

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Titelinterview mit Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg: „Ich wünsche mir ganz ausdrücklich die nötige Evidenz“



- „Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen“ (Schaeffer)
- „Schlechte Forschung ist einfach schlecht“ (Windeler)
- „Wahrnehmung lebensverändernder Diagnosen“ (Porzsolt)

Editorial

Politische Entscheidungsbasis 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Ich wünsche mir ausdrücklich die nötige Evidenz“ 6

Interview Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Hansestadt Hamburg

Auch nach zehn Jahren immer noch alternativ 12

Zehn Jahre AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

Wo unzureichende Versorgung stigmatisiert 14

Pressekonferenz zum Welt-Psoriasisstag 2018

Deutschland steht mit der ePA fast ganz hinten 16

Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA) im europäischen Vergleich

Der Mensch und das System 20

Fachsymposium von Springer Medizin, MSD und Pfizer zu Endpunkten in der Onkologie

„Schlechte Forschung ist einfach schlecht“ 23

IQWiG-Herbstsymposium 2018 „Saure Früchte vom Baum der Erkenntnis?“

„Plattform für die Digitalisierung“ 24

Teil 15 der Serie „Versorgungsforschung made in ...“. Diesmal: Bayreuth

Potenzial nutzen & Qualität sichern! 28

Positionspapier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

MVF hat sich eine treue Leserschaft erarbeitet 29

Leserumfrage von „Monitor Versorgungsforschung“

Zahlen - Daten - Fakten

Biologika: Steuern Selektivverträge die Verordnung? 10

Standards

Impressum 2 News 22, 30

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

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des
DNVF auf den Seiten 31-36

WISSENSCHAFT

Dr. med. Andrea Gillessen, MBA / Dr. Sportwiss. Manfred Ramme / Prof. Dr. med. Claus Franz Vogelmeier 37

Predictive Modeling zur Identifikation von nichtdiagnostizierten COPD-Erkrankten

COPD ist eine chronische Lungenkrankheit mit progredientem Verlauf und hoher Morbidität. Die Früherkennung hat große Bedeutung, da der Krankheitsprogress in frühen Stadien partiell verhindert werden kann. Durch die Entwicklung eines Prädiktionsmodells zur Vorhersage der COPD-Inzidenz auf Basis von Sekundärdaten können Versicherte der Techniker Krankenkasse identifiziert werden, die im Folgejahr eine COPD-Diagnose erhalten werden, aber für die aktuell noch keine COPD dokumentiert wurde.

Prof. Dr. med Franz Porzolt 44

Prof. sc.hum. habil. Christel Weiß

Die Wahrnehmung lebensverändernder Diagnosen durch Patienten und deren Angehörige – eine Online-Befragung

Kommunikationsfehler in der Gesundheitsversorgung reduzieren die Chancen und steigern die Risiken der Gesundheitsversorgung. In der vorliegenden Analyse wurden 294 Online-Fragebögen von 5.000 eingeladenen Versicherten einer Krankenkasse bearbeitet, in welchem sie zur Wahrnehmung negativer Nachrichten ihres Arztes befragt wurden.

Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken 49

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

Assoziation zwischen Polypharmazie und Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie in deutschen Hausarztpraxen

Ziel dieser retrospektiven Studie war es daher, den möglichen Einfluss der Polypharmazie auf die Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie bei Patienten mit Demenz in Hausarztpraxen in Deutschland zu untersuchen. Die vorliegende retrospektive Studie basiert auf der bundesweiten Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA). Die aktuelle Studie umfasste Patienten in 1.217 Hausarztpraxen in Deutschland, die zwischen 2014 und 2016 (Indexdatum) erstmals eine erhielten.

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer / Dr. PH Dominique Vogt 55

Svea Gille M.Sc. PH / Dr. PH Eva-Maria Berens MPH

Fokus Gesundheitskompetenz: Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen

Netzerinnen und Nutzer sind im Gesundheitssystem zunehmend gefordert, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und auf die eigene Situation übertragen zu können, um Entscheidungen beispielsweise zur Therapie und Versorgung von Krankheiten und Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit zu treffen. Doch oftmals sehen sich die Menschen vor Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt.

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.)
KölInstr. 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
KölInstr. 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:
KölInstr. 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, Foto-
kopien und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne Zu-
stimmung des Verlags unzulässig. In
der unaufgeforderten Zusendung von

Beiträgen und Informati-
onen 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: 6.819 (IVW 3.
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	
	MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	

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

Institute/Stiftungen

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

	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	Dr. Andreas Meusch	

Akteure

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

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



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Politische Entscheidungsbasis

MVF-Titelinterview mit Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg > 6 ff.

Die Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, **Cornelia Prüfer-Storcks**, zeigt sich im MVF-Titelinterview „doch manchmal erstaunt, dass es zu sehr relevanten Fragestellungen keine deutschen Studien gibt.“ Dadurch fehlt auf Bundesebene oft „die Chance, viele Fragestellungen, die die Politik umtreiben, mit der Versorgungsforschung zu besprechen und von ihr erforschen zu lassen.“ Für viele politische Entscheidungen fehlt also eine genügend verlässliche empirische Grundlage. Diese wichtige Entscheidungsbasis muss die Versorgungsforschung liefern. Die Wunschliste von Frau Prüfer-Storcks für Fragen, die die Versorgungsforschung bearbeiten soll, finden Sie im Interview.

10 Jahre Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg und ePatientenakte

2008 startete der Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg. Die Ergebnisse nach 10 Jahren sind deutlich positiv. Trotzdem ist dieses Modell der „alternativen Regelversorgung“ erst nach Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen übertragen worden. Das Interesse der Krankenkassen in anderen Regionen sollte größer sein. **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg: „Die Partner in Baden-Württemberg bleiben auf Innovationskurs, 2019 und darüber hinaus“.

> S. 12 ff.

Im europäischen Vergleich steht es mit der Deutschen Implementierung der elektronischen Patientenakte schlecht. Deutschland liegt auf dem 13. Platz und ist damit noch zwei Plätze abgesunken. Hoffentlich kann Deutschland in den nächsten Jahren aufholen.

> S. 16 ff.

MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“

Diesmal sind wir bei **Prof. Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels** und seinem Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung der Universität Bayreuth.

> S. 24 ff.

Leser-Umfrage von „Monitor Versorgungsforschung“

„Monitor Versorgungsforschung“ wird intensiv (53% lesen alle sechs Ausgaben pro Jahr) und extensiv, oft „im Umlauf“, von 6 bis mehr als 10 Personen (46%) gelesen. Das freut uns natürlich sehr und ist sicherlich auch für die Autoren interessant. Dieser Impact der Versorgungsforschung im Gesundheitssystem kann sich sehen lassen.

> S. 29 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Gillessen, Ramme und **Vogelmeier** präsentieren auf der Basis von Versicherten-Sekundärdaten der Techniker Krankenkasse ein Prädiktionsmodell zur Vorhersage von COPD, einer chronischen Lungenkrankheit. Als wichtigste Prädiktoren identifizieren sie Alter, Medikamente aus dem Bereich der inhalativen Sympathomimetika und Bronchitis.

> S. 37 ff.

Porzsolt und **Weiß** haben Versicherte der BKK ProVita zu ihrer Wahrnehmung von Arzt-Patientengesprächen bei der Übermittlung schlechter Nachrichten befragt. 40% der ärztlichen Vorhersagen haben sich übrigens nicht bestätigt.

> S. 44 ff.

Bohlken und **Kostev** untersuchen bei 21.888 Patienten mit Demenz in 1.217 Hausarztpraxen mögliche Einflüsse von Polypharmazie auf die Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie. Insgesamt gab es eine negative Assoziation zwischen Polypharmazie und der Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie.

> S. 49 ff.

Schaeffer u.a. nehmen in unserer Beitragsreihe zur Gesundheitskompetenz diesmal vulnerable Bevölkerungsgruppen in den Fokus. Dazu zählen insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen, im höheren Lebensalter, mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit niedrigem Bildungsniveau. Insgesamt solche Gruppen, die auch sonst in der Public Health- und Versorgungsforschung als vulnerabel sowie von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bedroht gelten.

> S. 55 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, interessante Lektüre und für Ihre Arbeit nützliche Informationen.

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



Im Interview: Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz von Hamburg

„Ich wünsche mir ausdrücklich die nötige Evidenz“

Als Senatorin und Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, als Stellvertretendes Mitglied des Bundesrates für die Freie und Hansestadt Hamburg, als Mitglied des Gesundheitsausschusses und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe setzt Cornelia Prüfer-Storcks auf die Ergebnisse der Versorgungsforschung. Sie sagt als erfahrene Gesundheitspolitikerin im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“: „Ich bin froh, dass wir uns in vielen Bereichen auf die Ergebnisse von Versorgungsforschung – gerade zu den Defiziten unseres Systems – stützen können.“ In vielen heißt, nicht in allen. Darum hat sie zum diesjährigen Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, dessen Schirmherrin sie war, gleich einen umfangreichen Wunschzettel mitgebracht.

>> Sehr geehrte Frau Senatorin, Ihr Bundesland kann man durchaus als einen der Gewinner des Innovationsfonds sehen. Laut einer Auswertung der Berliner Wissensberatungsfirma Ordinary People kommen aktuell nicht weniger als 38 Antragsteller für Innovationsfonds-Projekte aus Hamburg, zudem gibt es – Doppelnennungen sind hier möglich – 75 Projekte, an denen Konsortialpartner aus Hamburg – allen voran die TK – beteiligt sind.

Das ist einerseits der positive Abdruck der hervorragenden Versorgungsforschungslandschaft, die sich vor allem in der letzten Dekade in Hamburg entwickelt hat. Auf der anderen Seite zeigt es die Bereitschaft von Leistungserbringern und Kostenträgern in Hamburg, gemeinsam neue Wege zu gehen. Darauf können wir schon ein wenig stolz sein.

Sie haben auch den diesjährigen 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung unterstützt, dessen Präsident ebenfalls aus der Hansestadt stammt.

Als mich Professor Härter vom UKE weit im Vorfeld des Kongresses gefragt hat, ob das Bundesland Hamburg den diesjährigen DKVF fördern will, habe ich sofort zugestimmt. Das ist sicher sowohl ein Stück weit dem Lokalpatriotismus geschuldet, aber insbesondere Ausdruck meiner Wertschätzung für die Versorgungsforschung als solche. Deshalb habe ich als Gesundheitspolitikerin auch gerne die Gelegenheit wahrgenommen, in der Eröffnungsveranstaltung einen kleinen Wunschzettel bei den hier versammelten Versorgungsforschern abzugeben.

Fühlen Sie sich denn ein Stück weit von der Versorgungsforschung alleine gelassen?

In Hamburg nicht, aber auf der Bundesebene ist man doch manchmal erstaunt, dass es zu sehr relevanten Fragestellungen keine deutschen Studien gibt. In Hamburg haben wir nicht nur eine sehr vielfältige und breite Landschaft der gesundheitlichen Versorgungsforschung, sondern auch eine sehr intensive Zusammenarbeit zwischen Versorgungsforschung, den Kostenträgern, den Leistungserbringern und selbstredend ebenso der Politik, was natürlich auch der besonderen Situation unseres Stadtstaats geschuldet ist. Das gibt uns die Chance, viele Fragestellungen, die die Politik umtreibt, mit der Versorgungsforschung zu besprechen und von ihr erforschen zu lassen. Genau dafür wurde bereits 2011 das Hamburg Center for Health Economics (HCHE), ein gemeinsames Zentrum der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, gegründet. In diesem, immerhin größten deutschen gesundheitsökonomischen Forschungszentrum, zu dem acht Lehrstühle und Institute gehören, arbeiten und forschen über 70 Forscherinnen und Forscher. Kein Wunder, dass da neben Forschungs-

vorhaben des Bundesministeriums für Bildung und Forschung auch viele des Innovationsfonds zu finden sind. Und dann gibt es ja auch noch das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung, kurz HAM-NET, das 2017 im Zuge der BMBF-Förderung „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung“ entstanden ist. Auch hier wird einiges erforscht, an dem Gesundheitspolitiker wie ich ganz besonders interessiert sind.

Was zum Beispiel?

Am HCHE sind wesentliche Vorarbeiten für das Thema Personaluntergrenzen für die Pflege im Krankenhaus geleistet worden. Zudem berät Professor Schreyögg, der Leiter des HCHE, die Bundesregierung in Gesundheitsfragen im Sachverständigenrat. Ebenso ist er in der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) tätig, die auf Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ernannt und im Juni dieses Jahres vom Bundeskabinett bestätigt wurde.

Und dennoch haben Sie zum DKVF eine eigene Wunschliste mitgebracht.

Die Gelegenheit, sich hier an die gesamte Landschaft der Versorgungsforschung in Deutschland zu wenden, konnte ich mir nicht entgehen lassen.

Mit welchen Anliegen insbesondere?

Wir wissen alle ganz genau, dass die kommenden großen Herausforderungen im Gesundheitswesen im Wesentlichen durch die alternde Gesellschaft und durch die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität gekennzeichnet sind. Doch obwohl wir das seit Jahren wissen, habe ich ganz persönlich Zweifel, ob wir auf die Herausforderungen der Zukunft mit unserer jetzigen Struktur im Gesundheitswesen wirklich angemessen reagieren können. Meine Wunschliste knüpft deshalb an das an, was wir im Moment als aktuelle politische Diskussion im Gesundheitswesen haben. Wir haben zur Zeit die Chance, einmal nicht Spargesetze formulieren zu müssen, sondern grundlegende Reformen mit ebenso grundlegenden Weichenstellungen auf den Weg zu bringen, die exakt an den Stellen ansetzen können und sollten, an denen wir im Gesundheitswesen seit vielen Jahren die größten Probleme haben. Wenn ich „grundsätzliche Entscheidungen“ sage, bedeutet das, dass man auch den Mut haben muss, an der einen oder anderen Stelle eine Entscheidung aus der Vergangenheit wieder rückgängig zu machen.

An welchen?

Wir haben in den letzten 15 Jahren immer wieder versucht, un-

ser Gesundheitswesen vor allem durch verstärkten Wettbewerb zu flexibilisieren, anpassungsfähiger und auch patientenorientierter zu gestalten. Dazu müssen vor allen Dingen die Sektorengrenzen überwunden werden, weil die strikte Trennung der Sektoren in Deutschland so ziemlich allen Anforderungen an eine zukunftsfeste Behandlung gerade chronisch kranker Menschen und damit auch einer patientenorientierten Versorgung widerspricht. Wir müssen jedoch ehrlich sein und die Bilanz ziehen, dass die Überwindung der Sektorengrenzen mit Selektivverträgen bisher kaum gelungen ist – jedenfalls nicht über gewisse Modellversuche hinaus. Wir müssen aber auch sehen, dass wir mit dem Wettbewerb, den die Politik beispielsweise durch die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhausbereich selbst in Gang gesetzt hat, auch eine Bewegung befördert hat, die zu einer extrem angespannten Personalsituation in der Pflege führt. Das haben wir – und hier kann ich durchaus für alle mir bekannten Gesundheitspolitiker sprechen – bestimmt so nicht gewollt.

Was ist denn nun zu tun?

Es gibt die erklärte Absicht der Bundesregierung, aber auch der Länder, endlich den Umbau unseres Gesundheitswesens in ein sektorenübergreifendes Versorgungssystem anzuschieben. Dafür müssen grundsätzliche Veränderungen in vielen Bereichen eingeleitet werden, zum Beispiel bei der Bedarfsplanung, bei der Honorierung, der Qualitätssicherung, der Codierung, der Sicherstellung der Dokumentation des Datenaustausches und vielem anderen mehr. Leitsatz muss dabei sein, dass alle Bereiche eine gleiche Sprache sprechen, womit ich nicht nur den ambulanten und den stationären Bereich meine, sondern auch die Pflege. Genau dafür wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, die vor einigen Wochen ihre Arbeit aufgenommen hat. Auch hier bin ich als Mitglied dieser Arbeitsgruppe sehr froh, dass wir uns in vielen Bereichen auf die Ergebnisse von Versorgungsforschung – gerade zu den Defiziten unseres Systems – stützen können.

Wie sieht es denn mit der schon in der letzten Legislaturperiode in Gang gesetzten stärkeren Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen aus?

Das ist ein Langzeitprojekt, das auch in dieser Legislaturperiode und weit darüber hinaus auf die Agenda gesetzt werden muss. Kritisch muss man dazu anmerken, dass die Selbstverwaltung den politischen Willen nur sehr schleppend umsetzt, was dazu anregen könnte, das Verhältnis zwischen Staat und Selbstverwaltung einer genaueren Prüfung zu unterziehen. Aber das will ich hier und jetzt nicht vertiefen, weil das ein ganz eigenes, obendrein sehr komplexes Thema ist. Aber auch hier ist die Politik – wie übrigens auch die Selbstverwaltung – dringend auf Ergebnisse der Versorgungsforschung angewiesen.

Wo denn noch, um auf ihre Wunschliste zurückzukommen?

Ich würde mir persönlich mehr deutsche Studien zum Einfluss von Behandlungsqualität auf Lebenserwartung und Lebensqualität wünschen. Evidente Hinweise, wo wir mit bestimmten Verfahren, zum Beispiel Zweitmeinungsverfahren, die maximale positive Wirkung erzielen können, ließen uns besser Prioritäten setzen. Ein anderes Thema, das mir gerade auch in der Gesundheitsmetropole Hamburg auf den Nägeln brennt, ist eine aktuelle, zur angestrebten Enthospitalisierung in der Psychiatrie nahezu gegenläufige Entwicklung. Wir müssen feststellen, dass es zunehmend mehr Krankenhaufälle gibt,



„Wir müssen das Metathema Wettbewerb auf den Prüfstand stellen.“

die eigentlich nicht auf die klassischen Diagnosen zurückzuführen sind, die eine Krankenhausbehandlung erfordern, sondern immer häufiger Depressionen Auslöser sind. Dazu würde ich mir mehr Ergebnisse der Versorgungsforschung wünschen. Dabei sollte auch die Frage verfolgt werden, welche Prävalenz psychische Erkrankungen in Deutschland wirklich haben. Und wie es zu schaffen ist, dass der Patient genau dort behandelt wird, wo es für den betroffenen Menschen am besten ist, dies unabhängig von angebots- oder vergütungsindizierten Anreizen.

Da ist jede Menge seitens der Versorgungsforschung zu tun.

Dabei bin ich noch lange nicht am Ende.

Und zwar?

Ein weiterer sehr zentraler Punkt ist, dass wir das Metathema Wettbewerb auf den Prüfstand stellen müssen. Wettbewerb kann sicher an bestimmten Stellen und in bestimmten Ausformungen sehr hilfreich für eine bessere Versorgung sein, an anderen jedoch eben nicht, wenn ich beispielsweise an die schon angesprochene Fehlentwicklung der Pflege im Krankenhaus denke. Nun wurde bereits seitens der Politik dafür gesorgt, dass die Bezahlung der Krankenhauspflege aus den Fallpauschalen ausgegliedert wird und in Zukunft wieder nach dem Selbstkostendeckungsprinzip erfolgt, was

nichts anderes bedeutet, als dass jede besetzte Stelle auch bezahlt werden muss, was zudem durch Pflege-Personaluntergrenzen in den Krankenhausabteilungen determiniert wird. Hier muss ich an die Adresse der Versorgungsforschung ein wenig kritisch anmerken, dass ich als Mitglied der Expertenkommission, die diese Personaluntergrenzen für das Krankenhaus auf den Weg gebracht hat, deutsche Studien über den Zusammenhang zwischen Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus und Behandlungsergebnissen gewünscht hätte, weil eben nicht jede internationale Studie so einfach auf das deutsche Gesundheitswesen anzuwenden ist.

Weiter mit dem Wunschkonzert.

Was ist zum Beispiel mit der Frage des Zusammenhangs zwischen Versicherungsstatus und der Versorgungsqualität? Oder zwischen Vergütungssystemen von ärztlichen Leistungen und dem Leistungsgeschehen? An der Stelle wünsche ich mir mehr wissenschaftliche Unterstützung, was besonders der wissenschaftlichen Kommission, die ein modernes, einheitliches Vergütungssystem entwickeln soll, nützen würde. Wer ein System entwickeln soll, das Fehlanreize vermeidet, muss die Schwachstellen in unserem System – zu dem insbesondere die mangelnde Koordination von Gesundheitsleistungen gehört – nicht nur kennen, sondern wissenschaftlich fundiert hinterlegt haben.

Ein weites Feld für die Versorgungsforschung.

Wir brauchen dringend gut ausgebildete Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher, die sich mit relevanten Fragen beschäftigen und die anstehenden und dringend nötigen Weichenstellungen begleiten, damit wir als Politiker nicht im Spielfeld des Zufälligen bleiben.

Was ein altbekannter Vorwurf ist.

Ja, das kenne ich nur zu gut, aber die Politik geht doch nicht gerne in den Blindflug. Ich wünsche mir ganz ausdrücklich die nötige Evidenz. Sehen Sie es mir jedoch nach, dass ich als Gesundheitspolitikerin den Fokus auf Versorgung lege, weniger auf Wissenschaft: Was für Gesundheitspolitiker relevant ist, ist vielleicht nicht automatisch ein Schub für die wissenschaftliche Karriere.

Wobei sicher auch einige dieser Wünsche an den Innovationsfonds adressiert sind.

Auch mit diesem Instrument hat die Politik versucht, Versorgungsforschung ein Stück weit voranzubringen. Und zwar in beiden Teilen des Innovationsfonds, weil ja auch die innovativen Versorgungsformen, die möglichst in die Regelversorgung überführt werden sollen, durch Versorgungsforschung begleitet werden müssen. Ich möchte an dieser Stelle die Arbeit der Versorgungsforschung in Deutschland würdigen, besonders da diese Wissenschaft es in den letzten zehn Jahren in einer ziemlichen Aufholjagd geschafft hat, auf ein international anerkanntes Level zu kommen. Es gibt inzwischen regionale, nationale, aber auch internationale Strukturen, in welche die deutsche Versorgungsforschung sehr gut eingebettet ist.

Ihr Petition?

Ich möchte die Versorgungsforscher ermutigen, der Politik und auch den anderen, manchmal etwas trägen Institutionen des Ge-

sundheitswesens nicht nur immer wieder alle Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen, sondern ihre Kritik und Lösungsansätze gewissermaßen aufzudrängen. Und wenn Versorgungsforscher Hilfestellung brauchen, zum Beispiel im Bereich der Nutzung von Daten, dann bin ich gerne bereit, mehr Möglichkeiten zu schaffen, zum Beispiel die vorhandenen Routine-Daten zu nutzen, weil dieser Schatz noch viel zu wenig für Versorgungsforschung gehoben wird. Und ich bin ebenso bereit, die Ergebnisse der Versorgungsforschung bei meiner Arbeit zu berücksichtigen, wenn es sein muss auch um frühere Entscheidungen zu revidieren, wenn bessere evidentere Ergebnisse vorliegen.

Ein tolles Angebot zur aktiven Kommunikationsaufnahme.

Politik und Versorgungsforschung müssen mehr in Kontakt kommen. Eigentlich brauchen Versorgungsforscher die Fähigkeit, zu antizipieren, womit sich die Politik in drei, vier oder noch mehr Jahren befassen wird. Dafür muss man dauerhaft im Gespräch bleiben. Es wäre ein großer Gewinn, wenn sich die gute Versorgungsforschungsstruktur, die wir jetzt haben, um Lösungen bemühen würde, die von der Politik, der Selbstverwaltung, aber auch von den Patienten am dringendsten benötigt werden.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, vielen Dank. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Storcks, C., Stegmaier, P.: „Ich wünsche mir ausdrücklich die nötige Evidenz“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), S. 6-8; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2102

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Nach ihrem Abitur (1975) machte sie von 1976 bis 1988 ein Volontariat, wurde Redakteurin bei der Tageszeitung „Ruhr-Nachrichten“. Von 1988 – 1990 war sie Pressereferentin der Parlamentarischen Staatssekretärin für die Gleichstellung von Mann und Frau in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1990 – 1995 Pressesprecherin und Leitung der Öffentlichkeitsarbeit des neu gegründeten Ministeriums für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1995 - 1998 Leiterin der Abteilung Frauenpolitik im Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann in Nordrhein-Westfalen, von 1998 – 1999 Stellvertreterin des Staatssekretärs im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen. 1999 – 2005 war sie dann Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in Nordrhein-Westfalen und von 2007 – 2011 Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg. Seit dem 23. März 2011 ist sie Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.



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 3

Biologika: Steuern Selektivverträge die Verordnung?

„Biopharmaka sind elementar für die medizinische Versorgung unserer Patienten“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn unlängst dem Handelsblatt. „Wenn es günstigere Alternativen bei gleich hoher Versorgungsqualität gibt, müssen wir sie nutzen. Sonst könnten wir das hohe Niveau der Arzneimittelversorgung in Deutschland nicht halten.“ Ähnlich argumentieren auch Krankenkassen und versuchen mithilfe unterschiedlicher Instrumente den Anteil an Biosimilar-Verordnungen, wo es therapeutisch sinnvoll erscheint, zu fördern.

>> Durch eine entsprechende Änderung des Arzneimittelgesetzes soll mit Biosimilars zusehends ähnlich verfahren werden, wie mit Generika. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit ist es Ziel, dass in Apotheken zukünftig auch bei Biologika das günstigere Nachahmerpräparat abgegeben wird, sofern der Arzt dem Austausch nicht grundsätzlich widerspricht. Dabei soll der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag bekommen, die Austauschbarkeit biologischer Arzneimittel zu regeln (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2018).

Was auf nationaler Ebene noch einer klaren Gesetzgebung bedarf, wird regional schon seit geraumer Zeit umgesetzt. Hier versuchen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen als Vertragspartner die Verordnung von Biosimilars zu fördern. Dies geschieht beispielsweise, indem bereits in zahlreichen Regionen entsprechende Biosimilar-Zielquoten für die niedergelassenen Ärzte in den Arzneimittelvereinbarungen festgelegt wurden. Je nach Region gelingt die Steuerung mittels Quoten sehr unterschiedlich, in einigen aber durchaus signifikant. Neben den mittlerweile in vielen Arzneimittelvereinbarungen festgehaltenen Quoten zu etablierten Biopharmazeutika wie den Epoetinen, Infliximab und Etanercept gibt es bereits 2018 in einigen Regionen erste Zielquoten für onkologische Bio-

similars der Biopharmazeutika Rituximab und Trastuzumab. Die KV Schleswig-Holstein hat bereits in 2018 eine Mindestquote für Adalimumab-Biosimilars vereinbart, die ab Marktverfügbarkeit der Nachahmerprodukte gilt. Aber auch die aktuellen Rahmenvorgaben Arzneimittel nach § 84 Abs. 6 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes enthalten Quoten über diese neuen biosimilar verfügbaren Wirkstoffe. Neben nationalen Bestrebungen und bereits existierenden regionalen Vereinbarungen gibt es eine weitere Möglichkeit der gezielten Steuerung über Selektivverträge. Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese zwischen Krankenkassen und Leistungserbringerverbänden bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Vereinbarungen das Ordnungsverhalten zusätzlich beeinflussen? Dieser Frage soll in dem vorliegenden dritten Artikel in der Reihe zur regionalen Arzneimittelsteuerung nachgegangen werden.

Integrierte Verträge

Seit geraumer Zeit sind verschiedene Krankenkassen mit Verträgen zur Integrierten Versorgung in den Indikationsgebieten Rheumatoide Arthritis (RA) sowie chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) in zahlreichen Regionen aktiv. In beiden Indikationen spielen

biopharmazeutisch hergestellte Arzneimittel (Biologika) eine bedeutende Rolle in der Therapie. Neben Originalprodukten stehen mittlerweile auch biosimilare und somit in der Regel preisgünstigere Alternativen zur Verfügung, die in der Verordnung bevorzugt werden sollen. Für den Abschluss solcher Verträge zur besseren Versorgung von Patienten mit RA und CED haben sich u.a. die BARMER, die Techniker Krankenkasse (TK) sowie der Kassendienstleister spectrumK entschlossen. Die BARMER bietet ihren Versicherten eine integrierte Versorgung in der KV-Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Hessen an. Der Rahmenvertrag von spectrumK, dem ebenfalls Kassen beitreten können, gilt stattdessen bundesweit. Die TK wiederum war Initiator eines Vertrags in den KV-Regionen Nordrhein und Bayern, der allerdings auch anderen Krankenkassen offensteht.

So haben u.a. verschiedene BKKen sowie die DAK und die KKH bereits von der Möglichkeit des Beitritts Gebrauch gemacht. Zum Ende des Jahres 2017 wurde der bisherige Rheuma-Vertrag, der ursprünglich als hausarztzentrierter Vollversorgungsvertrag konzipiert war, seitens der TK gekündigt und durch einen neuen Facharztvertrag ersetzt. Dieser ist als add-on-Selektivvertrag zur KV-Vergütung konzipiert; die Regelungen sind inhaltlich analog der Vereinbarungen der BARMER in ihrem Vertragskonstrukt. In ihrem neuen, seit dem 1.1.2018 geltenden Facharztvertrag werden den teilnehmenden Ärzten u.a. Zielquoten für die Verordnung von Biosimilars vorgegeben. So gilt für Rheumatologen eine Biosimilar-Zielquote von 60% bezogen auf Etanercept-Verordnungen und von 80% bei Infusionen von Infliximab und Rituximab. Zum Vergleich: Die KV Bayern gibt den Rheumatologen in ihrer aktuellen Arzneimittelvereinbarung eine Biosimilarquote von 10% für die gesamte Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren vor (vgl. Berufsverband der Rheumatologen e.V.). In Nordrhein besteht in der IV-vertraglichen Vereinbarung eine ansonsten gleich definierte Zielquote allerdings in Höhe von 25%.

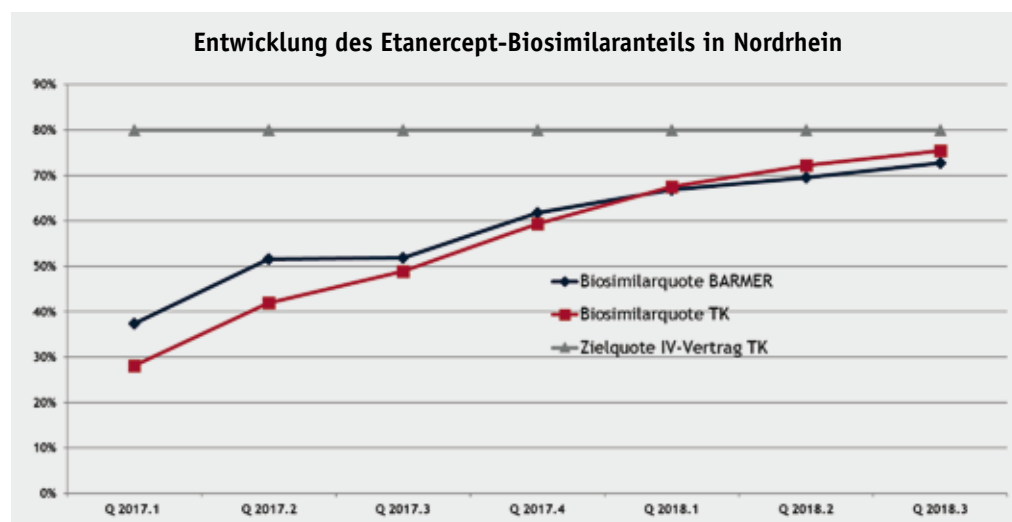


Abb. 1: Biosimilaranteil (nach DDD) für Etanercept in Nordrhein bei TK und BARMER für die Facharztgruppe Rheumatologen in den Quartalen 2017.1 bis 2018.3; Quelle: NVI-KT (INSIGHT Health).

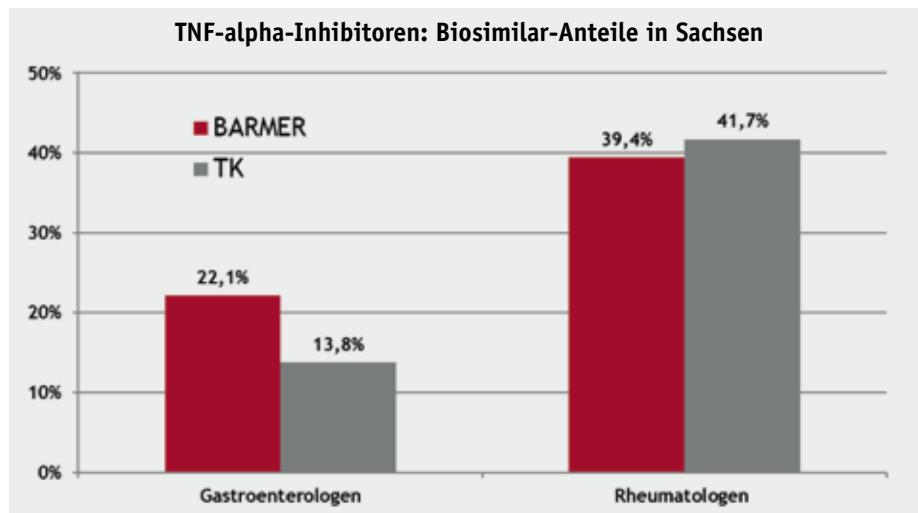


Abb. 2. Biosimilaranteil (nach DDD) für TNF-alpha-Inhibitoren in Sachsen bei BARMER und TK für die Facharztgruppen Gastroenterologen und Rheumatologen im Quartal 2018.3; Quelle: NVI-KT (INSIGHT Health).

TK-Rheuma-Vertrag in Nordrhein

Neben Bayern gilt der neue Rheuma-Vertrag der TK auch in der Region Nordrhein. Vertragspartner ist die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH, so dass sich die folgenden Daten und Analysen auf die Rheumatologen fokussieren. Betrachtet werden biosimilare Verordnungsanteile (nach definierten Tagestherapiedosen, DDD) für Etanercept, einem der drei im Rahmen des Vertrags geregelten Substanzen. Wie Abbildung 1 zeigt, gibt es im Vergleich der Quotenentwicklung für die beiden Kostenträger TK und BARMER keine nennenswerten Unterschiede. Einzig die Kurve der TK verläuft etwas steiler, womit ein bestehender Rückstand aus 2017 gegenüber der BARMER aktuell wettgemacht und diese sogar leicht überholt wurde. Der aktuelle Wert liegt mit 75,4% Biosimilaranteil für Etanercept nur noch geringfügig unter der Zielvorgabe des IV-Vertrags mit 80%. Allerdings erreicht auch die BARMER bei ihren Versicherten eine Quote von 72,8% im 3. Quartal 2018. In wieweit dieser kleine Unterschied zwischen den Kassen dem neuen IV-Vertrag zuzurechnen ist, bleibt zu diskutieren.

„Biolike“, eine Initiative der BARMER

Die BARMER hat sich mit ihrer Initiative „Biolike“ die „Förderung einer aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht angemessenen Verordnung biologisch hergestellter Arzneimittel“ zum Ziel gesetzt (vgl. Handbuch Biosimilars, Pro Generika, 2017). Vertragspartner der Kasse sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit dieser Vereinbarung die Förderung einer qualitätsgesicherten, evidenzbasierten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten im Bereich der Biologika und Biosimilars unterstützen sollen. Gesetzliche Grundlage der Vereinbarung ist hierbei nicht § 140a SGBV, wie bei den erstgenannten Verträgen zur Integrierten Versorgung, sondern § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V. Bereits seit 2015 läuft

ein Vertragsmodul in Westfalen-Lippe zur Therapie von Patienten mit CED. Mitte 2016 kam ein weiteres Modul, nun zur Behandlung entzündlicher rheumatischer Erkrankungen hinzu. Seitdem wurden Verträge in einer Vielzahl von KV-Regionen geschlossen.

Die BARMER geht mit ihrer Initiative einen eigenständigen Weg, abseits vertraglicher Regelungen zur integrierten Versorgung. Wo es bei letzteren in der Regel um die Verbesserung der Patientenversorgung auch durch einen koordinierten Weg des Patienten durch das Versorgersystem insbesondere bei komplexen Erkrankungen geht und Regelungen zur Arzneimittelsteuerung allenfalls ergänzend enthalten sind, steht diese bei „Biolike“ im Mittelpunkt der Vereinbarungen. Dem Vertrag beigetretene Ärzte sollen sich entsprechend der aktuellen Leitlinien an einer wirtschaftlichen Verordnung orientieren. Hierbei liegt der Fokus bei einer notwendigen Verordnung von Biologika auf dem Einsatz von Biosimilars bzw. Rabattvertrags-Biologika. Die Ärzte erhalten Strukturpauschalen bei einer Neueinstellung auf ein Biosimilar bzw. Umstellung von einem Original auf ein Biosimilar, die den erhöhten Betreuungs- und Überwachungsaufwand abdecken sollen (vgl. u.a. Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED), KV Sachsen).

„Biolike“ am Beispiel Sachsen

Ein Blick auf die Entwicklung der Biosimilarquote in der Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren bei Gastroenterologen (vgl. Abbildung 2), die naturgemäß bei der Vereinbarung zur CED im Fokus stehen, zeigt einen deutlich höheren Biosimilaranteil der Verordnungen bei BARMER-Versicherten gegenüber dem Anteil bei TK-Versicherten. Dieser Unterschied bestand allerdings bereits vor Inkrafttreten der Initiative im April 2018. Demgegenüber ist die Biosimilarquote der TK-Versicherten bei Rheumatologen in der Gruppe

Zitationshinweis

Luley, C., Pieloth, K.: „Biologika: Steuern Selektivverträge die Verordnung?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), 10-11.; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2103

der TNF-alpha-Inhibitoren etwas höher als die vergleichbare Quote bei BARMER-Versicherten. Das Rheuma-Modul der „Biolike“-Initiative der BARMER ist allerdings bisher nicht Gegenstand der vertraglichen Übereinkunft in Sachsen. Ähnlich unterschiedliche Effekte zwischen Rheumatologen und Gastroenterologen lassen sich auch in Hessen erkennen. Hier gelten seit August 2018 sowohl das Rheuma- als auch das CED-Modul. Eine ursächliche Verantwortung der unterschiedlichen Effekte in den bestehenden bzw. nicht bestehenden Vereinbarungen zur „Biolike“-Initiative zu suchen, scheint deshalb noch etwas verfrüht.

Fazit

Die Frage, ob Selektivverträge ein probates Mittel sind, das Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte bei Biologika zu beeinflussen, stand am Anfang dieses Artikels. Eindeutig lässt sich diese nach den bisherigen Erkenntnissen jedoch nicht beantworten. Unbestritten bleibt, dass die Krankenkassen über ein Instrument verfügen, ein vereinbarungskonformes Ordnungsverhalten mit einer entsprechenden Vergütung gezielt anzureizen. Die BARMER geht mit ihrer „Biolike“-Initiative durch dezidierte Angaben zur Biologika-Verordnung hierbei ganz gezielt vor, auch wenn die Effekte im vorliegenden Beitrag schwer messbar sind. Ein differenziert anderes Ordnungsverhalten der Ärzte in den betrachteten Regionen ist gegenüber dem Wettbewerber TK nicht eindeutig auszumachen. Generell stellt sich die Frage, ob Ärzte kassendifferenziert verordnen. Zumal zusätzlich auch die Regelungen der Arzneimittelvereinbarung der entsprechenden KVen zu berücksichtigen sind. Zumindest muss die kontrahierende Kasse in Kauf nehmen, dass die im Rahmen der vertraglichen Übereinkunft gezahlten zusätzlichen Vergütungspauschalen das Ordnungsverhalten insgesamt beeinflussen und andere Kassen praktisch als Freerider von diesen Bemühungen mitprofitieren. Dieser Effekt ist umso nachhaltiger zu erwarten, je dominanter die Krankenkasse über ihren Marktanteil in der entsprechenden Region ist. Möglicherweise kann eine selektivvertragliche Unterstützung zu den Steuerungsmaßnahmen der KV über das Instrument der Arzneimittelvereinbarung eine interessante Ergänzung sein, um Effekte noch zu verstärken. Eine Abstimmung der Instrumente ist allerdings unabdingbar, um eine Fehlallokation der Mittel, sprich ein Verpuffen der monetären Anreize zu vermeiden. <<

Autoren:

Christian Luley, Kathrin Pieloth*

Zehn Jahre AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

Auch nach zehn Jahren immer noch recht alternativ

Die Regelversorgung zeichnet im allgemeinen und besonderen eines aus: Sie wird nicht evaluiert. Deshalb bezeichnen es die Vertragspartner*, die 2008 den AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg auf der Vertragsgrundlage des § 73b SGB V beschlossen und seitdem weiterentwickelt haben, als „absolutes Novum im deutschen Gesundheitssystem, dass Wissenschaftler über eine Dekade forschen, Langzeiteffekte erkennen und beschreiben können“ was im Südwesten der Republik in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg und ihrer ärztlichen Partner gelebte Realität sei. Die Ergebnisse der mit der wissenschaftlichen Evaluation beauftragten Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg belegen eindeutig, dass HZV-Teilnehmer nicht nur besser versorgt werden, erstmals sind sogar Hinweise auf Überlebensvorteile erkennbar.

>> „Hinweise auf Überlebensvorteile“ sagt ein Versorgungsforscher immer dann, wenn die Zahlen zwar recht eindeutig sind, die zu diesen Zahlen führenden Gründe aber nicht genau erforscht sind. So konnte Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg, beim sogenannten 5-Jahres-Überleben im 1,6 Millionen Patienten umfassenden HZV-Versichertenkollektiv 1.672 vermiedene Todesfälle feststellen. Wohl gemerkt: im Vergleich zu einer etwa gleich großen, aus den Gesamtroutinedaten der AOK Baden Württemberg nach Alter, Geschlecht und Krankheitslast selektierten Kontrollgruppe. Die 1.672 „vermiedenen Todesfälle“ beziehen sich auf eine Modellhochrechnung auf Basis der „Population Attributable Fraction“ (PAF*) für 1.37 Millionen Versicherte.

Wenn nun die bundesdeutsche GKV-Population (72,81 Mio)

tatsächlich die gleichen Eigenschaften (was sie aber nicht hat, weil vor allem die Faktoren Alter und Morbidität stark differieren werden) hätte, und zudem die betrachtete Population und der Anteil der HZV-Versicherten wie im Ausgangsmodell 50,3 % betragen würde, dann wäre man über 5 Jahre immerhin bei 88.624 „vermiedenen Todesfällen“. Das sollte der Politik zu denken geben!

Dass diese beeindruckende Zahl auch aus anderen Gründen zu hoch gegriffen sein mag, wird klar, wenn man die Historie der HZV im

Ländle betrachtet, auch wenn sie von Dr. Christopher Hermann, dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, schon seit längeren als Alternative Regelversorgung tituliert wird. Auch zehn Jahre nach der Gründung machen erst (oder schon) rund 5.000 Ärzte inklusive Kinder- und Jugendärzte sowie rund 2.500 Fachärzte (Stand Oktober 2018) mit. Das ist auch nach einer Dekade immer noch nur ein Teil der in Baden-Württemberg tätigen Ärzte, die sich laut aktuellen Zahlen der KV BW aus 8.345 Hausärzten, 11.210 Fachärzten sowie 4.927 Psychotherapeuten zusammensetzen.

Am Honorar kann es nicht liegen: Die AOK Baden-Württemberg investiert laut Hermann 618 Millionen Euro in die Alternative Regelversorgung. Davon gehen mehr als 442 Millionen Euro direkt in die Hausarztzentrierte Versorgung, weitere 141 Millionen in Facharztverträge. Hermann: „Die HZV-Vergütung liegt im Schnitt 30 % über dem KV-Niveau, damit hat sich für 1,6 Millionen Versicherte der AOK BW die Versorgungs- und Lebensqualität nachhaltig zum Besseren entwickelt.“ Von der intensiveren Betreuung profitieren vor allem chronisch Kranke, die mit 60 Prozent das Gros der 1,6 Millionen freiwilligen HZV-Teilnehmer stellen. Laut Forschungsergebnissen entfallen pro Jahr allein 1,2 Millionen unkoordinierte Facharztkontakte. Herzpatienten bleiben jährlich rund 46.000 Krankenhaustage erspart. Diabetiker werden in sechs Jahren vor ca. 4.000 schweren Komplikationen wie Amputationen oder Schlaganfällen bewahrt.

Doch auch trotz Mehrverdienst der Ärzte und auch der 35 Millionen Euro, die in die Arzneimittel-Zuzahlungsbefreiung für die Versicherten fließen, die sich in in dieses „freiwillige Primärarztssystem“ (so Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg), schreibt die AOK nach Worten Hermanns schwarze Zahlen.



Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

Die größten wirtschaftlichen Effekte kommen dabei durch eine rationalere Arzneimitteltherapie, gefolgt von vermiedenen Krankenhausaufnahmen, entfallenen KV-Einzelleistungen und sonstigen vermiedenen Leistungen.

Bei diesen Erfolgszahlen wundert es, dass das Modell der alternativen Regelversorgung in Deutschland das einschränkende Adjektiv noch nicht abstreifen und bislang außerhalb des Ländles nur in Bayern, Hes-

sen und Nordrhein-Westfalen reüssieren konnte. Dietsche: „Das Interesse nimmt langsam zu, aber das Engagement der Vertreter der Krankenkassen könnte deutlich intensiver sein.“ Man müsse sich, so Dietsche weiter, eben für Versorgung interessieren, was Hermann vielen seiner Kollegen abspricht. Was in Baden-Württemberg gemacht worden sei, habe nach Worten Hermanns hohe Anstrengungen bedeutet, es musste investiert, Risiken eingegangen und vor allem Wege verlassen werden, „die seit Jahrzehnten ausgetreten sind“. Hermanns Kritik: „Da macht es doch eher Spaß, sich in der Hängematte aufzuhalten, wenn das Regelsystem so gut gefüttert ist.“ Das sei doch eine bequeme Sache und so seien eben viele Menschen unterwegs, nicht aber die Akteure in Baden-Württemberg, denn: „Wir gehen voran.“

Laut Hermann werde weiter „in Qualität und Strukturierung der Versorgung investiert“, zudem stehe die digitale Vernetzung unter den Ärzten unmittelbar an. Ebenso würden die nächsten Facharzt-Verträge mit Pneumologen und HNO-Ärzten im nächsten Jahr geschlossen und auch der Bogen in den akutstationären Sektor geschlagen. „Die Partner in Baden-Württemberg bleiben auf Innovationskurs, 2019 und darüber hinaus“, sagt der 63-jährige Hermann, dessen Kasse seit Mai dieses Jahres einen geeigneten Nachfolger für ihn sucht. <<

*<https://www.bmj.com/content/360/bmj.k757>

AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

Vertragsdauer:

Vertragsabschluss: 08.05.08
Vertragsstart: 01.10.08
Vertragsdauer: unbefristet

Vertragspartner:

AOK Baden-Württemberg
Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG)
MEDIVERBUND AG
Deutscher Hausärzterverband
Landesverband Baden-Württemberg e.V.
MEDI Baden-Württemberg e.V.
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ Service GmbH, seit 16.07.2013)

Teilnehmende Ärzte:

Knapp 5.000 Hausärzte inkl. Kinder- und Jugendärzte (Stand Oktober 2018)

Teilnehmende Kassen:

AOK (1.576.023 Mitglieder)
BKK VAG (97.809)
Bosch BKK (40.396)
BKK Verbund (62.681)
EK (357.496)
IKK (112.493)
LKK (9.770)
KBS (2.011)

HENNING HVID

Henning arbeitet an Behandlungsmöglichkeiten, die es Menschen einfacher machen, mit Diabetes zu leben und ihn zu behandeln. Henning ist Senior Research Scientist für Insulin-Pharmakologie in der Forschung und Entwicklung bei Novo Nordisk in Dänemark.



Behandlungsmöglichkeiten

Flexibel

Selbstbestimmt

Selbstmanagement

Mehr Freiheit

Lebensqualität

Bei Novo Nordisk stehen seit jeher Menschen mit Diabetes im Mittelpunkt. Seit 95 Jahren verhelfen wir ihnen zu einem Leben mit so wenigen Einschränkungen wie möglich. Unsere Innovationskraft hat ein breites Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten hervorgebracht: Diabetesmedikamente, die eine bessere Kontrolle des Blutzuckerspiegels ermöglichen und gleichzeitig unerwünschte Nebenwirkungen minimieren können.

Unsere Arbeit ist jedoch noch lange nicht getan. Noch immer entwickeln zu viele Menschen mit Diabetes schwerwiegende Folgeerkrankungen wie beispielsweise Herzinfarkte oder Schlaganfälle, die eigentlich verhindert oder verzögert werden könnten.¹

Deshalb werden wir weiterhin neue Behandlungsmöglichkeiten erforschen und entwickeln, die den individuellen Bedürfnissen von Menschen mit Diabetes gerecht werden. So arbeiten wir kontinuierlich auf unser größtes Ziel hin: Diabetes zu besiegen.

Erfahren Sie mehr über unsere Innovationskraft unter
www.novonordisk.de

1. www.idf.org/complications-diabetes

Innovationen für eine bessere Diabetes- versorgung

Pressekonferenz zum Welt-Psoriasistag 2018

Wo unzureichende Versorgung stigmatisiert

„Auch das Vorenthalten einer suffizienten Therapie kann stigmatisierendes Verhalten sein.“ Mit diesem Leitsatz brachte Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, Leiter des Psoriasis-Zentrums an der Abteilung Dermatologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, die Kernbotschaft der diesjährigen Pressekonferenz zum Welt-Psoriasistag 2018 auf den Punkt. Denn der von Dr. Ralph von Kiedrowski, dem kommissarischen Präsident des Berufsverbandes BVDD e.V., eingeforderten „stringenten Umsetzung des WHO-Appells gegen Stigmatisierung“ könne – so Mrowietz weiter – man „am besten begegnen, wenn man die Psoriasis nicht mehr sieht“. Oder fast nicht mehr. Bloßes Wunschdenken? Mitnichten, es kommt leider nur darauf an, wo man in Deutschland wohnt.

>> Es gibt jedoch laut Mrowietz „leider immer noch Ärzte“, zu denen Patienten mit einem therapiebedürftigen Befund kämen, die aus irgendwelchen Gründen sagten: „Es tut mir leid, ich kann nichts mehr für Sie tun.“ Ein Unding, sagt Mrowietz, Councilor des International Psoriasis Council (IPC) und Mitglied im Exzellenzcluster „Entzündung an Grenzflächen“ der Universität Kiel. Seiner Meinung nach darf es solch verweigerndes Verhalten nicht geben, „weil wir heute jede Schuppenflechte so behandeln können, dass chronisch sichtbare Veränderungen so weit in den Hintergrund treten, dass sie nicht mehr unmittelbar sichtbar werden“. Doch eigentlich hätte er wohl besser sagen sollen: „könnten“; vor allem, weil er seine Worte als „Appell an uns alle“ verstand, wobei er hier in erster Linie die niedergelassene Ärzteschaft im Bereich der Dermatologie meint.

Dabei sei in den letzten Jahren eine deutliche Minderung der Krankheitslast zu konstatieren, so Prof. Dr. med. Matthias Augustin, Facharzt für Dermatologie und Venerologie sowie Allergologie und Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), wenn Patienten in dermatologischer Betreuung sind. Hier hätte Deutschland die selbstgesetzten Ziele überwiegend erreicht, vor allem weil viel leitliniengerechter versorgt wird – zumindest von einem Teil der Dermatologen. Wenn Augustin überwiegend sagt, ist er schon mit rund der Hälfte zufrieden: Denn nach wie vor ist bei über 50 % der Patienten – das sind immerhin rund 100.000 Patienten pro Jahr – keine leitliniengerechte Therapie festzustellen, vor allen Dingen, weil zu viele Glucocorticoide verordnet würden. Und das, obwohl es zum einen viel bessere Alternativen gebe und zum zweiten der Wirkstoff gar nicht mehr in den Leitlinien aufgeführt ist.

Doch auch diese 50 % sind irreführend. Der Grund: In Deutschland haben 70 % der Patienten das, was per definitionem eine sogenannte leichte Schuppenflechte ist, der Rest eine mittelschwere bis schwere. Dies folgt der BSA-Klassifikation (Body Surface Area), nach



Die Veranstalter und Protagonisten der Pressekonferenz zum Welt-Psoriasistag 2018 unter dem Motto „Gemeinsam handeln! – Leitliniengerechte Behandlung und Abbau von Stigmatisierung ist möglich – Gemeinsames Handeln ist nötig“ (v.li.): Prof. Dr. Matthias Augustin, PsoNet Deutschland, Hans-Detlev Kunz, DPB e.V., Dr. Ralph von Kiedrowski, BVDD e.V. und Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, DDG e.V.

der größer/gleich 10 % der Anteil der erkrankten Körperoberfläche sein muss, um von einer leichten in eine mittelschwere bis schwere Schuppenflechte zu wechseln. Wohl gemerkt: Als Einheits-Flächenmaß 1 dient die Handfläche eines Menschen.

Hier verweist Mrowietz zu recht auf den – bei dieser Klassifikation – nicht beachtenden Ort der Erkrankung. Die Kernfrage: Ist eine Psoriasis noch leicht, wenn bei 9 erkrankten Handflächen Äquivalenten vornehmlich sichtbare Areale betroffen sind? Nach Mrowietz Meinung auf keinen Fall, weshalb er vehement auf die Anwendung des bestehenden europäischen Konsensus für Therapieziele eintritt. Dieser besagt, dass, wenn bestimmte Faktoren – wie etwa der Befall sichtbarer Areale, großer Teile der Kopfhaut, des Genitalbereichs oder auch von Handflächen und Fußsohlen – vorhanden sind, eine ansonsten leichte Schuppenflechte in eine mittelschwere bis schwere Form upgegradet werden kann.

Was für den Laien nicht ganz so bedeutend klingen mag, hat ernsthafte Konsequenzen für Patient wie Arzt. Der Grund: Eine leichte Psoriasis wird nach Leitlinie mit der althergebrachten topischen Therapie behandelt, zu der neben recht übel riechendem Teer, Vitamin D3 oder vom Patienten selbst zu zahlender UV-Therapie auch Uraltwirkstoffe wie Dithranol (seit 1916 bekannt) und Korticoide gehören. Erst bei mittelschwerer bis schwerer Schuppenflechte steht dem Arzt eine wahre Fülle an systemischen Medikamenten mit hohem therapeutischen Index zur Verfügung.

Dazu zählen laut Mrowietz die modernen Korticoide mit hoher antiinflammatorischer Wirkung, in der Erstlinientherapie der meist verordnete Wirkstoff Dimethylfumarat („Skilarence“), seit Juni 2017 zur systemischen Therapie für Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis zugelassen; gefolgt von Fumarsäureester, bereits vor knapp 20 Jahren unter dem Handelsnamen „Fumaderm“ zur Behandlung der Psoriasis eingeführt. Auf den Verordnungsplätzen 3 bis 5 folgen Methotrexat, Ciclosporin und Acitretin.

Ergänzt wird dieses – im Vergleich zur toxischen Sparte – schon recht stattliche Therapieangebot durch die moderne systemische biologische Erstlinientherapie – mit Wirkstoffen wie Adalimumab, Brodalumab, Certolizumab, Guselkumab, Ixekizumab, Secukinumab sowie Tildrakizumab, für das Hersteller Almirall (Markenname „Ilumetri“) am 15. November dieses Jahres die Zulassung durch die europäische Arzneimittelbehörde EMA erhielt. Als wäre das noch nicht alles, steht auch noch eine systemische „biologische“ Erstlinientherapie (Adalimumab+Biosimilars, Risankizumab) sowie eine Zweitlinientherapie zur Verfügung (Apremilast, Etanercept+Biosimilars, Infliximab+Biosimilars sowie Ustekinumab).

Das Problem dabei: All diese zum Teil hoch effektiven Wirkstoffe bekommen rund 70 % der Patienten nicht, weil eben die Ärzte meist nicht upgraden. Der Grund: Diese Medikamente sind ein bisschen teurer, was alleine nach Mrowietz Worten schon ein Hemmgrund ist, diese Medikamente nicht auf das Rezept zu schrei-

Zitationshinweis

Stegmaier, P: „Wo unzureichende Versorgung stigmatisiert“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), 14-15.; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2104

ben; sprich: Sie den Patienten vorzuenthalten, sie damit zu stigmatisieren.

Ob nun stigmatisiert wird oder nicht, hängt zum größten Teil vom Bundesland ab, beziehungsweise von den dort herrschenden KVen. Deren höchst unterschiedliche Arzneimittelvereinbarungen führen zu einer hohen regionalen Disparität in der medikamentösen Versorgung von Psoriasis. So differierten nach Augustin im Jahre 2016 zum Beispiel die Pro-Kopf Ausgaben für Biologika bei Psoriasis durch Dermatologen zwischen den Polen Brandenburg (knapp 6 Euro) und am anderen Ende Baden-Württemberg mit gerade einmal 60 Cent. Augustin: „Da liegen Welten dazwischen.“ Wobei sich die Welten – über die Jahre hinweg betrachtet – nicht ausgleichen; ganz im Gegenteil: Die Schere klafft immer weiter auseinander. Nach den bis jetzt verfügbaren Zahlen des laufenden Jahres liegt die Verordnungszahl in Brandenburg bei knapp 7 Euro, in Baden-Württemberg bei rund 90 Cent.

Was nach Meinung Augustins so „schnöde“ klingt, hat ernsthafte Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten. „Wenn jemand mit schwerer Psoriasis in Baden-Württemberg zum Arzt geht, wird mit größter Wahrscheinlichkeit keine leitliniengerechte Therapie bekommen, weil er mit 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit auf einen Dermatologen treffen wird, der keine Systemtherapie macht“, verdeutlicht Augustin diese traurige, durch Versorgungsforschung absolut klar darstellbare Wahrheit. Dafür aber werde ein Patient in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern zu 90% auf jemanden treffen, der systemisch und auch mit Biologika therapiert. Augustin: „So unterschiedlich ist die Versorgung in Deutschland.“ Daher seine Forderung: „Wir brauchen Regionen, in denen wir uns nach oben annähern und uns nicht nach unten orientieren.“ An der Stelle zitierte er den ehemaligen US-Präsidenten Barack Obama, der einmal sagte: „Denied access to health care violates human rights and dignity.“

Auch Augustins Meinung nach habe man es bei einem ungenügenden Zugang zur richtigen und ausreichenden (sowie möglichst frühzeitigen) Versorgung mit einem „Verlust an Würde“ zu tun. Dies widerspreche dem, was die UN als „Global Goals“ formuliert hätte, nach denen jeder Patient das Recht und die Chance zum Zugang zu genau der Versorgung haben soll, die er braucht. Doch davon sei Deutschland bei der Psoriasis noch weit entfernt, weshalb man sich neue Konzepte der Versorgung wie das „Cumulative Life Course Impairment“ (kumulierende Schäden vermeiden, frühestmöglich intervenieren) und die „People-centered health care“ – die zukünftig weltweit maßgebliche Versorgungskonzeption – überlegen müsse. <<

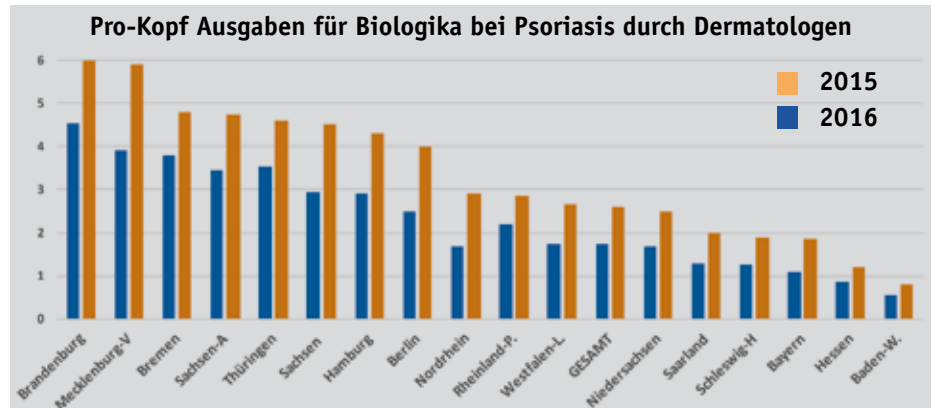


Abb. 1: Pro-Kopf Ausgaben (in Euro) für Biologika bei Psoriasis durch Dermatologen. Quelle: Augustin M et al., Br J Dermatol 165(4): 865-873, 2011; Augustin M et al. Acta Derm Venereol: 147-151, 2010 ; 3; Schäfer I et al. Gesundheitswesen: 308-313, 2011; Augustin M, et al. PsoNet Magazin 2018

Statement des DPB e.V.: Gemeinsam handeln – Patientenvertretung, Patienten und Ärzte

Der DPB will den Patienten als Experten im Umgang mit der eigenen Psoriasis der Haut (Psoriasis vulgaris) bzw. Psoriasis der Gelenke (Psoriasis-Arthritis). Nur wenn Patienten über hinreichendes Wissen zu ihrer Erkrankung verfügen, können sie mit ihrem versorgenden Arzt realistische Therapieziele vereinbaren. Wissen und Vertrauen sind die Basis einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung.

Anspruch auf leitliniengerechte Behandlung

In Deutschland gibt es nach wie vor eine erhebliche Schieflage beim Zugang zu den erforderlichen Therapien. Ob ein Psoriasis-Patient die notwendige – leitliniengerechte – Therapie erhält, hängt auch stark von seinem Wohnort und vom versorgenden Arzt ab. Das liegt zum einen an den zahlreichen, weitgehend intransparenten Versorgungsverträgen in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen und an den Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die wie Damokles-Schwerter über den Arztpraxen hängen. Zum anderen sind die leitliniengerechten therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Psoriasis vulgaris offenkundig noch nicht allen Ärzten bekannt.

Was den DPB als Selbsthilfeorganisation zusätzlich umtreibt, sind die individuellen Kosten für Psoriasis-Patienten. Cremes, Salben und Shampoos zur Basispflege führen ohnehin schon zu hohen privaten monatlichen Fixkosten. Auf- oder Zuzahlungen in der Apotheke für die verschriebenen Therapien belasten die Patienten zusätzlich. Sie höhlen den Solidaritätscharakter der Gesetzlichen Krankenversicherung aus und sind nicht hinnehmbar.

Aufschiebendes Veto der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Die Positionen der Patientenvertretung im G-BA werden meist erst nach vielen Jahren vertraulicher interner Beratungen in den Arbeitsgruppen und Ausschüssen erstmalig im Plenum öffentlich. Hier werden sie dann oftmals einfach niedergestimmt. Im Nachgang heißt es dann, die Patientenvertretung habe ja mitberaten und hätte die Entscheidungen entsprechend beeinflussen können. Doch so ganz ohne Stimmrecht lässt sich leider nicht viel beeinflussen. Das einzige Druckmittel, das der Patientenvertretung zur Einflussnahme bleibt, ist die Herstellung von Öffentlichkeit. Weil bis dahin strikte Vertraulichkeit zu wahren ist, kann Öffentlichkeit jedoch nur im Plenum hergestellt werden – und dann ist es bereits zu spät, denn dann wird einfach ab- bzw. niedergestimmt.

Um den Positionen und Vorschlägen der mitberatenden Patientenvertreter wenigstens ein bisschen mehr Geltung und öffentliches Gehör zu verschaffen, regt der DPB an, der Patientenvertretung ein aufschiebendes Veto-Recht bei allen Entscheidungen des Plenums einzuräumen. Nach den Vorstellungen des DPB könnte das „aufschiebende Veto“ wie folgt aussehen:

Das Mitberatungsrecht von sachkundigen Personen (Patientenvertretern) hat der Gesetzgeber im §140f SGB V normiert. Die sachkundigen Personen dürfen mitberaten; „Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“ An diese Norm knüpft die Vorstellung des DPB an:

- Der Gesetzgeber sollte das Recht der Patientenvertreter auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung mit einem einmaligen, nur aufschiebenden Veto-Recht gegen eine Entscheidung des G-BA stärken.
- Die Beweggründe für das Einlegen des Vetos wie auch die Beweggründe, die der Beschlussfassung zugrunde liegen, müssen unmittelbar öffentlich dargelegt werden. Zudem müssen alle den G-BA-Beschluss betreffenden Unterlagen zeitnah veröffentlicht werden.
- Nach dem Einlegen des Vetos muss der G-BA den betreffenden Sachverhalt binnen einer Frist von drei Monaten noch einmal beraten und eine erneute Entscheidung in öffentlicher Sitzung herbeiführen. Das Veto-Recht der Patientenvertretung entfällt bei dieser zweiten Beschlussfassung.

Eine derartige Aufwertung der Patientenstimme würde an den Stimmrechtsverhältnissen im G-BA letztlich nichts ändern. Es würde aber die Stellung der Patientenvertretung stärken und die öffentliche Wahrnehmung deutlich verbessern.

von: Hans-Detlev Kunz, scheidender Geschäftsführer des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB)

Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA) im europäischen Vergleich

Deutschland steht mit der ePA fast ganz hinten

Wo stehen einzelne europäische Länder bei der Implementierung einer Patientenakte (ePA)? Dieser Frage ging das Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) im Auftrag der Stiftung Münch nach. In der Publikation „European Scorecard zum Stand der Implementierung der elektronischen Patientenakte auf nationaler Ebene / Erstes Update 2018“ wird nun einmal mehr deutlich: Deutschland steht im Hinblick auf die ePA schlecht da – im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern.

>> Die Frage nach dem Stand der ePA in Deutschland und Europa hat die Stiftung Münch bereits 2016 gestellt. Deutschland landete damals in der entsprechenden Rangliste auf dem elften Platz. Auf den Spitzenplätzen lagen Dänemark, Schweden und Estland. Die Studie habe gezeigt, so die Autoren „dass in Ländern mit einer gut etablierten ePA eine klare Vorgabe des Gesetzgebers die Basis für die erfolgreiche Einführung war“.

Im aktuellen Update der „European Scorecard“ sind im Vergleich zu 2016 wenig große Veränderungen zu beobachten. Nach wie vor führen die skandinavischen Länder – Dänemark, Finnland und Schweden – die Rangliste an (s. Abb.1). Gefolgt werden diese von Estland und Spanien. Eine signifikante Verbesserung zeigen das Vereinigte Königreich (um sieben Ränge) und Frankreich (um sechs Ränge). Eine Steigerung um drei Ränge lässt sich bei Spanien und der Schweiz feststellen.

Wie lässt sich aber die skandinavische Vorreiterstellung im Hinblick auf die ePA erklären? „Die Spitzenpositionen Dänemarks und der weiteren, sehr fortgeschrittenen Länder Finnland, Schweden und Estland begründen sich – neben den hervorragenden infrastrukturellen Voraussetzungen, wie die nahezu vollständige Abdeckung mit Breitbandinternet und einer hohen Internetaffinität der Bevölkerung – insbesondere durch die Fortschrittlichkeit in Bezug auf Nutzung, gebotene Inhalte und vorgehaltene Funktionen der jeweiligen ePA“, erklären die Studienautoren. So seien diese ePA nicht nur auf Gesundheitsdaten beschränkt. Es erfolgten eine Sekundärnutzung von ePA-Daten, und es existierten zudem verbindliche Standards zur Interoperabilität. Ferner werde die ePA in allen Krankenhäusern, darunter auch stets in den Notaufnahmen, verwendet. Es gebe parallel dazu eine sehr gute Einbindung von Haus- und Fachärzten, eRezepte könnten ausgestellt werden, und alle Patienten würden vollen Zugang zur eigenen ePA genießen.

Das Vereinigte Königreich zeigt im Ranking den größten Sprung nach oben gegenüber 2016: um sieben Ränge, Frankreich den zweitgrößten um sechs Ränge. Als Gründe werden in der Analyse insbesondere für das Vereinigte Königreich infrastrukturelle Faktoren angeführt, etwa

eine hohe eGesundheitskompetenz und ein geringerer Anteil älterer Ärzte auf der einen Seite sowie verbesserte spezifische Vorschriften für die Inhalte der ePA, wie die Aufführung durchgeführter Prozeduren oder der Zugang zur eigenen ePA, auf der anderen Seite. „Die einzige negative Entwicklung zu 2016 gab es beim Medikationsplan, der laut aktueller Datenlage entfallen ist“, stellen die Studienautoren fest und resümieren: „Es konnten also mit den drei Ländern Spanien, Schweiz und Vereinigtes Königreich, die 2016 noch der gelben, mäßig fortgeschrittenen Gruppe angehörten, in die grüne, weit fortgeschrittene Gruppe aufsteigen.“

Dass Spanien um drei Ränge aufsteigen konnte, habe damit zu tun, dass die ePA im Gesundheitswesen dieses Landes gut verbreitet ist. So verwendeten laut Studienverfassern gegenwärtig nahezu alle Hausärzte eine ePA, und von diesen wiederum über die Hälfte diese zur Rezeptausstellung. Darüber hinaus verwendeten etwa 70 Prozent der spanischen Fachärzte eine ePA.

Standards für Interoperabilität sind ein Erfolgsfaktor

Bei der Schweiz (Verbesserung um drei Ränge, nun auf Platz 6) erklären die Autoren den Sprung mit dem vollständigen Breitbandinternet ausbau, der mit hoher Frequenz der Internetnutzung durch die Bevölkerung einhergeht. Darüber hinaus spielen auch die mittlerweile implementierte Sekundärdatennutzung von ePA-Daten eine Rolle.

Insgesamt zeigt die Untersuchung, so die Autoren, dass mehr Länder als noch im Jahr 2016 einen guten Fortschritt bei der Nutzung und Funktionalität der ePA erreicht haben. Die zweitbeste und mäßig fortgeschrittene Gruppe (gelb markiert in der Abb. 1) führt Portugal mit Platz neun an. Auf dem zehnten Platz folgt Frankreich. Aufgestiegen um sechs Plätze hat das Land damit die rote Gruppe der weniger fortgeschrittenen Länder verlassen. Allerdings hat das offenbar nicht nur etwas mit der realen Verbesserung der ePA-Verbreitung zu tun. Frankreichs deutlicher Sprung nach vorn lasse sich insbesondere dadurch begründen, dass mittlerweile eine bessere Datenlage zu diesem Land vorhanden sei, „das heißt, viele Angaben zu

Inhalten und Funktionen der ePA, die 2016 noch mit keiner Angabe kodiert waren, konnten nun mit einer positiven Angabe, also einem höheren Score, versehen werden“, heißt es in der Studie.

Darüber hinaus würden in Frankreich in den Notaufnahmen von Krankenhäusern ePA flächendeckend eingesetzt. Positiv seien außerdem die infrastrukturellen Eigenschaften, Hochschulabschlüsse in MINT-Fächern oder die Nutzung des Internets zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen.

Auf dem elften Platz befinden sich die Niederlande (keine Veränderung gegenüber 2016) und Österreich (Verschlechterung um drei Plätze). Auf Platz 13 folgen Belgien, Litauen und Polen. Polens relative Verbesserung begründe sich insbesondere durch das verbesserte Breit-

Ranking 2018 und Veränderungen im Vergleich zu 2016		
	Rang	Veränderung
Dänemark	1	↔
Finnland	2	↑1
Schweden	2	↓1
Estland	4	↓1
Spanien	4	↑3
Schweiz	6	↑3
Slowakei	7	↓4
Vereinigtes Königreich	7	↑7
Portugal	9	↓3
Frankreich	10	↑6
Niederlande	11	↔
Österreich	11	↓3
Belgien	13	↓3
Litauen	13	↓1
Polen	13	↑5
Deutschland	13	↓2
Tschechische Republik	17	↑2
Italien	18	↓3
Slowenien	18	↓2
Irland	20	↔

Abb. 1: Punkte der Länder in den jeweiligen Teilkategorien und Gesamtpunktzahl (ungewichtet). Legende gemäß ISO-3166-ALPHA-3-Kodierliste: BEL - Belgien; DNK - Dänemark; DEU - Deutschland; EST - Estland; FIN - Finnland; FRA - Frankreich; IRL - Irland; ITA - Italien; LTU - Litauen; NLD - Niederlande; AUT - Österreich; POL - Polen; PRT - Portugal; SWE - Schweden; SUI - Schweiz; SVK - Slowakei; SVN - Slowenien; ESP - Spanien; CZE - Tschechische Republik; GBR - Vereinigtes Königreich. Quelle: Stiftung Münch.



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

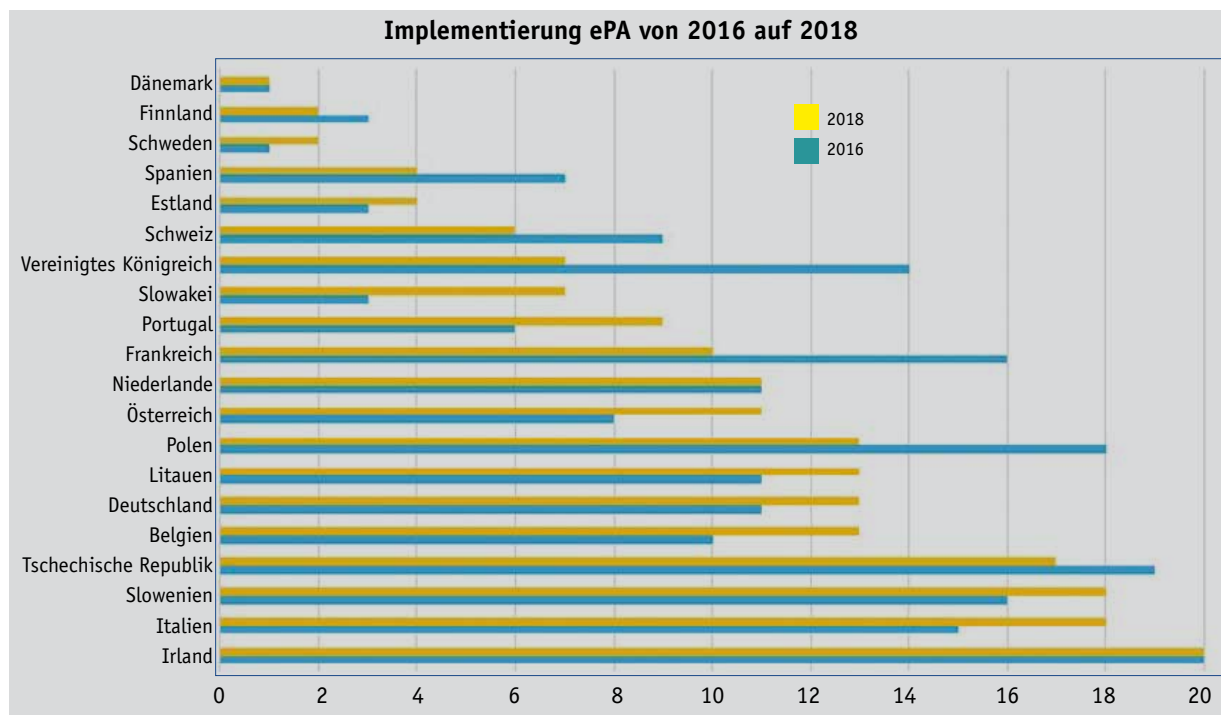
Extra-Services

- ME:CO DMP
- ME:CO Pflegeberatung

g wie gesund

Sofortberatung jederzeit & überall.
Für alle Versicherten.

Basis



Zitationshinweis

Gilbers, O.: „Deutschland steht mit der ePA fast ganz hinten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), 16-18; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2105

Abb. 2: Implementierung ePA von 2016 auf 2018 Quelle: Stiftung Münch, 2018.

bandinternetangebot sowie die inzwischen vorliegenden spezifischen Vorschriften für die Inhalte der ePA, sind die Autoren überzeugt.

Ebenso auf Rang 13 liegt Deutschland, das im Vergleich zur Untersuchung von 2016 um zwei Plätze im Ranking abfällt „und damit gerade so nicht in die rote, wenig fortgeschrittene Gruppe abrutscht“. Das vernichtende Urteil der Studienexperten lautet: „Außer einer Verbesserung des Breitbandinternets konnte die Bundesrepublik keine Verbesserungen in einem weiteren Indikator aufweisen.“ Deutschland sei noch weiter davon entfernt, zu den sehr

fortgeschrittenen Ländern aufzuschließen. Obwohl Deutschland sehr gute infrastrukturelle Voraussetzungen habe, wie beispielsweise sein Scoring in Teilkategorie A zeige (s. Abb. 3), wiesen insbesondere die betrachteten Indikatoren der Teilkategorien D und E darauf hin, dass ePA in Deutschland nicht – wie seitens Politik und Selbstverwaltung erhofft – weit verbreitet und implementiert seien und somit genutzt werden.

„Obwohl sowohl gesetzlich als auch in Form von Interessensbekundungen seitens der Selbstverwaltungspartner ein Top-Down-Ansatz

und, wie aktuelle Umfragen zeigen, eine große Akzeptanz der ePA von Seiten der Versicherer vorhanden ist, kann gegenwärtig beobachtet werden, dass nur einige Kostenträger eigeninitiativ ePA in Form sogenannter ‚Insellösungen‘ vorantreiben und damit eher einem Bottom-Up-Ansatz folgen“, schreiben die Studienverfasser im Ausblick. Sie weisen darauf hin, dass sowohl die Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem amerikanischen IT- und Beratungsunternehmen IBM als auch der AOK Bundesverband im Moment eigene ePA entwickelt haben, die kompatibel zur Telematik-Infrastruktur sein sollen.

Nichtsdestotrotz sehen die Autoren gute Vorzeichen dafür, dass der „große Wurf“ in Sachen ePA in Deutschland in nächster Zeit gelingen könnte.

Allerdings gehen sie davon aus, dass die ePA nicht im Gematik-Rahmen vorangetrieben wird, sondern in alternativen Lösungsansätzen, wie etwa der Kopplung an das von der Bundesregierung geplante Bürgerportal. <<

European Scorecard – erstes Update 2018																					
	BEL	DNK	DEU	EST	FIN	FRA	IRL	ITA	LTU	NLD	AUT	POL	PRT	SWE	SUI	SVK	SVN	ESP	CZE	GBR	max. Punktzahl
A) Infrastrukturelle Voraussetzungen	5	6	6	6	7	6	6	6	6	6	7	7	6	7	7	4	4	8	6	8	9
B) Nutzungseigenschaften und Gesundheitskompetenz	6	8	7	6	8	5	3	3	5	8	6	5	5	8	8	5	5	5	6	7	9
C) Politische und rechtliche Rahmenbedingungen	15	15	14	15	15	17	10	17	15	11	20	18	15	17	17	19	19	18	12	13	21
D) Nutzung und Implementierung	15	19	12	19	17	11	13	12	13	17	15	9	14	19	19	13	13	15	14	17	21
E) Inhalte und Funktionen	18	27	19	25	26	21	16	18	19	19	16	19	22	24	24	25	25	25	19	23	27
Gesamtpunktzahl	59	75	58	71	73	60	48	56	58	61	64	58	62	75	75	66	66	71	57	68	87

Abb. 3: Punkte der Länder in den jeweiligen Teilkategorien und Gesamtpunktzahl (ungewichtet).

Autorin: Olga Gilbers

Novartis Deutschland



Neue Wege in der Medizin

Bei Novartis gehen wir die größten medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft mit wissenschaftlicher Innovation an. Unsere Forscherinnen und Forscher treiben die Wissenschaft voran, um das Verständnis von Krankheiten zu vertiefen und neue Produkte zu entwickeln, die unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse befriedigen. Unsere Leidenschaft gilt der Erforschung neuer Methoden, um das Leben zu verbessern und zu verlängern.





Fachsymposium „Endpunkte in der Onkologie: Impulse für die zukünftige klinische Forschung und Nutzenbewertung“

Der Mensch und das System

Zum vierten Mal fand das Symposium „Endpunkte in der Onkologie: Impulse für die zukünftige klinische Forschung und Nutzenbewertung“ statt. „Impulse zu setzen und die Diskussion in Gang zu halten“ war und ist laut Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur der Ärzte Zeitung und Direktor Nachrichten und Politik von Springer Medizin – dem Veranstalter des Symposiums – das Ziel der von Pfizer und MSD gesponserten fachlichen Zusammenkunft in Berlin. Es wurden nicht nur neue Erkenntnisse im Kontext der Endpunktdiskussion erörtert, sondern in diesem Jahr ganz besonders deutlich gemacht, wie weit doch die Betrachtungsweise von Individuum und System auseinanderliegen, vielleicht sogar weiter denn je.

>> „Die Sicht ist einerseits sehr individuell, andererseits systematisch und systemisch“, gab DKG-Generalsekretär Dr. Johannes Bruns, gemeinsam mit der DGHO und dem Netzwerk gegen Darmkrebs Schirmherr des wie immer gut besuchten Fachsymposiums, zu bedenken. Auch lange nach Einführung des AMNOG sei das Thema der Endpunkte eine Diskussion unterschiedlicher Sichtweisen, wobei es nach wie vor gelte, die unterschiedlichen Welten zusammenzubringen. Da dies jedoch auch innerhalb der nächsten fünf Jahre nicht gelingen würde, sagte er sybellenisch voraus, dass darum wohl noch eine zehnte Veranstaltung nötig sei.

Die Auswirkungen unterschiedlicher Betrachtungsweisen – auf der einen Seite die individuelle, auf der anderen die systemische – sind an vielen Stellen zu erkennen. Da ist zum einen die evidenzbasierte Medizin selbst, bei der aus Sicht des klinischen Forschers oder des forschenden Kliniklers – so Prof. Dr. Michael Hallek, Vorsitzender des Vorstands, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. und Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Universitätsklinik in Köln – Versorgung und Forschung mehr und mehr verschmelzen werden. Um diese These zu visualisieren, zeigte er zu Beginn seines Vortrags zwei Bilder: eine große Lastwagen-Wiegestation, daneben eine kleine feine Goldwaage: eine Analogie indes, die – wie er später zu Protokoll gab – PD Dr. Stefan Lange, stellvertretender Institutsleiter des IQWiG, nicht ganz verstanden hätte.

Dabei ist das eigentlich ganz einfach: Was Hallek damit ausdrücken wollte, ist der Unterschied zwischen dem, was mit großen und mit hohen Ausschlusskriterien versehenen RCT messbar ist und dem, was man mit diesem Instrument eben nicht evaluieren kann. Das sei vor allem all das, was er „mechanismus-basierte Evidenz“ nennt. Hallek: „Wenn man einen klaren Mechanismus vor sich hat, den man versteht, kann es sein, dass man mit einer

Goldwaage auskommen muss.“

Das macht er am Beispiel des Lungenkrebs deutlich, der immer stärker genetisch fragmentiert wird. Auch wenn er damit gewiss nicht negieren möchte, dass randomisierte kontrollierte Studien (wenn sie denn richtig gemacht würden, siehe Seite 20) nach wie vor wichtig und auch der Goldstandard der Evidenz blieben, seien bei bestimmten Mutationen mit klaren Mechanismen RCT einfach nicht möglich. Dies unter anderem alleine schon aus ethischen Gründen: Zum Beispiel gebe es bei der sogenannten ROS1-Mutation ein eindrucksvolles Ansprechen auf dem Wirkstoff Crizotinib („Xalkori“) innerhalb einiger Wochen. Wo normalerweise die Restlebenszeit neun Monate, vielleicht ein Jahr betrage, lebten mit diesem Wirkstoff behandelte Lungenkarzinom-Patienten bis zu acht Jahre nach Erstdiagnose, zum Teil obendrein völlig ohne Beschwerden.

Nun aber hatte der G-BA bei den Tragenden Gründen zum Beschluss über „Xalkori“ – von Pfizer im Januar 2016 auf den Markt gebracht – bei der Bewertung im Juni 2016 zwar einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei der Behandlung des fortgeschrittenen, nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms zuerkannt, nicht aber bei der nachfolgenden Bewertung im März 2017 für die Indikationserweiterung auf das ROS1-positive Lungenkarzinom: Hier wurde ein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie als „nicht belegt“ erachtet.

Das Problem ist für den G-BA, der sich dabei wiederum auf eine gleichlautende Bewertung des IQWiG stützt: „Es liegen keine randomisierten kontrollierten Studien mit Patienten mit einem ROS1-positiven fortgeschrittenen NSCLC

im direkten Vergleich von Crizotinib gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie vor.“

Dass dies aus ethischen Gründen nicht angeht, weil laut Hallek die Vergleichstherapie eine Chemotherapie wäre, wird dabei negiert. Hallek: „Man kann eine solch klare Situation mit der Technologie randomisierter Studien niemals messen, und trotzdem leben die Menschen länger, nur weil sie das Medikament bekommen.“ Da aber bei allen Bewertungen im Zuge des AMNOG-Verfahrens RCT verlangt werden, würde „nichts anderes getan als zu versuchen, den Goldstaub auf die Lastwagenwaage zu legen und wundere sich dann, dass man nichts messen kann“.

Dieses Vorgehen hat jedoch gravierende

Auswirkungen auf die Versorgung, erklärte Professor Dr. med. Michael Untch, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und Leiter

„Versorgung ist Forschung – das ist ein Vorschlag für eine nach vorne gerichtete, wissensgenerierende Versorgungsforschung.“

Prof. Dr. Michael Hallek, Vorsitzender des Vorstands, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. und Direktor Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinik Köln

des interdisziplinären Brustzentrums im HELIOS Klinikum Berlin-Buch, in der anschließenden Podiumsdiskussion. Erst im September dieses Jahres hätte er eine Patientin aufgenommen, die schon alles, was an Chemotherapie auf dem Markt ist, bekommen habe. Nach einem Test wurde eine ROS1-Mutation festgestellt, worauf ein entsprechender Behandlungs-Antrag an die Krankenkasse gestellt worden sei, die Antwort des MDK jedoch vier Wochen auf sich warten ließ: „Crizotinib“ sei zwar für die Behandlung des Lungenkarzinoms zugelassen, aber nicht für die der ROS1-Mutation. Es sei – so Untchs Worte – wegen des „Verdikts des G-BA“ nicht möglich, das Medikament zu geben. Untchs Vorwurf: „Die junge Frau, eine Mutter von vier Kindern, hat damit fast einen Verdikt zum Tod bekommen, obwohl sie die Möglichkeit

Links: Auf dem Podium des in diesem Beitrag referierten ersten Parts zu klinischen Studien: Dr. Peter Kaskel, Prof. Dr. Gerd Antes, Prof. Dr. Michael Hallek, PD Dr. Stefan Lange, Eva Schumacher-Wulf und Moderator Wolfgang van den Bergh.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Der Mensch und das System“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), 20-21; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2106

hätte, länger zu leben, wenn sie versuchsweise dieses Medikament für drei oder sechs Monate bekommen könnte.“ Natürlich sei die Evidenz der RCT „die große Waage“. Doch plädiert Untch dafür, dass „wir auch die kleine Waage brauchen“, denn – mit Blick auf das durch Lange vertretene IQWiG – „diesen Goldstaub, diese Rarität, werden sie in eine große randomisierte Studie überhaupt nicht einbringen können.“

Genau hier stößt eine weitere Welt aneinander: die der Einzel- und der Systembetrachtung. „Wir können nicht über Einzelfälle sprechen, das ist auf der Systemebene nicht möglich“, sagte Lange, fügte aber hinzu: „Das hört sich technokratisch und hart an, und tut mir auch furchtbar leid.“ Doch das sei nun einmal das geltende Prinzip, an das sich das IQWiG zu halten habe; und das sei obendrein wohl begründet. Lange: „Wir müssen unser Wissen in einer strukturierten und transparenten Weise aufbereiten und daraus die Erkenntnisse ziehen.“

Das gilt indes nun nicht nur für medizinische Evidenz, sondern auch für andere Parameter,

wie beispielsweise die PRO¹. Dazu hätte Dr. Ethan Basch von der University of North Carolina² bereits 2017 im „JAMA“ veröffentlicht, dass dort, wo PRO erhoben worden sind – und gegebenenfalls entsprechend reagiert worden ist – die Patienten länger leben. Nach Lange könnte man damit sogar sagen: „PRO retten Leben“; was doch bemerkenswert sei, da dies aufgrund der im Vergleich geringen Kosten fast eine Breakthrough-Designation für die FDA wäre.

Anders hingegen beim progressionsfreien Überleben (PFS³). Die eigentliche Kernfrage hinter dem PFS lautet für Lange: „Führt die Verzögerung des Krankheitsprozesses zu einer Entlastung des Patienten?“ Und weiter: Sagt ein Effekt auf das Surrogat PFS etwas über die Entlastung des Patienten aus? Diese Fragestellungen könne man durch Daten versuchen zu belegen und müsse das auch tun.

v.li.: Symposiums-Schirmherr und Mitinitiator Dr. Georg Ralle (Netzwerk gegen Darmkrebs) mit DKG-Generalsekretär Dr. Johannes Bruns

Das Problem dabei: Eine aktuelle Metaanalyse mit fast 14.000 Patienten aus 38 RCT, die den Zusammenhang zwischen dem Effekt auf das PFS und den Effekt auf die Lebensqualität nachging, wäre nach Lange zu dem „katastrophalen Ergebnis“ gekommen, dass es gar keinen Effekt gebe. „Das, was gerne kolportiert wird, dass ein Behandlungseffekt auf das Surrogat PFS, etwas mit der



Beeinflussung der Lebensqualität zu tun habe, stimmt einfach nicht“, schließt der stellvertretende IQWiG-Leiter aus dieser Metaanalyse.

Das will bei der Podiumsdiskussion Eva Schumacher-Wulf, Chefredakteurin des im Springer Medizin erscheinenden Brustkrebsmagazins „Mamma Mia!“ nicht so stehen lassen. Dabei spricht sie Lange direkt an und sagt: „So wie Sie seit 14 Jahren beim IQWiG sitzen, bin ich seit 14 Jahren mit Patienten unterwegs.“ In dieser Zeit habe sie noch keinen Patienten erlebt, der gesagt hätte, „ach, das ist nicht so schlimm, wenn der Tumor weiterwächst“. Denn in der Regel sei dann ein Therapiewechsel angesagt, fast immer einhergehend mit einem Verlust an Lebens-

qualität (LQ). Für sie ist die Negierung, dass sich die Progression der Krankheit einen Einfluss auf die Lebensqualität hat, überhaupt nicht nachvollziehbar; auch sollte man doch zuerst einmal genau nachschauen, was bei den LQ-Erhebungen überhaupt abgefragt wird. Schumacher-Wulf: „Da gehört doch nicht viel Wissenschaft dazu, um sich vorzustellen, dass ein progredienter Krebspatient dem Tod einen Schritt näher ist.“ Sich vorzustellen, dass das keinen Einfluss auf die LQ haben soll, wüsste sie „gar nicht, wo man diese Fantasie herkriegern will“.

Die Autoren des erst im August dieses Jahres im „JAMA“ erschienenen Artikels⁴ sehen das allerdings ganz anders: „We failed to find a significant association between (effect on) PFS and (effect on) HRQoL⁵ in cancer clinical trials. These findings raise questions regarding

the assumption that interventions prolonging PFS also improve HRQoL in patients with cancer.“

Diese Erkenntnis, so Lange, könne man nicht mehr einfach so von der Hand weisen. Das Ergebnis dieser Analyse – andere gibt es dazu wohl nicht – könne er nun einmal nicht ändern. Lange: „Die Daten zu PFS gehen einfach nicht in die Richtung, die Sie angedeutet haben.“ Damit wolle er nun keine persönlichen Erfahrungen kleinreden, doch seien „diese nicht die Basis, auf der wir arbeiten“. Und, sollte er hinzufügen, nach geltendem Gesetz und darauf aufbauender, derzeit gültiger Verfahrensordnung auch arbeiten müssen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Die Arbeit von Basch zeigt, dass die Hinwendung zum Patienten unter Therapie, ergänzt durch eine kontinuierliche Begleitung, letztlich den Effekt macht. Hier findet die Wissenschaft mit dem klinischen Alltag zusammen, das kann möglicherweise der Schlüssel sein.“
Dr. Peter Kaskel, Senior Market Access Manager von MSD SHARP & DOHME, Haar bei München

„Das Grundprinzip guter Medizin ist die Balance zwischen Schaden und Nutzen. Ich plädiere nicht dafür, mehr RCT zu machen, sondern die vorhandenen besser auszuwerten und vollständig zur Publikation zu bringen.“
Prof. Dr. Gerd Antes, bis Oktober dieses Jahres Wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung, Universitätsklinikum Freiburg

- 1: PRO = Patient-reported Outcome (laut DNVF ein Sammelbegriff für Messgrößen, die auf Patienteneinschätzungen basieren)
- 2: „Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment“, Basch E et al. JAMA. 2017; 318: 197-8
- 3: PFS (Progression Free Survive (progressionsfreie Überleben))
- 4: „Evaluating Progression-Free Survival as a Surrogate Outcome for Health-Related Quality of Life in Oncology“, von: Kovic, B. et al. JAMA Intern Med. 2018; doi:10.1001/jamainternmed.2018.4710
- 5: HRQoL = Health-Related Quality of Life (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Gøtzsche: „Cochrane im moralischen Untergang“

>> Prof. Dr. Gerd Antes ist im November und Dezember 2018 auf Einladung von Prof. Dr. Martin Fischer im Rahmen des Schwerpunktes „Evidenzbasierte Praxis“ Fellow am „Center for Advanced Studies“ (CAS) der Ludwig-

Maximilians-Universität München, das sich als Forum für den intensiven wissenschaftlichen Austausch über die etablierten Fächergrenzen hinweg versteht. Antes,

Mathematiker und Biometriker, war Gründungsdirektor des Deutschen Cochrane Zentrums am Universitätsklinikum Freiburg und bis Oktober 2018 wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung und damit ihr Gesicht, ihre Stimme. Die Stiftung – gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit mit bis zu einer Million Euro pro Jahr – wurde erst im August letzten Jahres vom Universitätsklinikum Freiburg gegründet, um die Aufgaben

des bisherigen Deutschen Cochrane Zentrums wahrzunehmen.

Dass Cochrane international gegenwärtig nicht gut aufgestellt ist, verdeutlichte Antes in seinem letzten Rundmail, wobei er auf einen kürzlich erschienenen Online-Artikel¹ in „Science“ hinweist, der den aktuellen Stand wiedergibt. Unter der Headline „Hospital’s suspension of evidence-based medicine expert sparks new controversy“ schreiben die Autoren Gretchen Vogel und Martin Enserink, dass Peter Gøtzsche, der 1993 Gründungsmitglied von Cochrane war, im September vom Verwaltungsrat von Cochrane wegen „eines einheitlichen Musters störender und unangemessener Verhaltensweisen“ aus seinem Amt entfernt worden, worauf vier weitere Vorstandsmitglieder aus Protest zurücktraten. Zwei Wochen später hätte Gøtzsche erklärt, er werde das Nordic Cochrane Center von der internationalen Organisation zurückziehen, was für Cochrane inakzeptabel gewesen sei.

In einem Interview mit „Science“, so schreiben die Autoren, hätte Cochrane-Cochrane-Vorsitzender Marguerite Koster ausgeführt,

dass Cochrane-CEO Mark Wilson versuchen würde, das Rigshospitalet in Kopenhagen und die dänische Regierung, die das Nordic Cochrane Center finanziert, von der Fortführung der Zusammenarbeit zu überzeugen. Dies scheinbar mit Erfolg, denn laut Aussage des „Science“-Artikels hätte inzwischen das Rigshospitalet, welches das Nordic Cochrane Center beherbergt, die Suspendierung von Gøtzsche bekannt gegeben. „Wir bemühen uns sicherzustellen, dass das Nordic Cochrane Center im Rahmen der internationalen Cochrane Collaboration weitergeführt wird“, sagte laut „Science“ der stellvertretende Rigshospitalet-Vorstandsvorsitzende Per Jørgensen in einer Erklärung.

Gøtzsche kämpft nun mit einer eigenen Webseite² weiter, auf der er „Cochrane im moralischen Untergang“ anprangert. Antes in seinem Rundmail: „Es gibt einen tiefen Graben zwischen vielen Mitgliedern und dem Rest des Boards.“ Um den – nach Antes – zerstörerischen Kurs hin zu einer nicht zu rechtfertigenden und kontraproduktiven Zentralisierung zu stoppen, sei eine Initiative³ gestartet worden. Die inzwischen geschlossene Online-Petition unter dem Titel „Cochrane Members for Change“ wurde jedoch bei 620 Unterschriften gestoppt, obwohl eigentlich 1.000 anvisiert waren. <<

Antes: „Masse zählt anstatt Klasse“

>> Eine gute und evidenzbasierte Behandlung von Patienten fußt nach Ansicht der AWMF auf seriöser medizinischer Forschung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) sieht jedoch die Durchdringung von Wissen aus der seriösen Wissenschaft in die Praxis zunehmend gefährdet. Symptome dieser Fehlentwicklung seien die zunehmende Verbreitung von wertloser Forschung und von Pseudowissen über sogenannte Predatory Journals und Fake-Kongresse sowie durch Einflussnahmen von Lobbygruppen.

„Die Integrität medizinischer Forschung ist eine wesentliche Grundlage für die Einführung wirksamer Diagnose- und Behandlungsverfahren“, sagt Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg, Präsident der AWMF. Seriöse Forschung bilde sich unter anderem in systematischen Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration und in medizinischen Leitlinien ab, die von den 180 in der AWMF zusammengeschlossenen Fachgesellschaften entwickelt und verbreitet werden. „Demgegenüber breiten sich aber unseriöse Informationen ungehemmt aus – dadurch sehen wir Patienten in Gefahr“, erklärt der AWMF-Präsident.

Wesentliche Gründe dieser Fehlentwicklung seien falsche Belohnungssysteme, die

nicht nur durch Fremdeinflüsse, sondern auch durch die Erosion eigener Ansprüche der medizinischen Wissenschaft befeuert werden. Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes, ehemaliger Direktor von Cochrane Deutschland, der diese Fehlentwicklung schon seit Jahren kritisch beobachtet, macht das Kernproblem aus: „Masse zählt anstatt Klasse.“ Symptomatisch dafür seien zunehmende Vielfachveröffentlichungen von Studien. Als mitverantwortlich für die Publikationsmengenausweitung sieht Prof. Antes falsche Anreizmechanismen an den Universitäten. Statt langen Listen mit Veröffentlichungen, die für die Karriereentwicklung von Wissenschaftlern beispielsweise im Rahmen von Habilitations- und Berufungsverfahren ausschlaggebend sind, sollten die wirklich für die Verbesserung der Patientenversorgung relevanten Publikationen berücksichtigt werden. Er kritisiert in diesem Zusammenhang auch die leistungsorientierte Mittelvergabe an universitären Einrichtungen und fordert ein Umdenken. Insbesondere habe die von der AWMF seit Jahren vielfach kritisierte Heranziehung des Journal Impact Factor, also die errechnete Zahl, die darüber Auskunft gibt, wie oft Artikel einer bestimmten Zeitschrift in anderen Publikationen zitiert worden sind, mit dafür gesorgt, dass vor allem die Menge zähle. <<

Förderbekanntmachungen

>> Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat die Veröffentlichung von zwei weiteren Förderbekanntmachungen im Bereich der Versorgungsforschung beschlossen. Die Förderbekanntmachungen zielen auf Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der folgenden Richtlinien des G-BA:

- Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)
- Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

Nähere Informationen zu den inhaltlichen und formalen Anforderungen, die an die Anträge gestellt werden, sind auch den Leitfäden für die Antragstellung und den Allgemeinen Hinweisen und Nebenbestimmungen zu entnehmen. Darüber hinaus steht der mit der Abwicklung der Fördermaßnahmen beauftragte Projektträger – das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (DLR) – Förderinteressierten für eine individuelle Beratung zur Verfügung. Förderanträge können ab sofort bis zum 19. Februar 2019, 12.00 Uhr, eingereicht werden. <<

IQWiG-Herbstsymposium 2018 „Saure Früchte vom Baum der Erkenntnis? Wie wir Evidenz kommunizieren“

Windeler: „Schlechte Forschung ist einfach schlecht“

Zehn Expertinnen und Experten beleuchteten anlässlich des schon traditionellen IQWiG-Herbstsymposiums 2018 die Art und Weise wie Evidenz kommuniziert wird oder besser: werden sollte. Aufgearbeitet wurden von renommierten Kommunikationswissenschaftlern die Grundlagen, Barrieren und Erfolgsfaktoren effektiver Gesundheitskommunikation, unter besonderer Berücksichtigung von Internet und Fakenews. Doch die richtigen – so der Veranstaltungstitel – „Saure Früchte vom Baum der Erkenntnis“ kamen von IQWiG-Leiter Prof. Dr. Jürgen Windeler selbst, der nicht nur erklärte, dass viele zu kommunizierende Ergebnisse „zum Teil schwer verständlich, zum Teil kontraintuitiv und in einer ganze Reihe von Fällen beides gleichzeitig“ seien, nicht selten tatsächlichen oder vermeintlichen Erfahrungen von Einzelnen widersprüchen, aber – das wohl schlimmste – obendrein auch noch falsch sein können.

>> Bei der Vorbereitung des Symposiums ist Windeler, wie er zu Beginn der Veranstaltung ausführte, unter anderem auf ein Zitat einer Frau gestoßen, die sich an einer qualitativen Untersuchung beteiligt hatte und sagte: „Ganz ehrlich: Mich interessieren die Zahlen nicht. Wenn ich zur Mammografie gehe, will ich wissen, was mit mir ist und nicht, was mit 98% der Frauen ist. Jeder Mensch ist anders.“ Das ist nach Worten Windelers eine sehr nachvollziehbare Haltung (s. dazu auch Seite 20/21), setzt aber auch voraus, dass die zu kommunizierenden Zahlen selbst richtig sind.

Das indes bezweifelt der IQWiG-Chef im Großen und Ganzen und bekommt dabei Schützenhilfe von der AWMF, die in einer Presseverlautbarung (s. S. 22) feststellte, dass sich unseriöse Informationen ungehemmt ausbreiten würden. „Kommunikation hat die Motivation, Menschen mit guten und richtigen Informationen zu versehen“, sagt Windeler und fordert eine „weitreichende Verpflichtung“ für Wissenschaft und EBM, für richtige und belastbare Erkenntnisse zu sorgen. Denn – so Windeler – „sonst können wir noch so tolle Kommunikationsideen und -strategien entwickeln, werden aber nicht mehr machen als aus wissenschaftlichem Müll besser konsumierbaren Müll, was nicht Sinn der Sache sein kann“.

Wer, so Windeler weiter, den Anspruch erhebe, dass die Öffentlichkeit, die Laien, Bürger, Ärzte und Politik wissenschaftliche Erkenntnisse zur Kenntnis und ernst nehmen oder sogar zur Grundlage für Entscheidung machen sollten, müsse sich noch ernsthafter als bisher bemühen, diesem Anspruch gerecht zu werden.

Auf die selbst gestellte rhetorische Frage „Wie steht es damit?“ hat er natürlich auch gleich eine Antwort, die er dem Artikel „Die geschlossene Gesellschaft und ihre Freunde“ von Frank Renkewitz, erschienen im Nomos-Buch „Evidenzbasierte, evidenzinformierte Gesundheitskommunikation“¹ entnahm. In diesem Artikel nimmt Dr. rer. nat. Frank Renkewitz, Habilitand, Lehrstuhlmitarbeiter und Akademischer

Rat im Fachgebiet Psychologie der Universität Erfurt, Bezug auf das „Reproducibility-Project: Psychology“, das es schaffte, 100 Studien aus drei führenden und zitationsstarken psychologischen Fachzeitschriften zu replizieren. Während die Originalstudien durchweg signifikante Ergebnisse erzielt hätten, wären bei den replizierten Studien aus den Bereichen der Sozialpsychologie und der Kognitiven Psychologie nur noch rund ein Drittel (36%) signifikante Ergebnisse aufgetreten, zudem hätten sich die Effektstärken im Mittel von 0,4 auf 0,2 halbiert. Windeler: „Ich glaube, dass das nicht nur ein Problem der Psychologie sein könnte, sondern auch das von anderen Disziplinen und solche Ergebnisse auch in der medizinischen Forschung nicht unwahrscheinlich wären.“

Wer allerdings die von Renkewitz zitierte Originalarbeit „The Reproducibility Project – An Open, Large-Scale, Collaborative Effort to Estimate the Reproducibility of Psychological Science“² sichtet, darf einen Hinweis nicht übersehen, der da lautet: „Der wichtigste Punkt ist der, dass Fehler beim Replizieren nicht direkt anzeigen, dass der ursprüngliche Effekt falsch ist.“ Die beobachteten Unterschiede könnten auch aufgrund unzureichender Leistung, Designprobleme oder bekannter wie unbekannter limitierender Bedingungen aufgetreten sein.

Windeler hält es dennoch mit Renkewitz, der in seinem Artikel gemahnt hatte, dass durch die fehlende Replikation das Bild einer Wissenschaft entstünde, die Erfolge und Innovationen beinahe unterbrechungslos aneinanderreicht und so das Bild einer Wissenschaft vermittelte, die kaum noch in der Lage ist, Irrtümer von Erkenntnissen zu unterscheiden. Wobei Renkewitz allerdings darauf hinwies, dass sich nach den Replikations-Erkenntnissen einiges zu ändern scheine, was Windeler aber gleich mit den Stichworten „Research Waste“, „Publication Biases“, „Predatory Journals“ sowie dem „Dauergeschwätz um Real World Data“ ergänzte.

Doch ebenso hält es der IQWiG-Chef für eine fatale Entwicklung, die Integrität von Forschung



IQWiG-Leiter Prof. Dr. Jürgen Windeler. Quelle: IQWiG

mit der Integrität von handelnden Personen zu verwechseln. Schlechte Forschung werde nach Windelers Meinung keinen Deut besser, wenn sie „von wohlmeinenden, von keinen Interessenkonflikten berührten ehrlichen Menschen mit ethisch begrüßenswerten Motiven gemacht“ werde, denn „schlechte Forschung ist einfach schlecht und deren Ergebnisse sind unbrauchbar“.

Darum macht er sich für sorgfältige wissenschaftliche Methoden – wozu eben auch die Replikation gehöre – stark, die dazu erfunden worden seien, „ohne Ansehen der Integrität und ohne Betrachtung der Motivation der Personen“ zu verlässlichen und einigermaßen fehlerarmen Ergebnissen zu kommen. Darum sollten alle EBM-Fans aufpassen – was in den letzten Jahren nicht genug geschehen sei – das nicht die zentralen wissenschaftlichen Grundlagen unter einem Berg von Motivationsforschung und einem ebensolchen von persönlicher Integritätsforschung begraben würden. Grund- und Gründungsidee der EBM und damit Basis der Evidenzhierarchie sei es doch zu sagen: „Es kommt darauf an, was gesagt wird und nicht von wem.“ Windeler: „Es erscheint mir notwendig, dieses Prinzip wieder verstärkt in den Fokus zu nehmen und sich neu darum zu kümmern.“ <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783845291963/evidenzbasierte-evidenzinformierte-gesundheitskommunikation>

2: <https://osf.io/sejcv/>



Serie (Teil 15): Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung der Universität Bayreuth

„Plattform für die Digitalisierung“

Wer an Bayreuth denkt, kommt an den dort seit 1876 aufgeführten Wagner'schen Festspielen nicht vorbei. Richard Wagner war zu seiner Zeit aus musikwissenschaftlicher Sicht ein Revolutionär und Innovator. Auch an der 1972 gegründeten Universität Bayreuth ist man dieser innovativen Richtung treu geblieben und hat viele interdisziplinäre Studiengänge entwickelt, die sich im Wettbewerb gut positionieren konnten. Doch denkt man bei Bayreuth ganz sicher nicht automatisch auch an Versorgungsforschung. Dabei wurde dort bereits in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts begonnen, die Gesundheitsökonomie in Forschung und Lehre zu etablieren. Schon früh wurde damals erkannt, dass die Konvergenz von Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften – zunächst vor allem im Bereich der Medizin, später auch in den Pharmazeutischen Wissenschaften und den Pflegewissenschaften – benötigt wird, um die zunehmende Komplexität in der Versorgung lösungsorientiert zu bewältigen.

>> Der Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung wurde zum April 2017 im Zuge des komplementären Ausbaus der Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth gegründet. Neben der Abdeckung der namensstiftenden Fachdisziplinen ergänzt der Lehrstuhl, der in der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät beheimatet ist, das bereits vorhandene Kern-Portfolio in Lehre und Forschung um die Bereiche des Technologie- und Innovationsmanagements in der Gesundheits- sowie der Pharmakoökonomie.

Das sind drei große Metathemen, die je-

manden benötigen, der sie beherrscht und vor allen Dingen auch in der Lage ist, sie inhaltlich mit Vorausschau voranzutreiben. Gefunden wurde diese Person mit Prof. Dr. Dr. Klaus H. Nagels, der bereits seit 2010 als Professor für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth in privatrechtlicher Anstellung lehrte und dort bis 2015 seinen Fast-Namensvetter, Prof. Dr. Eckhard Nagel, vertrat, der in diesem Zeitraum das Amt des Ärztlichen Direktors und Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Essen wahrnahm.

Nagels war aber auch schon davor mit dem



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels studierte von 1983-1987 pharmazeutische Wissenschaften an der Universität Bonn und 1986 als DAAD-Stipendiat an der Technischen Hochschule in Zürich. Nach seiner Approbation als Apotheker wurde er 1988 an der Universität Düsseldorf zum Medizinstudium zugelassen und fertigte von 1989 bis 1992 seine Dissertation an der ETH Zürich an. Gleichzeitig absolvierte er an der Universität Zürich vertiefende Studien in Pharmakologie und Pharmakokinetik, studierte darüber hinaus bei international führenden Professoren für Drug Delivery Systeme der University of Utah und der University of Wisconsin. 1992 trat er als Leiter einer Forschungs- und Entwicklungsabteilung in die Pharmaindustrie ein. 1997 wechselte er zu Roland Berger. Von 2005 bis 2007 leitete er die Practice Group Life Science and Health Care an der European School of Management and Technology (ESMT) in Berlin. Im Jahr 2010 wurde er von der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth zunächst zum W3-Professor für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften bestellt.

Link

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

zwischenzeitlich verstorbenen Gesundheitsökonom Prof. Peter Oberender im Gespräch über mögliche Forschungs Kooperationen und dadurch mit Bayreuth seit Ende 2007 verbunden. Einen großen Teil seiner Motivation schöpft er aus eigener Erfahrung in der Krankenversorgung. Bereits Anfang der achtziger Jahre arbeitete er einige Zeit in der Röntgenabteilung der Kinderonkologie der Uniklinik Bonn. Nagels: „Dorthin kamen damals oft Kinder, die Sarkome oder Leukämien hatten, doch konnte bei vielen die jeweilige Erkrankung zu dieser Zeit nicht gestoppt werden. Durch die vielen Besuche der Kinder in der Abteilung für bildgebende Verfahren habe ich das Fortschreiten der Erkrankungen und das Herannahen des Todes miterlebt.“

Das bleibt im Gedächtnis und treibt mich heute noch an. Gottseidank sind wir seitdem weitergekommen und die gebündelten Kraftströme von molekularbiologischen Erkenntnissen und digitalen Optimierungsoptionen lassen auf weitere Erfolge hoffen“. Wer so etwas persönlich erlebt hat, für den hat der doch sehr technokratisch daher kommende Begriff des „unmet medical need“ auch ein Gesicht und eine Verbindung zu persönlichen Schicksalen.

Nagels' Beitrag in der Forschung liegt in vielen Fällen darin, die Richtung von innovationsgetriebenen Veränderungen zu erfassen, den Boden für die Umsetzung von Innovationen zu bereiten und vor allem dazu beizutragen, Translationsprozesse zu beschleunigen. Dazu müssen zum einen Erfolgsfaktoren verstanden, zum anderen realistische Einschätzungen zum Wert von Innovationen für die Versorgung evidenzbasiert eruiert bzw. abgeschätzt werden. „Klinische und gesundheitsökonomische Transparenz sind dafür unverzichtbare Instrumente“, weiß Nagels aus seiner langjährigen Erfahrung als medizinisch-pharmazeutisch geprägter Pharmamanager und Unternehmensberater, der den Wert betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Instrumente für die Vorbereitung von in dieser Hinsicht evidenzbasierten Entscheidungen schätzt.

Medizin, Gesundheitswissenschaften und Ökonomie schließen sich nicht aus, wenn es darum geht, evidenzbasierte Transparenz zu schaffen. „Das brauchen wir in der Versorgung eben auch, um zu entscheiden, welche Versorgungskonzepte wir aufgeben und welche wir aus diesem grandiosen Strom von Innovationen in die Versorgung aufnehmen“, sagt Nagels. Seine Vision für die nächsten Jahre liegt darin, die digitale Transformation, vor allem mit Blick auf die Konvergenz von

Datenströmen, zu begleiten. Insbesondere in der Onkologie, aber auch für viele chronische Erkrankungen, könnte die Versorgung für Patienten so weiter optimiert werden.

2016 auf den neu geschaffenen und komplementär zum bestehenden Portfolio ausgerichteten W3-Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung an der Universität Bayreuth berufen, bereichert Nagels mit dieser Vision die Ausbildung von jährlich etwa 100 bis 120 jungen Gesundheitsökonom* (BA, MA, MBA). Zusätzlich zu seinen Aufgaben als Lehrstuhlinhaber ist Nagels Vorsitzender der Ethikkommission der Universität Bayreuth sowie in der AMNOG-Schiedsstelle und in der European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO) engagiert.

Obgleich der Bezug neuer Räumlichkeiten des Lehrstuhls im April 2017 einigen Aufwand mit sich brachte, blieb die Kontinuität der langjährig durch Nagels betreuten Forschungsprojekte gewahrt und die damit verbundenen Forschungserfolge wurden eingefahren. Das Projekt „CardioBBEAT“, das als erste prospektive und multizentrische Untersuchung in Deutschland simultan sowohl klinische als auch ökonomische Auswirkungen des Telemonitorings bei 621 Hochrisikopatienten mit chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie analysierte, wurde erfolgreich abgeschlossen.

Seit Mai 2018 arbeitet das Lehrstuhlteam mit einem führenden Anbieter von Arztpraxissoftware zusammen, in deren Mittelpunkt digitale Anwendungen stehen, die auf Verbesserungen in der Versorgung und Effizienz in den Arbeitsabläufen von Praxen ausgerichtet sind. Die von Dominik Seitz durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen laufen beispielsweise unter Berücksichtigung von Dienstleistungstheorien, die in Bayreuth seit Jahren auf internationalem Niveau weiterentwickelt werden.

Oberste Prämisse und auch Philosophie des Lehrstuhlteams ist, dass wissenschaftliche Theorie, und zwar medizinisch-gesundheitswissenschaftliche und wirtschaftswissenschaftliche gleichermaßen, helfen können, die Herausforderungen der Versorgungspraxis zu strukturieren und lösungsorientiert aufzuarbeiten. Nagels: „Theorie und Praxis schließen sich nicht aus, beides ist relevant und wir nutzen auch bisher nicht genutzte theoretische Ansätze, um mögliche Beiträge für die Versorgung und die Bedeutung der vielen Facetten der so genannten „Digitalisierung“ strukturiert zu fassen.“

Den Schwerpunkt legt das Lehrstuhl-

team, zu dem im Sinne eines erweiterten Führungskreises maßgeblich Dr. Reiner Hofmann und Dominik Bindl gehören, im jeweiligen Kontext auf die Anwendung gesundheitsökonomischer, klinisch-epidemiologischer Methoden sowie Methoden der Versorgungsforschung.

Der Konfiguration und Koordination von versorgungsrelevanten Kernprozessen wird dabei aus der Perspektive des Innovations- und Technologiemanagements übergreifende Priorität eingeräumt, zumal das Forschungsteam hier auch die konstituierenden Elemente der digitalen Transformation im Gesundheitswesen sieht.

Denn nach Ansicht von Nagels reift – wenn man die vielen Innovationen und Erweiterungen von Diagnose-, Präventions- und Therapieoptionen rekapituliert – die Erkenntnis, dass der Einfluss der Konfiguration und aufeinander abgestimmten Koordination aller Versorgungskomponenten von „Input“ bis „Outcome“ wissenschaftlich meist noch recht unzureichend untersucht ist. Seiner Meinung nach wäre durchaus auch unter Alltagsbedingungen mehr Präzision in der Medizin als bisher machbar, wenn man denn die Ergebnisse der Versorgungsforschung ernst nähme. Nagels: „Genau darin liegen das Verbesserungspotenzial für Behandlungsergebnisse, die Quelle für mehr Patientensicherheit und die Ansätze für effektiven und effizienten Ressourceneinsatz, gerade wenn man die Folgen mangelnder Präzision beispielsweise in der Diagnostik in Betracht zieht.“ Die Versorgungsforschung ist für ihn daher eines der strategisch spannendsten Forschungsgebiete – schon allein deshalb, weil Versorgungsforschung eine, wenn nicht die maßgebliche Plattform für die zukunftsweisenden Themen und Segmente der Digitalisierung bildet.

Der Lehrstuhl ist hierfür gut gerüstet. Es werden breit gefächerte Arbeitsbereiche abgedeckt, bei denen es u.a. um Analysen der Effektivität, Akzeptanz und Rahmenbedingungen technologiegestützter Versorgungsformen geht oder bei denen die digitale Transformation, insbesondere die des ambulanten Sektors, im Hinblick auf vorliegende und sich entwickelnde Geschäftsmodelle erforscht wird. Zudem wird an pharmakoökonomischen Analysen, Krankheitskostenstudien, Discrete Choice-Experimenten und an der Lebensqualitätsforschung zu den bereits erwähnten seltenen neuromuskulären Erkrankungen gearbeitet sowie Outcome- und Kostenvergleiche von onkologischen Behandlungen, speziell in der Radioonkologie, erstellt. <<

* Obwohl in dieser Serie die männliche Schreibweise verwandt wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.



Fabienne Englmeier,
wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> **Warum studieren/arbeiten Sie am Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung?**

Das Ziel, allen Menschen eine flächendeckende medizinische Versorgung bereitzustellen, ist für mich einer der wesentlichen Aspekte, der das Themengebiet Versorgungsforschung auszeichnet und mein Interesse geweckt hat. Der Versuch, Fragen u. a. nach dem Nutzen einer Therapie unter Alltagsbedingungen oder zur Kommunikation bzw. Zusammenarbeit der verschiedenen Stakeholder im Gesundheitssystem zu beantworten, haben mich dazu bewogen, an diesem Lehrstuhl als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig zu sein.

Was zeichnet in Ihren Augen den Lehrstuhl aus?

Unser Lehrstuhl zeichnet sich insbesondere durch seine Interdisziplinarität aus. Ansätze und Methoden der Gesundheitsökonomie, der Gesundheitswissenschaften oder auch der Medizin sind hierbei relevant für die Lösung komplexer Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem. Das weite Spektrum von Innovations- und Technologiemanagement im Gesundheitswesen bis hin zu medizinischen Themengebieten wie seltenen Erkrankungen, vektorübertragenen Virusinfektionen sowie Analysen zur Behandlung von Krebserkrankungen mit hochtechnologisierten Verfahren, wie der Protonenbestrahlung, zeigen die Vielfältigkeit dieses Lehrstuhls.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Zurzeit beschäftige ich mich mit den vek-

torübertragenen Virusinfektionen Chikungunya und Dengue Fieber. Vor dem Hintergrund der klimawandelbedingten Ausbreitungsmuster von Mücken konnten Infektionsausbrüche in bisher nicht betroffenen Gebieten außerhalb Deutschlands verzeichnet werden. Unser Forschungsziel ist es, unter Verwendung von Klima- und Habitat-Modellen, die gesundheitsökonomischen und klinischen Auswirkungen entsprechender Infektionen zu untersuchen. Unser Forschungsprojekt ist interdisziplinär ausgerichtet und setzt maßgeblich auf den Forschungsergebnissen der Arbeitsgruppe des Biogeographen Prof. Dr. Carl Beierkuhnlein auf.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mein Ziel ist es, mit Hilfe der Versorgungsforschung frühzeitig auf Versorgungsprobleme aufmerksam zu machen, damit entsprechende Schritte, wie beispielsweise Präventionsmaßnahmen, eingeleitet werden können. Zur Etablierung dieser gilt es, politische Entscheidungsträger über derzeitige und kommende Herausforderungen sowie Defizite anhand aussagekräftiger Forschungsergebnisse zu informieren. <<



Nina Gröschel,
wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> **Warum arbeiten Sie am Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung?**

Ich arbeite am Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung, weil mich die interdisziplinäre Ausrichtung des Lehrstuhls begeistert – vor allem das Zusammenspiel von Ökonomie und Medizin empfinde ich als spannend. Zudem haben mich die Forschungsprojekte des Lehrstuhls persön-

lich besonders angesprochen, insbesondere die Krankheitskostenstudien und Lebensqualitätsforschung.

Was zeichnet in Ihren Augen den Lehrstuhl aus?

Der Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung ist in zahlreichen Kooperationen mit Praxispartnern vernetzt und bietet daher umfangreiche Möglichkeiten, interessante Projekte zu realisieren. Besonders am Herzen liegt mir die Kooperation mit dem Friedrich-Baur-Institut des Klinikums der Universität München zu seltenen neuromuskulären Erkrankungen, sodass ich dort meinen aktuellen inhaltlichen Fokus gesetzt habe. Gerade im Bereich der seltenen Erkrankungen sind umfangreiche Studien aufgrund der geringen Patientenpopulation oft schwierig. Im Rahmen dieser Kooperation haben wir jedoch die Möglichkeit, über das Friedrich-Baur-Institut und deren Patientenregister mit genau diesen Patienten in Kontakt zu treten und können so unsere Studien in diesem Feld mit großer statistischer Aussagekraft ausstatten.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Der Schwerpunkt meiner Forschung liegt auf Studien zu Krankheitskosten und auf Untersuchungen der Lebensqualität von Patienten mit seltenen neuromuskulären Erkrankungen, wie beispielsweise den Muskeldystrophien Duchenne und Becker-Kiener. Dabei sind auch die epidemiologischen und medizinischen Hintergründe sowie die bereits bestehenden Behandlungen ein Bestandteil meiner Arbeit. Aktuell untersuche ich in einer gesundheitsökonomischen Modellierung die Auswirkungen einer potenziellen Arzneimittelinnovation auf die Krankheitskosten, die Lebenserwartung und die Lebensqualität von Patienten mit der Muskeldystrophie Duchenne.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Es ist mir ein Anliegen, gerade den Patienten mit seltenen Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Im Rahmen der digital unterstützten Versorgungsforschung können sinnvolle Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten und deren Angehörigen identifiziert werden. Die Optimierung der Datenlage und die Durchführung von gesundheitsökonomischen Studien können außerdem dabei helfen, Anreize für die Entwicklung neuer Behandlungsoptionen zu setzen. <<

Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung

5-Punkte-Sofortprogramm für den Gesetzgeber

- I. Gesetzgeber gibt Zielquoten für integrierte, populationsorientierte Verträge vor
- II. Regionale Gebietskörperschaften dürfen Verträge initiieren – Krankenkassen müssen Nicht-Teilnahme begründen
- III. Bundesversicherungsamt prüft Einhaltung der Zielquoten
- IV. Krankenkassen veröffentlichen Outcomes
- V. Integrierte Versorgungssysteme nutzen Daten zur Performance-Messung



www.optimedis.de



Positionspapier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Versorgungsforschung – Potenzial nutzen & Qualität sichern!

Im Vorfeld des 17. Kongresses für Versorgungsforschung vom 10. bis 12. Oktober 2018 legt das DNVF ein aktualisiertes Positionspapier vor. Insgesamt zwölf Maßnahmen werden empfohlen, um die Qualität der Versorgungsforschung in Deutschland zu verbessern und langfristig zu sichern, sowie den Transfer der Versorgungsforschungsergebnisse in die Praxis und damit den Nutzen der Versorgungsforschung zu steigern. In diesem Zusammenhang werden Transparenz, Ziel- und Transferorientierung der Forschung und die Schaffung von Forschungsinfrastrukturen gefordert.

>> In Wissenschaft, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik herrscht Konsens darüber, dass die Versorgungsforschung eine wichtige Basis für ein lernendes und sich stetig modernisierendes Gesundheitssystem bietet. Doch Ergebnisse aus der Versorgungsforschung allein sind dafür nicht hinreichend.

Stattdessen ist für ein lernendes Gesundheitssystem und die dazu erforderlichen Modernisierungs- und Optimierungsprozesse eine **transferorientierte Forschung unabdingbar**. Dazu müssen zum einen die Qualität der Forschung und die Forschungsergebnisse transparent gemacht sowie die Ergebnisse unter Berücksichtigung aller Beteiligten inklusive der Patienten interpretiert und diskutiert werden (partizipative Forschung und „Clearingprozess“). Zum anderen müssen anschließend praktische Implikationen im Konsens aller Beteiligten abgeleitet werden (transfer- und umsetzungsorientierte Forschung). Auch umgekehrt sollte ein Transfer aktueller Fragestellungen und Forschungsbedarfe aus der Praxis in die Forschung erfolgen. Förderprogramme sollten aktuelle Forschungsbedarfe aufgreifen und ihr Erfolg sollte an Versorgungszielen evaluierbar sein (versorgungsrelevante und versorgungszielorientierte Forschung). Möglichst gesamtgesellschaftlich **konsentiierte Versorgungsziele** sollten als Planungs- und Steuerungselement der Gesundheits- und Forschungspolitik dienen.

Durch Versorgungsziele und an praktischen Fragen ausgerichtete, partizipative und transferorientierte Versorgungsforschung kann das große Potenzial der Versorgungsforschung für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems genutzt werden.

Empfohlene Maßnahmen:

1. Entwicklung von Versorgungszielen zu drängenden Gesundheitsproblemen in Abstimmung aller Player und Betroffenen, die u.a. der thematischen Fokussierung und Evaluation von Förderprogrammen dienen¹ (Ziel: *Planung, Steuerung der Forschungsförderung*

und Evaluation ihrer Ergebnisse).

2. Verpflichtende Registrierung aller öffentlich geförderten Versorgungsforschungsprojekte in einem zentralen Studienregister (Ziel: *Transparenz*)².
3. Verpflichtende laienverständliche Publikation und Diskussion der Methoden, Datenquellen und Ergebnisse aller öffentlich geförderten Versorgungsforschungsprojekte und Ableitung von Implikationen für Praxis, Wissenschaft und Politik im Konsens aller Beteiligten; verpflichtende Durchführung von „Transfer-Konferenzen/-Workshops“ seitens der Projektnehmer (Ziel: *partizipative und transferorientierte Forschung; clearing- und transferorientierter Prozess*).
4. Verpflichtende Berücksichtigung von Fragestellung und Erkenntnisse der Implementierungsforschung im Rahmen der Projektgestaltung, denn Barrieren und Förderfaktoren für die spätere Umsetzung des Versorgungsprojekts können im Projektverlauf bereits erfasst und evaluiert werden (Ziel: *Stärkung einer transferorientierten Projektgestaltung in der Versorgungsforschung*).
5. Entwicklung von Strategien und Prozessen zur Bewertung von Versorgungsforschungsergebnissen und Ableitung praktischer Implikationen, sowie Erweiterung des Systems der Nutzenbeurteilung von Behandlungsmethoden durch Integration von Versorgungsforschungsergebnissen (Ziel: *Transparenz, transferorientierte Forschung, evidenzbasierte Gesundheitspolitik*).

Ziel des DNVF ist es, **die Qualität der Versorgungsforschung in Deutschland zu verbessern und langfristig zu sichern**. Nur auf der Basis qualitativ hochwertiger Versorgungsforschungsstudien können zuverlässige Entscheidungen getroffen werden. Die Qualität der Forschung hängt insbesondere von der Ausbildung, Expertise und Vernetzung der Forscher ab, daneben vom Stand der Theoriebildung und

der Qualität der Methoden und Instrumente, dem Daten- und Feldzugang sowie der Qualität der erhobenen bzw. bereitgestellten Daten. Um diese hohe Qualität langfristig zu sichern, ist der Aufbau von Forschungsinfrastrukturen an Fach-/Hochschulen und Universitäten, die Bildung von Netzwerken sowie Maßnahmen zur Gewinnung des wissenschaftlichen Nachwuchses erforderlich.

Empfohlene Maßnahmen:

6. Verbesserung des Zugangs zu Daten durch die Schaffung einer nationalen Versorgungsdaten-Plattform, die Zugänge ermöglicht und die Qualität der Daten prüft und sichert (Ziel: *Datenzugang und Qualität der Daten*).
7. Förderung von Professuren für Versorgungsforschung an Universitäten und Fach-/Hochschulen (Ziel: *Ausbildung, Theoriebildung, Aufbau von Forschungsinfrastruktur*).
8. Förderung von Zentren und Netzwerken an Universitäten und Fach-/Hochschulen und von regionalen Netzwerken mit außeruniversitären Wissenschaftlern und mit Partnern der Versorgungspraxis (Ziel: *Netzwerke*).
9. Versorgungsforschung als verpflichtender Inhalt der Ausbildung aller Gesundheitsberufe, um ein forschungsunterstützendes Selbstverständnis aller Akteure im Gesundheitswesen zu fördern (Ziel: *Feldzugang, Gewinnung von wissenschaftlichem Nachwuchs*).
10. Kontinuierliche Förderung der Versorgungsforschung durch BMG, BMBF und DFG; Verstetigung des Innovationsfonds (Ziel: *Kontinuität und Verlässlichkeit in der Forschung als Voraussetzung für den Kompetenzaufbau der Forscher und die Gewinnung von wissenschaftlichem Nachwuchs*).
11. Weiterentwicklung der Methoden und Instrumente in der Versorgungsforschung in nationalen Expertengruppen (Ziel: *Weiterentwicklung der Methoden und Instrumente*) und Entwicklung übergreifender Leitlinien und Empfehlungen für eine partizipative und transferorientierte Versorgungsforschung (Ziel: *partizipative und transferorientierte Forschung*).
12. Förderung der Grundlagen- und Kontextforschung in der Versorgungsforschung, z.B. Forschung über den sozialen und organisationalen Kontext der Erbringung von Versorgungsleistungen (Ziel: *Theoriebildung*).

1: Diese Priorisierungsprozesse sollten durch eine unabhängige/ neutrale Institution moderiert werden

2: Die Projektdatenbank „Versorgungsforschung Deutschland“ (URL: www.versorgungsforschung-deutschland.de) erhält keine Förderung und wird zurzeit nicht weitergeführt

Zitationshinweis

Klinkhammer-Schalke et al.: „Versorgungsforschung – Potenzial nutzen & Qualität sichern!“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), 28-29; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2107

Clearing- und Transferprojekt Versorgungsforschung

Um die o.g. Maßnahmen umzusetzen bzw. zu unterstützen, wird die Förderung eines Clearing- und Transferprojekts für Versorgungsforschung empfohlen, in dem der Aufbau eines zentralen Studienregisters betreut (Pkt. 2), Konsentierungsprozesse und Transfer-Konferenzen/-Workshops moderiert (Pkt. 1, 3 und 4) und Expertengruppen koordiniert werden (Pkt. 2, 10). Vergleichbare koordinierende Strukturen bestehen auch in anderen Ländern. Im Rahmen des Clearing- und Transferprojektes sollte weiterhin eine Plattform geschaffen werden (z.B. Workshops, Gremien), um Forschungsbedarfe zu eruieren und die Diskussion zentraler Fragestellungen der Gesundheitspolitik durch Wissenschaft und Forschung zu moderieren (z.B. zu Fragen der Qualitätsindikatoren, zur patientenorientierten Nutzenbewertung, partizipativen Forschungsansätzen). Diese Clearing- und Transferaufgaben können am Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF*) e.V. angesiedelt werden. <<

*Das DNVF e.V., ist ein Netzwerk aus derzeit 52 Fachgesellschaften, 37 wissenschaftlichen Instituten und Forschungsverbänden, 21 juristischen Personen und Personenvereinigungen aus der Versorgungspraxis und mehr als 180 Einzelpersonen, das 2006 gegründet wurde. Es bietet die Plattform für den Austausch von Wissenschaft, Praxis und Politik über die Versorgungsforschung, ihre Fragestellungen, Methoden, Ergebnisse, dem Ergebnistransfer und ihre Rahmenbedingungen. Im jährlichen vom DNVF geplanten Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) sowie den DNVF-Foren Versorgungsforschung werden aktuelle Themen und Fragen diskutiert. Das DNVF und seine Mitglieder erarbeiten in strukturierten und transparenten Abstimmungsverfahren Memoranden, Diskussions- und Positionspapiere. Im Rahmen des §137a Abs. 7 des SGB V ist das DNVF als zu beteiligende Institution in den Auftrag des IQTiG involviert. Das DNVF ist ein gemeinnütziger Verein, der sich aus Mitgliedsbeiträgen und Einnahmen aus dem Zweckbetrieb (Seminare und Foren) finanziert. Das Positionspapier wurde vom Vorstand und der Geschäftsführung des DNVF e.V. erstellt.

Kontakt/Autoren: DNVF e.V.

(PD Dr. Monika Klinkhammer -Schalke (Vorsitzende), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (Hauptgeschäftsführer) und Dr. Gisela Nellesen-Martens (Geschäftsführerin)

Leserumfrage von „Monitor Versorgungsforschung“

MVF hat eine treue Leserschaft

571 Leser beteiligten sich von Mai bis August 2018 an einer Online-Umfrage zu ihrem persönlichen Leseverhalten von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).

>> Bei der Durchsicht der Teilnehmer der Online-Befragung wird schnell klar: MVF wird hauptsächlich in größeren Institutionen und Unternehmen gelesen, nur 8% der Teilnehmer konnten keiner der sogenannten Stakeholder des deutschen Gesundheitswesens zugeordnet werden. Ebenso erfreulich ist, dass sich MVF voll etabliert hat. Auf die Frage „Würden Sie das Fachmedium „Monitor Versorgungsforschung“ vermissen, wenn es mit der folgenden Ausgabe eingestellt würde?“ antworten 61% mit „sehr stark vermissen“ und 22% mit „stark vermissen“, womit 83% der Leserschaft durchaus zu den treuen Lesern gezählt werden dürfen. Das zeigt auch die Frage nach dem persönlichen Leseverhalten. Auf die Frage „In wie vielen von den sechs Ausgaben des vergangenen Jahres haben Sie innerhalb dieser Zeit Ihrer Schätzung nach gelesen oder geblättert?“ haben ihren Angaben zufolge 53% alle sechs Ausgaben eines Jahres durchgeblättert/gelesen und immerhin noch 19% fünf davon.

Auch die Mitlesequote lässt auf größere Einheiten (Unternehmen, Institutionen) schließen, in denen „Monitor Versorgungsforschung“ gelesen wird: 27% einer Ausgabe erreichen mehr als zehn Leser, 19% immerhin noch sechs bis zehn Leser. <<

Abb. 3: In größeren Unternehmen wird MVF in den Umlauf gegeben: 27% einer Ausgabe erreichen mehr als zehn Leser, 19% sechs bis zehn Leser.

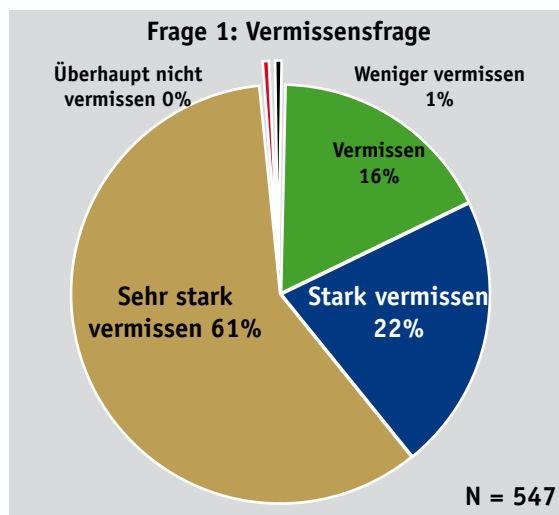


Abb. 1: 83% der befragten Leser würden es stark bis sehr stark vermissen, wenn MVF nicht mehr erscheinen würde.

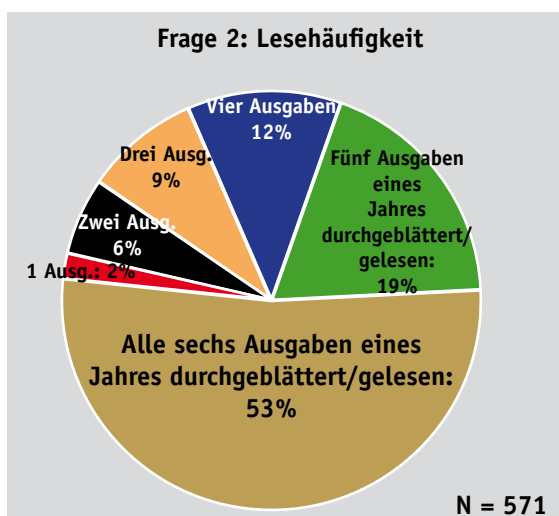
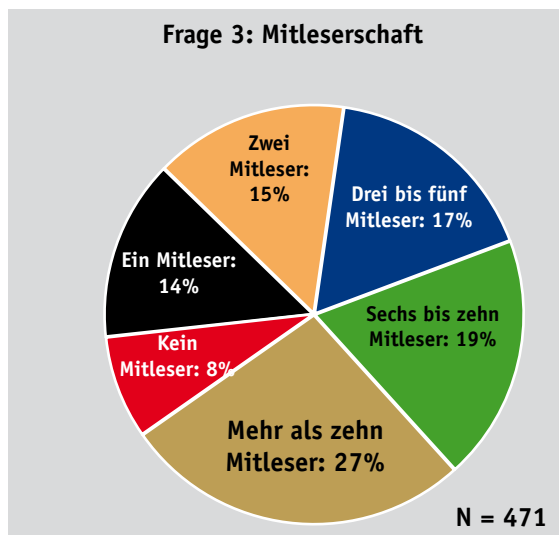


Abb. 2: Immerhin 72% der befragten Leser haben fünf oder sechs MVF-Ausgaben eines Jahres durchgeblättert oder gelesen.



ICPerMed-Konferenz zur personalisierten Medizin

>> Die erste ICPerMed-Konferenz, die Ende November in Berlin stattfand, versammelte rund 400 Experten aus mehr als 40 Ländern. Auf der Konferenz, deren gemeinsame Gastgeber das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung waren, zeigten die ICPerMed-Mitgliedsländer, wie sie bereits erfolgreich personalisierte Therapien aus der Forschung in die klinische Praxis umgesetzt haben – beispielsweise bei der Behandlung von Lungenkrebs, seltenen Erkrankungen oder Fettstoffwechselstörungen. Weitere Vorträge beleuchteten auf diesem ersten Kongress des internationalen Konsortiums für personalisierte Medizin (vertreten durch mehr als 40 europäische und internationale Partner aus Ministerien, Forschungsförderorganisationen und der Europäischen Kommission) verschiedene Aspekte personalisierter Medizin und stellten Ansätze vor, wie personalisierte Therapien auch in bevölkerungsstarken Ländern wie Indien und China umgesetzt werden können. „Jeder Mensch ist einzigartig. Das gilt auch für seine Gesundheit und seine Reaktion auf

Medikamente und Therapien. Deshalb muss die medizinische Behandlung auf den einzelnen Menschen eingestellt werden, um bessere Heilungschancen und weniger Nebenwirkungen zu ermöglichen. Mit unserer Forschungsförderung legen wir die wissenschaftlichen Grundlagen für eine personalisierte Medizin. Dabei ist mir wichtig, dass diese so rasch wie möglich zum Wohle der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden kann. Dafür müssen alle zusammenarbeiten – Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Gesundheitswesen“, erklärte Bundesforschungsministerin Anja Karliczek. Und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn setzte hinzu: „Personalisierte Therapien sind das Zukunftsthema moderner Medizin. Und sie geben Patientinnen und Patienten noch mehr Hoffnung auf Heilung. Deshalb setze ich mich dafür ein, dass solche innovativen Therapien möglichst schnell in die medizinische Versorgung kommen.“ Voraussetzung dafür sei allerdings der Nachweis des Nutzens, ebenso müsste „immer auch die Bezahlbarkeit unseres Gesundheitssystems als Ganzes im Blick“ behalten werden. <<

Münch: Kaum sektorenübergreifende Modelle in der Erprobung

>> In einer aktuellen Studie im Auftrag der Stiftung Münch hat ein interdisziplinäres Team untersucht, welche neuen Lösungen zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen aktuell erprobt und genutzt werden. Die Studie, die sich im wesentlichen auf die Auswertung von 31 Expertengesprächen stützt, wurde von einem interdisziplinären Forscherteam aus den Bereichen Organisationsforschung/BWL, Medizin und Soziologie unter der Leitung von Dr. Carolin Auschra (Freie Universität Berlin), Jana Deisner (TU Berlin), PD Dr. Anne Berghöfer (Charité Berlin) und Prof. Dr. Jörg Sydow (FU Berlin) erstellt.

Dabei zeigt sich, dass der Großteil der neuen Lösungsansätze innerhalb der Grenzen eines bestehenden Sektors agiert, sektorenübergreifende Modelle jedoch die Ausnahme bilden. Überwiegend werden traditionelle Versorgungsmodelle wie Krankenhaus oder Einzelpraxis mit neuen Formen (darunter MVZ, kommunale Eigeneinrichtung, Zweigpraxis) kombiniert, um eine stärkere Arbeitsteilung der Ärzte zu ermöglichen. Zusätzlich werden organisatorische Elemente wie Case Management, Telemedizin oder die Delegation einzelner Aufgaben an nichtärztliche Berufsgruppen eingesetzt.

Als wichtigste Treiber für neue Lösungsansätze identifizierte das Forscherteam regionale Akteure wie Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausträger, Kommunen, aber auch engagierte Einzelpersonen. Die gute Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure sei Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung. Als Probleme stellten sich das komplexe Management der Zusammenarbeit, fehlende Ressourcenausstattung und die Finanzierung neuartiger Modelle sowie eine fehlende digitale Infrastruktur heraus.

Aufgrund der Studienergebnisse erwarten die Autoren eine Verstärkung folgender Trends:

- Zunahme von ambulant-ärztlichen Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis,
- Zunahme von professionsübergreifender Zusammenarbeit,
- zunehmende Bedeutung von Telemedizin als Möglichkeit der Distanzüberbrückung,
- zentralere Rolle von Krankenhäusern in ländlichen Regionen, insbesondere auch in der ambulanten Versorgung und
- zunehmende Wichtigkeit von Managementkompetenzen zur Gestaltung von neuen Versorgungsmodellen, z.B. zur Koordination der Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer und weiterer Partner. <<

BIG wird in die Charité integriert

>> In seiner November-Sitzung hat sich der Aufsichtsrat des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung (BIG) mit dem Stand der Weiterentwicklung des Instituts befasst. Das Ergebnis: Bund und Land Berlin streben gemeinsam eine Integration des BIG in die Charité-Universitätsmedizin Berlin als dritte Säule neben Fakultät und Klinikum an und verhandeln zurzeit eine entsprechende Verwaltungsvereinbarung. Damit würden die Rahmenbedingungen geschaffen, um die wissenschaftliche Mission des BIG deutlich effektiver erfüllen zu können. <<

Call for Abstracts bis 14.12.

>> Das 2. internationale Symposium an der Universität Bielefeld widmet sich aktuellen Entwicklungen zum Thema Gesundheitskompetenz in Forschung, Praxis und Politik. Die Tagung, die am 2. und 3. Mai 2019 stattfindet, ist zugleich Gründungssymposium für das Interdisziplinäre Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. Das Programm wird von folgenden internationalen Keynote-Speakern gerahmt: Ilona Kickbusch (Schweiz), Don Nutbeam (Australien), Diane Levin-Zamir (Israel), Jürgen Pelikan (Österreich), Kristine Sørensen (Dänemark) und Stephan van den Broucke (Belgien).

Es besteht die Möglichkeit, Projekte zu folgenden Themen (Abstracts sind bis zum 14.12.2018 anzumelden) vorzustellen:

- 1) Gesundheitskompetenz: Populationsbezogene Studien
- 2) Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen
- 3) Interventions- und Evaluationsforschung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Vorgesehen ist an beiden Tagen im Anschluss an die Hauptvorträge Werkstattgespräche (à 60 min) durchzuführen, in denen jeweils etwa fünf Kurzvorträge platziert werden können. Sie sollten nicht länger als ca. 5 bis 10 Minuten dauern. Zusätzlich können über beide Tage Poster ausgestellt werden. Tagungssprache – mit Ausnahme der englischsprachigen Keynotes – ist deutsch.

Bei Rückfragen wenden Sie sich direkt an die Tagungskoordinator*innen, erreichbar unter gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de:

- Prof. Dr. Ullrich Bauer und Orkan Okan (Fakultät für Erziehungswissenschaft – Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter) sowie
- Prof. Dr. Doris Schaeffer und Dr. Eva Maria Berens (Fakultät für Gesundheitswissenschaft AG6 – Health Literacy). <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2018

Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen

Das Motto des diesjährigen Kongresses des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung lautete „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“. Seit vielen Jahren streben sowohl Patientinnen und Patienten, die Gesundheitspolitik, als auch die Versorgungsforschung auf nationaler und internationaler Ebene vielfältige Veränderungen an, um die Patienten- und Nutzerorientierung des Gesundheitswesens zu fördern. Hierzu gehören zum einen die Ausrichtung des Versorgungssystems an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen sowie deren aktive Beteiligung bei allen Versorgungsprozessen und medizinischen Entscheidungen. Zum anderen werden Patientinnen und Patienten in die Entwicklung von Forschungsfragen und innovativen Projekten im Sinne partizipativer Forschung immer stärker einbezogen. Diese wichtigen Entwicklungen im Gesundheitswesen veranlassten das DNVF, den Kongress diesem wichtigen Zukunftsthemen zu widmen.

>> Die Versorgungsforschung kann aufgrund ihrer vielfältigen Erfahrungen aus wissenschaftlichen Projekten, ihrer vielseitigen methodischen Ansätzen und ihrer Interprofessionalität entscheidend dazu beitragen, die Realisierung eines personenzentrierten Gesundheitssystems zu befördern. Gemeinsam mit Betroffenen, Behandlerinnen und Behandlern entwickelte Interventionen und methodisch hochwertige Evaluationen können die notwendige Evidenz für diese Weiterentwicklung des Gesundheitssystems generieren und gesundheitspolitische Entscheidungen zu mehr Patientenzentrierung entscheidend vorbereiten.

Besonders die Plenarvorträge boten die Möglichkeit, mit den spannenden Vorträgen von Prof. Tom Delbanco von der Harvard University (USA) und Prof. Glyn Elwyn vom Dartmouth College (USA) internationale Impulse zu aktuellen Entwicklungen in der personenzentrierten Versorgung zu setzen. Prof. Delbanco berichtete am ersten Kongresstag und in einem Workshop über OurNotes, das Angebot für Patientinnen und Patienten, Einsicht in die Notizen ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu haben. Perspektivisch sollen Patientinnen und Patienten sogar die Möglichkeit haben, diese Notizen zu kommentieren und zu ergänzen.

Prof. Glyn Elwyn berichtete in der zweiten Plenarveranstaltung über das Konzept, die

Messung und Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung aus US-amerikanischer und internationaler Perspektive. Dieser Vortrag wurde hervorragend durch den zweiten Beitrag von Dr. Isabelle Scholl (Hamburg) erweitert, die personenzentrierte Versorgung und partizipative Entscheidungsfindung um die Perspektive auf Deutschland, insbesondere im Hinblick auf Implementierungs- und weitere versorgungswissenschaftliche Forschungsbedarfe ergänzte.

In der dritten Plenarveranstaltung am Freitag lud Dr. Anna Levke Brütt dazu ein, über die konsequente Beteiligung von Patientinnen und Patienten – von der Planung über die Durchführung bis hin zur Steuerung von Forschungsprojekten – nachzudenken. Eine anschließende Diskussion mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Selbsthilfeforschung lotete Chancen, aber auch Herausforderungen der Patientenbeteiligung auf den verschiedenen Ebenen aus.

Wie im letzten Jahr war der diesjährige Kongress durch die vielen Abstract-Einreichungen zu 15 unterschiedlichen Themenbereichen bestimmt. Die Themen reichten vom Hauptfokus „personenzentrierte Versorgung“ über „e-Health und Digitalisierung in der Medizin“ zu klassischen versorgungswissenschaftlichen Themen wie „innovative und sektorenübergreifende Versorgungs-

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der diesjährige Deutsche Kongress für Versorgungsforschung war ein großer Erfolg. Vor allem die inhaltlich anspruchsvollen Sitzungen und Postersessions zeichneten sich durch interprofessionelle rege Diskussionen mit vielen Teilnehmern aus.

Mit Freude habe ich auch all die jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gesehen, die mit viel Enthusiasmus in der Versorgungsforschung arbeiten. Besonders beim Science-Slam war die Begeisterung in den Hallen der Urania deutlich zu spüren.

Viele Höhepunkte zeichneten diesen Kongress aus, darunter das Satellitensymposium des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Digitalisierung. Der Dialog zwischen Versorgungsforschung und Politik ist immer wieder sehr fruchtbar und führt weiter.

Ein besonderer Höhepunkt war die Verleihung der Ehrenmitgliedschaften an Prof. Raspe und Prof. Koch-Gromus, aber auch an die Wilfried-Lorenz-Versorgungspreisträger sowie die ScienceSlam- und PosterpreisträgerInnen.

In der Pressekonferenz mit Senatorin Prüfer-Storcks wurde das aktualisierte Positionspapier des DNVF „Versorgungsforschung Potenzial nutzen & Qualität sichern!“ (s. Seite 28 in dieser Ausgabe von MVF) vorgestellt. Bitte bringen Sie sich hier ein und diskutieren mit uns ein gemeinsames gutes Vorgehen.

Am 1. Januar 2018 wird für das DNVF seine Geschäftsstelle nach Berlin verlegen, wo Räume im Haus der Deutschen Krebsgesellschaft, Kuno-Fischer Str. 8 gemietet werden konnten.

Der gesamte Vorstand und ich sind Prof. Pfaff sehr dankbar, dass er das Netzwerk mehr als eine Dekade in allem so sehr unterstützt und im IMVR beherbergt hat. Nochmals einen ganz großen Dank dafür! Ihnen allen eine gute Zeit voller Freude und Leben

Ihre

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



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

konzepte“. An drei Kongresstagen wurden in 95 Sitzungen mit über 500 wissenschaftlichen Präsentationen inklusive Poster konkrete Beispiele für gute Versorgungsforschung aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dargestellt und diskutiert. Insgesamt kamen 926 Akteure aus der Versorgungsforschung, Versorgungspraxis, Gesundheitspolitik und Industrie an den Kongresstagen in Berlin zusammen, um aktuelle Ergebnisse aus der Versorgungsforschung zu diskutieren und sich über neue Entwicklungen zu informieren.

Inhaltlich fokussierte Symposien auf dem Kongress widmeten sich spezifischen gesundheitspolitisch oder wissenschaftlich relevanten Fragestellungen. Erstmals wurde auch eine Veranstaltung zur Qualitätsentwicklung von Nationalen Versorgungsleitlinien durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) durchgeführt. Seit 2003 steht das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien unter der gemeinsamen Trägerschaft der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Anhand von vier Vorträgen zum Programm für Nationale Versorgungsleitlinien, der Methodik für vertrauenswürdige Leitlinien, dem zielgruppenspezifischen Wissenstransfer und der Bedeutung dieser Leitlinien für die Gestaltung der Versorgung, z.B. für Disease Management-Programme, diskutieren Multiplikatoren aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens die vorgestellten Erkenntnisse.

Auf Initiative der beiden Kollegen, Prof. Joachim Szecsenyi (Heidelberg) und Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Frankfurt), und den Vertragspartnern der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wurden die Erfahrungen und Erkenntnisse von 10 Jahren hausarztzentrierter Versorgung in Baden-Württemberg beschrieben und mit nationalen und internationalen Experten sowie zahlreichen Zuhörern im Rahmen eines gut besuchten wissenschaftlichen Symposiums diskutiert.

Ein weiterer Höhepunkt stellte das vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Projektträger DI/VDE-IT veranstaltete Satellitensymposium zum Thema „Suizidprävention“ dar. Erstmals präsentierte sich der neu etablierte Förderschwerpunkt mit einer Bestandsaufnahme des Netzwerkes des Nationalen Suizidpräventionsprogramms sowie den geförderten 14 Forschungsprojekten mit Vorträgen und

Postern der Fachöffentlichkeit.

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung nahm 2012 sein erstes persönliches Mitglied aus Österreich auf, Mitglieder aus der Schweiz folgten. Zum ersten Mal hatte der Vorstand des DNVF dieses Jahr eingeladen, die Vernetzung mit der Versorgungsforschung im deutschsprachigen Ausland weiter zu verstärken und führte dazu ein Symposium mit österreichischen und Schweizer Kollegen durch, was ebenfalls eine positive Resonanz erfuhr.

Einen weiteren Schwerpunkt nahmen die „Versorgung in Ballungsräumen und für Metropolregionen“ und die „Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin“ durch die von der Freien und Hansestadt Hamburg übernommene Kongress-Patenschaft ein. Hamburg hat als Metropolregion eine herausragende Bedeutung und Verantwortung für die Gestaltung des regionalen Gesundheitssystems und darauf bezogener Versorgungswissenschaftlicher Aktivitäten. Die Hansestadt weist mit dem universitären Center for Health Care Research (CHCR) sowie dem Hamburg Center for Health Economics (HCHE) und dem BMBF-geförderten Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (www.ham-net.de) überaus aktive Versorgungswissenschaftliche Verbünde auf, in denen zahlreiche Akteure kooperieren.

Der sehr gut besuchte Science Slam mit mutigen Referenten richtete sich insbesondere auch an die weiter wachsende Gruppe der Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler, die auf dem diesjährigen Kongress besonders zahlreich vertreten war, ein guter Beleg für die in den letzten Jahren erfolgreich eingeworbenen zahlreichen Projekte verschiedener Förderinstitutionen.

Auch der Festabend war ein voller Erfolg. Zur bestens aufgelegten Liveband, dem Acoustic Fun Orchestra, das extra aus Freiburg angereist war, wurde ausgiebig und interdisziplinär getanzt.

Am dritten Kongresstag wurde ein vielseitiges Programm zusammengestellt, das sich in besonderem Maße an Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürger richtete. Unter anderem beinhaltete dieser Tag die Plenarsitzung zu Patientenbeteiligung in der Forschung, ein Symposium zu Gesundheitskompetenz und evidenzbasierter Gesundheitsinformation, eine Reihe an Vortragsitzungen zu Themen wie psychische Gesundheit im Alter, personenzentrierter Versorgung bei chronischen und seltenen Erkrankungen oder Pflege und Angehörige sowie die Vorstellung von Postern. Hiermit wurde ein Beitrag geleistet, den Kongress auch für Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen zu öffnen. Das Angebot wurde gut angenommen und stieß auf reges Interesse.

Ein Dank geht nochmals an das diesjährige Organisationsteam, das mit viel Ausdauer und großem Engagement diesen Kongress zusammen mit dem Vorstand und der Geschäftsführung des DNVF sowie der Kongressagentur m:con vorbereitet hat. Zudem ist den vielen unterstützenden Institutionen und Netzwerkpartnern für ihren Einsatz zum inhaltlichen und finanziellen Gelingen des DKVF 2018 zu danken – insbesondere auch der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für die übernommene Landespartnerschaft. <<

von:

Martin Härter, Anna Levke Brütt, Angela Buchholz, Pola Hahlweg, Isabelle Scholl, Christian Thomeczek und Daniel Bremer

Termine

>> **DNVF-Spring-School 2019 vom 01.-04. April in Bonn – jetzt anmelden!**

Das Programm der nunmehr 7. DNVF-Spring-School steht. Sie findet vom 01.-04. April 2019 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Insgesamt 18 Module werden von mehr als 34 verschiedenen Referent*innen an den drei Veranstaltungstagen angeboten. Die Online-Anmeldung ist freigeschaltet und die Anmeldung zum Frühbucherrabatt bis Anfang Februar möglich. Alle Informationen zu den Modulen, den Referent*innen und organisatorische Hinweise stehen auf der DNVF-Webseite www.dnvf.de bereit. <<

>> **7 DNVF-Forum Versorgungsforschung**

Das 7. DNVF-Forum Versorgungsforschung findet am 8. Mai 2019 im Karl Storz Besucher- und Schulungszentrum Berlin statt. Das Thema: „Transfer von Studienergebnissen in die Versorgung“. Die Anmeldung ist online auf www.dnvf.de ab 6. Januar möglich. <<



DNVF-Spring-School

1.–4. April 2019 | GSI Bonn
Fortbildungsseminare
Versorgungsforschung

Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Dialog zu digitalen Innovationen im Gesundheitssystem

Versorgungsforscher*innen, Praktiker*innen, Politiker*innen sowie Patientenvertreter*innen trafen sich am ersten Kongressabend zum Satellitensymposium „Digitale Innovationen im Gesundheitssystem“, das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und gemeinsam von Mitarbeiter*innen der Abteilung 5 „Digitalisierung und Innovationen“ unter Leitung von Dr. Ludewig und Vertreter*innen des DNVF geplant wurde. Der Kongresspräsident Prof. Härter begrüßte über 160 Besucher*innen, die nach Impulsreferaten aus dem BMG, der kardiologischen Versorgungspraxis, der Wissenschaft und der Patient*innen im Anschluss mit den Referent*innen und Podiumsteilnehmer*innen konstruktiv diskutierten.

>> Der Prozess der Digitalisierung im Gesundheitssystem ist bereits in vollem Gange, wenn auch in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern ein großer Nachholbedarf, insbesondere auch im Bereich des Gesundheitswesens besteht. Prof. Katus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., stellte in seinem Impulsbeitrag heraus, dass man sich der Dynamik des Innovationsfeldes nicht entziehen kann. Es sei absehbar, dass durch künstliche Intelligenz zentrale ärztliche Aufgaben übernommen werden können. Auch Herr Klose, ständiger Vertreter der o.g. Abteilung 5, stellte die Dynamik als besondere Herausforderung heraus. Dies wurde von Frau Dr. Vettors von der BARMER bestätigt, die als Podiumsdiskussionsteilnehmerin in die Diskussion einstieg. Sie berichtete von durchschnittlich zwei neuen Gesundheits-Apps, die wöchentlich auf ihrem Schreibtisch landen, weil sie über die Kassen in die Versorgung gelangen möchten.

Deutlich wurde in der Veranstaltung, dass die Digitalisierung mit zahlreichen Ambivalenzen versehen ist. Zum einen gibt es zahlreiche Vorteile, z.B. für die telemedizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten in der von Prof. Köhler (Chaire Berlin) vorgestellten FONTANE-Studie, die durch digitale Innovationen erreicht werden können (Verringerung der Sterblichkeit). Andererseits sind mit ihr diverse Herausforderungen und Investitionen verbunden. Die wohl größten Herausforderungen und Bedenken seitens der Patient*innen und Bürger*innen, so Frau Mauserberg vom Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., bestehen im Bereich des Datenschutzes. Der CDU-Bundestagsabgeordnete und im Gesundheitsausschuss tätige Timo Sorge stellte in Frage, ob es wirklich der Datenschutz ist, der die Patient*innen beunruhigt oder die Angst bzgl. der Datensicherheit, die zweifelsohne gewährt und ggf. verbessert werden müsse.

Die Vorsitzende des Netzwerks, Priv.-Doz. Klinkhammer-Schalke, ebenso wie der Sprecher der DNVF-Arbeitsgruppe Digital Health, Prof. Vollmar, stellten als besondere Herausforderung den Nachweis von Evidenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit beim Einsatz innovativer digitaler Verfahren heraus. So würden Gesundheits-Apps besonders in großer Zahl von Start-ups sehr nutzerfreundlich entwickelt, wiesen jedoch häufig einen eklatanten Mangel an Evidenz und inhaltlicher Qualität auf. Zudem fehle es hier an einer standardisierten Bewertung und Kontrolle. Andererseits stellten die Teilnehmer*innen fest, sollte man prüfen, wie viel Evidenz für die Legitimation der Anwendung benötigt

würde. Die Idee eines gestuften Verfahrens, je nach Zielsetzung und Gefahrenpotenzial der Apps/Anwendungen, wurde in der Diskussion mit den Teilnehmer*innen als möglicher begehbarer Weg gesehen, um Innovationspotenzial, Dynamik, aber auch der Patientensicherheit entsprechen zu können.

Die facettenreichen Impulsvorträge sowie die kontroverse Podiumsdiskussion machten insgesamt deutlich, dass ein weiterer Austausch aller beteiligten Stakeholder (Patienten, Praxis, Politik und Wissenschaft) zum gemeinsamen Umgang mit den genannten Herausforderungen notwendig ist. <<

Programm und Preise für Nachwuchswissenschaftler*innen

Auf dem Kongress gab es ein umfassendes Programm für Nachwuchswissenschaftler*innen in der Versorgungsforschung. Außerdem vergab das Netzwerk Preise, die sich insbesondere an den wissenschaftlichen Nachwuchs richteten, wie die Kongressstipendien, Posterpreise und den Preis für den besten Beitrag im Science Slam.

Gleich zu Kongressbeginn wurde die Frühstückssitzung der AG Nachwuchsförderung sehr gut angenommen – fast 50 Teilnehmende konnten bei Brötchen und Kaffee erste Kontakte knüpfen. Auch zeigte sich hier die Vielfalt der teilnehmenden Wissenschaftler*innen. Bei der Vorstellungsrunde zeigte sich, dass Mediziner*innen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*innen, Psycholog*innen und Ökonom*innen und viele andere Disziplinen vertreten waren.

Auf spezielle Förderlinien wie die Nachwuchsgruppen in der BMBF-Initiative zur Förderung des Strukturaufbaus in der Versorgungsforschung sowie die Nachwuchsakademien der DFG wurde im Rahmen von zwei Kongresssitzungen hingewiesen. Interessierte konnten hier Erfahrungsberichte aus verschiedenen Perspektiven erhalten.

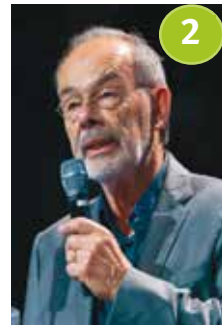
Nach erfolgreicher Erprobung im vergangenen Jahr fand auch dieses Mal wieder ein Science Slam statt, bei dem junge Forscher*innen ihre Bachelor- oder Masterarbeiten unterhaltsam präsentierten. Anne Herrmann machte mit ihrem Beitrag „Soll ich oder soll ich nicht? Eine Untersuchung zur Verbesserung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie“ das Rennen und erhielt von den Moderatoren der Sitzung beim Festabend ein Freiticket für den DKVF 2019 sowie einen Reisezuschuss in Höhe von 150 Euro.

Auch die Postersitzungen waren für viele Wissenschaftler*innen eine gute Möglichkeit, ihre Forschungsarbeiten zu präsentieren und zur Diskussion zu stellen. Die Qualität der Poster wurde von der Posterjury, unter der Leitung von Prof. Palm (Sprecherin der AG Nachwuchsförderung), gelobt. Unter mehr als 90 Bewerbungen konnte die Jury eine Auswahl treffen, wobei durch eine erste Bewertungsrunde seitens der Moderatoren der Postersessions bereits eine Vorauswahl getroffen wurde. Am Ende überreichte die Posterjury die mit 500 Euro dotierten ersten Preis an Stefanie Bachnik zum „Provider profiling with patient experience surveys“. Jeweils 500 Euro erhielten Kerstin Kreimeike (2. Preis) zum „Umgang mit Todeswünschen von Palliativpatienten“ sowie Marie-Luise Rosenbusch zur „Versorgung psychischer Störungen in Deutschland“ (3. Preis). Kongresspräsident Härter stellte in seinen Abschlussworten heraus, dass die jungen Akteure und das junge Publikum die Versorgungsforschung und den diesjährigen Kongress sehr bereichert haben.

Impressionen vom 17. DKVF



1



2



3



4

- 1: DKVF-Eröffnungs-Session (v.li.): Prof. Martin Härter, Prof. Tom Delbanco, Prof. Tobias Esch
- 2: Eröffnungsvortrag von Prof. Tom Delbanco
- 3: Eröffnungsvortrag von Prof. Glyn Elwyn
- 4: Blick ins Plenum
- 5: Postersitzung
- 6: Scienceslam
- 7: BMG-Symposium (Podiumsdiskussion)
- 8: Festabend mit dem Acoustic Fun Orchestra und der Verleihung der DNVF-Ehrenmitgliedschaften an Prof. Uwe Koch-Gromus und Prof. Heiner Raspe
- 9: Vortrag von Dr. Isabelle Scholl
- 10: Verleihung der Ehrenmitgliedschaften an A) Prof. Koch-Gromus und Prof. Raspe; sowie B) Verleihung der Preisverleihung der Postersession-Preise. C: Preisverleihung des ScienceSlam-Preises
- 11: Vortrag von Dr. Sabine Schwarz auf dem ÄZQ-Symposium
- 12: Patientenbeteiligung in der Forschung. Links: Vortrag von Dr. Anna Levke Brütt, auf dem Podium: Stefan Kruip, Prof. Martin Härter, Anna Levke Brütt, Dr. Ilona Köster-Steinbach und Prof. Nicole Ernstmann



5



6



7



8



9



A

10



11



B



C



12



DNVF-Ehrenmitgliedschaft vergeben

Prof. Dr. Dr. Koch-Gromus und Prof. Dr. Dr. Raspe mit der DNVF-Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet

Im Rahmen des Festabends des DKVF 2018 wurden am 11. Oktober 2018 Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus (Hamburg) und Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe (Münster, ehemals Lübeck) mit der Ehrenmitgliedschaften des DNVF e.V. ausgezeichnet. Die Laudatoren Prof. Holger Pfaff und Prof. Martin Härter stellten die Lebensläufe beider und ihre Beiträge für die Entwicklung der Versorgungsforschung heraus.

>> Professor Dr. Dr. Heiner Raspes wissenschaftliche Laufbahn ist geprägt von großem Enthusiasmus und einem vielfältigen Interesse für so unterschiedliche Forschungsfelder wie die Medizin, Soziologie, Rehabilitations-, Versorgungsforschung und Ethik. Daneben offenbarte sich Professor Raspe auch als ein geschickter Netzwerker und Moderator, dem es immer wieder gelungen ist, innovative Pfade zu beschreiten und neue Institutionen zu verankern. Die Etablierung der evidenzbasierten Medizin in Deutschland ist u.a. maßgeblich auf Professor Raspe zurückzuführen. Daneben hatte Professor Raspe auch eine federführende Rolle bei der Etablierung des Weißbuchs für die Versorgungsforschung und initiierte die bisher einmalige Serie der DFG-Nachwuchsakademie für Versorgungsforschung. In Zusammenarbeit mit anderen namenhaften Forschern widmete er sich bereits in den 1980er Jahren der Erforschung der Arzt-Patienten-Interaktion und trug somit wesentlich zur Grundsteinlegung und Entwicklung der Versorgungsforschung bei. Durch seine vielseitigen Tätigkeiten und Stationen zählt Professor Raspe somit zweifelslos zu den frühen Wegbereitern der Versorgungsforschung in Deutschland.

Am besten lässt sich das breite Spektrum der Forschungsinteressen, -arbeiten und -initiativen von Prof. Uwe Koch-Gromus unter dem Titel „Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in der Medizin“ zusammenfassen. Von Beginn an standen für ihn im klinischen wie wissenschaftlichen Zentrum die Themen Psychoonkologie und Psychologie chronischer körperlicher Erkrankungen, insbesondere die Frage der psychischen Belastungen und Prozesse der Krankheitsbewältigung. Versorgungswissenschaftlich waren früh Themen des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung und die Evaluation psychoonkologischer Behandlungsprogramme und zur Krebsrehabilitation sowie in der Transplantations-

psychologie von Bedeutung.

Der zweite große versorgungswissenschaftliche Schwerpunkt betrifft die medizinische Rehabilitation, ein Feld, bei dem sich Uwe Koch-Gromus und Heiner Raspe über viele Jahre begegnet sind. Hier waren ebenfalls Fragen des Bedarfs, und insbesondere die Erfassung von Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität der Rehabilitation oder die vergleichende Evaluation von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei verschiedenen Indikationen zentrale Themen. Er hat damit maßgeblich zur Professionalisierung und

Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation beigetragen. Durch seine intensiven Bemühungen gelang es, das Center for Health Care Research ebenbürtig zu anderen Forschungsbereichen in der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zu etablieren. In seiner Zeit als Dekan sind bis heute sieben Professoren im CHCR berufen worden, zuletzt noch zwei weitere Stiftungsprofessoren. Alle weisen eine primäre versorgungswissenschaftliche Ausrichtung auf, von der das kürzlich gegründete Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung und andere Partner maßgeblich profitieren. <<

Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2018 verliehen

Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2018 wurde in diesem Jahr für eine herausragende Arbeit aus dem Bereich der ophthalmologischen Versorgung in Seniorenheimen (die OVIS-Studie) vergeben. Die Jury wählte die Arbeit, die 2017 von einer Autorengruppe um die Preisträgerin Frau Dr. Petra P. Larsen (geb. Fang) an der Universitäts-Augenklinik Bonn (Direktor Prof. Dr. Frank G. Holz) und der multizentrischen Studiengruppe publiziert wurde, aufgrund der hohen Relevanz für die Patientenversorgung und der anspruchsvollen wissenschaftlichen Herangehensweise aus.

Der mit 2.500 Euro dotierte Preis, der in Gedenken an das DNVF-Ehrenmitglied Prof. Dr. Wilfried Lorenz zum vierten Mal ausgelobt wurde, wurde in der Eröffnungsfeier des 17. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung am 10. Oktober an Anne Schnetzer überreicht. Die Preisträgerin selbst konnte leider aufgrund eines längeren Forschungsaufenthalts im Ausland nicht persönlich den Preis entgegennehmen und wurde von ihrer Co-Autorin, Anne Schnetzer, vertreten. Vorstandsmitglied Prof. Edmund Neugebauer als Vorsitzender der Preis-Jury skizzierte die Beweggründe der Jury für die Auswahl der Preisträgerin und übergab gemeinsam mit der Vorstandsvorsitzenden Priv.-Doz. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke



Dr. Petra P. Larsen



Anne Schnetzer

die Urkunde. Anne Schnetzer gab den Kongressteilnehmern anschließend einen kurzen Einblick in Anlass und Ergebnisse der Studie, von der Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft gefördert wurde.

DNVVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. – Geschäftsstelle
Kuno-Fischer Str. 8 – 14057 Berlin

eMail: info@dnvf.de

Dr. med. Andrea Gillessen, MBA
 Dr. Sportwiss. Manfred Ramme
 Prof. Dr. med. Claus Franz Vogelmeier

Predictive Modeling zur Identifikation von nicht-diagnostizierten COPD-Erkrankten

Die bisher umfangreichste Studie zur Prävalenz von COPD ist die internationale BOLD-Studie (Burden of Obstructive Lung Disease) (Buist & McBurnie, 2007). In Deutschland beteiligte sich die Region Hannover an dieser Arbeit. Bei 683 Probanden im Alter von über 40 Jahren wurde die Lungenfunktion untersucht und eine Befragung nach ihrem Gesundheitszustand durchgeführt. Insgesamt wurde bei über 13 Prozent der Studienteilnehmer im Raum Hannover eine COPD diagnostiziert, gut 7 Prozent wiesen ein leichtes, 5 Prozent ein mittelgradiges und knapp 1 Prozent ein schweres Krankheitsstadium auf. Da die Probanden aus der Großstadtregion Hannover stammten, ist nicht sicher zu sagen, ob die Zahlen für ganz Deutschland repräsentativ sind. Die Gesamtauswertung der BOLD-Studie lässt dieses jedoch vermuten. Nach dieser leidet jeder Zehnte der über 9.000 Studienteilnehmer in den zwölf beteiligten Ländern unter einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung im Stadium II oder höher. Die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der COPD in Deutschland gingen 2010 von 6,8 Millionen COPD-Erkrankungen aus. Bis zum Jahr 2030 wird mit einem Anstieg auf 7,9 Millionen Betroffene gerechnet. (Geldmacher & Biller, 2008). Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht hat die COPD einen bedeutenden Stellenwert. Im Rahmen einer Studie wurden die Gesamtkosten der COPD durch die Gewichtung der Kosten pro Schweregrad ermittelt. Der Hauptteil der Kosten wird durch Krankenhausaufenthalte (26%), Medikamente (23%) und Frührente (17%) verursacht. (Herse & Kiljander, 2015); (Grønseth & S.-A., 2014); (Nowak & Dietrich, 2004). Die Früherkennung der COPD ist von großer Bedeutung, da eine rechtzeitige Beendigung der Exposition gegenüber den auslösenden Noxen, einen Krankheitsprogress zumindest partiell verhindern kann. (Vogelmeier & Buhl, 2018). Weiter gibt es Hinweise darauf, dass der natürliche Verlauf der Erkrankung durch das frühzeitige Einsetzen einer medikamentösen Behandlung signifikant beeinflussbar ist. (Troosters & Celli, 2010).

>> Folglich gewinnt das Thema „Prävention“ in Rahmen der COPD zunehmend an Bedeutung. Präventive Maßnahmen lassen sich in drei Stufen unterscheiden. Im Rahmen der primären Prävention steht das Ausschalten, der für die Erkrankung ursächlichen Risikofaktoren, wie das Rauchen oder andere inhalative Noxen (Rabe & Hurd, 2007); (Bize & Burnand, 2005)

Die sekundäre Prävention könnte sich auf eine Früherkennung der COPD mit zum Teil bestehenden Erstsymptomen fokussieren. Die

Zusammenfassung

Hintergrund: COPD ist eine chronische Lungenerkrankung mit progredientem Verlauf und hoher Morbidität. Die Früherkennung hat große Bedeutung, da der Krankheitsprogress in frühen Stadien partiell verhindert werden kann.

Methode: Durch die Entwicklung eines Prädiktionsmodells zur Vorhersage der COPD-Inzidenz auf Basis von Sekundärdaten können Versicherte der Techniker Krankenkasse identifiziert werden, die im Folgejahr eine COPD-Diagnose erhalten werden, aber für die aktuell noch keine COPD dokumentiert wurde.

Ergebnisse: Die wichtigsten Prädiktoren sind Alter, Medikamente aus dem Bereich der inhalativen Sympathomimetika sowie Bronchitis. Die Trefferquote des Modells liegt im 1. Perzentil zwischen 30 und 36% (Grundgesamtheit 6%), was einem Lift von 5 bis 6 entspricht (ROC-Index 0,69). Dies hat die praktische Konsequenz, dass Die Techniker über 3.000 Versicherte ohne dokumentierte COPD-Diagnose identifizieren kann, von denen für ca. 1.000 Versicherte im Folgejahr eine COPD-Diagnose vorliegen wird.

Schlussfolgerung: Die Anwendung eines Prädiktionsmodells könnte möglicherweise zur Früherkennung von COPD-Erkrankten hilfreich sein.

Schlüsselwörter

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Screening, Früherkennung, Prädiktionsmodell

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2108>

tertiäre Prävention würde die Behandlung identifizierter, symptomatischer COPD-Patienten zur Verbesserung des Gesundheitsstatus und gegebenenfalls eine Reduktion bzw. Verlangsamung der fortschreitenden Erkrankung, wie zum Beispiel die Reduktion von Exazerbationen einschließen (Soriano & Zielinski, 2009)

Das Auftreten und die Interaktion von Begleiterkrankungen in Verbindung mit der Erkrankung der Lunge ist Gegenstand von Studien wie z.B. der Nationalen COPD-Kohorte COSYCONET (Jorres & Welte, 2010) und rückt zunehmend in den Fokus.

Screening und Fallfindungsstrategien der COPD sind nach wie vor umstritten. Dennoch würde der Erfolg einer früheren Diagnose zweifellos einen erheblichen Vorteil für das Gesundheitswesen erbringen. Die Experten sind sich jedoch einig, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten mit einer COPD (70-90%) noch nicht diagnostiziert ist und daher keine gezielte medizinische Versorgung erhalten (Steenbruggen & Zielinski, 2013)

Ansätze zur Identifikation von COPD-Erkrankten mittels z.B. Marketing-Projekten (Plakatierungen und Verteilung von Flyern) sprachen zum einen zu wenige Probanden an und zum anderen waren diese Methoden zur Identifikation nicht geeignet. (José & Roberts, 2010).

Epidemiologie

Die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine Lungenerkrankung mit progredientem Verlauf (Vogelmeier & Buhl, 2018), die mit hoher Morbidität einhergeht, und die fünfthäufigste Todesursache in Deutschland darstellt. (Enocson & Jolly, 2018); (Soriano & Zielinski, 2009)

Die COPD ist eine Erkrankung, die deutlich unterdiagnostiziert ist. Die Diagnose fehlt oder erscheint typischerweise erst bei einem höheren Schweregrad der Erkrankung. (Soriano & Zielinski, 2009) Viele Patienten mit Symptomen einer COPD erhalten Diagnosen, die mit dem Nikotinabusus (Raucherhusten), Infektion der unteren Atemwege oder sogar Asthma einhergehen.

Die Prävalenz von Komorbiditäten ist bei COPD-Patienten auffallend hoch. Diverse wissenschaftliche Arbeiten konnten aufzeigen, dass über 30 Prozent der untersuchten COPD-Patienten unter einer und fast 40 Prozent unter zwei und mehr Begleiterkrankungen leiden. (Schneider & O'Donnell, 2009) Herzkreislauferkrankungen sind, neben den Exazerbationen die Hauptursache für eine Hospitalisation von COPD-Patienten. (Houben-Wilke & S., 2017); (Sin, 2009); (Brusselle & Bracke, 2017).

Vor diesem Hintergrund bekommt der Forschungsgegenstand der Früherkennung von COPD-Erkrankten immer größere Bedeutung. Auf der im Folgenden zu diskutierenden Modellebene stellt es sich als Problem der Prognose der COPD-Inzidenz auf Basis von Sekundärdaten dar, für das ein erster Lösungsvorschlag zur Diskussion gestellt werden soll.

Durch die Entwicklung eines Modells zur Vorhersage der COPD-Inzidenz auf Basis von Sekundärdaten sollen Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) identifiziert werden, bei denen die COPD-Erkrankung in den Abrechnungsdaten bisher noch nicht dokumentiert wurde.

Das hier zu beschreibende Prognosemodell schätzt die Wahrscheinlichkeit, mit der eine bisher nicht erkrankte Gruppe von Versicherten im Folgejahr an COPD erkrankt (= Auftreten einer Diagnose in den Sekundärdaten) ist. Aufgrund des Erkrankungsverlaufs der COPD ist zu vermuten, dass es sich bei dieser Gruppe nicht um „Gesunde“, sondern um bisher nicht diagnostizierte COPD-Kranke handelt.

Aufgrund der Erkenntnis, dass Multimorbidität mit einer schlechteren Prognose (Yohannes & Alexopoulos, 2014); (Divo & Cote, 2012) und erhöhten Behandlungskosten einhergeht (Charlson & Charlson, 2007) ist auch eine detaillierte Analyse der Komorbiditäten, bezüglich ihrer Schweregrade und ihres zeitlichen Auftretens im Rahmen der Modellentwicklung, von zentraler Bedeutung.

Somit ist die zentrale Fragestellung der Modellentwicklung die Identifizierung von COPD-Kranken zu einem Zeitpunkt, bei dem für die Erkrankten noch keine COPD-Diagnose vorliegt.

Material und Methoden

Grundgesamtheit für die Modellbildung (Ein- und Ausschlusskriterien)

Für die Modellbildung werden alle TK-Versicherten einbezogen, die zum Prognosezeitpunkt älter als 39 Jahre sind und für die im Selektionsjahr weder ambulant noch stationär eine COPD-Diagnose (ICD

J43, J44 oder J96) dokumentiert wurde. Aus dieser Gruppe werden Versicherte ausgeschlossen, die eine Pflegestufe hatten oder nicht während des einjährigen Selektions- und des ebenfalls einjährigen Prognosezeitraums TK-versichert waren.

Verschiedene Modellierungsversuche zeigten, dass sich durch die weitere Einschränkung der o.g. Selektionskriterien bessere Prognoseergebnisse erzielen lassen. Eine Analyse der Korrelationen zwischen potentiellen Prädiktoren und der COPD-Inzidenz im Folgejahr führte schließlich zu sehr viel komplexeren Kriterien für die Selektion der Grundgesamtheit für die Modellentwicklung. Neben einer weiteren Alterseinschränkung (45 bis 80 Jahre), dem ambulanten Konsum von Medikamenten mit typischen Wirkstoffgruppen (inhalativen und systemischen Sympathomimetika, Anticholinergika, Husten- und Erkältungsmittel sowie Antitussiva) erwiesen sich auch typische Vorerkrankungen bzw. häufigen Komorbiditäten der COPD (Husten, Bronchitis, Tabakkonsum, Asthma, Herzerkrankungen, Fettstoffwechselstörungen) und die Durchführung von ambulanten Röntgen- oder CT-Untersuchungen der Lunge als relevant. Auf Basis dieser Selektionskriterien beschränkt sich die Anzahl der in die engere Modellentwicklung einbezogenen Versicherten auf 360.000, von denen im Folgejahr knapp 22.000 an COPD erkrankten.

Die Einjahres-COPD-Inzidenz dieser Gruppe beträgt damit 6 Prozent, so dass im Mittel für jeden 16. Versicherten dieser Gruppe im Folgejahr eine COPD-Diagnose vorliegen würde. Diese Trefferquote genügt jedoch noch nicht den Anforderungen praktischer Versorgungsansätze wie z.B. einem COPD-Identifikationsprogramm (s.u.), da die Kosten gegenüber dem Nutzen nicht zu vertreten wären. Aus diesem Grund wird nach der ersten Verdichtung durch die o.g. Selektionskriterien in einem weiteren methodischen Schritt ein Prognosemodell entwickelt, das die Trefferquote entscheidend erhöhen soll.

Methode: Entscheidungsbaum

Ein Entscheidungsbaum ist geordnet und gerichtet. Er dient der Darstellung von Entscheidungsregeln und veranschaulicht diese hie-

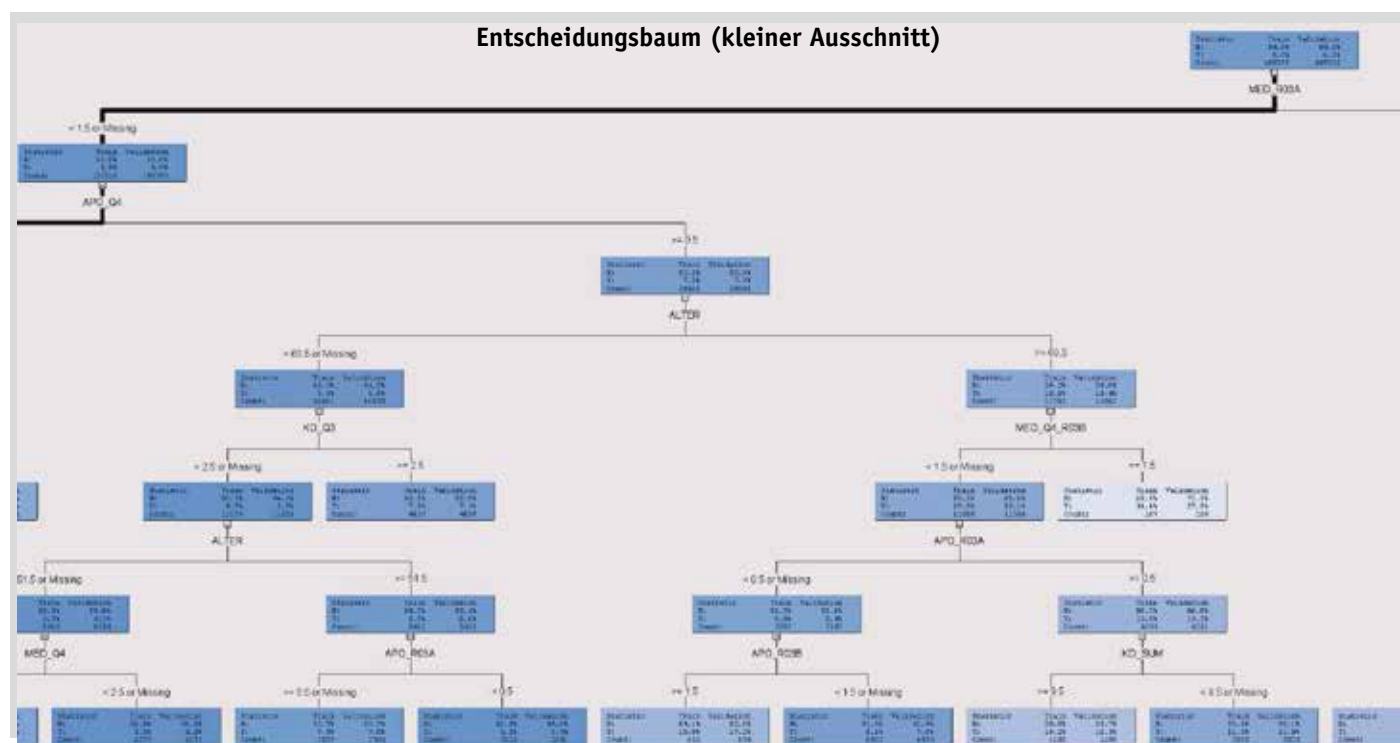


Abb. 1: Überblicksdarstellung des Entscheidungsbaums (kleiner Ausschnitt)

rarchisch aufeinanderfolgend. Ein binärer Entscheidungsbaum besitzt nach jedem Splitpunkt höchstens zwei Verzweigungen. Die Erstellung des vorliegenden Entscheidungsbaums erfolgt auf der Basis des CART-Algorithmus (Classification and regression Trees). Der Baum wurde mit Hilfe effektiver Splittalgorithmen erzeugt. Die Auswahl der Variablen wird durch eine Maximierung des Informationsgehaltes ge-

steuert. Jede Variable erhält einen Schwellenwert, der eine optimale Trennung der Daten bewirkt. Je höher die Prädiktionskraft in Bezug auf die Fragestellung desto weiter oben ist die Variable im Baum angesiedelt (Breiman & Friedman, 1983)

Der verwendete Datensatz beschrieb die o.g. 360.000 Versicherten durch ca. 100 ausgewählte Inputvariable aus dem Selektionsjahr und

Literatur

- Au, D. H. (2016). Screening for chronic obstructive pulmonary disease: D is the new F. *JAMA internal medicine* 176.5 601-602.
- Bednarek, M., & Maciejewski, J. e. (2008). Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax*, 63(5), pp. 402-407.
- Bize, R., & Burnand, B. e. (2005). Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Breiman, L., & Friedman, J. e. (1983). CART: Classification and regression trees. Wadsworth: Belmont, CA.
- Bridevaux, P. O., & Gerbase, M. W. (2008). Long-term decline in lung function, utilisation of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. *Thorax*, 63(9), pp. 768-774.
- Brusselle, G., & Bracke, K. e. (2017). Peripheral artery disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, pp. 148-150.
- Buffels, J., & Degryse, J. e. (2004). Office spirometry significantly improves early detection of COPD in general practice: the DIDASCO Study. *CHEST Journal*, 125(4), pp. 1394-1399.
- Buist, A. S., & McBurnie, M. A. (2007). International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *The Lancet*, 370(9589), pp. 741-750.
- Charlson, M., & Charlson, R. E. (2007). Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. *Journal of general internal medicine*, 22(4), pp. 464-469.
- Department of Health / Medical Directorate / Respiratory TeamJuly. (2011). An Outcomes Strategy for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Asthma in England.
- Department of Health. (2008). Retrieved from Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) national service framework.
- Divo, M., & Cote, C. e. (2012). Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 186(2), pp. 155-161.
- Enocson, A., & Jolly, K. J. (2018). Case-finding for COPD in primary care: a qualitative study of patients' perspectives. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 13, 1623.
- Geldmacher, H., & Biller, H. e. (2008). Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr*, 133, S. 2609-2614.
- Grønseth, R., & S.-A., J. (2014). Similar to mortality and incidence, costs indicate the burden inflicted by a specific condition or disease on a society. In the field of respiratory medicine a large number of papers have attempted to quantify the economic burden of respiratory diseases (Vol. 65). *European Respiratory Society*.
- Han, M. K., & Steenrod, A. W. (2015). Identifying patients with undiagnosed COPD in primary care settings: insight from screening tools and epidemiologic studies. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation* 2.2 (2015): 103.
- Herse, F., & Kiljander, T. e. (2015). Annual costs of chronic obstructive pulmonary disease in Finland during 1996-2006 and a prediction model for 2007-2030. *NPJ primary care respiratory medicine*, 25, 15015.
- Houben-Wilke, & S., J. R. (2017). Peripheral artery disease and its clinical relevance in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the COPD and Systemic Consequences-Comorbidities Network Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(2), pp. 189-197.
- Jorres, R. A., & Welte, T. e. (2010). Systemic manifestations and comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and their effect on clinical state and course of the disease--an overview of the cohort study COSYCONET. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 135(10), pp. 446-449.
- José, R. J., & Roberts, J. e. (2010). The effectiveness of a social marketing model on case-finding for COPD in a deprived inner city population. *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group*, 19(2), pp. 104-108.
- Kohansal, R., & Martinez-Cambor, P. e. (2009). The natural history of chronic airflow obstruction revisited: an analysis of the Framingham offspring cohort. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 180(1), pp. 3-10.
- Lock, M. (1986). *Hard-Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. JOCELYN CORNWELL. *American Ethnologist*, 13(3), pp. 594-595.
- Lundbäck, B., & Lindberg, A. e. (2003). Not 15 but 50% of smokers develop COPD? Report from the obstructive lung disease in Northern Sweden Studies. *Respiratory medicine*, 97(2), pp. 115-122.
- Lyngsø, A. M., & Backer, V. e. (2010). Early detection of COPD in primary care-The Copenhagen COPD Screening Project. *BMC Public Health*.
- Menezes, A. M., & Perez-Padilla, R. e. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *The Lancet*, 366(9500), pp. 1875-1881.
- Nowak, D., & Dietrich, E. S. (2004). Cost-of-illness Study for the Treatment of COPD in Germany. *Pneumologie (Stuttgart, Germany)*, 58(12), pp. 837-844.
- Pietinalho, A., & Kinnula, V. L. (2007). Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease. The Finnish Action Programme, interim report. *Respiratory medicine*, 101(7), pp. 1419-1425.
- Price, D., & Freeman, D. (2002). The BREATH (Breathlessness Research, Expectations and Treatment hopes) study: findings of a pilot study in four countries. *Prim Care Resp J*, 11(suppl 1), S12-4.
- Rabe, K. F., & Hurd, S. e. (2007). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 176(6), pp. 532-555.
- Rennard, S. I., & Vestbo, J. (2008). Natural histories of chronic obstructive pulmonary disease. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(9), pp. 878-883.
- Schneider, K. M., & O'Donnell, B. E. (2009). Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health Qual Life Outcomes*, 7(82), p. 82.
- Sin, D. D. (2009). Is COPD really a cardiovascular disease? *CHEST Journal*, 136(2), pp. 329-330.
- Siu, A. L., & Bibbins-Domingo, K. e. (2016). Screening for chronic obstructive pulmonary disease: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 13(315), pp. 1372-1377.
- Soriano, J. B., & Zielinski, J. e. (2009). Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*, 374(9691), pp. 721-732.
- Steenbruggen, I., & Zielinski, J. e. (2013). A BOLD statement on how to case-find moderate/severe COPD. *European Respiratory Journal*, 41(3), pp. 503-504.
- Thorn, J., & Tilling, B. e. (2012). Improved prediction of COPD in at-risk patients using lung function pre-screening in primary care: a real-life study and cost-effectiveness analysis. *Prim Care Respir J*, 21(2), pp. 159-166.
- Troosters, T., & Celli, B. e. (2010). Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT-trial. *European Respiratory Journal*, 36(1), pp. 65-73.
- van Schayck, C. P., & Loozen, J. M. (2002). Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *Bmj*, 324(7350), p. 1370.
- Vogelmeier, C. F., & Buhl, R. e. (2018). Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie* 72.04 (2018): 253-308.
- Walters, J. A., & Hansen, E. C. (2008). Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study in primary care. *Respir Med*;102(5):738-743.
- Worth, H., & P., K. (2017). Ist ein Screening auf COPD sinnvoll? *Der Pneumologe* 14.3 149-152.
- Yohannes, A. M., & Alexopoulos, G. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review* 23.133, pp. 345-349.
- Zielinski, J. B., & Group, K. t. (2001). Early Detection of COPD in a High-Risk Population Using Spirometric Screening*. *CHEST Journal*, 119(3), pp. 731-736.
- Zielinski, J., & Bednarek, M. e. (2006). Increasing COPD awareness. *European Respiratory Journal*, 27(4), pp. 833-852.

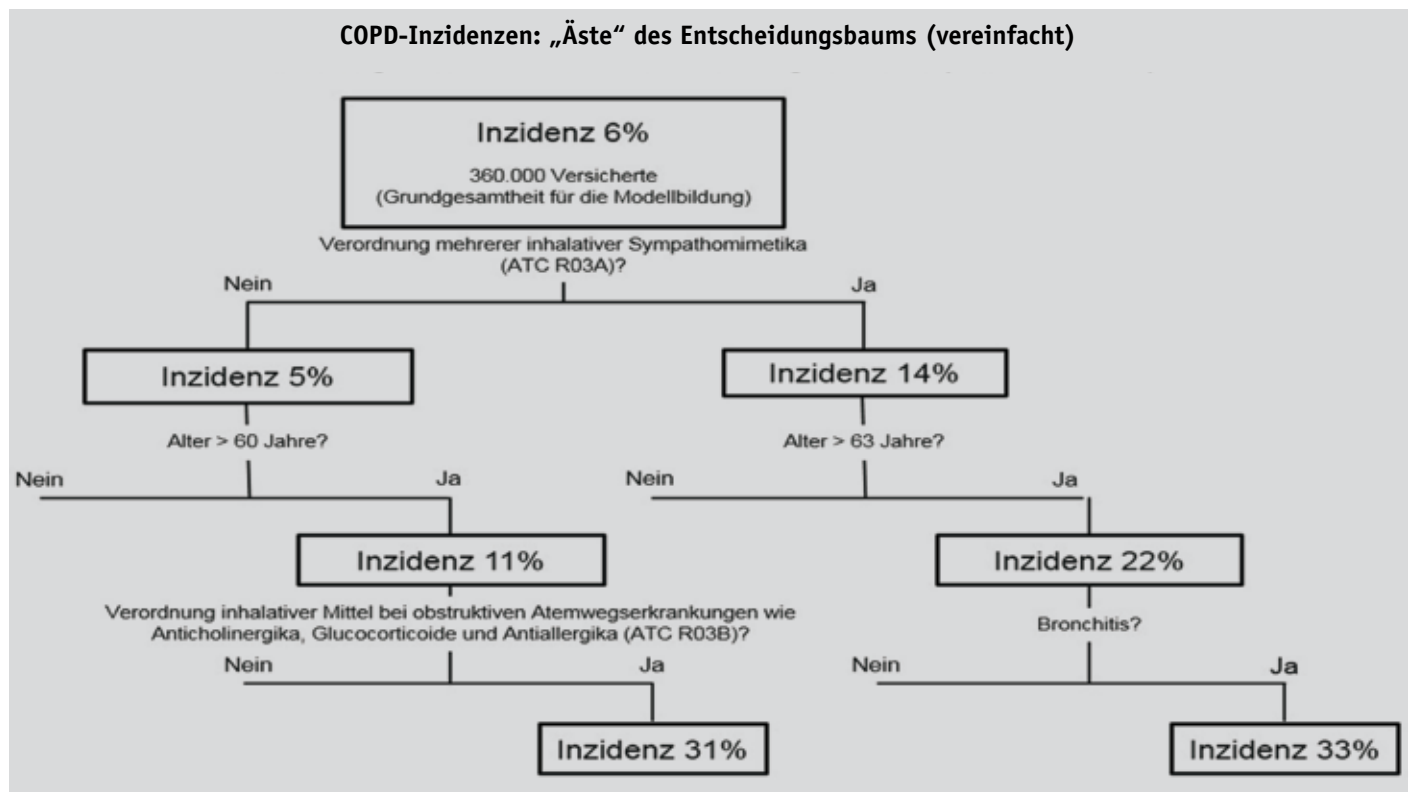


Abb. 2: Zwei relevante, vereinfachte „Äste“ des Entscheidungsbaums

die dichotome Targetvariable, die das Auftreten (J) bzw. Nicht-Auftreten (N) einer COPD-Diagnose im Folgejahr dokumentiert. Der einjährige Selektionszeitraum (2011) und der Prognosezeitraum (2012) werden für die Modellbildung in die Vergangenheit verlegt, damit das Modell auf die Targetvariable, die ja sonst noch nicht bekannt wäre, trainiert werden kann. Die Modellentwicklung basiert hinsichtlich der Daten des Prognosezeitraums quasi auf der Zukunft. Wenn der Entscheidungsbaum modelliert und der daraus resultierende Algorithmus gefunden ist, lässt sich letzterer zum Scoring von Daten eines Selektionszeitraums einsetzen, der bis an die reale Gegenwart heranreicht. Die Resultate des Scorings (ab 1.1.2013) sind dann echte Prognosen, da sie sich auf die reale und nicht auf mehr auf eine simulierte Zukunft beziehen.

Die Modellierung erfolgte auf Basis randomisierter Trainings- und Validierungsdaten. Als Vergleichskriterium für die Modellauswahl wurde der Lift (Faktor, um den die Trefferquote gegenüber der Grundgesamtheit steigt) herangezogen. Um die Modellstabilität zu gewährleisten, wurden für verschiedene, zufällig gezogene Trainings- und Validierungssample mit unterschiedlichen minimalen Blattgröße experimentiert und diese schließlich auf 300 festgesetzt.

Neben dem Einsatz von Entscheidungsbäumen wurde auch die logistische Regression getestet. Da sich aber keine relevante Verbesserung der Performance feststellen ließ, wurden wegen der einfacheren Interpretierbarkeit der Ergebnisse ausschließlich Entscheidungsbäume eingesetzt.

Ergebnisse

Die besten Prädiktoren (Splittvariablen des Entscheidungsbaumes) sind Variablen, die aus Medikamenteninformationen abgeleitet wurden. Diese Informationen beziehen sich sowohl auf bestimmte Wirkstoffgruppen und -kombinationen als auch auf enge zeitliche Zusammenhänge zwischen Verordnung und dokumentierter

COPD-Erkrankung. Wenn Versicherten im letzten Quartal des Selektionsjahres inhalative Sympathomimetika (ATC R03A) erhalten, steigt ihr Risiko im Folgejahr eine COPD diagnostiziert zu bekommen von 6 Prozent auf 14 Prozent. Sind diese Versicherten außerdem über 63 Jahre alt, so erhöht sich ihr Risiko nochmals auf 22 Prozent. Bei einer zusätzlichen Bronchitis-Erkrankung steigt das Risiko dieser Gruppe für eine zukünftige COPD-Diagnose schließlich auf 33 Prozent. Weitere entscheidende Variablen sind die anderen inhalativen Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen wie Anticholinergika, Glucocorticoide und Antiallergika. (vgl. Abb. 1 und 2). Der daraus entstandene Entscheidungsbaum stellt die Inzidenzrisiken mit etwa 20 verschiedenen Splittvariablen in rund 30 Gruppen („Blättern“) dar.

Die Überprüfung des Modells im nächsten Jahresintervall führte je nach Jahreszeit (s.u.) zu Trefferquoten im 1. Perzentil zwischen 3.300 und 3.600 Versicherte, die zwischen 30 Prozent und 36 Prozent liegen. Die kumulierte Trefferquote sinkt im 100. Perzentil auf 6%, was der Inzidenz-Wahrscheinlichkeit der Grundgesamtheit entspricht. Das 1. Perzentil enthält 3.600 Versicherte, deren Inzidenz-Wahrscheinlichkeit knapp 31,4% entspricht; die reale Trefferquote liegt bei 30,4%. Im 2. Perzentil sinkt die vorhergesagte Inzidenz-Wahrscheinlichkeit auf 27,9%, die Trefferquote auf 26,8%. Alle Trefferquoten wurden nicht in dem für die Modellentwicklung verwendeten Prognosezeitraum 2012, sondern im Folgejahr 2013 ermittelt. (vgl. Abb. 2 und 3). Der Faktor oder Lift, um den sich die COPD-Inzidenz in der Grundgesamtheit (6%) und den durch das Modell ausgewählten Versicherten (1. Perzentil) verbessert, liegt damit zwischen 5 bis 6 (s. Abb. 4). Der AUC (Area under Curve) oder ROC-Index (Receiver Operating Characteristics) hat den Wert von 0,69. Die Sensitivität beträgt 57,3 %, die Spezifität 75,7 %. Der Lift-Chart (kumulierter Lift über alle Perzentile) zeigt den Faktor, um den die Trefferquote im jeweiligen Modell-Perzentil gegenüber der Inzidenzwahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit (6%) angehoben wird. Im 100. Perzentil ist

dieser Faktor zwangsläufig 1 (Abb. 5).

Außerdem spielten saisonale Effekte eine Rolle, die zu höheren Inzidenzquoten im 4. und 1. Quartal eines Kalenderjahres führen. Dies führt zu geringfügigen Veränderungen der Struktur und Trefferquote von Entscheidungsbäumen, deren Selektionszeiträume zu

unterschiedlichen Jahreszeiten beginnen bzw. enden. Interessant ist auch, dass auch die Diagnose Asthma (J44, J46) ein relevanter Prädiktor für die spätere Diagnose einer COPD-Erkrankung darstellt. Asthma-Diagnosen treten in der dritten Ebene des Entscheidungsbaums auf und nehmen in der sog. „Importance“ der Splittvariablen

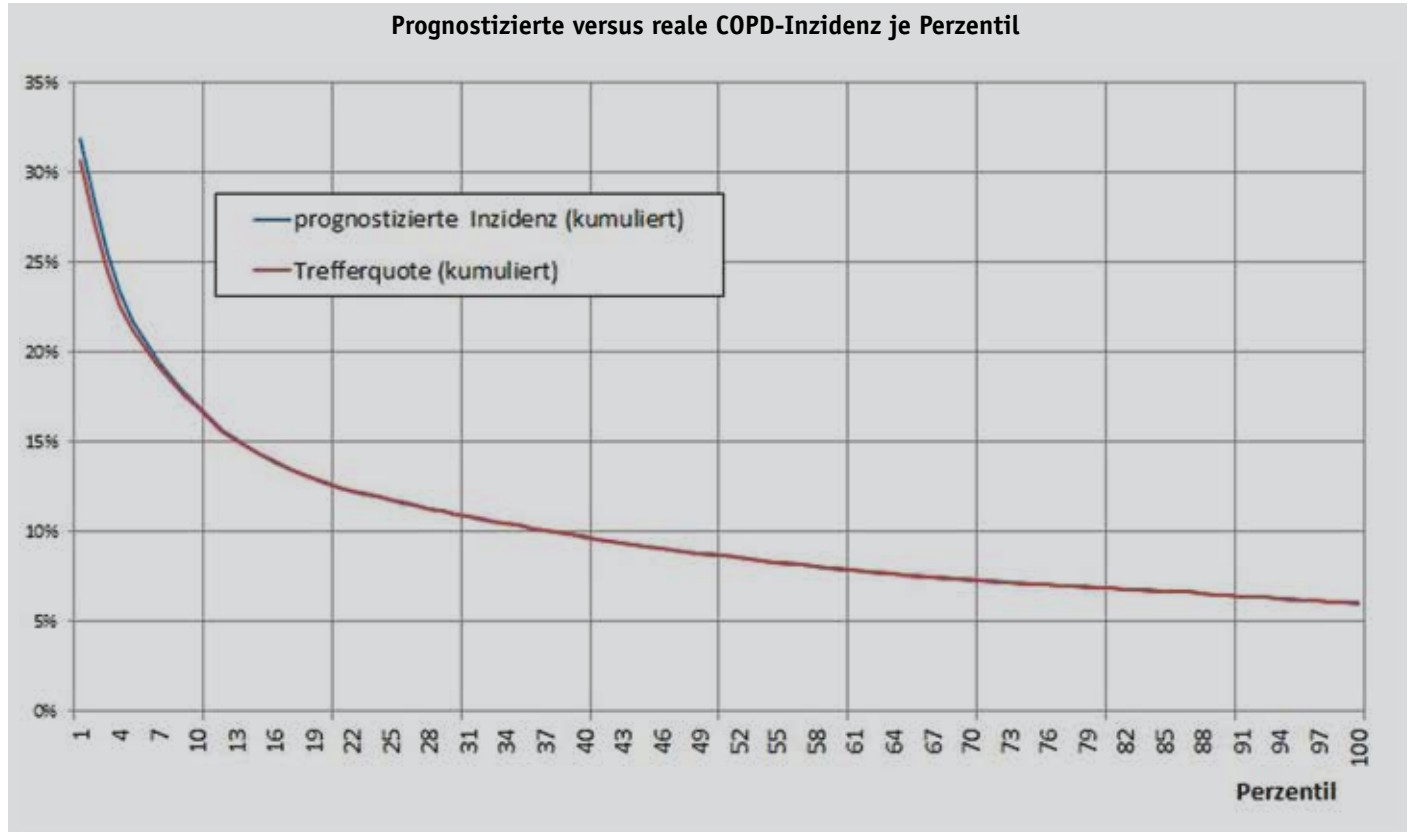


Abb. 3: Prognostizierte versus reale COPD-Inzidenz (Trefferquote) je Perzentil (n=36.000)

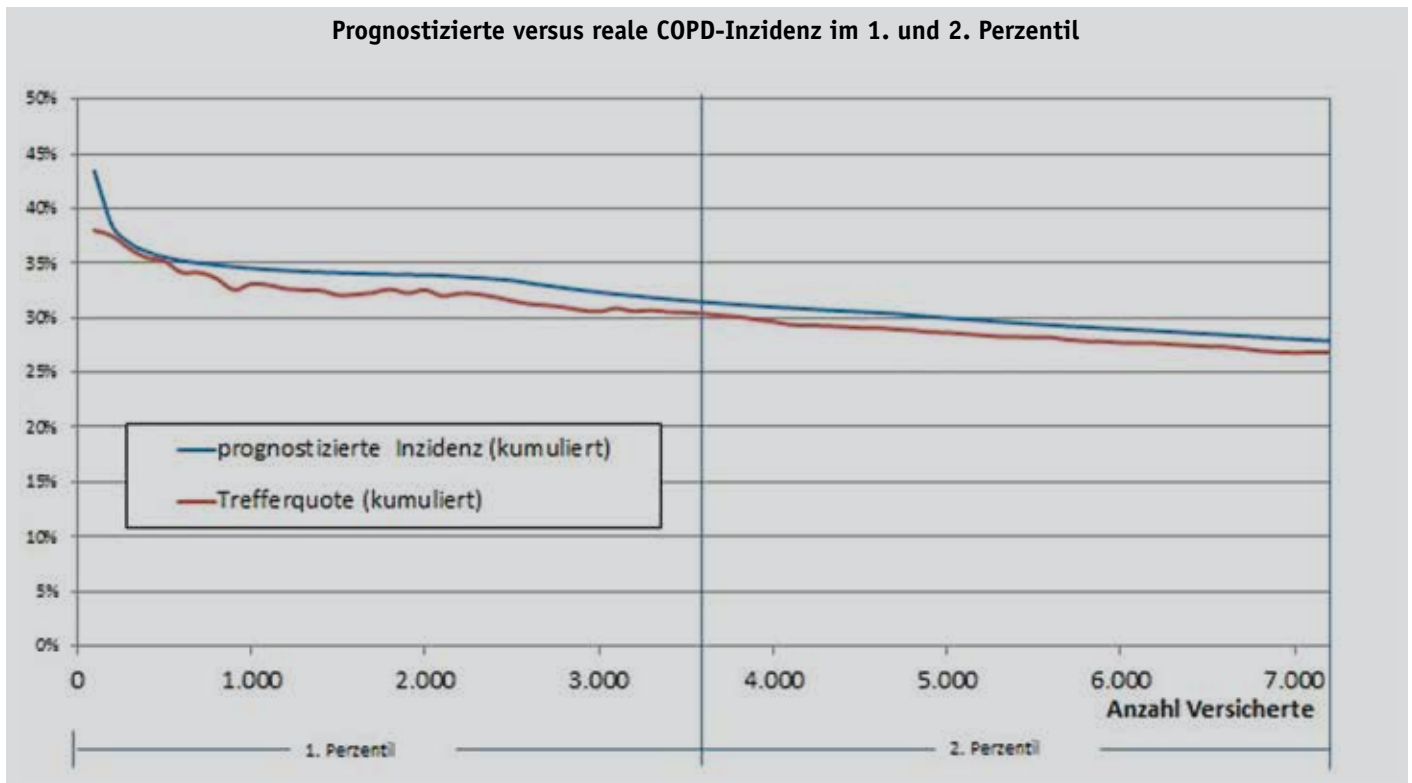


Abb. 4: Prognostizierte versus reale COPD-Inzidenz (Trefferquote) im 1. und 2. Perzentil (3.600 Versicherte je Perzentil).

den 10. Rang ein (SAS berechnet die Importance über der Beitrag einer Variablen für die Reduzierung des Quadratischen Fehlers des vorhergesagten Wertes). Die höchsten Vorhersagewerte lassen sich aus den komplexen Kombinationen von Zeit-, Medikamenten-, Alters- und Komorbiditätsinformationen erzielen und führen in Subgruppen zu Risiken von über 40 Prozent im Folgejahr.

Diskussion

Verschiedenste Studien haben einheitlich gezeigt, dass die COPD in einem hohen Maß unter- bzw. fehldiagnostiziert ist. Die Höhe der nichtdiagnostizierten COPD Fälle ist deutlich höher im Vergleich zu anderen Erkrankungen, wie zum Beispiel Bluthochdruck und Hypercholesterinämie (Walters & Hansen, 2008); (Menezes & Perez-Padilla, 2005); (Bednarek & Maciejewski, 2008); (Lundbäck & Lindberg, 2003); (Worth & P., 2017)

Das hohe Maß an nichtdiagnostizierten Fällen hat zur Folge, dass die Behandlung der Erkrankung meistens erst bei einem höheren Schweregrad der Erkrankung erfolgt.

Die Herausforderungen in der COPD-Forschung bestehen unter anderem in der Definition und Klassifikation der Erkrankung. Es besteht keine übereinstimmende Meinung, welche Methoden zum Screening der COPD implementiert werden sollten (Soriano & Zielinski, 2009); (Au, 2016); (Siu & Bibbins-Domingo, 2016).

Eine frühzeitige Diagnose, und die daraus resultierende frühzeitige Behandlung der Patienten werden in vielen Studien jedoch einheitlich als sinnvoll erachtet (Rennard & Vestbo, 2008); (Bridevaux & Gerbase, 2008); (Kohansal & Martinez-Cambor, 2009); (Enocson & Jolly, 2018).

Die Schwierigkeit ist es, Patienten mit einer symptomatischen und klinisch diagnostizierbaren COPD frühzeitig zu identifizieren. Die meisten Arztbesuche von Patienten mit Symptomen einer COPD erhalten Diagnosen, die mit dem Nikotinabusus (Raucherhusten), Infektion der unteren Atemwege oder sogar Asthma einhergehen.

Viele Patienten mit Symptomen einer COPD suchen einen Arzt erst gar nicht auf, da sie der Meinung sind, sie leiden unter einem vorläufigen Gesundheitsproblem und nicht unter einer spezifischen Erkrankung. Aufgrund dessen sehen diese Patienten einen Arztbesuch als nicht zielführend an. (Lock, 1986); (Price & Freeman, 2002); (Enocson & Jolly, 2018).

Einer der ersten Studien, die sich mit der Früherkennung von COPD befasst, hat herausgefunden, dass die Untersuchung eines Rauchers pro Tag hinsichtlich der COPD zur Identifikation eines COPD-Patienten pro Woche führen würde (van Schayck & Loozen, 2002); (Han & Steenrod, 2015).

Eine weitere Studie mit insgesamt 3.408 Personen im Alter von 35 bis 70 Jahren erbrachte, dass 18 Prozent der Untersuchten mit und 4 Prozent ohne Atemwegsbeschwerden an einer COPD, wobei diese Gruppe deutlich größer (77% der Gesamtmenge) im Vergleich zu der Gruppe mit Beschwerden ist, erkrankt ist. (Buffels & Degryse, 2004)

In der Fachliteratur werden verschiedene Screening Projekte beschrieben. In der Regel basieren diese auf dem Ausfüllen eines klinischen COPD Fragebogen, wie zum Beispiel den Clinical COPD Questionnaire (CCQ), Medical Research Council (MRC) Dyspnoe Skala und auf das Abfragen der Rauchgewohnheiten. (Lyngsø & Backer, 2010); (Thorn & Tilling, 2012) Eine weitere Methode ist das Angebot von kostenlosen Gesundheitsangeboten, die die Bevölkerung ermuntern soll sich hinsichtlich der COPD untersuchen zu lassen. Dabei werden die Probanden zumeist in Gesundheitsmedizinischen Zentren akquiriert.

Zur Veranschaulichung wird auf einige Beispiele näher eingegangen.

Das Ziel des „Copenhagen Screening Project“ (Lyngsø & Backer, 2010) ist die Wirksamkeit eines Screening Programms für COPD in der Grundversorgung zu bewerten. Es wurden Probanden im Alter von 65 Jahren oder älter, die bei einem Arzt für Allgemeinmedizin in Kopenhagen registriert sind, gebeten einen Fragebogen über das Rauchstatus und Symptome der COPD zu vervollständigen. Wenn Personen als Raucher oder ehemalige Raucher oder wenn morgens Husten mit Auswurf und/oder Dyspnoe vorhanden war, wurden diese als „Risiko-Gruppe für COPD“ klassifiziert und aufgefordert sich einer spirometrischen Untersuchung zu unterziehen. Von den 7.103 Patienten, die die Studienkriterien erfüllen, haben 81,2 Prozent auf den Fragebogen geantwortet. Davon konnten 58,5 Prozent der Risikogruppe zugeordnet werden. Von den gefährdeten Personen, unterzogen sich 40 Prozent einer Spirometrie-Prüfung. Eine COPD wurde in 252 (42,3%) als mild, moderat in 258 (43,3%) und schwer bzw. sehr schwer bei 86 Patienten (14,4%) diagnostiziert. Die Ergebnisse legen nahe, dass ein Fragebogen als Screening-Instrument, zur Identifizierung der COPD verwendet werden kann. Darüber hinaus zeigt die Studie, dass mehr als die Hälfte der Probanden im Alter von 65 Jahren ein erhöhtes Risiko für eine COPD aufweisen.

Die Bereitschaft, sich einer spirometrischen Untersuchung zu unterziehen, hängt von dem Ort des Screenings ab.

In Polen wurde im Rahmen einer Studie Screening Untersuchungen auf COPD durchgeführt. Sieben Thorax-Kliniken boten Rauchern zwischen 40 und 60 Jahren eine kostenlose Spirometrie an. Insgesamt wurden 11.027 Personen untersucht, davon weisen 24 Prozent Anzeichen einer Atemwegobstruktion auf. Die Forscher folgern, dass diese Art von Screening die Rate der nichtdiagnostizierten COPD-Fälle mindert (Zieliński & Group, 2001).

Im Rahmen eines großen nationalen Programms zur Diagnostizierung und Früherkennung der COPD wurde in Polen allen Rauchern im Alter von 40 Jahren und älter aufgefordert kostenlos eine Spirometrie durchzuführen. Bei der Untersuchung von 110.355 Personen konnten bei 21 Prozent eine Atemwegobstruktion, die in 8 Prozent mild, in 7 Prozent moderat und schwer in 6 Prozent klassifizierbar ist, nachgewiesen werden (Zielinski & Bednarek, 2006).

In Finnland wurde bereits 1998 ein Präventions- bzw. Behandlungsprogramm für die chronische Bronchitis und COPD ins Leben gerufen. In den meisten Gesundheitszentren wurde die Bevölkerung ermutigt, sich mittels Spirometrie auf COPD untersuchen zu lassen und gegebenenfalls an einem Nikotinentwöhnungsprogramm teilzunehmen. Bis zum Jahr 2003 konnte eine Abnahme der Prävalenz für den Nikotinabusus und der Aufnahme ins Krankenhaus aufgrund einer COPD registriert werden (Pietinalho & Kinnula, 2007).

Der National Service Framework (NSF) in Großbritannien hat zum Ziel die Behandlungsqualität für die COPD zu steigern und verbessert den Zugang zu Dienstleistungen der COPD-Diagnostik bzw. Behandlung. Zu diesem Zweck wurde im Jahre 2006, die Zusammenführung einer Vielzahl von Akteuren aus dem Gesundheitswesen, um Empfehlungen bezüglich der COPD zu formulieren, initiiert. Die Aufgabe bestand darin, die verfügbaren Forschungserkenntnisse der COPD zusammenzutragen und daraus Strategien zur Verhütung, Entdeckung und Behandlung von COPD sowie die daraus resultierenden Komplikationen zu entwickeln. Die Ergebnisse umfassen Empfehlungen zur Identifizierung der COPD einschließlich der Verbesserung der diagnostischen Genauigkeit, dessen Betreuung bzw. Behandlung (Department of Health, 2008); (Department of Health / Medical Directorate / Respiratory Team July, 2011).

Schlussfolgerung

Das entwickelte und hier vorgestellte Modell zur Prognose der Inzidenzwahrscheinlichkeit der COPD erreicht auf Basis von Sekundärdaten eine deutlich höhere Trefferquote als andere Verfahren. Der Vorteil in der Analyse von Sekundärdaten liegt darin, dass häufig vorkommende Komorbiditäten der COPD und deren Behandlungen (z.B. Medikamente) als Prädiktoren dienen können. Da die Trefferquote in der durch das Prognosemodell identifizierten Subgruppe (1. Perzentil) von 3.600 TK-Versicherten bei über 30 Prozent liegt (jeder dritte ist erkrankt), könnten durch ein Screening in dieser Gruppe insgesamt mehr als 1.000 COPD-Kranke im Frühstadium identifiziert werden. Auf Basis dieser Trefferquote rückt ein neuer Versorgungsansatz für nichtdiagnostizierte COPD-Kranke in den Bereich des Möglichen.

Die Bedeutung der Identifizierung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) in einem frühen Stadium wurde in der Fachliteratur bereits erkannt. Es wird ein verbesserter und leicht zugänglicher Weg für Personen mit einem Risiko an einer COPD zu erkranken in der Grundversorgung benötigt (Thorn & Tilling, 2012). Etablierte Screening-Verfahren hätten zur Folge, dass mehr COPD-Patienten erkannt und nach den zurzeit geltenden Leitlinien behandelt werden könnten.

Einige Studien haben gezeigt, dass 30 bis 50 Prozent der COPD-Patienten, die unter einer moderaten Krankheitsausprägung leiden, in der Regel erst diagnostiziert werden, wenn die Erkrankung schon einen höheren Schweregrad erreicht hat. Die Literatur zeigt, dass die schnellstmögliche Versorgung bzw. Therapie von COPD-Patienten als zielführend erachtet wird (Bednarek & Maciejewski, 2008).

Die Treffergenauigkeit des Modells soll in einem weiteren Forschungsvorhaben, dessen Start in 2018 vorgesehen ist, evaluiert werden. <<

Zitationshinweis

Gillessen, A., Ramme, M., Vogelmeier, C.: „Predictive Modeling zur Identifikation von nichtdiagnostizierten COPD-Erkrankten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), S. 37-43, doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2108

Dr. med. Andrea Gillessen, MBA

ist Fachärztin der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und promoviert in einem allgemeinchirurgischen Thema. Von 2006 bis 2008 arbeitete sie als Medical-Consultant (Projektleiterin) in einer Unternehmensberatung. Im Jahr 2015 Abschluss des Masters of Businessadministration. Seit 2010 ist sie bei der Techniker Krankenkasse zuerst im Bereich Strategische Analytik Morbidität und DataScience und seit 2017 im Bereich Versorgungsinnovationen tätig. Kontakt: dr.andrea.gillessen@tk.de



Dr. Sportwiss. Manfred Ramme

absolvierte ein sportwissenschaftliches Studium mit anschließender Promotion (1988). Danach war er in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung in verschiedenen Instituten (bis 1995), im Krankenhaus (bis 2001) und in der Softwareentwicklung (bis 2004) tätig. Seit 2004 ist er als Datenanalyst bei der Techniker Krankenkasse im Bereich Data Mining, Schwerpunkt Prädiktions- und Segmentierungsmodelle beschäftigt. Kontakt: dr.manfred.ramme@tk.de



Prof. Dr. med. Claus Franz Vogelmeier

ist Internist, Pneumologe, Allergologe und Kardiologe. Seit 2001 ist er Professor für Innere Medizin und Direktor der Klinik für Innere Medizin, Pneumologie, Schlaf- und Intensivmedizin am UKGM, Standort Marburg. Er hat seit vielen Jahren seinen wissenschaftlichen und klinischen Schwerpunkt im Bereich der obstruktiven Lungenerkrankungen. Kontakt: vogelmei@med.uni-marburg.de



Identification of underdiagnosed COPD patients via predictive modelling

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease with a progressive course and a high level of morbidity. Early recognition and therefore early diagnosis are of utmost importance because the progress of the disease can partially be prevented in the early stages.

Methods: A newly developed prediction model for COPD incidence was developed and applied to secondary data of subjects insured with Die Techniker. The main goal was the early identification of high-risk subjects with no current record of COPD, but a positive future COPD diagnosis, i.e. in the subsequent year.

Results: The most important predictors that could be identified were age, medications like inhaled sympathomimetics, as well as bronchitis. The hit rate of the prediction model lies in the 1st percentile between 30% and 36% (population 6%), which translates to a lift of 5 to 6 (ROC index 0.69). The practical consequence is that the Techniker Krankenkasse can identify more than 3,000 insured persons without currently documented COPD diagnosis of whom approx. 1,000 persons will be diagnosed with COPD in the following year.

Conclusion: Using a prediction model can be useful for the early detection of COPD.

Keywords

chronic obstructive pulmonary disease, Screening, early detection, predictive modelling

Autorenerklärung

Dr. med. Andrea Gillessen und Dr. Sportwiss. Manfred Ramme sind als Fachreferentin mit besonderer Aufgabenstellung im Fachbereich Versorgungsinnovation bzw. Team Markt- & Kundenanalytik bei DieTechniker, einer gesetzlichen Krankenkasse (Körperschaft des öffentlichen Rechts) in Hamburg angestellt. Prof. C. F. Vogelmeier ist Professor für Innere Medizin und Direktor der Klinik für Innere Medizin, Pneumologie, Schlaf- und Intensivmedizin am UKGM, Standort Marburg. Er ist Mitglied bzw. Vorstand/Vorsitzender verschiedener pulmologischer / medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften. Seit 2018 ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Die Analyse erfolgte im Auftrag der Techniker Krankenkasse in Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin, UKGM, Standort Marburg..

Prof. Dr. med Franz Porzolt
Prof. sc.hum. habil. Christel Weiß

Die Wahrnehmung lebensverändernder Diagnosen durch Patienten und deren Angehörige - eine Online-Befragung

Eine besondere Herausforderung stellt für jeden Arzt die Überbringung schlechter Nachrichten dar. Wir möchten pointiert argumentieren, dass ein Arzt, der die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zwar beherrscht, aber nicht in der Lage ist, dem Patienten sein Mitgefühl und seine Unterstützungsangebote zu vermitteln, einen wesentlichen Teil seiner professionellen Aufgaben nicht erfüllt. Die Realität des ärztlichen Alltags in Praxis und Klinik zeigt allerdings, dass der Arzt die erforderliche Zeit kaum aufbringen kann, um den Hilfesuchenden aussprechen zu lassen und das geschilderte Problem des Patienten in ein abrechnungsfähiges Format zu übersetzen. Diese ärztliche Limitation ist umso kritischer zu bewerten, als durch zahlreiche Studien gezeigt wurde, dass die professionelle Arzt-Patient-Kommunikation den Erfolg der Versorgung positiv beeinflusst (1,2). Die Placebo-Forschung zeigt zudem, dass alles, was der Arzt in der Interaktion mit dem Patienten unternimmt, einen therapeutischen Effekt hat, dazu gehört insbesondere die Kommunikation (3). Die „Wahrnehmung lebensverändernder Diagnosen durch Patienten und deren Angehörige“ wurden bisher kaum durch Befragungen untersucht. Für sie ist die Übermittlung einer schlechten Nachricht eine psychische Ausnahmesituation, welche besondere Aufmerksamkeit und Achtsamkeit erfordert (3, 4). Eine der ersten Erhebungen zum Thema wurden an iranischen Krankenschwestern durchgeführt, die auch die Übermittlung von Krebsdiagnosen beinhaltet (5). Mit der hier vorliegenden Befragung wollen wir zeigen, dass letztlich die Wahrnehmung des Gesprächs durch den Patienten und/oder dessen Angehörige und nicht das Gespräch selbst der Indikator für den Wert des Gesprächs sein sollte.

>> Die BKK ProVita hat das Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. beauftragt, eine Umfrage bei ihren Versicherten zum Thema „Mitteilung schlechter Arztnachrichten“ durchzuführen. Speziell war die Frage zu beantworten, wie häufig Patienten belastende Nachrichten erhalten, die der Arzt nur vermuten, aber nicht sicher wissen kann, wie z.B. konkrete Aussagen zur Lebenserwartung.

An je 2500 Frauen und Männer, die bei der BKK ProVita versichert sind und dort eine E-Mail Adresse angegeben hatten, wurde der beiliegende Fragebogen (Appendix) elektronisch versandt. Wir haben in dieser Studie aus Kostengründen in Kauf genommen, dass durch diese Art der Befragung nicht alle Versicherten erreicht werden können. Aus den anonymen Antworten sollten lediglich Hinweise auf Fehler bei der Übermittlung negativer Arztnachrichten gewonnen werden. Mehr als Hinweise lassen sich nicht gewinnen, weil dazu eine repräsentative Umfrage erforderlich wäre, die jedoch eine weitgehend uneingeschränkte Bereitschaft der Befragten zu antworten voraussetzt. Diese Bereitschaft kann beim Inhalt unserer Befragung nicht vorausgesetzt werden.

Zusammenfassung

Hintergrund: Kommunikationsfehler in der Gesundheitsversorgung reduzieren die Chancen und steigern die Risiken der Gesundheitsversorgung.

Methode: In der vorliegenden Analyse wurden 294 Online-Fragebögen von 5.000 eingeladenen Versicherten einer Krankenkasse bearbeitet, in welchem sie zur Wahrnehmung negativer Nachrichten ihres Arztes befragt wurden.

Ergebnisse: Die Antworten der Versicherten beschreiben die Rahmenbedingungen und die Ergebnisse der Arzt-Patienten-Gespräche. Beunruhigend ist, dass sich 40 Prozent der ärztlichen Vorhersagen zur Lebenserwartung nicht bestätigt haben. Unter den Vorhersagen zur Lebenserwartung waren Mitteilungen über unheilbare Erkrankungen, ausgeschöpfte Behandlungsmöglichkeiten und Erkrankungen, die weniger weit fortgeschritten waren als vom Arzt mitgeteilt wurde.

Schlussfolgerungen: Unter der Einschränkung, dass nur 6% der in einem Online-Verfahren Befragten geantwortet haben, lässt sich bestätigen, dass die Patienten durch das Gespräch „Gefühlte Sicherheit“, aber keine Verunsicherung erwarten. Die wissenschaftliche und ethische Legitimation, „Gefühlte Sicherheit“ zu finanzieren, wird diskutiert.

Schlüsselwörter

verunsichernde Nachrichten, Lebenserwartung, Kommunikation, Placebo-Effekt, Mindset, Gefühlte Sicherheit, Sicherheitsschleife

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2109>

Ergebnisse

Befragte Personen

In der Zeit vom 07.04.2015 bis 22.06.2015 haben 294 von 5000 Versicherten der BKK ProVita einen Fragebogen im Internet elektronisch ausgefüllt und an uns zurückgesandt. Die Antworten konnten vom Patient selbst (66%) oder von einem Angehörigen (33%) gegeben werden. 75% der Antworten kamen von Personen im Alter zwischen 51 und 70 Jahren. 62% waren Männer. Der häufigste Ausbildungsabschluss (37%) war eine Lehre. 49% aller Antwortenden waren Arbeiter oder Angestellte.

Rahmenbedingungen der Arzt-Patient-Gespräche

Etwa 60% aller Gespräche waren vorab angekündigt oder wurden sogar mehrfach angeboten. Allerdings fanden aber auch 35% aller Gespräche unangekündigt statt; 5% der Gespräche waren vom Patienten nicht erwünscht. Nur in 28% aller Gespräche wurde gefragt, ob das Gespräch erwünscht sei; in 56% wurde diese Frage nicht gestellt und in 16% konnte die Frage nicht beantwortet werden. 84% aller Gespräche haben ohne Anwesenheit fremder Personen stattgefunden; bei 61% aller Gespräche stand aus Sicht der Betroffenen genügend Zeit zur Verfügung und bei einem Viertel aller Gespräche wurde die verfügbare Zeit als zu knapp empfunden. Bei 34% aller Gespräche wurde die Aufmerksamkeit des Arztes als zu gering empfunden und in 36% empfanden die Betroffenen die übermittelte Information nicht als angemessen.

Unabhängige Ergebnisse der Arzt-Patient-Gespräche

In 61% der Fälle wurde das Gespräch als beruhigend, aber in 39% eher als beunruhigend empfunden. Um die Frage zu beantworten, was am meisten zur Beruhigung beigetragen hat, konnten mehrere Optionen angegeben werden. Am häufigsten (120 Nennungen) wurde die Erreichbarkeit des Arztes erwähnt, gefolgt von dem Angebot, bei auftretenden Problemen zu helfen (108 Nennungen) und der positiven Vorhersage, dass ein beschwerdefreies Leben mit der Erkrankung möglich sei (78 Nennungen). Am seltensten wurde die Aussage als beruhigend empfunden, dass die Erkrankung zwar nicht heilbar sei, aber für jedes Problem eine Lösung angeboten werden könne (46 Nennungen).

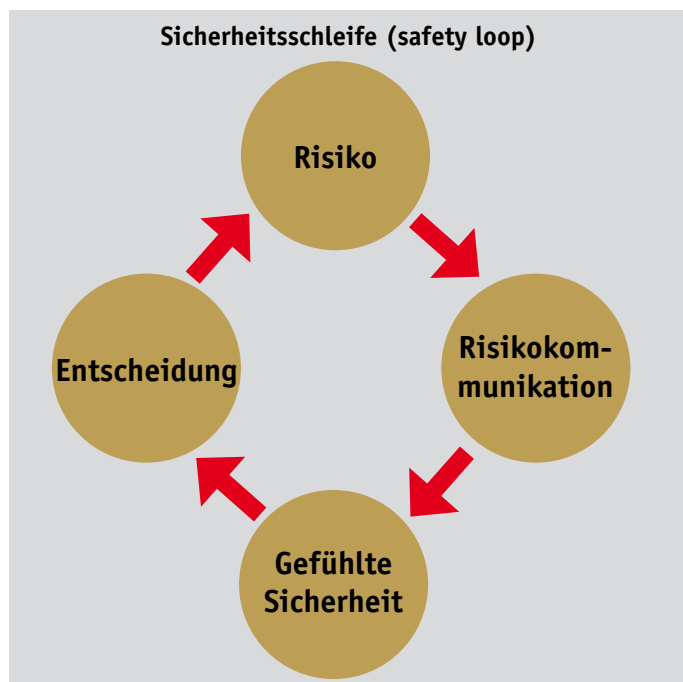


Abb. 1: Sicherheitsschleife (safety loop). Ein objektives Risiko – definiert durch die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Höhe des Schadens – induziert den Bedarf an Kommunikation zur Abwägung verschiedener Strategien zur Risikoreduktion. Als Ergebnis dieser Abwägung resultiert die subjektive Wahrnehmung (= Gefühlte Sicherheit) des objektiven Risikos. Unsere Entscheidungen sind von dieser subjektiven Wahrnehmung des objektiven Risikos – nicht vom objektiven Risiko selbst – abhängig. Die getroffene Entscheidung beeinflusst ihrerseits wiederum das objektive Risiko. Das Ergebnis der Risikokommunikation ist die Stellschraube der Sicherheitsschleife.

Unter den Antworten auf die Frage, welche Nachricht am meisten Verunsicherung verursacht hat, wurden genannt: Die Erkrankung sei nicht mehr heilbar (48 Nennungen), die Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft (40 Nennungen), die Erkrankung sei weiter fortgeschritten als vermutet (30 Nennungen), die Lebenserwartung sei geringer als angenommen (21 Nennungen).

Eines der bedeutendsten Ergebnisse der Studie ist, dass nach Aussagen der Betroffenen die Vorhersage des Arztes bezüglich der Lebenserwartung in nahezu 40% der Fälle falsch war. 40% der Patienten, welchen eine kurze Lebenserwartung vorhergesagt war, lebten definitiv länger als vorhergesagt.

Unter den negativen Vorhersagen, die sich später als zutreffend erwiesen haben, wurden 69% als bedeutend und wertvoll, aber 8% als unbedeutend empfunden, auf welche man auch hätte verzichten können. 23% diese Vorhersagen waren zwar bedeutend, die Art der Mitteilung war aber unbefriedigend. Unter den negativen Vorhersagen, die sich später als unzutreffend erwiesen, wurde in 3% der Fälle eine konkrete Lebenserwartung vorhergesagt. In 78% der Fälle war der erlebte Krankheitsverlauf günstiger als vorhergesagt und in 19% der Fälle ist nahezu das Gegenteil des vorhergesagten Krankheitsverlaufs eingetreten (Tab. 1).

Von den vielfältigen Wechselwirkungen, die durch die zahlreichen Faktoren bedingt sind, die das Arzt-Patient-Gespräch beeinflussen, werden nur jene berichtet, die uns am bedeutendsten erschienen. Von den Arzt-Patienten-Gesprächen wurden 72% als beruhigend, von den Gesprächen der Ärzte mit Angehörigen wurden 61% als verunsichernd empfunden. Männer empfanden das Gespräch in 68% der Fälle als beruhigend, während das nur für 50% der Frauen zutraf. Gespräche, die angekündigt waren oder mehr-

fach angeboten wurden, haben in 75% der Fälle zur Beruhigung beigetragen, während nicht angekündigte oder nicht erwünschte Gespräche in 63% verunsichernd wirkten. Wenn die Personen vorab zum Gesprächsbedarf gefragt wurden, war das Gespräch in 81% der Fälle beruhigend, während es in 53% verunsichernd war, wenn vorab nicht gefragt wurde. Bei Personen, die nicht mehr wussten, ob sie wegen des Gesprächsbedarfs vorab gefragt wurden, war das Gespräch in 73% der Fälle beruhigend.

Diskussion

Die Analyse der „Überbringung lebensverändernder Diagnosen“ hat als bedeutendstes Ergebnis gezeigt, dass absolute und unausweichlich formulierte Nachrichten über eine Erkrankung nicht angebracht sind. Sie sind anhand unserer Daten häufig unzutreffend und nehmen den Patienten die erwartete positive Lebensperspektive. Die Zerstreuung von Hoffnung widerspricht dem ethischen Grundsatz „nil nocere“ (6,7). Wir Ärzte sollten daran denken, stets eines der bedeutendsten Versorgungsprinzipien („nil nocere“) zu berücksichtigen. Dazu gibt es zahlreiche Daten (8, 9), die bestätigen, dass Menschen, welchen die Hoffnung auf Genesung genommen wird, eine deutlich schlechtere Prognose haben als Menschen, die durch Zuwendung und Hoffnung unterstützt werden.

In verschiedenen Wissenschaftsbereichen, z.B. in der evidenzbasierten Medizin (10), in der Risiko- und Sicherheitsforschung (11, 12, 13, 14), in der Placebo -Forschung (15) sowie in wissenschaftlichen Studien über Mindset (16) setzt sich zunehmend die Auffassung durch, dass Entscheidungen letztlich auf Basis individueller Einstellungen und persönlicher Werte beruhen. Deshalb lässt sich übereinstimmend mit den Empfehlungen eines Diskussionspapiers des Institute of Medicine als neue Hypothese formulieren, dass die Qualität der Versorgung durch die Einhaltung der empfohlenen Kriterien der Arzt-Patient-Gespräche verbessert werden kann, wenn drei notwendige Änderungen berücksichtigt werden (17):

- Eine Änderung der Kommunikationskultur
Das Kommunikationsangebot der Ärzte sollte mit den Erwartungen der Patienten zur Kommunikation übereinstimmen.
- Eine Änderung der Infrastruktur
Es sollten Anreize zur Kommunikation angeboten werden, anstatt eine Behinderung der Kommunikation durch die Limitation der vergüteten Gesprächsminuten verursacht werden.
- Eine Änderung der Qualitätsstandards und der Verantwortlichkeit
Die Versorgungsforscher sind aufgerufen, dazu für die politischen Entscheider sinnvolle und praktikable Vorschläge zur erarbeiten.

Wenn man berücksichtigt, dass nicht die objektiven Risiken, sondern deren subjektive Wahrnehmung (= Gefühlte Sicherheit) die abgeleiteten Entscheidungen beeinflusst (11, 12, 13, 14), wird klar, dass die Arzt-Patient-Kommunikation eine der bedeutendsten Stellschrauben der Versorgungsqualität ist. Die wissenschaftlichen Grundlagen zum Nachweis der „Gefühlten Sicherheit“ wurden in vier Dissertationsarbeiten (18 – 21) und in einer Masterarbeit (22) beschrieben.

Limitationen und Schlussfolgerungen

Die Aussagekraft der vorgestellten Daten ist zum einen aus methodischen Gründen limitiert, weil nur 6% der Befragten geantwortet haben. Diese Einschränkung ist bei der Interpretation der Da-

Der Fragebogen des Projekts (Teil 1)

Probleme der Arzt-Patient-Kommunikation: Von ihrer Krankenkasse wurden Sie eingeladen, an einem Projekt „Probleme der Arzt - Patient -Kommunikation“ teilzunehmen. Wir, das ICE e.V., wurden beauftragt, dieses Projekt unabhängig und unter Wahrung des Datenschutzes durchzuführen. Ihre persönlichen Informationen werden nicht an die Krankenkasse weitergegeben.
Professor Franz Porzolt, Institute of Clinical Economics e.V.

Frage 1: Zu Ihrer Person (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Ich bin selbst Patient, der aus eigener Erfahrung berichtet.
- Ich bin Familienangehöriger/ Bekannter eines Patienten und berichte hier über meine Beobachtungen. Die Angaben zur Person beziehen sich auf den Patienten.

Bitte markieren Sie die Altersgruppe des Patienten		Welches Geschlecht hat der Patient?		Welchen beruflichen Abschluss hat der Patient?	
<input type="checkbox"/>	zwischen 18 und 30 Jahren	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	Auszubildende(r)/Student(in)
<input type="checkbox"/>	zwischen 31 und 40 Jahren	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	keinen beruflichen Abschluss
<input type="checkbox"/>	zwischen 41 und 50 Jahren	Lebt der Patient mit einem Partner zusammen?		<input type="checkbox"/>	eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
<input type="checkbox"/>	zwischen 51 und 60 Jahren	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfach-, Handelsschule) abgeschlossen
<input type="checkbox"/>	zwischen 51 und 60 Jahren	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	eine Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
<input type="checkbox"/>	zwischen 71 und 80 Jahren	<input type="checkbox"/>	keine Angabe	<input type="checkbox"/>	einen Fachhochschulabschluss
<input type="checkbox"/>	zwischen 81 und 90 Jahren			<input type="checkbox"/>	einen Hochschulabschluss
<input type="checkbox"/>	älter als 90 Jahre			<input type="checkbox"/>	Ich möchte bzw. ich kann diese Frage nicht beantworten

In welcher beruflichen Stellung ist der Patient derzeit hauptsächlich beschäftigt?

<input type="checkbox"/>	Arbeiter	<input type="checkbox"/>	Angestellter
<input type="checkbox"/>	Beamter	<input type="checkbox"/>	Selbständiger
<input type="checkbox"/>	arbeitslos	<input type="checkbox"/>	Student
<input type="checkbox"/>	Rentner	<input type="checkbox"/>	Haushalt
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ich möchte bzw. ich kann diese Frage nicht beantworten

Frage 2: Ankündigung des Informationsgesprächs: Wurde das Informationsgespräch vom Arzt angekündigt? (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Das Gespräch hat ohne vorherige Ankündigung stattgefunden.
- Das Gespräch wurde vor Durchführung angekündigt, sodass man sich darauf einstellen konnte
- Ein Gespräch wurde zwar einmal angeboten, war aber vom Patienten wegen verschiedener Umstände zum damaligen Zeitpunkt nicht erwünscht.
- Dem Patienten wurden mehrfach Gespräche angeboten; abhängig von der jeweiligen Situation haben diese auch mehrfach stattgefunden.

Frage 3: Einbeziehung von Angehörigen: Wurde die erkrankte Person gefragt, ob sie die Beteiligung von Angehörigen am Gespräch wünscht? (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Die Frage bezüglich der Teilnahme von Angehörigen am Gespräch wurde nicht gestellt.
- Die Frage bezüglich der Teilnahme von Angehörigen am Gespräch wurde gestellt
- Ich weiß es nicht mehr.

Frage 4: Umgebung des Gesprächs: In welcher Umgebung/Atmosphäre fand das Gespräch statt? (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Das Gespräch hat in einer ungestörten Umgebung stattgefunden
- Das Gespräch hat in einem Raum stattgefunden, in welchem sich auch andere Personen aufhielten

Frage 5: Zeit für das Gespräch: Stand für das Gespräch ausreichend Zeit zur Verfügung? (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Ja, es stand genügend Zeit zur Verfügung, die aber nicht genutzt werden konnte. Wegen der fehlenden Vorbereitung auf das Gespräch wurden einige wichtige Fragen nicht gestellt.
- Nein, die Zeit war für ein Gespräch zu knapp.

Frage 6: Aufmerksamkeit des Arztes: Hatten Sie den Eindruck, dass der Arzt dem Thema und Ihren Gefühlen die erwünschte Aufmerksamkeit gewidmet hat? (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Ja, dem Thema und meinen Gefühlen wurde volle Aufmerksamkeit geschenkt.
- Ich hatte den Eindruck, es handle sich um ein wenig persönliches Gespräch, bei dem der Arzt nur einer unangenehmen Pflicht nachkommt

Frage 7: Angemessenheit der Information: Haben Sie die erhaltenen Informationen als angemessen empfunden? (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Es wurden alle erwarteten Informationen angeboten. Fragen wurden beantwortet
- Es bestand der Eindruck, dass nicht alle verfügbaren Informationen mitgeteilt wurden.

Frage 8: Beruhigung oder Verunsicherung: Hat die Information zur Beruhigung oder Verunsicherung beigetragen? (bitte eine Antwort ankreuzen)

- Die Information hat zur Beruhigung beigetragen. (Weiter bei Frage 9 a)
- Die Information hat mehr verunsichert als beruhigt. (Weiter bei Frage 9 b)

Frage 9 a: Beruhigender Effekt des Gesprächs: Welche Information hat am meisten zur Beruhigung beigetragen? (mehrere Antworten möglich)

- Die positive Nachricht, dass die Chance auf ein beschwerdefreies Leben besteht.
- Das Angebot des Arztes, bei allen auftretenden Problemen zu helfen
- Das Angebot des Arztes, jederzeit erreichbar zu sein.
- Die Nachricht, dass die Erkrankung zwar nicht heilbar sei, aber für jedes Problem eine Lösung angeboten werden kann.

Frage 9 b: Verunsichernder Effekt des Gesprächs: Welche Information hat am meisten zur Verunsicherung beigetragen? (mehrere Antworten möglich)

- Die Krankheit sei nicht zum Stillstand gekommen.
- Die Erkrankung sei nicht mehr heilbar
- Die Erkrankung sei weiter fortgeschritten als vermutet.
- Die Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft.
- Die Lebenserwartung sei geringer als angenommen.

Der Fragebogen des Projekts (Teil 2)	
Frage 10: Zutreffen der schlechten Nachricht: War die schlechte Nachricht des Arztes tatsächlich zutreffend? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Die Vorhersage der schlechten Nachricht war zutreffend, d.h. sie ist tatsächlich eingetreten. (Weiter bei Frage 11 a)
<input type="checkbox"/>	Die Vorhersage der schlechten Nachricht war nicht zutreffend, d.h. sie ist bis heute NICHT eingetreten. (Weiter bei Frage 11b)
Frage 11 a: Zutreffende Informationen: Es wurden negative Informationen übermittelt, die sich später als zutreffend herausgestellt haben (bitte eine Antwort ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Diese Informationen empfand ich als wichtig und wertvoll
<input type="checkbox"/>	Diese Informationen waren zwar wichtig; die Art der Mitteilung war aber unbefriedigend.
<input type="checkbox"/>	Diese Informationen waren unwichtig und hätten auch unterbleiben können
Frage 11 b: Unzutreffende Informationen. Es wurden negative Informationen übermittelt, die sich später als unzutreffend erwiesen haben. Was wurde übermittelt? (bitte eine Antwort ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Der vorhergesagte Krankheitsverlauf ist nicht so schlimm wie vorhergesagt eingetreten. (Weiter bei Frage 13)
<input type="checkbox"/>	Nahezu das Gegenteil des vorhergesagten Krankheitsverlaufs ist eingetreten. (Weiter bei Frage 13)
<input type="checkbox"/>	Es wurde eine konkrete Lebenserwartung vorhergesagt, die aber nicht zutreffend war. (Weiter bei Frage 12)
Frage 12: Konkrete aber unzutreffende Vorhersage:	
<input type="checkbox"/>	Wie viele Monate Ihrer Lebenserwartung hat der Arzt vorhergesagt?
<input type="checkbox"/>	Wie viele Monate sind seit dieser Vorhersage verstrichen?
Frage 13: Um die Arzt-Patient-Kommunikation zu verbessern, habe ich den Wunsch, Ihnen weitere Details zu meinen Erfahrungen mitzuteilen. Es ist mein Wunsch, dass Sie mich unter nachfolgender Adresse kontaktieren (Wenn Sie keinen Kontakt wünschen, entfällt diese Angabe)	
<input type="checkbox"/>	Bitte hier Ihre Adresse eintragen:
Die Information, die Sie uns auf diesem Blatt mitteilen, bleibt beim Institute of Clinical Economics e.V.; sie wird nicht an die Krankenkasse weitergegeben. Die Angaben unterliegen dem Datenschutz.	

Tab. 1: Der Fragebogen des Projekts.

ten und bei Ableitung von Schlussfolgerungen zu berücksichtigen. Ob sich verlässlichere Daten durch Interviews gewinnen lassen, bleibt dahingestellt, weil dazu ein erheblich höherer finanzieller und personeller Aufwand erforderlich ist.

Die Aussagekraft unserer Daten ist aber auch durch bestehende Überzeugungen limitiert. Die Effekte der Kommunikation werden erheblich unterschätzt, nicht nur hinsichtlich weicher Indikatoren wie Wohlbefinden. Wir beginnen zu verstehen, dass klinische relevante Effekte aus der Arzneimittelforschung, die nicht weiter verfolgt wurden, wertvolle Informationen für das Verständnis kausaler Effekte beinhalten. Diese Effekte beruhen meist auf wenig beachteten psychologischen Interventionen und wurden als „confounder“ bewertet. Das Problem wird sich nur klären lassen, wenn unter Wissenschaftlern die Bereitschaft besteht, Fehler aufzudecken, die zu einer inkorrekten Information von Patienten und Kollegen führen. Diese Forderung lässt sich anhand konkreter Beispiele zur Therapie mit dem monoklonalen Antikörper 17-1A (23) und zur PREFERE-Studie (24 - 27) belegen, deren Diskussion aber den Rahmen dieser Publikation sprengen würde.

Übereinstimmend mit Daten aus verschiedenen Forschungsfeldern ist davon auszugehen, dass unsere Entscheidungen generell nicht von objektivierbaren Risiken, sondern von der subjektiven Wahrnehmung dieser objektiven Risiken abhängen. Dieser Zusammenhang ist in der Sicherheitsschleife (13,14) beschrieben, aus der sich die Rolle der Kommunikation für die getroffenen Entscheidungen und indirekt damit auch für die Änderung unserer objektiven Risiken ableiten lässt (Abb. 1).

Die neuen Daten könnten ein Grund sein, den ethischen, medizinischen, ökonomischen und legalen Aspekten der Kommunikation mehr Aufmerksamkeit als bisher zu schenken. Es darf angenommen werden, dass kaum ein Patient wiederholt zum Arzt gehen wird, wenn er dort nicht mehr als nur inhaltsleere Gesprächsminuten angeboten bekommt. Das Risiko der Krankenversicherungen, sinn- und zwecklose Gesprächsminuten zu bezahlen, wird durch die Patienten limitiert, die sich solche Konsultationen selbst ersparen werden. <<

Die Problematik ärztlicher Vorhersagen zur Lebenserwartung der Patienten

Vorhersagen zur Lebenserwartungen sind falsch,

- weil bei 78% der Befragten die tatsächliche Lebenserwartung günstiger war als die vorhergesagte Lebenserwartung,
- bei 19% der Befragten nahezu das Gegenteil der Vorhersage eingetreten ist und
- bei 3% der Befragten die Lebenserwartung zwar konkret, aber falsch vorhergesagt wurde.

Patienten, Angehörige und Ärzte sollten sich bewusst machen,

- dass ärztliche Vorhersagen zur Lebenserwartung sehr unsicher sind und nahezu immer mehr schaden als nützen,
- dass damit ein hohes Risiko besteht, eine vermeidbare schlechte Nachricht zu vermitteln,
- dass sowohl Arzneimittel-Nebenwirkungen wie auch Symptome, die nach Übermittlung schlechter Nachrichten auftreten, auf identischen Pathomechanismen beruhen können und durch identische Maßnahmen kontrolliert werden können.

Konsequenzen für die Arzt-Patienten-Kommunikation

- Positive Aspekte realistisch darstellen
- Unerwünschte Wirkungen und negative Informationen dürfen nicht unterschlagen werden, sie sollen aber nicht betont werden, weil durch diese Informationen ähnliche Pathomechanismen wie bei unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln induziert werden.

Tab. 1: Die Problematik ärztlicher Vorhersagen zur Lebenserwartung der Patienten. Eigene Darstellung.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

The perception of life-changing diagnoses by patients and their relatives. A online survey

Background: Communication errors in healthcare reduce the chances, increase the risks, and miss the progress of healthcare.

Method: The current analysis includes the results of a questionnaire completed by 294 of 5.000 health insured persons.

Results: These people described their perceptions about bad doctors news. The answers represent the framework conditions and the outcomes of the doctor-patient interaction. It is disturbing that 40 percent of the physicians predicted life expectations were wrong. Among the disturbing news were incurable diseases, limited treatment possibilities and diseases that were more advanced than expected.

Conclusions: Considering the limitation of a response rate of only 6% to our online survey it can be confirmed that patients expect to get „Perceived Safety“ but not uncertainty als a result of the consuotation. The scientific and ethical legitimation to pay for „perceived safety“ is discussed.

Keywords

bad news, life expectancy, communication, placebo effect, mindset, perceived safety, safety loop

Zitationshinweis

Porzolt, F., Weiß, C.: „Die Wahrnehmung lebensverändernder Diagnosen durch Patienten und deren Angehörige. Eine Online-Befragung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 06/18, S. 44-48, doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2109

Literatur

- Haskard Zolnieriek K. B., Dimatteo M. "Physician Communication and Patients Adherence to Treatment: A Meta -Analysis", Medical Care 47, 2009: 826-834
- Street Jr.R.L. et al „How does Communication Heal? Pathways Linking Clinician-Patient Communication to Health Outcomes“, Patient Education and Counseling 74, 2009
- Ofri D., „What Patients Say, What Doctors Hear, Beacon Press, Boston 2017: 71-81
- Naïmer SA, Prero M. „Delivering Bad News: An Approach According to Jewish Scriptures.“ Rambam Maimonides Med J 2014;5: e0020. Doi:10.5041/RMMJ.10154
- Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, Kaji MA, Dopolani FN, Nejati A, Mohammadnejad E. „Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis.“ J Med Ethics Hist Med. 2014;7: 18. eCollection 2014.
- Jatoi I, Miller AB. „Breast Cancer Screening in Elderly Women: Primum Non Nocere,“ JAMA Surg. 2015 Oct 14. doi: 10.1001/jamasurg.2015.2663. [Epub ahead of print]
- Roloff C., „Primun nil nocere“, Urologie A. 2015;54:1433-1434. doi: 10.1007/s00120-015-3939-4.
- Schulz von Thun, F. „Miteinander Reden, Band 1, Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation“, 2010, Reinbeck bei Hamburg: 25-30
- Mercer, S.W. & Reynolds, W.J. „Empathy and Quality of Care“; British Journal of General Practice, 2002; 52: 9-12
- Gray JA Muir. "Evidence-based policy making – is about taking decisions based on evidence and the needs and values of the population". BMJ 2004;329: 988-989
- Porzolt F, Kilian R, Eisemann M. Gefühlte Sicherheit – Ein neuer gesellschaftlicher Wert. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2007;12: 7-10
- Porzolt F, Polianski I, Görgen A, Eisemann M. „Safety and Security: The Valences of Values“. Journal of Applied Security Research 2011,6:4,483-490. <http://dx.doi.org/10.1080/19361610.2011.604069>
- Porzolt F. Clinical Economics – It is about Values not about Money. Brazil J Medicine Human Health 2016;4 (3). DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3386bjmhh.v4i3.1052>
- Porzolt F. Safety means perception of risk. J Med Safety 2016;Oct:18-24. ISSN 1349-5232
- Crum A.J., K. A. Leibowitz, A. Verghese, Making mindset matter. BMJ 2017, Feb.15;356:j674. doi 10.1136/bmj.j674
- Langer, E. J. „Mindfulness: Das Prinzip Achtsamkeit“, Vahlen, 2015
- Alston C, Pagetl, Halvorson GC, Novelli B, Guest J, McCabe P, Hoffman K, Koepke C, Simon M, Sutton S, Okun S, Wicks P, Undem T, Rohrbach V, von Kohorn I. Communicating with patients on health care evidence. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC, 2012. <http://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/>
- Gampert L. Entwicklung und Validierung eines psychometrischen Messinstrumentes zur Messung der >Gefühlten Sicherheit< von Patienten nach dem Lesen einer Arzneimittelgebrauchsinformation. 2010. Dissertationsarbeit zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.
- Knie A. Gefühlte Sicherheit bei älteren Menschen. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Messung der gefühlten Sicherheit bei älteren Menschen. 2011. Dissertationsarbeit zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.
- Popp RI. Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung der Gefühlten Sicherheit bei Schülerinnen und Schülern an Realschulen in Baden-Württemberg, 2009. Dissertationsarbeit zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.
- Rochau, Ursula 2009: Gefühlte Sicherheit in Selbsthilfegruppen nach Brustkrebs. 2009. Dissertationsarbeit zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.
- Vangberg, Hans Christian Bones 2008: Perceived safety in mining: a development of the (Vangberg-Eisemann) Perceived Safety Scale (VEPSS), Master Thesis, Tromsø.
- Riethmüller G et al. Randomised trial of monoclonal antibody for adjuvant therapy of resected Dukes' C colorectal carcinoma. The Lancet 1994;343:1177 – 1183
- Porzolt F. Ein Interview mit Peter Stegmaier.zur PREFERE Studie. Pleitgen: „Eine gehörige Herausforderung“. Monitor Versorgungsforschung 2013; 01:16-17
- Tannock I. personal communication „Review of the PREFERE study“
- Ulm K. PREFERE-Studie Zu wenig statistische Power? Kommentar aus der Sicht des Statistikers, URO-NEWS 2013;17:15
- Porzolt F. Prostatakrebs-Studie. Keine Schuldzuweisungen. Dtsch Arztebl 2017;114:A228-229

Prof. Dr. med. Franz Porzolt

wurde am Ontario Cancer Institute in Toronto/ONT, an der Philipps-Universität Marburg und an der Universität Ulm ausgebildet. Er hat für die Entwicklung des Fachs „Klinische Ökonomik“ (Nutzen von Gesundheitsleistungen aus Sicht des Patienten und der Solidargemeinschaft) im Jahr 2012 den Deutschen IQ-Preis erhalten. 2013 hat er den wissenschaftlichen Verein „Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. gegründet. Kontakt: mindset@clinical-economics.com



Prof. Dr. sc.hum. habil. Christel Weiß

ist Leiterin der Abteilung für Medizinische Statistik, Biomathematik und Informationsverarbeitung der Medizinischen Fakultät Mannheim. Studium der Mathematik und Physik an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. 1986-1992 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Experimentelle Chirurgie der Karl-Ruprechts-Universität Heidelberg. 1991 Promotion. 2011 Erlangung der Venia Legendi für die Fächer Biomathematik und Epidemiologie. Kontakt: christel.weiss@medma.uni-heidelberg.de



Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken
Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev M.A.

Assoziation zwischen Polypharmazie und Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie in deutschen Hausarztpraxen

Die Demenz ist eine chronische Erkrankung, die zwischen 5 % und 7 % der Menschen im Alter ab 60 Jahren betrifft [1]. Die Zahl der Demenzkranken soll bis 2030 auf 66 Millionen und bis 2050 auf 115 Millionen weltweit ansteigen. In Deutschland ist die Prävalenz mit über einer Million Demenzkranken sehr hoch [2]. Da die Demenz mit schlechter Lebensqualität [3] sowie psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Depression und Angstzuständen) [4,5] assoziiert ist, besteht Bedarf an besseren Präventions-, Diagnose-, Behandlungs- und Managementmaßnahmen im Hinblick auf diese neurodegenerative Erkrankung.

>> In den letzten Jahrzehnten haben mehrere maßgebliche Studien den klinischen Nutzen einer frühzeitigen Behandlung von Demenz und insbesondere der Alzheimer-Krankheit gezeigt [6,7]. So fanden Cumbo und Lorigi im Jahr 2014 in einer 12-monatigen, randomisierten, offenen Studie heraus, dass die Verordnung mehrerer Antidemenzmittel (d.h. Memantin, Donepezil, Rivastigmin und Galantamin) mit einer Verbesserung der Verhaltenssymptome und der psychologischen Symptome der Alzheimer-Krankheit assoziiert war [8]. Im selben Jahr schätzten Dysken et al. bei 613 Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Erkrankung, dass Vitamin E zu einer signifikanten Verringerung des Funktionsverlustes im Zusammenhang mit Demenz führte [9]. Aufgrund dessen wird in mehreren nationalen Leitlinien eine frühzeitige Einleitung der Behandlung mit Antidemenzmitteln empfohlen [10]. Nichtsdestotrotz haben Antidemenzmittel nur einen begrenzten Einfluss auf den langfristigen neurodegenerativen Prozess, der mit Demenz einhergeht, und bringen mehrere Nebenwirkungen mit sich (z. B. Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit und Unruhe) [11].

Da die Mehrheit der Demenzkranken 60 Jahre oder älter ist [1], ist es wahrscheinlich, dass die meisten von ihnen an mehr als einer chronischen Erkrankung leiden und daher mehrere Medikamente erhalten [12]. So sind Polypharmazie und unsachgemäßer Medikamentengebrauch (d.h. Medikamente, die älteren Patienten überhaupt nicht oder nur in niedriger Dosis verordnet werden sollten) bei Menschen mit Demenz sehr verbreitet [13,14]. Aus diesem Grund ist die Vermeidung von Wechselwirkungen, die für die Gesundheit der Patienten potenziell schädlich sind, eine wichtige Herausforderung für Hausärzte bei der Verordnung von Antidemenzmitteln. Nach unserem Kenntnisstand gibt es keine Studie, die sich auf den möglichen Zusammenhang zwischen Polypharmazie und der Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie konzentriert. Dies ist eine wesentliche Lücke in der Literatur, da Hausärzte es eventuell vermeiden, älteren

Zusammenfassung

Ziel dieser retrospektiven Studie war es, den möglichen Einfluss der Polypharmazie auf die Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie bei Patienten mit Demenz in Hausarztpraxen in Deutschland zu untersuchen. Die vorliegende retrospektive Studie basiert auf der bundesweiten Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA). Die aktuelle Studie umfasste Patienten in 1.217 Hausarztpraxen in Deutschland, die zwischen 2014 und 2016 (Indexdatum) erstmals eine erhielten. Das Primärouitcome war die Verordnungsrate von Antidemenzmitteln innerhalb eines Jahres nach dem Indexdatum. Die Studie umfasste 21.888 Patienten. Das Durchschnittsalter betrug 80,2 Jahre und 61,4 % der Studienpopulation waren Frauen. Personen, die zu Studienbeginn sechs oder mehr Arzneimittel erhielten, wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, eine Antidemenzbehandlung zu erhalten, als diejenigen, die zu Studienbeginn keine Arzneimittel erhielten (6-9 Arzneimittel: OR=0,75; ≥10 Arzneimittel: OR=0,58). Darüber hinaus hatten Patienten ab 90 Jahren (OR=0,53), Frauen (OR=0,91) und Teilnehmer mit vaskulärer Demenz (OR=0,70) eine geringere Chance, eine Verordnung für Antidemenzmittel zu erhalten. Personen mit Alzheimer-Krankheit wurde eher eine Antidemenzbehandlung verordnet als Personen mit nicht näher bezeichneter Demenz (OR=3,08). Insgesamt gab es in deutschen Hausarztpraxen eine negative Assoziation zwischen Polypharmazie und Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie. Weitere Forschungsarbeiten sind erforderlich, um die Verordnungsmuster von Hausärzten und Spezialisten bei neu diagnostizierten Demenzkranken besser zu verstehen.

Schlüsselwörter

Polypharmazie; Antidementiva; Demenz; retrospektive Studie, Disease Analyzer

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2110

Demenzkranken diese Arzneimittel zu verordnen, wenn diese bereits verschiedene andere Medikamente einnehmen. Ziel dieser retrospektiven Studie war es daher, den möglichen Einfluss der Polypharmazie auf die Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie bei Patienten mit Demenz in Hausarztpraxen in Deutschland zu untersuchen.

Methodik

Datenbank

Die vorliegende retrospektive Studie basiert auf der bundesweiten Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA). Diese Datenbank umfasst demografische, klinische und pharmazeutische Variablen, die von IQVIA aus einer bundesweiten Stichprobe allgemeinärztlicher und spezialisierter Praxen gewonnen werden [15]. Die Qualität dieser Daten wird regelmäßig bewertet; und Becher und Kollegen haben gezeigt, dass die Disease Analyzer-Datenbank für deutsche Praxen repräsentativ ist [16]. Außerdem ist anzumerken, dass in jüngster Zeit bereits mehrere Studien zum Thema Demenz auf Grundlage dieser Datenbank durchgeführt wurden [17–19].

Studienpopulation

Die aktuelle Studie umfasste Patienten in 1.217 Hausarztpraxen in Deutschland, die zwischen 2014 und 2016 (Indexdatum) erstmals eine Demenzdiagnose (Demenz jeglichen Ursprungs) erhielten (ICD-10-Codes: F01, F03, G30).

Studienoutcome und Variablen

Das Primärouitcome war die Verordnungsrate von Antidemenzmitteln (ATC: N07D inkl. Memantin, Galantamin, Donepezil und Rivastigmin) innerhalb eines Jahres nach dem Indexdatum. Die erklärende Variable war die Anzahl der verschiedenen Medikamente, die zu Studienbeginn pro Patient verordnet wurden. Als unabhängige

Variablen wurden Alter, Geschlecht und Art der Demenz (Alzheimer-Krankheit [G30], vaskuläre Demenz [F01], und nicht näher bezeichnete Demenz [F03]) berücksichtigt.

Statistische Analysen

Für Alter, Geschlecht und Art der Demenz wurden beschreibende Analysen erstellt. Logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um den Einfluss der Anzahl der verschiedenen, zu Studienbeginn pro Teilnehmer verordneten Arzneimittel auf die Wahrscheinlichkeit, eine Anti-Demenz-Therapie zu erhalten (bei allen Patienten und bei Alzheimer-Patienten), zu untersuchen. Der Grund, warum logistische Regressionsanalysen auch in der Untergruppe der von der Alzheimer-Krankheit betroffenen Patienten durchgeführt wurden, liegt darin, dass Antidemenzmittel zunächst zur Behandlung dieser speziellen Art der Demenz entwickelt und eingeführt wurden. P-Werte von $<0,05$ wurden als statistisch signifikant angesehen. Alle Analysen wurden mit Hilfe von SAS 9.4. durchgeführt.

Ergebnisse

Die Studie umfasste 21.888 Patienten (Tabelle 1). Das Durchschnittsalter betrug 80,2 Jahre (SA=7,3 Jahre) und 61,4 % der Studienpopulation waren Frauen. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse in der Gruppe mit Demenz jeglichen Ursprungs sind in Tabelle 2 aufgeführt. Personen, die zu Studienbeginn sechs oder mehr Arzneimittel erhielten, wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, eine Antidemenzbehandlung zu erhalten, als diejenigen, die zu Studienbeginn keine Arzneimittel erhielten (6-9 Arzneimittel: Odds-Ratio [OR]=0,75; ≥ 10 Arzneimittel: OR=0,58). Darüber hinaus hatten Patienten ab 90 Jahren (OR=0,53), Frauen (OR=0,91) und Teilnehmer mit vaskulärer Demenz (OR=0,70) eine geringere Chance, eine Verordnung für Antidemenzmittel zu erhalten, als Patienten unter 80 Jahren, Männer bzw. Teilnehmer mit nicht näher bezeichneter Demenz. Personen mit Alzheimer-Krankheit wurde eher eine Antidemenzbehandlung verordnet als Personen mit nicht näher bezeichneter Demenz (OR=3,08). Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit. Die Wahrscheinlichkeit, ein Antidemenzmittel zu erhalten, war bei Personen, die zu Studienbeginn vier oder mehr Arzneimittel einnahmen, geringer als bei Personen, die zu Studienbeginn keine Arzneimittel einnahmen (4-5 Arzneimittel: OR=0,60; 6-9 Arzneimittel: OR=0,49; ≥ 10 Arzneimittel: OR=0,36). Darüber hinaus erhielten Personen im Alter ab 90 Jahren (OR=0,44) und Frauen (OR=0,95) seltener eine Anti-Demenz-Behandlung als Personen unter 80 Jahren bzw. Männer.

Diskussion

Nach unserem Kenntnisstand ist dies die erste Studie, die den Zusammenhang zwischen Polypharmazie und der Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie untersucht. Die Studie, an der fast 22.000 Demenzkranke in über 1.200 Hausarztpraxen in Deutschland teilnahmen, zeigte, dass Polypharmazie mit einer signifikanten Reduzierung der Wahrscheinlichkeit, eine Anti-Demenz-Behandlung zu erhalten, assoziiert war. Diese Wahrscheinlichkeit war bei älteren Patienten, Frauen und Patienten mit nicht näher bezeichneter Demenz geringer als bei jüngeren Teilnehmern, Männern bzw. Patienten mit Alzheimer-Krankheit.

In den letzten Jahren ist das Interesse am Zusammenhang zwi-

Demografische und klinische Merkmale von Demenzkranken in 1.217 Hausarztpraxen in Deutschland (2014-2016)	
Variable	Wert
N	21.888
Alter (Mittelwert, SA)	80,2 (7,3)
Alter <80 (%)	45,5
Alter 80-89 (%)	44,2
Alter ≥ 90 (%)	10,2
Frauen (%)	61,4
Alzheimer-Krankheit (%)	9,9
Vaskuläre Demenz (%)	20,9
Nicht näher bezeichnete Demenz (%)	69,2

Tab. 1: Demografische und klinische Merkmale von Demenzkranken in 1.217 Hausarztpraxen in Deutschland (2014-2016).

sehen Demenz, Polypharmazie und unsachgemäßem Arzneimittelgebrauch deutlich gestiegen. Basierend auf der Beers-Liste gibt es mehrere Arten von potenziell unsachgemäßem Arzneimittelgebrauch, wie z. B. Arzneimittel, deren Verordnung bei älteren Menschen vermieden werden sollte, Arzneimittel, bei denen eine bestimmte Dosis bei älteren Menschen nicht überschritten werden sollte, und Arzneimittel, deren Verordnung bei bestimmten älteren Patienten mit spezifischen Komorbiditäten vermieden werden sollte [20,21]. Mehrere Studien legen nahe, dass Polypharmazie das Risiko an Demenz zu erkranken, erhöhen könnte [22,23]. So fanden Lai und Kollegen in einer Stichprobe von über 35.000 Patienten im Alter von ≥ 65 Jahren einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der verordneten Arzneimittel und dem Risiko einer Demenzdiagnose [22]. Diese Ergebnisse wurden von Park et al. bestätigt, die in ihrer Studie mit mehr als 11.000 Teilnehmern berichteten, dass das Demenzrisiko proportional zum Grad der Polypharmazie allmählich zunahm [23]. Die Haupthypothese im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Polypharmazie und Demenz ist, dass der Einfluss der Polypharmazie auf die Demenz durch potenziell unsachgemäßen Arzneimittelgebrauch bestimmt wird. In der Tat ist die Verwendung mehrerer Arzneimittel in Kombination – wie z. B. Anticholinergika, Benzodiazepine und H₂-Rezeptor-Antagonisten – als Risikofaktor für den Abbau kognitiver Fähigkeiten und die Entwicklung von Demenz bekannt [24–27].

Andere Autoren haben sich auf die Prävalenz von Polypharmazie und potenziell unsachgemäßem Arzneimittelgebrauch bei Demenzkranken konzentriert. Im Jahr 2010 fanden Lau und Kollegen in einer Studie mit 4.518 Personen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in Alzheimerzentren behandelt wurden, jedoch zuhause lebten, heraus, dass die durchschnittliche Anzahl der verordneten Arzneimittel in der Demenzgruppe höher war als in der Gruppe ohne Demenz [20]. Darüber hinaus war die Anzahl der Arzneimittel ein Risikofaktor für potenziell unsachgemäßen Arzneimittelgebrauch in Regressionsanalysen, und die fünf am häufigsten unsachgemäß verordneten Arzneimittel waren orale Östrogene, Muskelrelaxantien/Antispasmodika, Fluoxetin, kurzwirkendes Nifedipin und Doxazosin. Später, im Jahr 2012, berichteten Forscher aus Italien, dass fast 45 % von 1.449 Pflegeheimbewohnern mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung unsachgemäßen Arzneimittelgebrauch aufwiesen [28]. Am häufigsten

verordnet wurden lipidsenkende Mittel (9,9 %), Thrombozytenaggregationshemmer (9,9 %), Acetylcholinesterase-Hemmer (7,2 %) und Antispasmodika (6,9 %). Im Jahr 2017 fanden Clague et al. in einer großen bevölkerungsbasierten Querschnittsanalyse von Primärversorgungsdaten (N=291.169) heraus, dass Komorbidität und

Polypharmazie bei Patienten mit Demenz häufiger auftraten als bei Patienten ohne diese neurodegenerative Erkrankung (Komorbidität: OR: 1,42 bei ≥5 gesundheitlichen Problemen; Polypharmazie: ORs: 1,46 bzw. 2,01 bei ≥5 bzw. ≥10 Folgeverordnungen) [29]. Darüber hinaus zeigten Balkhi und Kollegen in einer retrospektiven Querschnittsstudie mit 17.237 erwachsenen Teilnehmern in einem tertiären Lehrkrankenhaus, dass 46,5 % der Studienstichprobe fünf oder mehr Arzneimittel verordnet worden waren und dass Demenz mit einem 5,5-fachen Anstieg des Risikos einer Polypharmazie assoziiert war [30]. Im selben Jahr hob eine dänische Studie mit 34.533 Teilnehmern mit Demenz hervor, dass mehr als jedem vierten Patienten mindestens zwei Psychopharmaka verordnet worden waren [31]. Interessanterweise bestand die häufigste Behandlungskombination aus Antidepressiva und Antipsychotika. Eine andere Studie mit 448 selbstständig lebenden Demenzpatienten aus Deutschland ergab einen potenziell unsachgemäßen Arzneimittelgebrauch von 22 % in dieser Studienstichprobe. Besonders hoch war die Rate bei Antidepressiva, Benzodiazepinen und Analgetika [32].

Die Auswirkungen von Polypharmazie und potenziell unsachgemäßem Arzneimittelgebrauch bei Demenz wurden bisher nur von wenigen Autoren thematisiert. Im Jahr 2013 untersuchten Onder et al. Polypharmazie und Mortalität bei älteren Erwachsenen mit fortgeschrittener kognitiver Beeinträchtigung [33]. Diese Analyse mit 822 Teilnehmern ergab, dass fast 14 % der Studienpopulation 10 oder mehr Arzneimittel verordnet worden waren und dass die Polypharmazie mit einem zweifachen Anstieg des Sterberisikos bei älteren Menschen assoziiert war. Später konzentrierten sich Mueller und Kollegen auf die Auswirkungen der Polypharmazie auf verschiedene Gesundheitsfolgen bei 4.668 Demenzpatienten [34]. Die Autoren schätzten, dass Polypharmazie signifikant mit Besuchen in der Notaufnahme, Krankenhausaufenthalten, ungeplanten Krankenhauseinweisungen und Tod innerhalb von zwei Jahren assoziiert war. Interessanterweise gab es auch eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen jedem zu Studienbeginn zusätzlich verordneten Arzneimittel einerseits

Assoziation zwischen der Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie und vordefinierten Variablen bei Patienten mit Demenz			
Variable	Anteil der Demenzpatienten, die eine Anti-Demenz-Therapie erhielten (%)	Odds-Ratio (95% KI)	P-Wert
Anzahl der verschiedenen Arzneimittel zu Studienbeginn			
0	13,5	Referenz	
1	13,8	1,04 (0,78-1,38)	0,797
2-3	11,9	0,89 (0,69-1,16)	0,387
4-5	11,1	0,83 (0,64-1,07)	0,151
6-9	10,0	0,75 (0,57-0,98)	0,034
≥10	8,3	0,58 (0,40-0,86)	0,006
Alter			
<80	11,8	Referenz	
80-89	12,1	1,04 (0,96-1,13)	0,789
≥90	6,3	0,53 (0,45-0,64)	<0,001
Geschlecht			
Frauen	10,8	0,91 (0,84-0,98)	0,016
Männer	12,2	Referenz	
Demenztyp			
Alzheimer-Krankheit	27,4	3,08 (2,81-3,39)	<0,001
Vaskuläre Demenz	7,3	0,70 (0,62-0,79)	<0,001
Nicht näher bezeichnete Demenz	10,3	Referenz	

Tab. 2: Assoziation zwischen der Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie und vordefinierten Variablen bei Patienten mit Demenz (jeglichen Ursprungs) in 1.217 Hausarztpraxen in Deutschland (2014-2016) (N=21.888).

Assoziation zwischen der Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie und vordefinierten Variablen bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit			
Variable	Anteil der Demenzpatienten, die eine Anti-Demenz-Therapie erhielten (%)	Odds-Ratio (95% KI)	P-Wert
Anzahl der verschiedenen Arzneimittel zu Studienbeginn			
0	40,4	Referenz	
1	43,9	1,10 (0,69-1,77)	0,695
2-3	28,8	0,69 (0,45-1,06)	0,087
4-5	25,6	0,60 (0,39-0,92)	0,021
6-9	21,3	0,49 (0,31-0,78)	0,003
≥10	16,7	0,36 (0,18-0,73)	0,004
Alter			
<80	29,7	Referenz	
80-89	27,9	1,00 (0,85-1,19)	0,981
≥90	13,3	0,44 (0,30-0,67)	<0,001
Geschlecht			
Frauen	26,3	0,95 (0,84-1,13)	0,304
Männer	29,3	Referenz	

Tab. 3: Assoziation zwischen der Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie und vordefinierten Variablen bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit in 1.217 Hausarztpraxen in Deutschland (2014-2016) (N=2.144).

Literatur

- [1] Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP (2013) The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement. J. Alzheimers Assoc.* 9, 63–75.e2.
- [2] Bohlken J, Schulz M, Rapp MA, Bätzing-Feigenbaum J (2015) Pharmacotherapy of dementia in Germany: Results from a nationwide claims database. *Eur. Neuropsychopharmacol. J. Eur. Coll. Neuropsychopharmacol.* 25, 2333–2338.
- [3] Lyketsos CG, Gonzales-Salvador T, Chin JJ, Baker A, Black B, Rabins P (2003) A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 18, 275–281.
- [4] Ballard C, Neill D, O'Brien J, McKeith IG, Ince P, Perry R (2000) Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *J. Affect. Disord.* 59, 97–106.
- [5] Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC (2000) Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am. J. Psychiatry* 157, 708–714.
- [6] Gauthier SG (2005) Alzheimer's disease: the benefits of early treatment. *Eur. J. Neurol.* 12, 11–16.
- [7] Fox C, Lafortune L, Boustani M, Brayne C (2013) The pros and cons of early diagnosis in dementia. *Br. J. Gen. Pract.* 63, e510–e512.
- [8] Cumbo E, Ligori LD (2014) Differential effects of current specific treatments on behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease: a 12-month, randomized, open-label trial. *J. Alzheimers Dis. JAD* 39, 477–485.
- [9] Dysken MW, Sano M, Asthana S, Vertrees JE, Pallaki M, Llorente M, Love S, Schellenberg GD, McCarten JR, Malphurs J, Prieto S, Chen P, Loreck DJ, Trapp G, Bakshi RS, Mintzer JE, Heidebrink JL, Vidal-Cardona A, Arroyo LM, Cruz AR, Zachariah S, Kowall NW, Chopra MP, Craft S, Thielke S, Turvey CL, Woodman C, Monnell KA, Gordon K, Tomaska J, Segal Y, Peduzzi PN, Guarino PD (2014) Effect of Vitamin E and Memantine on Functional Decline in Alzheimer Disease: The TEAM-AD VA Cooperative Randomized Trial. *JAMA* 311, 33–44.
- [10] Ngo J, Holroyd-Leduc JM (2015) Systematic review of recent dementia practice guidelines. *Age Ageing* 44, 25–33.
- [11] Stella F, Radanovic M, Canineu PR, de Paula VJR, Forlenza OV (2015) Anti-dementia medications: current prescriptions in clinical practice and new agents in progress. *Ther. Adv. Drug Saf.* 6, 151–165.
- [12] Mondor L, Maxwell CJ, Hogan DB, Bronskill SE, Gruneir A, Lane NE, Wodchis WP (2017) Multimorbidity and healthcare utilization among home care clients with dementia in Ontario, Canada: A retrospective analysis of a population-based cohort. *PLOS Med.* 14, e1002249.
- [13] Tosato M, Landi F, Martone AM, Cherubini A, Corsonello A, Volpato S, Bernabei R, Onder G (2014) Potentially inappropriate drug use among hospitalised older adults: results from the CRIME study. *Age Ageing* 43, 767–773.
- [14] Parsons C (2017) Polypharmacy and inappropriate medication use in patients with dementia: an underresearched problem. *Ther. Adv. Drug Saf.* 8, 31–46.
- [15] Dombrowski S, Kostev K (2017) Use of Electronic Medical Records in the Epidemiological Research, Cuvillier Verlag, Göttingen.
- [16] Becher H, Kostev K, Schröder-Bernhardi D (2009) Validity and representativeness of the "Disease Analyzer" patient database for use in pharmacoepidemiological and pharmaco-economic studies. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 47, 617–626.
- [17] Bohlken J, Jacob L, Kostev K (2017) Association between Anti-Dementia Treatment Persistence and Daily Dosage of the First Prescription: A Retrospective Analysis in Neuropsychiatric Practices in Germany. *J. Alzheimers Dis. JAD* 58, 37–44.
- [18] Jacob L, Adam-Schnepf L, Kostev K (2017) Persistence with Antihypertensive Drugs in Patients with Hypertension and Dementia in Germany. *J. Alzheimers Dis. JAD* 60, 505–510.
- [19] Jacob L, Adam-Schnepf L, Kostev K (2018) Persistence With Oral Antihyperglycemic Drugs in Type 2 Diabetes Mellitus Patients With Dementia in Germany. *J. Diabetes Sci. Technol.* 12, 140–144.
- [20] Lau DT, Mercado ND, Harris AT, Trittschuh E, Shega J, Weintraub S (2010) Polypharmacy and potentially inappropriate medication use among community-dwelling elders with dementia. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 24, 56–63.
- [21] By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel (2015) American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 63, 2227–2246.
- [22] Lai S-W, Lin C-H, Liao K-F, Su L-T, Sung F-C, Lin C-C (2012) Association between polypharmacy and dementia in older people: a population-based case-control study in Taiwan. *Geriatr. Gerontol. Int.* 12, 491–498.
- [23] Park H-Y, Park J-W, Song HJ, Sohn HS, Kwon J-W (2017) The Association between Polypharmacy and Dementia: A Nested Case-Control Study Based on a 12-Year Longitudinal Cohort Database in South Korea. *PLoS ONE* 12, .
- [24] Boustani M, Hall KS, Lane KA, Aljadhey H, Gao S, Unverzagt F, Murray MD, Ogunniyi A, Hendrie H (2007) The association between cognition and histamine-2 receptor antagonists in African Americans. *J. Am. Geriatr. Soc.* 55, 1248–1253.
- [25] Lebedev AV, Beyer MK, Fritze F, Westman E, Ballard C, Aarland D (2014) Cortical changes associated with depression and antidepressant use in Alzheimer and Lewy body dementia: an MRI surface-based morphometric study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry* 22, 4–13.e1.
- [26] Gray SL, Anderson ML, Dublin S, Hanlon JT, Hubbard R, Walker R, Yu O, Crane PK, Larson EB (2015) Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern. Med.* 175, 401–407.
- [27] Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Zhao Y (2015) Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis. *PLoS One* 10, e0127836.
- [28] Colloca G, Tosato M, Vetrano DL, Topinkova E, Fialova D, Gindin J, van der Roest HG, Landi F, Liperoti R, Bernabei R, Onder G, SHELTER project (2012) Inappropriate drugs in elderly patients with severe cognitive impairment: results from the shelter study. *PLoS One* 7, e46669.
- [29] Clague F, Mercer SW, McLean G, Reynish E, Guthrie B (2017) Comorbidity and polypharmacy in people with dementia: insights from a large, population-based cross-sectional analysis of primary care data. *Age Ageing* 46, 33–39.
- [30] Balkhi B, AlQahtani N, Alwhaibi M, Alshammari TM, Alhawassi TM, Mahmoud MA, Almetwazi M, Ata S, Basyoni M, Aljadhey H (2017) Prevalence and Factors Associated With Polypharmacy Use Among Adult Patients in Saudi Arabia. *J. Patient Saf.*
- [31] Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Hansen ES, Waldemar G (2017) Psychotropic Polypharmacy in Patients with Dementia: Prevalence and Predictors. *J. Alzheimers Dis. JAD* 56, 707–716.
- [32] Wucherer D, Eichler T, Hertel J, Kilimann I, Richter S, Michalowsky B, Thyrian JR, Teipel S, Hoffmann W (2017) Potentially Inappropriate Medication in Community-Dwelling Primary Care Patients who were Screened Positive for Dementia. *J. Alzheimers Dis. JAD* 55, 691–701.
- [33] Onder G, Liperoti R, Foebel A, Fialova D, Topinkova E, van der Roest HG, Gindin J, Cruz-Jentoft AJ, Fini M, Gambassi G, Bernabei R, SHELTER project (2013) Polypharmacy and mortality among nursing home residents with advanced cognitive impairment: results from the SHELTER study. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 14, 450.e7–12.
- [34] Mueller C, Molokhia M, Perera G, Veronese N, Stubbs B, Shetty H, Codling D, Huntley J, Stewart R (2018) Polypharmacy in people with dementia: Associations with adverse health outcomes. *Exp. Gerontol.*
- [35] Wucherer D, Thyrian JR, Eichler T, Hertel J, Kilimann I, Richter S, Michalowsky B, Zwingmann I, Dreier-Wolfgramm A, Ritter CA, Teipel S, Hoffmann W (2017) Drug-related problems in community-dwelling primary care patients screened positive for dementia. *Int. Psychogeriatr.* 29, 1857–1868.
- [36] Riordan DO, Byrne S, Fleming A, Kearney PM, Galvin R, Sinnott C (2017) GPs' perspectives on prescribing for older people in primary care: a qualitative study. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 83, 1521–1531.
- [37] Koller D, Hua T, Bynum JPW (2016) Treatment Patterns with Anti-Dementia Drugs in the United States: Medicare Cohort Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 64, 1540–1548.
- [38] Bohlken J, Kostev K (2018) [Diagnostic and Prescription Behavior of General Practitioners and Specialist Physicians in Patients with Dementia in 2005 and 2015 in Germany]. *Psychiatr. Prax.* 45, 154–159.
- [39] Bullain SS, Corrada MM (2013) Dementia in the Oldest Old. *Contin. Lifelong Learn. Neurol.* 19, 457–469.
- [40] Corsonello A, Pedone C, Incalzi RA (2010) Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes and related risk of adverse drug reactions. *Curr. Med. Chem.* 17, 571–584.
- [41] Venturini CD, Engroff P, Ely LS, de Araújo Zago LF, Schroeter G, Gomes I, De Carli GA, Morrone FB (2011) Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. *Clinics* 66, 1867–1872.
- [42] Jeschke E, Ostermann T, Vollmar HC, Tabali M, Schad F, Matthes H (2011) Prescribing patterns in dementia: a multicentre observational study in a German network of CAM physicians. *BMC Neurol.* 11, 99.

und Notfallversorgung (5 %), Krankenhausaufenthalt (3 %) und Mortalität (5 %) andererseits. Eine kürzlich durchgeführte deutsche Studie von Wucherer und Kollegen zeigte auch einen Zusammenhang zwischen der Gesamtanzahl der eingenommenen Arzneimittel, der Diagnose von Geistes- und Verhaltensstörungen und dem Risiko arzneimittelbedingter Probleme [35]. Diese Studien deuten darauf hin, dass Polypharmazie und potenziell unsachgemäßer Arzneimittelgebrauch negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Demenzpatienten haben.

Der negative Zusammenhang zwischen Polypharmazie und Anti-Demenz-Behandlung in der vorliegenden Studie erklärt sich wahrscheinlich dadurch, dass Hausärzte besorgt sind angesichts der möglichen Wechselwirkungen zwischen Antidemenzmitteln und Arzneimitteln, die zur Behandlung anderer Erkrankungen (d.h. Bluthochdruck, Diabetes oder Depressionen) verordnet wurden. Interessanterweise hat eine aktuelle Studie mit 16 Allgemeinmedizinern gezeigt, dass das Ordnungsverhalten von Hausärzten bei älteren Patienten von mehreren wichtigen Faktoren wie „Wissen“ und „Fähigkeiten“ bestimmt wurde [36]. Die Teilnehmer räumten die Bedeutung eines angemessenen Wissensstandes in den Bereichen Pharmakologie und Arzneimittelwechselwirkungen ein und sprachen die Notwendigkeit von zusätzlichen Schulungen in diesen Bereichen an. Zu guter Letzt haben wir in dieser retrospektiven Studie gezeigt, dass ältere Patienten, Frauen und Patienten mit nicht näher bezeichneter Demenz im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern, Männern bzw. Patienten mit Alzheimer-Krankheit seltener eine Anti-Demenz-Behandlung erhalten. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der bestehenden wissenschaftlichen Literatur zum Thema [37,38]. Bezüglich des Alters ist zu beachten, dass sich die Behandlungsstrategien für die verschiedenen Altersgruppen älterer Patienten ähneln [39]. Da sich Pharmakokinetik und Pharmakodynamik mit dem Alter ändern und mit erheblichen Nebenwirkungen assoziiert sind [40], ziehen es Allgemeinmediziner in der Regel vor, mit einer niedrigeren Dosis zu beginnen oder manchmal sogar die Einleitung einer Anti-Demenz-Behandlung bei sehr alten Patienten zu verzögern. Darüber hinaus ist die durchschnittliche Anzahl der verordneten Arzneimittel bei Frauen höher als bei Männern und es treten häufiger Wechselwirkungen auf [41]. Obwohl unsere Regressionsanalysen sowohl um Alter als auch um Polypharmazie bereinigt wurden, könnte dies erklären, warum Frauen seltener Anti-Demenz-Verordnungen erhielten als Männer. Dieser Effekt war jedoch bei Patienten mit Alzheimer-Demenz nicht signifikant. Was schließlich die Art der Demenz betrifft, so wurden die meisten Antidemenzmittel zunächst für die Alzheimer-Krankheit entwickelt und auf den Markt gebracht, sodass Patienten mit Alzheimer-Krankheit diese mit höherer Wahrscheinlichkeit erhalten als Patienten mit nicht näher bezeichneter Demenz [42].

Obwohl die Ergebnisse dieser retrospektiven Studie von großem Interesse sind, unterliegen sie mehreren Einschränkungen, die an dieser Stelle Erwähnung finden sollten. Erstens stützte sich die Demenzdiagnose einzig und allein auf ICD-10-Codes, sodass es nicht möglich war, die potenziellen Auswirkungen der Schwere der Demenzsymptome auf die Wahrscheinlichkeit der Einleitung einer Anti-Demenz-Behandlung zu untersuchen. Außerdem standen uns in Fällen, in denen keine Antidemenzmittel verordnet wurden, keine Informationen zu den Gründen dieser Behandlungsstrategie zur Verfügung. Es gab keine Daten zum möglichen Auftreten anderer chronischer Erkrankungen, obwohl diese Erkrankungen eventuell die Entscheidung der Ärzte, eine Anti-Demenz-Therapie einzuleiten,

maßgeblich beeinflusst haben könnten. Da Psychiater und Neurologen in Deutschland häufig an der Diagnose von Demenz beteiligt sind, ist es außerdem möglich, dass wir das Risiko einer Nicht-Einleitung einer Anti-Demenz-Behandlung in diesem Land überschätzt haben. Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, dass wir keine Informationen über den Anteil der Demenzkranken hatten, deren Diagnose von einem Hausarzt gestellt wurde. Zu guter Letzt ist anzumerken, dass es zwischen Deutschland und anderen europäischen Ländern sowie den USA Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und Verordnung von Arzneimitteln gibt, sodass sich unsere Ergebnisse nicht zwangsläufig auf diese Länder übertragen lassen. Die größten Stärken dieser Arbeit sind die Anzahl der Patienten und die Anzahl der Hausarztpraxen, die für die Analyse zur Verfügung standen, sowie die Verwendung realer Daten aus Hausarztpraxen, in denen Diagnosen kontinuierlich dokumentiert werden. Letzteres ermöglicht eine unverfälschte Expositionsbewertung (kein Recall-Bias).

Insgesamt gab es in deutschen Hausarztpraxen eine negative Assoziation zwischen Polypharmazie und Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie. Das Geschlecht, das Alter und die Art der Demenz der Patienten hatten einen zusätzlichen Einfluss auf das Risiko der Nicht-Einleitung einer Anti-Demenz-Behandlung. Weitere Forschungsarbeiten sind erforderlich, um die Ordnungsmuster von Hausärzten und Spezialisten (d.h. Psychiatern und Neurologen) bei neu diagnostizierten Demenzkranken besser zu verstehen. <<

The association between polypharmacy and the initiation of anti-dementia therapy in Germany

The goal of the present retrospective study was to focus on the potential influence of polypharmacy on the initiation of antidementia therapy in patients diagnosed with dementia in general practices in Germany. The current study sample included patients diagnosed with dementia in 1,217 general practices in Germany between 2014 and 2016 (index date). The primary outcome measure was the rate of prescription of anti-dementia drugs within one year following the index date. The explanatory variable was the number of different drugs prescribed at baseline per patient. Independent variables included age, sex, and type of dementia. Logistic regression analyses were conducted to study the impact of the number of different drugs prescribed at baseline per participant on the odds of receiving anti-dementia therapy (in all patients and in patients diagnosed with Alzheimer's disease). The study included 21,888 patients with all-cause-dementia. Mean age was 80.2 years (SD=7.3 years) and 61.4% of the study population were women. Individuals receiving six drugs or more at baseline were significantly less likely to be prescribed anti-dementia treatment when compared to those without any drug at baseline (6-9 drugs: odds ratio [OR]=0.75; ≥ 10 drugs: OR=0.58). In the subgroup of patients with Alzheimer's disease, the odds of being prescribed anti-dementia therapy were lower in individuals with four drugs or more, compared to patients who had not been prescribed any drugs at baseline (4-5 drugs: OR=0.60; 6-9 drugs: OR=0.49; ≥ 10 drugs: OR=0.36). There is a negative association between polypharmacy and antidementia therapy initiation in general practices in Germany.

Keywords

polypharmacy; anti-dementia therapy initiation; dementia; retrospective study

Autorenerklärung

Karel Kostev ist Mitarbeiter des Unternehmens IQVIA in Frankfurt. Jens Bohlken ist der Praxisleiter und niedergelassene Psychiater in der Praxis Bohlken Berlin. Karel Kostev und Jens Bohlken haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde von IQVIA durchgeführt.

Zitationshinweis

Bohlken, J., Kostev, K.: „Assoziation zwischen Polypharmazie und Einleitung einer Anti-Demenz-Therapie in deutschen Hausarztpraxen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 06/18, S. 49-54, doi: 10.24945/MVF.0618.1866-0533.2110

Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

ist niedergelassener Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin. Er studierte Medizin in Marburg sowie Soziologie in Frankfurt und Marburg. Seine Schwerpunkte liegen in der Therapie und Versorgung von Demenzpatienten. Er leitet seit Jahren das Demenz-Referat im Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN).
Kontakt: dr.j.bohlken@gmx.net



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

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



Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
 Dr. PH Dominique Vogt
 Svea Gille M.Sc. PH
 Dr. PH Eva-Maria Berens

Fokus Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen

Nutzerinnen und Nutzer sind im Gesundheitssystem zunehmend gefordert, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und auf die eigene Situation übertragen zu können, um Entscheidungen beispielsweise zur Therapie und Versorgung von Krankheiten oder Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit zu treffen. Das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten zum Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen werden in Fachkreisen Gesundheitskompetenz genannt (Sørensen et al. 2012). Gesundheitskompetenz ist dabei das Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten und den Anforderungen und der Komplexität von Situationen und Systemen, in denen sich Menschen bewegen (Schaeffer et al. 2018). Doch oftmals sehen sich die Menschen vor Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt.

>> Zunächst muss der richtige Zugang zu Information ausgemacht werden, oder ist etwa bei der Suche nach Informationen im Internet erforderlich, die richtigen Begriffe zu identifizieren und aus einer Vielzahl an verfügbaren Informationen die geeignete auszuwählen. Aber nicht nur der Zugang zu Information gestaltet sich für viele Menschen schwierig. Auch wenn es darum geht, gefundene bzw. erhaltene Gesundheitsinformationen zu verstehen und ihre Relevanz und Qualität einzuschätzen, stoßen viele Nutzer und Nutzerinnen an Grenzen. Für manche Bevölkerungsgruppen gilt dies in besonderem Maße, wie internationale Untersuchungen seit vielen Jahren belegen. Zu den Gruppen mit besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gehören ethnische Minderheiten, Menschen mit niedriger Bildung, ältere und chronisch erkrankte Menschen (Australian Bureau of Statistics 2008; Beauchamp et al. 2015; CCL 2008; Kutner et al. 2006). Inzwischen liegen auch in Deutschland Erkenntnisse über das Ausmaß und die Unterschiede der Gesundheitskompetenz in einzelnen Bevölkerungsgruppen vor. Auch hier haben Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen im höheren Lebensalter und Menschen mit chronischer Krankheit häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2016, 2017, Zok 2014, Jordan/Hoebel 2015).

Der Nationale Aktionsplan empfiehlt, die Forschung zur Gesundheitskompetenz und insbesondere von vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund und auch Menschen mit niedriger Bildung zu intensivieren. Warum der Gesundheitskompetenz in diesen Gruppen

Zusammenfassung

Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheits- und Versorgungssystems sind zunehmend auf Gesundheitskompetenz angewiesen, um beispielsweise Entscheidungen zur Bewältigung von Krankheiten oder zum Erhalt der Gesundheit treffen zu können. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sehen sich jedoch vor besondere Herausforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt, dazu zählen Menschen mit chronischen Krankheiten und/oder Behinderungen, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Bildungsniveau. Im vorliegenden Beitrag werden die Bedeutung von Gesundheitskompetenz für diese vulnerablen Bevölkerungsgruppen herausgestellt, die besonderen Herausforderungen für sie skizziert und auf wichtige Anknüpfungspunkte für die Versorgungsforschung hingewiesen. Es wird deutlich, dass hier in Deutschland noch weitreichende Forschungslücken bestehen. Eine Empfehlung des Nationalen Aktionsplans ist daher, die Forschung zur Gesundheitskompetenz insbesondere bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu intensivieren.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, vulnerable Bevölkerungsgruppen, Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Deutschland

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.18.1866-0533.2111

so hohe Bedeutung zukommt und vor welche Herausforderungen sie sich im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt sehen, wird im vorliegenden Beitrag diskutiert. Dabei wird zugleich auf wichtige Anknüpfungspunkte für die zukünftige Versorgungsforschung hingewiesen.

Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen

Zu den vulnerablen Gruppen im Umgang mit Gesundheitsinformationen zählen den vorliegenden Studien zufolge besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen. Dies ist besonders prekär, denn weltweit haben chronische Krankheiten an Bedeutung gewonnen und machen in vielen Ländern längst die Mehrheit der Todesfälle aus. Fast immer sind sie durch Komplexität gekennzeichnet und gehen mit zahlreichen gesundheitlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Folgen für die Erkrankten und auch ihre Familien einher.

Zwar sind chronisch Erkrankte heute vielfach informierter und aktiver. Zugleich sind sie stärker in die Pflicht genommen und gefordert, sich partnerschaftlich an der Krankheitsbewältigung und den zahlreichen, dabei zu treffenden Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen zu beteiligen. Zudem müssen sie sich durch das nach wie vor nicht ausreichend an chronische Krankheiten angepasste Gesundheitssystem navigieren und überdies für die Erhaltung ihrer verbliebenen Gesundheit engagieren. Für all das benötigen sie eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz.

Doch nur eine Minderheit verfügt über eine gute oder sehr gute Gesundheitskompetenz und findet es einfach, mit gesundheits- und krankheitsrelevanten Informationen umzugehen. Rund 73 % der im HLS-GER befragten Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen gibt dagegen an, erhebliche Probleme im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen zu haben und weist ein eingeschränktes Gesundheitskompetenzniveau auf (Schaeffer et al. 2017). Knapp die Hälfte der chronisch Erkrankten (47 %) schätzt es beispielsweise als schwierig oder sehr schwierig ein, Informationen über Therapien für Krankheiten, die sie betreffen, zu finden (Schaeffer et al. 2016).

Der hohe Anteil an eingeschränkter Gesundheitskompetenz und die Vielzahl an selbsteingeschätzten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen überrascht zunächst. Denn bislang wurde angenommen, dass Erfahrungsakkumulation, wie sie allein durch die Dauerhaftigkeit der Krankheit gegeben ist, automatisch zu Kompetenzzuwachs führt. Doch scheint es anders zu sein: Gerade weil Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen mit hohen Anforderungen bei der Krankheitsbewältigung konfrontiert sind und sie zwingend auf das Gesundheitssystem angewiesen sind, kennen sie die Schwierigkeiten und Anforderungen, die die Nutzung und auch der dazu nötige Umgang mit Information aufwirft, sehr genau – besser als Menschen, die nicht so häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben. Sie wissen aus der Binnenperspektive was es bedeutet, sich in dem undurchsichtigen Gesundheitssystem zu bewegen, in dem komplizierten Geflecht an Instanzen und Zuständigkeiten die richtige Anlaufstelle ausfindig zu machen, die Gesundheitsprofessionen dazu zu motivieren, die nötige Zeit aufzubringen, um mit ihnen geeignete und subjektiv tragfähige Strategien der Krankheitsbewältigung (und auch Gesundheitserhaltung) zu beraten oder sich über die sich bei der Versorgung stellenden Schwierigkeiten zu verständigen.

Dies erklärt die ermittelten Befunde, unterstreicht aber auch, wie wichtig es ist, hier zu intervenieren: sowohl das Versorgungssystem nutzerfreundlicher zu gestalten wie auch die Förderung von Gesundheitskompetenz hier zu einer wichtigen Aufgabe zu erheben. Auch eines der vier Handlungsfelder des Nationalen Aktionsplans widmet sich dem Thema „Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben“ (Schaeffer et al. 2018). In insgesamt

vier Empfehlungen wird gefordert, Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung zu integrieren (Empfehlung 11), einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen zu ermöglichen (Empfehlung 12), die Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien zu stärken (Empfehlung 13) sowie Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung zu fördern (Empfehlung 14). Doch auch in der Versorgungsforschung ist es erforderlich, dem Thema „Gesundheitskompetenz und chronische Krankheit“ größere Aufmerksamkeit zu schenken, denn die vorliegenden Befunde bedürfen dringend der Vertiefung.

Menschen im höheren Lebensalter

Auch Menschen im höheren Lebensalter gehören zu den Gruppen mit hohem Anteil an eingeschränkter Gesundheitskompetenz. Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Zielgruppe wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der Anteil älterer Menschen infolge des demographischen und sozialen Wandels und des Anstiegs der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten stark zugenommen hat und auch in den kommenden Jahrzehnten weiter ansteigen wird. Bis zum Jahre 2060 wird erwartet, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands 65 Jahre oder älter sein wird (Statistisches Bundesamt 2015). Ein noch größerer Zuwachs wird bei den hochaltrigen Menschen ab 80 Jahren erwartet. Ihr Anteil wird sich hierzulande sogar verdoppeln (Statistisches Bundesamt 2015). Zugleich hat sich das Alter selbst weitgreifend verändert, denn als Folge u.a. des Anstiegs der Lebenserwartung hat sich die Lebensphase Alter immer weiter ausgedehnt und ausdifferenziert.

Um diese Lebensphase in größtmöglicher Gesundheit verbringen zu können, kommt der Gesundheitskompetenz folglich hohe Bedeutung zu. Vorliegende empirische Befunde zur Gesundheitskompetenz im höheren Lebensalter unterstreichen dies. Denn sie zeigen, dass mehr als zwei Drittel der ab 65-Jährigen in Deutschland eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen, d.h. sie haben Schwierigkeiten, mit für sie relevanten Gesundheitsinformationen umzugehen und sie zu nutzen, um fundierte gesundheits- und krankheitsrelevante Entscheidungen zu treffen (Schaeffer et al. 2016; Vogt et al. 2017). Dies betrifft im besonderen Maße Menschen ab 76 Jahren: Bei ihnen liegt der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz sogar bei 76 % (Vogt et al. 2017). So bereitet es ihnen beispielsweise große Schwierigkeiten, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen.

Menschen im höheren Lebensalter sind jedoch – und dies ist nochmals zu betonen – besonders auf eine gute Gesundheitskompetenz angewiesen. Zwar scheint es zu gelingen, Gesundheitseinbußen und Krankheit immer weiter an das Ende des

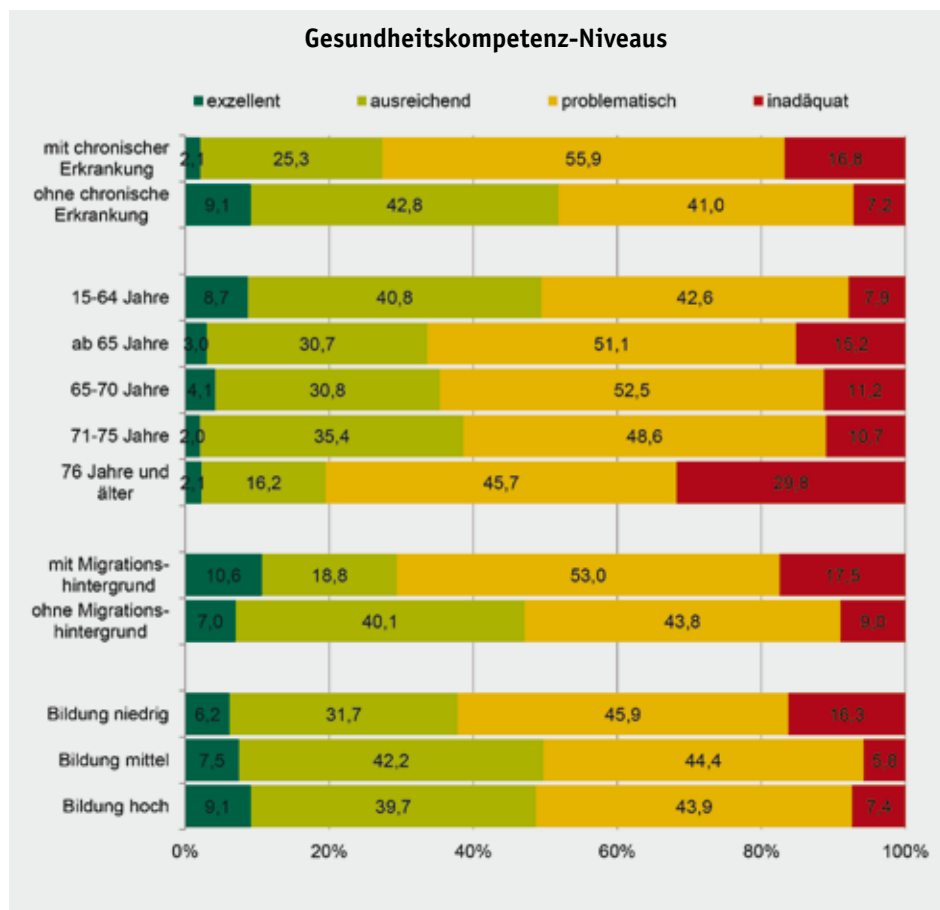


Abb. 1: Gesundheitskompetenz-Niveaus in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Lebenslaufs zu verdrängen. Doch besonders im höheren und hohen Lebensalter steigt das Risiko gesundheitlicher Probleme und manifestieren sich chronische Erkrankungen (Lampert et al. 2016; RKI 2015; Schaeffer 2017). Generell ist diese Lebensphase durch gesundheitliche Vulnerabilität geprägt. Der Erhalt und die Förderung der verbliebenen gesundheitlichen Ressourcen sind daher für diese Zielgruppe von besonderer Bedeutung. Doch sind sie – wie die bisherigen empirischen Befunde zeigen – im Umgang mit Gesundheitsinformationen vor große Herausforderungen gestellt.

Sie bedürfen daher in der Versorgungsforschung und der Interventionsforschung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz hoher Beachtung. Wichtig erscheinen in diesem Kontext vor allem Studien und Ansätze, in denen untersucht wird, wie Organisationen insbesondere im Gesundheits- und Versorgungssystem das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen behindern oder fördern und die darauf zielen, zu gesundheitskompetenten Organisationen zu gelangen. Darauf bezieht sich auch die sechste Empfehlung des Nationalen Aktionsplans. Dort wird gefordert, Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem zu verankern, damit sich Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheits- und Versorgungssystems – insbesondere Menschen im höheren Lebensalter – aktiv an ihrer Behandlung und Versorgung beteiligen und informierte Entscheidungen treffen können (Schaeffer et al. 2018, S. 38).

Menschen mit Migrationshintergrund

Eine weitere mit Blick auf Gesundheitskompetenz vulnerable Gruppe sind Menschen mit Migrationshintergrund. Fast ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland hat mittlerweile einen Migrationshintergrund und anzunehmen ist, dass der Anteil zukünftig weiter ansteigen wird (Statistisches Bundesamt 2018). Sie sind aber nicht nur aufgrund ihres wachsenden Anteils an der Bevölkerung eine zu beachtende Gruppe. Auch ihre gesundheitlichen Ressourcen und Krankheitsrisiken unterscheiden sich zum Teil erheblich von der Allgemeinbevölkerung. (Razum et al. 2008). Menschen mit Migrationshintergrund sind gesundheitlich benachteiligt, denn sie haben oftmals Probleme den richtigen Zugang zum Gesundheitssystem zu finden, kennen das Gesundheitswesen nicht besonders gut und sehen sich vor zahlreiche Barrieren bei der Suche nach der geeigneten Instanz in der Versorgung und auch bei der Nutzung von Versorgungsleistungen gestellt.

Um das Versorgungssystem adäquat nutzen und sich für die eigene Gesundheitserhaltung einsetzen zu können, benötigt gerade diese Bevölkerungsgruppe eine gute Gesundheitskompetenz. Denn die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu suchen/finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen, kann mögliche – durch finanzielle, rechtliche, sprachliche oder soziale Aspekte begründete – Barrieren und Navigationsprobleme reduzieren.

Literatur

- Australian Bureau of Statistics (2008): Adult Literacy and Life Skills Survey 2006
- Beauchamp, A./Buchbinder, R./Dodson, S./Batterham, R. W./Elsworth, G. R./McPhee, C. et al. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). In: BMC Public Health 2012, 15: 678
- Canadian Council on Learning (2008): Health literacy in Canada. A healthy understanding. 2008, Ottawa, Ont.
- Jordan, S./Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). In: Bundesgesundheitsblatt 2015, 58, 9: 942-950
- Kutner, M./Greenberg, E./Jin, Y./Paulsen, C. (2006): The Health Literacy of America's Adults. Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistics; U.S. Department of Education
- Lampert, T./Hoebel, J./Kuntz, B./Fuchs, J./Scheidt-Nave, C./Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. GBE kompakt, RKI: Berlin
- Mackenbach, J. P./Bos, V./Andersen, O./Cardano, M./Costa, G./Harding, S./Reid, A./Hemström, O./Valkonen, T./Kunst, A.E. (2003): Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. In: International Journal of Epidemiology 2003, 32, 5: 830-837
- Mackenbach, J. P./Stirbu, I./Roskam, A.-J. R./Schaap, M. M./Menvielle, G./Leinsalu, M./Kunst, A.E. (2008): Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. In: N Engl J Med 2008, 358, 23: 2468-2481
- Marmot, M./Allen, J./Bell, R./Bloomer, E./Goldblatt, P. (2012): WHO European review of social determinants of health and the health divide. In: The Lancet 2012, 380, 9846: 1011-1029
- Messer, M./Vogt, D./Quenzel, G./Schaeffer, D. (2017): Health Literacy und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 189-203
- Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht. Bielefeld
- Quenzel, G./Schaeffer, D./Messer, M./Vogt, D. (2017): Health Literacy und Gesundheitsverhalten vulnerabler Bevölkerungsgruppen. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 157-174
- Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U./Schenk, L./Bredehorst, M./Brzoska, P. et al. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- Mensink, GBM./Schienkiewitz, A./Lange, C. (2017): Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2, 2: 45-51.
- Prütz, F./Rommel, A. (2017): Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2, 4: 95-100.
- Schaeffer, D. (2017): Chronische Krankheit und Health Literacy. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 53-70
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K./Gille, S./Vogt, D. (2018): Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. Gesundheitswesen
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Messer, M./Quenzel, G./Hurrelmann, K. (2017): Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer, D./Pelikan, J.M. (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern, Hogrefe: 129-144.
- Sørensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z. et al. (2012): Health literacy and public health. a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 2012, 12, 1: 80
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2018): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Vogt, D./Schaeffer, D./Messer, M./Berens, E. M./Hurrelmann, K. (2017): Health literacy in old age. Results of a German cross-sectional study. In: Health Promotion International 2017: 1-9
- World Health Organization (2016): Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai 21-24 November, Shanghai, 2016
- Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. In: WiD monitor 2014, 11: 1-12

Ein hoher Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund verfügt jedoch über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (71 %) und sieht sich vor große Herausforderungen im Umgang von Gesundheitsinformationen gestellt (Schaeffer et al. 2016, Quenzel & Schaeffer 2016, Messer et al. 2017). So finden es 55 % der Menschen mit Migrationshintergrund schwierig oder sehr schwierig zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind. Zudem geben fast 50 % der Menschen mit Migrationshintergrund an, Schwierigkeiten zu haben, die Packungsbeilage von Medikamenten zu verstehen (Schaeffer et al. 2016).

Diese Befunde deuten an, wie wichtig es ist, die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund künftig stärker in den Blick zu nehmen. Eine stärkere Beachtung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund kann – so ein zentrales Prinzip des Nationalen Aktionsplans – dazu beitragen, soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung zu verringern. Neben der individuellen Gesundheitskompetenz sind hierbei insbesondere strukturelle Aspekte der Informationsbereitstellung und -vermittlung zu beachten. So ist die Anpassung vorhandener Informationen an das Bildungsniveau, die Sprachkenntnisse, präferierte Informationskanäle und die lebensweltliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund wichtig, um bestehende Informationsdefizite abzubauen und so die Kommunikation und Navigation durch das Versorgungssystem zu erleichtern. Ebenso wichtig erscheint es, die Gesundheitsprofessionen besser für die Informations- und Kommunikationsvoraussetzungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren. Dabei gilt es besonders zu beachten, dass die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in sich sehr heterogen ist und große kulturelle, sprachliche und soziale Vielfalt aufweist.

Auch die Versorgungsforschung sollte der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund deshalb größere Aufmerksamkeit widmen und genauer untersuchen, welche Schwierigkeiten sich ihnen auf dem Weg durch das Gesundheitssystem stellen und welche Rolle dabei der Umgang mit Gesundheitsinformationen spielt. Bislang fehlt es dazu wie auch zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund an differenzierten, vertiefenden und belastbaren Erkenntnissen. Sie sind jedoch unerlässlich, um wirksame, evidenzbasierte Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz dieser vielfältigen Gruppe entwickeln zu können.

Menschen mit niedrigem Bildungsniveau

Doch nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund sind sozial und gesundheitlich oftmals benachteiligt. Auch Bildung ist – wie inzwischen viele Studien belegen – ein wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit, Krankheit und Mortalität. Menschen mit niedrigem Bildungsniveau leiden häufiger an chronischen Krankheiten und Funktionseinschränkungen, rauchen weitaus häufiger, bewegen sich weniger und neigen zu schlechteren Ernährungsgewohnheiten als Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen (Mackenbach et al. 2003, 2008; Marmot et al. 2012; Richter und Hurrelmann 2009, Mensink et al. 2017). Bildungsunterschiede werden auch bei der Versorgungsnutzung deutlich: Menschen mit niedriger Bildung haben größere Schwierigkeiten, sich durch das Gesundheitssystem zu navigieren und nutzen das Versorgungssystem intensiver als Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen (Prütz & Rommel 2017).

Die Gesundheitskompetenz unterscheidet sich ebenfalls nach

dem Bildungsniveau. Mehr als 60 % der Menschen mit niedrigem Bildungsniveau weist nach dem HLS-GER eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz auf (Schaeffer et al. 2016). Bei Jugendlichen, die maximal die Hauptschule abgeschlossen haben, verfügen sogar drei Viertel (74 %) über ein inadäquates oder problematisches Health-Literacy-Niveau (Quenzel & Schaeffer 2016). Besondere Probleme bereitet dabei unter anderem die Entscheidung, wann eine zweite Meinung von einem anderen Arzt eingeholt werden sollte. Hier geben 46 % der Menschen mit niedrigem Bildungsniveau an, über große oder sehr große Schwierigkeiten zu verfügen (Schaeffer et al. 2016).

Exemplarisch zeigt dies, dass Menschen mit niedrigem Bildungsniveau zu den vulnerablen Gruppen gehören. Um der Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten entgegenzuwirken und die Handlungs- und Entscheidungskompetenz zu stärken, die ein gesundes Leben, die Bewältigung von Krankheiten und die Navigation durch das Versorgungssystem unterstützen, könnte die Förderung von Gesundheitskompetenz einen wichtigen Beitrag leisten (WHO 2016; Schaeffer et al. 2018). Menschen mit niedrigem Bildungsniveau gehören jedoch zu den ‚hard to reach groups‘ und erfordern Interventionen, die speziell auf ihre lebensweltlichen und strukturellen Bedingungen und ihre soziale Situation zugeschnitten sind. Gleichzeitig ist der Erwerb von Gesundheitskompetenz eng mit Basisressourcen wie Selbstwirksamkeit, Zukunftsorientierung oder sozialer Unterstützung verknüpft. Ein Umsetzungsprinzip des Nationalen Aktionsplans ist es daher, sowohl individuelle als auch strukturelle Bedingungen zu verändern, um persönliche Fähigkeiten, aber auch Basisressourcen zu steigern (Schaeffer et al. 2018).

Auch bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau fehlt es allerdings bislang an einer ausreichenden empirischen Datenbasis darüber, welche informationsbezogenen Barrieren bzw. Benachteiligungen eine angemessene Nutzung des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems erschweren und wie hier besser auf Menschen mit niedrigem Bildungsniveau eingegangen werden kann. Dabei sind besonders Information, Beratung und Anleitung in den Blick zu nehmen.

Konsequenzen

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass insbesondere Bevölkerungsgruppen, die ohnehin aus der Public Health- und Versorgungsforschungsperspektive in Deutschland als vulnerabel und als von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bedroht gelten, auch unter Gesichtspunkten der Gesundheitskompetenz besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Sie haben größere Schwierigkeiten mit Gesundheitsinformationen umzugehen, sich notwendige Informationen anzueignen und sie konstruktiv für die Erhaltung der eigenen Gesundheit oder die Versorgungsnutzung zu verwenden. Zwar liegen durch erste Studien wichtige Hinweise vor, jedoch bestehen durch die verzögerte Aufnahme der Diskussion über Gesundheitskompetenz in Deutschland noch weitreichende Forschungslücken, wie auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz betont wird.

Daher ist es wichtig, das Thema Gesundheitskompetenz in der Versorgungsforschung künftig intensiver aufzugreifen und zu bearbeiten. Das gilt in besonderem Maße für die Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Erforderlich ist, differenzierte empirische Kenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich die Gesundheitskompetenz in diesen Gruppen darstellt und mit welchen Fak-

toren sie assoziiert ist. Wichtig ist ebenso, weitere potenzielle vulnerable Gruppen zu identifizieren und deren Gesundheitskompetenz eingehender zu untersuchen (u.a. pflegende Angehörige, Menschen mit Behinderung, Menschen mit kognitiven Einschränkungen). Erkenntnisse wie diese sind nötig, um Interventionen entwickeln zu können, die sich an den Besonderheiten, Präferenzen und lebensweltlichen Bedingungen dieser Adressatengruppen orientieren (Schaeffer et al. 2018). Aber auch konzeptionelle und methodische Aspekte der Gesundheitskompetenzforschung sollten mit besonderem Blick auf vulnerable Gruppen aufgegriffen und vertieft bearbeitet werden.

Auch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat die Bedeutung des Themas und der hier bestehenden Herausforderungen für die Realisierung einer patientenzentrierten, bedarfsgerechten Versorgung erkannt und widmet sich in einem aktuell entstehenden Memorandum der versorgungsbezogenen Relevanz von Gesundheitskompetenz – auch mit Blick auf einzelne vulnerable Gruppen. <<

Health literacy among vulnerable population groups

Users of the health care system are increasingly dependent on health literacy, for example, to make decisions to manage diseases or to maintain health. However, specific population groups face particular challenges in dealing with health information. These vulnerable groups include people with chronic illnesses and / or disabilities, older people, people with migrant background, and people with a low educational level. In this article, the importance of health literacy for these vulnerable population groups is highlighted, the specific challenges for them are outlined, and important aspects for health services research are highlighted. It becomes apparent that there are still far-reaching research gaps in Germany. A recommendation of the National Action Plan is therefore to intensify research on health literacy, especially among vulnerable population groups.

Keywords

health literacy, vulnerable population groups, National Action Plan Health Literacy, Germany

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Schaeffer et al.: „Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/18), S. 55-59, doi: 10.24945/MVF.0618.1866-0533.2111

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



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 und Doktorandin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Sie unterstützt zudem die Geschäftsstelle des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz an der Hertie School of Governance in Berlin als wissenschaftliche Mitarbeiterin. Sie hat an der Universität Bielefeld Public Health studiert.

Kontakt: Svea.Gille@uni-bielefeld.de



Dr. PH Eva-Maria Berens

studierte Gesundheitskommunikation (Bachelor) und Public Health (Master) an der Universität Bielefeld, mit einem Studienaufenthalt am Centre of Social Medicine and Community Health an der Jawaharlal Nehru University, New Delhi, Indien. Sie promovierte an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Kontakt: Eva-Maria.Berens@uni-bielefeld.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