

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

FACHZEITSCHRIFT ZU REALITÄT, QUALITÄT UND INNOVATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



INTERVIEW:

Helga Kühn-Mengel, die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten: „Das System muss viel transparenter werden.“

REALITÄT

„Die Nutzen-Balance stimmt nicht“ (Ohmann/Neugebauer/Pfaff/Bauer)

QUALITÄT

„Qualitätsergebnisse im Kennzahlensystem abbilden“ (Rebscher)

INNOVATION

„Health-Coaching lebt von Vertrauen“ (Kailuweit)

DATENGETRIEBENE VERSORGUNGSFORSCHUNG

Valide und objektive Daten bilden die Grundvoraussetzung für sämtliche Versorgungsforschungsprojekte. Mit unserem umfangreichen Markt- und Daten-Know-how bieten wir eine solide Basis, um eine datengetriebene Versorgungsforschung zu etablieren. So wurden mit Hilfe der INSIGHT Health-Daten bereits etliche Studien zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erstellt, nicht zuletzt weil sie die Realität der Arzneimittelversorgung in Deutschland und seinen Regionen voll erfassen.



MEHRWERT DURCH INDIVIDUELLE DATENVERKNÜPFUNGEN

Im Mittelpunkt unserer Dienstleistungen steht der Mehrwert für den Kunden; dies gilt sowohl im klassischen Marktforschungsbereich als auch bei der Unterstützung von Versorgungsforschungsanalysen. Wir beraten Sie bei der individuellen Auswahl und Kombination unterschiedlicher Datenquellen, vor allem im Arzneimittelbereich. Durch die intelligente Verknüpfung unserer anonymisierten regionalen Verordner- und Apothekendaten sowie Krankenhaus- und Patientendaten gewinnen Sie neue Erkenntnisse.

GESUNDHEITSDATEN: INSIGHT HEALTH

INSIGHT Health hat sich seit ihrer Gründung im Jahre 1999 vor allem einen Namen im Arzneimittelmarkt gemacht. Zu unseren Kunden gehören mittlerweile aber nicht nur über 150 pharmazeutische Hersteller, sondern in steigendem Maße auch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztenetzwerke, Apotheken sowie weiteren Institutionen des Gesundheitswesens. Dieser Erfolg basiert in erster Linie auf dem umfassenden Know-how und hohen Engagement unserer Mitarbeiter sowie dem dichten Kooperationsnetzwerk in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens.

Daten für mehr Transparenz in der
Gesundheitsversorgung!

INSIGHT Health GmbH & Co. KG
Auf der Lind 10
65529 Waldems-Esch
Tel.: +49 (0) 6126 / 955 -0
Fax: +49 (0) 6126 / 955 -20
E-Mail: info@insight-health.de
Web: www.insight-health.de

EDITORIAL

Mehr Transparenz

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski über die diversen Perspektiven der Versorgungsforschung im Spiegel des Patienten.

4

TITELINTERVIEW

„Das System muss transparenter werden“

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Helga Kühn-Mengel, über die Macht der Kommunikation.

6

REALITÄT

„Die Nutzen-Balance stimmt nicht“

Die Professoren Ohmann, Neugebauer, Pfaff und Bauer stimmen auf den VII. Versorgungsforschungskongress ein, der im Zeichen des Patienten steht.

16

Krankenversicherung in der Schweiz

Prof. Dr. med. Bettina Borisch vom „Institut de médecine sociale et préventive“ der Universität Genf über das Schweizer Gesundheitssystem / mit Liste der Versorgungsforschungs-Institutionen in der Schweiz und in Österreich.

22

QUALITÄT

„Dem Schmerz auf der Spur“

Warum das Pharmaunternehmen Grünenthal in eine breit angelegte Versorgungsforschungsstudie zum Thema Schmerz investiert.

12

Kassen und KVen im Visier

BMVG-Initiator Dr. Klaus Bittmann rüttelt vehement am etablierten Versorgungssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen.

19

INNOVATION

Health-Coaching lebt von Vertrauen

Das Versorgungs-Pilotprojekt der KKH für eine bessere Compliance bei chronisch Kranken.

14

Wertvolle Evidenz zum Therapienutzen

Erstmals wurde seitens NICE eine klassische RCT-Studie nicht anerkannt, weil sie den Versorgungsprozess nicht darstellte – ein Vorbild für Deutschland?

20

ZAHLEN-DATEN-FAKTEN

Alzheimer nicht leitliniengerecht versorgt

10

STANDARDS

Impressum 3

Rezension 15

News 23

WISSEN

Dr. Mark B. McClellan/Professor Dr. Reinhard Busse Leistungstransparenz ist entscheidend

25

Ein Expertengespräch zwischen zwei Versorgungsforschern – einem aus Amerika, einem aus Deutschland – führt tiefer in die so ähnlichen Problemstellungen zweier doch so verschiedener Gesundheitssysteme.

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Kennzahlenmanagement in der Gesundheitsversorgung – Steuerung des Versorgungsprozesses

29

Zu den typischen Handlungsfeldern der Gesundheitsökonomie zählen die Bewertung von Versorgungsprozessen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit und die Entwicklung von Prozessänderungen und Anreizsystemen, um wirtschaftliches und qualitätsorientiertes Verhalten aller Beteiligten auszulösen. Ziel dabei ist es, die zur Verfügung stehenden Mittel derart einzusetzen, dass die bestmögliche Gesundheitsversorgung erreicht werden kann.

Ass. Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD

Ass. Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD

Direkte Patienteninformation: Status Quo 2008

34

In der modernen Vorstellung ist der Patient aktiver Mitgestalter seiner Gesundheit. Politik und Krankenkassen erhoffen sich daher von dem kritischen, mitbestimmenden Patienten eine Einflussnahme auf das bisher von den Leistungserbringern gesteuerte System.

Dr. Rob Neeter (MD)/Dr. med. Klaus-Jürgen Preuß

Disease Management 2.0 & Morbi-RSA 1.0 – Medical Management unter dem Morbi-RSA

39

Disease Management Programme werden durch den im nächsten Jahr eingeführten Morbi-RSA eine neue Bedeutung erlangen. Die Kostenträger werden sich auf das Medical Management der wichtigsten und für diesen Ansatz geeigneten der 106 definierten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) fokussieren.

Michael Siewert/Anja Schweitzer/Christina Sattel

Individuelles Erleben von Krankenhausaufenthalt – Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten

44

Die einschneidenden Reformen im deutschen Gesundheitswesen gehen auch an stationären Versorgungseinrichtungen nicht unbemerkt vorbei. Die zunehmende finanzielle Belastung der einzelnen Einrichtungen geht so weit, dass sie sich in stetig schrumpfenden Krankenhauszahlen niederschlägt.

Impressum

Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
1. Jahrgang/ISSN: 1866-0533

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-9692299
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de.de
Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Verlag

eRelation AG – Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-9692299
heiser@m-vf.de

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint viermal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 60 EUR. Jahresvorzugspreise für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 45 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 6,14 EUR; Ausland 24 EUR. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

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

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

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

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin
Verbreitete Auflage: 6.533 (IWV 2. Quartal 2008)



Mehr Transparenz



>> „Patienten, die besser informiert sind, werden signifikant häufiger schneller gesund als schlechter informierte.“ So fasst die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, im MVF-Gespräch eine Versorgungsforschungsstudie von Härter, Uniklinik Freiburg, zusammen. Diese Aussage kann man sicherlich auf das gesamte Gesundheitssystem übertragen: Versorgung, die mehr entscheidungsrelevante Informationen zur Verfügung hat, verbessert sich signifikant schneller, als wenn die Akteure des Systems solche Informationen nicht zur Verfügung haben. Diese Evidenz für bessere Entscheidungen liefert die Versorgungsordnung, und zwar zum Nutzen aller Beteiligten. > S. 6 ff.

Perspektive der Patienten: Der Patient steht im Fokus des VII. Deutschen Kongresses zur Versorgungsforschung. Ohmann, Neugebauer, Pfaff und Bauer plädieren dafür, den für die Patienten nachvollziehbaren Nutzen in den Mittelpunkt zu stellen und den gesamten Prozess von der Innovationsentwicklung bis hin zum Transfer in die breite Versorgungspraxis im Blick zu haben. Hier sind alle gefordert: die Industrie, die Klinische Forschung, die Versorgungsforschung und andere Beteiligte des Gesundheitswesens. > S. 16 ff

Harms und Gänshirt untersuchen den Einfluss von Informationskampagnen der Pharma-Unternehmen. Siewert, Schweitzer und Sattel ergänzen die meist quantitativen Ergebnisse der Versorgungsforschung in ihrer qualitativ-psychologischen Studie durch die individuelle Sicht der Patienten auf das „Erlebnis Krankenhaus-aufenthalt“. Sie haben sechs Erlebnisdimensionen identifiziert, die für das Marketing, aber auch die Steigerung der Versorgungsqualität von Krankenhäusern wichtig sind. > S. 34 ff
> S. 44 ff

Perspektive der Akteure: Rebscher braucht die Informationen der Versorgungsforschung für Kennzahlen zu Finanzen, Leistungen und Qualität, um die neuen sektor-, fachdisziplin-, und berufsgruppenübergreifenden Versorgungsprozesse so zu steuern, dass ein bestmöglicher Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel erreicht wird. > S. 29 ff

Erfahrungen außerhalb Deutschlands: Im amerikanischen Wahlkampf spielen die unterschiedlichen Programme der Präsidentschaftskandidaten zur Reform des Gesundheitswesens eine entscheidende Rolle. Für uns Anlass, zwei Gesundheitsexperten zum Expertengespräch einzuladen: Mark McClellan, Leiter des Engelberg Centers for Healthcare Reform der Brookings Institution in Washington, und Reinhard Busse, Leiter des Fachgebietes Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin. Und bei allen Unterschieden des amerikanischen und des deutschen Gesundheitssystems sind sie sich einig: „Die Bereitschaft der Gesetzgeber und Entscheider, ihre Entscheidungen auf Daten und solide Evidenz zu gründen, hat in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen. Viele Politiker setzen sich für eine bessere Datenlage ein, um die Auswirkungen ihrer Entscheidungen besser abschätzen zu können, und sind bereit, bei der Entscheidungsfindung einen objektiven Blick auf die Fakten und Daten zu werfen.“ > S. 25 ff

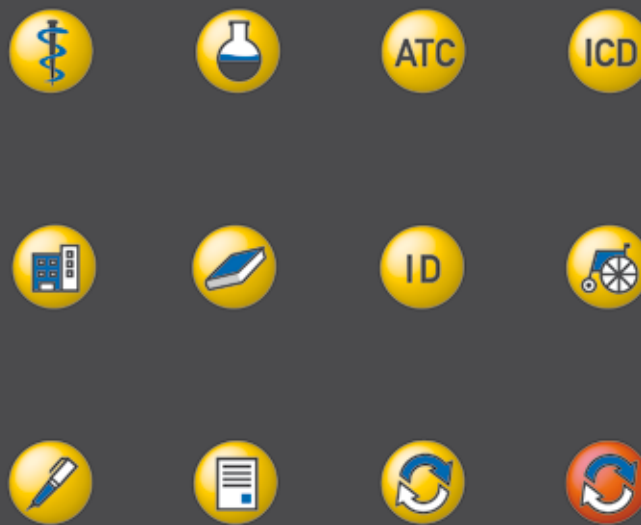
In unserem Schwerpunkt zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz liefert Borisch eine Darstellung des dortigen Krankenversicherungssystems. Neeter und Preuß berichten von der Umsetzung von Disease Management Programmen in den Niederlanden. Dabei wird ein Software-Support eingesetzt, der den Erfolg der Programme deutlich steigert. Besonders angesichts des kommenden Morbidity-Risk-Adjustment (MORSA) auch in Deutschland sicherlich ein Lösungsansatz, den man aufmerksam studieren sollte. > S. 22 ff
> S. 39 ff

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski

Wissen schafft Effizienz.



MMI PHARMINDEX PLUS

Die neue Informationssoftware, mit dem Plus an Arzneimittel-Informationen. Entwickelt für Mediziner in Klinik und Praxis, sowie in Behörden und Institutionen, die sich professionell über Arzneimittel informieren, diese recherchieren und analysieren wollen und dafür zweifelsfrei objektive Daten benötigen.

MMI PHARMINDEX PLUS bietet die komplette Übersicht aller apothekenpflichtigen Arzneimittel Deutschlands, die Sie mit einer Vielzahl an nützlichen und praxiserprobten Funktionen schnell und sicher recherchieren können. Intuitiv. Objektiv. Topaktuell.

Effizienz plus Qualität: Testen Sie jetzt ganz risikolos 30 Tage das Plus an Arzneimittelwissen:
Medizinische Medien Informations GmbH, Infoline (kostenfrei): 0800 633 46 30, oder www.pharmindex-plus.de

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen/Patienten, Helga Kühn-Mengel, im MVF-Gespräch

„Das System muss transparenter werden“

Wie beantrage ich eine Vater-/Mutter-Kind-Kur? Gibt es eine Zuzahlung für meine neue Brille? Unter welchen Voraussetzungen entfällt die Praxisgebühr? Wenn Deutschlands Krankenversicherte an Helga Kühn-Mengel, die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, schreiben, geht es meist um ganz handfeste Probleme des Versorgungsalltags. Es dreht sich weniger um die großen Würfe von Gesundheitsreformen, sondern um oft dramatische Auswirkungen vor Ort – ob nun beim Arzt oder Apotheker, ob nun in Krankenhäusern oder in Pflegeheimen. So ist dieses Ehrenamt quasi der Seismograph der Bundesregierung für die individuell erlebte Versorgungs-Realität.

>> Der Politik, insbesondere der hoch komplexen Gesundheitspolitik, wird oft von verschiedenen Seiten vorgeworfen, dass deren handelnde Personen sich nicht gut genug mit der Materie auskennen bzw. die Interaktionen der von ihnen lancierten gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumente nicht beachten, auf die doch von verschiedenen Seiten – ob nun von Wissenschaft und Forschung oder auch von Verbänden, Institutionen und nicht zuletzt von der Pharmaindustrie – vorher hingewiesen wurde. Was halten Sie von diesem Generalvorwurf?

Dem muss ich widersprechen. Keine der handelnden Parteien redet mit so vielen unterschiedlichen Leuten wie wir aus der Politik. Ich spreche laufend mit den Unternehmensvertretern, ich spreche mit den Gewerkschaftern, ich spreche mit unterschiedlichen Krankenkassen, mit den Fachverbänden der Ärzte. Ich gehe in eine Frühgeborenenstation, ich gehe aber auch ins Hospiz, ich gehe in eine Obdachlosensiedlung. An einem Tag besuchen mich 40 Menschen mit Multipler Sklerose, an einem anderen Tag halte ich einen Vortrag in Brandenburg vor einer Diabetiker-Selbsthilfegruppe und am nächsten bin ich auf einem Podium gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten zum Thema Patientenrechte. Ich glaube nicht, dass irgendjemand eine größere Vielfalt an Kontakten hat als eine Bundespolitikerin oder -politiker. Wenn ich diesen Vorwurf höre, werde ich deshalb immer ein wenig unruhig.

Vielleicht deshalb, weil das, was Sie tun, so wenig mit dem zu tun hat, was schlussendlich Gesetz wird?

Auf jeden Gesetzesentwurf nehmen nun einmal ganz viele unterschiedliche Gruppen Einfluss. Oder versuchen es zumindest. Das gilt für Lobbyisten aller Couleur. Aber auch die Politiker selbst nehmen natürlich Einfluss. Die vorletzte Gesundheitsreform hat federführend Rot-Grün verantwortet, doch auch hier war schon eine kräftige Einflussnahme seitens der CDU vorhanden, weil damals der Bundesrat eine CDU-Mehrheit hatte. Die letzte Reform entstand dagegen im Zeichen der großen Koalition, wobei man sagen muss, dass wir uns an verschiedenen Stellen gar nicht so sehr in unseren Standpunkten unterscheiden – aber eben an ganz bestimmten. Und an genau diesen muss ein Kompromiss gesucht werden, wobei Kompromissen meist zu eigen ist, dass sich so recht niemand mit ihnen anfreunden kann.

Wie zum Beispiel beim Thema der Praxisgebühr.

Die wollte die SPD nun gar nicht: Allgemeinärzte und bestimmte Facharztgruppen sollten vielmehr ganz von der Praxisgebühr befreit sein. Die



CDU dagegen wollte eine zehnpromtente Zuzahlung zu jeder ärztlichen Leistung. Bei solch konträren Positionen gab es keinen fairen Kompromiss. Oder eben dann doch einen: Das war die Praxisgebühr für alle.

Schade, dass derlei Feinheiten selten aufkommen.

Das kann man der Öffentlichkeit auch gar nicht erklären. Es ist auch unfein. Man berichtet nicht detailliert aus den Verhandlungen, denn in solchen Verhandlungsrunden kommen manchmal alle denkbaren, aber eben nicht ganz durchdachten Modelle auf den Tisch. Hat man dann endlich einen Kompromiss, geht es gleich in die Anhörungen: ob nun mit Krankenkassen, der Wissenschaft, der Krankenhausgesellschaft, den Kirchen, den Behindertenverbänden, den Patientenorganisationen und so weiter und so fort. Dazu werden dutzende oder auch hunderte Briefe geschrieben, gelesen und beantwortet.

Das klingt nun ziemlich deprimiert.

Gar nicht. Das ist gelebte Politik, die ich nicht anders kenne, seitdem ich 1998 Gesundheitspolitikerin wurde und auch schon vorher, als ich im Europaausschuss war. Da muss man als Politiker durch und trotzdem nach seinem besten Wissen und Gewissen das Beste daraus machen.

Was war eines Ihrer Erfolgserlebnisse?

Das klingt nun wie eine klitzekleine Angelegenheit, aber für die Betroffenen ist es eine echt große.

Erzählen Sie bitte.

Wir haben 2004 in die Gesundheitsreform – sage und schreibe acht Minuten, bevor sie dem Bundestagspräsidenten überreicht wurde – die Erstattungsfähigkeit der Behandlungspflegemaßnahme „Anziehen von Kompressionsstrümpfen“ einbringen können. Darüber kann man nun lächeln. Oder eben wissen, dass das für alte Menschen ein unglaublich wichtiger Passus ist.

Wie haben Sie das geschafft?

Es ging, man wird es erraten, um einen Kompromiss an anderer Stelle. Die andere Seite wollte unbedingt noch etwas ganz bestimmtes durchsetzen, dem wir schließlich auch zugestimmt haben mit den Worten: „Ah, da kommen unsere Kompressionsstrümpfe.“ So menschlich läuft es manchmal in der Gesetzgebung.

TBA BARMER

Was nun andererseits ziemlich beliebig klingt.

Oder eben nach ganz normaler Demokratie.

Es steht die Forderung von Professor Dr. Holger Pfaff im Raum, der im Interview in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/08) ein Mehr an Politikfolgenforschung, gar eine Art von Pilotprojekten bei der Einführung bestimmter Steuerungsinstrumente anmahnt.

Das klingt natürlich verlockend. Aber ist auch eine ziemlich unrealistische Vorstellung, dass da jemand sitzt und sich verschiedene Modelle und Varianten ausdenkt, mit denen man einen bestimmten Problembereich lösen oder auch nur ein Detailproblem verbessern kann und danach werden die Varianten brav gegeneinander getestet, um sich irgendwann für die beste Lösung entscheiden zu können. So läuft es leider nicht in der Politik, die immer ein veritabler Streit der Interessen ist.

Oder die, so ein weiterer Vorwurf, scheinbar blind agiert.

Auch hier muss ich widersprechen. Zwar fehlen an einigen Stellen wichtige Daten, an anderen Stellen wird dagegen sehr wohl zahlen-, fakten- und auch studienbasiert entschieden. In Deutschland wurde zum Beispiel die integrierte Versorgung doch genau deshalb angeschoben, weil Studien in unserem Land deutlich zeigten, dass genau hier ein Schwachpunkt existiert. Abstrahieren Sie einmal von der Umsetzung, die wie immer problematisch ist: Gleichwohl wurde durch diesen Ansatz die Interdisziplinarität gestärkt als auch das zur Verfügung stehende Wissen gleichmäßiger, weil sektorenübergreifender eingesetzt.

Eine aktuelle Commonwealth-Studie belegt, dass das deutsche Gesundheitssystem so schlecht nicht ist. Es hat im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten, Laborbefunde liegen schneller vor und sind zuverlässiger richtig, Patienten haben mehr Möglichkeiten bei der Arztwahl, bekommen im Krankenhaus seltener eine Infektion und wer chronisch krank ist, wird bei uns häufiger und regelmäßiger präventiv untersucht als anderswo. Dennoch sind – nicht nur laut dieser Studie – die Deutschen mit ihrem Gesundheitswesen weitaus unzufriedener als Patienten in anderen Ländern. Woher kommt das?

Hier spielen zwei Faktoren zusammen: Es gibt trotz aller Anstrengungen immer noch einen Mangel an integrierter Versorgung und die Sektorengrenzen existieren immer noch, auch wenn sie ein wenig durchlässiger geworden sind als in den vergangenen Jahren. Der andere Faktor ist jedoch vielleicht sogar noch wichtiger: Das ist die Patientenorientierung.

Die Ihnen als Patientenbeauftragte besonders am Herzen liegen müsste.

Das, wie ich betonen möchte, ein Ehrenamt zusätzlich zu meiner Arbeit als Parlamentarierin und Gesundheitspolitikerin ist. Aber wie auch immer: Ich habe das Amt gern angenommen und Ja: Das liegt mir wirklich am Herzen! Aus Versorgungsforschungsstudien, die für unsere Arbeit natürlich eminent wichtig sind, wissen wir zum Beispiel, dass 60 Prozent der Patienten noch nie von Behandlungsalternativen gehört haben. Ebenso viele chronisch Kranke wissen nach ihrem Krankenhausaufenthalt nicht, wie es weitergeht. 38 Prozent kennen die Nebenwirkungen ihrer Medikamente nicht. Und mit 46 Prozent wurden noch nicht einmal über das Behandlungsziel gesprochen! Das gilt es doch zuallererst zu verbessern.

Das alte Zauberwort Kommunikation.

Das ist ein ganz wichtiges Zauberwort. Aber vielleicht noch wichtigere lauten Patienteninformation, Patientenorientierung und Patientenbefähigung. Wenn wir immer mehr von Eigenverantwortung reden, müssen wir die Menschen genau an dieser Stelle stärken. Patientenbefähigung heißt jedoch nicht nur mehr Kommunikation, sondern vor allem auch eine weit

bessere Einbindung als aktiver Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, was beispielsweise auch die Versorgungsforschungsstudie „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ von Professor Härter aus Freiburg gezeigt hat. Doch eigentlich braucht man zu dieser Erkenntnis keine Studie, sondern nur eine kleine Portion angewandten gesunden Menschenverstandes: Patienten, die besser informiert sind, werden signifikant häufiger schneller gesund als schlechter Informierte.

Ihre Aufgabe ist es, die Rechte der Patienten zu stärken. Hilft Ihnen Versorgungsforschung dabei? Sicher: Sie zeigt Mängel auf, an denen gearbeitet werden kann. Ist das für Sie der Hauptsinn von Studien? Oder anders herum: Wo würden Sie den Hauptnutzen der Versorgungsforschung verorten?

Wenn wir von Menschen erwarten, dass sie selbst aktiv zu ihrer Gesundheit und damit zur Entlastung des Systems beitragen sollen, müssen wir sie auch durch Information stärken. Jedoch nicht durch irgendeine, sondern durch unabhängige, gute und wissenschaftlich unterlegte Information. Die Frage, wie man Patientenkompetenz stärken kann, ist neben dem generellen Auftrag der Gesundheitspolitik, das System als ganzes finanzierbar zu halten, vielleicht der wichtigste überhaupt. Dazu brauchen wir Versorgungsforschung, die uns ein ganzes Bündel an Fragen beantwortet: Wo sind welche Gruppen benachteiligt? Ältere? Menschen mit Behinderungen? Migranten? Hier muss das System viel transparenter werden. Genau das ist für mich ein ganz wichtiges Anliegen, weil sich daraus kollektive und individuelle Patientenrechte ableiten lassen.

Macht auch die Patientenbeauftragte Versorgungsforschung?

Ich kann zu einem kleinen Teil selbst Aufträge vergeben. Leider habe ich aber nicht so viel Geld, dass ich eine wirklich strukturierte, auf einen etwas längeren Zeitraum angelegte Studie durchführen könnte. Durch eine kleinere Studie der Volkswagenstiftung „Ältere Menschen im Wartezimmer“ wurde z.B. festgestellt, dass ein großer Teil der Älteren eine hohe Unsicherheit im Wartezimmer, aber auch im Sprechzimmer verspürt. Ein kleines Stückchen Versorgungsforschung habe ich auch bei uns im Hause: Als Patientenbeauftragte habe ich eine große Varianz in den Patienten, die mir schreiben, eine weit höhere, als vor Ort Beratungsstellen aufsuchen. Die hier geäußerten Patientenfragen, -wünsche, -ängste und -befindlichkeiten sowie meine Antworten darauf und wie sie seitens des Schreibenden aufgenommen und verstanden werden, werden im Rahmen eines Forschungsprojektes der Charité, Prof. Kuhlmeier, untersucht. Die hier gewonnenen Erkenntnisse werden sicher zu einer besseren Kommunikation meines Amtes mit den Patienten führen.

Wie beurteilen Sie die aktuelle Stellung des Patienten im Gesundheitssystem?

Lassen Sie uns festhalten, dass wir erst am Anfang des Wegs stehen und die großen Akteure im System derzeit gewiss nicht die Patienten sind. Bei allen Erfolgen der letzten Jahre – und wir sprechen hier über einen relativ kurzen Zeitraum von zehn, vielleicht gerade mal 15 Jahren – sind die Patienten immer noch jene mit der schwächsten Stimme. Die Großen sind die Krankenhausgesellschaften, die Bundesärztekammer, die kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Krankenkassen, gefolgt von den Verbänden der Pharmaindustrie. Mein Anliegen ist es, überall dort, wo es möglich ist, Patientenvertretungen zu installieren. Das ist keine einfache Aufgabe. Aber ich werde weiter dafür kämpfen, dass Patientenvertretungen angemessen beteiligt werden, was sie zur Zeit leider nicht überall sind. Noch. <<

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



Wir sind keine Pharma-Agentur.



**WIR SIND DIE
AGENTUR FÜR
MARKENFÜHRUNG.**



Wir machen Marken wertvoll.



FGK

AGENTUR FÜR MARKENFÜHRUNG

Grafenberger Allee 277-287
40237 Düsseldorf

Telefon: 02 11 / 91 44 20
Telefax: 02 11 / 68 66 45

E-Mail: contact@fgk.com
Web: www.fgk.com

INSIGHT Health erforscht die Arzneimittelversorgung von Alzheimer-Patienten im GKV-Markt.

Alzheimer nicht leitliniengerecht versorgt

In Deutschland leiden laut einer Studie des Robert Koch-Instituts* rund eine Million Menschen an einer Demenzerkrankung. Unter Berücksichtigung einer Inzidenz von 200.000 Neuerkrankungen pro Jahr und des weiter steigenden Altersdurchschnitts in der Bevölkerung liegt die Projektion für das Jahr 2050 bei über zwei Millionen Demenzkranken. Die gesundheitspolitische Bedeutung der Demenz wird in den nächsten Jahren daher weiter zunehmen, nicht zuletzt weil auch die Alzheimer-Demenz eines der 80 im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) definierten Krankheitsbilder ist.

>> Die Alzheimer-Demenz macht mit über 70 Prozent den größten Anteil innerhalb der Demenzerkrankungen aus. Aktuell ergibt sich damit – abzüglich der in der PKV versicherten Patienten – eine Anzahl von rund 640.000 GKV-Versicherten, die an Alzheimer-Demenz erkrankt sind. Die Arzneimittelversorgung dieser Alzheimer-Patienten soll im Folgenden näher betrachtet werden.

Die Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft sieht für eine leitliniengerechte Therapie der Alzheimer-Demenz die Wirkstoff-

gruppen der AChE-Hemmer sowie der NMDA-Rezeptorantagonisten (Memantine) vor (AkdÄ, Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, 3. Aufl. 2004).

Zwar ist das Verordnungsvolumen dieser Wirkstoffgruppen in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen und wird auch 2008 weiter ansteigen (Abb. 1), eine differenziertere Betrachtung auf Patientenebene offenbart aber immer noch eine erhebliche Unterversorgung in der medikamentösen Therapie der Alzheimer-Demenz im GKV-Markt.

Abb. 1 / Quelle: NVI-Kostenträger – INSIGHT Health

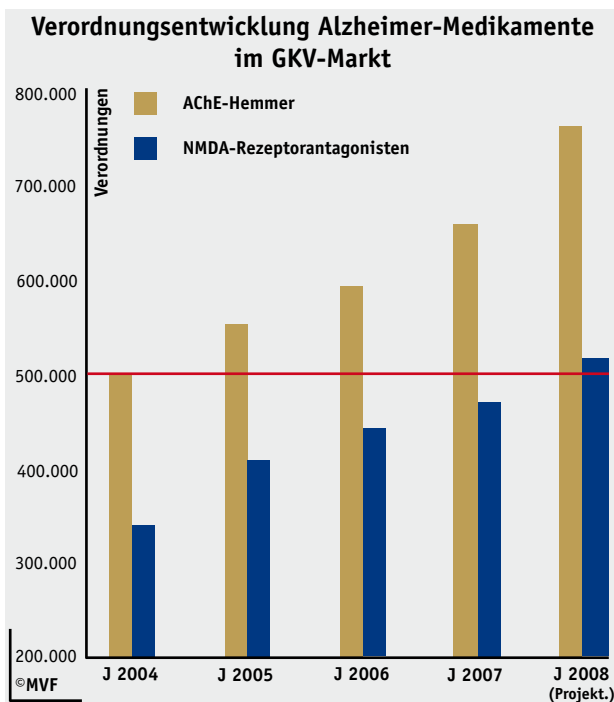
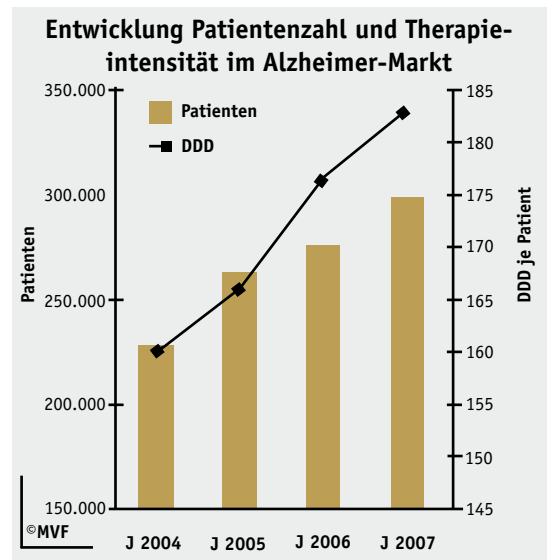


Abb. 2
Quelle: Patienten Tracking – INSIGHT Health



Die Alzheimer-Verordnungen des Jahres 2007 entsprechen einem Volumen von 54,7 Mio. Tagestherapiedosen (DDD, Defined Daily Dosage), von denen 34,5 Mio. DDD auf AChE-Hemmer und 20,1 Mio. DDD auf NMDA-Rezeptorantagonisten entfallen. Dies entspricht einem Anstieg von 12,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr und repräsentiert – bei leitliniengerechter Therapie – 149.700 Therapiejahre. Damit reicht dieses Verordnungsvolumen also für die leitliniengerechte Therapie von rund 150.000 Alzheimer-Patienten über ein Jahr, was aber lediglich circa 23 Prozent der an Alzheimer-Demenz erkrankten GKV-Versicherten entspräche.

Auf Basis der INSIGHT Health vorliegenden anonymisierten Patientendaten ergibt sich jedoch eine Anzahl von 298.700 tatsächlich

mit Anti-Alzheimer-Medikamenten therapierten GKV-Versicherten im Jahr 2007, auf die sich das Verordnungsvolumen verteilt.

Somit ergibt sich ein mittleres Versorgungsniveau von 183 Tagestherapiedosen je tatsächlich therapiertem Alzheimer-Patienten – eine Menge, die bei leitliniengerechter Therapie jedoch lediglich für eine Therapiedauer von rund sechs Monaten reicht! Dabei ist zu beobachten, dass sowohl die Anzahl der therapierten Patienten als auch die Therapieintensität (in durchschnittlichen DDD je Patient) im Zeitablauf zunimmt und sich die Versorgungssituation somit verbessert (Abb. 2).

Angesichts des bundesweit niedrigen Versorgungsniveaus im Alzheimer-Markt stellt sich die Frage, ob dies für alle Regionen gleichermaßen gilt und – vor dem

* (RKI, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28: Altersdemenz, 2005)

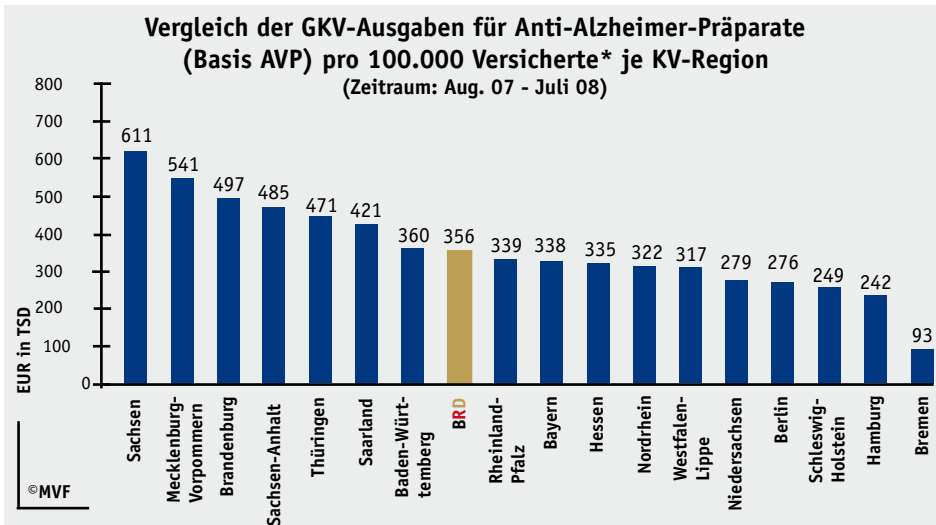


Abb. 3
Quelle: KV-Analyse - INSIGHT Health GKV-Versicherte nach Mitglieder-statistik KM6 des BMG; Stand: 01.07.2007"

Hintergrund des voraussichtlich ab 2009 in Kraft tretenden Morbi-RSA – welche Unterschiede es zwischen den einzelnen Krankenkassen gibt.

Ausgabenvergleich: Anti-Alzheimer-Präparate nach KV-Regionen/Kassen

Die GKV hatte laut INSIGHT Health im Zeitraum August 2007 bis einschließlich Juli 2008 im Anti-Alzheimer-Markt Brutto-Ausgaben in Höhe von insgesamt 249,3 Mio. Euro – rund 19 Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum.

Während diese Ausgabensteigerung mit 15 bis 23 Prozent nahezu einheitlich über alle Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen

(KV) ging, deckt ein Vergleich der Ausgaben je GKV-Versichertem erhebliche regionale Unterschiede auf (siehe Abb. 3).

So liegen die neuen Bundesländer bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Anti-Alzheimer-Präparate ausnahmslos deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die nördlichen alten Bundesländer sind dagegen sämtlich auf den hinteren Rängen der Ausgabenliste wiederzufinden.

Besonders ins Auge sticht der Unterschied zwischen dem Stadtstaat Bremen und dem Bundesland Sachsen. In der KV Sachsen wird in diesem Arzneimittelsegment mehr als das Sechsfache pro Kopf ausgegeben als in der KV Bremen. Aber auch eine Gegenüberstellung der Flä-

chenstaaten offenbart deutliche Unterschiede: Die KV Schleswig-Holstein hat im Vergleich zu den neuen Bundesländern nur rund die Hälfte pro Kopf für die medikamentöse Anti-Alzheimer-Therapie ausgegeben. Hier zeigt sich, dass rein demographisch begründete Erklärungsmuster zu kurz greifen würden (Abb. 3).

Neben der regionalen Betrachtung ist aus gesundheitspolitischer Sicht vor allem ein Vergleich zwischen den einzelnen Krankenkassen von höchstem Interesse, werden doch die Gelder auf Basis des 2009 greifenden Morbi-RSA neu verteilt. Eine Gegenüberstellung ausgewählter Krankenkassen (Abb. 4) offenbart auch hier gewaltige Unterschiede: In der AOK Brandenburg liegen die Ausgaben

für Anti-Alzheimer-Medikamente mehr als sechs Mal so hoch wie bei der Techniker Krankenkasse (TK).

Aber auch innerhalb der Kassenarten gibt es deutliche Unterschiede, die nicht allein über die Altersstruktur zu begründen sind: So gibt die AOK Hessen pro Versichertem über 50 Prozent mehr für Anti-Alzheimer-Medikamente aus als die AOK Rheinland/Hamburg. Die Pro-Kopf-Ausgaben der ebenfalls vor allem in Hessen aktiven Taunus BKK liegen nun aber wiederum lediglich bei 40 Prozent der Ausgaben der Deutschen BKK.

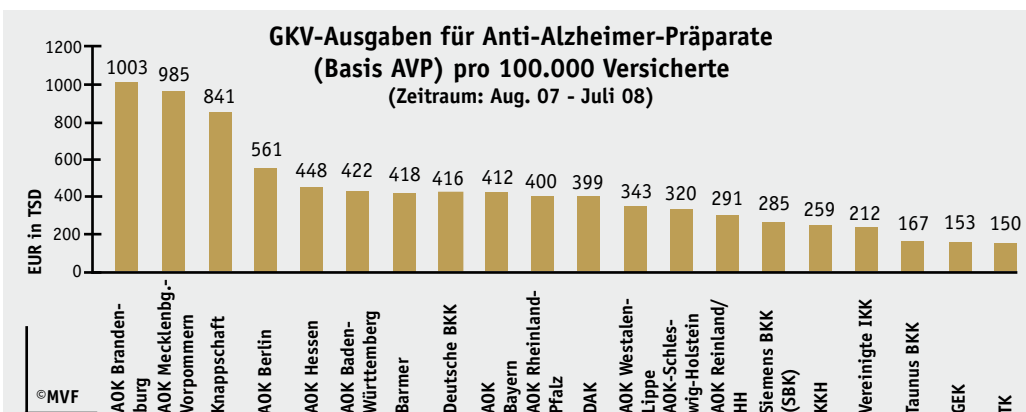
Diese Verordnungszahlen geben bereits einen ersten Eindruck davon, welche Auswirkungen der Morbi-RSA auf die Kassenlandschaft haben wird. Ähnliche und weitere Analysen sind nun für die weiteren 79 Krankheitsbilder des Morbi-RSA zu entwickeln.

Fazit: Rund 340.000 Versicherte ohne entsprechende Therapie

Die Marktentwicklung der Anti-Alzheimer-Medikamente ist gekennzeichnet von einem kontinuierlichen Anstieg sowohl der absoluten Anzahl der therapierten Patienten als auch der Therapieintensität je Patient. Nichtsdestotrotz erhielten im Jahr 2007 weniger als die Hälfte der 640.000 an Alzheimer-Demenz erkrankten GKV-Versicherten überhaupt eine medikamentöse Therapie mit einem leitliniengerechten Arzneimittel, circa 340.000 Versicherte blieben ohne entsprechende Therapie.

Bei den therapierten Patienten erreicht das durchschnittliche Verordnungsvolumen mittlerweile 50 Prozent dessen, was die entsprechende Leitlinie vorsieht. Außerdem zeigt sich eine sehr starke regionale und kassenspezifische Differenzierung in der Alzheimer-Therapie, die sich nicht alleine über die Bevölkerungs- respektive Versichertenstruktur erklären lässt. <>

Abb. 4 / Quelle: NVI-Kostenträger – INSIGHT Health



Kai Martens und Christian Luley im MVF-Gespräch

„Dem Schmerz auf der Spur“

Warum das Pharmaunternehmen Grünenthal in eine breit angelegte Versorgungsforschungsstudie zum Thema Schmerz investiert, erklären Projektleiter Christian Luley sowie Kai Martens, seit 1. August neuer Geschäftsleiter des Deutschlandbereichs von Grünenthal im Exklusiv-Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).

>> Die DAK und die Grünenthal GmbH gaben kürzlich den Startschuss zu einer breit angelegten Versorgungsforschungsstudie bei chronischen Schmerzpatienten bekannt. Ist das die erste Versorgungsforschungsstudie dieser Art, die Ihr Haus unternimmt?

Luley: Grünenthal hat sich bereits in der Vergangenheit intensiv mit der Versorgung von Schmerzpatienten beschäftigt. So haben wir gemeinsam mit einem Expertengremium – bestehend aus Vertretern von Fachgesellschaften, Patientenvertretungen, Berufsverbänden, Wissenschaft, medizinischer Praxis und Krankenkassen – bereits ein Disease-Management-Programm zum Rückenschmerz initiiert, dessen Ergebnisse 2006 veröffentlicht wurden. Auch im Bereich der Integrationsversorgung von Schmerzpatienten haben wir uns konzeptionell engagiert. Für uns ist dies aber tatsächlich die erste Versorgungsstudie in einer derart breiten Ausrichtung.

Warum wurde seitens der Pharmaindustrie die Bedeutung der Versorgungsforschung bisher nicht oder nur ungenügend genutzt?

Martens: Industrie, Leistungserbringer und auch Kostenträger, also Krankenkassen, sind gleichermaßen Teil der Versorgung. Alle drei sind innerhalb der neuen politischen Rahmenbedingungen bestrebt, die Qualität der Versorgung von Schmerzpatienten zu verbessern und den Ressourceneinsatz effizienter zu gestalten. Hierzu fehlen allen Beteiligten noch valide Informationen zur derzeitigen Versorgungssituation, zur geleisteten Qualität sowie zu den verursachten Kosten. Die Krankenkassen verfügen erst seit 2004 über umfassende Daten zur ambulanten Versorgung der Patienten. Entsprechende Projekte sind daher erst seit kurzem überhaupt realisierbar. Zudem hat sich die Qualität vor allem der ambulanten Daten seit 2004 deutlich verbessert.

Einzigartig ist sicherlich die Breite und Tiefe der jetzt angestrebten Analyse. Wir werden zum ersten Mal einen Überblick zur Versorgungssituation von Schmerzpatienten in ganz Deutschland erhalten. Und auch die Partnerschaft zwischen Krankenkassen, Wissenschaft und Industrie ist in diesem Zusammenhang sicher nicht alltäglich.

Ein Grund dafür mag die bisherige Ausrichtung der klinischen Studien als auch die Herangehensweise des IQWiG sein, die nur randomisierte (und damit auf fast künstlichen Kollektiven aufsetzende) Studiendesigns anerkennen will. Ein Lösungsansatz mag hier die Versorgungsforschung sein, weil kürzlich eine RCT-Studie im Bereich Diabetes seitens des NICE nicht anerkannt, da sie den Versorgungsprozess ungenügend dargestellt hätte. Könnte das zu einem Durchbruch für die Versorgungsforschung führen?

Martens: Kontrollierte klinische Studien sind unbestritten der „Goldstandard“ in der klinischen Entwicklung von Arzneimitteln. Wichtige Fragestellungen zum Nutzen von Medikamenten unter Alltagsbedingungen können jedoch bei diesem Studientyp nur sehr begrenzt untersucht werden. Das gilt etwa für die Frage der Patienten-Compliance, der längerfristigen Therapietreue und des Arztverhaltens.



Kai Martens, Geschäftsführer Deutschland von Grünenthal

Wenn der Nutzen einer Therapie in der „realen Welt“ geprüft werden soll, muss der Untersuchungsrahmen den Bedingungen nahekommen, welche Ärzte und Patienten im Versorgungsalltag vorfinden. Das Wissen aus klinischen Studien muss durch Erkenntnisse aus dem Alltag ergänzt werden, um eine objektive Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung eines Arzneimittels zu ermöglichen.

Versorgungsforschung ist dazu in der Lage, Versorgungsrealitäten abzubilden. Also nicht das, was in randomisierten Studien in wie auch immer gearteten Kollektiven erforscht wurde, sondern eben die Versorgungsrealität, wie sie beim Patienten ankommt. Dies könnte doch eine große Chance für pharmazeutische Unternehmen sein, wenn sie ihre Produkte auf einmal ganz anders und mit ganz anderen Argumenten positionieren könnten.

Martens: Die Firma Grünenthal ist Experte auf dem Gebiet der Schmerztherapie. Eine der Säulen unseres Erfolges ist die Entwicklung innovativer Medikamente, und unser Schwerpunkt als forschendes Pharmaunternehmen ist die intensive Suche nach neuen Wegen, um Schmerzen besser, nachhaltiger und mit weniger Nebenwirkungen zu lindern als bisher. Natürlich müssen wir uns dabei fragen, wie unsere Medikamente in die Versorgungsrealität in Deutschland passen. Für

uns ist es besonders interessant zu fragen, in welchen Strukturen und in welchem therapeutischen Kontext die Patienten heute versorgt werden, wie die Qualität dieser Versorgung gestaltet ist und welche direkten und auch indirekten Kosten durch die Therapien anfallen. Die Studie wird uns dazu Erkenntnisse liefern und natürlich rechnen wir – genau wie die beteiligten Krankenkassen – mit einem entsprechenden Know-how-Gewinn. Dieser wird sich sicherlich auch auf unsere weiteren Aktivitäten in Forschung, Entwicklung und Vermarktung auswirken.

Grünenthal will in Zusammenarbeit mit der DAK die Versorgungssituation von Schmerzpatienten untersuchen. Warum zuerst mit Daten der DAK? Und danach erst in einer Hauptstudie mit anderen Kassen?

Luley: Grünenthal ist bereits seit geraumer Zeit mit verschiedenen Projekten und auch Veranstaltungen rund um die Versorgung von Schmerzpatienten aktiv und steht in diesem Kontext auch mit einer Reihe von Akteuren des Gesundheitswesens in regelmäßigem Austausch. Die Idee zu diesem speziellen Projekt stieß dabei bereits in der Planungsphase auf großes Interesse bei potenziellen Partnern. Uns war daran gelegen, für die Pilotstudie einen Partner mit einem großen Versichertenpool zu finden. So hat es uns sehr gefreut, dass die DAK als erste Krankenkasse nicht nur Interesse zeigte, sondern konkret als Partner für die Pilotstudie zur Verfügung stand.

Die Analyse der pseudonymisierten DAK-Routinedaten im Rahmen der Pilotstudie verfolgt drei Ziele: Zunächst möchten wir die grundsätzliche Machbarkeit einer solchen Studie nachweisen. Weiterhin werden wir spezifische Merkmale herausarbeiten, um möglichst viele Schmerzpatienten im Versichertenbestand identifizieren zu können und einen epidemiologischen Überblick über die Verteilung der unterschiedlichen Ausprägungen zu erhalten. Abschließend werden die identifizierten Schmerzpatienten in unterschiedliche Cluster aufgeteilt. Diese Cluster und die hiermit verbundenen Patientenprofile sind Ausgangspunkt weiterer Analysen im Rahmen der nachfolgenden Hauptstudie. Die Einbindung weiterer Kassen ist in der Pilotphase der Studie also noch nicht notwendig. Wenn es in der Hauptstudie konkret darum geht, einen Überblick zur Versorgungssituation der Schmerzpatienten in Deutschland zu gewinnen, ist die Einbeziehung weiterer Krankenkassen natürlich sinnvoll und notwendig. Über die DAK hinaus haben weitere Kassen ihre Mitarbeit bereits in Aussicht gestellt.

Welche alternativen Therapiekonzepte zur Versorgung von Schmerzpatienten sollen denn überhaupt bewertet werden?

Martens: Ein wesentliches Ziel der gesamten Studie ist es, ein größeres Wissen zum Ist-Stand der Versorgungssituation von Schmerzpatienten zu erarbeiten. Erst dann können die beteiligten Parteien auch eine konkretere Vorstellung über die Qualität der aktuellen Versorgung gewinnen, sowie Erkenntnisse zu den verursachten Kosten. Die gängige Meinung lautet: Es gibt nicht das Therapiekonzept für den Schmerzpatienten. Man hat es mit einer heterogenen Gruppe und mit entsprechend unterschiedlichen Therapieanforderungen zu tun. In einem ersten Schritt geht es um die Erfassung des Ist-Standes, um vor diesem Hintergrund Versorgungsziele und Therapieoptionen zu definieren und zu bewerten. Um auf Ihre Frage zurückzukommen: Therapievarianten sind ein Zusammenspiel mehrerer Akteure. Natürlich sind auch innovative Arzneimittel ein wichtiger Teil dieser Therapieoptionen. Somit stellen auch wir als Industrie uns dieser Bewertung.

Sie beziffern die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch chronischen Schmerz verursacht werden, auf 20,5 bis 28,7 Milliarden Euro. Wie



Christian Luley, Projektleiter der Versorgungsstudie „Schmerz“

kommen Sie auf diese Zahl? Gibt es hierzu Erkenntnisse aus Studien der Versorgungsforschung?

Luley: Diese Zahlen beruhen auf Berechnungen von Neumann, publiziert im Bundesgesundheitsblatt 2002.* Zahlen auf Basis breiter Versorgungsstudien stehen derzeit noch nicht zur Verfügung. Schmerz in seiner chronischen Form sollte im Gesundheitssystem als eigenständige Krankheit und nicht mehr als reines Symptom betrachtet werden. Zwar gibt es, insbesondere zur Volkskrankheit Rückenschmerz, bereits einige Studien – auch zu Folgekosten. Eine breite Betrachtung verschiedener Schmerzbilder scheidet aber oft bereits an der Identifikation der Patienten im Datenpool. Der aktuelle ICD-10 bietet keine befriedigende Möglichkeit, die Diagnose „Chronischer Schmerz“ zu codieren. Aus diesem Grund ist es bisher auch sehr schwierig, die im Leistungssystem entstehenden Kosten direkt zuzuordnen. Es fehlt bisher der eindeutige Marker, und die Einführung einer entsprechenden ICD-Ziffer ist erst für nächstes Jahr vorgesehen.

Wie haben Sie Ihren Partner ausgewählt, der die Versorgungsstudie durchführen soll?

Martens: Natürlich müssen bei einem solchen Projekt wissenschaftliche Unabhängigkeit und Transparenz der Datenauswertung gewährleistet sein. Daher haben wir diese dem Institut pharmafacts übertragen, hinter dem mit Professor Gerd Glaeske und dem IGES Institut zwei anerkannte Institutionen der Versorgungsforschung stehen. Die pseudonymisierten Daten der Krankenkassen werden ausschließlich beim Institut pharmafacts bearbeitet und bleiben geschützt.

Wieviel investiert Ihr Unternehmen in Versorgungsforschung?

Martens: Unsere Investitionen starten mit diesem Projekt, das auf einen Zeitraum von etwa zwei Jahren angelegt ist. Die Kosten für die Gesamtstudie, deren Durchführung natürlich auch von einer erfolgreichen Pilotphase abhängt, werden sich sicherlich im sechsstelligen Bereich bewegen. Genauer können wir dies erst im weiteren Verlauf des Projektes beziffern. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Das Versorgungs-Pilotprojekt der KKH für eine bessere Compliance bei chronisch Kranken

Health-Coaching lebt von Vertrauen

Die telefonische Chronikerbetreuung von Krankenkassen ist in den letzten Wochen ins Gerede gekommen. Vor allem durch einen TV-Beitrag aus der Reihe „Report Mainz“, der am 18. August vom öffentlich-rechtlichen Sender ARD ausgestrahlt wurde, wird das derzeit laufende Pilotprojekt der DAK heftigst angegriffen. Im Fall dieser Kasse soll, so die Anmoderation durch Fritz Frey, den ARD-Chefredakteur Fernsehen in Mainz, „mindestens fahrlässig mit sensiblen Patientendaten umgegangen“ worden sein, mehr noch, die „Geschichte“ könne sich zu einem neuen Datenskandal auswachsen. Damit nicht die gesamte telefongestützte Chronikerbetreuung in Deutschland in Schiefelage gerät, meldet sich in „Monitor Versorgungsforschung“ Ingo Kailuweit, der Vorstandsvorsitzende der KKH, zu Wort, dessen Krankenkasse Vorreiter auf dem Gebiet des „Health-Coachings“ – so der Fachbegriff – war und ist.

>> „Wie kommt der US-Konzern Healthways an deutsche Patientendaten?“ So lautet der Hauptvorwurf von „Report Mainz“ an die DAK, die die zur Telefonbetreuung ihrer chronisch kranken Versicherten nötigen Patientendaten ohne vorherige schriftliche Genehmigung an das von ihr beauftragte Callcenter weitergegeben haben soll. So ziemlich außen vor blieb bei der Berichterstattung der Zweck des „Health-Coachings“.

Klar dürfte allen sein, dass sowohl bei der DAK als auch bei der KKH, dem Vorreiter des telefongestützten „Health-Coachings“ in Deutschland, natürlich auch ökonomische Interessen im Hintergrund stehen. Das wissenschaftlich von der Universität Freiburg begleitete Pilotprojekt der KKH – gestartet am 1. Juli letzten Jahres – wird denn auch Anfang 2009 nach patientenorientierten, aber auch nach ökonomischen Faktoren bewertet. „Wir wollen und werden in genau jene Krankheitsphase investieren, in der durch richtige Feinsteuerung in erster Linie die Lebensqualität erhöht und in zweiter Linie Zukunftsfolgekosten reduziert werden können“, erklärt KKH-Vorstandsvorsitzender Kailuweit. Dies sei eine absolute Win-Win-Situation – vor allem für den chronisch Kranken, der durch ein Mehr an Information und Betreuung in die Lage versetzt werden soll, aus eigenem Antrieb Lebensstiländerungen durchzuführen.

Genau das sei Ziel des Pilotprojekts „Health-Coaching“, das die KKH derzeit in den Regionen München und Halle durchführt.

Die Dramatik des Ganzen erläutert Kailuweit an einem Beispiel: „Wir haben in unserer KKH rund 1.000 Amputationen mit der Diagnose ‚diabetischer Fuß‘. Bei leitliniengerechter Behandlung, die auch eine regelmäßige Untersuchung des diabetischen Fußes und regelmäßige Untersuchungen in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis erfordert, müsste viel weniger amputiert werden.“

Nun kann man perfiderweise unterstellen, dass damit nur die von Kailuweit zitierten „Zukunftsfolgekosten reduziert“ werden sollen, was sicher auch immanentes Ziel ist. Nur: Dass der Diabetiker ohne eine Amputation und die damit verbundenen Beeinträchtigungen eine wesentlich höhere Lebensqualität hat, davon sprechen wenige.

Um zu Lebensstiländerungen zu gelangen, die im Endeffekt wirklich einschneidende Maßnahmen vermeiden können, geht die KKH einen ganz anderen Weg als die DAK. Zum einen werden nicht alle Chroniker angeschrieben, sondern nur jene, deren Krankheitsverlauf „noch positiv beeinflussbar ist“. Welche Patienten hier in Frage kommen, wurde gemeinsam mit dem Beratungsunternehmen Accenture anhand pseudonymisierter Daten ermittelt. Anschließend startet nach dem Einverständnis des Patienten ein entsprechendes Beratungsprogramm. Beauftragt hat die KKH dafür jedoch kein externes Callcenter, sondern stellte vielmehr neue eigene Mitarbeiter ein.

Der Grund: Der neue Ansatz des Patienten-Coachings ist für Kailuweit „originäres Kerngeschäft“ mit hoher Relevanz für das Image einer Krankenkasse, das man darum auch nicht auslagern könne.

Der Grund liegt nicht nur im Bereich des Datenschutzes, sondern vielmehr im Bereich des Vertrauensverhältnisses, zum einen zwischen Versichertem und seiner Kasse, und noch wesentlich im „intensiven Vertrauensverhältnis“ zwischen dem Patienten und seinem Coach. Kailuweit: „Unser gesamtes Patienten-Coaching ist wesentlich von Empathie berührt und lebt vor allem von der engen Bindung des Coaches zum Patienten.“ Dieses Vertrauensverhältnis habe viel mit Kompetenz, aber noch mehr mit den richtigen Rahmenbedingungen zu tun: Zu diesen gehöre, dass das Patienten-Coaching von der eigenen Kasse und nicht von externen Dienstleistern ausgeführt werde; und zum anderen eine hohe kommunikative Kompetenz der Coaches.

Das sind wie bei der DAK keine Ärzte, sondern Krankenschwestern und -pfleger. „Das hat nichts mit der Wirtschaftlichkeit zu tun“, verdeutlicht Kailuweit, „sondern alleine mit dem Fakt, dass diese Berufsgruppe zum einen beste Fachkenntnisse, zum anderen hervorragende kommunikative Fähigkeiten, verbunden mit einem hohen Grad an Empathie hat.“ Und das sei die Grundvoraussetzung für einen Coach.

Ärzte dagegen seien für dieses Berufsbild weniger geeignet, weil sie in ihrem Studium gelernt



KKH-Vorsitzender Ingo Kailuweit

hätten, zu diagnostizieren und zu therapieren. Das Handeln eines Arztes sei deshalb stärker von Analyse und Empirie geprägt als von Kommunikation.

Zum anderen müssten sich die KKH-Coaches „zu 100 Prozent an einer leitlinienorientierten Wissensdatenbank orientieren und diese dann noch verständlich dem Patienten vermitteln“. Kailuweit: „Hier hilft dem Patienten medizinisches Fachchinesisch überhaupt nichts. Und uns auch kein Abweichen von der Leitlinie, wie wir es bei einzelnen Ärzten immer wieder beobachten.“

Wobei Therapie nicht im Fokus des „Health-Coachings“ steht. Kailuweit: „Der Coach soll die Compliance erhöhen und den Arzt dadurch in der von ihm verordneten Therapie unterstützen.“ Denn die KKH will – das betont der Vorstandsvorsitzende ausdrücklich – „nicht in die Therapie einsteigen“, sondern die Patienten durch mehr Kommunikation und Hinwendung positiv beeinflussen. <<

Ingo Kailuweit in MVF:

„Eine hohe Empathie“

Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrem Coaching für chronisch Kranke gemacht?

Sehr positive. Wir hatten im August bereits über 3.000 eingeschriebene Teilnehmer, obwohl wir uns diese Zahl erst bis zum Ende des laufenden Jahres zum Ziel gesetzt hatten.

Wie ist der genaue Ablauf?

Die für das Programm in Frage kommenden Versicherten werden angeschrieben und über das neue Angebot informiert. Erst dann werden sie von unseren Coaches angerufen, ob sie Interesse haben, sich in dieses Programm einzuschreiben. Der Coach hat jedoch zu diesem Zeitpunkt keine Einsicht in die Patientendaten. Erst wenn der Patient schriftlich seine Zustimmung gegeben hat, werden dem Coach, der dann für den Patienten immer derselbe bleiben wird, die Krankendaten zur Verfügung gestellt.

Steht Patienten-Coaching auch für eine andere Qualität von Kommunikation?

Für eine andere Qualität, aber auch für eine hohe Vertrauens- und Empathieebene, die alleine schon einen sehr sensiblen Umgang mit Patientendaten erfordert. Kassen haben mehr denn je die Aufgabe, ihre Versicherten individuell über ihre jeweiligen Krankheitsbilder zu informieren – mit der Gießkannen-Information von früher kommt man heute nicht mehr weiter. Kassen müssen sich aber auch trauen, eine wesentlich aktivere Rolle im Verhältnis Arzt-Patient zu spielen – gerade zur Unterstützung der Beziehung der beiden untereinander. <<

Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland

B.-M. Kurth (Hrsg.)

Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Konzepte, Anforderungen, Datenquellen

Reihe: Fuchs, C./Kurth, B.-M./Scriba, P.C. (Reihen-Hrsg.)

Report Versorgungsforschung, Band 1

Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2008

266 Seiten

ISBN 978-3-7691-3324-0

Preis: 39,95 EUR

>> Der 108. Deutsche Ärztetag hat im Jahr 2005 beschlossen, sich am Aufbau einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen. Zu diesem Zweck werden für einen Zeitraum von sechs Jahren Fördermittel aus Beitragsmitteln in Höhe von 4,5 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Mit dieser Initiative wollen die Ärzte verlorenes oder preisgegebenes Terrain zurückgewinnen, denn der zunehmenden Fremdbestimmung in den Kernbereichen der ärztlichen Tätigkeit kann nur durch den Ausbau einer eigenen wissenschaftlichen Kompetenz begegnet werden.

Bei dieser Interessenlage ist es offensichtlich, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung nicht nur zur Verbesserung vorhandener oder Entwicklung neuer Versorgungskonzepte genutzt werden sollen, sondern auch als Instrument der Politikberatung zur Rolle der Ärzte im Gesundheitswesen wirkungsvoll eingesetzt werden sollen.

Die Förderinitiativen und weitere relevante Untersuchungen der Versorgungsforschung sollen daher in der Form eines jährlich erscheinenden Reports einer breiten und interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Anliegen des Reports Versorgungsforschung ist es, zu wechselnden Themen die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Versorgungsforschung zusammenzutragen.

Die Grundlage für jeden Band soll idealerweise die erweiterte Dokumentation eines im Vorfeld



ausgerichteten Symposiums sein. Für den vorliegenden Band 1 war es das gemeinsame Symposium des Robert Koch-Instituts und der Bundesärztekammer zum Thema Versorgungs-Monitoring.

Der vorliegende Band 1 befasst sich aus unterschiedlicher Perspektive mit dem Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und legt den Fokus auf die hierzu erforderlichen Konzepte, Anforderungen und verfügbaren Datenquellen.

Alle Beiträge beginnen mit einer kurzen Zusammenfassung und schließen mit jeweils ausführlichen Literaturverweisen. Der Report ist formal wie inhaltlich klar strukturiert und kommt wie aus einem Guss daher.

Die insgesamt mehr als 20 Beiträge decken ein breites Spektrum ab. Der Nutzen von Routinedaten für die Versorgungsforschung wird anhand der Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen klar dargestellt. Mehrere Beiträge befassen sich mit der Nutzung von Arzneimitteldaten für Zwecke der Versorgungsforschung. Praxisbeispiele auf der Ebene der

hausärztlichen Praxis werden in der Indikation Osteoporose und durch die Darstellung eines neuen Konzepts zur Erfassung von Morbiditätsdaten in der Hausarztpraxis (CONTENT) aufgezeigt.

Zwei weitere Beiträge befassen sich mit dem stationären Sektor. Viele Spezialthemen komplettieren den Report. Zu nennen sind hier: Die Chancen und Restriktionen der amtlichen Schwerbehindertenstatistik, der Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts, der Einsatz von klinischen Krebsregistern, vorhandene Datenquellen und Methoden zur Erfassung von medizinischen Behandlungsfehlern und zur Behandlungszufriedenheit.

Der Report schließt mit einem zukunftsgerichteten Beitrag über die Anforderungen an ein bundesweites Monitoring der gesundheitlichen Versorgung und die Möglichkeiten der Netzwerkbildung in Deutschland in Analogie zum Vorgehen bei unseren holländischen Nachbarn.

Praktisch und nützlich sind die Datenblätter im Anhang des Reports. Hier wurden durch die Mitglieder der SKI (Ständige Koordinierungsgruppe Versorgungsforschung) und die Arbeitsgruppe „Datenquellen für Versorgungsforschung“ eine exemplarische Bewertung von zwölf wichtigen existierenden Datenquellen vorgenommen. Das Spektrum reicht vom Nationalen Gesundheitssurvey über den GKV-Arzneimittelindex bis zur amtlichen Schwerbehindertenstatistik.

Insgesamt ist der erste Band der Reihe Report Versorgungsforschung sehr gut gelungen. Man darf gespannt sein auf die nächsten Bände. Vielleicht entscheiden sich die Herausgeber zukünftig, die unterschiedlichen Versorgungssektoren systematisch durchzuarbeiten. Denn im Grunde geht es um den gesamten und integralen Care Cycle, wobei die ärztliche Versorgung ein zentrales Element darstellt. <<

Der VII. Deutsche Kongress zur Versorgungsforschung stellt den Patienten in den Fokus

„Die Nutzen-Balance stimmt nicht“

Neue und vielversprechende Diagnose- und Therapieverfahren werden entwickelt und für einen Einsatz in der Krankenversorgung propagiert. Ein großer Teil der gewonnenen Forschungsergebnisse erreiche – so das Vorwort des VII. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, der in diesem Jahr von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) ausgerichtet wird – jedoch noch nicht die Patienten, für die sie eigentlich generiert wurden. Um die Quote zu steigern, muss vor allem der Innovationstransfer verbessert werden: Diesem Ziel hat sich unter anderem der siebte Versorgungsforschungskongress verschrieben, der patientenseitige, professionelle, organisatorische und systembedingte Faktoren darstellen und untersuchen will, die den dringend notwendigen Transfer beeinflussen. Bei einem etwaigen Transfer wird zudem als ultimative Voraussetzung postuliert, dass es sich um eine „echte Innovation mit gesichertem Mehrnutzen“ handeln müsse. Die Fragen liegen auf der Hand: Woran hapert es? Was ist zu tun? Oder liegt gar ein unlösbarer Widerspruch vor? Dazu befragte „Monitor Versorgungsforschung“ (MVf) Tagungspräsident Prof. Dr. Christian Ohmann, Univ. Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin), Prof. Dr. Holger Pfaff (Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung) sowie Prof. Dr. med. Hartwig Bauer (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie).

>> Die Medizintechnik- und Pharmaindustrie entwickelt laufend neue Diagnose- und (meist) arzneimittelgestützte Therapieverfahren und propagiert diese dann mit hohem Marketingaufwand, damit diese – statt (oder ergänzend zu) den bis dahin gültigen „Goldstandards“ – in der Krankenversorgung eingesetzt werden. Klar dürfte sein, dass ohne die Medizintechnik- und Pharmaindustrie Innovationen fehlen würden; ebenso klar wird aber indes auch, dass diese Art von unstrategischer, ungestimmter und unkonzertierter Innovation nicht finanzierbar sein wird. Was kann die Versorgungsforschung tun, um zu einer neuen Art von strategischem Innovationsmanagement zu kommen?

Ohmann: Aus unserer Sicht muss der gesamte Prozess von der Innovationsentwicklung bis hin zum Transfer in die Versorgung durch geeignetes Innovationsmanagement begleitet werden. Hier sind alle gefordert: die Industrie, die klinische Forschung, die Versorgungsforschung und andere Beteiligte des Gesundheitswesens.

Aktuelle Forschungsprojekte haben gezeigt, dass weniger als ein Prozent vielversprechender Innovationen in die Versorgung gelangen. Hier gilt es mittels neuer prädiktiver Methoden potenzielle Wirkungen und Nebenwirkungen vielversprechender Innovationen bereits in einem frühen Entwicklungsstadium zu erforschen, um die weitere Entwicklung zu steuern – ein Ansatz, der von der EU und der European Federation of Pharmaceutical Industry and Associations (EFPIA) breit durch zwei Milliarden Euro im Rahmen der „Innovative Medicines Initiative“ gefördert wird.

Die klinische Forschung kann einen wesentlichen Beitrag durch versorgungsnahe industrieunabhängige pragmatische Studien leisten, etwa durch „Head-to-head“-Studien, die Versorgungsforschung durch Evaluierung und Bewertung von Innovationen basierend auf den Prinzipien einer evidenzbasierten Medizin veranschaulichen. Auch dieser Prozess bedarf der Begleitung: Fragestellungen für Studien und Forschungsprojekte müssen

identifiziert und kommuniziert und Innovationsbewertungen priorisiert und initiiert werden.

Die Versorgungsforschung ist aufgefordert, bestehende Wissenslücken zu identifizieren und gemeinsam mit Förderern, Leistungserbringern und Kostenträgern Forschungsprojekte auf den Weg zu bringen und erfolgreich durchzuführen.

<< Die klinische Forschung kann einen wesentlichen Beitrag durch versorgungsnahe industrieunabhängige pragmatische Studien leisten. >>

Ohmann

Pfaff: Unser Gesundheitssystem braucht diese Innovationen der Medizintechnik- und Pharmaindustrie. Aufgabe der Versorgungsforschung ist die Untersuchung des Transfers aus klinischen Studien in die Versorgungspraxis, d.h. die Untersuchung der Wirksamkeit der Innovationen unter Alltagsbedingungen. Solche Versorgungsforschungsstudien sind wichtig, da sie nicht die engen Einschlusskriterien klinischer Studien anlegen. Erst wenn Innovationen in der breiten Versorgungspraxis ihre relative Wirksamkeit beweisen, sollten sie routinemäßig in der Krankenversorgung eingesetzt werden.

Neugebauer: Ich möchte zwei Dinge klar herausstellen: Erstens brauchen wir die Medizintechnik und die Pharmaindustrie mit ihrem hohen Innovationspotenzial zur Verbesserung der Versorgung unserer Patienten! Und zweitens sollten nur solche Innovationen an den Patienten gelangen, die nachweislich für die Patienten einen für sie nachvollziehbaren Nutzen haben. Bisher stimmt die Balance zwischen Nutzen für die Industrie



Tagungspräsident Prof. Dr. Christian Ohmann

und Nutzen für den Patienten nicht. Patienten sind heute eher Opfer einer cleveren Marketing-Strategie der Unternehmen, was sich besonders im IGeL-Bereich zeigt. Die Ärzte sind primär Vertreter der Patienteninteressen. Als Vorsitzender des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin plädiere ich für saubere, gut angelegte und durchgeführte Studien (nicht nur RCTs), um zunächst den Nutzen nachzuweisen, bevor es zur Einführung von sogenannten Innovationen in den Medizinmarkt kommt. Ich plädiere für strategische Partnerschaften zwischen Wissenschaft und Industrie. Wir brauchen das Innovationspotenzial der Industrie in Win-Win-Partnerschaften zum Wohle des Patienten.

Bauer: In der Chirurgie geht es vorwiegend um nicht-medikamentöse innovative Interventionen wie den Einsatz von Medizinprodukten oder von Verfahrenstechnologien. Diese gilt es zunächst zu definieren als neue oder als modifizierte Verfahren, die sich von bisher etablierten nach Wirksamkeit und vor allem hinsichtlich des Nutzens für den Patienten unterscheiden. Dabei ist es meist leichter zu zeigen, dass eine neue Technologie die unmittelbar methodenimmanenten Ziele erreicht (z.B. passgenaues Fräsen beim robotergestützten Implantieren einer Hüftprothese), als zu beweisen, dass ihre Anwendung dem Patienten wirklich Vorteile bringt (in diesem Falle Schäden durch verfahrenstypische Überdehnungen von Nerven und Muskeln). Und genau hier hat die Versorgungsforschung anzusetzen. Neben der Frage, ob eine neue Methode mehr nutzt als schadet bzw. einer anderen bewährten Methode überlegen ist (prinzipielle Wirksamkeit, zu überprüfen in randomisierten Studien unter Idealbedingungen), gilt es damit zu untersuchen, ob die Intervention das auch unter den Routinebedingungen der Gesundheitsversorgung im Alltag leisten kann.

Im Idealfall sollte dieser Wirksamkeits- und besser noch der Nut-

<< Ich plädiere für strategische Partnerschaften zwischen Wissenschaft und Industrie. >>
Neugebauer

zennachweis vor Einführung in die Breitenversorgung erfolgen. Aus Patientensicht würde strategisches Innovationsmanagement bedeuten, dass auf diese Weise als wirksam und sicher erkannte Produkte und Verfahren unverzüglich zugelassen, in den Leistungskatalog aufgenommen und so mit der Kostenübernahme auch allgemein zugänglich gemacht werden.

Oft wird geklagt, dem Gesundheitssystem stünde zu wenig Geld zur Verfügung; andere vermuten indes sicher nicht zu Unrecht, dass das zur Verfügung stehende Geld nicht richtig eingesetzt wird. Wäre es nicht an der Zeit, mehr über Prozessoptimierung zu reden statt über Budgetdeckelungen? Und wäre es nicht auch an der Zeit, über eine breit angelegte Versorgungsstruktur-Forschung und -Förderung nachzudenken?



Prof. Dr. med. H. Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.



Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin)

Ohmann: In den Krankenhäusern und Praxen ist es durch die Vorgaben des Gesundheitssystems bereits zu einer erheblichen Prozessoptimierung gekommen. Es ist Gegenstand der Versorgungsforschung, die Auswirkungen von Prozessoptimierungen, etwa durch Leitlinien oder Pfade, zu untersuchen und mögliche Defizite im Hinblick auf den Innovationstransfer aufzuzeigen. Die Anstrengungen im Hinblick auf die Förderung der Versorgungsforschung sind erheblich zu erhöhen. Nach Aussage der Roadmap für das Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung (2007) wurde dieser Forschungszweig zu sehr vernachlässigt bzw. nicht in dem erforderlichen Maß betrieben. Die Evaluation von Therapieverfahren wurde bislang weitgehend durch industrielles Interesse bestimmt. Die bisher durchgeführten Fördermaßnahmen des BMBF (6 Millionen Euro für Versorgungsforschung gemeinsam mit der GKV, 21 Millionen Euro für chronische Erkrankungen und Patientenorientierung gemeinsam mit der PKV, GKV und Deutschen Rentenversicherung) und anderer Institutionen (z.B. Bundesärztekammer, DFG) sind ein hoffungsvoller Beginn, können den tatsächlichen Bedarf aber nicht decken. Hier müssen neue Konzepte und Programme erarbeitet und implementiert werden, die über das bisher geleistete weit hinausgehen. So gilt es neben der öffentlichen Hand auch die Industrie und die Krankenkassen in die Pflicht zu nehmen. Beispielfähig soll Italien genannt werden, wo fünf Prozent des Marketingbudgets von Pharmafirmen in einen Pool eingespeist werden, um industrieunabhängige versorgungsnahe Studien durchzuführen. So konnten alleine im Jahr 2006 54 Studien mit 35 Millionen Euro gefördert werden. Ähnliches gilt für Krankenkassen, die von einer sinnvollen Versorgungsforschung profitieren, diese bisher aber nur punktuell, z.B. durch Modellvorhaben, unterstützen.

Pfaff: Die Diskussion entwickelt sich derzeit weg von der Budgetdeckelung hin zu finanziellen Anreizsystemen. Es ist leichter, gewünschtes Verhalten über Anreizsysteme zu steuern als über Budgetgrenzen. Daher ist diese Entwicklung sehr zu begrüßen. Bezogen auf die öffentliche Förderung der Versorgungsforschung können wir auch auf eine erfreuliche Entwicklung in den letzten Jahren zurückblicken, die es weiter auszubauen gilt. Das BMBF hat bereits im ersten Förderschwerpunkt zu Versorgungsforschung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der GKV sechs Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Der zweite aktuelle Förderschwerpunkt hat bereits ein Volumen von 21 Millionen Euro. Auch die Bundesärztekammer hat eine Förderinitiative zur Versorgungsforschung ins Leben gerufen und fördert wichtige Projekte. Daneben werden zentrale Versorgungsforschungsstudien – wie z. B. die Evaluation der medizinischen Zentrenbildung oder Integrierter Versorgungsverträge – auch auf Landesebene öffentlich gefördert, wie in NRW durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Neugebauer: Sicher gibt es noch ausreichend Geld im System. In den letzten Jahren ist es jedoch über die DRG-Deckelung zu erheblichen Prozessoptimierungen gekommen. Im System unserer

Gesundheitsversorgung ist es hier aber eher zu Rationierungen und nicht zu Rationalisierungen gekommen. Alles ist endlich – auch das Geld im Gesundheitssystem. Dies darf aber nicht auf Kosten der Patienten gehen, d.h. eine schlechtere Versorgung bedeuten. Die Versorgungsforschung kann erheblich dazu beitragen, Sinnvolles von nicht Sinnvollem zu unterscheiden. Die Forschungsförderung muss deshalb im Bereich der Versorgungsforschung entscheidend verbessert werden. Am Beispiel der Allgemeinmedizin wird deutlich, dass es über eine verstärkte Forschungsförderung durch das BMBF hier zu einer erheblichen Verbesserung der Patientenversorgung gekommen ist. Solche Beispiele sollten Schule machen.



Prof. Dr. Holger Pfaff, Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung und Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung in Köln

Bauer: Ein neuer Weg wäre z.B. die Erprobung vielversprechender Medizintechnik in Form von Pilotprojekten in ausgewählten Zentren und dann aber eine beschleunigte Zulassung, wenn sich die Produkte oder Verfahren in diesen Projekten bewährt haben. Wir brauchen aber auch ein Umdenken bezüglich des wissenschaftlichen Stellenwertes der Versorgungsforschung nicht nur in den Fachgesellschaften, sondern vor allem in den Wissenschaftsgremien und Förderinstitutionen: Solange sich mit Versorgungsforschung noch weniger wissenschaftliche Meriten verdienen lassen als bei den im Vergleich zu Grundlagenforschung ohnehin zu gering bewerteten klinischen Studien, werden weitere Appelle wenig nutzen. <<

Programm des VII. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung in Köln (16. - 18. Oktober 2008)

Saal	Track	8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00
Donnerstag, 16.10.		8:15		9:15		10:15		11:15		12:15		13:15		14:15		15:15		16:15		17:15		
Maternus	Innovationstransfer											A1: Innovationen: Grundlagen/Anwendungen in der VersoFo				A2: Soziale Innovationen: Strukturen und Prozesse		A3: Patientensicherheit: Bedeutung im Innovationstransfer		Ab 17:45 Eröffnung/Festvortrag		
Adelheid	Chirurgie/Klinik														B2: Was leisten Register für die VersoFo?		B3: Akuter Schmerz und VersoFo					
Dreikönig	Methodik														C2: Patientenrelevante Endpunkte (PRO)		C3: Verknüpfung klin. Forschung und VersoFo					
Qui-rius	Special														D2: Versorgungsqualität Herz-/Kreislaufkrankter in Deutschland		D4: Innovationstransfer in der Psychotherapie und Psychosomatik					
Laurentius	Fr. Vorträge														E2: Freie Vorträge 1		E3: Freie Vorträge 2					
Freitag, 17.10.																						
Maternus	Innovationstransfer	A4: Pharmainnovationen		A5: Innovation: Bewertung vor Transfer						A6: Ethische + rechtl. Probleme des Innovationstransfers					A7: Innovation in der Prävention		A8: Innovative Medizintechnik: Transfer in der Versorgung					
Adelheid	Chirurgie/Klinik	B4: Indikationskriterien und Appropriateness								B6: Beitrag der BQS zur VersoFo in der Medizin					B7: Brauchen wir Plazebochirurgie?							
Dreikönig	Methodik	C4: Gesundheitsökonomie								C6: Routinedaten für sektorüberg. VersoFo					C7: Ergebnismessung bei chron. Krankheiten					DNVF-Mitgl. Versammlung		
Qui-rius	Special	D4: Was leisten Register für die VersoFo?								D6: Implementierung von Leitlinien					D7: VersoFo in den Med. Fakultäten							
Laurentius	Fr. Vorträge	E4: Freie Vorträge								E6: Freie Vorträge					E7: Freie Vorträge							
Samstag, 18.10.																						
Maternus	Innovationstransfer	A9: Patientenbeteiligung		A10: Innovationstransfer in der mod. Medizin bei begr. Ressourcen						A11: Partizipative Entscheidungsfindung und Innov.-Transfer		Abschluss-sitzung										
Adelheid	Chirurgie/Klinik	B9: Implementierung von Leitlinien								B11: Chronischer Schmerz												
Dreikönig	Methodik	C9: Qualitative Methoden der VersoFo								C11: Methoden in der VersoFo												
Qui-rius	Special	D9: Versorgungsepidemiologie im ambul. Bereich								D11: Komplexe Interventionsstudien in Psychiatrie und Psychotherapie												
Laurentius	Fr. Vorträge	E9: Freie Vorträge								E11: Freie Vorträge												

Anm.: Am Donnerstag und Freitag finden zudem geführte Postersitzungen in den Räumen Heribert und Suibertus/Maternushaus statt.

Der neue BVMG rüttelt am alten System

Kassen und KVen im Visier

Der neu gegründete BVMG ist eine Art Strukturinnovation in der Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung und macht als solcher dem althergebrachten System der Kassenärztlichen Vereinigungen Konkurrenz. Der Verband, vorerst getragen von den drei größten fachübergreifenden Verbänden für niedergelassene Ärzte, MEDI Deutschland, dem Bundesverband der Ärztegenossenschaften Deutschlands sowie dem NAV-Virchow-Bund, will sich ganz speziell als unternehmerisch handelnder Partner für frei verhandelte Selektivverträge positionieren – auch um mehr Qualität im Versorgungsprozess zu erzeugen. Dr. Klaus Bittmann, sowohl Vorsitzender des Vorstandes der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein als auch Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, ist sich im Klaren darüber, dass ein solch qualitätsgetriebener Ansatz nur mit einem Mehr an Versorgungsforschung möglich ist, um dem mächtigen Verhandlungspartner Krankenkasse mit Argumenten begegnen zu können.

>> In diesem Zusammenhang fordert der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, der NAV-Virchow-Bund, nun die Kassen auf, sich neuen Anforderungen und Realitäten zu stellen, anstatt das bestehende Schubladen-Denken der letzten 20 Jahre fortzuführen. „Die bloße Verweigerung längst unstrittiger Honorarforderungen der Ärzteschaft führt nicht zum Ziel einer besseren Versorgung, sondern verschlechtert sie weiter“, erklärt der Bundesvorsitzende Dr. Klaus Bittmann. Der rasant fortschreitende Ärzte-

mangel sei eine direkte Folge der Honorarpolitik der Krankenkassen in den vergangenen Jahren.

Der blinde Druck auf die Kostenbremse und das Bemühen alter Klischees von mutmaßlich „üppi-gen Ärzteverdiensten“ sei dabei ebenso falsch wie nicht Ziel führend, betont Dr. Bittmann. Auch die Fortschreibung alter Fehler, beispielsweise das gigantische flächendeckende Sponsoring von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) mit zweifelhaftem medizinischem Nutzen spreche nicht dafür, dass die Kranken-

kassen gesundheitspolitisch in der Gegenwart angekommen seien. „Stattdessen haben die Kassen bislang eine differenziertere Versorgung nach den bestehenden Möglichkeiten verhindert und wenig Mut zu einzelvertraglichen Lösungen gefunden“, stellt der Bundesvorsitzende fest.

„Die Krankenkassen betreiben mit ihrer starren Haltung ein gefährliches Spiel mit der

medizinischen Versorgung ihrer Versicherten.“ Es sei inzwischen nachgewiesen, dass ein Drittel der Leistungen im ambulanten Sektor nicht vergütet werden. Wenn nun ein teilweiser Ausgleich in Höhe von rund 4,5 Milliarden Euro hierfür verweigert werde, trügen die Kassen eine direkte Mitschuld an der Verschärfung des Ärztemangels. Selbst die Politik habe bereits mehr Einsicht gezeigt. <<

„Es geht nicht mehr ohne“

Der neu ausgeschriebene Hausarzt-Vertrag der Barmer Ersatzkasse wird der erste Meilenstein sein, an dem sich der neue BVMG messen lassen muss. Dazu will die Kasse – so deren Vorstandsvorsitzender Dr. Johannes Vöcking in einem Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (siehe MVF 02/08) – ein ganzes Bündel an Qualitätsindikatoren festlegen – kassenseitig, versteht sich. Derlei Indikatoren befürwortet BVMG-Gründer Dr. Klaus Bittmann, hält indes wenig davon, dass diese nur von der Kassenseite definiert werden sollen.

Die zentrale Frage des künftigen Barmer Hausarztvertrags wird sein, wer die Qualitätsindikatoren wie festlegt. Dr. Vöcking sieht dies als Kassenaufgabe.

Wir würden den Anspruch erheben, an Qualitätsfragen partnerschaftlich mit den Kassen arbeiten zu können, wie wir das schon in Form von Qualitätsausschüssen regional getan haben. Im Moment fühlen sich die Kassen zwar noch so stark, dass sie Qualitätsindikatoren selbst festzulegen versuchen, doch es kann dem ganzen System nicht förderlich sein, wenn die Kassen alleine entscheiden, wie sie Versorgung verstehen möchten.

Dazu wäre wohl mehr Versorgungsforschung der Ärzte nötig, um bei qualitativen Versorgungskonzepten besser argumentieren zu können.



Es wird ohne versorgungsbegleitende Forschung nicht mehr gehen. Wenn beispielsweise nach der Kündigung von Sonderverträgen seitens der Kassen in Schleswig-Holstein eine Fortführung der onkologischen Versorgung nicht nur garantiert, sondern auch verbessert werden soll, müssen wir beweisen können, dass unser Versorgungsansatz funktioniert. Das geht ohne Versorgungsforschung nicht. Wir beteiligen uns übrigens auch an einem Forschungsprojekt der FH Flensburg, bei dem in ländlichen Gebieten der Status der Versorgung erhoben und untersucht wird, wie diese sich entwickeln wird. Wir reden immer nur von der demografischen Veränderung, doch wie sie sich auswirkt, wissen wir nicht. Es gibt viel zu tun. <<

RCT versus Versorgungsforschung

Wertvolle Evidenz zum Therapienutzen

Der Ruf nach mehr und besserer Evidenz zur Bewertung des Therapie-Nutzens ist allgegenwärtig. Kein Wunder, denn der Nutzen-Nachweis hat zunehmend Auswirkungen auf die Erstattung von Therapien im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb ist es an der Zeit festzustellen, was die Versorgungsforschung im Hinblick auf die Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Diagnostika und Medizin-Produkten in der Therapie leisten kann. Und vor allem, welche Anforderungen an den Stellenwert der Versorgungsforschung sich daraus aus der Sicht der Hersteller ergeben. Anhand von Beispielen aus dem Bereich Diabetes wird schnell klar, dass Versorgungsforschung eine wesentliche patienten- und versorgungszentrierte Ergänzung liefern kann.

>> Lange Zeit war die Zulassung die letzte große Hürde, die ein Pharma- oder Medizinprodukt als Zutritt zum Gesundheitssystem überwinden musste. Für die Zulassung sind festgelegte Kriterien bezüglich Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität zu erfüllen. Zu diesem Zweck werden in der Regel randomisierte kontrollierte Therapiestudien (RCT) in hoher wissenschaftlichen Güte (Evidenzklasse 1) erstellt. Primär stehen das Produkt und das Wohl des Patienten im Fokus – die Wirkung im Versorgungskontext („Effectiveness“) oder die Wirtschaftlichkeit fehlen indes oder haben bislang nur eine eher untergeordnete Bedeutung.

Doch stetig wachsende Gesundheitsausgaben zwingen zunehmend zur Priorisierung und Rationierung. Maßstab sollen zum einen der jeweils erzielbare (Zusatz-)Nutzen einer Therapie für die Gesundheits-Versorgung sein, andererseits aber auch deren Wirtschaftlichkeit, um eine Verhältnismäßigkeit von zusätzlichem Nutzen und zusätzlichen Kosten sicher zu stellen. Die dadurch anstehende Bewertung ausgewählter Therapien übernehmen nationale Einrichtungen wie das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, seit 1999 in Großbritannien) oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, seit 2004 in Deutschland).

Die Schwierigkeit der Nutzenbewertung zeigt sich jedoch bereits beim Methoden-Vergleich

der Institute zur Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung. Auch bezüglich Akzeptanz und Bewertung von Ergebnissen aus der Versorgungsforschung zeigen sich unterschiedliche Sichtweisen: Das NICE sieht hier eine wertvolle Ergänzung klassischer klinischer Forschung, während das IQWiG auf die methodische Strenge der RCTs besteht.

Was wird überhaupt durch eine Studie bewiesen?

Die von NICE geschätzte Ergänzung bringt vor allem die Sichtweise: Nicht umsonst beschreibt die Bundesärztekammer Versorgungsforschung als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das mit wissenschaftlichen Methoden Zusammenhänge zwischen Einflüssen, Prozessen und Ergebnissen von Kranken- und Gesundheitsversorgung unter Alltagsbedingungen beschreibt und dabei Bedingungsbeziehungen soweit möglich kausal erklärt.

Diese Methodik lässt sich auf Arzneimittel, Diagnostika und Medizinprodukte gleichermaßen anwenden, denn alle leisten ihren Beitrag zur Therapie. Die Bedeutung dieser holistischen Betrachtungsweise (Produkte als Teil eines Versorgungsprozesses) bei der Nutzen-Bewertung kann anhand der Blutzucker-Selbstkontrolle (BZSK) bei Diabetes mellitus beispielhaft verdeutlicht werden. Die Kernfrage lautet: Welchen

Beitrag leistet das Produkt selbst? Und welcher Beitrag wird durch den Patienten beziehungsweise durch die Versorgungsstrukturen geleistet?

Klar ist, dass ein System zur BZSK im Rahmen der Zulassung sicherstellen muss, dass die Blutglukosekonzentration aus einem Blutstropfen möglichst exakt und zuverlässig ermittelt wird. Doch dies ist nur ein Schritt eines Prozesses, wie die Abbildung verdeutlicht: Viele Schritte vor und beim Gewinnen des Blutstropfens bzw. nach Vorliegen des Messergebnisses entscheiden mit über den Nutzen der BZSK. Sie sind maßgeblich durch den Patienten und nur zum Teil durch das Messsystem bestimmt. Auch die Versorgungsinfrastruktur muss einen Beitrag leisten: Dem Patienten das erforderliche Wissen vermitteln, ihn durch Einsicht zu Eigenverantwortung motivieren und diese über ein regelmäßiges Feedback weiterentwickeln.

Sicher nicht zu unrecht hat das NICE jüngst die DiGEM-Studie (eine RCT) aus der Bewertung des Nutzens der BZSK ausgeschlossen, weil diese die Blutzuckermessung lediglich isoliert und nicht im Rahmen eines integrierten Therapiekonzeptes bewertete – und auf diesem Wege keinen Nutzen finden konnte. Dem gegenüber steht beispielsweise die Versorgungsforschungsstudie ROSSO, durchgeführt von den Sana-Kliniken in Düsseldorf (Prof. Dr. Stephan Martin), die als retroelektive

Studie („Self-monitoring of Blood Glucose (SMBG) and Outcome in Patients with Type 2 Diabetes“) vom IQWiG nicht anerkannt wird. ROSSO zeigte immerhin bei 3.268 Diabetes-Patienten aus 192 repräsentativen Hausarztpraxen im gesamten Bundesgebiet, die ohne jeglichen Einfluss von Studienprotokollen über durchschnittlich 6,5 Jahre behandelt wurden, eine deutlich verringerte Morbidität und Mortalität, wenn diese eine BZSK durchführten.

Analog kann auch die Insulin-Therapie, ob unter Verwendung eines Pens oder einer Insulinpumpe, als Prozess bewertet werden. NICE misst hier explizit auch Register-Studien einen Stellenwert bei, da diese Form der Versorgungsforschung den Nutzen einer Therapie im Versorgungsalltag widerspiegelt: Es werden Patienten dokumentiert, die sich – gemeinsam mit dem behandelnden Arzt – aktiv für eine spezifische Therapieform entschieden haben, und dieser nicht (nur) in Folge einer Randomisierung zugeordnet wurden. Patienten mit Insulinpumpentherapie im Register – also unter Regelversorgung – zeigten einen größeren Nutzen, als in der klinischen Prüfung mittels RCTs festgestellt wurde. Der Faktor „Mensch“ spielt auch bei vielen Pharmakotherapien jenseits des Diabetes eine tragende Rolle. Dies zeigt sich unter anderem an der wachsenden Zahl an Publikationen zum Thema Compliance und zur Verhaltensmedizin.

Ergänzung zur klassischen RCT

RCTs schaffen durch Kontrollgruppe und Randomisierung eine „künstliche“ experimentelle Behandlungssituation. Ergebnis: hohe interne Validität – zu Lasten der externen Validität, sprich der Nähe am Versorgungsprozess unter Alltagsbedingungen. Genau dies hat die Versorgungsforschung im Fokus: die Übertragbarkeit klinischer Forschung in die typischen Versorgungssituationen – unter Berücksichtigung spezifischer Stärken und Schwächen eines Gesundheitssystems. Somit stellt die Versorgungsforschung eine wertvolle Ergänzung der klassischen RCTs dar.

PMS-Studien finden noch kaum Eingang

Ein Nutzen-Nachweis von Arzneimitteln, Diagnostika und Medizinprodukten in der Therapie ist dabei im gemeinsamen Interesse aller Seiten:

- der Patient erwartet in seinem Behandlungsumfeld Heilung, Linderung oder Prävention,
- der Kostenträger erwartet einen Zusatz-Nutzen von zusätzlichen Gesundheitsausgaben und
- die Industrie erwartet einen breiten Zugang zum Versorgungssystem und wertorientierte Preise.

Da die Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung zunehmend Einfluss auf die Verbreitung einer Therapie hat, ist es im Interesse der Hersteller, dass eine möglichst breite Evidenzbasis in solche Bewertungen einfließt. Dazu tragen mit höchster Evidenzklasse die Zulassungs-RCTs bei – sie bestimmen maßgeblich das vorhandene „Evidenzspektrum“.

Mit dem Markteintritt sind Hersteller dann zur Post Marketing Surveillance (PMS) verpflichtet, um primär Daten zur Produktsicherheit bei der Anwendung



Prozess-Schritte, die Voraussetzung dafür sind, dass eine BZSK zu einem Nutzen führt, z.B. Verhinderung einer Hypoglykämie oder Verkürzung einer Hyperglykämie.

unter Routine-Bedingungen zu sammeln. PMS-Studien werden auch der Versorgungsforschung zugerechnet, finden jedoch bis dato kaum Eingang in die Nutzenbewertung. Dabei könnte diese Studienform bei entsprechender Studienplanung einen zusätzlichen Beitrag zur Nutzenbewertung leisten. Dies gilt insbesondere für Medizinprodukte, deren „Wirkung“ häufig weit mehr vom Behandlungsprozess mitbestimmt wird, als dies bei Arzneimitteln der Fall ist.

Doch bei jedem Ruf nach noch mehr Studien, insbesondere nach RCTs, muss auch berücksichtigt werden, dass diese Studien bereits heute maßgebliche Kostentreiber

der Produktentwicklung sind und damit Einfluss auf die Preise der Produkte haben. Deshalb wurden seitens der Zulassung bereits europäische Standards und gegenseitige Anerkennung beschlossen. Im nächsten Schritt müsste dies auch für die Nutzen-Bewertung erreicht werden.

Um Planbarkeit zu schaffen, müssen einheitliche Kriterien für RCTs festgelegt werden, die über europäische Ländergrenzen hinweg als Nutzen- bzw. „Effectiveness“-Nachweis anerkannt werden sollen; zudem sind verbindliche Anforderungen bezüglich (nationaler) Produkt-Versorgungsforschungsstudien, z. B. im Rahmen der PMS, nötig. Denn damit könn-

te auch das bestehende Instrumentarium der PMS gezielt zur besseren Bewertung des Nutzens von Therapien weiter entwickelt werden.

Dies geschieht vor dem Hintergrund einer zunehmenden Anzahl von Gesundheitssystemen, die jenseits der Produkt-Zulassung („3. Hürde“) zusätzliche Nutzen-Nachweise fordern, bevor Therapien empfohlen bzw. erstattet werden („4. Hürde“). Denn letztere entscheiden für die Industrie über den Zugang bzw. den Umfang des Zugangs zu einem Gesundheitssystem.

Wichtig wäre des Weiteren, dass Versorgungsforschung auch für die Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Medizinprodukten und Diagnostika als Chance begriffen wird und unter Einbeziehung der Hersteller weiter entwickelt wird.

Entschieden wird über den Zugang zu Therapien

Letztlich wird damit auch für den Patienten über dessen Zugang entschieden: den Zugang zu Therapien. So könnte die Versorgungsforschung insbesondere für Diagnostika- und Medizinprodukte-Hersteller, aber auch für Patienten eine ganze Reihe von Chancen einhalten. Denn der Nutzen dieser Produkte in der Therapie hängt nicht nur von einer hohen Produkt-Qualität und Funktionalität ab, sondern auch maßgeblich von den Menschen, die sie nutzen: Wissen, Eigenverantwortung und Disziplin sind dabei die bestimmenden Größen.

Die klassische klinische Forschung versucht, diese Größen in RCTs zu standardisieren, was per se nicht gelingen kann. Die Versorgungsforschung dagegen lässt dem Faktor „Mensch“ breiteren Raum und beschränkt sich auf die wissenschaftliche Beobachtung. Damit hilft sie, Schwachstellen in vielschichtigen Versorgungsprozessen zu erkennen und diese systematisch zu optimieren. <<

Ist der „Sonderfall Schweiz“ wirklich ein Sonderfall?

Krankenversicherung in der Schweiz

Nicht selten wird bei der Diskussion um die Reform des deutschen Gesundheitssystems Bezug auf die Schweiz genommen und insbesondere das Schweizer System der Krankenversicherung zum Vergleich herangezogen. Doch: Wie sieht die Krankenversicherung in der Schweiz aus?

>> Das Gesetz zur Krankenversicherung (KVG/LAMal) der Schweiz ist seit dem 1. Januar 1996 in Kraft. Erst seit diesem Zeitpunkt gilt eine allgemeine Versicherungspflicht für alle in der Schweiz lebenden Personen. Dies ist eine obligatorische, aber nicht automatische Grundversicherung, d.h. der Einzelne muss sich aktiv um eine Aufnahme in eine der zurzeit circa 90 Krankenkassen bemühen. Verzichtet ein Einwohner auf den Abschluss einer Krankenversicherungspolice, teilt ihm der Kanton eine zu. Die Versicherung folgt dem Prinzip der Kopfpauschale, d.h. jede Person muss ihre eigene Versicherung besitzen, eine Mitversicherung von Kindern oder nicht verdienenden Ehepartnern gibt es nicht. Im Sinne der KVG-Begründer sollte diese gesetzliche Versicherung mit ihrem Leistungsgrundkatalog eigentlich alle wesentlichen Risiken abdecken.

Eine private Zusatzversicherung soll nur dazu dienen, „Zusätzliches“ zu versichern, wie insbesondere Hotellieredienste in privaten oder halbprivaten Zimmern sowie Leistungen von Ärzten und Spitälern, die nicht auf der kantonalen Liste stehen. Nicht in der Grundversicherung sind z.B. zahnärztliche Leistungen und Komplementärmedizin; letzteres hat zu politischen Diskussionen Anlass gegeben. Für weitere Informationen sei auf den Bericht der Gruppe Komplementärmedizin hingewiesen¹. Im Gegensatz zur obligatorischen Grundversicherung können Versi-

cherer bei der Zusatzversicherung das individuelle Risiko gewichten und einen Vertragsabschluss ablehnen. Die Kunden können für die Zusatzversicherung einen anderen Versicherer wählen als für die Grundversicherung.

Macht die Krankenkassenprämie der obligatorischen Grundversicherung mehr als 8 % des Einkommens des Versicherten aus, werden sie von Bund und Kantonen über Prämienverbilligungen subventioniert. Zurzeit erhalten 41 % aller Haushalte in der Schweiz Unterstützungen für die Krankenversicherungsprämien. Der Versicherte kann seine Krankenversicherung selbst wählen. Ein wichtiger Bestandteil ist die Komponente der Eigenverantwortung. Der Versicherte kann die Höhe der Eigenbeteiligung durch die Wahl der gesetzlich festgelegten Franchise frei wählen.

Eine Versicherung mit Wahlfranchise bietet niedrigere Grundprämien, aber dafür dann höhere Franchisen. Weiterhin gibt es Policen mit HMO-Modellen. Dabei ist die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt. Diese Möglichkeit ist politisch intensiv diskutiert worden, wird jedoch nur von einem geringen Teil der Schweizer Wohnbevölkerung gewählt. Die Prämien sind hier niedriger, die Reduktion kann bis zu 20 % der ordentlichen Grundprämie betragen. Schließlich gibt es noch eine Bonusversicherung, bei der sich der Versicherte für 5 Jahre bindet und im ersten Jahr eine höhere Prämie bezahlt. Sollte er jedoch in den folgenden Jahren

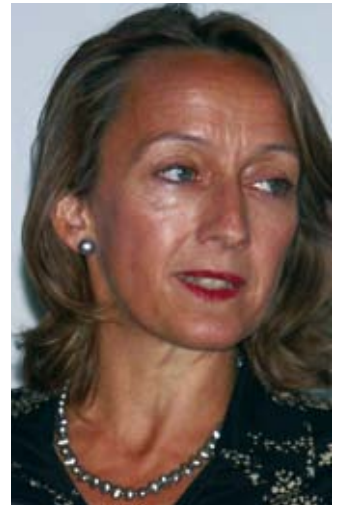
keine Leistungen in Anspruch nehmen, so erhält er jährlich einen Prämienrabatt für jedes weitere Folgejahr. Der Rabatt beträgt im fünften Jahr maximal 55 %. Der Versicherte kann seine Versicherung jederzeit (mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten) wechseln; eine Bestimmung, die die Konkurrenz zwischen den Anbietern fördern soll.

Zugang zur Versorgung – föderalistisches System

Das KVG/LaMal wird mehrheitlich auf kantonaler Ebene umgesetzt. Die Grundversicherung deckt Leistungen außerhalb des Wohnkantons eines Versicherten nur dann ab, wenn eine Behandlung dort nicht angeboten wird, oder wenn ein Notfall außerhalb des Kantonsgebietes eintritt. Behandlung außerhalb des eigenen Wohnkantons bedarf meistens der Genehmigung durch den jeweiligen Kantonsarzt.

Wie im ersten Artikel dieser Serie über die Schweiz (s. MVF 02/08) dargestellt, sind die Dimensionen der einzelnen 26 Kantone sehr unterschiedlich, was denn auch zu interessanten Situationen führen kann. Die Kantone regulieren die Organisation der Gesundheitsversorgung. Sie entscheiden, welche Krankenhäuser auf die „Spitalliste“ kommen, d.h. welche Krankenhäuser Leistungen für Grundversicherte abrechnen dürfen.

Die Kantone sind im Besitz öffentlicher Spitäler, die mit den privaten um die Aufnahme in die Spitalliste in Konkurrenz treten. Sie bewilligen Spitalbauten und



Prof. Dr. med. Bettina Borisch, MPH, FRCPath, vom „Institut de médecine sociale et préventive“ der Universität Genf über den Status der Krankenversicherung in der Schweiz.

-ausbauen. Ein bevölkerungsdichter Stadtkanton wie Genf besitzt neben zahlreichen Privatkliniken mit seinem Universitäts-spital (Hôpitaux Universitaires de Genève = HUG) ein Klinikum der Maximalversorgung, das einzige öffentliche Spital des Kantons. Die HUG sind jedoch das einzige Spital im Kanton, das für grundversicherte Patienten zugelassen ist. Dies führt dann bei Wahleingriffen wie z.B. Hüftprothese zu erheblichen Wartezeiten; da die Kapazitäten dieses einzigen Krankenhauses für eine gegebene Bevölkerung beschränkt sind.

Einen anderen Fall stellen kleine, nicht-universitäre Kantone dar. Hier müssten nahezu alle komplexeren medizinischen Situationen in einem anderen Kanton behandelt werden und bedürfen somit einer allgemeinen Regelung oder jeweiliger

¹ <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=6857>

individueller Lösungen. Für den einzelnen Versicherten sind die sich ergebenden Situationen häufig nicht einsichtig, dass er z.B. Wartezeiten hinnehmen muss, selbst wenn es andere öffentliche Spitäler im 10 Kilometer entfernten Nachbarkanton gibt, die die Leistung erbringen könnten oder auch ein Privatspital im eigenen Kanton es tun könnte. Er kann sich durch Abschluss von Zusatzversicherungen das Recht erwerben, auch außerhalb des Wohnkantons oder gar im Ausland behandelt zu werden.

Kontrahierungszwang und freie Arztwahl

Das KVG besagt, dass alle Krankenversicherer, die Grundversicherungen anbieten, mit allen Anbietern ambulanter Leistungen und mit allen Spitälern der kantonalen Spitalliste (s.o.) Verträge abschließen müssen. Diese Situation wird „Kontrahierungszwang“ genannt. Die Vertragsfreiheit wird politisch immer wieder diskutiert; bis jetzt kann aber nur im Rahmen von HMO-Modellen diese Freiheit eingeschränkt werden.

Risikoausgleich

Mit der Einführung des KVG 1996 wurde für 10 Jahre ein Risikoausgleich für Krankenversicherer eingerichtet, der davon ausging, dass sich die Risiken innerhalb dieser Zeit gleichmäßig auf die verschiedenen Versicherer verteilt hätten. Der Risikoausgleich hatte zum Zweck, die Selektion von „guten“ Risiken zu verhindern. Dies scheint aber nicht vollständig gelungen zu sein und das Parlament hat diese Maßnahme um weitere fünf Jahre verlängert. Mit der Reform der Spitalfinanzierung, die die Einführung von diagnoseabhängigen Fallpauschalen



per 1.1.2012 vorsieht, wurde der bestehende Risikoausgleich noch einmal um ein Jahr bis Ende 2011 verlängert. Danach wird der bestehende Risikoausgleich mit einem zusätzlichen Morbiditäts-Indikator erweitert (Aufenthalte im Spital oder im Pflegeheim im Vorjahr).

Kostenentwicklung in der Schweizer Grundversicherung

Die Krankenversicherungsprämien sind zwischen 1996 und 2005 jährlich im Mittel um 5,5 % gestiegen. Die Zunahme der staatlichen Beiträge ist im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 10,6 % gestiegen. Für das kommende Jahr ist mit 4,7 % Anstieg zu rechnen und für die folgenden Jahre werden ebenfalls kräftige Prämienanstiege erwartet. Die Folge dieser Situation sind ständige Debatten um höhere finanzielle Belastungen der Versicherten und Patienten, und das mindestens einmal im Jahr, wenn nämlich die neuen Prämien bekanntgegeben werden. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Spitäler dual finanziert werden, d.h. dass sie aus kantonalen Mitteln und aus den Prämienzahlungen der Versicherten heraus bezahlt werden. Zurzeit werden 8 Milliarden kantonale und 20 Milliarden über die Prämien finanziert.

In der Schweiz werden 31

% der gesamten Gesundheitskosten von Patienten direkt finanziert; damit liegt die Schweiz weit über dem Durchschnitt (19,8 %) der OECD-Länder². Der Anstieg der Gesundheitsausgaben hat alle OECD-Länder betroffen, nicht nur in absoluten Zahlen, sondern auch im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP). In den USA ist der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben von 5,1 % im Jahre 1960 auf 12,9 % im Jahre 1999 angestiegen. Die Schweiz rangiert mit 12 % bald nach den USA.

Fazit

Abschließend kann gesagt werden, dass das Schweizer KVG einen reglementierten Wettbewerb vorgibt, der sich hauptsächlich zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern abspielt. Das KVG verlangt aber in Artikel 32 al.1 auch, dass ärztliche Leistungen „wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich/efficaces, appropriées et économiques“ sein müssen.

Die Kontrolle dieser Aspekte ist im Artikel 56 KVG/LAMal festgelegt. Der Nachweis hierfür wird für Arzneimittel, Laboranalysen und Gegenstände, die bei der Behandlung zur Anwendung kommen, vom Hersteller erbracht; man hat jedoch, wie in vielen anderen Nachbarländern, nur sehr wenig Daten zur Behandlungsqualität. Hier ist die Anwendung des Gesetzes, aber auch die Eigeninitiative der Ärzte und Versicherungen noch weit ausbaubar. Klare Systeme zur Monitorisierung von Behandlungsqualität haben bereits gezeigt, dass sowohl auf Kosten- wie auch insbesondere Patientenseite Verbesserungen erreicht werden können³. Dieser Herausforderung wird sich das Schweizer Krankenversicherungssystem noch stellen müssen. <<

IGES-Kongress am 23.10.

>> „Innovation und Gerechtigkeit“ lautet der Titel der Tagesveranstaltung, zu der das IGES Institut Experten aus Grundlagenforschung, Klinik und Gesundheitswissenschaften erwartet. Die Techniker Krankenkasse, Pfizer und spektrum|k unterstützen den Kongress, der am 23. Oktober in den neuen Tagungsräumen in der Friedrichstraße 180 in Berlin stattfindet. Die Teilnahme ist kostenlos. <<

Im Welt-Benchmark

>> Deutschland hat im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten, Laborbefunde liegen schneller vor und sind zuverlässiger richtig, Patienten haben mehr Möglichkeiten bei der Arztwahl, bekommen im Krankenhaus seltener eine Infektion und wer chronisch krank ist, wird häufiger und regelmäßiger präventiv untersucht. Dennoch sind Deutsche mit ihrem Gesundheitswesen weitaus unzufriedener als Patienten in anderen Ländern. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Umfrage unter schwerer erkrankten Erwachsenen in Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland. Schwachstellen zeigt das deutsche Versorgungssystem laut Studie bei der Patienteninformation und bei der Koordination zwischen den Leistungsebenen.

An der vom Commonwealth Fund bereits seit 1999 durchgeführten Erhebung zur Qualität der Versorgung hat sich 2005 erstmals auch die Bundesrepublik beteiligt, für die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Studie leitete. „Das Studien-Design erlaubt einen echten Benchmark-Vergleich zwischen den teilnehmenden Ländern“, erläutert IQWiG-Chef Prof. Dr. Peter T. Sawicki. „So war es möglich, konkrete und behebbare Versorgungsdefizite aufzudecken – und das national wie international.“ <<

²http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html

³<http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=16728>

Ein aktueller Status der Institute, die sich in der Schweiz und in Österreich mit Versorgungsforschung beschäftigen

Wo forschen Sie denn?

Eine ganze Anzahl von Einrichtungen und Instituten hat sich Versorgungsforschung als Forschungsschwerpunkt gesetzt. Indes: Meist ist nicht publik, welches Institut gerade welchen Studienansatz im Fokus hat oder welche Fragestellungen eruieren möchte. Meist, das verwundert noch mehr, ist nicht einmal bekannt, welches Institut sich für welches Gebiet zuständig fühlt oder auch ist. Dem kann man abhelfen: Mit einer Liste (noch ohne Anspruch auf Vollständigkeit) der Institute/Lehrstühle/Bereiche in der Versorgungsforschung in der Schweiz und Österreich. Melden Sie uns doch dazu bitte Ihre Themenschwerpunkte und/oder aktuelle und geplante Studien, die wir dann in einer der nächsten Ausgaben von MVF und auf dem dazu gehörigen Online-Portal www.monitor-versorgungsforschung.de veröffentlichen werden.

Schweizer Versorgungsforschungseinrichtungen			
Ort	Name	Institut Lehrstuhl Bereich	Instituts- leiter Lehrstuhl- inhaber
Basel	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Bereich Allgemeinpsychiatrie: Klinische und Versorgungsforschung	Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe
	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Dept. for Psychology and Centre of Cognitive-Behavioral Therapy	Dr. phil. Klaus Bader
	Universität Basel	Medizinische Fakultät - Institut für Sozial- und Präventivmedizin	Prof. Dr. med. Charlotte Braun-Fahrlander
Bern	Universität Bern	Medizinische Fakultät - Institut für Sozial- und Präventivmedizin - Division of Social & Behavioural Health Research	Prof. Dr. Dr. Thomas Abel
		Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie - Einheit für Versorgungsforschung	Priv.-Doz. Dr. med. H. Hoffmann
	Kollegium für Hausarztmedizin		Dr. med. Ueli Grüniger
Genf	Forum Santé		Prof. Antoine Bailly
Lausanne	Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne	Unité des services de santé	Prof. B. Santos-Eggimann
	Université de Lausanne	Institut d'Economie et de Management de la Santé	Prof. Gianfranco Domenighetti
Neuchâtel	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan		
Winterthur	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften	Departement Angewandte Psychologie	Prof. Dr. rer. soc. Christoph Steinebach
		Departement Gesundheit - Fachstelle Gesundheitswissenschaften	Dr. Peter Rüesch
		School of Management Law - Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie	Prof. Dr. oec. Urs Brügger

Zürich	Eidgenössische Technische Hochschule Zürich	Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften - Forschungsgruppe: Gesundheitsforschung und betriebliches Gesundheitsmanagement	Dr. med. Georg Bauer
	ISGF Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich	Fachbereich Versorgungsevaluation & Qualitätsmanagement	Claudia Zweifel-Messlerli Betr. Ökonomin HWV
	Kalaidos Fachhochschule Schweiz	Departement Gesundheit	
	Universität Zürich	Institut für Hausarztmedizin	Prof. Dr. med. Thomas Rosemann
Institut für Sozial- und Präventivmedizin		Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller	

Österr. Versorgungsforschungseinrichtungen			
Ort	Name	Institut Lehrstuhl Bereich	Instituts- leiter Lehrstuhl- inhaber
Feldkirchen	Fachhochschule Kärnten	Bereich Gesundheit & Soziales	FH-Prof. Dr. rer. biol. hum. Ulrich Frick
Graz	Medizinische Universität Graz	Universitätsklinik für Innere Medizin - EBM Review Center	Univ.-Doz. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Hall i. Tirol	Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik	Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen	Univ.-Prof. Dr. oec./MHA Bernhard J. Güntert
Innsbruck	Medizinische Universität Innsbruck	Department für medizinische Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie	o. Univ.-Prof. DI Dr. techn. Karl-Peter Pfeiffer
Klagenfurt	Alpen-Adria Universität Klagenfurt	Palliative Care und OrganisationsEthik	Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Heller M.A.
Krems	IMC Fachhochschule Krems	Wirtschaftswissenschaften - Gesundheitsmanagement	FH-Prof. Mag. Hartwig Tauber, MAS
Linz	Johannes Kepler Universität Linz	Abteilung für Gesundheitssystemforschung	Dr. Reli Mechtler
		Institut für Soziologie - Abteilung für Empirische Sozialforschung	Univ.-Prof. Dr. Johann Bache
Wien	Universität Wien	Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie	Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan
		Ludwig-Boltzmann-Institut Health Technology Assessment	Dr. Claudia Wild

Übersicht der Einrichtungen, die sich in der Schweiz und in Österreich Versorgungsforschung als Forschungsschwerpunkt gesetzt haben. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
Quelle: Eigenrecherche MVF

USA trifft Deutschland: Im MVF-Expertengespräch tauschen sich Marc McClellan und Reinhard Busse aus

„Leistungstransparenz ist entscheidend“

In Amerika ist Wahlkampf. Fasziniert verfolgt Deutschland den Auseinandersetzungen der Kandidaten. Dabei spielt auch die Reform des amerikanischen Gesundheitswesens eine große Rolle. Die unterschiedlichen Programme der Kandidaten sind hier jedoch kaum bekannt. Und auch in Deutschland sind die politischen Parteien bereits im Wahlkampf, in dem die Gesundheitsreform ein entscheidendes Thema sein wird. Auf Einladung von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) führten Dr. Mark B. McClellan, Leiter des Engelberg Centers for Healthcare Reform der Brookings Institution in Washington (vgl. MVF 2/2008) und einer der einflussreichsten amerikanischen Gesundheitsexperten überhaupt, sowie Professor Dr. Reinhard Busse, Leiter des Fachgebietes Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, ein Expertengespräch über die Weiterentwicklung des amerikanischen und deutschen Gesundheitssystems und den Beitrag der Versorgungsforschung dazu. Die Gesprächsleitung hatte Prof. Dr. Reinhold Roski, der Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).

>> Herr Busse, die Koalitionsregierung unter Bundeskanzlerin Merkel arbeitet weiter an der Gesundheitsreform. Dabei steht meist die Finanzierung im Vordergrund. Glauben Sie, dass die Reformen die angestrebten Kostenreduktionseffekte haben werden?

Busse: Wie Sie wissen, sind die meisten Punkte, die zurzeit in den Medien diskutiert werden, bereits im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WMSG) enthalten, das seit April 2007 gültig ist. Allerdings sind wichtige Details der Reform und ihre Implementierung offen gelassen worden; hier muss noch eine Einigung gefunden werden.

Die noch offenen Punkte beziehen sich hauptsächlich auf die Finanzierung des Systems, insbesondere darauf, wie der Gesundheitsfonds gefüllt wird, der die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen ab 2009 organisiert, wie das Geld auf die Krankenkassen verteilt wird (über den neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich) und was die Kassen tun können – oder tun müssen –, wenn die zugeteilten Mittel nicht ausreichen. Eine dritte, verwandte Frage, die nicht direkt gesetzlich geregelt ist, ist, ob Ärzte in der ambulanten Versorgung mehr Honorar erhalten sollten. Ende August haben wir die streitigen Honorarverhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen erlebt. Kostenreduktionen sehe ich eher nicht.

Herr McClellan, in Deutschland ist besonders eine Statistik über das amerikanische Gesundheitssystem bekannt: Mehr als 45 Millionen Amerikaner haben keine Krankenversicherung. Im aktuellen Wahlkampf spielt diese Frage eine besonders große Rolle. Welche Chancen sehen Sie, dass unter einer neuen Regierung der Versicherungsschutz wesentlich ausgedehnt wird?

McClellan: Im Programm beider Präsidentschaftskandidaten spielt die Schließung der Lücken im Krankenversicherungsschutz eine große Rolle, da sie u.a. auch die Gesamteffektivität der Gesundheitsversorgung in Amerika einschränken. Die vorgeschlagenen Ansätze enthalten verschiedene Kombinationen von öffentlichen und privaten Strategien – von Steuergeldern und mehr Kostentransparenz bis zur Schaffung neuer Einkaufsverbände und direkter Zuschüsse.

Man sieht jedoch immer deutlicher, dass der Versicherungsschutz nur dann erfolgreich ausgedehnt werden kann, wenn diese Ausdehnung mit Reformen zur Senkung der Gesamtkosten und der Erhöhung der Qualität der Gesundheitsversorgung kombiniert wird.

Die USA geben heute bereits etwa 2,2 Billionen Dollar für die Gesund-

heitsversorgung aus, das sind mehr als 7.000 Dollar pro Person und 16 % des Bruttoinlandsprodukts. Angesichts des aktuellen Budgetdefizits, langfristiger Finanzprognosen für die Programme Medicare und Medicaid sowie einer möglichen wirtschaftlichen Rezession ist es unwahrscheinlich, dass neue Finanzquellen gefunden werden, um eine wesentliche Ausweitung des Versicherungsschutzes durch höhere Abgaben zu finanzieren. Folgerichtig muss also ein Plan zur Ausweitung des Versicherungsschutzes mit einer Reform der Versorgung kombiniert werden. Die Kosten der Versorgung stehen darum auf der Agenda beider Präsidentschaftskandidaten ganz oben.

<< ‚Pay per service‘ wird als Mitursache für unnötige Überinanspruchnahme teurer Leistungen gesehen. >>

McClellan

Herr McClellan, die Ausdehnung des Versicherungsschutzes wird kostspielig werden. Und das amerikanische Gesundheitssystem ist bereits das teuerste der Welt. Welche Möglichkeiten gibt es, die Krankenversicherung auszudehnen und gleichzeitig Kostenerhöhungen zu beschränken sowie die Versorgungsqualität zu erhöhen?

McClellan: Hauptansatzpunkt der aktuellen Diskussion in den USA ist das traditionelle Vergütungssystem „pay per service“, das das Gesundheitssystem dominiert. Dieses System wird als Mitursache von unnötiger Überinanspruchnahme teurer Leistungen und unkoordinierten, ineffizienten Behandlungen gesehen. Zurzeit werden neue Modelle entwickelt, um das Bezahlsystem für Leistungserbringer in ein Vergütungssystem auf der Basis von Ergebnissen oder Behandlungsepisoden umzustrukturieren. Im Idealfall führen die neuen Formen der Vergütung dazu, dass Ärzte und andere Leistungserbringer in der Lage sind, die Qualität zu erhöhen und gleichzeitig Kosten zu senken, ohne dass sie dabei einen Netto-Einkommensverlust erleiden oder der Zugang zu Behandlungen negativ beeinflusst wird.

Teilschritte in diese Richtung, die zurzeit in Pilotprojekten eingesetzt werden, lassen Leistungserbringer an den Ersparnissen teilhaben. In der Medicare Physician Group Practice Demonstration erhalten Polikliniken (medical groups) die Möglichkeit, bis zu 80 % der Ersparnisse (über einer Mindestersparnis) zu behalten, wenn Kostentrends unterboten werden

und wenn sie Outcomes und Behandlungsprozesse verbessern. In den ersten zwei Jahren haben vier der zehn teilnehmenden Polikliniken Kostentrends um mehr als 2 % unterschritten und gleichzeitig die Qualität deutlich verbessert. Wir versuchen nun, dieses Modell auf eine größere Anzahl von Leistungserbringern auszudehnen.

Ähnliche Wege müssten ebenfalls von privaten Kostenträgern und den Bundesstaaten eingeschlagen werden. Wir sollten dazu Reformen auf Bundesebene mit bestehenden Aktivitäten auf der Ebene der Einzelstaaten verbinden, die sich sowohl auf öffentliche Finanzierung als auch stärkeren Wettbewerb stützen. Beginnend mit Massachusetts haben verschiedene Staaten angefangen, Einkaufsverbände und Versicherungspools zu bilden, in denen im Wettbewerb stehende private Krankenversicherungen staatlich überwacht werden. Solche Initiativen könnten bezahlbare Versicherungsangebote für diejenigen anbieten, die keinen arbeitgeberbasierten Versicherungszugang haben, beziehungsweise für kleine Arbeitgeber, denen die Kosten zu hoch sind. Allerdings betone ich, dass diese Bemühungen mit komplementären Reformen verbunden werden müssen, z.B. Änderungen im Vergütungssystem der Leistungserbringer, um die tatsächliche Versorgung zu verbessern.

<< Beide Kandidaten sind sich einig: Die Reform des US-Gesundheitssystems ist unaufschiebbar. >>

McClellan

Herr McClellan, können Sie kurz die grundlegenden Positionen der beiden Präsidentschaftskandidaten für die Reform des Gesundheitssystems erläutern? Wo unterscheiden sie sich, wo gibt es ähnliche Sichtweisen?

McClellan: Beide Präsidentschaftskandidaten sind sich einig, dass das amerikanische Gesundheitssystem eine grundsätzliche Reform braucht. Allerdings würden die Vorstellungen von John McCain und Barack Obama unser Gesundheitssystem in unterschiedliche Richtungen entwickeln.

Senator McCains Pläne gehen weg vom gegenwärtigen arbeitgeberbasierten Krankenversicherungssystem und legen die Betonung auf Auswahlentscheidungen der einzelnen Verbraucher in einem individuellen Markt. Senator Obama will Möglichkeiten des Versicherungsschutzes durch öffentliche Zuschüsse erweitern und öffentliche Krankenversicherungen (health plans) unterstützen. Genauer gesagt, ist es das Ziel von Barack Obama, eine allgemeine Krankenversicherung für alle Amerikaner einzuführen, allerdings ohne allgemeine Versicherungspflicht. Er schlägt vor, dass alle Kinder eine Krankenversicherung haben müssen, und dass Arbeitgeber zu den Kosten der Krankenversicherung ihrer Angestellten beitragen müssen. Für Einzelpersonen und Familien ohne Versicherungsschutz würde die Bundesregierung finanzielle Hilfen anbieten, um sich bei privaten oder neu geplanten gesetzlichen Krankenversicherungen zu versichern.

Um die dadurch neu entstehenden Kosten zu decken, will Senator Obama die Effizienz der Versorgung erhöhen und die Gesamtkosten senken. Mittel dazu sind: verstärkte öffentliche Berichterstattung über die Ergebnisse der Leistungsanbieter, bessere Koordination von Behandlungen, Maßnahmen zum Ausgleich von Ungleichheiten, breiterer Einsatz von Informationstechnik und die Steigerung von Prävention und der Behandlung chronischer Krankheiten.

Die Pläne von Senator McCain konzentrieren sich zunächst auf eine allgemeine Kostendämpfung, um Versicherungsschutz bezahlbarer zu machen. Sein Plan eliminiert die gegenwärtige unbegrenzte Steuerabzugsfähigkeit für arbeitgeberbasierte Versicherungsprämien und ersetzt

sie durch eine neue Obergrenze zusammen mit abzugsfähigen Steuerkrediten. Die gegenwärtig nach oben offene Steuerabzugsfähigkeit beläuft sich jährlich auf beinahe 250 Milliarden Dollar, und wird von vielen als regressive Steuerpolitik kritisiert (vor allem wohlhabende Familien mit besserem Versicherungsschutz in höheren Steuerklassen profitieren davon). Gleichzeitig unterstützt eine solche Steuerpolitik weniger effizienten Versicherungsschutz und untergräbt das Interesse von Verbrauchern, die Kosten der Versicherung möglichst niedrig zu halten. Da dieser Ansatz Verbraucher verstärkt auf den individuellen Versicherungsmarkt treibt, schlägt McCain Reformschritte vor, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheiten günstigen Versicherungsschutz zu schaffen. Seine Pläne schließen auch Vorschläge ein, die Versicherung beim Wechsel des Arbeitsplatzes und über Bundesstaatsgrenzen hinweg mitnehmen zu können, und würden einen garantierten Zugang (Guaranteed Access Plan – GAP) zu Krankenversicherungen auch für die Personen aufbauen, die sich bisher nicht versichern konnten.

Um die Gesamtkosten zu senken, verlässt sich McCain stark auf einige derselben Lösungen wie sein Kontrahent, nämlich öffentliche Qualitätsberichterstattung, Einsatz von Informationstechnologie und das bessere Management chronischer Krankheiten. Er verspricht sich eine Senkung der Gesundheitskosten vor allem durch die Reduktion von Ineffizienzen, die Stärkung des Wettbewerbs im Krankenversicherungsmarkt, die Betonung von Gesundheitsversorgungsoptionen, die sich an den einzelnen Verbraucher richten, und durch eine Reform der ärztlichen Haftpflicht. Dies unterstreicht meiner Meinung nach die Tatsache, dass die Notwendigkeit der Reform der Gesundheitsversorgung inzwischen von beiden politischen Parteien als unaufschiebbar angesehen wird.



Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH ist Leiter des Fachgebietes Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften. Autor und Herausgeber zahlreicher Publikationen zu Public Health Themen und zur Versorgungsforschung.

Herr Busse, ein wesentliches Ziel der deutschen Gesundheitsreform war es, die Gesundheitskosten sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer zu senken. Allerdings sind auch andere Systemänderungen (z.B. Disease Management, sektorübergreifende integrierte Versorgungssysteme) eingeführt worden oder sind geplant, die die Qualität der Versorgung erhöhen und gleichzeitig die Kosten senken sollen. Welche dieser Reformkomponenten scheinen effektiver zu sein und warum?

Natürlich versuchen Gesundheitspolitiker die Zielsetzungen der Kostendämpfung (vor allem von den späten 70er Jahren bis etwa 2000) und Qualitäts-/Effektivitäts-/Effizienzsteigerung, die seit den späten 90er Jahren oben auf der Agenda stehen, miteinander in Einklang zu bringen.

Meiner Meinung nach werden die Reformen zur Qualitätssteigerung nicht zu Kostenreduktionen führen. Ein paar Beispiele: 1. Erfolgreiche

Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden, die wir vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erwarten, werden bei manchen Behandlungen und Arzneimitteln dafür sorgen, dass sie nicht mehr erstattet werden. Aber: Das wird auch dazu führen, dass andere effektivere Behandlungsmethoden in stärkerem Ausmaß genutzt werden. 2. Effektive Disease Management Programme (DMP) führen zu besserer Behandlung für Patienten, die sonst weniger effektiv behandelt würden. Im Ergebnis werden Arzneimittelkosten und Arzthonorare steigen, was allerdings niedrigere Krankenhauskosten möglicherweise ausgleichen können.

Ob DMPs in Deutschland allerdings erfolgreich sind, können wir bislang kaum abschätzen, da ihre Evaluation lediglich „post intervention“ ohne Kontrollgruppe erfolgt. Die ersten Ergebnisse sind zwar vielversprechend, allerdings ist das Ausmaß des Effektes der Selektion schlecht abzuschätzen. Es gibt erste Publikationen mit methodologisch schwachen, aber vielversprechenden Ergebnissen zu Gunsten von DMPs. Entsprechende publizierte Daten zur integrierten Versorgung gibt es noch nicht. Überhaupt scheint mir das ein Hauptunterschied zwischen Deutschland und den Vereinigten Staaten zu sein: Wir haben einfach zu wenige Studien zur Versorgungsforschung.



Mark B. McClellan MD Ph.D. MPA ist Direktor des Engelberg Center for Health Care Reform und Inhaber des Leonard D. Schaeffer Director's Chair in Health Policy an der Brookings Institution, Washington.

Hochrangiger Gesundheitsexperte der Regierungen Clinton und Bush. Verantwortlich für die Entwicklung und Implementierung wesentlicher Gesundheitsreformen in den USA. Ausgewiesener exzellenter Versorgungsforscher mit hohen Auszeichnungen.

sowohl die Outputs und die Qualität messen als auch die Kosten, mit denen diese erzielt werden.

Wir haben in den letzten Jahren gute Fortschritte in Richtung besserer Transparenz gemacht, da Krankenkassen, Krankenhäuser, Leistungserbringer und andere Organisationen immer stärker von der Leistungsmessung erfasst werden. Seit mehr als 10 Jahren werden Krankenversicherungen nach einer Reihe von Kriterien gemessen – klinische Effektivität, Zugang und Erfahrungen/Zufriedenheit der Mitglieder und Patienten. Nach diesen Informationen wählen Arbeitgeber und Verbraucher die Krankenkassen

aus. Die vorliegenden Daten zeigen obendrein, dass die Leistungen von Krankenkassen in all diesen Bereichen seit der Einführung von Transparenzmessungen signifikant gestiegen sind.

Krankenhausleistungen werden heute ebenfalls durch die amerikanische Bundesregierung, die Einzelstaaten und durch die Organisationen gemessen, die die Krankenhäuser akkreditieren. So werden zurzeit jährlich regelmäßig Leistungsresultate zu mehr als 30 Leistungsindikatoren pro Krankenhaus veröffentlicht (z.B. auf www.hospitalcompare.gov); sehr viel mehr Leistungsindikatoren und Benchmarks werden an Krankenhäuser innerhalb von vertraulichen Benchmarkinginitiativen weitergegeben. Auch hier konnten wir deutliche Leistungsverbesserungen verzeichnen, die durch Transparenz offengelegt werden konnten.

Wir beginnen ebenfalls damit, mit neuen Methoden die Qualität langfristiger Versorgungsdienstleistungen (z.B. Pflege, Altersheime) zu messen. Gleichzeitig machen wir bei der Messung der Leistungen von niedergelassenen Ärzten durch neue Methoden der Datensammlung und -aggregation entscheidende Fortschritte – sowohl im privaten als auch öffentlichen Sektor.

Um allerdings Versicherte und Patienten dazu zu bringen, ihre Entscheidungen nach diesen Leistungsindikatoren auszurichten, müssen wir dafür sorgen, dass die Informationen zuverlässig und verständlich sind und dass sie die Aspekte erfassen, die die Verbraucher am meisten interessieren. Wir haben bereits eine große Anzahl von verlässlichen Maßgrößen für Prozesse und Ergebnisse definiert. Aber wir müssen weiter an den Dingen arbeiten, die Verbrauchern besonders am Herzen liegen: Personenzentrierte Messungen, die Outcomes, Zufriedenheit und Kosten widerspiegeln, nicht nur bestimmte Behandlungsprozesse.

Herr McClellan, Sie arbeiten am Engelberg Center daran, zahlreiche re-

<< Hin zu einem Vergütungssystem, das Qualität und Nutzen honoriert. >>

Busse

gionale Initiativen zu koordinieren, die sich in ihren jeweiligen Regionen für größere Transparenz der Leistungsanbieter engagieren. Warum ist das wichtig?

Die Einbeziehung öffentlich-privater Partnerschaften (public-private partnerships) erhöht die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Leistungsmessung und -berichterstattung enorm. Überall im Land arbeiten regionale Initiativen, die sich aus Patienten, Arbeitgebern, Ärzten und Krankenkassen zusammensetzen, um größere Leistungsanbieter-Transparenz in ihren jeweiligen Regionen zu erreichen. Das ist natürlich sehr viel besser, als Entscheidungen über Umfang und Art der Leistungsmessung nur einem einzelnen Interessenvertreter zu überlassen. Das Engelberg Center arbeitet, in Zusammenarbeit mit anderen Partnern, zurzeit daran, Prozesse und Methoden zu entwickeln, um diese regionalen Initiativen durch Einführung verbindlicher und effizienter Messmethoden und Heraushebung von „best practices“ in Bezug auf Qualitätsberichte und Vergütungsreformen auf Bundesebene besser zu koordinieren.

Herr Busse, die Verbesserung der Leistungstransparenz ist auch ein Ziel der Gesundheitsreform in Deutschland. Welche Rolle spielt die Transparenz bei uns und wie kritisch ist sie für die Reform des deutschen Gesundheitssystems?

Busse: Dieser Aspekt wurde in der letzten Gesundheitsreform öffentlich nicht richtig wahrgenommen. Qualitätsverbesserung steht oben auf

der politischen Agenda, um sowohl die Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern als auch eine Stärkung der Patientensouveränität zu erreichen. Der Ansatz der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) zur Überwachung der gesetzlichen Qualitätssicherung in Krankenhäusern soll dabei der Stärkung des Wettbewerbs dienen, da die Krankenhäuser ihre Ergebnisse in Vergleich zu denen anderer Krankenhäuser setzen können. Diese Transparenz, auch wenn die Namen der anderen Krankenhäuser im Vergleich nicht genannt sind, hat die durchschnittlichen Ergebnisse zum Teil drastisch verbessert.

Der Gesetzgeber hat auch an die Patienten gedacht und eine Quali-

<< Viele Probleme wie z.B. die Messung und Belohnung von Qualität sind sehr ähnlich. >>

Busse

tätsberichterstattung der Krankenhäuser eingeführt. In der ersten Fassung dieser Qualitätsberichte enthielten sie allerdings viel zu wenige Informationen. Große Tageszeitungen wie der „Tagesspiegel“ in Berlin oder das Nachrichtenmagazin „Focus“ haben sich dies für große eigene Reports zunutze gemacht. Sie hatten damit großen Erfolg. Die Öffentlichkeit ist also durchaus interessiert, auch wenn nicht sicher ist, wie weit Patienten diese Information nutzen, wenn sie wirklich in die Situation kommen, ein Krankenhaus aufsuchen zu müssen. Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss fast 30 BQS-Indikatoren festgelegt, die in den jährlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser enthalten sein müssen. Dieser Trend wird sicherlich noch sehr viel weiter gehen.

Herr Busse, Sie sind Experte für Gesundheitsreformen im internationalen Kontext. Was für Ähnlichkeiten und Unterschiede sehen Sie zwischen den Ideen der Gesundheitsreformen in Amerika und in Deutschland? Wie sieht es in anderen europäischen Ländern aus?

Busse: Das Problem des fehlenden Krankenversicherungsschutzes für einen größeren Teil der Bevölkerung und die Debatte zur Ausweitung der Krankenversicherung ist ein besonderes amerikanisches Phänomen. Dieses Problem beschäftigt die anderen europäischen Länder und Deutschland kaum. Die anderen Probleme der Agenda der Gesundheitsreform, die Verbesserung der Versorgung besonders für chronisch Kranke, die Messung und Belohnung von Qualität, der Einsatz von Informationstechnologie usw. sind sehr ähnlich. Die Ausgangspunkte sind jedoch verschieden. In Deutschland hatten wir ein relativ uniformes System mit Kollektivverträgen. Nur schrittweise erhalten Krankenversicherungen und Leistungsanbieter die Freiheit, mit verschiedenen Vertragsformen zu experimentieren – allerdings in sorgsame Regularien eingebettet, etwa durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

In den Vereinigten Staaten sind selektive Verträge und integrierte Versorgungsmodelle die Norm. Dort geht die Debatte in die Richtung, wie es möglich ist, auf der einen Seite Freiheit und Flexibilität zu erhalten, und auf der anderen Seite gleichzeitig innovative Regularien zu schaffen, die größere Gleichheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen erzeugen.

Herr Busse, Herr McClellan, Sie beide setzen sich für mehr evidenzbasierte Entscheidungen in der Gesundheitspolitik ein. Können Sie Beispiele nennen, wo Versorgungsforschung entscheidende Beiträge zur Gesundheitsreform geleistet hat, in Deutschland und in den Vereinigten Staaten?

Busse: Zunächst müssen wir einsehen, dass Versorgungsforschung, Nutzenbewertung von Behandlungen usw. nur ein Input in den Prozess

der Gesundheitspolitik sind. Als Versorgungsforscher sind wir davon manchmal enttäuscht. Wenn wir jedoch den Entscheidungsprozess im Gemeinsamen Bundesausschuss heute damit vergleichen, wie solche Entscheidungen vor 10 Jahren getroffen wurden, so gibt es einen deutlichen Fortschritt.

Neue Arzneimittel werden immer strenger geprüft, wie das Beispiel der Insulinanaloga zeigt. Wir haben viele Fortschritte in Richtung Evidenzbasierung für Entscheidungen der Gesundheitspolitik gemacht; es liegt allerdings noch ein langer Weg vor uns. Die Prüfung für medizinische Geräte ist z.B. noch nicht so streng wie bei Arzneimitteln. In Krankenhäusern werden alle Leistungen vergütet, es sei denn, sie sind explizit ausgeschlossen („Verbotsvorbehalt“), während Behandlungen im ambulanten Sektor positiv evaluiert sein müssen, bevor sie vergütet werden können („Genehmigungsvorbehalt“). Das ist ein deutliches Ungleichgewicht.

McClellan: Versorgungsforschung, Datensammlung und Evaluierung liefern seit vielen Jahren wesentliche Beiträge zur Entscheidungsfindung in der amerikanischen Gesundheitspolitik. Zum Beispiel hat die Bundesbehörde, die Gesundheitsleistungen für Senioren und finanziell Benachteiligte bezahlt (Centers for Medicare & Medicaid Services) eine Abteilung, die kritische Versorgungsforschungsprobleme erforscht, bevor Entscheidungen über Änderungen der Vergütungs- und Erstattungsrichtlinien erfolgen. Ähnlich hat die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) viele Versorgungsforschungsvorhaben finanziert, etwa die Entwicklung von Methoden zur Leistungsmessung oder Tech-

<< Wir brauchen bessere Messgrößen für Qualität und Kosten. >>

McClellan

niken, um die Patientensicherheit zu verbessern, die jetzt bundesweit verwendet werden.

Andere wichtige Forschungsvorhaben beschäftigten sich z.B. mit Qualitätsdefiziten und regionalen Unterschieden der Gesundheitsversorgung. Diese Forschungsergebnisse untermauern das Verlangen vieler Gesundheitspolitiker, z.B. Defizite in der Gesundheitsversorgung in Anbetracht des aktuellen medizinischen Wissensstands zu beseitigen. Das geschieht auf nationaler, Einzelstaats- und Marktebene. Forscher in den USA und anderen Ländern haben viele signifikante, vom aktuellen medizinischen Stand abweichende Variationen der Gesundheitsversorgung gefunden, sowohl in größeren als auch in kleineren geographischen Regionen. Zum Beispiel kann die Wahrscheinlichkeit für eine Frau, mit einer Hysterektomie behandelt zu werden, in einem County (Landkreis) doppelt so groß sein wie im benachbarten. Solche Unterschiede sollten sicherlich beseitigt werden. Diese Unterschiede werden nun schon seit fast drei Jahrzehnten nachgewiesen und werden trotzdem immer noch größer. Deshalb brauchen wir bessere Messgrößen für Qualität und Kosten. Und wir brauchen neue Wege der Organisation von Versorgung.

„Politik“ wird immer eine bedeutende Rolle bei Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung spielen. Die Bereitschaft der Gesetzgeber und anderer Entscheidungsträger, ihre Entscheidungen zur Gesundheitsreform auf Daten und solide Evidenz zu gründen, hat jedoch in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen. Viele Politiker beider Parteien in den Vereinigten Staaten sehen die Notwendigkeit einer Gesundheitssystemreform und setzen sich für eine bessere Datenlage ein, um die Auswirkungen ihrer Entscheidungen besser abschätzen zu können.

Herr McClellan, Herr Busse, wir danken Ihnen für das Gespräch. <<

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Kennzahlenmanagement in der Gesundheitsversorgung – Steuerung des Versorgungsprozesses

Zu den typischen Handlungsfeldern der Gesundheitsökonomie zählen die Bewertung von Versorgungsprozessen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit und die Entwicklung von Prozessänderungen und Anreizsystemen, um wirtschaftliches und qualitätsorientiertes Verhalten aller Beteiligten auszulösen. Ziel dabei ist es, die zur Verfügung stehenden Mittel derart einzusetzen, dass die bestmögliche Gesundheitsversorgung erreicht werden kann.

>> Neben der wissenschaftlichen und gutachterlichen Bearbeitung dieser Themen gehört es inzwischen auch zu den Aufgaben der Kostenträger, die Bewertung und den Vergleich von Versorgungsprozessen vorzunehmen, um ihren Versicherten eine bestmögliche Versorgung anbieten zu können. Zur Operationalisierung dieser Aufgabenstellung können Kennzahlen dienen, die den Versorgungsprozess abbilden.

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine starke Sektorisierung aus

Die deutsche Gesundheitslandschaft ist traditionell nach Sektoren, Fachdisziplinen und Berufsgruppen unterteilt. Dies hat einerseits zu einer stark von Partikularinteressen getriebenen Versorgung der Versicherten, andererseits zu einem Mangel an Erkenntnissen über einen patientenzentrierten Versorgungsprozess geführt. Somit ist die Sichtweise der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen auch stark auf den jeweiligen Einflussbereich fokussiert. Eine für den Patienten relevante Endpunktbetrachtung des Versorgungsprozesses fehlt systematisch.

Diese segmentierte Sichtweise trennt beispielsweise die ambulante Behandlung von der Behandlung im Krankenhaus sowie der rehabilitativen Versorgung, obwohl eine Erkrankung möglicherweise eine Behandlung in allen Bereichen erfordert. Innerhalb eines Behandlungssektors ist eine weitere Differenzierung zu verzeichnen, so erfolgt die Versorgung durch unterschiedliche Fachdisziplinen (Hausarzt, verschiedene Fachärzte), Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Physiotherapie) und unter Zuhilfenahme unterschiedlicher Sachleistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel). Alle diese Leistungen und Leistungserbringer werden einzeln wahrgenommen und vertreten ihre Interessen auch entsprechend sek-

Abstract

Zur Erfassung, Bewertung und Veränderung von Versorgungsprozessen müssen die erhobenen Daten in sinnvollen Kennzahlen operationalisiert werden. Diese Kennzahlen bilden die Dimensionen Finanzen, Leistungen und Qualität ab. Aufgrund des stark sektorisierten Aufbaus des deutschen Gesundheitswesens erfolgte traditionell eher die Bewertung des einzelnen Versorgungssektors. Moderne Kennzahlensysteme müssen jedoch in der Lage sein, einen sektor-, fachdisziplinen- und berufsgruppenübergreifenden Versorgungsprozess abzubilden. Krankenkassen haben durch mehrere Gesetzgebungsverfahren eine aktivere Rolle bei der Gestaltung neuer Versorgungsformen erhalten. Die den Krankenkassen zur Verfügung stehenden Daten sind inzwischen von guter Qualität und erlauben die Abbildung der Versorgung mittels Kennzahlen. Hierzu können Kennzahlensysteme zum Einsatz kommen, die eine versorgungsprozessübergreifende parallel zu einer sektorspezifischen Sicht ermöglichen. Unter Einsatz derartiger Systeme können Krankenkassen sowohl steuernd in den Versorgungsprozess eingreifen wie auch die Auswirkungen eines derartigen Eingriffs erkennen.

Schlüsselbegriffe

Evaluation des Versorgungsprozesses; Kennzahl; Kennzahlensysteme; Neue Versorgungsformen; Routinedaten; Sektorübergreifende Darstellung; Steuerung des Versorgungsprozesses; Versorgungsprozess

toral. Oft fehlt einzelnen Entscheidern sogar die Kenntnis vor- und nachgelagerter Versorgungsepisoden.

Die Versorgung eines Patienten ist jedoch ein Prozess, der einer integrierenden und übergreifenden Betreuung bedarf. Der Patient erhält bei seiner Versorgung Leistungen von unterschiedlichen Leistungserbringern aus unterschiedlichen Sektoren, aus Patientensicht handelt es sich um einen einzigen Gesamtprozess. Dem entgegenstehend hat der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2000/2001 jedoch Versorgungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen beschrieben, die häufig an den jeweiligen Schnittstellen zwischen den Sektoren, Fachdisziplinen und Berufsgruppen zu lokalisieren sind (Sachverständigenrat, 2002).

Zur Behebung der identifizierten Versorgungsdefizite wurden mehrere Gesetzgebungsverfahren eingeleitet. Als Ergebnisse sind hier exemplarisch die hausarztzentrierte Versorgung mit einem integrierenden und die integrierte Versorgung mit einem übergreifenden Ansatz zu nennen.

Kennzahlen zur Leistungssteuerung werden sektorisiert erhoben

Zur Steuerung des Versorgungsprozesses können Kennzahlen entwickelt und eingesetzt werden. Diese Kennzahlen bilden im Gesundheitswesen vorrangig die drei Dimensionen Finanzen, Leistungen und Qualität ab. In ihrer Darstellung ahmen die Kennzahlen jedoch überwiegend die sektorisierte Aufstellung des deutschen Gesundheitswesens nach, ins-

besondere deshalb, weil die Daten, aus denen die Kennzahlen gebildet werden können, auch sektoral erhoben werden.

Ein Krankenhausmanager beispielsweise wird sich in seiner Steuerung der Versorgungsprozesse nach Deckungsbeiträgen einzelner Leistungen sowie Auslastungen und Verweildauern definierter Organisationseinheiten richten und versuchen, diese mit den zu veröffentlichenden Qualitätskennzahlen seiner Einrichtung in Einklang zu bringen; den Manager des benachbarten Medizinischen Versorgungszentrums interessieren hingegen die betrieblichen Kennzahlen seiner Einrichtung.

Bereits im Krankenhaus wird sich aber die leitende Pflegekraft zur Verteidigung ihres Personalbudgets mit Kennzahlen aus der Pflege-Personal-Regelung oder der Leistungserfassung in der Pflege beschäftigen.

Die Erhebung, die Analyse und der Einsatz von Kennzahlen ist somit durch die Interessenlage des Betrachters geprägt und wird unter anderem durch finanzielle Anreize getriggert.

Es ist jedoch zu beobachten, dass sich im Rahmen der zunehmenden Anforderungen an die interdisziplinäre Leistungserstellung und die Prozessreorganisation bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen bereits abgestufte übergreifende Kennzahlensysteme wie zum Beispiel die Balanced Scorecard etabliert haben (Greulich, 2002). Eine Transparenz über die erhobenen Daten und die Steuerungsansätze besteht jedoch in der Regel nicht. Weiterhin bilden diese Kennzahlen in der Regel die Kernprozesse des jeweiligen Sektors, im besten Fall jeweils unter Betrachtung des jeweils vor- und nachgelagerten Behandlungssektors, ab. Eine übergreifende Sicht kann somit nicht gelingen.

Daten der gesetzlichen Krankenversicherung wurden überwiegend sektoral aufbereitet

Krankenkassen verfügen über Leistungsdaten ihrer Versicherten aus den unterschiedlichen Sektoren, somit bieten diese Daten grundsätzlich die Möglichkeit einer übergreifenden Darstellung des Versorgungsprozesses.

Die Struktur einer Krankenkasse war jedoch traditionell darauf ausgerichtet, Mitgliedsbeiträge zu verwalten und die Leistungsausgaben der Versicherten zu bezahlen.

Erst seit Mitte der neunziger Jahre hat sich eine Änderung der Anforderungen entwickelt, unterstützt durch gesundheitspolitische Initiativen mit dem Ziel, den Krankenkassen sukzessive mehr Möglichkeiten einzuräumen, für ihre Versicherten attraktive Versorgungsangebote individuell zu gestalten und zu vereinbaren. Um diese Vorgaben erfüllen zu können, ist die Betrachtung von Kennzahlen aus verschiedenen Sektoren erforderlich, damit die Gestaltung und Evaluation derartiger Angebote gelingen kann.

Die Kennzahlensysteme der Krankenkassen waren über die Jahre an den damaligen gesetzlichen Aufgaben ausgerichtet. Diese Aufgaben bestanden darin, die Leistungsausgaben der Versicherten in dem jeweiligen Versorgungssektor rechnerisch und sachlich korrekt abzuwickeln. Qualität und Wirtschaftlichkeit wurden erst in jüngerem Zusammenhang zunehmend beachtet und über Kennzahlen abgebildet und kontrolliert. Die Sichtweise der Krankenkassen auf ihre Daten und somit die Kennzahlen war somit auch überwiegend sektoral geprägt.

Klassische gut bekannte und veröffentlichte Kennzahlen sind zum Beispiel Krankenhausaufenthalte und -kosten, Verweildauer und Tageskosten im rehabilitativen Bereich sowie Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten der Versicherten sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Erwähnenswert ist weiterhin, dass Daten zu einigen Versorgungsbereichen erst seit vergleichsweise kurzer Zeit in verwertbarer Qualität vorliegen, so dass es in diesen Bereichen auch erst seit fünf bis sechs Jahren gelingt, aussagefähige Kennzahlen abzuleiten.

Die Beurteilung des Versorgungsprozesses stand bisher nicht im Fokus

Eine Diskussion über die Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen findet unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Aspekts in Deutschland erst seit den neunziger Jahren statt, auf breiterer Basis erst seit der Jahrtausendwende. Um diese Diskussion ergebnisorientiert führen zu können, ist eine Transparenz über die Durchführung der Versorgungsprozesse, die Anwendung von Leitlinien und evidenzbasierter Medizin sowie über die Ergebnisse des Versorgungsprozesses erforderlich. Diese Transparenz bestand nicht und konnte bisher auch nur un-



Abb. 1: Beispiele für sektorale Kennzahlen einer Krankenkasse
Quelle: Eigene Darstellung

zureichend hergestellt werden.

Trotz der Fülle der inzwischen erhobenen Daten wird insbesondere in der Diskussion um eine Reform und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung immer wieder ein Mangel an verlässlichen Daten und Erkenntnissen zum Versorgungsgrad beschrieben (Sachverständigenrat, 2002; Schrappe et al., 2005; Herholz, 2008), somit hat auch die Verbesserung der Datenerhebung nur teilweise für eine vermehrte Transparenz gesorgt.

Annahmen über den Versorgungsprozess und dessen Qualität beruhen in der gesundheitspolitischen Diskussion weniger auf kennzahlen-gestützter Analyse, sondern eher auf Expertenmeinungen. Ebenso werden Auswirkungen der Veränderungen der Gesetzgebung nur unzureichend evaluiert. In diesem Zusammenhang werden auch immer wieder ein größerer Stellenwert und eine bessere Unterstützung der Versorgungsforschung gefordert (SVR 2002; Pfaff/Schmacke/Schrappe 2004).

An globalen Daten stehen die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt zur Verfügung. Diese erlauben eine Bewertung des Krankheits- und Versorgungszustandes der Bevölkerung auf aggregierter Ebene und können so Aussagen über die Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit und über die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft insgesamt treffen. Eine Bewertung der Versorgungsprozesse unter Einsatz der zur Verfügung stehenden Informationen gelingt jedoch auch mit diesen Daten nicht.

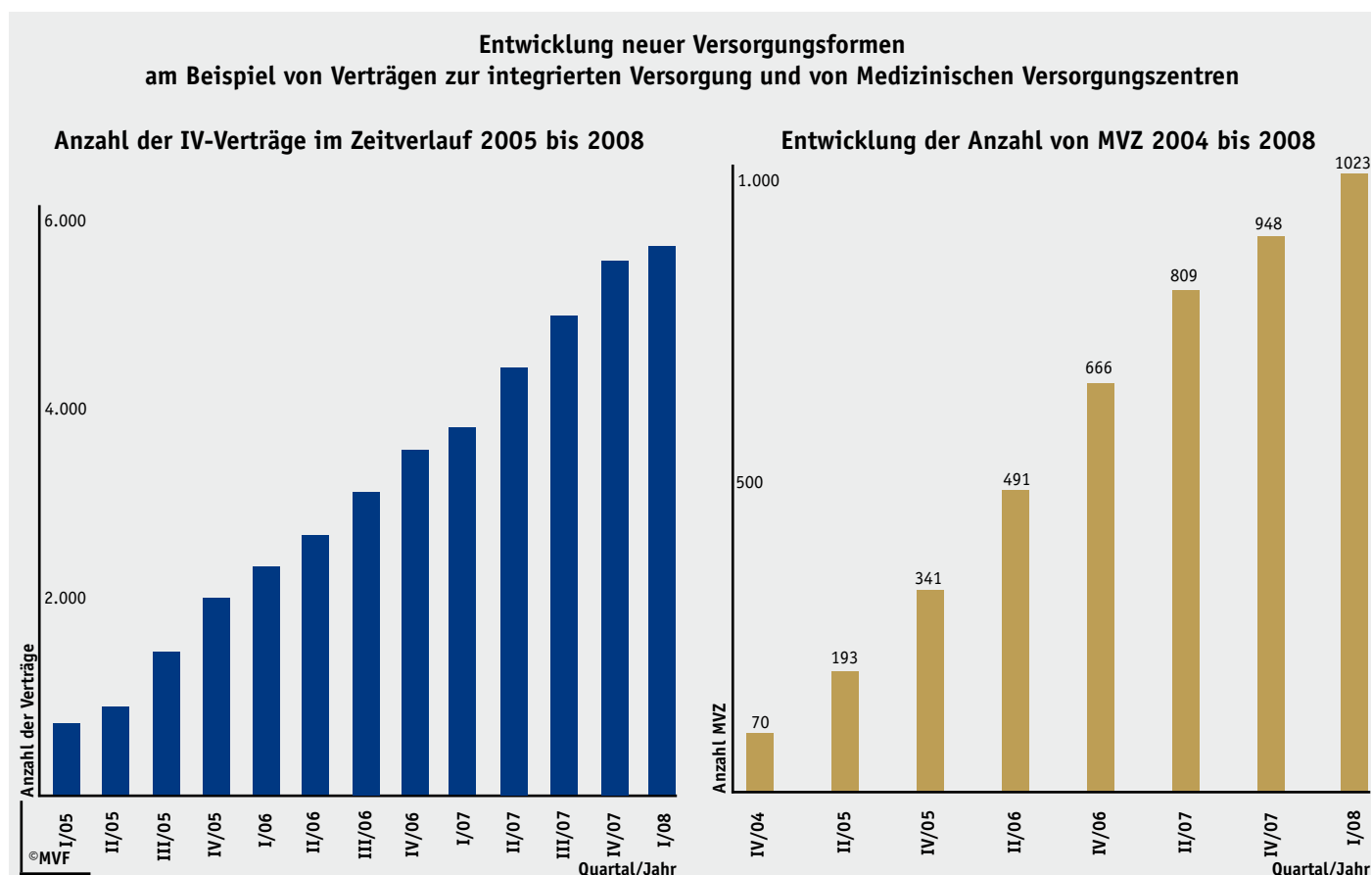
Abb. 2: Entwicklung neuer Versorgungsformen am Beispiel von Verträgen zur integrierten Versorgung und von Medizinischen Versorgungszentren. Quellen: BQS, KBV

Der Gesetzgeber fördert und fordert die Verknüpfung der Sektoren und Disziplinen

Der Gesetzgeber hat, nicht zuletzt durch mehrere Hinweise des Sachverständigenrats zur Begutachtung im Gesundheitswesen, erkannt, dass die Sektorisierung des deutschen Gesundheitswesens ein Hindernis für eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Patientenversorgung darstellt. Er hat deswegen in mehreren Gesetzen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens Initiativen zur Öffnung der Sektoren ergriffen und den Krankenkassen einen aktiven Part als Partner bei der Gestaltung der Versorgung eingeräumt.

Als Ergebnisse dieser Gesetzgebungsverfahren sind hier insbesondere die Einführung der Disease-Management-Programme, die Stärkung der integrierten Versorgung und des Versorgungsmanagements sowie die Möglichkeit der Bildung von Medizinischen Versorgungszentren zu erwähnen. Weiterhin wurden die starren Grenzen ambulant/stationär durch Verordnungen zur Erbringung ambulanter Operationen, hochspezialisierter ambulanter Leistungen an Krankenhäusern sowie nicht zuletzt durch die Verabschiedung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes durchbrochen.

Die Gesundheitswirtschaft hat diesen Trend erkannt und angenommen. Als Indikatoren hierfür können einerseits die stetig steigende Anzahl der abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung, andererseits eine ähnliche Entwicklung bei der Anzahl der zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland gewertet werden.



Die Entwicklung neuer Versorgungsformen impliziert die Fragestellung nach dem Unterschied zur bisherigen Versorgung und die Messung des Eintritts einer postulierten möglichen Verbesserung der Versorgungssituation.

Begleitend zur sprunghaften Entwicklung der integrierten Versorgung hat deshalb ein Diskurs über Controlling und Evaluation der entwickelten Modelle stattgefunden. Besonderes Augenmerk wurde hierbei auf den Vergleich zwischen integrierter und Regelversorgung gelegt. Neben der Komplexität der Vergleichsgruppenbildung steht hier auch die Kombination von perioden- und behandlungsbezogenen Messungen der Indikatoren im Fokus, um eine Verzerrung aufgrund der Abbildung der Versorgung über verschiedene Sektoren zu vermeiden. Als Lösung empfiehlt Wasem die Zusammenführung der Ergebnisse einzelner Messvorgänge zu einer summativen Evaluation (Wasem et al., 2006). Dies entspricht der Verdichtung von Kennzahlen aus verschiedenen Sektoren und zu unterschiedlichen Zeitpunkten in eine übergreifende Betrachtung.

Krankenkassen betreuen ihre Kunden künftig sektorübergreifend

Auch die gesetzlichen Krankenkassen haben ihre veränderte Rolle angenommen und bieten ihren Versicherten ein auf deren Bedürfnisse abgestimmtes Portfolio von zusätzlichen und selektiven Leistungsangeboten einerseits sowie verschiedenen wählbaren tariflichen Modellen andererseits.

Der Versorgungsprozess wird über mehrere Kennzahlen auf sektoraler und sektorübergreifender Ebene dargestellt

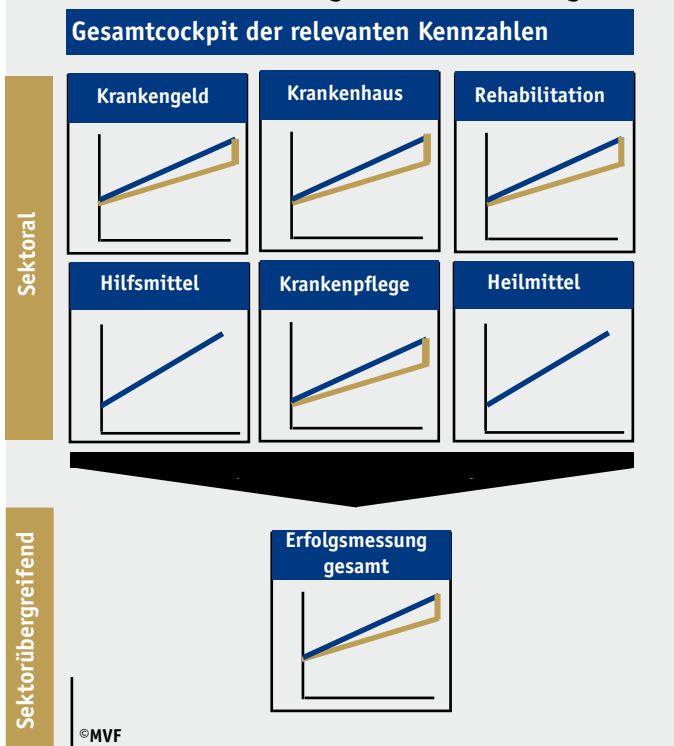


Abb. 3: Beispiel für ein Steuerungscockpit mit Kennzahlen einer gesetzlichen Krankenkasse
Quelle: Eigene Darstellung

Neben der reinen Erweiterung und Differenzierung des Angebotes entdecken die Kostenträger auch zunehmend ihr Interesse an einer aktiven Rolle bei der Leistungssteuerung der Versorgungsprozesse. Dies ist nicht zuletzt neben der Eröffnung neuer gesetzlich definierter Möglichkeiten getrieben durch die Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen und durch die Kostenentwicklung insbesondere unter Berücksichtigung epidemiologischer Effekte geschehen (Wiesner/Grimm/Bittner 2003).

Neben ihrer Beteiligung an den schon erwähnten sektorübergreifenden Versorgungsmodellen entwickeln immer mehr Krankenkassen Aktivitäten im Einzelfallmanagement, in der Gesundheitsberatung ihrer Kunden sowie im sogenannten Gesundheitscoaching. Ziel dieser Maßnahmen ist es einerseits, den Versicherten bezüglich durch ihn beeinflussbarer Gesundheitsrisiken zur Eigenverantwortung und zum Selbstmanagement zu befähigen, andererseits Versorgungsdefizite an den vorbeschriebenen Schnittstellen zu überwinden. Dies alles geschieht im Sinne einer Dienstleistung für die Versicherten einer Krankenkasse.

Sowohl die Gestaltung von Versorgungsformen wie integrierter Versorgung und Disease-Management-Programmen wie auch die Unterstützung der Versicherten durch Gesundheitsberater und Coaches verlangt implizit einen sektorübergreifenden Ansatz.

Die Darstellung des Versorgungsprozesses gelingt mittels Kennzahlen

Die einer Krankenkasse vorliegenden Daten sind inzwischen von guter Qualität, so dass valide Kennzahlen für die einzelnen Versorgungs-

Literatur

- Eikötter, T./Greiner, W. (2008): Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität in der integrierten Versorgung. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2008; 13: 25-31
- Greulich, A. (2002): Balanced Scorecard – praktische Umsetzung. In: Greulich/Hellmann/Kalbitzer/Korthus/Thiele (Hrsg.), Managementhandbuch Krankenhaus (2007): 322, 1-33. Heidelberg: Economica
- Herholz, H. (2008): Viele Fragen, kaum Antworten. In: Monitor Versorgungsforschung 2008; 1: 35-38
- Pfaff, H./Schmacke, N./Schrappe M. (2004): Förderung einer zukunftsorientierten Versorgungsforschung. In: <http://www.akg.uni-bremen.de/pages/arbeitspapiere.php?SPRACHE=de> (abgerufen am 10.07.2008)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos
- Schrappe, M. et al. (2005): Memorandum II zur Versorgungsforschung in Deutschland. In: <http://www.dkvf.de/content/e36/e174/MemorandumII.pdf> (abgerufen am 10.07.2008)
- Wasem, J./Focke, A./Schulz, S./Schillo, S. (2006): Ansätze zur Evaluation der integrierten Versorgung. In: Rebscher (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik (2006): 577-592. Heidelberg: Economica
- Wiesner, G./Grimm, J./Bittner, E. (2003): Multimorbidität in Deutschland, Stand – Entwicklung – Folgen. RKI (Hrsg.). Berlin.

sektoren gebildet werden können. Eine Aneinanderreihung dieser Kennzahlen kann zur Darstellung des Versorgungsprozesses genutzt werden. Um Fehlinterpretationen und somit auch Fehlsteuerungen zu vermeiden, muss die gesamte Versorgungskette betrachtet werden. Beispielsweise könnten eine reine Reduktion von Krankenhauskosten und die Verkürzung des Aufenthaltes in einer medizinischen Rehabilitation zwar zu Einspareffekten in den genannten Sektoren führen, bei anschließend höherer Pflegebedürftigkeit und höherem Hilfsmittelbedarf könnten jedoch insgesamt erhebliche Mehrkosten entstehen, ganz abgesehen von einem schlechteren medizinischen Ergebnis und einer geringeren Patientenzufriedenheit.

Ziel ist deshalb eine sektorenübergreifende Darstellung der Versorgung mittels Kennzahlen. Um jedoch nicht Effekte in einzelnen Sektoren der Versorgung durch Steuerung in einem anderen Sektor aus dem Auge zu verlieren, reicht die Darstellung rein sektorübergreifende Kennzahlen nicht aus. Die DAK entwickelt deshalb sogenannte „Steuerungscockpits“, die sowohl eine sektorale wie auch sektorübergreifende Sicht des Versorgungsprozesses ermöglichen. (s. Abb. 3)

Hauptmerkmal dieser „Steuerungscockpits“ ist, dass den einzelnen Darstellungen Kennzahlen hinterlegt sind, die den jeweiligen Bereich abbilden, ebenso wird die Gesamtprozesssicht dargestellt. Hierdurch können auf einen Blick wesentliche Effekte erkannt werden.

Der Einsatz erfolgt zunächst für die Dimensionen Leistungen und Finanzen, die sich aus den vorliegenden Daten unmittelbar ableiten lassen.

Die Entwicklung sektorübergreifender Kennzahlen zur Beurteilung der Qualität der Versorgung ist komplexer, aber möglich. Dies betrifft sowohl die Beurteilung der Behandlungsqualität aus Routinedaten wie auch innerhalb sektorübergreifender Versorgungsmodelle (Eikötter/Greiner, 2008). Aktivitäten zur Qualitätssicherung in allen Sektoren sowie sektorübergreifend lassen es möglich erscheinen, in Zukunft auch die Dimensionen Qualität und Patientenzufriedenheit sinnvoll in ein derartiges „Steuerungscockpit“ einbauen zu können.

Aufbauend auf ein Kennzahlensystem kann eine Steuerung erfolgen

Durch Verwendung eines derartig gestuften Kennzahlensystems gelingt es, Hinweise auf die Gestaltung und den Erfolg sektorübergreifender Versorgung zu generieren und sowohl Handlungsfelder für ein Versorgungsmanagement zu entdecken wie auch Erfolge möglicher Maßnahmen darzustellen. Steuerungsmaßnahmen können direkt auf diesen Erkenntnissen aufsetzen, Effekte zeitnah beobachtet werden. Durch Kondensation der erhobenen Kennzahlen kann die Beurteilung des Gesamtprozesses erfolgen, der gestufte Aufbau ermöglicht aber jederzeit eine vertiefende Analyse einzelner Prozessschritte.

Über eine zeitbegleitende Darstellung ist auch die Evaluation eher mittelfristig zu erwartender Effekte möglich.

The use of Key Performance Indicators in health care. Managing the treatment and care giving processes.

For understanding, evaluating and changing processes of treatment and care giving Key Performance Indicators (KPI) are needed, which condense the mass of datas. The KPI have to describe the dimensions of finance, output and quality. The german health care system is characterized by a sectorized structure, so traditional KPI are focussed onto the considered sector. But a modern framework of KPI must be able to describe the whole process. German health insurances have become a more active part in organizing the best health care for their persons insured. The data set which health insurances receive is meanwhile of good quality, so that they are able to build up a representative KPI framework for demonstrating the process of care giving and treatment. The framework has to describe the sectoral and the overall view. This KPI framework enables health insurances to manage the processes of treatment and care giving and evaluate the effects of managing.

Keywords

Changing in health care processes; Dataset of health insurances; Evaluating processes of treatment and care giving; Framework of Key Performance Indicators; Key Performance Indicator; Managing processes of treatment and care giving; Sectorised structure of health care system; Whole-process-view

Durch eine unterschiedliche Differenzierung des Detaillierungsgrades des „Cockpits“ kann das Kennzahlensystem sowohl auf der operativen Steuerungsebene im direkten Kontakt mit dem Versicherten, wie auch als Berichtswesen auf der Managementebene eingesetzt werden.

Fazit

Die Abbildung von Versorgungsprozessen ist über Kennzahlen möglich, sofern diese sektorale wie auch sektorübergreifende Aspekte abbilden und für den betrachteten Prozess aussagefähig sind. Grundsätzlich können alle Teilnehmer am Versorgungsprozess für ihren jeweiligen Einflussbereich ein derartiges Kennzahlensystem aufbauen.

Krankenkassen haben zudem den Vorteil, über Daten aus allen Versorgungsbereichen zu verfügen. Sie können die ihnen zur Verfügung stehenden Daten nutzen, den gesamten Behandlungsprozess abzubilden und hierüber steuernd einzugreifen. Ziel muss es hierbei sein, neben den Dimensionen Leistungen und Finanzen auch Qualitätsergebnisse in einem Kennzahlensystem abbilden zu können. <<

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes der DAK - Unternehmen Leben / Jahrgang 1954

Studium der Wirtschafts- und Organisationswissenschaften. Seit 1992 stellvertretender Geschäftsführer beim VdAK. 1996 Vorsitzender des Vorstandes des VdAK. 2003 Wechsel in den Vorstand der DAK. Seit 2005 Vorsitzender des DAK-Vorstandes. Honorarprofessor für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. Kontakt: herbert.rebscher@dak.de

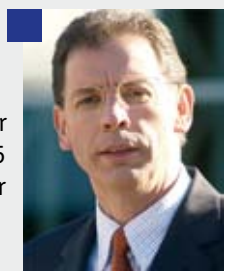


Foto: DAK/Wigger

Ass. Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD
Ass. Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD

Direkte Patienten- information: Status quo 2008

In der modernen Vorstellung ist der Patient aktiver Mitgestalter seiner Gesundheit. Politik und Krankenkassen erhoffen sich daher von dem kritischen, mitbestimmenden Patienten eine Einflussnahme auf das bisher von den Leistungserbringern gesteuerte System.

>> Gesundheit ist weltweit – und besonders in den westlichen Industriegesellschaften – ein wachsender Wirtschaftsmarkt. Dabei wird die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen der Gesundheitsbranche in erster Linie durch marktgerechte Innovationen gesichert. Produktinnovationen tragen dabei nicht nur zur Verbesserung der medizinischen Versorgung, sondern auch zur Wertschöpfung und damit zur Existenzsicherung unserer Sozialsysteme bei. Innovation ist antizipierter Wettbewerb. Patientenorientierung und -interaktion werden zu wichtigen Erfolgsfaktoren, die sich durch den gesamten Innovationsprozess – von der Forschung über die klinischen Phasen bis zur Markteinführung – ziehen. Um den Innovationsprozess erfolgreich zu gestalten, genügt es nicht, neue Produktideen zu erarbeiten, die einen medizinischen, pharmakologischen oder technischen Fortschritt begründen könnten. Übergreifende Interaktionen zwischen Wirtschaft und Wissenschaft, Industrie und Medizin, Arzneimittelherstellern und Patienten, Kooperation und Kommunikation und der daraus folgende Aufbau von Netzwerken werden zu Erfolgsfaktoren der zukünftigen Ausrichtung unseres Gesundheitssystems (Harms/Gänshirt/Mayer 2004, Harms/Gänshirt/Rumler 2008).

Nach einer bevölkerungsrepräsentativen EMNID-Befragung wünschen sich 83 % der Befragten mehr Wissen über Arzneimittel, 76 % über Krankheiten und 71 % sprechen sich für mehr Informationen über Ärzte und ärztliche Schwerpunkte aus. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Untersuchung, die im Jahre 2005 in Zusammenarbeit mit dem Health Care Competence Center (HC3) publiziert wurde. Innerhalb von 6 Monaten wurden mehr als 5.000 Befragte in ein Befragungspanel eingebracht. Dabei wurde untersucht, welche Fragen die Menschen zum Thema Gesundheit bewegen. Hierbei wurden alle Felder von der Selbstmedikation bis hin zum Kauf von in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln beleuchtet. Interessant ist dabei, dass fast 25 % der Befragten die Meinung vertraten, selbst ihr bester Arzt zu sein. 50 % der Teilnehmer sagten, dass sie, bevor sie einen Arzt oder Apotheker aufsuchen, probieren, sich selbst zu therapieren. 80 % gaben an, dass sie sich, wenn es sich nicht gerade um eine schwerwiegende Erkrankung wie Herzinfarkt oder Schlaganfall handelt, in der direkten Verantwortung sehen. Auf die Frage: „Welche Themenfelder aus dem

Abstract

In der modernen Vorstellung ist der Patient aktiver Mitgestalter seiner Gesundheit. Der Paradigmenwechsel vom akzeptierenden zum mitbestimmenden Patienten führt zu einer Neubestimmung der Beziehungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen. Da der Arzt durch seine medizinische Kompetenz und seinen Informationsvorsprung die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und Produkten maßgeblich steuert, besitzen Patienten von vornherein eine eingeschränkte Souveränität. Politik und Krankenkassen erhoffen sich daher von dem kritischen, mitbestimmenden Patienten eine Einflussnahme auf das bisher von den Leistungserbringern gesteuerte System. Wie diese Mitbestimmung von Seiten der Patienten aussehen könnte, wurde in zwei weiteren Studien (Cope 1+2) unter anderem in Zusammenarbeit mit Vertretern des Europäischen Parlaments erarbeitet. Innerhalb dieses Ansatzes wurde gezeigt, in welchen Bereichen unter welchen Voraussetzungen chronisch kranke Menschen aktiv zur Verbesserung unseres Gesundheitssystems beitragen könnten.

Schlüsselbegriffe

Patientenorientiertes Gesundheitswesen; Pharma-Informationskampagnen in Europa; Direct-from-Patient-Information-Studie; Cope 1+2 Studien

Bereich der Arzneimittelversorgung sind von besonderem Interesse?“, antworteten 56 %: Erkenntnisse der Pharmaforschung, 57 %: Anwendung von gängigen Arzneimitteln, 72 %: Wirkung von Arzneimitteln, 73 %: Nebenwirkungen von Arzneimitteln, 75 %: Gefahren der Arzneimittelkombination und 75 %: Alternative Behandlungsmöglichkeiten (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Erfahrungen mit Pharma-Informationskampagnen in Europa

Man weiß, dass bis zu 50 % der Europäer gezielte medizinische Informationen zu ausgesuchten Indikationen durch die pharmazeutische Industrie begrüßen würden. Auf der anderen Seite existieren jedoch auch klare Vorbehalte gegen industriebasierte Informationskampagnen, denn 76 % der Bevölkerung befürchten, dass die Industrie vor allem die Wirkungen ihrer Präparate in den Mittelpunkt stellt und die Nebenwirkungen verheimlicht.

Diese Haltung spiegelt sich auch in der europäischen Gesetzgebung wider. Im März 1992 hatte das „Council of the European Communities“ mit seiner Direktive 92/28/EEC die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel (Product-Awareness) eindeutig untersagt. Nur wenn es um indikationsbasierte Informationskonzepte (Disease-Awareness) geht, bei der nicht die Problemlösungskompetenz des Produktes, sondern das Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil der Erkrankung im Mittelpunkt der Betrachtung steht, darf die Industrie ausgesuchte Informationen vertreiben (WHO 1985, European Commission 2008).

Vor allem chronisch Kranke äußern ihre Missbilligung, wenn man ihnen Informationen über klinisch relevante diagnostische und therapeutische Innovationen vorenthält. Es zeigt sich, dass mit zunehmender Schwere der Erkrankung sowohl das Bedürfnis nach Patientinformationen als auch die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie steigt (Goldmann-Posch 2005, Harms/Gänshirt/Rumler 2008).

Auch wenn die nationalen bzw. internationalen Einschränkungen nur limitierte Erfahrungswerte über die Einstellung der europäischen

Bevölkerung zu diesen Kampagnen liefern, so zeigen die vorhandenen Daten ganz deutlich, dass eine entsprechende Implementierung dieser Konzepte dann gewünscht wird, wenn folgende fünf Punkte beachtet werden:

1. Die an den Patienten gerichtete Informationsbotschaft muss sowohl die Wirkung als auch die Nebenwirkung eines Arzneimittels ausgewogen darstellen.
2. Entsprechende Risiken sollten dezidiert genannt und auf eventuelle Kontraindikationen patientenadaptiert hingewiesen werden.
3. Unabhängig von der Informationsvermittlung sind die Unternehmen verpflichtet, ihren Ansprechpartnern die Möglichkeit zur weiteren Informationsgenerierung (Website, kostenlose Informationshotline etc.) zur Verfügung zu stellen.
4. Eine Zusammenarbeit mit meinungsbildenden medizinischen Institutionen wird angeraten.
5. Eine Kontrollinstanz sollte die Qualität der Konzepte begutachten und bei eventueller Missachtung der genannten Punkte einschreiten.

Von Bedeutung ist, dass diese fünf Punkte regelmäßig genannt werden und zwar unabhängig davon, ob der Befragte grundsätzlich eine positive oder negative Einstellung gegenüber pharmazeutischen Informationskampagnen äußert (Harms/Gänshirt/Rumler 2008).

Von besonderem Interesse ist dabei, dass offensichtlich mehr Europäer den Arzt auf ein bestimmtes Arzneimittel ansprechen würden, als es derzeit Amerikaner tun. Fast 60 % der Bevölkerung möchten eine entsprechende Botschaft diskutieren. Aber nicht nur in der direkten Arztansprache scheinen europäische Patienten aktiver zu sein. Auch wenn es darum geht, ein bestimmtes Medikament einzufordern, sind sie stärker „empowert“. Während in den USA nicht einmal 30 % der Patienten den Arzt auf eine bestimmte Verschreibung ansprechen, suchen in Europa mehr als 40 % der Patienten mit einer entsprechenden Erkrankung mit genauen Vorstellungen das Gespräch mit ihrem Arzt oder Apotheker (CRS 2005, Lonsert/Schäfer/Harms 2005, Harms/Gänshirt 2006).

Direct-from-Patient-Information-Studie (DfPI) 2006

Genauso wie in den USA, so wissen wir auch in Europa wenig über das Informationsbedürfnis von chronisch kranken Menschen. Daher hatte sich das Health Care Competence Center (HC3) in Zürich in Zusammenarbeit mit der European Health Care Foundation (EUHCF) ent-

schlossen, die bisher weltweit größte Direct-from-Patient-Information-Studie (DfPI) zu starten. Innerhalb dieses Studienkonzeptes wurden 3.000 chronisch Kranke gegliedert nach 6 Indikationen (Diabetes Typ I, Diabetes Typ II, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Osteoporose, Rheuma) in eine entsprechende Befragung eingebunden.

Neben einer großen Anzahl an gesundheits- und gesellschaftspolitisch relevanten Fragestellungen stand unter anderem die Einstellung chronisch Kranker im Hinblick auf industriebasierte Informationskampagnen im Mittelpunkt der Betrachtung. Innerhalb dieser unabhängigen wissenschaftlichen Untersuchung ging es darum, wie die Konzepte der Gesundheitsbranche aus der Sicht der Patienten konzipiert sein sollten. Zur Optimierung der Studie wurden im Vorfeld jeweils 150 insulinpflichtige Diabetes-Typ-II-Patienten ausführlich befragt. Bereits diese Ergebnisse ermöglichten grundlegende Einblicke in die Bedürfnisstrukturen dieser Patienten. Von den Befragten sagten 83 %, dass sie regelmäßig über neue Behandlungsformen zum Thema Diabetes informiert werden möchten. Von Interesse ist dabei, dass die Patienten diese Information nicht nur lesen und wegheften, sondern von den Respondenten würden wiederum 80 % ihren Arzt auf diese Informationen ansprechen. Diese Ansprache geht soweit, dass 79 % der Patienten um eine Verschreibung bitten würden, falls sie das Gefühl hätten, dass das entsprechende Medikament eine relevante Option darstellt (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Diese Ergebnisse wurden durch weitere Indikationen innerhalb der Studie bestätigt. Von den 525 Patienten mit Herz-Kreislauf-Beschwerden sagten 83 %, dass sie ein großes Interesse an Informationen zu den Wirkungen und den Nebenwirkungen der Medikamente hätten, die sie täglich konsumieren sollten. Auf die Frage, wie sich diese Informationen auf den Umgang mit der entsprechenden Erkrankung auswirken würden, gaben 70 % der Befragten an, dass medizinische Information für sie aktive Lebenshilfe bedeutet. Die Patienten erklärten, je mehr Daten sie über ihre Erkrankung hätten, umso besser könnten sie ihr Leiden bewältigen. Auf die Frage: „Würden Sie sagen, dass das, was Sie über Ihre Erkrankung wissen, einen Einfluss auf das Gespräch mit Ihrem Arzt hat?“, antworten 84 % der Patienten: „Je mehr Informationen ich über meine Erkrankung habe, desto stärker profitiere ich von meinem Arzt-Patienten-Gespräch.“ Von besonderem Interesse sind dabei Informationen über innovative Arzneimittel. Wie wichtig diese Daten für die Patienten sind, wird durch folgende Fragestellung eindeutig belegt. Auf die Frage: „Angenommen, Sie erfahren, dass ein neues Medikament zur Behandlung Ihrer Erkrankung existiert, würden Sie Ihren Arzt darauf ansprechen?“, antworteten 95 % mit „Ja“ (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Literatur

- CRS Report for Congress (2005): Direct-to-Consumer Advertisement of Prescription Drugs, Congressional Research Service, Order Code RL 32853
- European Commission (2008): Legal Proposal on Information to Patients
- Goldmann-Posch, U. (2005): Wissen ist Macht – Plädoyer für die Diplompatientin. In: Harms F, Gänshirt D. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing – Patientenempowerment als Kernkompetenz, Lucius&Lucius Verlag: Stuttgart, Kap. 10: 196-210
- Harms, F./Gänshirt, D./Mayer, L.A. (2004): The Future of Pharma R&D; Challenges and Trends, In: Pacl H./Festel G./Wess G. (Hrsg.): Perspectives for Innovation Marketing and their Impact on R&D: 10-24
- Harms, F./Gänshirt, D. (2005): Implementation of Direct-to-Patient (DtP). In: Europe, 8th European Health Forum Gastein
- Harms, F./Gänshirt, D. (2006): Direkte Patientenkommunikation als Herausforderung für die Pharmaindustrie. In: Pharm Ind, 6: 673-677
- Harms, F./Gänshirt, D./Mahl, D. (2007): Arzneimittelinformation „Direct-to-Patient“ zur Verbesserung der Compliance und für mehr Effizienz im Gesundheitssystem. In: Pharm Ind 69: 1385-1389
- Harms, F./Gänshirt, D./Rumler, R. (2008): Pharmamarketing, Lucius&Lucius Verlag:Stuttgart
- Lonsert ,M./Schäfer, C./Harms, F. (2005): Innovationsmanagement im Gesundheitswesen der Zukunft. In: Absatzwirtschaft, 8: 26-30
- WHO (1985): Criteria for Medical Drug Promotion; The Use of essential Drugs, WHO Technical Report Series, No. 722: 43

Cope 1+2: Communication between Patients and the Health Care Industry

Es ist der europäischen Politik zunehmend bewusst, dass die bestehenden Restriktionen das wachsende Bedürfnis nach Information von Seiten der Patienten über aktuelle und neue Behandlungsmethoden möglicherweise behindern. Bereits Ende 2004 entstanden deshalb Initiativen, die eine Novellierung der bestehenden Gesetzgebung erforderlich machen. Das im Jahr 2003 ins Leben gerufene Pharmazeutische Forum (die jeweiligen Kommissare für Industrie und Gesundheitswesen sind Vorsitzende, Mitglieder sind die 25 Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten, 3 Mitglieder des europäischen Parlaments sowie 10 Repräsentanten der Interessengruppen der Industrie) strebt daher an, eine entsprechende Europäische Rahmengesetzgebung noch im Laufe dieser Legislaturperiode auf den Weg zu bringen (European Commission 2008, Harms/Gänshirt/Rumler 2008).

Angesichts der bevorstehenden Veränderungen initiierte die European Health Care Foundation (EUHCF) eine Serie europäischer Studien, um die Einstellungen und Bedürfnisse der Patienten zu Gesundheitsinformationen zu evaluieren. Die Studien bilden eine wissenschaftliche Basis für die Entwicklung und Implementierung neuer Kommunikationskonzepte – zugeschnitten auf die Bedürfnisse chronisch kranker Menschen in Europa.

Die ersten beiden Phasen der Studien – durchgeführt in Deutschland und in der Schweiz – sind abgeschlossen und evaluiert. Die erste Phase, die COPE-1-Studie, ermittelte die Informationsbedürfnisse chronisch kranker Menschen und deren Einstellung zu Informationen verschiedener Interessengruppen wie Ärzten, Apotheker, Versicherungen, Politik und – insbesondere der pharmazeutischen Industrie. Darüber hinaus wurde untersucht, ob Patienten in Deutschland den gleichen Zugang zu Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel haben möchten wie Ärzte und Apotheker und welche Voraussetzungen Patienten für eine Implementierung der Direct to Patient Information (DfPI) in Europa erfüllt sehen wollen.

In einem zweiten Ansatz, der COPE-2-Studie, wurden die Erfahrungen der Patienten mit Gesundheitsinformationen aus den Medien erhoben. Als Modell diente hierzu der Ringier Verlag – das größte schweizerische Medienunternehmen. Ringier hat vor einigen Jahren eine spezialisierte Gesundheitseinheit gegründet, die eine der ersten themenbezogenen Plattformen darstellte, in der verschiedene Medien direkt aneinander gekoppelt sind. Ringiers Strategie dabei ist, innerhalb eines bestimmten Zeitintervalls gezielt Informationen zu einer chronischen Indikation unter Einsatz verschiedener Medien zu veröffentlichen (Fernsehen, Gesundheitswochen, Internet, medizinische Sonderhefte, Patientenkongresse bis hin zu Gesundheitskreuzfahrten).

Innerhalb dieses Systems wurde getestet, ob die Patienten ein derartiges Informationsnetzwerk annehmen, und ob die Informationen, die sie dort erhalten, zu nachhaltigen Verbesserungen im Gesundheitsverhalten führen können.

Primäres Ziel der beiden Studien war die Evaluierung folgender Parameter:

- die Wünsche und Bedürfnisse chronisch kranker Patienten in Bezug auf Gesundheitsinformationen,
- die Einstellung der Patienten zu Gesundheitsinformationen,
- der Einfluss von Gesundheitsinformationen auf das Gesundheitsverhalten.

Sekundäres Ziel der beiden Studien war die Evaluierung des folgenden Parameters:

- die Erarbeitung einer Basis zur Entwicklung und Implementierung eines Kommunikationskonzeptes für chronisch kranke Patienten.

Es wurden 986 Patienten in Deutschland und der Schweiz befragt, die an Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs sowie chronischen Schmerzen und Rheuma litten. Was die beiden Aspekte Vertrauen und erfahrene Unterstützung betrifft, haben Patienten die stärkste Bindung an ihre Ärzte. Das ihnen entgegengebrachte Vertrauen und die durch sie empfangene Unterstützung sind ausgesprochen hoch. Besonders gut schneiden hier die spezialisierten Fachärzte ab, die eine beinahe 100-prozentige Zustimmung ihrer Patienten erhielten. Die übrigen Dienstleister wurden von den Patienten wesentlich schlechter eingestuft. Lediglich die Hälfte der Teilnehmer sprach den Apothekern ihr Vertrauen aus. Pharmazeutische Unternehmen und die Politik bilden bei den Themen Vertrauen und Unterstützung das Schlusslicht: nur 11 % der Patienten beurteilten die Medikamentenhersteller und 2 % die Politik als vertrauenswürdig.

Was ist es, das das Vertrauen der Patienten zu einem Medikamentenhersteller erzeugt? Offensichtlich ist es nicht die Werbung. Patienten in Europa kennen Werbung für OTC-Präparate. Sie begrüßen es zwar, dadurch neue Medikamente kennen lernen zu können, jedoch führt diese Werbung zweifellos nicht zu größerem Vertrauen zum Hersteller. Vielmehr

Wie groß ist Ihr Vertrauen in folgende Gruppen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Erkrankung haben?

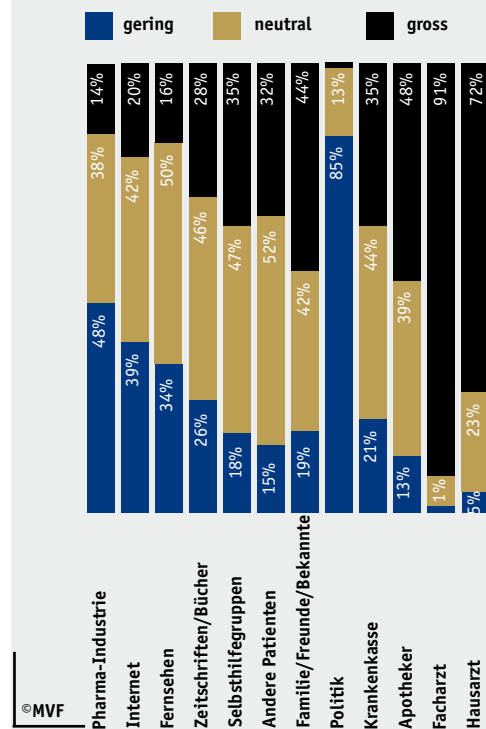


Abb. 1: COPE 1 - Vertrauen chronisch kranker Patienten
Quelle: EUHCF 2008

sind Patienten eher unsicher, was den Benefit beworbener Medikamente betrifft, und sie neigen dazu, diesbezügliche Entscheidungen ihrem Arzt oder Apotheker zu überlassen. Also, was spielt die entscheidende Rolle, wenn es um das Vertrauen zu einem Medikamentenhersteller geht? Die

Antwort ist ganz einfach. Es sind die Medikamente selbst (Harms/Gänshirt/Rumler 2008).

Fast 80 % der Patienten gaben an, dass eine gute Erfahrung mit einem Medikament ihr Vertrauen in die Herstellerfirma stärkt. Mehr als 80 % der deutschen und 50 % der schweizerischen Patienten sagten, dass sie zusätzliche Unterstützung zur Bewältigung ihrer Erkrankung benötigen. Patienten beim Selbstmanagement ihrer Erkrankung zu unterstützen, bedeutet, ihnen Informationen zukommen zu lassen, die empathisch sind und auf ihre wirklichen alltäglichen Probleme eingehen. Wir wissen aus unseren vorangegangenen Untersuchungen, dass die Therapie-Compliance der Patienten und auch ihr Lebensstil direkt durch die Informationen, die sie erhalten und verstehen, beeinflusst werden. Diese Erkenntnisse wurden in der vorliegenden Studie bestätigt. In der Schweiz gaben 167 Patienten mit Rheuma bzw. chronischem Schmerz an, dass sie aufgrund von Informationen ihr Gesundheitsverhalten geändert haben. Für 75 % dieser Patienten war dies eine langfristige Umstellung ihrer Gewohnheiten, die sie bis zum Tag der Umfrage beibehalten hatten. Dies zeigt, dass Patienten – zumindest bei Indikationen mit einem hohen Leidensdruck – allein aufgrund von Informationen ihr Gesundheitsverhalten dauerhaft ändern können, wenn sie in der richtigen Weise informiert werden.

Neben dem Arzt ist der chronisch kranke Patient selbst die Person, die den größten Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Ein Teil der Patienten hat dies bereits erkannt und infolgedessen möchten circa 90 % der Patienten einen ebenso großen Einfluss auf therapeutische Entscheidungen haben wie ihr Arzt.

Patientenempowerment ist theoretisch bei den meisten Patienten akzeptiert und gewünscht – obwohl es häufig in der Arzt-Patientenbeziehung noch nicht wirklich praktisch umgesetzt ist. Ärzte sind somit aufgefordert, ihren Patienten auf gleicher Augenhöhe zu begegnen. Sie müssen erkennen, dass eine hierarchische Arzt-Patienten-Beziehung einem Therapieerfolg im Wege steht, da eine derartige Beziehung in keiner Weise das Selbstmanagementverhalten des chronisch kranken Patienten unterstützt. Für 91 % der chronischen Patienten ist es wichtig (31 %) oder sogar sehr wichtig (60 %), genauso viele Informationen z. B. über ihre verschreibungspflichtigen Präparate zu bekommen wie ihr Arzt oder Apotheker. Fast 100 % der Patienten geben an, dass die Informationen, die sie hierzu erhalten, richtig, ausgewogen, verständlich und hilfreich sein sollten; ebenso sollen diese Informationen durch eine unabhängige Organisation kontrolliert werden. Der Standpunkt der Patienten ist daher ein klares Mandat an die Politik, die Kommunikation über verschreibungspflichtige Medikamente zwischen Patienten und Medikamentenherstellern umsichtig zu implementieren (Abb. 2/3).

Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie genauso viel über Ihre Medikamente erfahren dürfen, wie Ihr Arzt oder Apotheker ? (n=720)

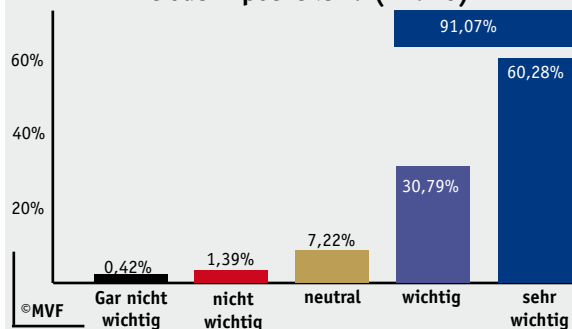


Abb. 2: COPE 1 Informations-Empowerment Quelle: EUHCF 2008

Wie wichtig ist es, dass Sie und Ihr Arzt gleichberechtigt über Ihre Behandlung entscheiden können? (n=723)

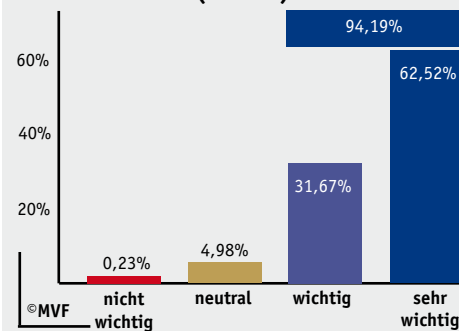


Abb. 3: COPE 1 Patienten-Empowerment Quelle: EUHCF 2008

Patienteninformation: Verbesserung von Eigenverantwortung und Compliance

Wie Informationsvermittlung über verschreibungspflichtige Arzneimittel auch in Europa implementiert werden könnte, wurde auf dem European Life Science Circle am 12. September 2006 in Brüssel in Zusammenarbeit mit Vertretern des Europäischen Parlaments, der European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), der European Cancer Patient Coalition und der European Health Care Foundation (EUHCF) diskutiert.

Vor allem von Seiten der Vertreter verschiedener europäischer Patientenorganisationen wurde die Forderung formuliert, dass die Patienten ein Recht darauf hätten zu erfahren, was mit den 45 bis 50 Milliarden US-Dollar passiert, die die Industrie jedes Jahr in die Entwicklung neuer Arzneimittel investiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass es eine sowohl wissenschaftliche als auch wirtschaftliche Notwendigkeit sei, die chronisch Kranken in die Entwicklung innovativer Arzneimittel einzubinden. Somit könnten deren Erfahrungswerte einen medizinisch wie auch volkswirtschaftlich sinnvollen Beitrag zur Therapieoptimierung leisten (Harms/Gänshirt 2007).

Von Interesse ist dabei, dass ein nicht unerheblicher Teil der Patienten die Meinung vertrat, dass – unabhängig vom hohen Bedarf an relevanten Informationen zu innovativen Aspekten der Arzneimitteltherapie – über eine verbesserte Informationsvermittlung die Eigenverantwortung der Patienten steigt und sich somit die Compliance verbessert, was langfristig die limitierten Ressourcen der europäischen Gesundheitssysteme schont.

Es wurde mehrfach in den sich anschließenden Diskussionen die Ansicht geäußert, dass die Patienten nur dann das tun können, was Ärzte, Apotheker und zunehmend die Gesundheitspolitik von ihnen fordern, wenn sie wissen, was sie tun sollen. Somit könnte die verbesserte Informationsvermittlung zu innovativen Arzneimitteln die Entwicklung des Gesundheitssystems positiv beeinflussen, denn das teuerste Medikament ist jenes Medikament, welches nicht oder nicht richtig genommen wird. Immerhin belaufen sich die geschätzten Folgekosten der Medikamenten-Non-Compliance in den Ländern der EU auf ca. 70 Milliarden Euro pro Jahr (Harms/Gänshirt/Mahl 2007, Harms/Gänshirt/Rumler 2008).

Unabhängig von der positiven oder negativen Einstellung gegenüber pharmazeutischen Informationskampagnen wurde die reine pharmazeutische Werbung (DtC), die nur dem Verkauf von Arzneimitteln dient, kategorisch abgelehnt. Somit wird es in Europa keine amerikanischen Verhältnisse geben. Es wurde gefordert, dass pharmazeutische Informationskonzepte nicht nur der Renditebildung der Industrien dienen dürfen. Vor allem die Vertreter der Politik äußerten, dass sich innovative Arzneimittel nur dann als Standard etablieren, wenn sie nicht nur die Ausgaben erhöhen, sondern helfen, medizinische und gesellschaftspolitische Probleme zu lösen, indem sie nachvollziehbare Vorteile für den Patienten bzw. für das Sozialsystem aufweisen. Nach Aussage verschiedener Experten wäre es möglich, dass sich durch relevante Informationen – bzw. den Verzicht auf banalisierende Werbung – der allgemeine Informationsstand der chronisch Kranken verbessert, sich die Compliance zur Einnahme der Arzneimittel erhöht und dieses zu Einsparungen in allen Bereichen der medizinischen Versorgung führt.

Anders formuliert: Direkte Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel könnten wahrscheinlich die Transparenz in der Arzneimitteltherapie fördern. Dieses stärkt die Mündigkeit des Patienten, verringert gleichzeitig die Über- oder Unterversorgung, was wiederum die Effizienz unseres Gesundheitssystems auf Basis einer wettbewerblich orientierten Gesundheitsversorgung verbessern würde (Harms/Gänshirt/Mahl 2007, Harms/Gänshirt/Rumler 2008). <<

Communication between Patients and the Health Care Industry

In view of the expected changes concerning patient information the European Health Care Foundation initiated two comprehensive studies in order to evaluate the patients' attitudes and needs regarding information in general and – specifically – information received by the pharmaceutical industry and the media. The investigation was intended to form a basis for a communication concept between patients and the industry that is tailored to the needs and requirements of patients in Europe. Study objectives were (i) to reveal health information needs and requirements, fears and constraints of chronic patients, (ii) to assess the patients' attitude towards health information from various sources and (iii) to assess the impact of health information. Secondary study objective was (i) to form a basis for the implementation of a communication concept for chronic patients to stimulate a constructive dialogue between patients and the industry.

Keywords

Patientempowerment; Direct from Patient Information

Ass. Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD

Vorstand des Health Care Competence Centers (HC3) / Jahrgang 1965

Er ist Mitglied der New York Academy of Sciences, der American Association for the Advancement of Science, des High-Technology Entrepreneur Post-Graduate Programms und der Society for Marketing Advances. Mitglied des Vorstandes der Internationalen Gesellschaft für Prävention (IGP) und Vize-Präsident der European Health Care Foundation (EUHCF).



Ass. Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD

Geschäftsführende Präsidentin der European Health Care Foundation / Jahrgang 1955

Sie ist Mitglied der European Medical Writers Association, der American Association for the Advancement of Science und der New York Academy of Sciences. Mitbegründerin und gegenwärtig Geschäftsführerin des Health Care Competence Centers (HC3) und dort spezialisiert auf Technologiebewertungen medizinischer Innovationen.



Dr. Rob Neeter MD
Dr. Klaus-Jürgen Preuß

Disease Management 2.0 & Morbi-RSA 1.0 – Medical Management für Krankenkassen unter den Bedingun- gen des Morbi-RSA

Disease-Management-Programme werden durch den im nächsten Jahr eingeführten Morbi-RSA eine neue Bedeutung erlangen. Die Kostenträger werden sich auf das Medical Management der wichtigsten und für diesen Ansatz geeigneten der 106 definierten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) fokussieren.

>> Grundsätzlich haben sich drei unterschiedliche Konzepte bewährt, um aktiv die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Inanspruchnahme von Leistungen im Krankheitsfall zu managen. Der erste Ansatz, bei akuten Beschwerden, ist das Demand Management über medizinisch vorgebildete Callcenter-Agenten. Ziel des Demand Managements ist es, den Versicherten zum richtigen Zeitpunkt zu der richtigen Versorgungsstufe zu leiten. Der zweite Ansatz ist das Disease Management, in Deutschland auch unter dem Begriff der „strukturierten Behandlungsprogramme“ bekannt. Bei diesem Konzept geht es darum, chronische Erkrankungen mit einer für das Gesundheitswesen relevanten Prävalenz durch abgestimmte und integrierte Versorgungsketten besser zu managen. Der dritte Ansatz ist das „major“ und „minor“ Case Management. Hierbei geht es zum einen um das Managen von Patienten, die man von ihrem zukünftigen Krankheitsverlauf als sogenannte „catastrophic cases“ betrachtet, d.h. als komplizierte Fälle mit schwerwiegendem Verlauf und entsprechenden Leistungsausgaben einschätzt. Zum anderen wird das „minor“ Case Management bei vielen Krankheitsfällen eingesetzt, wo es erforderlich ist, den Patienten über unterschiedliche Interventionskaskaden zu führen.

Alle drei verkürzt dargestellten Konzepte haben sich inzwischen im deutschen Gesundheitswesen etabliert. Die DMPs wurden durch den Gesetzgeber in das SGB V festgeschrieben und an den Risiko-Struktur-Ausgleich gekoppelt. Die privaten Krankenversicherungen bieten überwiegend die gleichen DMP-Indikationen wie in der GKV an. Durch DMP-Programme werden in der GKV inzwischen mehr als 4,5 Millionen

Abstract

Disease-Management-Programme sind ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland und den Niederlanden. In Deutschland sind die Ergebnisse partiell zufriedenstellend. Einige relevante Krankheitsparameter (Surrogat-Parameter) wurden verbessert, die medizinischen Outcomes hingegen nur wenig beeinflusst. Auch die mit der Einführung der DMPs versprochenen Einsparungen konnten bislang nicht realisiert werden. In den Niederlanden wurde ein spezieller Software-Support eingesetzt, um DMPs wirklich über sektorale Versorgungsgrenzen effektiv zu gestalten. Die softwarebasierte DMP-Einführung wurde flankiert durch den parallelen Einsatz von Krankenschwestern, Arzthelferinnen und anderen medizinischen Fachkräften, um die Ärzte wirkungsvoll zu entlasten. Dieser duale Ansatz war der Schlüssel zum Erfolg der Programme. Darüber hinaus werden zukünftig Multi-Disease-Programme, die auf einzelne Indikationen fokussierten DMPs ablösen; denn sie reflektieren die gegebene Multimorbidität größerer Bevölkerungskreise treffender. Unter den Bedingungen des neuen Morbi-RSA in Deutschland werden sich die neuen wie „alten“ DMPs auf die hierin abgebildeten Erkrankungen ausrichten. Anbieter und Entwickler von DMPs sind aufgerufen, Lösungen für diese neuen Indikationen zu entwickeln sowie heute verfügbare innovative Technologien zu integrieren. Kassen und private Krankenversicherungen sollten diese Entwicklungen durch begleitende neue Vergütungsmechanismen wie eine qualitätsorientierte Vergütung (Pay for Performance) oder ein Risk Sharing katalysieren.

Schlüsselbegriffe

Disease Management; medizinischer Software Support; Morbi-RSA; Neue Vergütungsmechanismen, Qualitätsorientierte Vergütung und Risk Sharing; Versorgungsqualität

Patienten behandelt. Über die Quantifizierung der anderen beiden Ansätze ist bislang wenig bekannt. Durch die mögliche Entkopplung der bisherigen GKV-DMPs vom Risiko-Struktur-Ausgleich sind die Kassen gespalten, was die Fortsetzung der DMPs 1.0 anbetrifft. Protagonisten der Fortführung sind die Barmer und auch die AOK. Hingegen steht die TK dem DMP-Konzept in der bisherigen Form schon seit längerem eher kritisch gegenüber. Eine vor wenigen Jahren durchgeführte Evaluation in Kooperation mit dem IGES Institut (Häussler und Berger, 2004) zeigte recht eindeutig auf, wo die Defizite der deutschen DMPs liegen. Grundsätzlich ist bei keiner Kasse oder Versicherung eine stringente Strategie erkennbar, wie diese Instrumente zu größerer Wirkung und in Bezug auf die jeweilige Kranklast abgestimmt zum Einsatz kommen sollten.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risiko-Struktur-Ausgleichs zum Januar des Jahres 2009 wird sich das ändern müssen, denn dann bekommen die GKV-Kassen für Patienten in 106 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) besondere Zuschläge, zusätzlich zu den an Alter und Geschlecht orientierten Basisbeträgen, die die krankheitsbedingten Mehrkosten ausgleichen sollen. Ob Versicherte dann in eine zuschlagsrelevante Krankheitsgruppe fallen, ist von den dokumentierten ambulanten, respektive stationären Diagnosen und von den spezifischen Arzneiverordnungen und deren Dauer abhängig.

Für die GKV-Kassen geht es zukünftig einerseits darum, Patienten, die unter die Kriterien des Morbi-RSA fallen, so schnell wie möglich zu identifizieren, um den krankheitsgebundenen Ausgleichsbetrag zu erhalten. Sobald die Patienten identifiziert, sprich diagnostiziert worden sind,

wird es andererseits wichtig für die Kasse, diese Patienten optimal und zugleich kosteneffizient zu versorgen. D.h. die krankheitsspezifischen Aufwendungen sollten allenfalls so hoch wie der Ausgleichbetrag sein. Besser ist es für die Kasse, wenn es ihr durch Konzepte wie Disease und/oder Case Management gelingt, die Kosten unter den Ausgleichbetrag zu senken, denn dann wird eine finanzielle Reserve (Überschuss) aufgebaut. Nach Ansicht von medizinischen Experten sind von den 106 den HMGs zugrundeliegenden Erkrankungen des Morbi-RSA ca. 26 durch spezifische DMP-Konzepte tatsächlich besser zu managen. Das haben bislang die Gesundheitsmanager in den Kassen, aber auch die Dienstleister auf dem DMP- und CM-Sektor noch nicht wirklich in der vollen Bedeutung erkannt. Hier wird zukünftig allerdings die nächste Runde des Wettbewerbs stattfinden.

Morbi-RSA 1.0: DMP-Ansätze im neuen Morbi-RSA, Patienten und Kostenzahlen

Der ab dem 01.01.09 einzuführende morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich basiert auf 80plus Erkrankungen (BVA, 2008). Diese 80

Abb. 1: DMP-Bedarf unter dem Morbi-RSA



Krankheiten stehen für rund 65 Milliarden Euro erwartete Mehrkosten. Die Krankheiten gliedern sich auf in einerseits schwerwiegende und andererseits chronische Erkrankungen. Für Disease Management sind primär solche Krankheiten geeignet, die chronisch verlaufen, im Krankheitsgeschehen beeinflusst werden können und die einen standardisierten Behandlungsverlauf (Leitlinien und Care Maps) aufweisen. Legt man diese Kriterien zugrunde, dann treffen diese im neuen M-RSA für rund 26 Krankheiten zu. Die gesamte Prävalenz in der GKV für die unter den neuen M-RSA fallenden Erkrankungen schätzen Experten auf mehr als 36 Millionen Patienten. Dadurch steigt die Zahl der im RSA erfassten DMP-fähigen Patienten um ca. 75 % an. Hierbei ist eine Mehrfacherfassung durch Multimorbidität noch nicht berücksichtigt. Für die Privaten Krankenversicherungen wird sich die Situation ähnlich darstellen. Wenn sie ihre DMPs nicht auf weitere Indikationen ausweiten, wird es ihnen nicht gelingen, den Kostenanstieg bei den Leistungsausgaben wirkungsvoll zu bremsen.

Defizite und Optimierungswege für deutsche DMPs 1.0

Seit nun mehr als 5 Jahren sind DMPs in der GKV für unterschiedliche Indikationen bzw. Erkrankungen in der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt. Für die PKV-Versicherten gibt es gleichfalls DMPs, für teilweise andere Indikationen, mit einem anderen inhaltlichen Programm und ohne eine Koppelung an die RSAV. Nach den ersten Evaluationen ist die Lage zwiespältig (Häussler und Berger, 2004; Szecsenyi, 2007). Je nach Perspektive der Kostenträger wird über große Erfolge oder doch eher nur über kleine Schritte in Richtung medizinische Besserung berichtet. Insbesondere die bei der Einführung der DMP-Programme versprochenen Einsparungen konnten bislang nicht realisiert werden.

Literatur

Häussler, B./Berger, U. (2004): Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme, Baden-Baden 2004.

Szecsenyi, J. (2007): Besser als die Regelversorgung? – Die ELSID-Studie zum Vergleich von optimal umgesetzten DMP, Routine DMP und Behandlung ohne DMP. In: AOK Bundesverband (Hrsg.), Zukunftsmodell DMP, Berlin, S. 59 ff.

Institute of Medicine (2001): Institute of Medicine, Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, Washington 2001.

O’Kane, M. (2007): Performance-Based Measures: The Early Results Are In. In: Journal of Managed Care Pharmacy, Bd. 13, S. S3 ff.

Jaarsma, T. (2008): Effect of Moderate or Intensive Disease Management Program on Outcome in Patients With Heart Failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). In: Archives of Internal Medicine, Bd. 168(3), S. 316 ff.

BVA (2008): o.V., Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten, http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_049/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegung_Krankheiten.html (Zugriff am 21.05.08).

Ursache für die mangelnde Effektivität der GKV-DMPs ist zum großen Teil eine komplett fehlende oder falsche Risiko-Stratifizierung der eingeschlossenen Patienten, bedingt durch die falschen Anreize aus der RSAV. Nur die komplizierten und schweren Fälle profitieren zunächst von den vorwiegend medizinisch orientierten DMP-Interventionen und nicht die leichten Erkrankungsfälle, denn da ist die Kosten-Nutzen-Relation eher neutral bis negativ.

Das strukturierte medizinische Behandlungsprogramm wird in seinem Impact auf die Verbesserung der Gesundheit drastisch reduziert bis limitiert, wenn der DMP-Patient weiterhin raucht, sich nur zum Auto zu Fuß bewegt (sedentary lifestyle) und seine Konfektionsgröße auf einen BMI-Wert > 30 schließen lässt. Häussler und Berger haben in ihren Berechnungen auf der Basis des Bundesgesundheits surveys und unter Einsatz des Mellibase®-Programms (Häussler und Berger, 2004) gezeigt, dass gerade beim Diabetes mellitus unter DMP-Programmen erreichte optimale Laborwerte auf Leitlinienniveau nur zu mittleren Reduktionen von Komplikationen führen.

Es scheint also nicht mehr strittig, dass sich erst durch die Kombination von arztzentriertem, medizinischen DMP und patientenzentriertem BMP (auch bi-direktionale DMPs genannt) die volle Wirkung eines Disease-Management-Programms entfalten kann. Hierauf hat auch die Deutsche Disease Management Gesellschaft in ihren Statements mehrfach hingewiesen. Die wissenschaftliche Literatur liefert zu diesem Thema den Nachweis von klar additiven bis multiplikativen Effekten. Hier gilt es nun, angesichts der Einführung des Morbi-RSA, bei der zweiten Generation der DMPs nachzuarbeiten.

Um die Verbindlichkeit der Programme zu erhöhen, sind zwei unterschiedliche Ansätze möglich, die sich zusammen unter dem Stichwort „qualitätsorientierte Vergütung“ zusammenfassen lassen: der Pay-for-Performance- und der Risk-Sharing-Ansatz. Beide Ansätze werden seit einigen Jahren in den USA und teilweise inzwischen auch in U.K. oder den Niederlanden pilotiert.

Pay for Performance (P4P) bedeutet die Prozessqualität und insbesondere deren Optimierung zu incentivieren. Leuchtturm-Projekte in den USA sind beispielsweise (Institute of Medicine, 2001; O’Kane, 2007):

1. Bridges to Excellence (Zusammenschluss von großen Arbeitgebern, Versicherern, MCQA, MEDSTAT, WebMD Health): Programme für Diabetes, KHK, Fallmanagement; Top-10% der Niedergelassenen werden veröffentlicht und erhalten Boni von den beteiligten Kostenträgern;

2. IHA P4P-Initiative (diverse IHAs): Bewertung von Leistungserbringern nach medizinischer Qualität (50 %), Patientenzufriedenheit (40 %), IT (10 %). Medizinische Qualität nach Definition der NCQA für Diabetes, KHK, Asthma, Krebsscreening, Kinderimpfung) sowie

3. Medicare (krankenhausbezogener Ansatz).

Risk Sharing bezieht sich vorrangig auf die erreichte Ergebnisqualität. Hier geht es um harte Outcomes und nicht mehr um mehr oder minder passable Surrogat-Parameter. Bei einem Risk Sharing Agreement für den Diabetes mellitus ginge es dann um die erreichte Reduktion/Verminderung von Erblindungen, Amputationen, Herzinfarkten oder Schlaganfällen. In Abhängigkeit von der Qualität der Interventionen oder DMP-Programme wird hier prospektiv eine Quote vereinbart (Abb. 2).

Wird die Quote erreicht, so erhalten die beteiligten Leistungserbringer einen Bonus (beispielsweise 20 % an Zusatzvergütung). Wird die verabredete Quote verfehlt, so wird ein prozentualer Malus abgezogen. Allerdings besteht die Medikation in den GKV-DMPs überwiegend aus Standard-Generika, und damit wird man nicht so viel bewegen können. Hier ist ein Umdenken erforderlich. Innovative Medikamente und neue Wirkstoffe gehören in effektive DMPs, aber unter der Bedingung des Risk Sharings.

Darüber hinaus sollten die DMP-Patienten zukünftig aktiver in die Programme bzw. die Behandlungskette einbezogen werden, beispielsweise durch gezielte Bonus- und weniger über Malus-Regelungen. Nur wenn der Patient echte Anreize verspürt, wird er sein Verhalten nachhaltig verändern.

Disease Management 2.0 in Holland, ein attraktives Modell für das deutsche Gesundheitswesen?

Obwohl sich die gesundheitliche Lage in Deutschland mit den Niederlanden nicht unbedingt in allen Details vergleichen lässt, gibt es dort einige interessante Entwicklungen im Bereich Disease Management, die sich für einen Transfer in die deutsche Versorgungslandschaft anbieten. Die niederländischen Nachbarn haben drei wichtige Dinge festgestellt:

1. Die Versorgungsqualität stimmt nicht mit den Erwartungen der Akteure überein, denn sie ist faktisch schlechter.
2. Die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den anderen Disziplinen ist mangelhaft.
3. Darüber hinaus sind die Akteure der Versorgung nicht bereit, den Versorgungsprozess und die gelieferte Versorgungsqualität transparent zu machen.

Bei dieser Ausgangslage haben sich in den Niederlanden die sogenannten „Indikationsbasierten Kettenversorgungsprogramme“ entwickelt. Eine Kette umfasst dabei alle professionellen Versorger, die sich um einen bestimmten Patienten kümmern. Bei der Erkrankung Diabetes handelt es sich dann meistens um den Hausarzt, die Praxis-helferin, den Internisten, den Diabetologen, den Ophthalmologen, den Podologen, die Diätassistentin und den Physiotherapeuten. Aber es gibt auch Ketten, in die die Apotheke, das Labor und weitere Leistungserbringer eingebunden sind. Die letzte und unumkehrbare Entwicklung ist nun in Holland, dass auch der Patient selbst ein aktiver Teil der Versorgungskette wird.

Um die intensive und effektive Zusammenarbeit der Versorger und des Patienten zu ermöglichen, ist eine spezifische multidisziplinäre klinische Software-Unterstützung notwendig. Mit der Software werden folgende Voraussetzungen abgesichert:

- Der medizinische Inhalt der multidisziplinären Software ist völlig leitlinienbasiert. Damit wird gesichert, dass alle Beteiligten richtig, d.h. nach besten Standards behandeln, evidenzbasiert vorgehen und eine qualitativ hochwertige Versorgung liefern.

- Die kooperierenden Versorger arbeiten alle gemeinsam in einem miteinander geteilten elektronischen Patienten-Dossier. Der jeweils handelnde individuelle Versorger ist über den gesamten Behandlungsprozess informiert, er kennt alle Daten und Befunde, die für den spezifischen Patienten relevant sind.

- Eine auf Datentransparenz, Qualität und Benchmarking begründete Zusammenarbeit führt zu besseren Resultaten und als quasi Nebeneffekt meistens ebenfalls zu besseren Kooperationsverhältnissen.

Wenn der Patient in der Kette aktiv eingebunden ist, dann wird es noch spannender, weil der Patient Zugang zu seinen eigenen Daten hat und damit die Möglichkeit, die „Qualität“ seines Versorgers zu überprüfen.

Weil alle Beteiligten in einem gemeinsamen elektronischen Dossier arbeiten, wird eine transversale und longitudinale Datenbank aufgebaut. Hiermit können dann die gelieferte Versorgungsqualität, die daraus entstehenden gesundheitlichen Effekte, das Patientenverhalten und viele andere relevante Fragestellungen evaluiert werden.

Durch die neu geschaffene Transparenz wird es für Kostenträger wie Leistungserbringer möglich, die Qualität, die Prozesse und auch die Ergebnisse mit innovativen Vergütungsmodellen zu flankieren.

Die notwendige multidisziplinäre Disease-Management-Software ist in den Niederlanden mit Erfolg entwickelt worden. Parallel hat man flankierende Implementationsprozesse entwickelt und professionalisiert. VitalHealth Software und Diagnosis4Health sind die Marktführer in den Niederlanden für die Entwicklung und Implementation dieser multidisziplinären Software. Obwohl VitalHealth eine holländische Firma ist, ist VitalHealth Software zugleich eine Tochtergesellschaft der amerikanischen Mayo Clinic in den USA. Diagnosis4Health ist mit mehr als zehnjähriger Erfahrung voll auf die Implementation von neuen Versorgungsprozessen in der klinischen Praxis fokussiert. Bei der Implementation setzt Diagnosis4Health schon seit vielen Jahren speziell geschulte Arzthelferinnen und Krankenschwestern sowie geeignete Pflegekräfte ein. Diese werden entweder direkt in den Arztpraxen tätig oder sie erreichen die ihnen zugeordneten Patienten über das Telefon (Callcenter-Ansatz). Als wichtigstes Element der die DMPs unterstützenden Software ist sicherzustellen, dass die relevanten Leitlinien genau befolgt werden.

Die holländischen Leitlinien sagen, dass ein COPD/Asthma-Patient nach der Diagnosestellung alle 6 Monate vom Arzt gesehen werden soll, und dass während dieser Besuche bestimmte medizinische Bereiche abgefragt oder untersucht werden sollen. So müssen bei jeder Gelegenheit Blutdruck, Pulsfrequenz, Zeichen von Herzversagen („Vitals“, orange) kontrolliert werden. Ebenso soll gecheckt werden, ob es in der vergangenen Periode Zeichen von Verschlechterung der Erkrankung gegeben hat, wie es aussieht mit der Ernährung und mit der Muskelkraft (rot). Nur einmal pro Jahr wird eine Spirometrie durchgeführt. Natürlich lässt die Software es zu, alle notwendigen Untersuchungen auch zwischendurch und isoliert durchzuführen. Aber in jeden Fall wird gesichert, dass das minimal Notwendige zu der richtigen Zeit durchgeführt wird.

Bei einem stabilen Patienten kann die Kontrolle meistens routinemäßig durchgeführt werden, weil die Software genau sichert, was abgefragt und untersucht werden soll, abnormale Befunde erkennt und darüber direkte Berichte an die Benutzer der Software gibt. Auf diese Weise wird es durchaus möglich, Routinetätigkeiten zu delegieren, beispielsweise an einen Physician's Assistant. Der Arzt wird nur dann hinzugezogen, wenn es Befunde gibt, die den direkten Einsatz des Arztes

erfordern. Auch der Patient wird integraler Teil der Versorgungskette, wobei unterschiedliche Kommunikationstechnologien zur Verfügung stehen wie der Computer, der Fernseher, das Mobiltelefon und weitere Spezialgeräte (Abb. 2).

In der Abbildung 2 ist ein elektronisches Medikationsschema dargestellt, das dem Patienten hilft zu sehen, welche Tablette oder Inhalatorhübe er zu welchem Zeitpunkt einnehmen bzw. anwenden soll. Dabei kann der Patient gefragt werden, wann er das Medikament tatsächlich eingenommen hat. Über diesen interaktiven Dialog kann man die Compliance fördern und zugleich auch messen.

In der Abbildung 3 wird transparent, ob die Versorgungspartner leitliniengetreu bestimmte Kontrollen durchgeführt haben. Die verwendete Ampel illustriert die Situation: Rot heißt, dass eine Kontrolle nicht innerhalb der durch die Leitlinien vorgegebenen Termine durchgeführt worden ist, orange heißt, dass eine Kontrolle bald fällig ist, grün hingegen bedeutet, dass alles innerhalb der vorgeschriebenen Termine gemacht worden ist. Wenn ein Patient selbst mitmacht und bestimmte Kontrollen selbst durchführt bzw. Leistungs- oder Laborparameter misst, dann wird hier auch sichtbar, wie die Leistung des Patienten aussieht. Mit dieser Transparenz wird es möglich, dass alle Beteiligten einander auf ihre jeweiligen Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und auch Unzulänglichkeiten hin ansprechen (Abb. 3).

Zukünftig wird sich das Disease Management vor allem auf Patienten mit mehreren Erkrankungen fokussieren, denn das entspricht viel eher der heutigen Versorgungsrealität. Wer an Diabetes leidet, ist oft zugleich an einer KHK erkrankt. Der COPD-Patient bekommt mit dem Älterwerden sein Rheuma hinzu. Hier wird es darauf ankommen, die einzelnen indikationsgebundenen DM-Programme mit Schnittstellen und über Algorithmen und Datenintegration sinnvoll zu vernetzen. Diesen Aspekten widmet sich die Entwicklungsabteilung von VitalHealth/D4H mit großem Engagement. Das heutige Spektrum der angebotenen DMPs und BMPs geht schon weit über das der deutschen Anbieter hinaus. Das niederländische Unternehmen hat die Chancen auf dem DMP-Sektor in Deutschland mit der Einführung des Morbi-RSA erkannt und wird seine zukünftige Entwicklungsstrategie daran ausrichten.

In Deutschland könnten Ärztenetze oder IV-Modelle nach § 140 SGB V diese Software nutzen, um wirklich glaubhaft zu dokumentieren, dass sie eine bessere Versorgungsqualität abliefern. Insbesondere populationsbasierte IV-Modelle wie beispielsweise das Modell-Projekt der

Abb. 2: Box, aus dem Medikations-Schema



Abb. 3: Box der Kontrollen, Ampelprinzip



AOK Baden-Württemberg – „Gesundes Kinzigtal“ – könnte den selbst gesteckten Zielen über einen derart integralen Ansatz ein großes Stück näher kommen: dem aktiven Managen der Gesundheit des gesamten Kollektivs. Die PKV-Versicherungen könnten hingegen bestimmte innovative Tarife oder bessere Erstattungsmodalitäten an den Einsatz der Software binden. Auch die zaghaften Versuche der PKV-Unternehmen, PPO-Modelle in Deutschland mit medizinisch wenig relevanten Parametern zu etablieren, könnten durch den verbindlichen Einsatz der Software und die professionelle Einbindung von nicht-ärztlichen Professionals eine andere Qualitätsdimension erlangen. Durch die Reports und Benchmarking-Berichte der Software wüssten die PKV-Versicherungen endlich einmal, für welche Qualität der Versorgung sie welchen Steigerungssatz zahlen sollten.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das niederländische Beispiel zeigt, wie die Versorgung mit umfassender Softwareunterstützung, dem Einsatz von medizinischen nicht-ärztlichen Fachkräften auf unterschiedlichen Stufen der Versorgungskette und der Integration aller an der Versorgungskette Beteiligten – einschließlich des Patienten – tatsächlich verbessert werden kann. Dieser dreifache Ansatz scheint tatsächlich der entscheidende Erfolgsfaktor für effektives Disease Management zu sein. Darüber hinaus müssen Disease-Management-Programme zukünftig Multi-Disease-fähig aufgebaut sein, statt sich nur auf singuläre Indikationen zu fokussieren.

Unter den neuen Rahmenbedingungen des Morbi-RSA ist ein großer Bedarf für derartige neue, Multi-Disease-fähige DMPs zu erwarten. Die Anbieter sind aufgerufen, neuartige Programme und Konzepte für die Erkrankungen des Morbi-RSA zu entwickeln. Die Kostenträger sollten diese neuen Programme durch innovative Vergütungskonzepte wie Pay for Performance oder Risk Sharing begleiten. <<

Disease Management 2.0 & Morbi-RSA 1.0

Disease management programs are part of the statutory healthcare services in Germany and the Netherlands. In Germany results show some general improvements with no reductions in many relevant medical outcome parameters and no cost savings so far. In the Netherlands sophisticated software support has been applied to make disease management really work across boundaries in healthcare delivery. The software based DMPs in the Netherlands were combined with the implementation support of clinical nurses, physician's assistants and other qualified medical professionals. This dual approach seems to be the key for success in disease management. Furthermore multi-disease management programs are necessary instead of single indication focussed programs to reflect the reality of great parts of the population suffering from more than five different indications at the same time.

Under the new risk adjustment system in Germany there will be a great demand for new and multi-state DMPs focussed at the indications relevant for the new risk adjustment system. Service providers in the DMP area will have to focus on development of new programs and the integration of new technologies. Sick funds and private healthcare insurers should foster the development and implementation with new financial mechanisms like pay for performance and/or risk sharing agreements.

Keywords

disease management; clinical software support; risk adjustment system, pay for performance and risk sharing, quality care; outcomes

Rob Neeter, MD

Gründer der Diagnosis4Health und Chief Medical Officer der VitalHealth Software in Holland / Jahrgang 1965

Dr. Rob Neeter studierte an der Amsterdam Medical School in den Niederlanden. Er sammelte Erfahrungen in unterschiedlichen Positionen in Forschung und Management in den Niederlanden, der Schweiz und Süd-Korea. Über 15 Jahre fokussierte er seine Kompetenz auf die Entwicklung und Implementation von Disease-Management-Programmen. Diagnosis4Health ist die führende Unternehmung auf dem Disease-Management-Sektor in Holland mit mehr als 300.000 Patienten. VitalHealth ist ein Gemeinschaftsunternehmen der Mayo Clinic (USA) und der Noaber Foundation.



Dr. med. Klaus Jürgen Preuß

ist Gründungspartner der EPC HealthCare GmbH, Hamburg / Jahrgang 1950

15 Jahre praktische Erfahrung in der Pharmaindustrie sowie mehrere Jahre in der Medizintechnikbranche (Hörgeräte). Für die DKV hat er das Strategische Gesundheits-Management aufgebaut. Er war für die Einführung neuer Tarifkonzepte, innovativer Versorgungskonzepte (Case- und Disease-Management), für die Akquisition (Arzt-Partner und MedWell AG) sowie den Aufbau neuer Tochtergesellschaften und Franchise-Systeme (goMedus und goDentis) mit verantwortlich. Dr. Preuß ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Disease Management e.V. (DGDM) und geschäftsführender Gesellschafter der EPC HealthCare GmbH in Hamburg. Kontakt: kj.preuss@epc-healthcare.de



Michael Siewert
Anja Schweitzer
Christina Sattel

Individuelles Erleben von Krankenhausaufenthalten – Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten

Die einschneidenden Reformen im deutschen Gesundheitswesen gehen auch an stationären Versorgungseinrichtungen nicht unbemerkt vorbei. Die zunehmende finanzielle Belastung der einzelnen Einrichtungen geht so weit, dass sie sich in stetig schrumpfenden Krankenhauszahlen niederschlägt.

>> Seit 2000 hat sich die Zahl stationärer Versorgungseinrichtungen in Deutschland um über 200 Häuser reduziert (Statistisches Bundesamt).

Gleichzeitig konnte Bleses aufzeigen, dass Patienten unausgesprochene Erwartungen an die Versorgungsqualität in einem Krankenhaus haben. Verantwortlich sind im Wesentlichen die zunehmende Eigenverantwortung sowie die bessere gesundheitliche Information und Beratung, die eine Mitsprache und -entscheidung der Patienten immer stärker fördern (Bleses, 2005).

Die erlebte Versorgungsqualität der Patienten entscheidet so nicht nur über das medizinische Outcome, sondern wird auch zu einem Faktor, der über Patientenzahlen eines Krankenhauses entscheidet, um nur einmal an einen Aspekt wie die Wahl eines Krankenhauses zu denken. Allerdings zeigt eine Eigenstudie der psychonomics AG (unterstützt von der Heraeus Medical GmbH), dass die Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten bislang häufig noch unerfüllt bleiben (psychonomics, 2008). Um Patienten gezielt anzusprechen und eine optimale Versorgung bieten zu können, muss jedoch zunächst die Frage geklärt sein, welche Aspekte den Patienten bei der Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus wichtig sind. Diese Lücke wird in der Studie „Patientenmarketing – Anforderungen und Potenziale in der stationären Versorgung“ auf Basis von 32 psychologischen Tiefeninterviews mit Patienten geschlossen.

Anlassbezogene Auseinandersetzung mit Krankenhäusern

Ein erstes, wenig überraschendes Ergebnis der Studie ist die Aus-

Abstract

Psychologische Aspekte eines Krankenhausaufenthaltes sind entscheidende Bestandteile der Krankenhauswahl. Die qualitativ-psychologische Studie der psychonomics AG beleuchtet diese Thematik aus Patientensicht. Sechs Erlebensdimensionen bilden im Ergebnis Teile eines komplexen und teils in sich widersprüchlichen Motivgefüges. Der ganzheitliche Charakter des Motivgefüges führt dazu, dass eine einseitige Motivansprache zu ungeahnten Nebenwirkungen führen kann. Die Ergebnisse sind nicht nur Schlüssel zu einem erfolgreichen Krankenhausmarketing, welches in Zeiten steigender finanzieller Herausforderungen und zunehmender patientenseitiger Eigenverantwortung vermehrt an Bedeutung gewinnt. Damit verbunden, gewährleistet ihre Nutzung eine optimierte Versorgung der Patienten.

Schlüsselbegriffe

Versorgungsqualität; Krankhauserleben; Stationäre Versorgung; Patientenorientierung

blendung des Themas aus dem allgemeinen Alltagsgeschehen. Solange der Gesundheitszustand es zulässt, wird eine Auseinandersetzung mit dem Thema Krankenhaus und den assoziativ verbundenen Themen Krankheit, körperlicher Verfall und Tod vermieden. Stattdessen erfolgt eine Beschäftigung mit Krankenhäusern in der Regel anlassbezogen. Die Wahl des behandelnden Krankenhauses wird letztlich von zwei Faktoren bestimmt.

1. Empfehlung des einweisenden Arztes: Trotz zunehmender Eigenverantwortung der Patienten ist die Rolle des einweisenden Arztes noch relativ stark ausgeprägt. Aufgrund einer grundsätzlichen Scheu in der Auseinandersetzung mit dem Thema Krankenhaus und einem Gefühl fehlender medizinischer Kompetenz wird eine Entscheidung gern an den „Fachmann“ abgegeben.

2. Nähe des Krankenhauses: In einer quantitativen Untersuchung der Kriterien bei der Krankenhauswahl zeigen Braun und Grüneberg, dass für 16,4 % der Patienten die Lage und Erreichbarkeit des Krankenhauses von größter Bedeutung ist (Braun-Grüneberg/Wagner, 2008). In der psychonomics-Studie wird darüber hinaus deutlich, dass neben der räumlichen Nähe des Krankenhauses insbesondere auch die emotionale Nähe eines Krankenhauses für Patienten von Relevanz ist. Diesen Effekt können bekanntes Krankenhauspersonal, aber auch eigene Krankenhausaufenthalte oder die von Freunden und Bekannten herstellen.

Individuelles Erleben ist relevanter Ansatzpunkt für optimierte Versorgungsqualität

Vor diesem Hintergrund wird das persönliche Erleben eines Krankenhausaufenthaltes zum relevanten psychologischen Ansatzpunkt für eine optimale Versorgung. Das Image und die erlebte Versorgungsleistung eines Krankenhauses werden wesentlich davon beeinflusst, wie der Patient den einzelnen Krankenhausaufenthalt erlebt und wie er diese Erfahrungen entsprechend an Bekannte und Verwandte weiter trägt. Braun und Grüneberg zeigen in ihrer Untersuchung, dass 48,9 % der Patienten eine behandelnde Klinik auf Grund von Empfehlungen und eigenen Erfahrungen auswählen (Braun-Grüneberg/Wagner 2008).

Im Rahmen der psychonomics-Studie konnten auf Basis der Tiefeninterviews sechs Dimensionen des Krankhauserlebens identifiziert

werden. Jede dieser Dimensionen beschreibt einzelne Erlebensprozesse, welche direkte Handlungswünsche nach sich ziehen. Die einzelnen psychologischen Erlebensdimensionen formen sich zu einem komplexen, zusammenhängenden Motivgefüge. Dabei kann es innerhalb des ganzheitlichen Gefüges zu spannungsgeladenen Widersprüchen, gegenseitigen Ergänzungen und Abhängigkeiten kommen, die sich unmittelbar im Erleben der Patienten und im daraus resultierenden Verhalten niederschlagen. Durch das ganzheitliche Gefüge bedingt, kann eine einzelne Motivdimension sich nicht in ihrer Gänze entfalten, da sie durch andere Motivdimensionen begrenzt wird. Wohl kann sie aber ein spezifisches Gewicht entfalten.

Über so entstehende Schwerpunkte bildet sich das Image eines Krankenhauses heraus. Vor diesem Hintergrund sollte die Optimierung des Versorgungsangebots eines Krankenhauses kein eindimensionaler Prozess sein, sondern der Komplexität des Motivgefüges Genüge tun und stets alle sechs Erlebensdimensionen ansprechen. Dabei ergeben sich Möglichkeiten und teils sogar krankenhausesindividuelle Notwendigkeiten der individuellen Schwerpunktlegung und Imagebildung.

Die Erlebensdimensionen

1. Im Zentrum der Heilkraft genesen

Wahrgenommen als fast schon religiös-spiritueller Zentrum der Heilkraft, haben Patienten in dieser Erlebensdimension ein hohes (Ur-)Vertrauen in ein Krankenhaus und seine Fähigkeiten. Krankenhäuser erlebt man als letzte helfende Instanz in der Not, die scheinbar gänzlich auf das Heilen und Wiederherstellen ausgerichtet ist.

Psychologisch gesehen, ist dieses Bild für Patienten sehr bedeutsam. Die mit der Diagnose und Erkrankung einhergehende körperliche Bedrohung ist für Patienten oft nur schwer fassbar und erschwert so einen Umgang mit der Krankheit. Die Vorstellung eines Alles heilenden

Krankenhauses wie auch der mit einem Krankenhausaufenthalt konkret absehbare Eingriff geben der Krankheit vielfach eine vorstellbare Gestalt. Diese macht es möglich, dem mit der Erkrankung einhergehenden Schicksal gefasster begegnen zu können.

Dieses Bild der „heilen“ Krankenhauswelt wird von den Patienten nach außen, aber auch vor sich selbst aufrechterhalten. Allgemeine Kritik oder Behandlungsfehler werden ausgeblendet, nivelliert oder auf weniger relevante Bereiche der Institution projiziert. Bedingt durch das hohe Vertrauen in die Instanz, wird Anordnungen des Krankenhauspersonals meist unhinterfragt Folge geleistet.

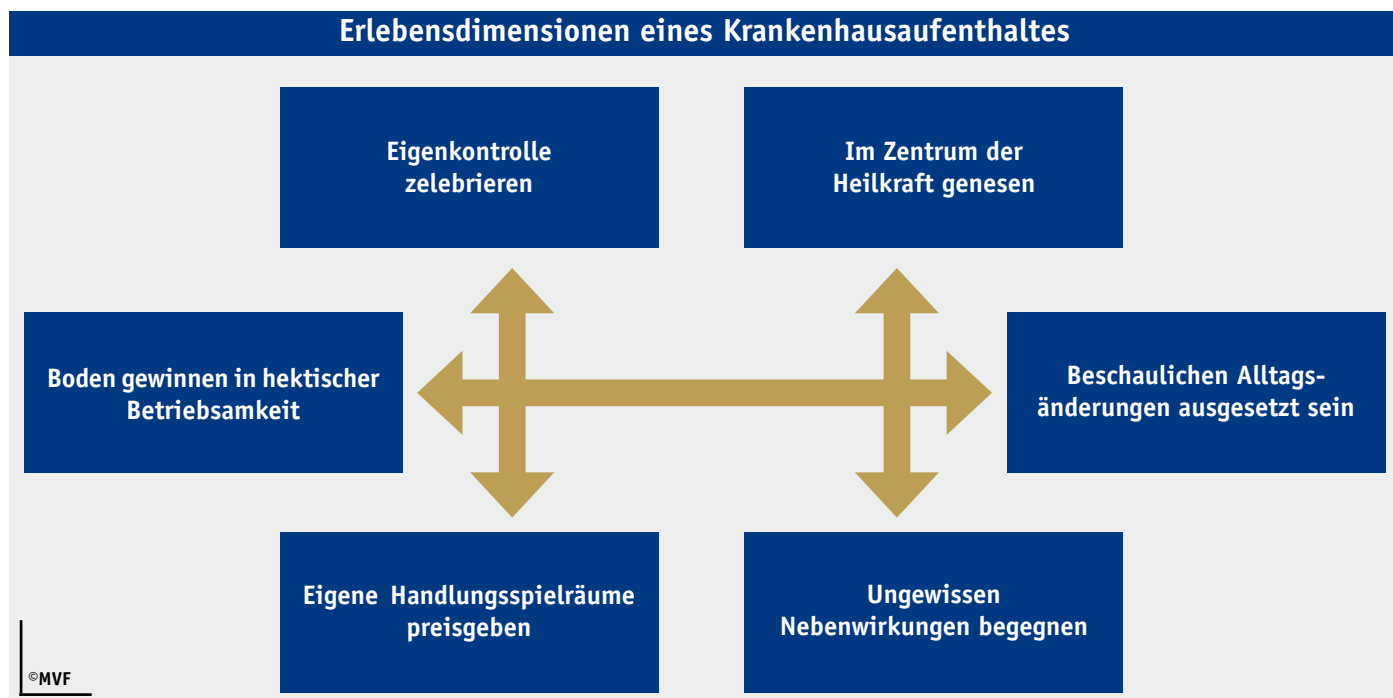
Maßnahmen zur wirkungsvollen Ansprache dieser Erlebensdimension sind ein medizinisch-spezialisierter, technisch-steriler Charakter. Zudem sollte der Auftritt von einer gewissen Unnahbarkeit geprägt sein, beispielsweise durch souverän-distanziertes Arztverhalten. Eine andere Möglichkeit stellt die Schaffung einer religiös-spirituellen Atmosphäre dar.

2. Ungewissen Nebenwirkungen begegnen

Durch fortlaufende Konfrontationen mit den realen Gegebenheiten wird das Bild des Krankenhauses als ‚Zentrum der Heilkraft‘ jedoch immer wieder aufgebrochen. Einerseits spielt hier das Bewusstsein mit, dass zur Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit paradoxerweise schwerwiegende und risikobehaftete Verletzungen des Körpers notwendig sind. Andererseits verunsichern aber auch Ansteckungsgefahren über Mitpatienten. Und auch die aktuellen Sparzwänge im Gesundheitswesen lassen Patienten glauben, der Erfolg oder Misserfolg einer Operation sei schicksalsgeleitet und nicht mehr kontrollier- und beeinflussbar. In der Folge kommt es zu seelischen Haltlosigkeiten.

Daher sind Patienten in dieser Erlebensdimension bemüht, Aspekte der Ungewissheit zu verdrängen und medizinisch geprägtes Krankenhausleben zu vermeiden.

Abb.1: Erlebensdimensionen eines Krankenhausaufenthaltes



Um sich in dieser Erlebensdimension zu profilieren, sollte ein Krankenhaus eine möglichst alltagsnahe, wohnliche Atmosphäre schaffen. Hotelähnliche Einrichtungen, beispielsweise mit polsterartigen Sitzgelegenheiten, warmen Farben und ein Verbergen medizinischer Gerätschaften stellen mögliche Beispiele dar.

3. Boden gewinnen in hektischer Betriebsamkeit

Ein Krankenhaus wird von Patienten auch als unbekannte, alltagsferne und hektische Welt erlebt. Diese Fremdheit hat zur Folge, dass Patienten sich zunächst orientierungslos und oft auch überfordert und abgestoßen fühlen. Gleichzeitig sind es jedoch gerade auch die hektischen und fremden Betriebsabläufe, die den Patienten in dieser Situation Zuversicht verleihen. Das schnelle und erkennbar zielgerichtete Ineinandergreifen von Arbeitsprozessen birgt das Versprechen, dass das Krankenhaus „funktioniert“. Daher möchte man sich dieser Welt nicht entziehen, sondern Teil der Krankenhauswelt werden. Zum einen wird aktiv versucht, das Regelwerk des Krankenhauses zu erlernen und so Sicherheit zu erlangen. Zudem möchte man sich aber auch emotional einbinden, indem man beispielsweise versucht, sich mit Zimmernachbarn oder dem Pflegepersonal anzufreunden.

Informationsmaterialien schon vor dem Krankenhausaufenthalt, eine umfassende persönliche Einführung zu Beginn des Aufenthaltes, aber auch alternative-vertraute räumliche Gliederungen wie z.B. der Aufbau eines Krankenhauses nach dem Vorbild einer Stadt mit Zentrum und Peripherie bilden Ansatzmöglichkeiten, diese Erlebensdimension anzusprechen.

4. Beschaulichen Alltagsänderungen ausgesetzt sein

Die mit Krankenhausaufenthalt verbundenen körperlichen und räumlichen Einschränkungen führen zu Aufhebungen gewohnter Alltagsstrukturen, die durchaus willkommen sind. So wird der Krankenhausaufenthalt als willkommene Befreiung von alltäglichen Anforderungen und Pflichten erlebt. Vor diesem Hintergrund bekommt das Krankenhaus einen entspannend-erholsamen Charakter und bietet Raum für (ruhige) Tätigkeiten, die im Alltag zu kurz kommen. Die Entbindung von Alltagspflichten kann in diesem Zusammenhang allerdings auch einen lähmenden Charakter bekommen. Der „draußen“ fortschreitende Alltag und immer dringlichere Aufgaben führen im Verein mit dem eigenen „planlosen“ Dasein dazu, dass eingeschränkte Möglichkeiten der Einflussnahme insbesondere von berufstätigen Patienten als latenter Druck erlebt werden. Als Folge entsteht eine Tendenz zum Einbringen und Aufrechterhalten eigener Alltagsroutinen in den Krankenhausbetrieb.

Neben dem Angebot verbindlicher zeitlicher Freiräume für die (be-

grenzte) Bearbeitung von Alltagserfordernissen sollte daher darauf geachtet werden, dass eine strukturierte Beschäftigung der Patienten erfolgt. Kleine Pflichten können das Gefühl des „Leerlaufs“ verringern. Dabei sollte jedoch die ruhige und Erholung spendende Grundatmosphäre nicht gefährdet werden.

5. Eigene Handlungsspielräume preisgeben

In dieser Dimension steht der mit einem Krankenhausaufenthalt verbundene Kontrollverlust im Fokus des Erlebens. Statt gewohnter erwachsener Selbstständigkeit erleben Patienten eine geradezu infantile Abhängigkeit vom Krankenhauspersonal. Eine Steigerung erfährt diese Tendenz in der Wahrnehmung, alle Versorgungsleistungen seien auf die Krankheit ausgerichtet und nicht auf die eigene Person. Diese Verschiebung führt dazu, dass man sich mehr oder weniger stark in einer Opferrolle sieht und mit dem Krankenhausaufenthalt ausgesprochen negative Qualitäten verbindet. Erst in Situationen vollkommener Hilflosigkeit und Leids werden die eingeschränkten Handlungsspielräume von den Patienten in ihrer Gänze akzeptiert und Hilfe ohne Einschränkung dankend angenommen.

In dieser Erlebensdimension kann ein Krankenhaus gegensteuern, indem es einen Schein von Selbstbestimmtheit schafft, etwa indem die Freiwilligkeit der Preisgabe von Handlungsspielräumen betont und gegebenenfalls sogar ausdrücklich bewundert wird. Zudem kann die Zuweisung kleinerer Tätigkeiten das Gefühl von Selbstständigkeit aufrechterhalten.

6. Eigenkontrolle zelebrieren

Die vorangegangene Erlebensdimension hat zur Folge, dass kämpferisch-aufrührerische Demonstrationen der Eigenkontrolle an den Tag gelegt werden. Dabei nutzt man die alltagsferne Kultur des Krankenhauses und die körperliche Schwäche als Rechtfertigung für Verhaltensweisen, die teils aggressiv eine Zentrierung auf die eigene Person sicherstellen sollen. Die eigene Handlungsfähigkeit wird sowohl gegenüber dem Krankenhauspersonal, den eigenen Angehörigen wie auch anderen Erkrankten zur Schau gestellt, etwa indem die Rolle des Arztes und seine Therapieempfehlungen hinterfragt werden. Im Zuge der Demonstration eigener Handlungsräume möchte man auch eigene Einflussbereiche vergrößern.

So wird versucht, sich beispielsweise im Zimmer abzugrenzen und ein eigenes „Revier“ zu markieren. Hier kann ein Krankenhaus ansetzen, indem räumliche und gestalterische Vorkehrungen für Rückzugsmöglichkeiten geschaffen werden. Auch ein besonders dienstleistungsbezogenes Auftreten des Krankenhauspersonals ist Merkmal einer erfolgreichen Ansprache.

Literatur

- Bleses, H. (2005): Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. In: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/PDF/Bleses.pdf> (18.08.08).
- Braun-Grüneberg, S./Wagner, K. (2008): Unterschiede im Informationsverhalten und in der Entscheidungsfindung von Patienten bei der Auswahl von Kliniken. In: Roski, R. (Hrsg.) (2008). psychonomics AG (2008): Patientenmarketing – Anforderungen und Potenziale in der stationären Versorgung. Köln: Eigenverlag
- Roski, R. (Hrsg.): Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation. Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder, 2008, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. Im Druck Statistisches Bundesamt (2008): http://www.gbebund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9065&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=3&p_news=&p_aid=57574402&hlp_nr=1&p_janein=J#T2 (18.06.08).

Fazit, Weiterführung und Ausblick

Das Image und damit die erlebte Versorgungsleistung eines Krankenhauses ist für die zunehmend eigenverantwortlichen Patienten heute relevante Entscheidungsgrundlage bei der Therapie- und Arztwahl. Zentrale Erkenntnis der Studie ist das Vorhandensein eines ganzheitlichen Motivgefüges, in dem einzelne Erlebensdimensionen zueinander in Beziehung stehen und auch gemeinsam angesprochen werden sollten. Diese Ganzheitlichkeit hat zur Folge, dass die einseitige Ansprache einer Erlebensdimension zu ungeahnten „Nebenwirkungen“ führen kann.

So kann etwa die zunehmende „Hotelisierung“ von Kliniken nach sich ziehen, dass die medizinische Versorgungskompetenz aus dem Blickfeld gerät und das Vertrauen der Patienten in die „Heilkraft“ der Institution untergraben wird. Umgekehrt kann eine Überbetonung medizinischer Aspekte vorhandene Ängste bezüglich der Gefahren von Erkrankungen unnötig schüren. Auch die Lockerung von Regeln und Strukturen im Krankenhausbetrieb (bspw. die völlige Freigabe von Besuchszeiten) bietet nicht nur Vorteile. Sie kann im Gegenteil ein Gefühl der Überforderung und Orientierungslosigkeit der Patienten während eines Klinikaufenthalts auslösen. Eine zu starke Regulierung führt hingegen dazu, dass die Patienten ihre Alltagsgewohnheiten über Maßen stark aufgeben müssen, erzeugt so Konfliktherde und begünstigt reaktantes Verhalten. Schließlich kann eine Überbetonung der „Serviceorientierung“ des Krankenhauspersonals zu einer Steigerung des erlebten Verlusts an Handlungsspielräumen führen. Wird der Patient hingegen zu stark in die Abläufe einbezogen, fühlt er sich unter Umständen nicht mehr angemessen versorgt. Eine erfolgreiche Strategie kann somit zwar

Individual Experience of Hospital Stays - Needs and Expectations of Patients

Psychological aspects of hospital stays have a decisive influence on patients' choice of hospital. The qualitative psychological study conducted by psychonomics AG sheds light on this issue from patients' point of view. In the findings of the study, six experiential dimensions form a complex and partly contradictory motive framework. As this motive framework has a holistic character, addressing motives one-sidedly can lead to unforeseen side effects. The findings not only hold the key to successful hospital marketing (which is becoming more and more important in times of growing financial challenges and increasing responsibility on the part of patients), but their usage ensures also optimized patient care.

Keywords

Quality of medical care; Hospital experience; Clinical care; Patient focus

Schwerpunkte legen, sollte jedoch in vermindertem Maße auch andere Erlebensdimensionen berücksichtigen.

Diese Zusammenhänge machen deutlich, dass die Anwendung der Studienergebnisse die Versorgungsqualität von Krankenhäusern steigern hilft, da die Patienten und deren Bedürfnisse konsequent in den Mittelpunkt gestellt werden. <<

Michael Siewert

Senior Project Manager, Healthcare Forschung, psychonomics AG / Jahrgang 1972
Diplom-Geograph. Studium der Wirtschaftsgeographie, BWL und Psychologie in Osnabrück und Porto (Portugal). Zusatzstudium in qualitativer Markt- und Medienpsychologie. Erfahrungen als Junior Consultant bei der I+G Nürnberg (heute GfK Healthcare) sowie als Freiberufler. Seit 2004 bei der psychonomics AG tätig. Als Senior Project Manager Leitung qualitativ-psychologische Studien im Healthcare-Bereich (national und international). Kontakt: michael.siewert@psychonomics.de



Anja Schweitzer

Senior Manager, Head of Healthcare Research, psychonomics AG / Jahrgang 1968
Diplom-Volkswirtin. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln. 1996 Einstieg bei psychonomics. 2001 bis 2004 Leitung des Ressorts Zielgruppenforschung. Seit 2005 Leitung der Healthcare Forschung der psychonomics AG. Seit Mai 2007 Senior Managerin und Leitung der neuen Niederlassung in Berlin. Kontakt: anja.schweitzer@psychonomics.de



Christina Sattel

Junior Project Manager, Healthcare Forschung, psychonomics AG / Jahrgang 1977
Soziologin M.A. Magisterstudium in den Fächern Soziologie, Politik und Volkswirtschaftslehre an der Universität Konstanz. Seit 2006 für die psychonomics AG tätig. Betreuung qualitativ-psychologischer Projekte in der Healthcare Forschung, insbesondere qualitativer Grundlagenstudien. Begleitung nationaler wie auch internationaler Projekte zu verschiedensten Themen des Gesundheitsmarktes. Kontakt: christina.sattel@psychonomics.de



Versorgungs-Intelligenz aus dem Norden

Intelligente Verträge

Stakeholder TaskForce

Care Maps

Festbetragsrechner

Klinikspiegel

EBM-Dossier

EPC HealthCare GmbH

EPC HealthCare GmbH
Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg

TEL +49 (40) 854 0291 - 00
FAX +49 (40) 854 0291 - 29

info@epc-healthcare.de
www.epc-healthcare.de