Selbstverwaltung und die Kassenseite zu langfristigerem Denken zwingen.

Was letztere – diesmal laut Bundesversicherungsamt (BVA) – auch gar nicht darf.

Wasem: Es gibt doch in vielen Bereichen Dinge, die weit über den normalen Jahres-Zeithorizont hinausgehen. Die Rahmenbedingungen, über die wir reden, muss man an höherer Stelle ändern. Wenn dies geschehen ist, hat auch der BVA einen klaren Handlungsrahmen.

Die Herren Professoren, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem

hat seit 2003 den Alfred-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen inne. Davor war er von 1999-2003 Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald, von 1997-1999 Professor für Öffentliche Gesundheit (Schwerpunkt Gesundheitsökonomie) an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Er studierte in Köln, Pennsylvania und Sussex.

Prof. Dr. rer. pol. Uwe May

ist als Studiendekan an der Hochschule Fresenius für den Masterstudiengang International Pharmacoconomics and Health Economics verantwortlich. Er ist Mitbegründer der Unternehmensberatung May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt und war langjähriger Lehrbeauftragter der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie der Cardiff University. Seine Schwerpunkte sind Gesundheits- und Pharmakoökonomie, Kosten- und Nutzenbewertungen sowie konzeptionelle und strategische Fragen des OTC-Marktes.

Im Kurzinterview: Dr. Andreas Ludäscher, Geschäftsführer Pfizer Pharma PFE GmbH und Deutschlandchef von Pfizer Essential Health

„Aut simile könnte die Therapiehoheit gefährden“

>> Herr Dr. Ludäscher, welche Chancen sehen Sie in der Zukunft durch Biosimilars und wie möchte Pfizer als Unternehmen dazu beitragen?

Die Behandlungskonzepte, besonders bei schweren chronischen und potentiell lebensbedrohlichen Erkrankungen wurden durch biologische Arzneimittel revolutioniert. Da zahlreiche biologische Arzneimittel ihren Patentschutz bereits verloren haben oder in den nächsten Jahren verlieren werden, möchten wir durch die Bereitstellung von Biosimilars als wirtschaftliche Alternativen unseren Beitrag dazu leisten, Patienten kontinuierlich einen Zugang zu hochwirksamen Therapieoptionen zu ermöglichen und Ressourcen im Gesundheitssystem freizusetzen, die an anderer Stelle in Innovationen reinvestiert werden können.

Was motiviert Pfizer, sich für die Entwicklung und Herstellung von Biosimilars einzusetzen und diese voranzutreiben?

Es geht uns vor allem um eine nachhaltige Versorgung der Patienten. Pfizer hat es sich durch kontinuierliche Forschung und Entwicklung an qualitativ hochwertigen biologischen Arzneimitteln zum Ziel gesetzt, die Versorgung von Patienten mit innovativen und wirtschaftlichen Therapieoptionen kontinuierlich zu verbessern. Wir setzen uns dafür ein, dass nachhaltige Versorgungskonzepte für Patienten angeboten werden können und sehen die Wirksamkeit der Therapie sowie die Patientensicherheit als höchste Priorität, bei der nach wie vor der behandelnde Arzt entscheidet, welche Therapie am besten für den jeweiligen Patienten geeignet ist.

Wie würden Sie den Stellenwert von Biosimilars für Pfizer beschreiben?

Mit mehr als 30 Jahren Biologika-Erfahrung greift Pfizer auf ein umfassendes wissenschaftliches Verständnis bei der Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von biologischen Arzneimitteln zurück. Bei der Herstellung von Biosimilars ist Pfizer bereits seit zehn Jahren aktiv. Aktuell sind mit „Inflextra™“ (Infliximab), „Nivestim“ (Filgrastim) und „Retacrit“ (Epoetin zeta), drei Biosimilars von Pfizer in der EU zugelassen. In den



nächsten Jahren werden noch weitere Biosimilars hinzukommen, die sich derzeit in der Entwicklung bzw. Zulassung befinden. Somit nehmen Biosimilars bei Pfizer bereits jetzt einen hohen Stellenwert ein, der in den kommenden Jahren noch wachsen wird.

Gibt es bestimmte Risiken, die in den kommenden Jahren die Entwicklung auf dem Biosimilarmarkt einschränken könnten?

Aus meiner Sicht besteht das größte Risiko darin, dass es zu einer rein Einsparpotenzial getriebenen Steuerung des Marktes mit einem irrationalen Preiswettbewerb kommen könnte. Der Markt der biologischen Arzneimittel darf nicht zu einem reinen Beschaffungsmarkt mit dem primären Fokus auf maximaler Kostensenkung „verkommen“, wie wir es bei Generika synthetischer Arzneimittel sehen. Mir schwebt vielmehr ein Versorgungsmarkt mit dem Ziel einer langfristigen und nachhaltigen Patientenversorgung vor, in welchem dennoch Einsparungen für das Gesundheitssystem generiert werden können. Um diesen Versorgungsmarkt zu etablieren, bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen, die

wir meines Erachtens bisher noch nicht haben. So sind zum Beispiel die Steuerungsinstrumente im GKV-Arzneimittelmarkt noch nicht ausreichend synchronisiert.

May und Wasem sprechen sich im MVF-Interview für eine Biosimilar-Quote und „aut item/simile“ aus. Wie steht Ihr Unternehmen dazu?

Der Markt biologischer Arzneimittel ist kein Beschaffungsmarkt wie bei Generika. Biosimilars sind deutlich aufwendiger und komplexer zu entwickeln und herzustellen – das sollte berücksichtigt werden. Wir fordern daher einen qualitätsorientierten Versorgungsmarkt, bei dem der Fokus auf den Patienten liegt. Gleichzeitig sollte die Hoheit, welche Therapie für den Patienten am besten ist, weiterhin beim Arzt liegen. Eine Austauschbarkeit über „aut simile“ und daraus folgende exklusive Ausschreibungen können diese Therapiehoheit gefährden. Sie tragen außerdem zu einem rapiden Preisverfall bei, der die Entwicklung und Herstellung zukünftiger Biosimilars erschwert. <<

In Deutschland im Verkehr befindliche Biosimilars

>> Laut der „Grafik des Monats Juni 2018“, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Pro Biosimilars, gibt es derzeit 27 in Deutschland im Verkehr befindliche Biosimilars: 5 davon zu Filgrastim, 3 zu Trastuzumab, je 2 zu Infliximab, Follitropin alfa, Etanercept, Rituximab, Enoxaparin-Natrium, der Rest verteilt sich auf 9 verschiedene Original-Produkte.

Nach Inga Draeger, der Leiterin Biosimilars der AG Pro Biosimilars, stand das Biosimilarjahr 2017 „klar im Zeichen der Onkologie“, wie im Zahlenwerk „Biosimilars in Zahlen“ nachzulesen ist. So hätte am 22. Februar 2017 die Europäische Kommission das erste Rituximab-Biosimilar für den europäischen Markt zugelassen, inzwischen stehen bereits zwei Biosimilars für die Versorgung zur Verfügung. Sie sind in den gleichen Indikationsgebieten anwendbar wie das Referenzprodukt, darunter Non-Hodgkin-Lymphome, chronisch lymphatische Leukämie

und rheumatoide Arthritis. Ebenso sei die Zulassung der ersten Rituximab-Biosimilars „ein Meilenstein für die Onkologie“. Denn um die bestmögliche Behandlung der betroffenen Patienten angesichts hoher Kosten für neue Therapien auch in Zukunft finanzierbar zu halten, könnten „Biosimilars einen ganz wesentlichen Beitrag leisten“, dazu müssten sie „nun zügig ihren Weg in die Versorgung finden“.

Damit das gelingt, müssten nach Meinung von Draeger Ärzte und Klinikapotheker umfassend und unabhängig informiert werden. Eine Ärztebefragung der Firma Doc Check hätte im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Pro Biosimilars von 2017 gezeigt, dass sich Ärzte vor allem mehr unabhängige Informationen durch Fachgesellschaften zu Biosimilars wünschen. Es sei daher sehr zu begrüßen, dass eine Reihe von Fachgesellschaften 2017 ihre Positionierungen zu Biosimilars aktualisiert bzw. neu

entwickelt hätten. Draeger: „In der Onkologie sind insbesondere die neuen Papiere der European Society of Medical Oncology (ESMO) und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) zu nennen, die beide den Einsatz von Biosimilars befürworten. Doch auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hätte mit ihrem neuen Leitfaden zu Biosimilars und jüngst der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) mit seiner Positionierung zum Einsatz von Biosimilars „wichtige Schritte“ gemacht. „Biosimilars sind bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit, der Verträglichkeit und der Sicherheit in allen zugelassenen Indikationen gleichwertig dem jeweiligen Referenzarzneimittel und können wie dieses eingesetzt werden“, schreibt dazu die AkdÄ (www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/Biosimilars). <<

Pro Biosimilars-Grafik des Monats Juni 2018: In Deutschland im Verkehr befindliche Biosimilars

Indikation	Handelsname	Hersteller	INN	Referenzprodukt	Zulassungsjahr
UTS, PWS	Omnitrope	Hexal	Somatropin	Genotropin	2006
Onkologie / Anämie	Binocrit	Hexal	Epoetin alfa x	Eprex	2007
	Epoetin alfa Hexal	Hexal			
	Abseamed	Medice			
	Retacrit	Pfizer Pharma PFE			
Onkologie / Neutropenie	Silapo	STADapharm	Filgrastim	Neupogen	2008
	Ratiograstim	ratiopharm			2009
	Filgrastim Hexal	Hexal			2010
	Nivestim	Pfizer Pharma PFE			2013
	Grastofil	STADapharm			2014
Morbus Crohn	Accofil	Accord Healthcare	Infliximab	Remicade	2013
	Inflectra	Pfizer Pharma PFE			2013
	Remsima	Mundipharma			2016
Unerfüllter Kinderwunsch	Flixabi	Biogen	Follitropin alfa	GONAL-f	2013
	Ovalea	Teva			2014
Diabetes	Bemfola	Gedeon Richter Pharma	Insulin Glargin	Lantus®	2014
Rheumatische Erkrankungen / Psoriasis	Abasaglar	Lilly Deutschland			Etanercept
	Benepali	Biogen	2017		
Onkologie	Erelzi	Hexal	Rituximab	MabThera	2017
	Truxima	Mundipharma			2017
Diabetes	Rixathon	Hexal	Insulin lispro	Humalog	2017
Hemmung der Blutgerinnung	Insulin lispro Sanofi	Sanofi			Enoxaparin-Natrium
	Inhixa	Techdow Pharma Germany	2017		
Onkologie	Enoxaparin Becat	Laboratorios Farmacéuticos ROVI	Trastuzumab	Herceptin	2018
	Herzuma	Mundipharma			2018
	Kanjinti	Amgen			2017
	Ontruzant	MSD			

10,2 Milliarden Euro Umsatz in 2017

>> Im kürzlich veröffentlichten Branchenreport „Medizinische Biotechnologie in Deutschland 2018“, von der Boston Consulting Group (BCG) für vfa bio erstellt, werden die Aktivitäten aller Unternehmen in der medizinischen Biotechnologie in Deutschland analysiert. Demnach betrug 2017 der Umsatz mit Biopharmazeutika 10,2 Milliarden Euro (im ambulanten und Klinik-Bereich) gegenüber 9,3 Milliarden Euro 2016. Ihr Marktanteil erreichte 26,0 % (zuvor 24,8 %).

Im letzten Jahr arbeiteten in diesem Bereich in Deutschland 47.000 Mitarbeiter (+6,6 %). „Ausschlaggebend für diese Umsatzentwicklung sind weiter zunehmende Verordnungen aufgrund des hohen Bedarfs“, so Dr. Frank Mathias, Vorsitzender von vfa bio und CEO der Rentschler Biopharma SE. <<

INSIGHT Health: Patentauslauf bringt schnelle Marktdurchdringung

>> Im Laufe des Jahres werden nach Analysen von INSIGHT Health einige Patente für Biologika auslaufen, die bei über einer Milliarde Euro Umsatz pro Jahr in Deutschland liegen. Patentfreie Nachfolgeprodukte, sogenannte Biosimilars, werden dann wohl mehr Patienten zugutekommen, prognostiziert der Informationsdienstleister im Gesundheitsmarkt.

Das mit über einer Milliarden Euro umsatzstärkste Arzneimittel Adalimumab verliert im Herbst 2018 seinen Patentschutz. Es wird zur Therapie von Rheumatoider Arthritis, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis eingesetzt. Für Adalimumab sind bereits eine Handvoll Nachfolgeprodukte zugelassen. In welchem Ausmaß das Originalprodukt Marktanteile abgeben wird, ist laut INSIGHT Health eine spannende Frage.

Darum hat INSIGHT Health die Marktentwicklungen nach Markteintritten von Biosimilars in der Vergangenheit mit Hilfe des „Panel Patient INSIGHTS“, in dem die anonymisierten Medikationshistorien von 47 Millionen Patienten betrachtet werden können, analysiert. Im Falle der Biosimilars für Etanercept und Infliximab, die in ähnlichen Therapieumfeldern wie Adalimumab eingesetzt werden, wuchsen die Patientenzahlen nach Ende des Patentschutzes deutlich. Nachdem im Februar 2016 das erste Biosimilar für Etanercept auf den Markt kam, stieg die Zahl der Patienten mit Etanercept-Verordnungen um 20 Prozent auf 12.000 im Januar 2018 an. Im Fall von Infliximab stieg die Zahl der Patienten nach Biosimilareinführung innerhalb von drei Jahren sogar um 80 Prozent. <<

IQVIA: Biosimilar-Marktanteil liegt in Deutschland bei etwa 5 %

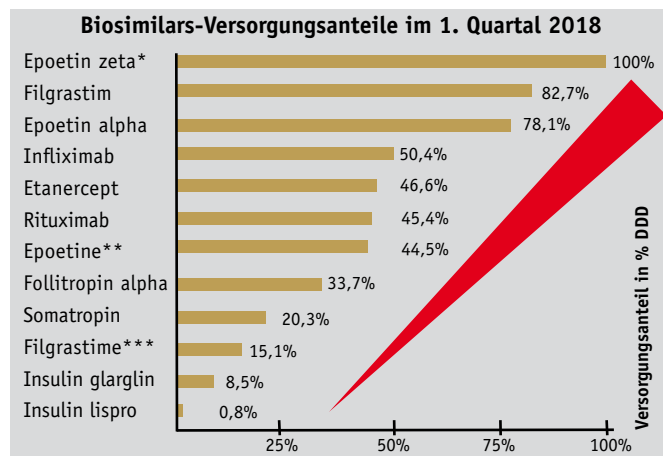
>> Der Markt für biopharmazeutisch hergestellte Arzneimittel in Deutschland wuchs nach einer Analyse von IQVIA im Zeitraum 2013 bis 2017 um jährlich rund 1 Milliarde Euro. Mittlerweile beläuft sich der Umsatz von Biologika auf 11 Mrd. Euro. Dieses Volumen wird zum Großteil durch Originalpräparate generiert (95 %). Allerdings nimmt auch der Anteil der kostengünstigeren Biosimilars stetig zu: Entfielen im Jahr 2013 nur 1 % des Umsatzes auf Biosimilars, nehmen sie fünf Jahre später, 2018, bereits rund 5 % des Marktwertes ein. Den deutlichsten Entwicklungsschub gab es im Jahr 2017, in dem Biosimilars ihren Marktanteil gegenüber dem Vorjahr verdoppeln konnten.

Dieser Trend stützt sich auf die Neueinführung von Biosimilars zu Infliximab, Etanercept und Rituximab. Der Biosimilarfähige Arzneimittelmarkt – also das Marktsegment, in dem Originalpräparate und Biosimilars existieren – belief sich in Deutschland im Jahr 2017 auf 2,2 Mrd. Euro (+3,4 %). Dies entspricht 51 Mio. Zählheiten bzw. 438 Mio. DDD (Defined Daily Dosage). Die Einführung von Rituximab-Biosimilars ermöglicht seit April 2017 einen breiteren Zugang zu diesem Krebs- und Immuntherapeutikum, schreibt IQVIA in seinem Newsletter „Fokus Biosimilars“. Weitere Hintergrundanalysen würden zeigen, dass auch bei Infliximab und Etanercept die Marktdurchdringung im letzten Jahr

seit April 2017 zugelassene Antikörper Rituximab verbucht demnach knapp ein Jahr nach seiner Markteinführung bereits einen Versorgungsanteil von 45,4 % der DDD. <<

Regionale Unterschiede

>> Warum es bei Biosimilars hohe regionale Unterschiede gibt, erklärte RA Claus Burgardt von der Bonner Rechtsanwaltskanzlei Sträter auf dem von Roche gesponserten BMC-Symposium „Verordnungssteuerung“: Mitverantwortlich sind die zwischen Spitzenverband Bund und der KBV ausgehandelten Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V sowie regional von den einzelnen Länder-KVen festgesetzte Verordnungsmindestquoten. <<



Biosimilars-Versorgungsanteile im 1. Quartal 2018. Quelle: IMS AMV®. Legende: * in Deutschland kein Originalprodukt verfügbar; ** Epoetine=Darbepoetin Alfa, Epoetin Alfa/Beta/Theta/Zeta, Methoxy Polyethylene Glycol-EP; *** Filgrastime=Filgrastim, Pegfilgrastim, Lipefilgrastim; Kombination Filgrastime und Epoetine ohne Einschränkung auf den biosimilarfähigen Biopharmazeutika-Markt.

weiter vorangeschritten ist. Das Absatzvolumen im Biosimilarfähigen Markt hat sich dementsprechend um 6 % nach Zählheiten bzw. 9 % nach DDD vergrößert.

Zudem erreichen laut IQVIA Biosimilars je nach Wirkstoff – gemessen auf Basis von DDD – eine unterschiedliche Marktdurchdringung. In den Gruppen der Epoetine und bei Filgrastim lag ihr Versorgungsanteil im ersten Quartal 2018 bei rund 80 %. Der zur Rheuma- und Krebstherapie

Arzneimittelgruppe (Verordnungsmindestquote) KV	C04 Biosimilars zu Etanercept in %
Westfalen-Lippe	57,0
Niedersachsen	51,6
Bayern	40,3
Rheinland-Pfalz	36,2
Nordrhein	31,7
Baden-Württemberg	24,2
Schleswig-Holstein	24,1
Hessen	21,6
Hamburg	19,7
Bremen	19,4
Saarland	18,8
Berlin	16,7
Sachsen-Anhalt	15,0
Mecklenburg-Vorpommern	14,8
Brandenburg	12,2
Sachsen	11,7
Thüringen	7,7

Regionale Biosimilars-Versorgungsquoten für Etanercept. Quelle: BMC-Symposium „Verordnungssteuerung“, Berlin 2018, Vortrag RA Claus Burgardt, Kanzlei Sträter, Bonn.



Serie (Teil 13): „Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Hamburg

Den Menschen im Fokus

Psychosoziale Medizin und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, das im kommenden Jahr seinen 130. Geburtstag begehen kann, lassen sich nicht trennen: Bereits 1970 wurden erstmalig die psychosozialen Fächer in die Approbationsordnung für Ärzte eingeführt, psychosomatische Zusammenhänge diskutiert und damit der rein medizinische Krankheitsbegriff in Frage gestellt. Aus diesen langjährigen Erfahrungen entstand die bis heute erfolgreich arbeitende Poliklinik des UKE – mit einem besonderen Schwerpunkt in der Begleitung und Behandlung von schwer und chronisch Kranken und ihren Angehörigen auf der einen Seite, die Rehabilitations- und Versorgungsforschung auf der anderen, bereits 1993 mit der Berufung von Uwe Koch-Gromus als Direktor etabliert. 2002 änderte die Abteilung ihren Namen in „Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie“, das seit 2008 von Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter geleitet wird.

>> Martin Härter beschäftigt sich seit den 80er Jahren, dem Anfang seiner wissenschaftlichen Karriere an der Universität in Freiburg, mit Fragen einer besseren Versorgung von Menschen mit chronischen somatischen oder psychischen Erkrankungen. Begonnen hat seine Arbeit 1985 mit einem bundesweiten Evaluationsprojekt zur psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie. Das kann durchaus als frühes Beispiel der Translationsforschung eingeordnet werden: Diese Studie hat damals dazu geführt, dass in der Folge bundesweit an den Spezialzentren entsprechend einem von Uwe Koch, Martin Här-

ter und dem damaligen Team berechneten Personalschlüssel psychosoziale Mitarbeiter eingestellt worden sind. Seither beschäftigt er sich mit Versorgungsforschung, wobei sie damals anders hieß, man sprach zu der Zeit noch von Evaluationsforschung.

Nach über 20 Jahren wissenschaftlicher Arbeit an der Universität bzw. später der Universitätsklinik in Freiburg – zuletzt von 2004 an als Sektionsleiter für Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – folgte er 2008 dem Ruf auf den Lehrstuhl für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-



Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter ist seit 2008 Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

1982-1988 Studium im Fach Psychologie an den Universitäten Würzburg, Padua (Italien) und Freiburg; 1988-1994 Wiss. Mitarbeiter an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie der Universität Freiburg; 1988-1994 Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; 1991 Promotion an der Medizinischen Fakultät zum Dr. med.; 1994 Promotion an der Philosophischen Fakultät zum Dr. phil.; 1995-2000 AiP, Assistenzarzt und Senior Researcher an der Abt. Psychiatrie und Psychotherapie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 1998 Forschungsstipendium an der Yale University School of Medicine; 2001 Habilitation an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg; 2004-2008 Leiter der Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der ALU; 2005 Ernennung zum APL-Professor der Universität Freiburg; 2005 Vertretung des Lehrstuhls „Klinische und Entwicklungspsychologie“ an der Universität Freiburg.

Link

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

Eppendorf. Anders als bei anderen Versorgungsforschungsnahen Lehrstühlen war hier jedoch keine Aufbauarbeit von Null an gefragt: In Hamburg war bereits unter der Ägide seiner beiden Vorgänger – Margit von Kerekjarto (1975 erhielt sie den Ruf auf die Professur für Medizinische Psychologie, die sie bis zu ihrer Emeritierung 1990 inne hatte) und Uwe Koch-Gromus (1993 auf diesen Lehrstuhl berufen, 2007 trat er das Amt des Dekans des UKE an) – Pioniararbeit geleistet und ein gut organisiertes wissenschaftliches Zentrum für Versorgungsforschung etabliert worden.

Seit 2008 hat sich dieses Zentrum durch Härter maßgebliche Mitwirkung zum bekannten Center for Health Care Research (CHCR) und dem Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET) weiterentwickelt. Das Themenspektrum erweiterte sich um Forschungsprogramme zur Patientenbeteiligung in der Medizin und um epidemiologische Studien zu psychosozialen Belastungen bei körperlichen Krankheiten.

Zudem übernahm Martin Härter von 2009 bis 2017 die Sprecherfunktion im UKE-Forschungsschwerpunkt „Versorgungsforschung“ und 2011 die Sprecherfunktion des großen Verbundprojekts „psychnet“, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Das Hamburger Netz psychische Gesundheit (www.psychnet.de) hat zu einer Stärkung der psychosozialen Versorgungsforschung beigetragen und die Kooperationsbeziehungen zu zahlreichen Akteuren in Wissenschaft, Klinik, ambulanter Versorgung, Leistungsträger, Gesundheitspolitik und Betroffenenverbände gestärkt. Es war und ist ein Kristallisationspunkt für weitere Erfolge der Hamburger Region, u.a. im Innovationsfonds und der BMBF-Strukturförderung zur Versorgungsforschung.

Härter ist dabei alles andere als alleine. 140 Mitarbeiter und drei weitere Professoren stehen ihm bei der Arbeit zur Seite. Nach Berufung von zahlreichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Institutes auf Lehrstühle und Professuren in Deutschland, Österreich und der Schweiz leitet Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Monika Bullinger als Stellvertretende Institutsdirektorin die Arbeitsgruppe Lebensqualitätsforschung; Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Corinna Bergelt die Forschungsgruppe Psychoonkologie. Zudem wurde Dr. Holger Schulz auf den Stiftungslehrstuhl für Versorgungsforschung bei psychischen und onkologischen Erkrankungen berufen. Noch in diesem Jahr wird die Ein-

richtung einer weiteren Stiftungsprofessur für Versorgungsforschung bei seltenen Erkrankungen im Kindesalter – auf fünf Jahre durch die „Kindness for Kids Stiftung“ gefördert – erfolgen.

Die Verschränkung von Forschung, Klinik und Lehre ist ein besonders wichtiges Merkmal des Instituts. Die Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Versorgungsforschung bei psychischen und chronischen körperlichen Erkrankungen, somatopsychische Wechselwirkungen, Patientenorientierung, Prävention und Rehabilitation sowie Psychoonkologie. Darüber hinaus ist die wissenschaftliche Umgebung mit zahlreichen versorgungswissenschaftlichen Nachbarinstituten, der weit gespannten Universitätsklinik und der Verbindung im Center for Health Care Research (CHCR) besonders wichtig für die Arbeit im Institut. Das CHCR bündelt in Hamburg zahlreiche im Bereich der Versorgungsforschung erfolgreiche Institutionen, die relevante Themen und Methodenbereiche einer international konkurrenzfähigen Versorgungsforschung kompetent abdecken.

Martin Härter hat noch weitere wichtige Funktionen inne: Bereits 2008 erfolgte die Berufung als Experte in den Nationalen Krebsplan der Bundesregierung zur Stärkung der Patientenorientierung. Seit 2014 ist er Mitglied des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesverband Managed Care (BMC e.V.). Von 2005-2016 war er Koordinator der S3- bzw. der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“. Seit 2016 steuert er zudem als wissenschaftlicher Leiter die Aktivitäten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Hinblick auf die Erstellung Nationaler Versorgungsleitlinien und ihrer Begleitprodukte.

Was treibt Härter – Psychologe und Arzt – in einer Person an? Die Antwort ist eigentlich ganz einfach: Er versucht dazu beizutragen, dass sich die handelnden Personen im Gesundheitswesen stärker an den Menschen orientieren, die sie betreuen. Dies bedeutet, dass individuelle Präferenzen und Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen stärker berücksichtigt werden und sich die Versorgung stärker an aktuellen evidenzbasierten Leitlinien ausrichtet.

Darüber hinaus erprobt er seit vielen Jahren innovative Versorgungsansätze mit einem Schwerpunkt bei psychischen und schweren körperlichen Erkrankungen, die auf der Basis von kooperativen und sektorübergreifenden Modellen mit e-Health-Unterstützung eine Verbesserung für Patienten

und die Behandler erwirken sollen. Sein persönliches Ziel dabei ist, das möglichst alle diese Ansätze konsequent in der Versorgung, aber auch in die Ausbildung von Studierenden und der Weiter- und Fortbildung integriert und gelehrt werden.

Darum wird am Institut und an der Poliklinik für Medizinische Psychologie nicht einfach nur Versorgungsforschung betrieben, sondern möglichst aus der täglichen Arbeit heraus entwickelt. Aus der psychologischen und psychosozialen Betreuung von schwer chronisch körperlich Kranken ergibt sich ständig ein ganz natürlicher Bezug zur Versorgungsforschung, weil mit jedem einzelnen Patienten Fragestellungen entstehen. Dies erfolgt aus der Versorgung von Krebspatienten heraus, aus dem ebenfalls geleisteten Konsiliar- und Liaisondienst oder der Versorgung von Transplantationspatienten. Härter: „Wir haben ein traditionell gewachsenes, inzwischen sehr großes Forschungsinstitut, das sich seit Beginn an mit verschiedenen Fragestellungen beschäftigt hat, auch wenn früher viele unserer Fragestellungen nicht unter dem Label Versorgungsforschung, sondern unter Reha-, Präventions- oder eben auch Evaluationsforschung zusammengefasst waren.“ Wobei die Studien natürlich auch publiziert wurden – immerhin so um die 130 pro Jahr! Und auch in Zukunft noch werden: Mehr als 100 Promovierende am CHCR des UKE befassen sich derzeit mit versorgungswissenschaftlichen Studien. <<

von: [MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier](#)

Weiterführende Links

www.uke.de/medizinische-psychologie
www.forschung-patientenorientierung.de
www.patient-als-partner.de
www.psychnet.de
www.uke.de/chcr
www.ham-net.de
www.azq.de



Prof. Dr. Holger Schulz
Versorgungsforschung bei
psychischen und onkologischen
Erkrankungen

>> Warum arbeiten Sie am Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie?

Es bietet auf der Basis einer lang gewachsenen Entwicklung und eingebettet in ein sehr gutes Umfeld in Hamburg die Möglichkeit inhaltlich und methodisch sehr differenziert relevante Themen der Versorgung von Patienten – vor allem mit chronischen Erkrankungen – untersuchen zu können. Gleichzeitig haben wir die Möglichkeit, Medizinstudenten hinsichtlich einer Vielzahl von psychosozialen Themen im Rahmen des Modellstudiengangs in Richtung einer höheren Patientenzentrierung auszubilden.

Was zeichnet für Sie das „Zentrum für Psychosoziale Medizin und Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie“ aus?

Zahlreiche wissenschaftliche Fragestellungen der psychosozialen Medizin lassen sich nicht angemessen nur aus dem Blickwinkel einer Fachdisziplin untersuchen, sondern können besser interdisziplinär erklärt und verstanden werden. Das Psychosoziale Zentrum bietet dafür eine sehr gute Plattform, indem es über informellen und formellen Austausch vielfältige Kooperationen befördert, sowohl inhaltlich als auch methodisch. Dieses wird insbesondere im Center of Health Care vorangetrieben, welcher einen von fünf Forschungsschwerpunkten des UKE bildet und für den das Psychosoziale Zentrum eine wichtige Keimzelle darstellt und mündet aktuell in der Etablierung des HAM-NET. Die genannten Aspekte der Interdisziplinarität gelten aber nicht nur für die Forschung, sondern ebenso auch für die Lehre und die Krankenversorgung. <<



Prof. Dr. Corinna Bergelt
Forschungsgruppe Psychoonkologie

>> Warum arbeiten Sie am Institut?

In meinem Forschungsbereich Psychoonkologie bietet das Institut und die Poliklinik eine einzigartige Kombination von großer Erfahrung und Kompetenz in der Versorgungsforschung und gleichzeitig mit dem psychoonkologischen Konsildienst und der Spezialambulanz für Psychoonkologie in der klinischen Versorgung. Dies sehe ich als ideale Voraussetzung für die Entwicklung von Projektideen und die Umsetzung kliniknaher und versorgungswissenschaftlich anspruchsvoller psychoonkologischer Forschungsprojekte.

Was zeichnet für Sie das Institut aus?

Neben der Vielfalt der Forschungsgebiete vor allem die umfangreiche versorgungswissenschaftliche und klinische Expertise und die starke Vernetzung innerhalb des UKEs, des universitären Cancer Centers und des Centers for Health Care Research ebenso wie mit zahlreichen wissenschaftlichen und klinischen Kooperationspartnern auf nationaler und internationaler Ebene.

Mit welchen Thematiken sind Sie derzeit beschäftigt?

Schwerpunkte meiner Forschung liegen derzeit im Bereich Krebs und Familie und Interventionen zur Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung. Wir untersuchen die Auswirkungen einer kindlichen Krebserkrankung auf alle Familienmitglieder und die Rolle der Rehabilitation bei der Rückkehr in den Alltag, neue Interventionen für junge Erwachsene nach Abschluss der Akutbehandlung und Interventionen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen von medizinischem Personal zur Verbesserung der Patientenorientierung in der Versorgung. <<



Dr. Isabelle Scholl
Nachwuchsgruppenleiterin
Versorgungsforschung und
Patientenzentrierung

>> Warum arbeiten Sie am Institut?

Ich bin quasi ein „Eigengewächs“. Nach der Promotion bin ich geblieben, da ich viel Förderung und zugleich hohe Freiheitsgrade beim Aufbau der eigenen Forschungsgruppe erfahren habe. Zudem macht die Möglichkeit wissenschaftlich, klinisch und in der Lehre zu arbeiten, das Institut für mich zu einem idealen Arbeitsumfeld.

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrem Arbeitsplatz?

Das Zentrum und das Institut zeichnen sich durch den starken versorgungswissenschaftlichen Fokus aus. Das ist für mich als Nachwuchsgruppenleiterin ein stimulierendes Umfeld. Durch die eigene klinische Arbeit und die Nähe zu den somatischen Kliniken ergeben sich viele Synergien und Möglichkeiten sehr versorgungsnah zu forschen.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Seit mehreren Jahren beschäftigen mich Fragestellungen rund um die patientenzentrierte Versorgung. Seit meiner Rückkehr aus den USA sind in meiner Gruppe zwei neue Projekte gestartet. Die Studie „Patientenerfahrungen im Gesundheitswesen“ hat zum Ziel Patient-Reported Experience Measures (PREMs) zur Erfassung der erlebten Patientenzentrierung zu entwickeln und deren Umsetzungsmöglichkeiten zu prüfen. Die Studie „Behandlungswege gemeinsam entscheiden“ hat zum Ziel, ein komplexes Programm zur Förderung der Routineimplementierung von Shared Decision Making in der Krebsversorgung zu evaluieren. <<

Zweites Symposium des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET)

HAM-NET: Koordinieren, fördern und verbessern

Kooperation koordinieren, Forschung fördern und Versorgung verbessern – das ist das Motto des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET), das sich am 1. Februar 2017 mit Hilfe einer BMBF-Förderung gegründet hat und seitdem in der Hamburger Metropolregion aktiv ist. Das deutsche Gesundheitswesen ist durch zahlreiche Akteure geprägt und komplex strukturiert. Versorgungsforschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist somit stets interdisziplinär zu denken. Im HAM-NET haben sich dementsprechend bereits über 30 Institutionen aller relevanten Akteure im Hamburger Gesundheitswesen vernetzt.

>> In Hamburg haben sich über die letzten Jahre exzellente Forschungszentren und Verbundinitiativen im Bereich der Versorgungsforschung gegründet und gebündelt. Schon 2006 erfolgte die Gründung des Center for Health Care Research (CHCR) als wissenschaftlicher Kooperationsverbund des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), der Universität Hamburg und des Albertinen Krankenhauses. Das UKE setzt darüber hinaus auf die Versorgungsforschung als einen von fünf vom Wissenschaftsrat für das UKE empfohlenen Forschungsschwerpunkten. Neben dem CHCR befasst sich das 2011 gegründete Hamburg Center for Health Economics (HCHE), ein weiteres gemeinsames Forschungszentrum der Universität Hamburg und des UKE, mit Fragen der Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Das HCHE ist eines von bundesweit vier Zentren für gesundheitsökonomische Forschung, das vom BMBF über einen Zeitraum von acht Jahren gefördert wird. Diese außerordentlichen infrastrukturellen Voraussetzungen bieten eine große Chance, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Hamburger Metropolregion zu leisten.

Im Jahr 2015 schrieb das Bundesministerium für Bildung und Forschung den Förderschwerpunkt „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung“ aus. Mit der Unterstützung zahlreicher Partner auf Seiten der Wissenschaft, der Versorgung, von Patientenorganisationen und der Krankenkassen sowie der Gesundheitspolitik in der Region hat sich das CHCR erfolgreich mit dem Konzept zum Aufbau des HAM-NET beworben.

Übergeordnetes Ziel des HAM-NET ist die Förderung und Koordination der Versorgungsforschung



Copyright: mf-guddyx

sowie die Verbindung von Versorgungsforschung und Versorgungspraxis in der Metropolregion Hamburg. Im Einzelnen hat das Netzwerk die folgenden Aufgaben:

- 1) Initiierung nachhaltiger Zusammenarbeit,
- 2) Verknüpfung der Versorgungsforschung mit allen relevanten Akteuren,

- 3) Herstellen von Synergien zwischen Forschungs- und Versorgungseinrichtungen,
- 4) Förderung von Forschungsaktivitäten,
- 5) Eröffnung neuer Forschungsfelder,
- 6) Nutzung von methodischer und klinischer Expertise und
- 7) Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

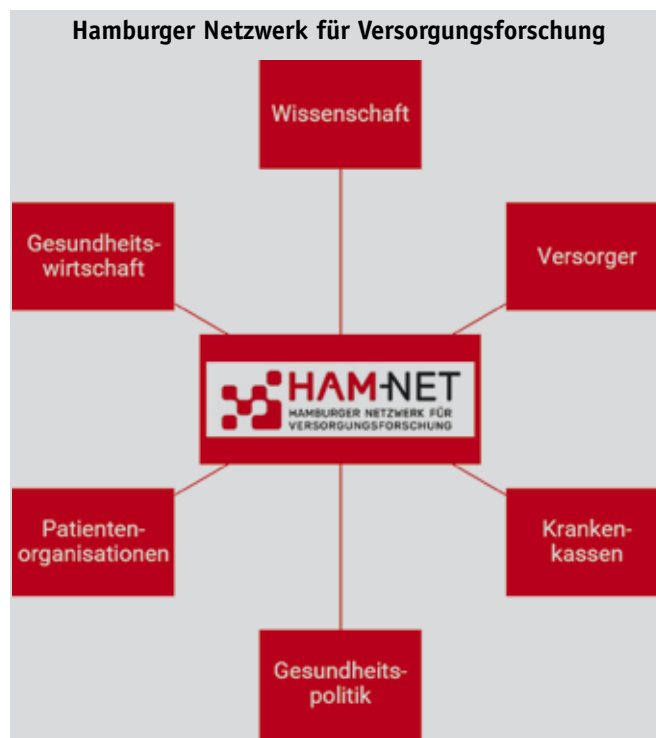


Abb. 1: Akteure im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET).

Zweites Symposium des HAM-NET

Teil des HAM-NET ist ebenfalls die jährliche Ausrichtung eines eintägigen Kongresses durch das Netzwerk. Nach der Auftaktveranstaltung im Juni 2017 zum Thema „Versorgungsgestaltung“ lud das HAM-NET am 31. Mai 2018 zum 2. Symposium in das Erikahaus am UKE ein. Der Einladung folgten über 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich über das Netzwerk informieren, mit zahlreichen Akteuren des Gesundheitswesens austauschen und aktuelle Themen und Projekte in der Versorgungsforschung kennenlernen konnten.

Notfallversorgung

Den thematischen Schwerpunkt des diesjährigen Symposiums bildete die Notfallversorgung. Nach der Einführung durch Prof. Dr. Dr. Martin Härter stellte Prof. Dr. Jonas Schreyögg (HCHE, Mitglied des Sachverständigenrates) die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland aus der Perspektive des Sachverständigenrates zur Be-



Abb. 2: Podiumsdiskussion zur Notfallversorgung, 2. HAM-NET Symposium (v.l.n.r.): Frank Liedtke (Barmer), Maren Puttfarcken (TK), Prof. Dr. Jonas Schreyögg (HCHE, Mitglied des Sachverständigenrates), Dr. Matthias Gruhl (BGV Hamburg), Prof. Dr. Martin Scherer (UKE), Walter Plassmann (KVH).



Abb. 3: Meet the experts, 2. HAM-NET Symposium, Erikahaus, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

gutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen dar. Dem Sachverständigenrat nach ergibt sich Handlungsbedarf vor allem durch die dreigliedrige Versorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken), stark steigende Inanspruchnahmen der Notaufnahmen in Kliniken und damit verbundene lange Wartezeiten, finanzielle Fehlanreize (z.B. RTW-Transporte) und eine Überlastung und Unzufriedenheit des Personals. Folge ist eine häufig nicht ausreichend bedarfsgerechte Versorgung. Der Entwurf einer integrierten Notfallversorgung des Sachverständigenrates sieht unter anderem die Einrichtung integrierter Leitstellen mit Terminvergabe für sowohl Integrierte Notfallzentren als auch Hausärztinnen und Hausärzte und den Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich vor. Darüber hinaus sollte die Zentrenbildung nach einem Stufenkonzept erfolgen und das integrierte Notfallzentrum als zentrale Anlaufstelle mit eigener Vergütung und einer unabhängigen Triage agieren.

Der Leiter der Behörde für Gesundheit, Dr. Matthias Gruhl, präsentierte im Anschluss die Zukunft der Notfallversorgung in Hamburg aus Sicht der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Auch Dr. Matthias Gruhl konstatierte einen Handlungsbedarf im Bereich der Notfallversorgung, speziell bei der Patientensteuerung. Direkte Patientensteuerung kann durch finanzielle Eigenleistungen, Informationen, verbesserte Angebote, Zugänglichkeit und Zugangsbeschränkungen beeinflusst werden. Einige dieser Optionen haben sich laut Dr. Gruhl in der Praxis jedoch als wenig hilfreich erwiesen (wie z.B. die „Praxiseintrittsgebühr“ oder lange Wartezeiten). Nach der Durchführung der PiNo-Studie (=Patienten in der Notaufnahme

von norddeutschen Kliniken: Klientel, Behandlungspfade und Gründe für die Inanspruchnahme), gefördert durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, wurde in Hamburg ein Maßnahmenkatalog umgesetzt, der darauf abzielt, Patientinnen und Patienten besser zu informieren sowie das Angebot auszuweiten. Darüber hinaus ist jedoch ein wichtiger Aspekt, der bei der Umstrukturierung der Notfallversorgung mitgedacht werden muss, die Interessenlage der Kliniken. Denn Notfälle sind laut Dr. Gruhl aus mehreren Gründen für Krankenhäuser ökonomisch interessant:

- 1) Es sind keine Einweisungen nötig,
- 2) sie sind administrativ handhabbar,
- 3) sie gewähren Flexibilität in der Auslastung des Hauses,
- 4) sie bieten Abrechnungsmöglichkeiten bei Leistungen außerhalb zugelassener Disziplinen,
- 5) die Mengenvereinbarung kann umgangen und
- 6) MDK-Prüfungen können vermieden werden.

Somit ist bei der Umsetzung des Entwurfes des Sachverständigenrates – auch mit Blick auf den Koalitionsvertrag – mit gravierenden Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zu rechnen. Denn die Anzahl der Notaufnahmen müsste reduziert werden und die Krankenhäuser werden untereinander um den Erhalt eines integrierten Notfallzentrums kämpfen, um den Zugriff auf Notfallpatienten aufrechtzuerhalten. Um die Herausforderungen in der Notfallversorgung in den Griff zu bekommen, sollte aus Sicht der Behörde ein grundsätzlicherer sektorenübergreifender Ansatz entwickelt werden, der sich nicht nur auf die Notfallversorgung beschränkt.

In der anschließenden Diskussion, bei der

neben den Referenten auch Maren Puttfarcken (TK), Prof. Dr. Martin Scherer (UKE) und Walter Plassmann (KVH) auf dem Podium zu Gast waren, wurden die Vorträge kontrovers diskutiert. Walter Plassmann stellte z.B. heraus, dass die KVH die Lösung der Probleme nicht in der Einrichtung einer einheitlichen Leitstelle sehe. Andere begrüßten den Vorschlag des Sachverständigenrates und die Investition in bessere Strukturen (integrierte Notfallzentren, einheitliche Rufnummer und die Anbindung an andere Sektoren). Prof. Dr. Scherer (UKE) betonte die Notwendigkeit der Evaluation solcher komplexer Interventionen und der kürzlich eingeführten Maßnahmen durch die KVH, um fundierte Entscheidungen für das weitere Vorgehen zu treffen. Eine Evaluation durch die KVH hat bereits begonnen. Mit Blick auf die Versorgungsforschung gab Prof. Dr. Schreyögg zu bedenken, dass es im Bereich der Notfallversorgung noch viel zu tun gebe, da es z.B. an einer systematischen Evaluation fehle – wohlgemerkt auch in „good-practice“-Ländern wie Dänemark. So sei der Zugriff auf relevante Daten in diesem Bereich in Deutschland noch ausbaufähig.

Nach den Keynotes und der Diskussion hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Gelegenheit, sich auf der Posterausstellung über 35 laufende Projekte der Versorgungsforschung aus der Hamburger Region zu informieren.

Neue Versorgungsformen in Hamburg

Der folgende Programmpunkt „Neue Versorgungsformen in Hamburg“ gab einen vertieften Einblick in drei große und ambitionierte Projekte, die in der ersten Welle durch den Innovationsfonds eine Förderung erhalten haben.

Maren Puttfarcken und Prof. Dr. Wolfgang von

Renteln-Kruse (Albertinen-Haus) stellen das Projekt „Netzwerk GesundAktiv - ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk für ältere Menschen im Quartier Hamburg-Eimsbüttel (NWGA)“ vor. Im Rahmen des Projektes wird ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk im Quartier aufgebaut, das unter Einbeziehung medizinisch-geriatriischer Kompetenzen sowie digitaler Lösungen, Antworten auf die demografischen Herausforderungen liefern möchte. Das Ziel des Projektes ist es, dass ältere Menschen möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden wohnen können. Die Zielgruppe sind ältere Menschen (in der Regel 70 Jahre und älter) mit einem erhöhten Risiko für Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit oder mit Pflegegrad 1 bis 3. Das Projekt startet zunächst im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel mit insgesamt 1.000 Teilnehmern (Versicherte bei den beteiligten Krankenkassen). Die Förderung läuft über vier Jahre mit einer maximalen Förderung von 8,9 Mio. Euro und die Konsortialführung liegt bei der TK. Durch die Forschungsabteilung am Albertinen-Haus werden die Struktur- und Prozessanalyse anhand der Daten der koordinierenden Stelle und die Akzeptanzanalyse mit Hilfe anonymisierter GKV-Routinedaten durchgeführt. Die Universität Bielefeld führt im Rahmen eines Kontrollgruppenvergleichs eine Wirksamkeitsanalyse und die gesundheitsökonomische Evaluation durch.

Alexander Fischer (Gesundheit für Billstedt/Horn UG) stellte das Projekt INVEST Billstedt/Horn (Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen) und den bundesweit ersten Gesundheitskiosk vor. Das Projekt hat das Ziel, die gesundheitlichen Chancen der Menschen in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn zu verbessern. Hierfür bauen die Partner ein patientenorientiertes und sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk auf, das darauf ausgerichtet ist, die Patientinnen und Patienten stärker einzubinden, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten, Ressourcen gezielt zu nutzen und die Versorgungsqualität zu erhöhen. Die Gesundheit für Billstedt/Horn UG steuert das vom Innovationsfonds mit bis zu 6,3 Mio. Euro geförderte integrierte Versorgungsprojekt. Das Projekt setzt gemeinsam mit den zahlreichen Akteuren vor allem in drei Bereichen an:

- 1) Gesundheitsmanagement,
- 2) Versorgungsmanagement und
- 3) IT bzw. Vernetzung.

Das Gesundheitsmanagement umfasst einen neu aufgebauten Gesundheitskiosk als „point of care“, das Risikofaktorenmanagement und Maßnahmen zur Stärkung des Selbstmanage-

ments. Das Versorgungsmanagement beinhaltet sektorenübergreifende Behandlungsprogramme, Versorgungskordinatoren in der Hausarztpraxis und Maßnahmen im Bereich der Pflege. Die Vernetzung setzt sich aus dem IT-Austausch zwischen den Netzmitgliedern, der elektronischen Patientenakte sowie dem Einsatz von Gesundheits-Apps und einem Gesundheitsportal für Patienten zusammen.

Zum Schluss stellte Prof. Dr. Martin Lambert (UKE) die neue Versorgungsform „RECOVER-Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregrad-gestuftten, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“ vor. Das Projekt hat zum Ziel, die Lücken bei der Versorgung psychisch kranker Menschen mit seinem ganzheitlichen Ansatz zu schließen, indem es für die Patientinnen und Patienten vom Erstkontakt über den Behandlungszeitraum bis hin zur Wiedereingliederung in den Alltag eine gesteuerte und zentral koordinierte Versorgung vorsieht. Die Konsortialführung des Projektes liegt beim UKE und wird von zahlreichen Partnern aus den Regionen Hamburg und Kreis Steinburg Itzehoe unterstützt. Der zentrale Bestandteil des Projektes ist das sog. AID- und CARE-Team, das eine wichtige Rolle im RECOVER Modell einnimmt. Das Team übernimmt in der AID-Funktion eine umfassende biopsychosoziale interdisziplinäre (Erst)Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplanung und Managed Care (Umsetzung des sektorenübergreifenden Behandlungsplans) und in der CARE-Funktion die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (sektorenübergreifende, aufsuchende Krisenintervention – stationsverkürzend und stationersetzend). Die Teams sind nicht nur multiprofessionell (Ärzte, Psychologen, Pflege, Sozialarbeiter, Genesungsbegleiter), sondern auch interdisziplinär (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Allgemeinmedizin, Sexualmedizin/Forensik, Supported Employment) besetzt.

Neben dem AID/CARE-Team spielt die E-Mental-Health-Plattform eRECOVER eine wichtige Rolle, die aus einem Portal und einem Therapiebereich besteht. Auf dem Portal sind allgemeine Informationen zur eDiagnostik, eTherapie, eLearning u.v.m. zu finden. Der datengeschützte Therapiebereich beinhaltet die Therapeuten- und Patientenverwaltung, die Patientenakten sowie die Angebote für die Patienten (eBeratung, eDiagnostik, eTherapie und eLearning).

Den Abschluss des Symposiums bildete der Programmpunkt „Meet the Experts“, der dem Austausch und der Vernetzung aller relevanten Akteure im Gesundheitswesen (Patientenorganisationen, Krankenkassen, Berufsverbänden, Versorgern, Behörden sowie der Gesundheitswirtschaft und Versorgungs-

forschung) diene. Das Angebot richtete sich besonders an Nachwuchskräfte der unterschiedlichen Institutionen, um niedrigschwellig Kontakte zu knüpfen und verschiedene Institutionen und Personen kennenzulernen.

Insgesamt fallen die Veranstaltungsreihe und die Aktivitäten des Netzwerks in der Hamburger Region auf fruchtbaren Boden. Denn dank struktureller und finanzieller Förderung der Versorgungsforschung auf Bundesebene und insbesondere in der Hamburger Region ist die Zeit momentan ausgesprochen günstig, um Evidenz zu schaffen und fundierte Veränderungen in der Gesundheitsversorgung anzustoßen. Mit Blick auf den Innovationsfonds ist die Hamburger Region an weit über 30 Projekten zu neuen Versorgungsformen und der Versorgungsforschung beteiligt oder in der Rolle als Konsortialführung. Hierfür sind eine hohe versorgungswissenschaftliche Kompetenz und Kooperationen verschiedener Disziplinen und Akteure des Gesundheitswesens erforderlich, die durch das Netzwerk adäquat gebündelt und koordiniert werden können. <<

Weitere Informationen:

Für das Jahr 2019 ist das 3. HAM-NET Symposium geplant.

Weitere Informationen:
Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung: ham-net.de; Center for Health Care Research: uke.de/forschung/forschungsschwerpunkte/center-for-health-care-research-chcr; Hamburg Center for Health Economics: hche.de

Autorinnen und Autoren:

Dipl. Soz. Daniel Bremer^{1,2},

Koordinator CHCR und HAM-NET, UKE

Prof. Dr. Susanne Busch²,

Department Pflege und Management, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)

Frank Liedtke²,

Barmer, Landesvertretung Hamburg

Dr. Andreas Meusch²,

Beauftragter des Vorstands für strategische

Fragen des Gesundheitswesens, TK

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck^{1,2},

Institut für Medizinische Soziologie, UKE

Prof. Dr. Bernd Löwe^{1,2},

Institut und Poliklinik für Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie, UKE

Prof. Dr. Martin Scherer^{1,2},

Institut und Poliklinik f. Allgemeinmedizin, UKE

Prof. Dr. Dr. Martin Härter^{1,2},

Institut und der Poliklinik für Medizinische

Psychologie, UKE

1 = Center for Health Care Research (CHCR)

2 = Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET)

Ein Rück- und Ausblick der Entwicklung von der AGnES zur agnes^{zwei}

Es wird Zeit für die Etablierung des Fallmanagements

Den Erhalt einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung insbesondere auch in den ländlichen Regionen – dieses Ziel hat sich die IGiB GbR (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg) gesetzt. Dafür entwickelt die Arbeitsgemeinschaft, bestehend aus der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie den Krankenkassen AOK Nordost und BARMER, passgenaue Versorgungsmodelle für Brandenburg. Eines ihrer erfolgreichsten Projekte ist die Fallmanagerin agnes^{zwei}. Die Partner dieses „start-up-joint-ventures“ gehen davon aus, dass dieser Versorgungsansatz bundesweit in den Versorgungsalltag eingehen sollte.

>> „Die Politik muss endlich Lösungen anbieten, sonst haben wir bald Probleme, die Versorgung sicherzustellen. Momentan profitiert sie davon, dass es einige wenige gibt, die handeln“, sagte AOK Nordost-Vorstand Frank Michalak auf der ersten IGiB-Konferenz 2013. Unter dem Motto „Praxis mit dem gewissen Extra“ haben die IGiB-Partner den Teilnehmern eine gemeinsame Plattform geboten, sich zu den verschiedenen arztentlastenden Modellen auszutauschen, die es derzeit gibt. Gemeinsam konnten Schnittmengen herausgearbeitet werden, die die Basis für ein bundesweites Modell mit einheitlicher Grundqualifikation und einheitlichem Tätigkeitsprofil bilden können. Denn, da waren sich alle Teilnehmer einig, die bisher mit einer EBM-Ziffer berücksichtigte nichtärztliche Praxisassistentin genügt schon längst nicht mehr den Anforderungen der Praxis. Auch auf der zweiten IGiB-Konferenz, die im März 2017 stattfand, stand das Fallmanagement im Fokus. Gabriela Leyh, Landesgeschäftsführerin Berlin/Brandenburg bei der BARMER, fasste das einheitliche Votum der Teilnehmer zusammen: „Die komplexen Versorgungsbedarfe, insbesondere älterer und zum Teil mehrfach erkrankter Menschen erfordern eine abgestimmte Zusammenarbeit zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Das Fallmanagement ist hierbei nicht mehr wegzudenken. Alle Versicherten, egal welcher Kasse sie zugehören, sollten davon profitieren können.“

Seit der ersten Konferenz sind knapp fünf Jahre vergangen, und eine bundesweit wirksame

Umsetzung lässt sich noch immer auf sich warten. Noch offen ist dabei die Schaffung des notwendigen Rechtsrahmens außerhalb von Selektivverträgen für eine solche neue multiprofessionelle Delegation. Dies betrifft vor allem die Themen Berufs-, Haftungs- sowie Datenschutz-

recht und das Vergütungsrecht entlang der Regelungen im EBM, SGB V und Bundesmantelvertrag-Ärzte. Nur so kann ein bundesweit geltendes Modell in der Regelversorgung verankert werden, das den aktuellen Anforderungen genügt. Diese Anforderungen haben die IGiB-Partner auch klar formuliert: ausreichende Kompetenzen im Fallmanagement und die Möglichkeit eines flächendeckenden Einsatzes. Wie das in der Praxis funktioniert, beweist eindrücklich das erfolgreiche IGiB-Projekt agnes^{zwei}, das mittlerweile in Brandenburg flächendeckend im Einsatz ist. Vor allem die starren Restriktionen der sogenannten Gemeindegewerkschaft AGnES (Arztentlastende, Gemeindegewerkschaft, E-Healthgestützte, Systemische Intervention), konnten mit agnes^{zwei} aufgebrochen werden. „AGnES ging an den Bedürfnissen der Brandenburger Ärzteschaft vorbei. Deshalb wollte auch keiner wirklich diese AGnES haben“, begründete der damalige KVBB-Vorstandsvorsitzende Dr. Hans-Joachim Helming die notwendige Weiterentwicklung der AGnES zur agnes^{zwei}.

agnes^{zwei} – von der nichtärztlichen Praxisassistentin zur Fallmanagerin

Während AGnES nur in unterversorgten Regionen und nur an eine Hausarztpraxis angebunden eingesetzt werden konnte, kann agnes^{zwei} für mehrere Ärzte, darunter auch Fachärzte, tätig werden und dies durchaus auch im städtischen Raum. Ein wesentlicher Punkt ist zudem die Erweiterung ihres Aufgabenspektrums. Anders als die nichtärztliche Praxisassistentin, der der Arzt delegationsfähige Leistungen überträgt, übernimmt agnes^{zwei} unter anderem auch das Fallmanagement für besonders betreuungsintensive Patienten. Für einen vom Arzt festgelegten Zeitraum nimmt ihm agnes^{zwei} bestimmte medizinische und organisatorische Aufgaben ab, betreut den Patienten in seinem gewohnten (häuslichen) Umfeld und begleitet ihn entlang der Behandlungskette durch das komplexe Sys-



agnes^{zwei} beim Hausbesuch. Foto: IGiB, Copyright: Ruthe Zuntz.

tem der medizinischen Versorgung. Dabei wurde von Anfang an darauf geachtet, das Konzept der agnes^{zwei} nicht starr, sondern flexibel zu gestalten, sodass es sich unterschiedlichen Anforderungsprofilen anpasst. Ob Fach- oder Hausarztpraxis, Medizinisches Versorgungszentrum, Ärztehaus oder Arztnetz – agnes^{zwei} kann in unterschiedlichsten Strukturen zum Einsatz kommen.

Im Jahr 2011 wurde das Projekt in verschiedenen Modulen im Land Brandenburg getestet. Parallel zur Testphase wurde gemeinsam mit den Fachkräften der Modellregionen sowie der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) das „Schulungskonzept zur Ausbildung hochqualifizierter agnes^{zwei}-Fachkräfte im Land Brandenburg“ entwickelt. Es entstand eine kompakte, 129 Stunden umfassende Schulung, welche auf die verschiedenartigen Zugangsklassifikationen (z.B. MFA, Gesundheits- und KrankenpflegerIN, FachwirtIN) aufsetzt und zudem die wichtigsten Inhalte zum Fallmanagement vermittelt. Im April 2012 startete der erste Schulungsdurchgang zur agnes^{zwei}-Fachkraft mit 30 Teilnehmerinnen.

Nach einer erfolgreichen Testphase wurde das Modellprojekt 2012 in die flächendeckende Versorgung in Brandenburg überführt. Mittlerweile gibt es bereits 140 qualifizierte agnes^{zwei}-Fachkräfte in 15 von 16 Brandenburger Landkreisen. Spezifische Fortbildungen und Qualitätskollegien sollen dafür sorgen, dass sie sich regelmäßig weiterbilden und themenbezogen untereinander austauschen. Die Qualitätskollegien setzen sich zusammen aus einem Erfah-

Weitere Informationen:

Die IGiB ist ein bundesweit einzigartiges Joint-Venture von Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg, AOK Nordost und BARMER. Als Think Tank entwickelt die IGiB innovative medizinische Versorgungsmodelle insbesondere auch für die ländlichen Regionen Brandenburgs und setzt diese Konzepte um. Gegründet wurde die IGiB 2009. Link: www.gesundeideenfür-brandenburg.de

rungsaustausch der Fachkräfte untereinander sowie einem themen- und tätigkeitsbezogenen Fachvortrag. Sie werden von den agnes^{zwei} selbstständig organisiert und geleitet. Grundsätzlich sind die Fallmanagerinnen verpflichtet, an mindestens zwei Qualitätskollegien pro Jahr teilzunehmen. Zudem frischen sie alle drei Jahre ihr Wissen in einem „Refresher“-Kurs auf, der durch Referenten der DGCC geleitet wird.

Der Goldstandard

Dieses komplexe Schulungskonzept nebst Fortbildungen und Qualitätskollegien hat eine deutliche Aufwertung der Fallmanagerin agnes^{zwei} gegenüber der nichtärztlichen Praxisassistentin zur Folge. In einer Akzeptanzbefragung unter Ärzten vom Januar 2017 gaben 73 Prozent an, dass dieser Vorsprung eine große bis sehr große Rolle in der täglichen Praxisarbeit spielt. Auch andere Modelle einer arztentlastenden Fachkraft, wie beispielsweise die EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) in Westfalen-Lippe oder die MoNi (Modell Niedersachsen), reichen nicht an die Komplexität und Flexibilität der agnes^{zwei} heran. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat deshalb existierende Ansätze und Angebote in ihr bundeseinheitliches Curriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ einfließen lassen. Hierzu zählt vor allem die Fortbildung der agnes^{zwei} der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, welche auf dem Schulungskonzept der IGiB GbR beruht.

Das BÄK-Curriculum umfasst insgesamt 230 Stunden. Es besteht aus dem Einführungsmodul (24h), dem 136 Stunden umfassenden Grundkurs „Fallbegleitung“ (analog agnes^{zwei}) sowie einem auf 70 Stunden ausgelegten Aufbaukurs „Versorgungsmanagement“, der sich auch an die Ärzte richtet. Analog zur agnes^{zwei} soll der Fokus auch bei dem bundeseinheitlichen Curriculum auf dem Fallmanagement liegen. Dazu zählen die engmaschige Begleitung der Patienten durch die komplexe Versorgungslandschaft, die sektoren- und berufsübergreifende Koordination sowie die Integration diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen.

„Die Weichen sind gestellt. Wir bieten der Politik eine Antwort auf die drängende Frage nach dem Erhalt einer qualitativ hochwertigen Versorgung gerade auch im ländlichen Raum. Sie täte nun gut daran, eine bundesweite Etablierung des Fallmanagements durch die Schaffung des notwendigen Rechtsrahmens zu unterstützen“, so der Vorstandsvorsitzende der KVBB, Dr. Peter Noack, für die IGiB GbR. <<

Autor:

Lutz O. Freiberg, Geschäftsführer IGiB GbR

Zi-Studie zur Therapie von rheumatoider Arthritis

>> Mit welchen Medikamenten werden Patienten behandelt, bei denen erstmals eine rheumatoide Arthritis (RA) festgestellt wurde? Diese Frage untersucht eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zum ersten Mal für ganz Deutschland.

Die Zi-Studie mit Daten aus den Jahren 2009 bis 2015 zeigt, dass bei nur etwa 44 Prozent der RA-Patienten im ersten Jahr nach Diagnosestellung DMARDs eingesetzt werden, die als Entzündungshemmende Medikamente aus der Wirkstoffgruppe der DMARDs (engl. disease-modifying antirheumatic drugs) eine Schlüsselrolle bei der Therapie einnehmen. Jüngere Patienten erhalten in knapp 53 Prozent der Fälle DMARDs, während ältere Patienten bevorzugt Glukokortikoide erhalten.

Ein weiterer Unterschied wird bei den verschiedenen Untergruppen der RA deutlich. Während 70 Prozent der Patienten mit

seropositiver RA eine DMARD-Verordnung erhalten, liegt die DMARD-Verordnungshäufigkeit für Patienten mit seronegativer RA bei lediglich 37 Prozent. Bei gemeinsamer Betreuung neu erkrankter RA-Patienten durch

Rheumatologen und Hausärzte wird eine sehr hohe Versorgungsrate mit DMARDs von fast 80 Prozent erreicht. In die Behandlung eingebunden wird, desto eher kommen DMARDs zum Einsatz. Dies zeigt so das Fazit der Zi, dass je früher ein Rheumatologe in die Behandlung eingebunden werde, desto eher DMARDs zum Einsatz kommen. <<

Weitere Informationen:

Die Studie basiert auf den bundesweiten vertragsärztlichen Arzneiverordnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2015. Es wurden dabei alle gesetzlich krankenversicherten Patienten im Alter von 15 bis 79 Jahren erfasst, die im Untersuchungszeitraum mindestens einen Arztkontakt hatten, unabhängig davon, ob Arzneimittel verordnet wurden oder nicht.

Hamburger Kampagne in Arztpraxen fördert Gesundheitskompetenz

>> Das Hamburger Gesundheitsnetzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ möchte die Gesundheitskompetenz von Patienten mit einer Kampagne in Arztpraxen verbessern. Mehrsprachige Plakate und Flyer zum Thema „Drei Fragen für Ihre Gesundheit“ klären Patienten darüber auf, wie sie sich optimal auf den Arztbesuch vorbereiten können. Ziel ist, das Verständnis medizinischer Informationen im Arzt-Patienten-Gespräch und die Therapietreue zu fördern. Die teilnehmenden Arztpraxen bekommen individualisierte Praxisplakate, Flyer mit Notizfeld und einen Ansteckbutton für den Arztkittel. Darauf stehen die drei Fragen „Welches gesundheitliche Problem habe ich?“, „Was kann ich dagegen tun?“ und „Warum ist das wichtig für mich?“.

Die an das international erprobte „Ask me three“-Konzept angelehnte Aktion ist eine der Interventionen der Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn UG, die gemeinsam mit Ärzten, Krankenkassen sowie weiteren Partnern in den deprivierten Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn ein populationsorientiertes und gesundheitsförderndes Versorgungsmodell umsetzt.

Wie viele Menschen Probleme haben, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen und für sich zu nutzen, zeigen aktuelle Studien. Betroffen sind insbesondere Menschen in höherem Alter, mit Sprachbarrieren oder geringem Bildungsstatus. Auch Faktoren



Jedes Mal, wenn Sie mit Ihrem Arzt oder dem Praxis-Team sprechen, sollten Sie diese Fragen stellen:

- 1 Welches gesundheitliche Problem habe ich?
- 2 Was kann ich dagegen tun?
- 3 Warum ist das wichtig für mich?

Die Antworten helfen Ihnen:

- sich auf ärztliche Untersuchungen vorzubereiten!
- ihre Medikamente richtig einzunehmen
- ihre Gesundheit zu verbessern



wie Nervosität oder Unsicherheit im Gespräch mit dem Arzt können die Verständigung negativ beeinflussen. „Hier setzen wir an und erklären den Menschen in einfacher Weise, wie sie sich auf das Gespräch mit ihrem Arzt vorbereiten können und welche drei Fragen sie auf jeden Fall stellen sollten. Wir ermutigen sie, nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben, und die Antworten des Arztes zu notieren“, erklärt Dr. Oana Gröne, verantwortlich für Patientenaktivierung bei der Gesundheit für Billstedt/Horn UG. <<



Prof. Dr. med. Franz Porzsolt
Vorstandsvorsitzender des Institute of Clinical Economics (ICE)

„Interessenkonflikte hat jeder, aber jeder andere“

>> Die Diskussion des Interessenskonflikts (IK) als Teil der Moral hat vor etwa 50 Jahren begonnen und findet sich seitdem in Ethikkommissionen, in den Kodizes von Regierungen, bei gerichtlichen Entscheidungen und in der Unternehmenspolitik (1). Natürlich werden IKs auch im Gesundheitssystem thematisiert und standardisierte Maßnahmen durchgeführt, um IKs gerade hier zu vermeiden. Ein Beispiel sind die umfangreichen und in vielen wissenschaftlichen Zeitschriften standardisierten Erklärungen der Autoren zu ihren IKs. Da anzunehmen ist, dass mit dieser Maßnahme nur ein geringer Teil der tatsächlichen IK im Gesundheitssystem erfasst wird, der IK aber für die Versorgungsforschung ein bedeutendes Thema ist, zumal neben den Autoren auch die Gutachter, Redaktionen und Herausgeber wissenschaftlicher Produkte den Risiken eines IK ausgesetzt sind, wird dieses Thema hier behandelt.

Welche Akteure haben Interessenkonflikte?

IK haben im Gesundheitsbereich eine herausragende Bedeutung, weil sie häufiger als vermutet auftreten. Sie lassen sich definieren als „ein Zustand mangelnder Übereinstimmung der Ziele von zwei oder mehreren Akteuren eines Systems“ (2). Diese Übereinstimmung von Zielvorstellungen wird bei keiner Form einer Interaktion identisch sein, sei es eine vertrauliche Mitteilung, die Generierung von Wissen oder dessen Vermittlung oder der Verkauf einer Ware oder Dienstleistung. In allen Fällen ist davon auszugehen, dass IKs zwischen den Akteuren immer in einer mehr oder weniger ausgeprägten Stärke vorliegen. Es geht nicht nur um die sorgfältig geprüften potenziellen wirtschaftlichen Beziehungen zwischen wissenschaftlichen Autoren und Industrie. Die sektorale Trennung induziert IKs zwischen Akteuren der ambulanten

und stationären Versorgung. Leistungserbringer versuchen aus verständlichen Gründen mit wissenschaftlichen Argumenten die eigenen Methoden in den Markt zu bringen. So wird in einer der bedeutendsten medizinischen Fachzeitschriften die „Nichtunterlegenheit eines neuen Antidiabetikums gegenüber Placebo herausgestellt (3). Kliniker haben in der Regel keine Zeit, um Nachrichten dieser Art sorgfältig zu analysieren. Der angestrebte Marketingeffekt wird auch durch diese zutreffende, aber wertlose Aussage erzielt. Daraus folgt, jeder hat IKs: auch die Gutachter, Redakteure und Herausgeber wissenschaftlicher Produkte. Die IKs sind nur unterschiedlich stark ausgeprägt. Als erstes Statement kann deshalb festgehalten werden: IKs können nicht vermieden, sondern nur gegeneinander abgewogen werden (4). Wir benötigen neue Strategien, um mit IKs angemessen umzugehen.

Wie ist mit Interessenkonflikten umzugehen?

Bestehende IK sind zudem in hohem Maße unethisch, weil sie meist mehrere der fünf bedeutenden ethischen Aspekte gleichzeitig betreffen: den Respekt und die Achtung der Autonomie aller anvertrauten Personen, nicht nur der Patienten, das Gebot Gutes zu tun, die Gerechtigkeit, das Gebot nicht zu schaden und die Redlichkeit (5). Publierte Beispiele zeigen, dass die unzureichende Beachtung von Konflikten – hier am Beispiel der Gewaltanwendung in Familien – mit erheblichen gesellschaftlichen Risiken verbunden sein können (6). Jeder erinnert mehr oder weniger den Brexit, den FIFA- (7), den bereits vorhersagbaren Banken- (8, 9) und den Diesel-Skandal, und das mit IK kontaminierte Design des PREFERE-Unglücks (10).

Einverstanden, Schnee von gestern; aber doch nicht, ohne die Lehren aus dieser blauäugigen Gutgläubigkeit und deren Folgen zu ziehen.

Literatur

- 1 Luecke NR. Conflict of interest as moral category. *Busin & Profess Ethics J.* 1987;6:66-81.
- 2 Axelrod R. Conflict of interest: an axiomatic approach. *J Conflict Solution* 1967;11:87-99.
- 3 Correia LC, Latado A, Porzsolt F. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2016;375:1797-99. DOI: 10.1056/NEJMc1611289
- 4 Porzsolt F. Balancing conflicts of interest (related to guidelines). *Dtsch Arztebl Int* 2013;110:286-278.
- 5 Beauchamp & Childress, 1979. Hier nach School of education. Syracuse university. http://soe.syr.edu/academic/counseling_and_human_services/modules/Common_Ethical_Issues/ethical_principles.aspx. Letzter download 31.3.2018.
- 6 Straus M & Gelles RJ. Physical violence in American families. Risk factors and adaptations in to violence in 8145 families. University of New Hampshire <https://cola.unh.edu/article/1989/01/physical-violence-american-families-risk-factors-and-adaptations-violence-8145>. Letzter download 31.3.2018.
- 7 Porzsolt F, Weiss Ch. Gutgläubigkeit ist intolerabel: GREXIT, FIFA und die Krebs-Früherkennung (Editorial). *Info Onkologie* 2015;6:3-5.
- 8 Puri M. Commercial banks in investment banking. Conflict of interest or certification role? *J. Financ. Econ.* 1996;40:373-401
- 9 Michaeli R & Womack KL. Conflict of Interest and the Credibility of Underwriter Analyst Recommendations. *Rev. Financ. Stud. Special* 1999;12:653-686.
- 10 Porzsolt F. Prostatakrebs-Studie. Keine Schuldzuweisungen. *Dtsch Arztebl* 2017;114:A228-229.
- 11 Manifesto 2.0 University of Oxford <http://evidencelive.org/manifesto/> Letzter download 31.3.2018.
- 12 Smith R. Beyond conflicts of interest. Transparency is the key. *BMJ* 1998;317:291-292.
- 13 Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, Kearon C, Crowther M, Gutterman D, Lewis SZ, Nathanson I, Jaeschke R, Schünemann H. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med.* 2010;152:738-741. doi: 10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00254.
- 14 Porzsolt F, Braubach P, Flurschütz PI, Göller A, Sailer MB, Weiss M, Wyer P. Medical Students Help Avoid the Expert Bias in Medicine. *Creative Education* 2012;3:1115-1121. doi:10.4236/ce.2012.326167.
- 15 Aleman-Meza B. et. al. Semantic Analytics on Social Networks: Experiences in Addressing the Problem of Conflict of Interest Detection. <http://cite-seerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.85.1255&rep=rep1&type=pdf> Letzter Download 31.3.2018.
- 16 Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice; Lo B, Field MJ, editors. *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. PubMed PMID: 20662118.
- 17 Lichter AS, McKinney R. Toward a harmonized and centralized conflict of interest disclosure: progress from an IOM initiative. *JAMA.* 2012;308:2093-2094. doi: 10.1001/jama.2012.51172.

Es gibt Methoden, um politisches Präventions-Geplauder in wissenschaftlich belastbare Projekte zu überführen (7). Das „British Medical Journal“ hat zusammen mit dem Centre for Evidence-based Medicine mit einer Liste von 20 Fehlern die Aktion „Manifesto 2.0“ gegen IKs ins Leben gerufen (11).

Es sind die Briten, die uns zeigen, wie mit IKs umgegangen werden sollte: Es gibt keine Zauberformel, nur Zivilcourage und Transparenz. Diese werden nicht sichtbar, wenn sich die Wissenschaftler nicht zu Wort melden und die Redaktionen und Herausgeber wissenschaftlicher Produkte davor zurückschrecken, kritische Stellungnahmen und „Out Of The Box Comments (OOTBCs) zu publizieren.

Es ist bedauerlich, wenn international führende Zeitschriften zur Wahrung eigener IKs bevorzugt Publikation annehmen, die Mainstream-Konzepten entsprechen, aber Innovationen im Wege stehen. Es sollte uns peinlich berühren, wenn unsere wissenschaftliche Fehler zuerst in öffentlichen Medien diskutiert werden, bevor wir Wissenschaftler uns kritisch mit den Screening-Programmen bei Brust-, Kolon- und Prostata-Karzinom auseinandersetzen.

Wir könnten 20 Jahre weiter sein und einen erheblichen Teil von Über- und Fehlversorgung vermeiden, wenn wir es wagen würden, unsere eigenen IK zu diskutieren und akzeptieren, dass innovative Lösungen wesentlich leichter umzusetzen sind, wenn sie diskutiert werden, bevor sich IKs in Form eines Wirtschaftszweiges etabliert haben.

Wenn wir annehmen, dass es mehr Gegner als Befürworter von IK gibt, weil die Mehrzahl aller Bürger die Folgen von sich ständig ausbreitenden IKs abschätzen kann, liegt es im Wissenschaftsbereich an den Gutachtern und Herausgebern der Zeitschriften und Bücher, deren Erscheinungsbild entsprechend zu prägen. Qualitativ hochwertige Beiträge, die systemkritisch, fair, zielorientiert und realisierbar sind, werden von den potenziellen Autoren als Signal wahrgenommen. Die Herausgeber und deren Redakteure sind an der Akzeptanz ihrer Zeitschrift in der Leserschaft interessiert. Die Prosperität der Zeitschrift entspricht dem zentralen und natürlichen Interesse der Redaktion und des Herausgebers.

Aus Sicht der Gutachter spielt die Prosperität der Zeitschrift eine eher untergeordnete Rolle, weil Gutachter ihre Leistung in der Regel ehrenamtlich erbringen und eine Vergütung als Interessenskonflikt deshalb ausscheidet. Wenn allerdings die Namen der Gutachter nicht offengelegt werden, bleibt die wissenschaftliche Konkurrenz als potenzieller Interessenskonflikt bestehen, wenn der Autor und der Gutachter Experten desselben Themengebiets sind. Diese IKs sind vermeidbar.

Zusammenfassend ist zunächst als zweites Statement festzuhalten: Alle profitieren, wenn IKs sehr früh, unmittelbar nach deren Entstehung, identifiziert werden. Gutachter, Redaktionsmitglieder und Herausgeber wissenschaftlicher Produkte sollten sich ihrer zweifellos bestehenden IK bewusst sein. Von den IKs der Autoren lassen sich über die erbetenen Erklärungen, die bereits 1998 gefordert wurden (12) und 10 Jahre später nochmals bekräftigt wurden (13) sicher nicht alle identifizieren. Die IKs der Redaktionen und Herausgeber sind am Erscheinungsbild des wissenschaftlichen Produkts zu erkennen.

Die beiden Entscheidungs-Kriterien

Gutachter und Herausgeber sollten bei Ablehnung eines Manuskripts zwischen handwerklichen und inhaltlichen Gründen unterscheiden. Eine Ablehnung aus handwerklichen Gründen lässt sich benennen, wenn die vorgelegte Arbeit den Erwartungen, die durch die Standards der Statistik, der Klinischen Epidemiologie und der Guten Klinischen Praxis (Good Clinical Practice, GCP) vorgegeben sind, nur unzureichend entspricht. Es sollte möglich sein, eine Liste der häufigsten handwerk-

lichen Fehler zu erstellen und diese den Gutachtern zur Bearbeitung an die Hand zu geben. Da manche wissenschaftlichen Zeitschriften offensichtlich sehr junge Kollegen als Gutachter einsetzen, bekommt man zunehmend Gutachten, die zwar vehement die Korrekturen irrelevanter Kleinigkeiten fordern, aber die Bedeutung ergebnisrelevanter Aussagen offensichtlich nicht erkennen wollen oder können. Für die Autoren und die Zeitschrift sind Gutachten dieser Art mehr ab-, als zuträglich und sollten vermieden werden. Die Bearbeitung von qualifizierten Listen für bestimmte Studientypen durch jüngere Gutachter (14) wird eine weitgehend objektive Beschreibung (assessment) ergeben. Die anschließende Bewertung (appraisal) sollte ohnehin erfahrenen Kollegen vorbehalten bleiben (14).

Eine Ablehnung aus inhaltlichen Gründen wird von den Erwartungen des Gutachters und/oder der Redaktion/des Herausgebers abhängen. Ein Herausgeber, dem ein Artikel zusagt, wird ihn publizieren und vice versa. Die zur Publikation akzeptierten Arbeiten prägen das Gesicht der Zeitschrift.

Hilfreich für die Entscheidungsträger könnte eine semiquantitative Einschätzung der IKs sein: Diese lässt sich erreichen, wenn die Aussagen eines Autors mit der Rolle verglichen werden, die dieser Autor in der Gesellschaft einnimmt. Nicht offengelegte gesellschaftliche Verbindungen lassen sich zudem durch intelligente Systeme erkennen: Die semantische Analyse von sozialen Netzwerken ist dabei absolut hilfreich. So konnte gezeigt werden, dass durch die Kombination der Netzwerke „knows“ (Friend of a friend) und „co-author“ (15) Informationen gewonnen werden können, die als Hinweise für potenzielle IK wertvoll sind.

Somit erinnert das dritte Statement an die Bedeutung der Gutachter, Redaktionen und Herausgeber als „Gate Keeper“ der Wissenschaftskommunikation. Es gibt durchaus verschiedene Möglichkeiten die unvermeidbaren IKs, die von den Autoren nicht immer berichtet werden, mit neueren Methoden aufzudecken.

Die drei durch Daten gestützten Statements lassen die Annahme zu, dass das Augenmerk der letzten Stellungnahme des Institute of Medicine zu den IK (16) und deren Aktualisierung (17) nach wie vor auf die direkten finanziellen Interessenskonflikte gerichtet ist. Die Beachtung weitergehender Interessenskonflikte, die inhaltliche Aspekte wissenschaftlicher Publikationen betreffen, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die Leser werden sich künftig kritischer mit der Frage nach einer ausgewogenen oder tendenziellen Berichterstattung auseinander zu setzen haben.

Zusammenfassung

Es werden drei Statements beschrieben, die darauf hinweisen, dass die IKs der Autoren mit den bestehenden Erklärungen nur teilweise erfasst werden. Ergänzende Methoden zur Erfassung von IKs sind durch den Vergleich der gesellschaftlichen Aufgaben der Autoren mit den Aussagen in Manuskripten, die zur Publikation eingereicht werden sowie durch die Analysen sozialer Netzwerke möglich. Neben den IK der Autoren bestehen IK auch bei den Gutachtern, wenn sie mit den Autoren der eingereichten Manuskripte wissenschaftlich konkurrieren. Diese Konflikte lassen sich durch eine entsprechende Policy in den Redaktionen intern vermeiden. Bei den Redaktionen und Herausgebern bestehen ebenfalls Interessenskonflikte, die aber durch das Erscheinungsbild der publizierten Zeitschriften und Bücher transparent werden. Erfolgreiche wissenschaftliche Publikationen werden dem Leser den Eindruck vermitteln, dass eine wissenschaftlich ausgewogene Darstellung aktueller Themen angestrebt wird. Und: Die internationalen Empfehlungen zur Vermeidung von IK sind zu aktualisieren. <<



Univ.-Prof. Dr. Norbert Schmacke

Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Abteilung 1 Versorgungsforschung)

„Grundsätzlich keine belastbaren Nutzenbelege“

>> Der Text von Herrn Prof. Matthiessen u.a. behauptet, in der Schweiz sei Homöopathie nicht nur durch eine Volksabstimmung, sondern auch nach einer doppelten wissenschaftlichen Evaluation in den Leistungskatalog der Krankenkassen eingeführt worden. Letzteres ist definitiv falsch. Die ersten Evaluationen hatten dem Tenor internationaler Reviews folgend gezeigt, dass es grundsätzlich keine belastbaren Nutzenbelege für die Homöopathie gibt. Die dennoch später erfolgte Einführung der Homöopathie sollte ursprünglich mit der Auflage einer erneuten Begleitevaluation versehen werden. Eine neue Regierung hat dies dann ersatzlos gestrichen. Dr. Martin Frei-Erb, Direktor des Berner Instituts für Komplementärmedizin IKOM, hatte mir auf Anfrage zu diesen auf den ersten Blick kompliziert wirkenden Vorgängen bereits 2014 folgendes erläutert: „Dank politischer Lobbyarbeit ist diese Evaluation nun gestrichen worden. Den zuständigen Behörden konnte aufgezeigt werden, dass eine neue (dritte!) Evaluation dieser Methoden als Gan-

zes nicht lösungsorientiert ist, sondern zu neuen Unklarheiten und Auseinandersetzungen führen wird“ (nachzulesen in „Der Glaube an die Globuli“, suhrkamp 2015). Nur ein politischer Wechsel im zuständigen Bundesrat hatte mithin dafür gesorgt, dass die Homöopathie-Lobbyisten sich am Ende (stolz) durchsetzen konnten.

Die Chronologie dieser gesundheitspolitisch hoch interessanten Vorgänge hat Simon Hehli jüngst in der NZZ noch einmal dargelegt (<https://www.nzz.ch/schweiz/homoeopathie-schweiz-als-eldorado-fuer-globuli-fans-ld.1387741>). Ich empfehle diesen Artikel allen, damit nicht der Eindruck aufkommt, es ginge um Haarspalterei. <<

Dies ist eine Replik zum Statement „Der Andere könnte auch Recht haben“ von Univ.-Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen (Vorsitzender des Sprecherkreises des Dialogforums Pluralismus in der Medizin) in MVF 03/18.

14 Millionen Euro für „Shared Decision Making“-Projekt des UKSH

>> Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, startet „Making SDM a reality“, ein durch den Innovationsfonds des G-BA gefördertes Projekt. Ziel ist es, Patienten zukünftig stärker in Entscheidungen über ihre Behandlungen einzubinden und so die Versorgungsqualität zu verbessern. Dafür werden leicht verständliche medizinische Informationen für Patienten bereitgestellt sowie Ärzte und Pflege in ihrer Kommunikation geschult. Insgesamt werden rund 14 Millionen Euro investiert, um „Shared Decision Making“ (SDM), eine partnerschaftliche Form der Arzt-Patienten-Kooperation, innerhalb der nächsten vier Jahre in sämtlichen Einheiten in Kiel zu etablieren. Das UKSH kooperiert bei diesem Projekt eng mit Partnern am Universitätsklinikum Tromsø (Norwegen), wo SDM analog etabliert wird. Teile des Programms wurden bereits zum verbindlichen Vorbild für die nationale Versorgung in Norwegen erklärt.

Mit dem für diese Herausforderung neu entwickelten Interventionsprogramm namens „Share to Care“ wird auch das Patientenrechtegesetz umgesetzt, das eine Entscheidungsfindung im Sinne von SDM fordert. „Im UKSH ist der Wille des Patienten oberste Maxime. Wir haben uns daher für dieses innovative Programm entschieden, mit dem wir neue Maßstäbe in der Versorgung setzen wollen“, erklärt dazu Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des UKSH. Das Kieler Klinikum konnte sich bei der Bewerbung um die Imple-

mentierung gegen andere Krankenhäuser in Deutschland durchsetzen. Es gehört nach der Implementierung zu den weltweit führenden Kliniken in diesem Bereich.

Mit diesem ambitionierten Vorhaben, das von unabhängiger Stelle durch die Ludwig-Maximilians-Universität München wissenschaftlich überprüft wird, soll Shared Decision Making zum Standardverfahren der Therapieentscheidung werden. Im klinischen Alltag gilt es dabei, die neuesten medizinischen Erkenntnisse einerseits und die Präferenzen des Patienten andererseits in einem strukturierten Prozess zusammenzuführen. „Wir wollen zeigen, dass wir die am besten passende Behandlung dann identifizieren, wenn Patienten aktiv mitentscheiden. Dafür wollen wir die Voraussetzungen schaffen“, so Projektleiter Prof. Dr. Friedemann Geiger.

Das Interventionsprogramm „Share to Care“ beinhaltet vier Module: Ärztetrainings, Qualifizierung des Pflegepersonals, Anregungen für Patienten sowie die Bereitstellung evidenzbasierter und laienverständlicher Patienteninformation auf der „Share to Care“-Onlineplattform. Es wird also parallel auf Krankenseite und auf Patientenseite angesetzt. Insgesamt soll so die Gesundheitskompetenz von Patienten in Bezug auf ihre eigenen Erkrankungen gefördert werden. Gleichzeitig werden die Versorgungs- und die Indikationsqualität in der Krankenhausmedizin nachhaltig verbessert. <<

„Footprint PBM“ vorgestellt

>> Durch ein effektives Patient-Blood-Management (PBM) – ein Versorgungskonzept, das darauf abzielt, Erkrankungen und Komplikationen durch ein vorausschauendes Management von Anämien, durch eine Minimierung von Blutverlusten und durch besseren Einsatz von Blutprodukten zu vermeiden – können bei elektiven Operationen nicht nur medizinische Risiken operativer Eingriffe verringert, sondern auch gespart werden.

Beim „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2018“ hat Dr. Thomas Drabinski, Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) in Kiel, erste Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Studie „Footprint PBM“ vorgestellt. Sie belegen auf Basis der DRG-Statistik von 2015, dass eine konsequente Umsetzung von PBM bei vollstationären Patienten mit elektiver Operation unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens zu erheblichen Einsparungen führt.

Konkret zeigen die Ergebnisse, dass transfundierte Patienten mit Eisenmangel Mehrkosten von über 17.000 Euro pro Patient verursachen. Hochgerechnet entstehen dadurch direkte Krankheitskosten in Höhe von jährlich 92 bis 115 Millionen Euro, die vermieden werden können. Dieser Betrag steigt um 985 Millionen bis 1,19 Mrd. Euro, wenn Patienten mit nicht diagnostizierten Anämien in die Berechnungen einbezogen werden. Bei den indirekten Krankheitskosten erreichen die Einsparpotenziale sogar 2,2 bis 21,4 Mrd. Euro pro Jahr. <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

DKVF: Die Programm-Highlights

Eine bessere Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung an den Interessen von Patientinnen und Patienten wird mittlerweile von vielen Akteuren im Gesundheitswesen und den Betroffenen selbst gefordert. Der 17. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), der vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung veranstaltet wird, greift dieses wichtige Thema auf: Unter dem Motto „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“ diskutieren Expertinnen und Experten vom 10. bis 12. Oktober 2018 Grundlagen, Forschungsergebnisse sowie Umsetzungsmöglichkeiten einer patientenorientierten Versorgung.

>> Eine patientenorientierte Versorgung setzt voraus, dass sich die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung an den individuellen Interessen, Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen orientieren. Deren Präferenzen lassen sich aber nur erfassen, wenn es den Leistungserbringenden gelingt, eine gute Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen. Dazu gehört auch ihre Bereitschaft, Patient/innen in ihrer bio-psycho-sozialen Perspektive wahrzunehmen und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Beispiele aus dem In- und Ausland zeigen, wie dies noch besser gelingen kann. Besonders erfolgreiche Ansätze werden auf dem DKVF 2018 vorgestellt.

Personenzentriert versorgen: das OpenNotes-Beispiel

Das US-amerikanische OpenNotes-Projekt startete 2010 als eine Evaluationsstudie. Im Rahmen des Projekts konnten Patient/innen nach einem Hausarzt-Besuch erstmals Einblick in die elektronische Dokumentation ihrer Konsultation nehmen. Das Feedback war bemerkenswert: Vier von fünf Befragten hatten ihre Einträge gelesen, zwei Drittel berichteten über positive Erfahrungen, zum Beispiel über ein besseres Verständnis der ärztlichen Informationen und eine bessere Arzt-Patientenbeziehung. Außerdem hatte sich die Adhärenz bei der Einnahme von Medikamenten erhöht. Mittlerweile empfehlen Einrichtungen wie das American College of Physicians und das Institute of Medicine in den USA OpenNotes zur Anwendung. In seiner Keynote-Lecture am ersten Tag des Kongresses spricht der Initiator von OpenNotes und Professor an der Harvard Medical School,

Prof. Dr. Tom Delbanco, über dieses Projekt und den Transfer, auch in andere Länder.

Gemeinsam entscheiden – Modell der Zukunft?

Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) beschreibt einen Ansatz, bei dem die Betroffenen gemeinsam mit dem ärztlichen Team auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz über eine Behandlung entscheiden. Zu den Vordenkern in diesem Bereich zählt Prof. Dr. Elwyn Glyn vom Dartmouth College in Hanover/Neuengland, USA.

In seinen Forschungsarbeiten untersucht er unter anderem, was beim Einsatz von PEF beachtet werden sollte, welche Instrumente sich zur PEF-Messung eignen und wie die Qualität von unterstützenden Entscheidungshilfen sichergestellt werden kann. Glyn Elwyn stellt seine Arbeit in der zweiten Plenarsitzung des Kongresses am Donnerstag vor. Die Nachwuchsgruppenleiterin Dr. Isabelle Scholl vom Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, die zweite Keynote-Sprecherin in dieser Sitzung, diskutiert in ihrem Vortrag, wie diese (inter-)nationalen Ansätze in das deutsche Gesundheitswesen implementieren lassen.

Personenzentriert forschen – von Patientenwissen profitieren

Das Programm am dritten Kongresstag wendet sich in besonderem Maße an Patientenvertreter/innen und Patient/innen. Durch ihr Wissen im Erleben und im Umgang mit ihrer

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der neue Vorstand hat seine Arbeit aufgenommen und ich bin froh, dass wir so viele hochaktive, vordenkende und vielfältige Mitglieder dank Ihres Votums in der letzten Mitgliederversammlung im Vorstand vereinen können. Es macht viel Freude gemeinsam zu arbeiten.



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

Mein zentrales Anliegen für die nächsten zwei Jahre soll das Thema Transfer und Transferforschung sein. Viele Ergebnisse unserer Studien im Bereich Versorgungsforschung werden nach der Beendigung der Förderung nicht in die Regelversorgung aufgenommen, auch wenn die Ergebnisse klare Verbesserungspotenziale für betroffene Menschen aufweisen können. Dies möchten wir verändern und mit Ihnen gemeinsame Lösungen für die Zukunft entwickeln. Auch international steht dieses Thema des Transfers immer mehr im Fokus, wie die Sitzungen auf dem letzten Academy Health-Kongress in Seattle gezeigt haben. Ich freue mich auf die weitere gemeinsame Arbeit auch an diesem Thema.

Die Vorbereitungen für den nächsten 17. DKVF „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“ laufen auf Hochtouren. Es erwartet uns ein sehr interessanter und erlebenswerter Kongress. Auch hier allen Akteuren und vor allem dem Kongresspräsidenten Herrn Prof. Härter nochmals herzlichen Dank! Prof. Härter bringt Ihnen übrigens im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“ in dieser Ausgabe die Highlights des Kongresses näher.

Ihnen allen eine gute lebendige Zeit!

Ihre

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

Erkrankung können sie der Gesundheits- und Versorgungsforschung wesentliche Impulse geben. Die Chancen und offenen Fragen, die sich ergeben, wenn Betroffene Forschungsfragen diskutieren, mitentwickeln oder aktiv an der Planung von Studien teilnehmen, thematisiert Keynote-Sprecherin Dr. Anna Levke Brütt, Nachwuchsgruppenleiterin an der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften an der Universität Oldenburg. In angelsächsischen Ländern ist die

Forschungsbeteiligung von Patient/innen schon länger etabliert und wird gefördert. Auch in Deutschland haben Patientenvertreter/innen die Möglichkeit zur Mitsprache, zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss, im Rahmen der Selbsthilfe oder in entsprechenden Forschungsinitiativen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund) sowie anderer Förderinstitutionen. Ihre Erfahrungen sind Gegenstand einer Podiumsdiskussion in dieser Plenarsitzung.

Medizinische Informationen sind für Betroffene oft schwer zu verstehen. Verschiedene Initiativen sollen künftig das Angebot in Deutschland verbessern, zum Beispiel das Nationale Gesundheitsportal, dessen Konzept derzeit vom IQWiG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt wird, oder der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Das Symposium „Gesundheitskompetenz und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen“ am Freitagmorgen greift diese Projekte auf und lädt Patientenvertreter/innen zur Kommentierung ein.

Versorgung personenzentriert gestalten

Wer nach Beispielen für die Umsetzung patientenorientierter Versorgungsansätze sucht, wird unter anderem in Hamburg fündig. Der Stadtstaat übernimmt in diesem Jahr die Länderpatenschaft für den Kongress und engagiert sich stark für die Digitalisierung in der Medizin, die Stärkung innovativer e-Health-Lösungen und für evidenzbasierte Versorgungsmodelle. Im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (www.ham-net.de) engagieren sich das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und die Universität Hamburg mit ihren versorgungswissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Schwerpunkten zusammen mit zahlreichen Partnern auf Seite der Behandler, der Leistungsträger sowie von Patientenverbänden aktiv zu diesen Themen. Im Rahmen des Innovationsfonds wurden in Hamburg verschiedene Projekte auf den Weg gebracht, zum Beispiel, um zu testen, wie die gesundheitliche Versorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen durch eine zentrale Anlaufstelle verbessert und vorhandene Ressourcen somit besser genutzt werden können.

In weiteren Projekten stehen eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Krankenhäusern, Ar-

beitgebern und Angehörigenverbänden bei der Unterstützung psychisch erkrankter Menschen sowie ein sektorenübergreifendes Hilfs- und Betreuungsnetzwerk für ältere Menschen im Fokus. Der Kongress bietet eine hervorragende Gelegenheit, diese und weitere innovative Ansätze zu diskutieren.

Partnersymposien und Sondernveranstaltungen

Der DKVF 2018 ist nicht nur die perfekte Plattform für den wissenschaftlichen Austausch, sondern auch für Gespräche mit gesundheitspolitischen Entscheidern. Unter dem Motto „Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Dialog“ ist ein BMG-Satelliten-Symposium am Abend des ersten Kongresstags in Planung. In weiteren Symposien wird es um Erfahrungen aus 10 Jahren hausarztzentrierter Versorgung in Baden-Württemberg sowie den Stand und die Entwicklung Nationaler Versorgungsleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) gehen. Für Versorgungsforscher, die Mittel aus dem Innovationsfonds erhalten, wird es auch in diesem Jahr die Möglichkeit geben, ihre Projekte vorzustellen und methodische wissenschaftliche Fragen zu diskutieren.

Nachwuchsformate, Stipendien und Preise

Auch in diesem Jahr bietet der Kongress wieder attraktive Formate für junge Wissenschaftler/innen an. Die AG Nachwuchsförderung lädt zum Kennenlernen am ersten Kongresstag ein. Für Nachwuchsforscher mit eigenen Projektideen lohnt sich die Teilnahme an den Informationsveranstaltungen zur DFG-Nachwuchs-Akademie Versorgungsforschung oder zur BMBF-Strukturförderung beim Aufbau einer entsprechenden Nachwuchsgruppe in der Versorgungsforschung.

Junge Kongressteilnehmer, die ein Abstract einreichen, können sich um ein Kongressstipendium bewerben, die besten Poster werden mit einem Preis prämiert. Wer seine Abschlussarbeit beim Science Slam vorstellt, kann ebenfalls auf einen Preis hoffen. Zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses verleiht das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung im Rahmen des Kongresses außerdem den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis. <<

Buchen Sie jetzt

>> [Der Link zur Anmeldung](http://dkvf2018.de/)
<http://dkvf2018.de/>

Aktuelle Zahlen und News

>> Neue Mitglieder:

Die Anzahl der persönlichen Mitglieder ist erneut gestiegen und beträgt jetzt 184 Personen. Auch neue institutionelle Mitglieder wurden bis Ende Juli im DNVF aufgenommen: Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie wurde in die Sektion 1 „Fachgesellschaften“ und das Institut für angewandte Gesundheitsforschung (Berlin) wurde in die Sektion 2 „Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände“ aufgenommen.

>> Neuer DNVF-Imageflyer:

Anlässlich der Neuwahlen des Vorstands im Mai 2018 wurde der DNVF-Imageflyer neu aufgelegt. Er gibt umfangreiche Informationen über die Ziele und Aktivitäten des DNVF und beinhaltet u.a. eine Übersicht über alle 20 Arbeits- und Fachgruppen des Netzwerks.

>> DNVF-Spring-School 2019:

Die siebte DNVF-Spring-School findet vom 01.-04.04.2019 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Das Programm wird Anfang Oktober veröffentlicht.

>> Pressearbeit zum 17. DKVF gestartet:

Die Pressearbeit zum 17. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung ist gestartet. Ansprechpartnerin für die Pressearbeit zum DKVF 2018 ist Katrin Mugele. Interessierte Vertreter/innen der Presse können direkt Kontakt aufnehmen (E-Mail: dkvf-presse@dnvf.de) oder sich für den Presseverteiler des DNVF registrieren unter www.dnvf.de

>> DNVF-Sitzung beim Hauptstadtkongress 2018

Das DNVF hat sich in diesem Jahr erstmalig mit einer Session am Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ beteiligt. In der Sitzung zum Thema „Von der Versorgungsforschung zur Versorgungswirksamkeit“, die von Prof. Hoffmann (Stv. Vorsitzender) und Prof. Neugebauer (ehemaliger Vorsitzender) gemeinsam moderiert wurden, führte zunächst Frau Dr. Nellesen-Martens (Geschäftsführerin) in das Thema ein. Es folgten Beiträge aus der Praxis, bei denen der Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis und Politik gelungen ist, u.a. von Dr. Hildebrandt (Haslach), Dr. Michalowsky (Greifswald), PD Dr. van den Berg (Greifswald), Dr. Deisz (Aachen) und Dr. Helming (Potsdam).

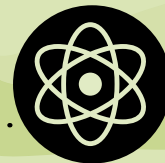


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

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

Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



10. – 12.10.2018, Urania Berlin

Anmeldung jetzt zum Frühbucherrabatt möglich

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

www.dkvf2018.de

Kongress-Agentur

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

m:con – mannheim:congress GmbH

Beim diesjährigen Versorgungsforschungskongress:

AG Partizipative Versorgungsforschung wird gegründet

Ein zentrales Thema des diesjährigen Versorgungsforschungskongresses ist u.a. die personenzentrierte Forschung (s. Titel und Ankündigung der Plenarsitzung am 3. Kongresstag). Im Forschungskontext wird die personenzentrierte Forschung als partizipative Forschung bezeichnet und aufgrund der wachsenden Bedeutung hat der Vorstand des DNVF dem Vorschlag auf Gründung einer AG Partizipativen Forschung beim Kongress zugestimmt.

>> Partizipative Versorgungsforschung bezeichnet die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftler/innen und Patient/innen, aber auch Förderer, Krankenkassen und Leistungserbringer können partizipativ an Versorgungsforschung mitwirken. Partizipative Versorgungsforschung zielt darauf ab, neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu gewinnen. Im Rahmen der Arbeitsgruppe wird ein Austausch zu

theoretischen und praktischen Aspekten der partizipativen Versorgungsforschung stattfinden.

Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftler/innen und weiteren Akteuren zu fördern, partizipative Forschungsansätze für die Versorgungsforschung zu bestimmen und weiter zu entwickeln und die Sichtbarkeit partizipativer Versorgungsforschung zu verbessern. Zur Mit-

arbeit in der AG sind sowohl die vielfältigen Akteure, Patientinnen und Patienten als auch Forscher herzlich eingeladen.

Frau Dr. Anna Levke Brütt (Hamburg/Oldenburg) und Herr Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker (Freiburg) stehen als Sprecher/innen für die neue Arbeitsgruppe zur Verfügung. Interessentinnen und Interessenten zur Mitarbeit in der AG können sich an die DNVF-Geschäftsstelle wenden. <<

24.-26. Juni in Seattle

Annual Meeting der Academy Health

Der jährliche Kongress der Academy Health fand vom 24. bis 26. Juni in Seattle statt. Mit nahezu 3.000 Teilnehmer/innen – unter ihnen Prof. Hoffmann, Prof. Pfaff und Prof. Geraedts – wurde in diesem Jahr ein neuer Besucherrekord erreicht. Über 2,5 Tage diskutierten Forscher, Praktiker und Vertreter/innen aus der Politik über Methoden, Ergebnisse der Versorgungsforschung und ihren Transfer in die Praxis.

>> Um ein erstes Stimmungsbild zu erhalten, fragten wir bei Prof. Dr. Max Geraedts nach, was ihn besonders beeindruckt hat.

Unter den vielen interessanten Vortrags- und Postersitzungen hat Geraedts vor allem eine Sitzung besonders begeistert, bei der eine der Aktivitäten des „Patient-Centered Outcomes Research Institute“ vorgestellt wurde.

Forscher berichteten hier über Ergebnisse aus einer Förderlinie, die als „Implementation Awards“ bezeichnet wird. Dabei werden Mittel bereitgestellt, die explizit dazu dienen, eine in einer vorausgehenden Förderung als effektiv erwiesene Maßnahme in einem breiteren Kontext zu implementieren, um die Versorgungsergebnisse für große Gruppen Betroffener zu verbessern. Geraedts: „Zwei weitere Eindrücke der Tagung empfinde ich noch als bemerkenswert: Zum einen die Anhäufung von Erkenntnissen, die sich mit den verheerenden Auswirkungen amerikanischer (Gesundheits-)

Politik für die Patienten beschäftigen, wie beispielsweise klare Belege für die Ineffizienz der Versorgung bei Übernahme durch profitorientierte Private Equity-Gesellschaften oder die positiven Beiträge der Migranten für die Finanzierung der staatlichen Gesundheitsprogramme.“



Prof. Dr. Max Geraedts, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie an der Philipps-Universität in Marburg

Zum anderen beeindruckten ihn die Bemühungen der Gesundheitsversorgungsforscher, die Erkenntnisse in den gesundheitspolitischen Prozess einzubringen; hierzu wurden Ansätze betont, wie man sie aus dem Medizinjournalismus kennt: „Story – Telling“, Kooperation mit Interessengruppen und Patientenverbänden und einfache, überzeugende Botschaften sind gefragt, was – so Geraedts – „uns als Gesundheitsversorgungsforschern ja des Öfteren schwerfällt.“ <<

>> Link: <https://www.academyhealth.org/events/site/2018-annual-research-meeting>

Termine

>> 02.-06.09.2018, Osnabrück

63. GMDS-Jahrestagung. Link: <https://gmds.de/aktuelles-termine/tagungen-2018-willkommen/programm/>

>> 05.-08.09.2018, Bremen

12. DGP-Kongress (Palliativmedizin). Link: <http://www.dgp2018.de/home.html>

>> 13.-15.09.2018, Innsbruck

52. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Link: <http://www.degam-kongress.de/2018/>

>> 12.-15.09.2018, Leipzig

Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2018. Link: <https://dgkj2018.de/>

>> 20.-22.09.2018, Berlin

20. Hauptstadtkongress der DGAI. Link: <http://www.hai2018.de/>

>> 24.-25.09.2018, Berlin

Workshop 2018 „Access and Accessibility of Health Care Services“. Link: <https://www.mig.tu-berlin.de/berlinhecor/main0/veranstaltungen/ghesg/>

DNVVF

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

Dr. Jan Breitzkreuz

Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Steigende Hautkrebsprävalenz bei geringer Inanspruchnahme von Hautkrebscreening

Entwicklungen im Nordosten Deutschlands

Die Früherkennung, das sogenannte Hautkrebscreening, ist seit dem Jahr 2008 eine Leistung, die gesetzlich Versicherte ab 35 Jahren alle zwei Jahre kostenfrei in Anspruch nehmen dürfen. Dabei untersuchen Dermatologen und Ärzte bestimmter Fachgruppen mit entsprechender Fortbildung die Haut auf verdächtige Veränderungen, die entfernt werden sollten. Den Status Quo sowie Entwicklungstendenzen bei der Inanspruchnahme beschreiben die hier durchgeführten Analysen. Grundlage der Analysen ist die anonymisierte Forschungsdatenbasis der AOK Nordost mit ihren rund 1,75 Millionen Versicherten. Die vorgestellten Ergebnisse erfassen die Entwicklung zwischen 2008 – dem Jahr der Einführung des Hautkrebscreenings als Versicherungsleistung – und dem Jahr 2015. Alle Versicherten der AOK Nordost ab dem Alter von 35 Jahren, die innerhalb des jeweils betrachteten Jahres vollständig versichert waren und in den drei Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern lebten, sind Teil der Studienpopulation. Im Jahr 2008 umfasste die Studienpopulation circa 1,23 Millionen Versicherte. Bis zum Jahr 2015 fiel sie auf circa 1,19 Millionen Versicherte ab (vgl. Tabelle 1). Für einige Analysen fand eine Betrachtung nach Nationalitäten statt. Dabei kann die Nationalität als Indikator für Unterschiede hinsichtlich individueller Risikofaktoren – wie dem Hauttyp – angesehen werden.

>> Bei den zugrunde liegenden Analysen wurden maligne Melanome wie auch die sonstigen malignen Neubildungen der Haut betrachtet. Beide Hautkrebsformen zeugen zumeist von massiven Hautschädigungen in der Vergangenheit und beide Formen können zugleich selbst weitere gravierende Schäden hervorrufen. Ferner erhöht das Auftreten einer Form des hellen Hautkrebses auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines malignen Melanoms. Gegenüber Krebsregisterdaten, die Formen des hellen Hautkrebses häufig nicht abbilden (vgl. Bertz et al. 2012: 3f.), lassen sich aus den Routinedaten der AOK Nordost detaillierte Entwicklungstendenzen zu sämtlichen Formen des Hautkrebses identifizieren, Risikofaktoren untersuchen und regionale Entwicklungen betrachten. Versicherte gelten als von Hautkrebs betroffen, wenn bei ihnen im Analysejahr mindestens eine gesicherte ambulante oder eine stationäre Hauptdiagnose mit einem ICD-Code des Typs C43 (malignes Melanom) oder C44 (sonstige maligne Neubildung der Haut) dokumentiert wurde.

Die Inanspruchnahme des Hautkrebscreenings wurde anhand der abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) 01745 und 01746 des EBM operationalisiert. Die GOP 01745 ist hierbei eine ausschließliche Hautkrebsfrüherkennung. Dahingegen kann die GOP 01746 im Rahmen der „Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ (GOP 01732) zusätzlich abgerechnet werden.

Hautkrebs – Status Quo und Entwicklungen

Im Jahr 2015 wurde bei 2,9 % der Versicherten der AOK Nordost

Zusammenfassung

Hautkrebs ist die häufigste Krebserkrankung in Deutschland. Es kann unterschieden werden zwischen dem frühzeitig metastasierenden malignen Melanom und den sonstigen malignen Neubildungen der Haut, die zumeist lokal Gewebe zerstören, aber selten metastasieren. Die Einjahres-Prävalenz von Hautkrebs betrug bei den Versicherten der AOK Nordost ab 35 Jahren im Jahr 2015 alters- und geschlechtsstandardisiert 1,9 %. Die Analysen zeigen eine starke Zunahme in den letzten Jahren, auch bei verhältnismäßig jungen Patienten zwischen 35 und 50 Jahren. Seit 2008 ist das Hautkrebscreening eine für Patienten kostenfreie Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen für Versicherte ab 35 Jahren. Nur 22 Prozent der Anspruchsberechtigten nutzten allerdings diese Möglichkeit. Vor allem in Mecklenburg-Vorpommern, wo die Hautkrebsraten besonders hoch sind, ist die Inanspruchnahme besonders gering.

Schlüsselwörter

AOK Nordost, GeWINO, Versorgungsforschung, Hautkrebs, malignes Melanom, sonstige maligne Neubildungen, Hautkrebscreening, Früherkennung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2090>

Hintergrund

Hautkrebs ist bundesweit die häufigste Krebserkrankung mit einer zudem sehr starken Zunahme der Hautkrebskrankungen (vgl. Eisemann et al. 2015). Hautkrebs ist aber auch – sofern rechtzeitig erkannt – sehr gut behandel- und zumeist auch heilbar. Als bedeutsamste Ursache für dessen Entstehung gilt die Schädigung der Haut durch UV-Licht (Leitlinienprogramm Onkologie 2014a: 24 und Breitbart et al. 2004: 19). In Kombination mit individuellen Risikofaktoren steigt mit der UV-Exposition das Hautkrebsrisiko. Als individuelle Risikofaktoren gelten die genetische Prädisposition (Familienangehörige mit Hautkrebs) und der hautimmanente Schutz (Hauttyp). Beim besonders aggressiven malignen Melanom sind ferner die Gesamtzahl der Pigmentmale sowie die Anzahl atypischer Pigmentmale relevant (Leitlinienprogramm Onkologie 2016: 22, Leitlinienprogramm Onkologie 2014a: 24ff).

Je stärker die Haut im Laufe des Lebens Schaden nimmt, bspw. durch Sonnenbrände – besonders gravierend sind jene in der Kindheit –, durch intermittierende UV-Strahlung beispielsweise in Urlauben, sowie durch die kumulative UV-Lebensdosis, desto höher ist auch das Risiko an Hautkrebs zu erkranken (Leitlinienprogramm Onkologie 2016: 22 und Leitlinienprogramm Onkologie 2014a: 24ff und Breitbart et al. 2004: 19). Vor allem beim malignen Melanom, aber auch beim Basalzellkarzinom, einer Form des hellen Hautkrebses, scheint die UV-Exposition in der Kindheit und Jugend ausschlaggebend für die Entstehung des Hautkrebses. Dahingegen entwickeln sich Plattenepithelkarzinome, die zweite häufigkeitsmäßig bedeutsame Form des hellen Hautkrebses, mit zunehmender, im Laufe des Lebens erworbenen UV-Dosis (vgl. Breitbart et al. 2004: 19). Allerdings entsteht Hautkrebs zumeist erst nach Jahren oder Jahrzehnten. Auch Patienten mit einem geschwächten Immunsystem leiden häufiger an einem nichtmelanozytären Hautkrebs (Breitbart et al. 2004: 20). Die sonstigen malignen Neubildungen der Haut, umgangssprachlich „heller“ oder „weißer“ Hautkrebs genannt, machen das Gros der Hautkrebsdiagnosen aus und treten etwa 6,5 mal häufiger auf als das maligne Melanom (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie 2014a: 44). Heller Hautkrebs bildet sich aus unterschiedlichen Zelltypen der Haut, denen allen gemein ist, dass sie nicht pigmentbildend sind (nicht-melanozytär) (vgl. Breitbart et al. 2004: 7). Dieser Typus Hautkrebs zerstört lokal Gewebe, metastasiert aber nur selten. Die Prognose ist daher vergleichsweise günstig und die Mortalität auf einem konstant niedrigen Niveau (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie 2014a: 46).

Zwar seltener, dafür jedoch deutlich aggressiver ist das maligne Melanom, umgangssprachlich „schwarzer Hautkrebs“ genannt. Das maligne Melanom entsteht aus den pigmentbildenden Zellen der Haut, was ihm aufgrund der Färbung die umgangssprachliche Bezeichnung einbrachte (vgl. Breitbart et al. 2004: 7). Da diese Form häufig und zugleich früh metastasiert und in der Folge andere Organe befällt, ist die Prognose hier deutlich ungünstiger: Ungefähr 90 % aller Sterbefälle durch Hautkrebs sind auf die im Vergleich zum hellen Hautkrebs geringen Fallzahlen zurückzuführen (Leitlinienprogramm Onkologie 2016: 22). Umso wichtiger ist insbesondere hier die frühestmögliche Diagnose, da sich die Verlaufsprognose so deutlich positiver darstellt und die Therapie bestenfalls mit dem Entfernen des Tumors abgeschlossen ist (Leitlinienprogramm Onkologie 2014b: 8). Je weiter der Tumor bereits metastasiert hat, desto ungünstiger ist die Prognose und umso umfangreicher die notwendigen medizinischen Interventionen (Leitlinienprogramm Onkologie 2014b: 8ff).

Entwicklung der Studienpopulation			
Jahr	Gesamtzahl	davon männlich	davon weiblich
2008	1.236.916	559.239	677.677
2009	1.208.968	548.695	660.273
2010	1.191.598	543.469	648.129
2011	1.196.001	547.036	648.965
2012	1.199.554	550.783	648.771
2013	1.172.744	541.070	631.674
2014	1.149.287	533.558	615.729
2015	1.123.163	523.983	599.180

Tab. 1: Entwicklung der Studienpopulation.

ab 35 Jahren eine Form des Hautkrebses diagnostiziert. Bei mehr als 0,4 % der Versicherten war es das maligne Melanom (vgl. Abbildung 1). Dabei stieg die Prävalenzrate bei den Versicherten ab 35 Jahren von 2,0 % im Jahr 2008 auf 2,9 % im Jahr 2015.

Die Steigerung der Prävalenzraten ist dabei in den drei betrachteten Bundesländern in beinahe sämtlichen Alterskategorien zu beobachten (vgl. Abbildung 2). Darüber hinaus ist ersichtlich, dass Brandenburg über beinahe alle Altersklassen hinweg die stärksten Prävalenzzunahmen zu verzeichnen hat. Dies hat dazu geführt, dass in 2015 in Brandenburg generell höhere Prävalenzen als in Berlin erkennbar sind. Beim Blick auf die Prävalenzraten der Versicherten ab 35 Jahren im Jahr 2015 in den drei betrachteten Bundesländern hat Mecklenburg-Vorpommern (3,5 %) trotz der starken Hautkrebszunahme in Brandenburg (3,2 % Prävalenz) die höchsten Prävalenzraten aufzuweisen, während Hautkrebs unter den Berlinern (2,3 %) ein etwas geringeres Gesundheitsrisiko darstellt.

Die regionale Verteilung der Hautkrebsraten sowie die Anzahl und Standorte der niedergelassenen Dermatologen in den einzelnen Landkreisen, kreisfreien Städten und den Berliner Stadtbezirken veranschaulicht Abbildung 3. Beim detaillierten Blick auf die regionalen Disparitäten spiegeln sich obige Prävalenzraten wider: In Mecklenburg-Vorpommern sind unter den Versicherten weiträumig sehr hohe Hautkrebsraten zu verzeichnen, während das Bild in Brandenburg ambivalent ist und sich in Berlin tendenziell etwas positiver gestaltet. Die höchsten Hautkrebsraten werden in Rostock (4,6 %) und im Landkreis Barnim (4,0 %) sowie den Städten Cott-

bus und Schwerin mit ebenfalls 4,0 % verzeichnet. Die geringsten Prävalenzraten werden mit lediglich 1,3 % in Berlin Friedrichshain-Kreuzberg und mit 1,4 % in Berlin Mitte erfasst.

Entscheidenden Einfluss auf die Hautkrebsrate einer Region hat dabei die Altersstruktur der Bevölkerung respektive die der AOK Nordost-Versicherten, da die Wahrscheinlichkeit an Hautkrebs zu erkranken mit dem Alter assoziiert ist. Bei der Erstdiagnose sind AOK Nordost Patienten mit einem malignen Melanom im Mittel 69 Jahre alt, während die sonstigen malignen Neubildungen erstmalig mit durchschnittlich 76 Jahren diagnostiziert werden. Dabei wurden jene Versicherte betrachtet, die von 2006 bis 2015 vollständig bei der AOK Nordost versichert waren und für die erstmalig im Jahr 2015 eine Hautkrebsdiagnose (angenommene Erstdiagnose) dokumentiert wurde.

Allerdings spielt auch die Geschlechterverteilung eine Rolle, da auch hier deutliche Unterschiede im Auftreten von Hautkrebs zu erkennen sind: Bei männlichen Versicherten ab dem 65sten Lebensjahr ist ein deutlich stärkerer Anstieg zu verzeichnen als bei den Frauen. So leiden zum Beispiel bei über 84-jährigen Frauen etwa sieben Prozent unter einer Form des Hautkrebses, während es bei den Männern über 12 % sind (vgl. Abbildung 8). Bis zum Alter von etwa 64 Jahren hingegen ist das Verhältnis genau umgekehrt: hier übersteigt das Hautkrebsrisiko der Frauen jenes der Männer.

Besondere Vorsicht und regelmäßige Screenings sind vor allem bei einer bereits in der Vergangenheit diagnostizierten Hautkrebserkrankung geboten, denn offenkundig wurde die Haut bereits stark geschädigt. Versicherte, die beispielsweise bereits an einer Form des hellen Hautkrebs erkrankt sind, haben zugleich ein erhöhtes

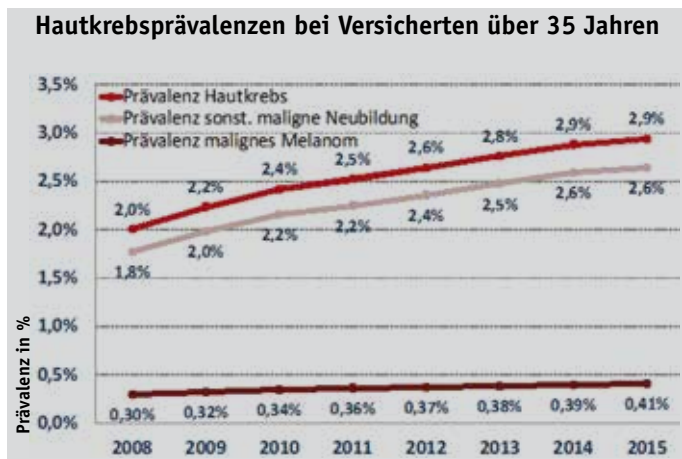


Abb. 1: Hautkrebsprävalenzen bei Versicherten über 35 Jahren bei der AOK Nordost zwischen 2008 und 2015.

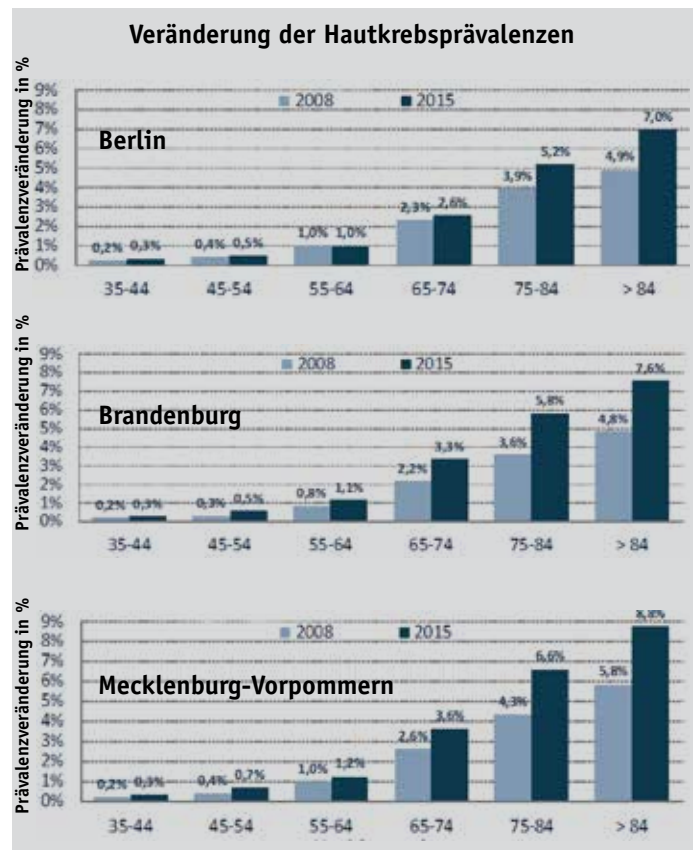


Abb. 2: Veränderung der Hautkrebsprävalenzen bei AOK Nordost-Versicherten ab 35 Jahren zwischen 2008 und 2015 nach Bundesland.



Abb. 3: Hautkrebsraten unter den Versicherten der AOK Nordost ab 35 Jahren und Praxisstandorte niedergelassener Dermatologen mit Kassensitz im Jahr 2015 (Abkürzungen für Berliner Stadtbezirke: Pank – Pankow, Lich – Lichtenberg, M-H – Marzahn-Hellersdorf, T-K – Treptow-Köpenick, Neuk – Neukölln, T-S – Tempelhof-Schöneberg, F-K – Friedrichshain-Kreuzberg, S-Z – Steglitz-Zehlendorf, C-W – Charlottenburg-Wilmersdorf, Span – Spandau, Rein – Reinickendorf).



Abb. 4: Alters- und geschlechtsstandardisierte Hautkrebsprävalenzen unter den Versicherten über 35 Jahren bei der AOK Nordost nach Landkreisen und kreisfreien Städten beziehungsweise der Berliner Stadtbezirke im Jahr 2015 – Referenzbevölkerung: amtliche Einwohnerstatistik der drei Bundesländer im Jahr 2015.

Risiko für das Auftreten eines malignen Melanoms: Unter den 70- bis 75-jährigen Patienten, bei denen bereits eine Form des hellen Hautkrebses diagnostiziert wurde, trat im Vergleich zu sämtlichen 70- bis 75-Jährigen circa sieben Mal häufiger zugleich ein malignes Melanom auf.

Auch alters- und geschlechtsstandardisiert (Referenzbevölkerung der drei Bundesländer im Jahr 2015) bestehen zwischen den Bundesländern noch immer deutliche Unterschiede hinsichtlich des Hautkrebsrisikos (vgl. Abbildung 4): Lediglich Nordwestmecklenburg hat ein durchschnittliches Hautkrebsrisiko. Alle verbleibenden küstennahen Gebiete haben ein stark überdurchschnittliches Hautkrebsrisiko (Rostock, Schwerin, Vorpommern-Rügen, Vorpommern-Greifswald) oder zumindest ein überdurchschnittliches Hautkrebsrisiko. In Brandenburg ist das Risiko deutlich diverser verteilt: In den Landkreisen Barnim und Prignitz ist es stark überdurchschnittlich, in den Kreisen Elbe-Elster und Oberspreewald-Lausitz hingegen stark unterdurchschnittlich. Die Klassifikation des Risikos wurde in Bezug auf den alters-geschlechtsstandardisierten Mittelwert aller Versicherten der betrachteten Region vorgenommen.

Wie Abbildung 2 und Abbildung 4 bereits veranschaulichten, sind die Prävalenzraten in Mecklenburg-Vorpommern über die Altersklassen hinweg am höchsten, in Berlin hingegen am geringsten. Neben Alter und Geschlecht als Erklärung regionaler Unterschiede haben hier weitere Faktoren erklärenden Einfluss. Abbildung 5 visualisiert die Hautkrebsprävalenzen unter den Versicherten nach Nationalität. Dabei haben die Nationalitäten per se nichts mit einem hohen oder niedrigen Hautkrebsrisiko zu tun. Vielmehr kann aber die Nationalität als Indikator für Unterschiede hinsichtlich individueller Risikofaktoren – wie dem Hauttyp – angesehen werden. Ersichtlich ist, dass deutsche Versicherte ein hohes Hautkrebsrisiko haben. Lediglich das Risiko polnischer und russischer Versicherte ist höher. Vice versa haben vietnamesische und türkische Versicherte ein geringeres Risiko an einer der beiden Formen von Hautkrebs zu erkranken. In Gegenden mit vergleichbarer Altersverteilung, aber unterschiedlichen und quantitativ bedeutsamen Anteilen Versicherte mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit können sich folglich auch die Hautkrebsraten unterscheiden.

Unterschiede sind deshalb auch innerhalb Berlins anzutreffen: Während in Mitte, Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg und Reinickendorf die Hautkrebsraten stark unterdurchschnittlich sind, fällt Berlin Pankow ob der sogar überdurchschnittlichen Rate ins Auge. Erstgenannte Stadtteile weisen berlinweit bei den AOK Nordost-Versicherten ab 35 Jahren stark überdurchschnittliche Ausländeranteile auf (Mittelwert: 22,8 % Ausländeranteil), abgesehen von Reinickendorf mit einem eher durchschnittlichen Ausländeranteil (20,5 %). Pankow hingegen hat in selbiger Altersgruppe einen stark unterdurchschnittlichen Ausländeranteil (7,1 %), genauso wie Treptow-Köpenick (5,8 %).

Ferner lassen sich Rückschlüsse auf den Hauttyp und individuelle Risikofaktoren auch anhand ärztlicher Diagnosen ableiten. Das Vorkommen von Epheliden (ICD10-GM: L81.2), umgangssprachlich „Sommersprossen“ genannt, lässt unter

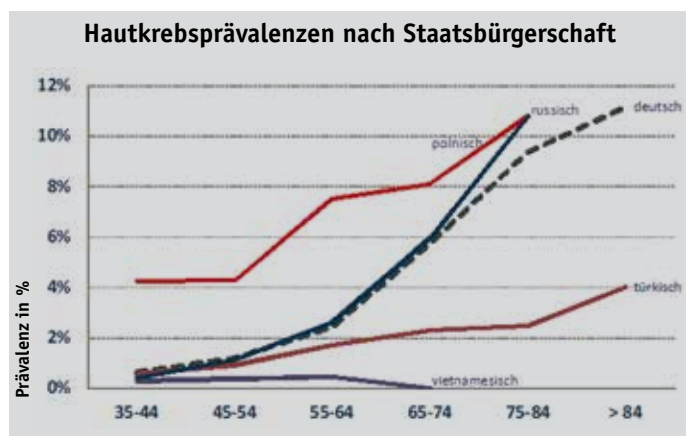


Abb. 5: Hautkrebsprävalenzen bei Versicherten der AOK Nordost nach Staatsbürgerschaft im Jahr 2015 (nur Alterskategorien mit mindestens 100 Versicherten je Nationalität ausgewiesen).

den Versicherten Rückschlüsse auf den Hauttyp zu. Da das Auftreten von Hautkrebs auch mit der Anzahl der Pigmentflecken korreliert, kann auch die Hyperpigmentierung (ICD 10-GM: L81.0 und L81.4) hierfür als geeigneter Prädiktor angesehen werden.

Die kartographische Darstellung der alters- und geschlechtsstandardisierten Hautkrebsraten offenbart weitere regionale Unterschiede: Die Nähe zur Küste geht mit einer erhöhten Hautkrebsrate einher. Dies kann zweierlei Ursachen haben. Zum einen ist die UV-Strahlung an Küsten besonders intensiv, da Wasseroberflächen UV-Strahlen reflektieren (Bundesamt für Strahlenschutz 2017). Ferner täuschen kühler Wind und niedrige Temperaturen an der See häufig hinsichtlich der tatsächlichen UV-Intensität, die von diesen Faktoren unabhängig ist. Zum anderen kann der Lebensstil an Küsten mit vielen Aktivitäten im Freien, an und auf dem Wasser zu besonders starken UV-bedingten Hautschädigungen führen.

Die in der Literatur beschriebenen und deskriptiv dargelegten Prädiktoren lassen sich anhand der vorliegenden Daten bestätigen.

Ergebnisse der logistischen Regression				
Merkmal/-ausprägung	Odds Ratio	95% KI-Grenzen		Waldsches Chi-Quadrat
Altersklassen				15727 (p<0,0001)
Alter 35-44	0,048	0,043	0,053	
Alter 45-54	0,082	0,078	0,088	
Alter 55-64	0,162	0,155	0,169	
Alter 65-74	0,464	0,450	0,478	
Alter > 74 (Referenzkategorie)	1			
Geschlecht männlich gegenüber (ggü.) weiblich	1,375	1,344	1,406	756 (p<0,0001)
Hyperpigmentierung ggü. keine Hyperpigment.	3,085	2,958	3,217	2766 (p<0,0001)
Nationalität türkisch ggü. deutsch	0,250	0,214	0,293	394 (p<0,0001)
Nationalität polnisch o. russisch ggü. deutsch	1,875	1,651	2,129	394 (p<0,0001)
Küstenbewohner ggü. nicht Küstenbewohner	1,216	1,182	1,251	187 (p<0,0001)

Tab. 2: Ergebnisse der logistischen Regression – Hautkrebsprädiktoren. Gesamtmodellgüte – Fläche unter der ROC-Kurve: 0,76.

Die untenstehende Tabelle visualisiert die Odds-Ratios der mittels logistischer Regression ermittelten Einflüsse: Ein höheres Alter der Versicherten korreliert mit einem erhöhten Hautkrebsrisiko, genau wie Männer ein höheres Erkrankungsrisiko haben als Frauen. Auch der Hauttyp – operationalisiert mittels des oben beschriebenen Pigmentierungsindicators (Epheliden und Hyperpigmentierung) sowie der Nationalitäten – hat einen signifikanten Einfluss auf das Hautkrebsrisiko. Zuletzt zeigt sich auch ein Zusammenhang zwischen einem küstennahen Wohnort (Landkreis grenzt an die Ostseeküste) und dem Hautkrebsrisiko.

Hautkrebscreening und Achtsamkeit als Ansatzpunkte zum individuellen Schutz

Hautkrebscreenings sind seit Juli 2008 Versicherungsleistung und können entweder beim Dermatologen oder bei entsprechend fortgebildeten Hausärzten in Anspruch genommen werden. Das Gros der Hautkrebscreenings haben 2015 Hausärzte durchgeführt: 65 % aller Screenings wurden von Nicht-Dermatologen abgerechnet. Die verbleibenden 35 % entfallen dementsprechend auf Dermatologen. Ziel des Hautkrebscreenings ist es, den Diagnosezeitpunkt von Hautkrebs vorzuverlegen, da die Behandlungsprognose – vor allem beim frühzeitig metastasierenden malignen Melanom – so positiv beeinflusst werden kann.

Obgleich sich Mediziner einig sind, dass vor allem beim malignen Melanom mit einer frühzeitigen Therapie die größten Heilungschancen einhergehen, fehlt bislang der wissenschaftliche Nachweis, dass durch ein Screening mehr Patienten ihre Krebserkrankung überleben (Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention 2017). Dieser Beweis ist auch hier nicht möglich, dennoch soll der Zusammenhang zwischen Hautkrebscreenings und Hautkrebsdiagnosen betrachtet werden. Hierfür wurden die Inzidenzdiagnosen des Jahres 2015 analysiert. Hautkrebs gilt als inzident, wenn im Zeitraum zwischen 2006 und 2014 keine Hautkrebsdiagnose vorlag. Ferner gilt Hautkrebs als durch das Screening entdeckt, wenn das Screening zeitlich maximal drei Monate vor der Erstdiagnose stattfand.

Es ist augenfällig, dass im Rahmen von Hautkrebscreenings – verglichen mit den Diagnosestellungen, die ohne ein Screening erfolgen – überdurchschnittlich viele Krebserkrankungen diagnostiziert werden (vgl. Tabelle 3). Etwa 31 % (2.020 Fälle) aller Hautkrebsinzidenzen (6.485 Fälle) wurden demnach durch das Screening entdeckt, obwohl daran im Jahr 2015 nicht einmal 14 % der Versicherten (142.147 von 1.055.496) teilnahmen. Die Erkennungsrate im Screening war demnach mit 1,4 % (2.020 von 142.147) etwa dreifach höher als die 0,5 % (4.465 von 913.349) bei Versicherten, die nicht am Screening teilnahmen.

Seit Einführung des Hautkrebscreenings als Versichertenlei-

Hautkrebscreenings und Hautkrebsdiagnosen				
		Hautkrebsscreenings		
		Ja	Nein	Summe
Hautkrebsdiagnose	Ja	2.020	4.465	6.485
	Nein	140.127	908.884	1.049.011
	Summe	142.147	913.349	1.055.496

Tab. 3: Hautkrebscreenings und Hautkrebsdiagnosen (Inzidenz) im Jahr 2015 bei Versicherten über 35 Jahren.



Abb. 6: Hautkrebscreening bei Versicherten der AOK Nordost zwischen 2008 und 2015 nach Bundesland.

stung im Jahr 2008 hat sich der Anteil der AOK Nordost-Versicherten, die diese Möglichkeit in Anspruch nehmen, auf knapp zwölf Prozent jährlich gesteigert (vgl. Abbildung 6). Damit wurde binnen zwei Jahren (2014 oder 2015 – Versicherte ab 35 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf das Screening) bei nur 22 % der Anspruchsberechtigten ein Hautkrebscreening durchgeführt.

Im Vergleich zu Brandenburgern und Berlinern nehmen die Bewohner Mecklenburg-Vorpommerns das Hautkrebscreening besonders zögerlich wahr. Hinsichtlich der Entwicklung ist zwischen 2013 und 2015 beinahe eine Stagnation in Berlin und Brandenburg zu sehen, lediglich in Mecklenburg-Vorpommern ist noch eine leichte Zunahme zu erkennen – wobei dies aber eher einer „nachholenden Entwicklung“ gleichkommt. Angesichts der hohen Prävalenz und des hohen Hautkrebsrisikos in Mecklenburg-Vorpommern sollte das Hautkrebscreening aus medizinischer Sicht dort eigentlich am engmaschigsten durchgeführt werden.

Dafür bedarf es jedoch eines entsprechend flächendeckenden Arztnetzes. Wie Abbildung 3 veranschaulicht, ist es hinsichtlich der Erreichbarkeit sinnvoll, dass neben den Dermatologen auch speziell fortgebildete Ärzte anderer Fachgruppen das Screening im Rahmen von Checkups durchführen dürfen. Denn in Mecklenburg-Vorpommern sowie im ländlichen Brandenburg sind Dermatologen nicht immer wohnortnah erreichbar. Zumal es bei nur zwei dermatologischen Arztpraxen in einem ganzen Landkreis – wie in der Prignitz, in

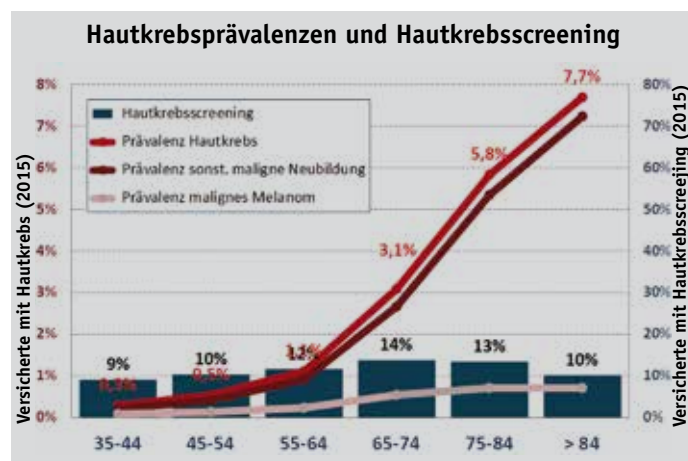


Abb. 7: Hautkrebsprävalenzen und Hautkrebscreening bei Versicherten der AOK Nordost nach Alter und Hautkrebsart im Jahr 2015.

Ostprignitz-Ruppin oder im Elbe-Elster-Kreis sicher auch zu terminlichen Engpässen kommen kann.

Hautkrebs entwickelt sich zumeist über sehr lange Zeiträume. Das Hautkrebsrisiko steigt – wie bei vielen anderen Krankheiten auch – mit dem Lebensalter. Liegt es bei den 55- bis 64-Jährigen noch bei 1,1 %, so verdreifacht es sich binnen der nächsten Lebensdekade beinahe (vgl. Abbildung 7). Medizinisch sinnvoll wäre es daher, wenn Risikogruppen die Früherkennungsuntersuchung häufiger nutzten. Hier allerdings scheint die Herausforderung zu liegen, da trotz der hohen Prävalenzraten in den hohen Altersgruppen auch ältere Menschen die Möglichkeit zur Früherkennung nur selten nutzen. Werden unter den 45- bis 54-Jährigen zehn Prozent pro Jahr gescreent (Hautkrebsprävalenz 0,5 %) so sind es in der Altersgruppe von 65-74 Jahren nur unwesentlich mehr (14 %), obwohl die Hautkrebsprävalenz der Älteren mehr als sechsmal so hoch ist (3,1 %).

Besonders offenkundig ist die Diskrepanz sowie die Notwendigkeit des intensivierten Screenings, wenn die Geschlechterunterschiede bei der Betrachtung hinzugezogen werden: Während Frauen bis zum Alter von 64 Jahren ein leicht höheres Risiko haben an Hautkrebs zu erkranken als Männer, kehrt sich dieses Verhältnis mit steigendem Lebensalter um (vgl. Abbildung 8). Bei über 84-Jährigen etwa wird bei circa sieben Prozent der Frauen Hautkrebs diagnostiziert. Die Prävalenzrate der Männer ist mit über 12 Prozent beinahe doppelt so hoch. Trotzdem nehmen Männer das Hautkrebscreening kaum häufiger in Anspruch (10 Prozent der Frauen gegenüber über 12 Prozent der Männer).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Medizinisch erstrebenswert wäre, wenn mehr Versicherte das Hautkrebscreening nutzten. Dies aber nicht erst mit einem bereits stark erhöhten Risiko, bspw. ab 55 Jahren, sondern bereits zuvor. Wie die vorangegangenen Analysen zeigten, ist Hautkrebs zunehmend auch ein Risiko Jüngerer. Zumal das besonders gefährliche maligne Melanom durchschnittlich sieben Jahre früher auftritt als die sonstigen malignen Neubildungen. Ferner besteht auch regional Nachholbedarf, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern, wo einerseits ein erhöhtes Hautkrebsrisiko besteht, das Screening andererseits aber besonders zögerlich in Anspruch genommen wird.

Eine besonders bedeutsame Zielgruppe sollten junge Eltern sein. Denn einerseits kann und sollte ihnen frühestmöglich die Bedeutung

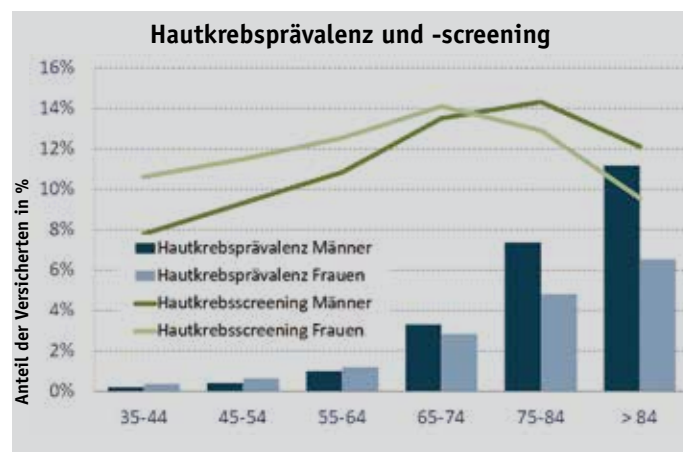


Abb. 8: Hautkrebsprävalenz und -screening bei Versicherten der AOK Nordost nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015.

des Sonnenschutzes der besonders empfindlichen Kindeshaut vermittelt werden, da Eltern durch deren (Nicht-)handeln das Hautkrebsrisiko der nächsten Generation entscheidend beeinflussen. Andererseits sind junge Eltern heute selbst bereits häufig in einem Alter, in dem Hautkrebscreenings medizinisch sinnvoll sind und von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden. Da junge Eltern regelmäßig im Rahmen der U-Untersuchungen mit ihren Kindern beim Pädiater vorstellig werden, wären Informationskampagnen dort sinnvoll und sollten forciert werden. Ziel dieser Kampagnen ist neben konkreten Maßnahmen (Screenings bei Erwachsenen, Sonnenschutz bei Kindern) vor allem die Stärkung des Problembewusstseins. Denn das Bewusstsein für diese Gefahr fehlt offenbar, wie die geringe Inanspruchnahme des Screenings, aber auch die Prävalenzzunahmen im vergleichsweise jungen Alter verdeutlichen. <<

Autorenerklärung

Es liegen keine Konflikte vor.

Zitationshinweis

Breitkreuz, J., Zahn, T.: „Steigende Hautkrebsprävalenz bei geringer Inanspruchnahme von Hautkrebscreening – Entwicklungen im Nordosten Deutschlands“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 47-52, doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2090

Development of skin cancer and skin cancer screenings in northeastern Germany

Skin cancer is the most common form of cancer in Germany with an increasing prevalence. It is to be differentiated between the malignant melanoma which metastasizes early and the malignant skin neoplasms. The latter tumors are rarely fatal but locally destructive. A substantial growth of skin cancer is indicated by data analyses of a major regional German statutory health insurance in Northeastern Germany between 2008 and 2015. The standardized prevalence rate for people aged 35 years or older has risen in the recent years to 1.9 %. Skin cancer screening is free of charge for insured persons being at least 35 years of age. Nonetheless, only 22 % of those people take this opportunity. Especially in Mecklenburg-West Pomerania, where the prevalence rates are highest, skin cancer screening is being utilized below average.

Keywords

AOK Nordost, GeWINO, care research, skin cancer, melanoma, skin neoplasms, skin cancer screening, early detection

Literatur

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Bundesländern. Erreichbar unter: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft Staat/ Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/ Tabellen/ MigrationshintergrundLaender.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft%20Staat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundLaender.html) (abgerufen am: 14.08.2017).
- Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2017): Weißer Hautkrebs ist Treiber bei den Berufskrankheiten. Erreichbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=940521&pid=950833> (abgerufen am: 29.08.2017)
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2016): Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms, Kurzversion 2.0, 2016, AWMF Registernummer: 032/0240L, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Melanom.65.0.html>, (abgerufen am: 29.08.2017)
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014b): Melanom. Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten (Juli 2014). Erreichbar unter: https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Leitlinien/Patientenleitlinie_Melanom.pdf (abgerufen am 29.08.2017)
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014a): S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs, Langversion 1.1, 2014, AWMF Registernummer: 032/0520L, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (abgerufen am 29.08.2017)
- Kraywinkel, K.; Bertz, J.; Laudi, A.; Wolf, U. (2012): Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(4) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 06.08.2012) (abgerufen am: 29.08.2017)
- Breitbart, E.; Wende, A.; Mohr, P.; Greinert, R.; Volkmer, B. (2004). Hautkrebs. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 22). Erreichbar unter: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/hautkrebs.pdf?__blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/hautkrebs.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am: 29.08.2017)
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e.V. (2017): Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening. Erreichbar unter: <http://www.hautkrebscreening.de/aerzte/screening/screening-fortbildung.php> (abgerufen am: 29.08.2017)
- Eisemann, N.; Katalinic, A.; Waldmann, A. (2015): Skin cancer screening in Germany—documenting melanoma incidence and mortality from 2008 to 2013. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 629–34. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0629
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL). Erreichbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1292/KFE-RL_2016-04-21_iK-2017-01-01_AT-08-07-2016-B2.pdf (abgerufen am: 29.08.2017)
- Bundesamt für Strahlenschutz (Hrsg.) (2017): Optische Strahlung. UV-Strahlung - Sonne - Solarien - Infrarot-Strahlung – Laser. Erreichbar unter: http://www.bfs.de/DE/themen/opt/uv/uv-index/einfuehrung/einfuehrung_node.html (abgerufen am: 29.08.2017)
- Ulrich, C. (2017) Arztbrief. Schwarzer Hautkrebs. In *Tagesspiegel* (Hrsg.) Erreichbar unter: <http://www.tagesspiegel.de/themen/arztbriefe/arztbrief-schwarzer-hautkrebs/13465536.html> (abgerufen am: 29.08.2017)

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

hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland und den USA studiert. Er promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik. Seit 2013 leitet er als Geschäftsführer das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. 2016 wurde er zum Professor für Wirtschaftsinformatik & Data Science an der bbw Hochschule, Berlin, berufen. Seit 2017 ist er auch Leiter des fib Forschungsinstitutes der bbw. Kontakt: Thomas.Zahn@nordost.aok.de



Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
 Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann
 Dr. PH Dominique Vogt
 Svea Gille M.Sc. PH

Fokus Gesundheitskompetenz

„Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ – Relevanz für die Versorgungsforschung

Seit Anfang des Jahres 2018 hat auch Deutschland nach dem Vorbild anderer Länder einen „Nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Gesundheitskompetenz“. Von einer unabhängigen Expertengruppe erstellt, enthält der Plan fünfzehn Empfehlungen, die sich auf vier große Handlungsbereiche beziehen: die alltäglichen Lebenswelten, das Gesundheitssystem, das Leben mit chronischer Erkrankung und die Forschung (Schaeffer et al. 2018). In dem nachfolgenden Beitrag wird zunächst ein kurzer Überblick über den Diskussionsstand zum Thema „Gesundheitskompetenz“ gegeben und dann erläutert, warum ein Aktionsplan sinnvoll und notwendig ist, auf welchen empirischen Grundlagen er aufbaut und welche inhaltlichen Schwerpunkte er hat. Anschließend wird die Empfehlung zur Förderung der Forschung über Gesundheitskompetenz vorgestellt und erläutert. Gezeigt wird, dass der Nationale Aktionsplan auch als Agenda für neue Ansätze und Themen der Versorgungsforschung gelesen werden kann.

>> Moderne Gesellschaften sind heute Informations- und Wissensgesellschaften (Steinbicker 2001), in denen eine kaum noch überschaubare Menge an Fakten und Wissen zur Verfügung steht. Gesundheitsthemen – gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, Prävention von Krankheiten, aber auch der Umgang mit Krankheiten, Information über verfügbare Versorgungs- und Behandlungsinstanzen und -möglichkeiten – haben darin einen festen Platz und gewinnen immer größeren Stellenwert. Denn längst sind Information und Wissen über Gesundheits- und Krankheitsfragen nicht mehr nur den Gesundheitsprofessionen zugänglich, vielmehr stehen sie durch die digitalisierten Informationsplattformen jeder Bürgerin und jedem Bürger direkt zur Verfügung. Diese Informationen sind meist komplex, vielschichtig und oft auch widersprüchlich. Täglich ist jeder Einzelne daher vor die schwierige Aufgabe gestellt, die Flut an Information zu filtern, die richtige Information ausfindig zu machen, sie einzuschätzen und zu bewerten und auf dieser Grundlage Entscheidungen für das eigene Gesundheitsverhalten und das seiner Angehörigen zu treffen. Diese Herausforderungen stellen sich bei Entscheidungen und Aufgaben in der häuslichen Umgebung, am Arbeitsplatz, im sozialen Umfeld, beim Konsumverhalten und auch – im Falle einer Erkrankung – im gesundheitlichen Versorgungssystem (Kickbusch/Hartung 2014).

Um sich so entscheiden zu können, dass die eigene Gesundheit

Zusammenfassung

Studien zur Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung haben gezeigt, dass große Teile der Bevölkerung eine niedrige Health Literacy aufweisen. Um diese Situation zu verbessern, sind in vielen Ländern nationale Strategien und Aktionspläne zur Förderung von Gesundheitskompetenz erstellt worden. Diesen Beispielen folgend wurde jüngst auch für Deutschland ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ erarbeitet. An dem zweijährigen Entwicklungsprozess waren 15 ausgewiesene Expertinnen und Experten beteiligt. Auf Basis einer Analyse vorliegender Literatur zur Gesundheitskompetenz und bestehender Aktionspläne wurden die Konzeption, Ziele und Schwerpunkte des Aktionsplans festgelegt und konkrete Empfehlungen erarbeitet. Die Empfehlung zur Förderung der Forschung über Gesundheitskompetenz wird im vorliegenden Beitrag vorgestellt und erläutert. Gezeigt wird, dass der Nationale Aktionsplan auch als Agenda für neue Ansätze und Themen der Versorgungsforschung gelesen werden kann.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, Nationaler Aktionsplan, Health Literacy, Deutschland

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2091

davon profitiert, ist erforderlich, Information und Wissen angemessen rezipieren und verarbeiten zu können. Das gilt für gesunde Bürgerinnen und Bürgern und es gilt auch im Krankheitsfall, weil dann jeder als Patient und Nutzer vor der Herausforderung steht, sich in einem hoch leistungsfähigen, aber zergliederten, unübersichtlich und intransparent gewordenen Versorgungssystem zurecht finden und möglichst aktiv an anstehenden Entscheidungen über die Diagnostik, Auswahl und den Ablauf der Behandlung mitwirken zu müssen. Dazu muss er mit gesundheitsrelevanter Information umgehen können oder anders formuliert – „Gesundheitskompetenz“ besitzen.

Definition von Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz stellt die freie Übersetzung des englischen Begriffs „Health Literacy“ dar. Semantisch und fachlich präziser wäre eine Übersetzung wie „gesundheitsbezogene Literalität“; doch ist sie zu sperrig, um sich in der Alltagssprache durchzusetzen. Behauptet hat sich der Begriff „Gesundheitskompetenz“. Er wird deshalb auch im Nationalen Aktionsplan verwendet. Der englische Begriff weist jedoch darauf, worum es im Kern geht, wenn von Gesundheitskompetenz die Rede ist. Gemeint ist nicht etwa die Fähigkeit, generell mit Gesundheitsfragen umgehen zu können, sondern – grob gesagt – in der Lage zu sein, gesundheitsrelevante Information erschließen, diese verstehen und handhaben zu können. Dies schließt literale Fähigkeiten ein, aber auch mehr, wie in der deutschen Übersetzung der vom European Health Literacy Consortium entwickelten Definition zum Ausdruck kommt:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al. 2012, S.3).

Danach liegen Gesundheitskompetenz basale Schreib-, Lese- und

Rechenfähigkeiten („Literalität“) zugrunde, die benötigt werden, um beispielsweise Dokumente wie Behandlungsinformationen oder Hinweise zur Medikamenteneinnahme in gedruckter oder elektronischer Form zu lesen und zu verstehen. Der Begriff ist aber absichtlich weit gefasst und schließt über Literalität hinaus auch die kognitiven und sozialen Fertigkeiten und Fähigkeiten eines Menschen ein, sich Zugang zu Informationen verschaffen und sie so verstehen und nutzen zu können, dass sie zur Förderung und zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen. Gesundheitskompetenz schließt zudem immer auch das Selbstvertrauen ein, im täglichen Leben angemessen gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können, setzt also „Selbstwirksamkeitsgefühl“ voraus.

Der relationale Charakter von Gesundheitskompetenz

In der einschlägigen Literatur wird betont, dass Gesundheitskompetenz als „relational“ zu verstehen ist. Gemeint ist, dass sie nicht allein auf den persönlichen Fähigkeiten eines Menschen beruht, sondern auch durch den sozialen und kulturellen Kontext geprägt wird, in denen Menschen sich aufhalten (Parker/Ratzan 2010).

Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz sollten deshalb sowohl auf die persönlichen Fähigkeiten der Informationsaufnahme und -verarbeitung zielen („individuelle Gesundheitskompetenz“) wie auch auf die Kontextbedingungen – beispielsweise darauf, das Gesundheitssystem nutzerfreundlicher und gesundheitskompetenter zu gestalten („systemische und organisatorische Gesundheitskompetenz“) (Dietscher/Pelikan 2017; Sheridan et al. 2011). So finden Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz es oft schwer, Informationen der Gesundheitsprofessionen zu verstehen und einzuschätzen. Das hat seine Ursache nicht allein in der Ausprägung der persönlichen Fähigkeiten, sondern vielfach auch in Schwierigkeiten der Gesundheitsprofessionen, sich inhaltlich und sprachlich auf ihre Klienten einzustellen und eine Verständigung herzustellen. Das wiederum kann auf strukturelle Bedingungen zurückzuführen sein, die eine verständliche Information und Kommunikation blockieren (etwa Zeitmangel), oder aber auf unzureichender kommunikativer Kompetenz. Sie verhindert, dass der richtige Kommunikationsstil für die jeweilige Zielgruppe gefunden und sie befähigt werden kann, Gesundheitsinformationen zu verstehen und vor allem: sie auch in gesundheitsförderliches Verhalten zu transferieren (Kripalani/Weiss 2006).

Ausrichtung des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“

Aus diesen Überlegungen heraus wurden in den letzten zehn Jahren in vielen Ländern Programme und Strategien erarbeitet, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. In etwa 60 Ländern der Welt existieren strategische Leitlinien oder sogar ausgearbeitete „Nationale Aktionspläne“. Auch Deutschland hat seit Anfang 2018 einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP)“ (Schaeffer et al. 2018). Er orientiert sich an den Vorbildern aus den USA (U.S. Department of Health and Human Services 2010), Australien (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2014), Kanada (Public Health Association of British Columbia 2012) und Schottland (The Scottish Government 2018), weist aber zugleich zahlreiche andere und neue Akzentsetzungen auf.

Der Aktionsplan für Deutschland wurde von einer unabhängigen Expertengruppe aus Wissenschaftlern und Praktikern erstellt. Er geht im Unterschied zu den erwähnten Plänen aus anderen Ländern nicht auf einen politischen Anstoß zurück, sondern ist das Ergebnis einer zivilgesellschaftlichen Initiative – eines Forschungsteams der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance in Berlin, das durch die Robert Bosch Stiftung und den Bundesverband der AOK unterstützt wurde. Die vier Herausgeber des NAP haben den Plan zusammen mit elf Expertinnen und Experten¹ aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, Forschungseinrichtungen und Gesundheitsorganisationen ausgearbeitet.

Die insgesamt fünfzehnköpfige Gruppe hat fast zwei Jahre lang die vorliegende Literatur zur Gesundheitskompetenz wie auch die in anderen Ländern existenten Strategien und Pläne analysiert und diskutiert und auf dieser Basis die Akzentsetzungen und Empfehlungen für den deutschen Aktionsplan erarbeitet.

Empirische Grundlagen des Plans

Eine wichtige Grundlage für den Aktionsplan bilden die für Deutschland vorliegenden Studien zur Ausprägung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung (ex. Jordan/Hoebel 2015; Zok 2014; Schaeffer et al. 2016). Als wichtigste Quelle wurde die repräsentative Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2016 herangezogen (HLS-GER, Schaeffer et al. 2016). Nach dieser Studie, die sich an der international abgestimmten methodischen Vorgehensweise des European Health Literacy Survey orientiert, hat über die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland – konkret 54,3 % – eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz, sieht sich also vor Schwierigkeiten gestellt, mit gesundheitsrelevanter Information umzugehen. Die Studie weist zugleich auf große Unterschiede nach Bildungsstand, Sozialstatus, Alter und Migrationshintergrund hin. So haben Menschen mit niedrigem Bildungsniveau mit 62 % häufiger eine eingeschränkte Health Literacy als die Allgemeinbevölkerung. Das gilt auch für Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (78 %), mit Migrationshintergrund (71 %) und im höheren Lebensalter ab 65 Jahren (66 %). Auch Menschen mit chronischer Erkrankung verfügen häufiger über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2016). Dies ist vor allem ein Hinweis auf die Schwierigkeiten, die das deutsche Gesundheitssystem mit seiner Komplexität für die Nutzer aufwirft. Weil Menschen mit chronischer Erkrankung krankheitsbedingt zu den intensiven Nutzern des Gesundheitssystems gehören, scheinen sie die Schwierigkeiten, die eine Nutzung mit sich bringt, besonders gut zu kennen und als schwerwiegender einzuschätzen als die Allgemeinbevölkerung (Schaeffer et al. 2017).

Die Studie bestätigt zudem Ergebnisse internationaler Untersuchungen: Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, haben einen ungesünderen Lebensstil und sind einem höheren Krankheitsrisiko ausgesetzt (Berkman et al. 2011; DeWalt et al. 2004; Nielsen-Bohlman et al. 2004). Ebenso nutzen sie das Versorgungssystem häufiger und sehen sich vor Schwierigkeiten gestellt, Therapiehinweise zu verstehen, fun-

¹: Die Herausgeber sind: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Prof. Dr. Ullrich Bauer, Dr. Kai Kolpatzik. Zu den weiteren Expertinnen und Experten gehören: Prof. Dr. Attila Altiner, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Prof. Dr. Michael Ewers, Susanne Jordan, Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Dr. Bernadette Klapper, Prof. Dr. Jürgen Pelikan, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. Alexander Schmidt-Gernig, Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Prof. Dr. Christiane Woopen.

dierte Entscheidungen über Präventions-, Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen zu treffen, konstruktiv an der Behandlung und Gesundheitserhaltung mitzuwirken oder sich adäquaten Zugang zum Gesundheitssystem zu verschaffen (Berkman et al. 2011; Berens et al. 2018; Nielsen-Bohlman et al. 2004). Auch aus diesen Befunden lässt sich ablesen, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe darstellt.

Ausgangüberlegungen für den Nationalen Aktionsplan

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz in Deutschland knüpft an diese empirischen Befunde an und verfolgt die Intention, ein Programm dafür vorzulegen, wie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland in den kommenden zehn Jahren verbessert werden kann. Verfolgt wird ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz, bei dem die Förderung von Gesundheitskompetenz nicht auf das Gesundheitssystem beschränkt ist. Vielmehr wird betont, dass Gesundheitskompetenz Sektoren, Ressorts, Organisationen und Professionen verbindet und deshalb in allen Teilen der Gesellschaft Engagement erfordert, ebenso die Zusammenarbeit vieler gesellschaftlicher Akteure.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die zunehmend komplexer werdenden Kontextbedingungen der Alltagsgestaltung gelegt, durch die es für viele Menschen eine große Herausforderung ist, sich gesundheitskompetent zu verhalten – besonders für jene, die sozial benachteiligt sind, einen niedrigen Bildungsgrad oder Migrationshintergrund aufweisen, sich im höheren Lebensalter befinden oder chronisch erkrankt sind. Daher wird zum Prinzip erklärt, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz zur Milderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und zur Verbesserung von Autonomie, Patientenzentrierung, Koproduktion, Partizipation und Teilhabe beitragen sollte. Der Plan folgt damit den Leitvorstellungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die zuletzt in ihrer Deklaration von Shanghai (WHO 2017) die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu einem der drei vorrangigen Ziele der Gesundheitspolitik erklärt hat.

Die Relevanz der Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans für die Versorgungsforschung

Den Kern des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz bilden 15 Empfehlungen in insgesamt vier Handlungsbereichen.

- Die fünf Empfehlungen des ersten Handlungsbereichs zielen auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in den alltäglichen Lebenswelten, wobei das Erziehungs- und Bildungssystem, Beruf und Arbeit, Konsum und Ernährung sowie die Bereiche Medien und Kommune gezielt mit einzelnen Empfehlungen angesprochen werden.
- Der zweite Handlungsbereich konzentriert sich auf das Gesundheitssystem und die gesundheitliche Versorgung. Empfohlen wird, die Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen der Versorgung zu verankern, die Navigation im Gesundheitssystem zu erleichtern, die Kommunikation und Information nutzerfreundlich zu gestalten und die Partizipation zu erleichtern und verbessern.
- Der dritte Handlungsbereich widmet sich dem Leben mit chronischer Erkrankung. Die vier Empfehlungen in diesem Bereich stellen auf die Ermöglichung einer gesundheitskompetenten Versorgung bei chronischer Krankheit ab, die Förderung eines ge-

sundheitskompetenten Umgangs mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen, die Verbesserung des Selbstmanagements von Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihren Familien sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz im Alltagsleben mit chronischer Erkrankung.

- Der vierte Handlungsbereich zielt auf die Forschung zur Gesundheitskompetenz und enthält folgende Empfehlung: „Gesundheitskompetenz systematisch erforschen“. Denn, so heißt es im Aktionsplan weiter: „Die Entstehung, Verbreitung und Förderung der Gesundheitskompetenz wurde in Deutschland – anders als etwa im anglo-amerikanischen Raum – bislang nur vereinzelt und noch nicht systematisch erforscht. Daher fehlen für viele Aspekte der Umsetzung noch ausreichende wissenschaftliche Grundlagen. Deshalb ist es notwendig, deutlich mehr als bisher in die Grundlagenforschung, die Bedarfserhebung, die Interventionsentwicklung und in die Evaluationsforschung zu investieren“ (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer und Kolpatzik 2018, S. 50).

Zur Umsetzung dieser Empfehlung werden im Aktionsplan konkrete Vorschläge gemacht. Einige davon werden im Folgenden dargestellt und unter der Perspektive diskutiert, welche Implikationen aus ihnen für die Versorgungsforschung erwachsen.

Regelmäßig Daten zur Gesundheitskompetenz in Deutschland nach Bevölkerungsgruppen und Regionen im Sinne eines Monitorings erheben

Um die Gesundheitskompetenz systematisch fördern zu können und eine geeignete Datenbasis für die Entwicklung von Strategien zur Förderung von Gesundheitskompetenz zu schaffen, ist es erforderlich, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht nur punktuell, sondern regelmäßig zu messen. Eine solche regelmäßige Messung ist ein entscheidender Baustein auf dem Weg zu einer gesundheitskompetenten Gesellschaft, ebenso zur Entwicklung evidenzbasierter Interventionen. Bisher fehlen jedoch regelmäßige repräsentative Erhebungen zur Ausprägung, zum Niveau und zum Profil der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. In den nächsten Jahren wird es deshalb wichtig sein, eine regelmäßige Erhebung der Gesundheitskompetenz zu ermöglichen.

Sie sollte die Untersuchung der Einflussfaktoren und Auswirkungen von Gesundheitskompetenz einschließen. Denn bislang fehlt es an vertiefenden Kenntnissen über die individuellen, organisationalen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren, die auf die Entwicklung von Gesundheitskompetenz einwirken. Erst durch die Schaffung entsprechender Datengrundlagen kann auch eine bedarfsorientierte Interventionsentwicklung ermöglicht werden.

Erste Schritte dazu wurden eingeleitet: Das Bundesministerium für Gesundheit hat seine Bereitschaft erklärt, die zweite repräsentative Befragung zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland unter Einsatz eines weiter entwickelten Fragebogens zu fördern. Sie wird Teil der Wiederholung des Europäischen Health Literacy Surveys sein. Die Erhebung soll im Jahr 2020 durchgeführt werden.

Forschung zur Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen intensivieren

Eine weitere Herausforderung besteht darin, die Forschung zur Gesundheitskompetenz einzelner Bevölkerungsgruppen zu intensivieren. Auch in Deutschland liegen dazu erste Untersuchungen vor, jedoch weitaus zu wenige. Daher ist es notwendig, weitere

Studien einzuleiten und sich dabei besonders auf die als vulnerabel identifizierten Gruppen – Menschen mit geringer Bildung und niedrigem Sozialstatus, Menschen mit Migrationshintergrund und im höheren Lebensalter, Menschen mit chronischer Krankheit – zu konzentrieren. Auch steht die Forschung vor der Herausforderung, anderen, ebenfalls bislang zu wenig beachteten Gruppen größere Aufmerksamkeit zu schenken – so etwa Kindern, Menschen mit Behinderung, mit kognitiven Einschränkungen oder mit einer anderen Muttersprache als der deutschen Sprache.

Denn differenzierte empirische Kenntnisse über die Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen wie auch über ihr Informationsverhalten sind nicht zuletzt deshalb wichtig, um zielgruppenspezifische Interventionen entwickeln zu können, die sich an den Besonderheiten, den Präferenzen und den lebensweltlichen Bedingungen der jeweiligen Adressatengruppe orientieren.

Auch dazu wurden erste Schritte eingeleitet: Im Rahmen der geplanten zweiten repräsentativen Erhebung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland soll eine Zusatzerhebung von Menschen mit russischem und türkischem Migrationshintergrund erfolgen. Auch die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen wird in einem interdisziplinären Forschungsverbund (HLCA) systematisch erforscht.

Vorliegende Erhebungsinstrumente weiterentwickeln und neue Instrumente zur Messung spezifischer Aspekte der Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen konzipieren

In den letzten Jahren hat es vielfältige Versuche gegeben, Messinstrumente zur Erfassung von Gesundheitskompetenz zu entwi-

ckeln und bestehende Erhebungsinstrumente methodisch weiterzuentwickeln und sie um wichtige Themen zu erweitern (zum Beispiel eHealth Literacy, Health Care Literacy). Diese Bemühungen sind auch in Deutschland künftig zu unterstützen.

Eine weitere Aufgabe besteht darin, Messinstrumente an die Besonderheiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen anzupassen. Auch dazu existieren verschiedene Initiativen, die ausgebaut werden sollten. Zudem ist empfehlenswert, die Entwicklung von Kurzinstrumenten zur Messung von Gesundheitskompetenz zu forcieren, die in etablierte, laufende administrative gesundheitsrelevante Datenerhebungen bzw. Berichterstattungen eingehen könnten. Beides könnte dazu beitragen, der Gesundheitspolitik die notwendigen Daten zu liefern, um Probleme im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz festzustellen bzw. die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen zu evaluieren (siehe auch Schaeffer/Pelikan 2017).

Forschung zur Gesundheitskompetenz von Organisationen und Professionen im Gesundheitssystem etablieren

Dieser Punkt ist unter Gesichtspunkten der Versorgungsforschung von besonderer Relevanz. Denn mit ihm wird auf die gegebenen strukturellen Bedingungen und die Frage abgehoben, wie Systeme und Organisationen beschaffen und welche Voraussetzungen seitens der Professionen erfüllt sein müssen, um die Gesundheitskompetenz wirksam fördern zu können. Dieses in Deutschland noch kaum bearbeitete Gebiet wird international als „Health Literate Care Systems“ oder „Health Literate Organizations“ bezeichnet und widmet sich der Frage, wie die Förderung von Gesundheitskompetenz strukturell verankert werden kann oder aber wie Organisationen (sei es Krankenhäuser,

Literatur

- Atlin, S./Stock, S. (2015): Health Literate Healthcare Organizations and their Role in Future Healthcare. In: The Journal of nursing care 2015, 4, 2: 1-3
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2014): Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality. Im Internet: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf>; Stand: 20.06.2018
- Berens, E.M./Vogt, D./Ganahl, K./Weishaar, H./Pelikan, J./Schaeffer, D. (2018): Health Literacy and Health Service Use in Germany. In: Health Literacy Research and Practice 2018, 2, 2: 115-122
- Berkman, N.D./Sheridan S.L./Donahue, K.E./Halpern, D.J./Crotty, K. (2011): Low health literacy and health outcomes. In: Ann Intern Med (Annals of Internal Medicine) 2011, 155, 2: 97-107
- Brach, C./Keller, D./Hernandez, L./Baur, C./Parker, R./Dreyer, B./Schyve, P./Lemerise, A./Schillinger, D. (2012): Ten attributes of health literate health care organizations. Washington DC: Institute of Medicine
- DeWalt, D.A./ Berkman, N.D./Sheridan, S./Lohr, K.N./Pignone, M.P. (2004): Literacy and health outcomes – a systematic review of the literature. In: Journal of general internal medicine 2004, 19, 12: 1228-1239
- Dietscher, C./ Pelikan, J. (2017): Health-literate hospitals and healthcare organizations Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer, D./ Pelikan, J. (Hrsg.) (2017): 303-313
- Kickbusch, I./Hartung S. (2015): Die Gesundheitsgesellschaft. Bern: Hans Huber
- Kripalani, S./Weiss, B. (2006): Teaching About Health Literacy and Clear Communication. In: Journal of General Internal Medicine 21: 888-890
- Jordan, S./Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2015, 58, 9: 942-950
- Nielsen-Bohman, L./Panzer, A. M./Kindig, D. A. (2004): Committee on Health Literacy. Health Literacy - a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press
- Parker, R./Ratzan S. (2010): Health Literacy: a second decade of distinction for Americans. In: Journal of Health Communication 2010, 12, 2: 20-33
- Public Health Association of British Columbia (2012): An Approach for Improving Health Literacy for Canadians. A Discussion Paper. Victoria: University of Victoria.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./ Kolpatzik, K. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart
- Schaeffer, D./Pelikan, J. (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland – eine repräsentative Erhebung in der Allgemeinbevölkerung (HLS-GER) In: Schaeffer, D./ Pelikan, J. (Hrsg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 129-143
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht 2016. Im Internet: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf; Stand: 20.06.2018
- Sheridan, S.L./Halpern, D.J./Viera, A.J./Berkman, N.D./Donahue, K.E./Crotty, K. (2011) Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. Journal of Health Communication: International Perspectives 16: 30-54.
- Sørensen, K./Van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health Literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 2012, 12
- Steinbicker, J. (2001): Soziale Ungleichheit in der Informations- und Wissensgesellschaft. Berliner Journal für Soziologie, 11, 4: 441-458
- The Scottish Government (2017): Making it Easier. A health literacy action plan for Scotland 2017-2025. Im Internet: <http://www.gov.scot/Publications/2017/11/3510/6>; Stand: 20.06.2018
- U.S. Department of Health and Human Services (2010): National Action Plan to Improve Health Literacy 2010. Im Internet: https://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf; Stand: 20.06.2018
- World Health Organization (2017): Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development 2016. Im Internet: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf>; Stand: 20.06.2018
- Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. In: WiDO Monitor 2014, 11: 1-12n



Arztpraxen, Pflegeheime) so weiter entwickelt werden können, dass sie den Erwerb von Gesundheitskompetenz unterstützen und stärken (Altin/Stock 2015; Brach et al. 2012; Dietscher/Pelikan 2017).

Generell ist die „organisationale Gesundheitskompetenz“ in der Forschung bisher nur wenig bearbeitet worden und sollte künftig höhere Beachtung finden. Unter anderem geht es dabei darum zu erforschen, wie die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem und in den Versorgungseinrichtungen erleichtert und wie Transparenz über die Funktionsweise und Qualität von Versorgungseinrichtungen sowie über die Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen der unterschiedlichen Kostenträger geschaffen werden kann. Auch geht es darum, angemessene Wege zu finden, um in allen Einrichtungen leicht zugängliche und verständliche Informationen und Beratung für die Nutzer zur Verfügung zu stellen – etwa durch Patientenleitsysteme und die Schaffung informationsfreundlicher Rahmenbedingungen. Darüber hinaus geht es um die Identifizierung von strukturellen Veränderungen, die die Partizipation von Patienten und Nutzern fördern. Bisher ist auch wenig erforscht, welche Wirkungen Veränderungen der Organisationskultur, des Führungsstils und der Personalpolitik in diesem Zusammenhang haben.

Weiterhin ist Forschung dazu notwendig, wie die Health Literacy der Professionals gestärkt werden kann. Gemeint sind alle Berufe, die mit der Vermittlung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsinformation befasst sind. Dazu gehören die Gesundheitsprofessionen (u.a. Ärzte, Pflegende, therapeutische Gesundheitsberufe), aber auch professionelle Akteure aus dem Bildungswesen wie Lehrer und Weiterbildungsexperten. Zu fragen ist u.a., wie sie für das Thema Gesundheitskompetenz sensibilisiert werden können, wie es um ihre Kommunikationskompetenz und wie es um ihre Kompetenz zur Informationsvermittlung bestellt ist und wie diese nachhaltig und alltagstauglich gefördert werden kann.

Den Ausbau der Implementations- und Evaluationsforschung vorantreiben

Von großer Bedeutung wird es künftig sein, die Forschung zur

Interventionsentwicklung und -evaluation zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu forcieren, um evidenzbasierte Interventionen und Best-Practice-Modelle entwickeln zu können. Angesichts der hohen Eigendynamik auf diesem Gebiet – speziell im Bereich der digitalen Medien – kann die Wichtigkeit der Entwicklung evidenzbasierter Interventionen, die auf den Erkenntnissen der vorliegenden Untersuchungen über Health Literacy aufbauen, nicht deutlich genug unterstrichen werden.

Aus dem gleichen Grund ist erforderlich, die Forschung zur Implementation und Evaluation von Interventionen zu stärken. Denn aktuell werden nicht selten Interventionen entwickelt und umgesetzt, ohne die Implementationsbedingungen genau zu kennen und ohne von Beginn an Evaluationen mitzudenken und zu planen, so dass kein systematischer Erkenntnis- und Wissenszuwachs erfolgen kann und einmal gemachte Fehler immer neu wiederholt werden. Allein unter Ressourcengesichtspunkten ist es wichtig, hier ein Umdenken einzuleiten.

Partizipative Forschung fördern, damit Interventionen den Präferenzen und lebensweltlichen Bedingungen der Adressaten entsprechen

Partizipation ist für einen selbstbestimmten Umgang mit Gesundheits Herausforderungen essenziell, ebenso für den Erfolg von Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Mit Blick auf die Forschung bedeutet dies, Adressaten entsprechender Maßnahmen verstärkt in Studien – besonders zur Interventionsentwicklung – einzubeziehen. „User-Involvement“ in die Interventionsentwicklung und auch die dazu nötige Forschung trägt – wie vorliegende Erfahrungen zeigen – dazu bei, dass Interventionen den Bedürfnissen, Interessen und Präferenzen der anvisierten Adressaten-/Nutzergruppen entsprechen und auf Akzeptanz und Zuspruch stoßen.

Gleichzeitig ist erforderlich, in der (Versorgungs-)Forschung den Voraussetzungen für die Realisierung von Partizipation und Teilhabe mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Nicht selten wird die Ermöglichung von Mitbestimmung und Selbstbestimmung im Versorgungs-

system schlicht postuliert, ohne zu beachten, welche Bedingungen dazu in der Praxis gegeben sein müssen. So reicht es beispielsweise nicht, allein zu fordern, das Votum von Patienten in allen Phasen des Behandlungs- und Versorgungsprozesses zu berücksichtigen („Keine Entscheidung über mich ohne mich“); vielmehr ist notwendig, auch die dazu nötigen Bedingungen systematisch zu untersuchen und umzusetzen, ebenso die Effekte zu untersuchen.

Schlussbemerkung

Insgesamt zeigen die Ausführungen, wie wichtig die Intensivierung der Forschung – auch und besonders der Versorgungsforschung – über Gesundheitskompetenz sind. Zwar haben auch in den deutschsprachigen Ländern mit einiger zeitlicher Verzögerung die Forschungsaktivitäten zur Gesundheitskompetenz² zugenommen. Doch in der Summe betrachtet ist das Wissen über viele Aspekte von Health Literacy hierzulande noch zu gering und zugleich fehlt es an hinreichenden Fördermitteln für Studien. Beides sollte rasch verändert werden. <<

2: Von der AG Gesundheitskompetenz des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung wird aktuell ein Memorandum zum Thema Gesundheitskompetenz erarbeitet, indem ebenfalls bestehende Forschungslücken aufgezeigt werden.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

The National Action Plan Health Literacy – relevance for health services research

Studies on health literacy of the population show that large parts of the population possess low health literacy levels. National strategies and action plans to promote health literacy have been developed in many countries to address these results. Following these examples, a National Action Plan on Health Literacy was also developed for Germany. 15 experts were involved in the two-year development process. Based on an analysis of available literature on health literacy and existing action plans, the concept, objectives and priorities of the action plan were defined and recommendations were developed. The National Action Plan on Health Literacy formulates recommendations for the fields of living environments, the healthcare system, chronic illness, and research. The recommendation to develop and expand health literacy research is presented and explained in this paper. It is shown that the National Action Plan can also be read as an agenda for new approaches and topics in health services research.

Keywords

health literacy, national action plan, Germany

Zitationshinweis

Schaeffer et al.: „Der ‚Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz‘ – Relevanz für die Versorgungsforschung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 53-58, doi: 10.24945/MVF.0418.1866-0533.2091

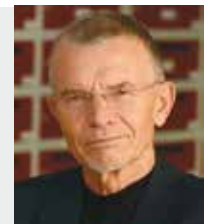
Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer

ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Sie studierte Soziologie und Erziehungswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und an der Freien Universität Berlin. Sie war u.a. am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der Arbeitsgruppe „Public Health“ tätig.
Kontakt: Doris.Schaeffer@uni-bielefeld.de



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Hurrelmann

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



Dr. PH Dominique Vogt

ist Gesundheitswissenschaftlerin an der Hertie School of Governance und wissenschaftliche Geschäftsführung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance in Berlin. Sie hat an der Universität Bielefeld Public Health studiert und war dort auch als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland tätig.
Kontakt: Vogt@hertie-school.org



Svea Gille M.Sc. PH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und an der Hertie School of Governance in Berlin. Sie hat an der Universität Bielefeld Public Health studiert.
Kontakt: Svea.Gille@uni-bielefeld.de



Josephine Jacob M.Sc Epid. B.Sc EPH
Dr. med. Jochen Walker
Lenkungs-gremium des MICADO-Selektivvertrags¹

Kosten- und Mengeneffekte des MICADO-Selektivvertrags

Die Entwicklung neuer Operationsverfahren, medizin- und narkosetechnische Fortschritte sowie der Aufbau integrativer Versorgungsstrukturen ermöglichen es, operative Eingriffe in zunehmendem Maße ambulant durchzuführen. Gegenüber stationären Eingriffen bieten ambulante Operationen zahlreiche Vorteile: Einsparungen in Personal- und Krankenhauskosten, eine patientengerechtere Behandlung (z.B. durch eine geringere psychische Belastung insbesondere bei Kindern und älteren Patienten), die Möglichkeit einer flexibleren Zeitplanung sowie ein geringeres Risiko nosokomialer Infektionen (Castoro et al. 2007; Lemos et al. 2009; Shnaider & Chung 2006; Standl & Lussi 2012). Der zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossene Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag) ermöglicht Versicherten eine ambulante Durchführung ausgewählter Operationen. Trotz dieser kollektivvertraglichen Option liegt der Anteil ambulanter Operationen in Deutschland mit ca. 37% deutlich hinter Ländern wie z.B. den USA, Kanada oder Skandinavien, in denen bereits rund 50-90% aller operativen Eingriffe ambulant durchgeführt werden (Toftgaard 2003). Ursachen für den geringen Anteil ambulanter Operationen könnte die von den niedergelassenen Leistungserbringern (klinisch ausgebildete Fachärzte) als zu gering empfundene Vergütung oder fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für diese Operationen der Regelversorgung sein.

>> Mit dem MICADO-Selektivvertrag wurde die Möglichkeit geschaffen, dass sich Versicherte teilnehmender Krankenkassen bei ausgewählten Operationen ambulant/stationersetzend oder stationär operieren lassen. Die Vergütung erfolgt dabei unabhängig vom Sektor der Leistungserbringung über eigene Fallpauschalen. Neben Operationen, die in der Regelversorgung sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, ermöglicht der Vertrag auch die Durchführung von Operationen im ambulanten Bereich, die in der Regelversorgung nur stationär adäquat vergütet werden. So ergibt sich durch den Selektivvertrag beispielsweise die Möglichkeit, neue Verfahren im Bereich der Varizenoperationen ambulant durchzuführen, die in der Regelversorgung noch nicht im ambulanten Bereich abgerechnet werden können (z.B. die Radiofrequenzablation; Gohel & Davies 2009; Rasmussen et al. 2011). Der Katalog der durch den Selektivvertrag abgedeckten Eingriffe umfasst über 12.000 operative Prozeduren diverser Fachbereiche. Die Fallpauschalen liegen dabei in der Regel über der Vergütung des ambulanten Operierens nach § 115b und unter der Vergütung stationärer Operationen.

Zusammenfassung

Trotz rechtlicher Rahmenbedingung durch den Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag) ist der Anteil ambulanter Operationen in Deutschland im internationalen Vergleich gering. Mit dem MICADO-Selektivvertrag wurden – durch Erweiterung des Operationsspektrums und eine bessere Vergütung – zusätzliche Möglichkeiten für ambulante/stationersetzende Operationen geschaffen. Die vorliegende Studie untersucht, ob diese Option für die gesetzliche Krankenversicherung wirtschaftlich ist, oder ob es angebotsinduziert zu einer Zunahme der Operationstätigkeit kommt. Auf Basis von Routinedaten der teilnehmenden Krankenkassen wurden Operationen des MICADO-Vertrags mit gleichwertigen Operationen der Regelversorgung verglichen. Unter Kontrolle konfundierender Faktoren (z.B. Alter und Morbiditätslast) wurden mittels Regressionsanalysen Kosten- und Mengeneffekte bestimmt. Trotz einer geringfügigen Mengenausweitung (7%) zeigten die im Rahmen des Selektivvertrags durchgeführten Operationen gegenüber der Regelversorgung einen Kostenvorteil (ca. 3.050.000 Euro bei einer Million Versicherten). Operationen des Selektivvertrags scheinen also eine stationersetzende Wirkung zu entfalten und führen dadurch zu Kosteneinsparungen für die Krankenkassen.

Schlüsselwörter

MICADO-Selektivvertrag, ambulantes Operieren, Fallpauschalen, angebotsinduzierte Mengenausweitung

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2092

Der Selektivvertrag bietet dadurch insbesondere niedergelassenen Fachärzten die Möglichkeit, außerhalb des KV-Spektrums und des Vertrages nach § 115b zu operieren und eine angemessene Vergütung zu erzielen.

Gesundheitsökonomisch scheint eine Ausweitung des ambulanten und stationersetzenden Operierens für viele Indikationen sinnvoll, sofern es hierbei nicht zu einer deutlichen Mengenausweitung kommt, die die Gesamtkosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erhöhen würde. Die vorliegende Studie untersucht, ob sich der MICADO-Selektivvertrag gesundheitsökonomisch rentiert, d.h. ob es im Rahmen des Vertrags zu Kosteneinsparungen für die GKV kommt, oder ob eine angebotsinduzierte Mengenausweitung möglichen Kosteneinsparungen entgegenwirkt (cf. Labelle et al. 1994). Dafür wurden die durchschnittlichen Kosten von Operationen, die im Rahmen des MICADO-Selektivvertrags durchgeführt wurden, mit gleichwertigen Operationen der Regelversorgung in einem perioperativen Zeitraum von 30 Tagen vor bis 183 Tagen nach der Operation verglichen. Außerdem wurde die Operationswahrscheinlichkeit modelliert, um zu untersuchen, ob es zu einer Mengenausweitung der im Rahmen des MICADO-Selektivvertrags durchgeführten Operationen kommt, d.h. ob die durch den Vertrag geschaffenen verbesserten Abrechnungsmöglichkeiten zu einer Erhöhung der Operationstätigkeit führen.

Methode

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden Kosten und Mengen von Operationen im Rahmen des MICADO-Selektivvertrags mit ambulanten und stationären Operationen der Regelversorgung nach § 115b verglichen. Neben der Gesamtheit aller Operationen wurden die Kosten- und Mengeneffekte getrennt für Varizenoperationen und Arthroskopien – zwei typische Verfahren im Rahmen des MICADO-Vertrags – betrachtet.

Der Studie liegen Leistungsdaten (Routinedaten) von 42 am MICADO-Vertrag teilnehmenden Krankenkassen zu Grunde. Alle Analysen wurden mit SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) durchgeführt.

Kosteneffekte

Zur Analyse der Kosteneffekte wurden Versicherte in die Studienpopulation eingeschlossen, die zwischen dem 1. Januar 2015 und dem 30. Juni 2016 im Rahmen des MICADO-Vertrags operiert wurden. Es wurden außerdem zwei Vergleichsgruppen ambulant und stationär operierter Versicherten gebildet, die im gleichen Zeitraum nach § 115b SGB V mit einem Verfahren operiert wurden, das auch

mindestens einmal innerhalb des MICADO-Vertrags durchgeführt wurde (abgebildet über OPS-Codes). Für die Versicherten der Vergleichsgruppen wurde weiterhin gefordert, dass während der Operation (d.h. im ambulanten Bereich im gleichen Quartalsfall und im stationären Bereich im gleichen Krankenhausfall) mindestens eine Diagnose dokumentiert wurde, die auch bei mindestens einem MICADO-Fall in Kombination mit dem jeweiligen OPS-Code abge-

Kennzahlen auf Patientenebene	
MICADO-Fall	Operationsfall, der im Rahmen des MICADO-Vertrags abgerechnet wurde
Ambulante Operation nach § 115 SGB V	Operationsfall, der als ambulante Operation bzw. stationärsersetzender Eingriff nach § 115 SGB V durchgeführt wurde
Stationäre Operation	Operationsfall, der als vollstationärer Eingriff durchgeführt wurde
Durchgeführte Operation	Anhand der dokumentierten OPS-Codes wird zwischen verschiedenen Operationen unterschieden (z.B. 5-385: Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen)
Operationsgrund	ICD-10-Code, der innerhalb des ambulanten Behandlungsfalls bzw. innerhalb des stationären Behandlungsfalls dokumentiert wurde
Wohnort	Wohnort (Kreisgemeindegemeinschaftsschlüssel) des Versicherten
Alter	Alter des Versicherten
Geschlecht	Geschlecht des Versicherten
Versichertenstatus	Versichertenstatus des Versicherten (familienversichert, regulär, Rentner)
Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe	Summe aller unterschiedlichen Wirkstoffe, die ein Versicherter im versichertenindividuellen Vorbeobachtungszeitraum verschrieben bekommen hat (basierend auf ATC-Codes, z.B. C09BA01)
Gesamtleistungskosten	Summe der ambulanten und stationären Leistungskosten und Arzneimittelkosten im Vorbeobachtungszeitraum.
Charlson-Komorbiditätsindex	Charlson-Komorbiditätsindex (Charlson et al. 1987; Quan et al. 2015), berechnet anhand aller ambulant gesicherten sowie stationären Haupt- und Nebendiagnosen im Vorbeobachtungszeitraum
Anzahl Arztbesuche	Summe aller dokumentierten Quartalsfälle je Versichertem im Vorbeobachtungszeitraum
Anzahl Krankenhausfälle	Summe aller vor-, teil- und vorstationären Behandlungsfälle je Versichertem im Vorbeobachtungszeitraum
Anzahl Krankenhaustage	Summe aller Tage im Krankenhaus aufgrund eines vor-, teil- oder vorstationären Behandlungsfalles im Vorbeobachtungszeitraum
NYHA-Stadium (Links- und Rechtsherzinsuffizienz)	höchstes NYHA-Stadium im Vorbeobachtungszeitraum (NYHA Stadium IV: I50.14, I50.05; NYHA Stadium III: I50.13, I50.04; NYHA Stadium II: I50.12, I50.03; NYHA Stadium I: I50.11, I50.02; Unspezifische Herzinsuffizienz: I50.19, I50.9, I11.0, I13.0, I13.2, I50.00, I50.01)
COPD-Stadium	höchstes COPD-Stadium im Vorbeobachtungszeitraum (COPD-GOLD-4: J44.00 / J44.10 / J44.80 / J44.90; COPD-GOLD-3: J44.01 / J44.11 / J44.81 / J44.91; COPD-GOLD-2: J44.02 / J44.12 / J44.82 / J44.92; COPD-GOLD-1: J44.03 / J44.13 / J44.83 / J44.93; unspezifisch: J44.09 / J44.19 / J44.89 / J44.99)
Niereninsuffizienz-Stadium	höchstes Niereninsuffizienz-Stadium im Vorbeobachtungszeitraum (Stadium V: N185; Stadium IV: N184; Stadium III: N183; Stadium II: N182; Stadium I: N181; unspezifische chronische Niereninsuffizienz: N188, N189)
Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit	Definition über ambulant gesicherte und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen sowie über EBM-Ziffern oder Entlassungsgrund im Krankenhaus im Vorbeobachtungszeitraum (ICD-Codes: M625 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert; M6230 Immobilitätssyndrom (paraplegisch) – mehrere Lokalisationen; R15 Stuhlinkontinenz; R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz; R32 Schmerzen beim Wasserlassen; R54 Senilität; R634 Abnorme Gewichtsabnahme; Z74 Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit; F00 Demenz bei Alzheimerkrankheit; F01 Vaskuläre Demenz; F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; F03 Nicht näher bezeichnete Demenz; EBM-Ziffern: 01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt; 14314 Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen; 16231 Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer neurologischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen; 21231 Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen; Entlassungsgrund 10 oder 11: Entlassung in ein Pflegeheim oder ein Hospiz aus dem Krankenhaus)
Kennzahlen auf Kreisebene	
Anzahl MICADO-Ärzte gesamt (niedergelassen und im Krankenhaus) im Kreis	Anzahl MICADO-Ärzte (ambulant oder institutionell tätig) je 1.000 Versicherte auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.

Tab. 1: Variablen der multivariaten Gamma-Regression zur Modellierung der adjustierten Kosten. Die gleichen Variablen wurden zur Modellierung der Mengeneffekte in einem logistischen Mehrebenenmodell verwendet, wobei Kennzahlen auf Patientenebene und auf Kreisebene modelliert wurden. Legende: ATC: Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem; COPD: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease); EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; ICD: International Classification of Diseases; NYHA: New York Heart Association; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel; SGB: Sozialgesetzbuch.

rechnet wurde. Weiteres Einschlusskriterium für die Versicherten der Studienpopulation (MICADO und Vergleichsgruppen) war eine durchgehende Beobachtbarkeit in den 365 Tagen vor bis 183 Tagen nach der Operation (bzw. bis zum Tod).

Die drei Versichertengruppen (MICADO, ambulant, stationär) wurden in Bezug auf demografische Merkmale (Alter, Geschlecht), Morbiditätslast (Charlson-Komorbiditätsindex, Gebrechlichkeit) und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Medikamenten-Verordnungen, Krankenhaustage, ambulante Behandlungsfälle, Kosten) deskriptiv miteinander verglichen. Zur Analyse von Kostenunterschieden wurden für jede der drei Gruppen die Gesamtkosten aus Sicht der GKV im perioperativen Zeitraum von 30 Tagen vor bis 183 Tagen nach der Operation mittels einer multivariaten Gamma-Regression modelliert. Die modellierten Kosten wurden um potenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen (z.B. Alter, Geschlecht oder Morbiditätslast) bereinigt, indem diese als Kontrollvariablen in das Modell eingeschlossen wurden (1). Die Variablen wurden im patientenindividuellen Vorbeobachtungszeitraum 365 bis 30 Tage vor der Operation gebildet.

Es wurden sowohl die Gesamtkosten aller Operationen, als auch die Gesamtkosten von Varizenoperationen und Arthroskopien einzeln modelliert (Tab. 1).

Mengeneffekte

Zur Analyse der Mengeneffekte wurden zunächst alle Versicherten der an MICADO beteiligten Krankenkassen im Jahr 2015 identifiziert (N=4.452.510). Um den datenanalytischen Rechenaufwand überschaubar zu halten, wurde aus diesen eine zufällige Stichprobe ausgewählt (N=1.285.736). Die Versicherten wurden vom 1. Januar 2015 bis zum 30. Juni 2016 beobachtet. Es wurde außerdem gefordert, dass die Versicherten in diesem Zeitraum (bzw. bis zum Tod) sowie in einem Vorbeobachtungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014 durchgehend beobachtbar waren.

Die Operationswahrscheinlichkeit (MICADO, ambulant, stationär) wurde mit Hilfe eines logistischen Mehrebenenmodells ermittelt (Diez-Roux 2000). Es wurden zwei Ebenen berücksichtigt: auf der ersten Ebene wurden patientenindividuelle Charakteristika modelliert (z.B. Alter und Geschlecht); auf der zweiten Ebene wurden kontextuale Faktoren des Wohnorts der Versicherten auf Kreisebene modelliert (Anzahl niedergelassener MICADO-Ärzte). Die im Modell eingeschlossenen Variablen entsprechen denen der Kostenanalyse (1) und wurden im Vorbeobachtungszeitraum (2014) gebildet.

Die Operationswahrscheinlichkeiten wurden mittels Odds-Ratios ermittelt. Um aus einer möglichen Mengenausweitung resultierende Kostenveränderung zu bestimmen, wurden die Operationswahrscheinlichkeiten mit den vorher bestimmten Kosteneffekten verrechnet und die Kosteneinsparungen (oder -zunahmen) pro Versichertem bestimmt. Die resultierenden Kostendifferenzen wurden dann auf ein Versichertenkollektiv von einer Million Patienten extrapoliert. Wie bei der Kostenanalyse wurde die Gesamtmenge aller Operationen sowie

Auswahl der Patienten für die Kostenanalyse	
Einschlusskriterium	N
Operationsfälle zwischen 01.01.2015 und 30.06.2016	490.560
davon durchgehend beobachtbar in vier Quartalen vor der Operation	464.644
davon durchgehend beobachtbar im Operationsquartal und in den folgenden zwei Quartalen oder bis zum Tod	450.696
• im ambulanten Sektor operiert	234.753
• im stationären Sektor operiert	202.811
• im Rahmen des MICADO-Vertrags operiert	13.132

Tab. 2: Auswahl der Patienten für die Kostenanalyse.

Varizenoperationen und Arthroskopien einzeln betrachtet (Tab. 2).

Ergebnisse

Kosteneffekte

Es wurden 13.132 Versicherte identifiziert, die im Rahmen des MICADO-Vertrags zwischen dem 1. Januar 2015 und 30. Juni 2016 operiert wurden (ambulant: 234.753; stationär: 202.811; siehe 2). Dabei waren Varizenoperationen (39,7%), Arthroskopien (14,1%) und Operationen der Nase (11,1%) die am häufigsten durchgeführten Eingriffe. Tabelle 3 zeigt Patientencharakteristika der drei Gruppen (MICADO, ambulant, stationär). Vor allem die Gruppe der stationär operierten Patienten unterscheidet sich durch ein höheres Alter, eine höhere Morbiditätslast sowie höhere Kosten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von den anderen beiden Gruppen.

Tabelle 4 zeigt die durchschnittlichen adjustierten Kosten der multivariaten Gamma-Regression im perioperativen Zeitraum (30 Tage vor bis 183 Tage nach der Operation) jeweils für alle durchgeführten Operationen sowie für Varizenoperationen und Arthroskopien getrennt. Stationäre Operationen verursachten die höchsten Kosten, gefolgt von MICADO-Eingriffen und ambulanten Operationen. Die Einsparungen der MICADO-Operationen gegenüber stationären Operationen der Regelversorgung reichten dabei von 970 Euro für Varizenoperationen über 1.953 Euro für Arthroskopien bis zu 2.402 Euro in der Gesamtbetrachtung aller Operationen. Gegenüber ambulanten Operationen der Regelversorgung waren MICADO-Ope-

	Mittelwerte (und Standardabweichungen) der Patientencharakteristika				
	MICADO	ambulant	stationär	SMD (MICADO - ambulant)	SMD (MICADO - stationär)
Alter	49,8 (17,2)	48,0 (20,7)	54,4 (20)	8,5	23,3
Männer (%)	45,4 (0,4)	49,8 (0,1)	50,8 (0,1)	8,7	10,9
Gebrechlich (%)	22,1 (0,4)	28,4 (0,1)	44,2 (0,1)	14,0	44,9
Charlson-Index	0,9 (1,4)	1,0 (1,7)	1,6 (2,3)	6,1	33,4
Verordnungen	6,0 (5,9)	6,0 (6,4)	8,9 (9,5)	0,1	31,4
Krankenhaustage	1,2 (6)	1,6 (7,9)	4,9 (16,1)	5,7	23,8
Gesamtkosten (Euro)	1.987 (3.581)	2.003 (5.372)	4.310 (12.115)	0,3	19,7
Ambulante Behandlungsfälle	9,9 (5,6)	9,2 (5,5)	10,2 (6)	11,3	6,0

Tab. 3: Mittelwerte (und Standardabweichungen) der Patientencharakteristika (MICADO, ambulant, stationär).

rationen teurer (Varizenoperationen: 1.163 Euro; Arthroskopien: 1.391 Euro; Gesamt: 1.139 Euro) (Tab. 4).

Durchschnittliche Kosten (und 95%-Konfidenzintervalle)			
	MICADO	ambulant	stationär
Varizen	2.643 (2.572-2.717)	1.480 (1.446-1.514)	3.613 (3.517-3.711)
Arthroskopien	3.499 (3.370-3.633)	2.108 (2.075-2.142)	5.452 (5.361-5.544)
Gesamt	2.572 (2.529-2.616)	1.433 (1.419-1.447)	4.974 (4.920-5.029)

Tab. 4: Durchschnittliche Kosten (und 95%-Konfidenzintervalle) in Euro im perioperativen Zeitraum (30 Tage vor bis 183 Tage nach Operation).

Mengeneffekte

Für die Mengenanalyse wurden 1.101.618 Versicherte betrachtet (Tab. 5).

Auswahl der Patienten für die Mengenanalyse	
Einschlusskriterium	N
Versicherte der an der Evaluation teilnehmenden Kassen im Jahr 2015	4.452.510
davon Versicherte, die Teil eines zufällig ausgewählten Subsets aus der Grundpopulation der Versicherten der beteiligten Kassen waren	1.285.736
davon Versicherte, die am 01.01.2015 bei einer der beteiligten Kassen versichert waren	1.228.618
davon Versicherte, die in 2014 voll beobachtbar waren	1.145.241
davon Versicherte, die im Nachbeobachtungszeitraum bis zum 30.06.2016 oder bis zum Tod voll beobachtbar waren	1.101.618

Tab. 5: Auswahl der Patienten für die Mengenanalyse.

Tabelle 6 zeigt Häufigkeiten der Operationen, Odds-Ratios, Kosten sowie Kostendifferenzen pro Versichertem. In der Gesamtbetrachtung aller Operationen kommt es zu einer geringfügigen Mengenausweitung durch MICADO (unterhalb der statistischen Signifikanz), wobei die Wahrscheinlichkeit einer MICADO-Operation um etwa 7 % (Odds-Ratio: 1,071; 95%-KI: 0,966-1,152) je MICADO-Leistungserbringer mehr je 1.000 Einwohnern steigt. Gleichzeitig sinkt das Risiko, eine stationäre Operation zu erhalten (Odds-Ratio: 0,985; 95%-KI: 0,971-0,999). Ein ähnliches Muster lässt sich bei Varizenoperationen und Arthroskopien beobachten.

Durch die Abnahme der teureren stationären Operationen reduzieren sich die Gesamtkosten durch den MICADO-Vertrag um 3,05 Euro pro Versichertem. Hochgerechnet auf eine Million Versicherte ergeben sich dadurch Einsparungen von etwa 3.050.000 Euro (Tab. 6).

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, ob sich der MICADO-Selektivvertrag gesundheitsökonomisch rentiert, oder ob eine angebotsinduzierte Zunahme der Operationstätigkeit zusätzliche Kosten aus Sicht der GKV verursacht. Dafür wurden auf Basis von Routinedaten Kosten und Häufigkeiten von Operationen des MICADO-Vertrags mit Operationen der Regelversorgung verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass durch den MICADO-Vertrag deutliche Ko-

steneinsparungen erzielt werden können. Die Kosteneinsparungen scheinen sich dabei vor allem aus einer Verlagerung stationärer Operationen in den MICADO-Vertrag zu ergeben. Obwohl es zu einer Zunahme von MICADO-Operationen kommt und diese höher vergütet werden als ambulante Operationen, wirkt sich die Abnahme der teureren stationären Operationen positiv auf die Kostenbilanz aus. Die Durchführung von Operationen im Rahmen des MICADO-Selektivvertrags scheint daher gesundheitsökonomisch sinnvoll.

Die Ergebnisse wurden auf Basis einer retrospektiven Beobachtungsstudie anhand von Routinedaten gewonnen. Um konfundierende Faktoren wie Alter, Geschlecht, Wohnort oder Komorbiditäten zu kontrollieren, wurden diese als Kontrollvariablen in der Regressionsanalyse modelliert. Ein potenzieller Einfluss zusätzlicher, nicht im multivariaten Modell berücksichtigten Faktoren kann jedoch nicht komplett ausgeschlossen werden. Beispielsweise könnte es

Durchschnittliche Kosten (und 95%-Konfidenzintervalle)			
	MICADO	ambulant	stationär
Varizen			
Häufigkeit	0,1 %	0,4 %	0,2 %
Odds-Ratio (95%-KI)	1,029 (1,029-1,030)	1,020 (1,019-1,020)	0,963 (0,962-0,964)
Kosten	2.643 Euro	1.480 Euro	3.613 Euro
Kostendifferenz pro Versichertem je Sektor	0,11 Euro	0,11 Euro	-0,27 Euro
Kostendifferenz pro Versichertem gesamt	-0,05 Euro	-0,05 Euro	-0,05 Euro
Arthroskopien			
Häufigkeit	0,1 %	0,7 %	0,7 %
Odds-Ratio (95%-KI)	1,082 (1,081-1,083)	0,986 (0,985-0,986)	0,975 (0,974-0,975)
Kosten	3.499 Euro	2.108 Euro	5.452 Euro
Kostendifferenz pro Versichertem je Sektor	0,15 Euro	-0,22 Euro	-0,98 Euro
Kostendifferenz pro Versichertem gesamt	-1,04 Euro	-1,04 Euro	-1,04 Euro
Gesamt			
Häufigkeit	0,4%	5,6%	5,9%
Odds-Ratio (95%-KI)	1,071 (0,996-1,152)	1,010 (0,992-1,028)	0,985 (0,971-0,999)
Kosten	2.572 Euro	1.433 Euro	4.974 Euro
Kostendifferenz pro Versichertem je Sektor	0,62 Euro	0,77 Euro	-4,44 Euro
Kostendifferenz pro Versichertem gesamt	-3,05 Euro	-3,05 Euro	-3,05 Euro

Tab. 6: Ergebnisse der Mengenanalyse (Zeitraum 30 Tage vor bis 183 Tage nach Operation). Dargestellt sind die Häufigkeiten der Operationen in der Gesamtpopulation der Versicherten, Odds-Ratios, Kosten sowie die Kostendifferenz pro Versichertem.

eine Risikoselektion der beteiligten Fachärzte geben, in deren Folge Patienten mit einem erhöhten Risiko für mögliche Komplikationen eher von ambulanten Operationen ausgeschlossen werden, und die Probanden der Interventionsgruppe dadurch tendenziell gesünder sind als Patienten der Kontrollgruppe. Für eine solche Risikoselektion spricht, dass Versicherte mit Operationen im Rahmen des Selektivvertrags im Durchschnitt jünger sind als Versicherte, die stationär operiert wurden.

Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Studie wurde der MICADO-Selektivvertrag, der eine fallbezogene Vergütung für ambulante/stationärsersetzende und stationäre Operationen ermöglicht, in Bezug auf seine Wirtschaftlichkeit (Kosten- und Mengeneffekte) untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Operationen im Rahmen des Vertrags – trotz einer angebotsinduzierten Zunahme von Operationen – eine stationärsersetzende Wirkung entfalten und zu einer Abnahme der Kosten aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung führen. <<

Autorenerklärung/Anmerkung¹

Es liegen keine Konflikte vor. Die Autorenschaft wird ergänzt um das Lenkungs-gremium des MICADO-Selektivvertrags, dem Vertreter folgender Krankenkassen angehören: BKK GILDEMEISTER SEIDENSTIKKER, Continentale BKK, NOVITAS BKK, pronova BKK, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse

Cost and volume effects of a case-based compensation model for ambulatory surgery

Despite legal regulations supporting ambulatory surgical procedures, the proportion of ambulatory operations in Germany is low compared with other countries. A new contract (MICADO) creates additional incentives for ambulatory surgery by extending the catalog of possible procedures and by providing a higher, case-based compensation. We evaluated whether this option is cost-effective (from the perspective of health insurance companies) or whether operation quantity increases. Based on claims data from participating health insurance companies, we compared surgical procedures performed as part of the contract with equivalent procedures from the standard care program. Controlling for possible confounders (e.g., age, sex or comorbidities), operation cost and quantity differences were modelled using regression analyses. Despite an increase in operation quantities, surgeries performed under the contract showed a significant cost advantage in comparison with operations from the standard health care program (approx. 3.050.000 Euro for 1 Mio. insureds). Our results indicate that surgeries performed under the contract can replace inpatient treatment, thus saving costs for health insurance companies.

Keywords

MICADO contract, ambulatory surgery, supplier-induced demand

Literatur

- Castoro, Carlo, Bertinato, Luigi, Baccaglioni, Ugo, Drace, Christina A., & McKee, Martin. (2007). Policy Brief – Day surgery: making it happen. World Health Organization European Region and the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gohel, M. S., & Davies, A. H. (2009). Radiofrequency ablation for uncomplicated varicose veins. *Phlebology / Venous Forum of the Royal Society of Medicine*, 24 Suppl 1, 42–49. <https://doi.org/10.1258/phleb.2009.09s005>
- Labelle, R., Stoddart, G., & Rice, T. (1994). A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics*, 13(3), 347–368. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(94\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0167-6296(94)90036-1)
- Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., & Nunes, C. S. (2009). Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21(3), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2008.08.016>
- Rasmussen, L. H., Lawaetz, M., Bjoern, L., Vennits, B., Blemings, A., & Eklof, B. (2011). Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *The British Journal of Surgery*, 98(8), 1079–1087. <https://doi.org/10.1002/bjs.7555>
- Shnaider, I., & Chung, F. (2006). Outcomes in day surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 19(6), 622–629. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328010107e>
- Standl, T., & Lussi, C. (Eds.). (2012). *Ambulantes Operieren*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Retrieved from <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-20687-0>

Zitationshinweis

Jacob, J., Walker, J., Lenkungs-gremium des MICADO-Selektivvertrags: „Kosten- und Mengeneffekte des MICADO-Selektivvertrags“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 59-63, doi: 10.24945/MVF.0418.1866-0533.2092

Josephine Jacob M.Sc Epid. B.Sc EPH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Gesundheitsforschung (InGef) in Berlin. Nach einer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin erfolgte ein Studium in Public Health und Epidemiologie. Seit 2014 arbeitet Frau Jacob an verschiedenen Versorgungsforschungsprojekten auf Basis von Routinedaten.
Kontakt: Josephine.Jacob@ingef.de



Dr. med. Jochen Walker

ist Institutsleiter und Geschäftsführer des Instituts für angewandte Gesundheitsforschung (InGef) in Berlin. Er hat Medizin und Informatik studiert und war 6 Jahre nach dem Studium als Assistenz- und Oberassistentenarzt sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Krankenhaus beschäftigt. Seit 2009 arbeitet Walker in verschiedenen Rollen mit Routinedaten von gesetzlichen Krankenkassen.
Kontakt: Jochen.Walker@ingef.de





„WIE GEHT
ES DIR?“

„Prima, ich
habe meine
Blutzuckerwerte
im Griff.“

**DAMIT ES IHNEN GUT GEHT, TUN WIR
BEI SANOFI ALLES, UM SIE EIN LEBEN
LANG ZU UNTERSTÜTZEN.**

Als ein führendes Gesundheitsunternehmen sind wir an Ihrer Seite, von den ersten Minuten bis ins hohe Alter. Entdecken Sie mehr auf www.sanofi.de



SANOFI
Empowering Life