

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Vorsitzender des „Sachverständigenrates Gesundheit“: „Wir haben Vorschläge gemacht, wie man das Ganze wieder ankurbeln kann.“

- „Endpunkte bei lebenslimitierend Erkrankten“ (Sitte)
- „Balanced Scorecards als Managementinstrument“ (Hildebrandt)
- „P4P: Von der Option zur Umsetzung“ (Veit)

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

06/12 5. Jahrgang

Editorial

Das Ganze ankurbeln 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Vorschläge, wie man das Ganze ankurbeln kann“ 6

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Vorsitzender des „Sachverständigenrates Gesundheit“

Redaktion

„Für alle muss gelten: Innovation lohnt sich“ 14

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Prof. Dr. Volker Amelung und Prof. Dr. Martin Gersch

Finanzierungs-idee für „Entdeckungsverfahren“ 16

Prof. Dr. Eberhard Wille beim Kaminesgespräch der DGIV

Zwei Jahre AMNOG 17

„Market Access & Health Economics“-Forum des Georg Thieme Verlages

Young Lions gestartet 17

Jugendparlament soll frischen Wind fürs Gesundheitswesen bringen

„Das ist kein Endpunkt, sondern ein Startpunkt“ 18

3. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ in Berlin

Zahlen - Daten - Fakten

Arzneimittel im Kampf gegen den Krampf 12

Standards

Impressum 2

News 23

Kommentare / Wissen

Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung

„Endpunkte“ bei lebenslimitierend Erkrankten 20

Coaching: starker Ansatz für schwache Herzen 21

Susanne Ozegowski, Doktorandin an der TU Berlin
Datentransparenz ohne Regionaldaten? 30

Wissenschaftlicher Beirat Praxisbeirat

Prof. Dr. B. Borisch MPH FRCPath / Prof. Dr. G. Glaeske / Dr. C. Hermann / F. Knieps / R. Lederer / Prof. Dr. W.-D. Ludwig / Prof. Dr. E. A. M. Neugebauer / Prof. Dr. h.c. H. Rebscher / Dr. J. Roski MPH / Prof. Dr. M. Schrappe / Dr. T. Trümper

arvato services healthcare/ Deutsche BKK/InterComponentWare AG/Kassenärztliche Vereinigung Bayerns/Novartis Pharma GmbH/MedicalContact AG/Pfizer Deutschland GmbH/ Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH

WISSENSCHAFT

Alexander Pimperl/ Timo Schulte / Dr. Christian Daxer / Dr. Monika Roth / Helmut Hildebrandt 31

Der Balanced Scorecard-Ansatz als Managementinstrument für Netzwerke im Gesundheitswesen?

Als zwei essenzielle Defizite von integrierten Versorgungsnetzwerken in Deutschland werden oft die fehlende Professionalität des Managements und Intransparenz in Bezug auf ökonomische und qualitätsbezogene Ergebnisse genannt. Performance Management Systeme (PMS) haben sich als Charakteristikum eines professionellen Managements in „traditionellen“ - nicht als Netzwerk strukturierten - Organisationen schon länger etabliert. Für den speziellen Kontext - Netzwerke im Gesundheitswesen - gibt es in Deutschland erst wenige Erfahrungen mit PMS.

Prof. Dr. Heiko Burchert 36

Blutzuckerteststreifen auf ebay - Hinweise auf Adhärenzprobleme und ihre Kosten

Das Selbstmanagement von Diabetikern ist ein wesentlicher Baustein bei der Betreuung und Versorgung von Patienten mit einem Diabetes mellitus. Das Selbstmanagement weist jedoch noch eine Vielzahl von Defiziten auf. Ein solches Defizit sind die von Privat auf ebay zum Kauf angebotenen Blutzuckerteststreifen. Im Beitrag wird dem Ausmaß dieses Handelns, seinen Motiven, Folgen und den Möglichkeiten, dem zu entgegnen, aus ökonomischer Perspektive nachgegangen.

Dr. med. Dagmar Hertle / Dr. med. Christof Veit 40

Pay-for-Performance in Deutschland: Von der Option zur Umsetzung

Die Gewährleistung guter Versorgungsqualität und die Notwendigkeit zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen bei anhaltender Finanzierungsproblematik bedarf neuer Wege effektiver Steuerung und zeitnahen Veränderungsmanagements. Eines der Konzepte hierzu ist die leistungsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance, P4P).

Dr. rer. pol. Boris Augurzyk / Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers / Eva-Marie Torhorst, M.A., MBA 47

Krankenhausprivatisierung in Deutschland: Ein Dialog zwischen Politik und Gesundheitsökonomie

Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich seit Beginn der 1990er Jahre in einem erheblichen Strukturwandel, dessen Ende noch nicht absehbar ist. Die Zahl der Krankenhäuser ist von 1991 bis 2010 um rund 14% zurückgegangen, Gleiches gilt für die Zahl der Betten (-25%) und die Verweildauer (-44%) (Statistisches Bundesamt 2011). Entsprechend ist es zu einem merklichen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen (+24%) - ein Zeichen einer Effizienzsteigerung.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 24 - 29

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

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

Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de
Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1
stegmaier@m-vf.de
Redaktion
Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

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

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

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

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

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin. Verbeitete Auflage: 6.710 (IVW 3. Quartal 2012)



BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



Erwarten Sie mehr von uns: Die einzigartige Analyseplattform IH-GALAXY, umfangreiches Markt- und Daten-Know-how sowie exzellenter Service machen uns zu einem der führenden Dienstleister im Gesundheitsmarkt. Auf Basis der Behandlungshistorie von bis zu 40 Millionen Patienten können wir zeitnah Auffälligkeiten im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung aufdecken. Unsere Daten und Analysen dienen u. a. als Basis für umfassende Kosten-Nutzen-Bewertungen und Versorgungsstudien.

Was Sie sonst noch von uns erwarten können, finden Sie unter www.insight-health.de.

**INSIGHT**HEALTH



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Das Ganze ankurbeln

Titelinterview mit Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

> S. 6 ff.

„Wir müssen wieder einen Anreiz schaffen wie damals bei der 1-Prozent-Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Doch sollte man aus der damaligen Situation lernen und Mitnahmeeffekte verhindern.“ „Krankenkassen, die derartige Versorgungskonzepte auf den Weg bringen, sollen für fünf Jahre zinsverbilligte oder vielleicht sogar zinslose Darlehen aus einem Kapitalfonds bekommen.“ - so zwei der Aussagen von Professor Gerlach im Titelinterview. Ein sehr interessantes Gespräch. Es geht außerdem u.a. um die zu gering ausgeprägte Outcome-Betrachtung im deutschen Gesundheitssystem, um Pay-for-Performance („Man braucht einen Payment-Mix.“) und um die „ineffiziente Konkurrenz“ an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung.

Interview zu „Monitoring I.V.“

> S. 14 ff.

Über die 2. Erhebungsrunde ihres Krankenkassen-Befragungsprojektes „Monitoring I.V.“ berichten **Prof. Spitzer** (DGIV), **Prof. Amelung** (BMC) und **Prof. Gersch** (CCEC) im zweiten großen Interview dieser Ausgabe.

3. MVF-Fachkongress: Erste Ergebnisse

> S. 18 f.

Über die ersten Ergebnisse des MVF-Fachkongresses „Patientenrelevante Endpunkte“ berichten wir unter der Überschrift: „Das ist kein Endpunkt, sondern ein Startpunkt“. Die Dokumentation der Vorträge und Diskussionen finden Sie in der kommenden Ausgabe.

Wissenschaftliche Beiträge

Pimperl u.a. präsentieren den Ansatz der Balanced Scorecard zur transparenten Darstellung und Steuerung verschiedener ökonomischer und qualitativer Ergebnisdimensionen von Organisationen und seine Einsatzmöglichkeiten für Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen. In einem zweiten Teil werden sie die Balanced Scorecard exemplarisch für die integrierte Versorgung im Gesunden Kinzigtal vorstellen.

> S. 31 ff.

Burchert analysiert das Phänomen der auf eBay angebotenen Blutzuckerteststreifen und interpretiert es als mangelnde Adhärenz von Patienten, denn diese Blutzuckerteststreifen waren offenbar für die Behandlung des Diabetes mellitus gedacht und wurden nicht dafür eingesetzt. Ausmaß, Motive und Folgen dieses Adhärenzproblems sowie Möglichkeiten, hier Verbesserungen zu erreichen, werden untersucht.

> S. 36 ff.

Hertle und **Veit** fassen auf der Basis ihres umfangreichen Gutachtens für das BMG die aktuelle wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von leistungsorientierter Vergütung (Pay-for-Performance) zur Verbesserung der Versorgungsqualität zusammen. Hertle und Veit analysieren, was alles unter dem Begriff P4P verstanden wird und stellen ein Modell vor, dass die Erfassung und Analyse der einzelnen Bestandteile von P4P und ihres komplexen Zusammenwirkens ermöglicht. Der bisherige Einsatz von P4P in Deutschland im Rahmen von Selektivverträgen zeigt, dass P4P in Deutschland umgesetzt werden kann. Zur weiteren Verbreitung sind allerdings klare Rahmenbedingungen auf politischer Ebene nötig.

> S. 40 ff.

Augurzky, Beivers und **Torhorst** präsentieren Ergebnisse des RWI-Faktenbuchs „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“, das empirisch relevante Kennzahlen zum Krankenhausmarkt in Deutschland differenziert auswertet. Auf dieser Grundlage analysieren Sie die politischen und ökonomischen Argumente der Debatte über die Krankenhausprivatisierung in Deutschland.

> S. 47 ff.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre, frohe Weihnachten, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

WEGE AUS DEM SCHMERZ

Chronische Schmerzen gehören zu den großen Gesundheitsproblemen in Deutschland. Wer betroffen ist, muss kämpfen – für einen normalen Alltag und für die richtige Therapie. Vier Schritte sind notwendig, um Deutschland Wege aus dem Schmerz zu ermöglichen:

CHRONISCHE SCHMERZEN ERFORDERN MEHR AUF- MERKSAMKEIT.

Chronische Schmerzen fehlen in den meisten Statistiken zur Erfassung und Bedeutung von Krankheiten. Die Erkenntnisse der Schmerzforschung müssen ihren Weg in die tägliche Praxis finden. Deutschland braucht mehr Aufklärung über Schmerz – und einen Facharzt für Schmerztherapie.

SCHMERZEN VERLANGEN VON ANFANG AN EINE GEZIELTE BEHANDLUNG.

Kaum eine Krankheit ist so vielschichtig wie Chronischer Schmerz – jede Therapie und jedes Medikament muss individuell auf den Patienten abgestimmt sein. Deutschland braucht eine flächendeckende Versorgungsstruktur und integrierte Versorgungsmodelle, auch im ambulanten Bereich.

CHRONISCHE SCHMERZEN MÜSSEN ALS KRANKHEIT ANERKANNT WERDEN.

Akute Schmerzen sind ein Warnhinweis. Werden Schmerzen chronisch, haben sie häufig keine klar erkennbaren Ursachen mehr. Der Chronifizierung können Ärzte nur dann begegnen, wenn Chronische Schmerzen als eigenständiges Krankheitsbild akzeptiert und abrechenbar werden.

IM MITTELPUNKT STEHT DER CHRONISCH SCHMERZKRANKE MENSCH.

Die Medizin muss sich mit einem neuen Effizienzgedanken beschäftigen: Was zählt, ist der Behandlungserfolg. Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt und müssen in die Therapie einfließen. Patienten haben zudem ein Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss verdient.



„Wege aus dem Schmerz“ ist eine Initiative von:

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Vorsitzender des „Sachverständigenrates Gesundheit“

„Vorschläge, wie man das Ganze ankurbeln kann“

Mit der Berufung von DEGAM-Präsident Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach zum neuen Vorsitzenden des „Sachverständigenrates Gesundheit“ steht erstmals ein Allgemeinmediziner an der Spitze dieses bedeutenden Politikberatungsgremiums. Mit inzwischen 16 Gutachten und Sondergutachten analysiert der interdisziplinär besetzte Rat, der aus dem 1985 erstmals berufenen „Deutschen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ hervorging, seit nunmehr 27 Jahren die Problemfelder im deutschen Gesundheitssystem. Als wegweisend gelten „Kooperation und Verantwortung“ (Gutachten 2007), „Koordinationsdefizite der Gesundheitsversorgung“ (Sondergutachten 2009) und aktuell „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ (Sondergutachten 2012). Gerlach war bisher stellvertretender Vorsitzender des Rats und löste im September den Ökonomen Prof. Dr. Eberhard Wille (siehe Interview in MVF 05/12) ab.

>> Beim Symposium des Sachverständigenrats zur Vorstellung des aktuellen Gutachtens kam vieles zur Sprache, doch eines nicht: das Thema Pay for Performance oder vielleicht besser Pay for Outcome, wie es Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer im letzten Titelinterview forderte. Warum haben Sie dieses Themenfeld nicht angesprochen?

Es war schlicht nicht Bestandteil des Gutachtens mit dem Titel „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“.

Warum eigentlich nicht? Wettbewerb führt doch fast zwangsläufig auch zu Fragen der Honorierung.

Das ist uns natürlich sehr bewusst. Es gibt jedoch sehr unterschiedliche Anreizsysteme, und Pay for Performance ist nur eines davon. Dazu kommt, dass es zu P4P eine sehr heterogene Studienlage gibt, die wir überdies schon im vorherigen Gutachten des Jahres 2009 beleuchtet haben, so dass wir nichts wirklich Neues hätten hinzufügen können. Ebenso wurden die Aspekte der sektorenübergreifenden sowie populationsorientierten Versorgung und Honorierung im 2009er Gutachten ausführlich dargelegt und wurden daher im aktuellen Gutachten ganz bewusst nicht noch einmal wiederholt. Da wir die Reihe unserer Gutachten im unmittelbaren Zusammenhang sehen, sollen bestimmte Fakten auch nicht unnötig zweimal erläutert werden. Genau das wird oft vergessen: Die einzelnen Gutachten stehen nicht isoliert da, sondern bauen nach Möglichkeit systematisch aufeinander auf.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch das Gutachten „Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung“, das bereits im Herbst 2010 an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) vergeben und erst im August dieses Jahres veröffentlicht wurde.

Darin wurde erneut bestätigt, was wir bereits aus verschiedenen internationalen Reviews und Publikationen wissen: P4P ist ein sehr heterogenes und komplexes Instrument. Es ist möglich, aber keineswegs einfach, damit erwünschte Effekte zu erzielen. Wie so oft im Leben kommt es auch hier sehr darauf an, wo und wie man P4P einsetzt und vor allem in welcher Dosierung man das tut. Der Sachverständigenrat vertritt die Auffassung, dass P4P nicht die vorherrschende Vergütungsform sein kann, sondern immer nur in Kombination mit anderen Instrumenten eingesetzt werden sollte. Im 2009er Gutachten wurde daher eine Entwicklung in Richtung einer umfassenden, prospektiv gezahlten, kontaktunabhängigen und risikoadjustierten Capitation – dann kombiniert mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen – bevorzugt.

Dabei ist die qualitätsorientierte Vergütung im Sinne eines Korrektivs immer nur als relativ kleiner Bestandteil einer insgesamt weitgehend pauschalierten Gesamtvergütung gedacht.

Weil hier ja auch Pay per Outcome ins Spiel kommen sollte.

International ist man sich eigentlich vor allem in einem Punkt einig: Man braucht einen sogenannten Payment-Mix. Denn es gibt nun einmal keine einzelne, allen anderen Optionen überlegene Honorierungs- und Anreizform, sondern letztlich immer nur eine der Situation angepasste Mischung aus verschiedenen Elementen. Dazu zählen je nach Versorgungsbereich in der Regel mehr oder weniger ausgeprägte pauschale Vergütungskomponenten wie eben die Capitation und als gezielte Ergänzung auch P4P-Elemente, soweit möglich, natürlich auch outcomeorientiert.

Wo sehen Sie denn eine Kombination von Pauschalhonorierung und P4P in der Versorgungsrealität verwirklicht?

Das war zwar nun nicht Bestandteil des aktuellen Gutachtens, sondern des vorherigen, aber man kann feststellen, dass zum Beispiel der Paragraf-73b-Vertrag in Baden-Württemberg derartige Elemente enthält.

Sie sprechen die kontaktunabhängige Pauschale an.

In Kombination mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen, wie beispielsweise der Erreichung einer bestimmten Impfquote oder dem Einsatz von Versorgungssistentinnen in der Hausarztpraxis bei der Versorgung von chronisch Kranken. Hier haben wir erste Kombinationen zwischen kontaktunabhängiger Pauschalierung auf der einen und gezielten Anreizen für bestimmte Leistungsbereiche auf der anderen Seite.

Auf dem SVR-Symposium wurde gesagt, dass die wichtigste Outcome-Dualität Lebensqualität und Lebensdauer ist. An dieser Dualität muss sich alles andere messen lassen, was es an Surrogatparametern alles gibt. Doch eigentlich wurde bisher noch nie definiert, was Patientenoutcomes aus Sicht des Patienten sind.

Wir benötigen neben Outcome-Indikatoren aus Steuerungsgründen durchaus auch Prozessparameter. Ein wichtiger Grund ergibt sich aus der Tatsache, dass wir seltene Outcomes – wie beispielsweise vermeidbare Sterblichkeit bei Operationen – nur sehr schlecht messen können. Das mag aus Patientensicht hartherzig klingen, wenn man sagt, dass es bei der Sterblichkeit ein Messproblem gibt, weil man bei Mortalität, bezogen



auf einzelne Einrichtungen und Eingriffe, nicht genügend Fallzahlen hat.

Was ja auch für die Güte unseres Gesundheitssystems spricht.

Schon richtig. Doch genau aus diesem Grund ist es sinnvoll, derartige patientenrelevante Outcomeparameter auf größere Populationen beziehen zu können, um nämlich auf diese Weise zu höheren bzw. ausreichenden Fallzahlen zu kommen. Dennoch haben Sie schon recht: Diese Betrachtungsweise ist bisher noch viel zu wenig ausgeprägt. Mir würde auch kein Beispiel einfallen, bei dem diese Outcome-Betrachtung in Deutschland bereits umgesetzt worden wäre.

Also doch wieder eher Surrogatparameter.

Es geht nicht anders. Man kann zum Beispiel anknüpfen bei Parametern wie „vermiedene Amputationen bei Diabetes“, „vermeidbaren Entgleisungen bei chronischen Erkrankungen“, „unerwünschten Arzneimittelwirkungen“ oder auch „unnötigen medikationsbedingten Krankenhausaufnahmen“. Bei letzteren schätzen wir zum Beispiel, dass zwischen drei und sieben Prozent aller Krankenhausaufnahmen iatrogen, durch die Medikation ausgelöst werden.

Die demnach vom Arzt erzeugt sind, wenn man gerade des Altgriechischen nicht ganz so mächtig sein sollte.

Stimmt. Das wäre neben der „ungeplanten Wiederaufnahme nach Krankenhausaufenthalt“ schon ein höchst interessantes intermediäres Outcome, das wir sehr gerne analysieren würden.

Sie haben sicher bewusst den Konjunktiv benutzt: Wer kümmert sich um solche Versorgungsforschungs-Grundlagen? Wenn man diese Frage nicht angeht, wird man auch in weiteren zehn Jahren immer noch nicht viel weiter mit der Outcomeorientierung gekommen sein.

Das ist richtig. Deshalb hat der Rat die Aufgabe vorzudenken, Vorschläge zu machen und entsprechende Empfehlungen zu geben.

Ist ja nett, aber mehr nicht?

Wir bauen letztlich darauf, dass alle Beteiligten ihre Vertragsfreiheit nutzen und die vorhandenen und durchaus erheblichen Möglichkeiten umsetzen. Klar ist aber auch: Die Leistungspartner könnten schon jetzt wesentlich mehr tun, als im Augenblick tatsächlich gemacht wird.

Der Bundesverband Managed Care hat sicher auch darum sogenannte Leuchtturmprojekte benannt.

Es gibt durchaus einige sehr interessante, meist regionale Modellprojekte, die als Best-Practice-Modelle Vorbild für andere sein können. Doch grundsätzlich halten wir nichts davon, etwas vorschreiben zu wollen. Wir können letztlich nichts anderes tun, als sinnvolle Rahmenbedingungen und geeignete Anreizsysteme zu beschreiben, welche die Akteure dann vor Ort selbst ausgestalten müssen. Andererseits würden wir uns natürlich oft wünschen, dass mehr passiert.

Zur Zeit scheint auf Kassenseite eher das große Warten Programm zu sein.

Diese Haltung ist im Augenblick in der Tat äußerst unbefriedigend. Die Bereitschaft zur Innovation und zum Initiieren neuer Versorgungskonzepte ist heute so gering wie lange nicht. Daher haben wir ja im aktuellen Gutachten Vorschläge gemacht, wie man das Ganze wieder ankurbeln kann.

Was sind die wichtigsten Vorschläge?

Wir müssen wieder einen Anreiz schaffen wie damals bei der 1-Prozent-Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Doch sollte man aus der damaligen Situation lernen und Mitnahmeeffekte verhindern.

Beutegemeinschaften, wie sie Ihr Vorgänger, Prof. Dr. Eberhard Wille, immer so nett nannte.

Die Leistungspartner haben tatsächlich Beutegemeinschaften gebildet, um die 1-Prozent-Finanzierung und deren Honorarvolumen abzugreifen. Was aber viel schlimmer ist: Es fehlt völlig an Evaluationen! Wir wissen überhaupt nicht, was bei den so geförderten Projekten heraus gekommen ist.

Ein großer Teil dieser Selektivverträge bezog sich zum Beispiel auf die Implantation von Hüftendoprothesen.

Das war eben nicht das, was sich der Gesetzgeber vorgestellt hat. Denn hier wurden oft genau die Dinge gemacht, die ohne Anschubfinanzierung ohnehin gelaufen wären.

Während andere nur gemacht wurden, weil man an die Finanzierung kommen wollte.

Aus diesen Gründen gab es damals auch viel zu wenig echte Entwicklung. Daher haben wir jetzt einen Vorschlag gemacht, der darauf abzielt, bestimmte Voraussetzungen zu benennen, um eine derartige Förderung überhaupt bekommen zu können. Zuerst soll ein Versorgungsprojekt sektorenübergreifend und populationsorientiert angelegt sein und - dort wo es sinnvoll ist - auch den bisher vernachlässigten Bereich der Pflege mit einbeziehen. Damit sind schon ein paar von weiteren, sehr dezidierten Auswahlkriterien für innovative Versorgungskonzepte genannt. Weiterhin wäre natürlich die verpflichtende Evaluation zu nennen.

Das ist schon eine hohe Hürde.

Das heißt ja nun nicht, dass man nicht auch andere Versorgungskonzepte initiieren kann. Aber oben genannte sollten unserer Meinung nach gezielt priorisiert werden. Wir möchten eben nicht mehr ein wahlloses Nebeneinander von sinnvollen und unsinnigen Projekten fördern, sondern primär solche, die notwendige Weiterentwicklungen - in Richtung einer sektorenübergreifenden und populationsorientierten Versorgung verfolgen.

Und wie wollen Sie Mitnahmeeffekte verhindern?

Krankenkassen, die derartige Versorgungskonzepte auf den Weg bringen, sollen für fünf Jahre zinsverbilligte oder vielleicht sogar zinslose Darlehen aus einem Kapitalfonds bekommen.

Der wie und von wem angelegt wird?

Das müsste, wenn er das will, der Gesetzgeber entscheiden. Ein probater Vorschlag wäre es, einen solchen Kapitalfonds bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau anzusiedeln. Hier könnten dann Krankenkassen, die ein neues Versorgungsmodell anbieten möchten, die nach Bereinigung zusätzlich anfallenden Kosten refinanzieren.

Vor allem die Anschubkosten. Auf ihrem Kongress verdeutlichte Prof. Dr. Spitzer, Vorsitzender der DGIV, in seinem Vortrag, wie lange sich die Amortisierungsphase hinstrecken kann.

Exakt. Er beschrieb ein kardiologisches integriertes Versorgungskonzept, das den Break Even erst nach viereinhalb Jahren erreicht hat.

Das ist aber nur der Zeitraum, den man braucht, um vom Defizit ins Positive zu kommen, von einem ausgeglichen Haushalt kann man da noch lange nicht sprechen.

Neue innovative Versorgungsmodelle tragen sich entweder sowieso, weil es von vorneherein für die Krankenkasse eindeutige Kostenvorteile gibt. Dann braucht man auch keine Anschubfinanzierung. Bei anderen, die etwa erst einmal in Vernetzung und den Aufbau eines regionalen Managements investieren müssen, dagegen schon. Immer dann, wenn die daher verpflichtende Evaluation nach einer gewissen Zeit zeigt, dass sich die Versorgung - möglichst gemessen an patientenrelevanten Outcomes - verbessert hat, sollten die hier entstehenden Zusatzkosten nach Bereinigung direkt aus dem Gesundheitsfonds refinanziert werden.

Dieser Vorschlag grenzt sich schon von dem pauschalen Vorschlag ab, einfach wieder einen Innovationsfonds mit ein paar Prozent aufzulegen.

Eine solche pauschale Fondsfinanzierung wäre völlig undifferenziert und ohne jegliche Steuerungsfunktion. Es muss uns doch darum gehen, wirklich relevante Innovationen zu fördern. Und das funktioniert letztlich nur dann, wenn man die Entscheidung, ob ein Versorgungsprojekt sinnvoll ist oder nicht, auf einen späteren Zeitpunkt verlegt. Was übrigens ein ganz starkes Argument für Versorgungsforschung ist, denn nur mit deren Methodenarsenal können innovative Versorgungsmodelle sinnvoll analysiert werden.

Bräuchte dann nicht Versorgungsforschung auch so eine derartige Finanzierung?

Evaluative Versorgungsforschung für neue Versorgungsmodelle könnte man auf diesem Weg mitfinanzieren. Dennoch wäre es unabhängig davon nötig, die Versorgungsforschung als solche zu fördern. Das hat der Rat übrigens praktisch in jedem seiner Gutachten gefordert.

Mit wenig Nachhaltigkeit.

Immerhin stand die Förderung der Versorgungsforschung explizit im aktuellen Koalitionsvertrag.

Gleich zweimal. Nur ist nicht viel passiert, wenn man die aktuelle Ausschreibung des BMWF, deren Budget übrigens nicht beziffert wurde,

einmal außen vor lässt.

Ich weiß auch nicht genau, wie hoch das Förderbudget ist, obwohl ich Mitglied im Gesundheitsforschungsrat des BMWF bin. Positiv ist aber, dass es beim BMBF durchaus deutlich mehr Aufgeschlossenheit für Versorgungsforschung als früher gibt und die aktuelle Förderung ist auch Ausdruck dieses Willens.

Wenn man das Gesamtbudgetvolumen des Gesundheitswesens in Deutschland betrachtet, sind das Peanuts, wie Banker aus ihrer Heimatstadt Frankfurt sagen würden. Doch kehren wir zum aktuellen Gutachten zurück, das so schön heißt „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“. Wo soll denn dieser Wettbewerb tatsächlich stattfinden?

Wir müssen zuallererst konstatieren, dass es sehr unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen für Kliniken und Praxen gibt. Im stationären Bereich haben wir eine ganz andere Investitionsfinanzierung und ganz andere Honorierungsbedingungen, Qualitätssicherungsverfahren, Bedarfsplanungen und Zulassungsbedingungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als im ambulanten Bereich. In beiden Sektoren wird das alles jeweils komplett anders, zum Teil sogar gegensätzlich gehandhabt. Wenn man nur einmal an neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren denkt, dann haben wir im Krankenhaus die Situation, dass alles erlaubt und abrechenbar ist, was nicht ausdrücklich verboten wurde, und im ambulanten Bereich ist es genau umgekehrt. Dort kann man nur das abrechnen, was ausdrücklich erlaubt ist. Ebenso gegensätzlich sind einerseits Fallpauschalen bzw. DRG in der

Klinik, andererseits der EBM in der Praxis. Oder auf der einen Seite Krankenhaus-Investitionen durch Krankenträger wie Länder, Kommunen oder Kreise, auf der anderen die Privatinvestition eines selbstständigen Kleinunternehmers (meist) mit Dokortitel. Oder denken Sie an die Unterschiede in der

Qualitätssicherung: hier die meist extern vergleichende Qualitätssicherung in der Klinik, in der Praxis das eher interne Qualitätsmanagement sowie verschiedene Genehmigungsvorbehalte.

Unter all diesen unterschiedlichen Bedingungen kann es doch gar keinen Wettbewerb geben.

Zumindest keinen echten und fairen Wettbewerb, sondern eher so etwas wie eine ineffiziente Konkurrenz.

Kann es unter diesen konträren Bedingungen überhaupt eine sektorenübergreifende Versorgung geben?

Wir sehen hier gerade in dem neuen, allerdings noch sehr kleinen Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung eine echte Chance. Ich glaube sogar, dass die sich hier eröffnenden Möglichkeiten noch stark unterschätzt werden.

Ein Bereich, der zunächst sehr klein geschrumpft worden ist.

Ob klein oder nicht, hier wird es einheitliche Rahmenbedingungen geben. Ambulant tätige Klinikärzte und ambulant tätige niedergelassene Ärzte arbeiten hier plötzlich in einem neuen, gemeinsamen ambulanten Versorgungsbereich und dies erstmals unter den gleichen Bedingungen. Das wird das erste Mal sein, dass es einen echten Wettbewerb um die bessere Versorgung geben kann. Wir schlagen hier vor, dass man diesen Bereich sukzessive ausdehnen sollte – im nächsten Schritt konkret um ambulante Operationen, stationärsersetzende Leistungen und Kurzzeitfälle.

Also weit über den bisherigen Sektor der besonders schweren Fälle hinaus, was immer das auch genau sein mag.

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss festlegen, was er darunter subsumieren wird. Es gab ja schon vorher einen Katalog nach § 116b, der nun entsprechend angepasst werden muss.

Solange das Ganze unter 1 Prozent des Versorgungsvolumens bleibt.

Das ist fraglich. Wenn man das Gebiet - wie eben beschrieben - ausdehnen würde, wäre es deutlich mehr. Darüber hinaus schlagen wir vor, dass man diesen Bereich zukünftig ausschließlich selektivvertraglich regelt. Die durchaus berechtigte Angst, insbesondere der Kostenträger war es, einen Bereich zu schaffen, in dem quasi jeder unbegrenzte Leistungen erbringen darf, der es kann. Wie Minister Bahr auf unserem Symposium noch einmal festgestellt hat, könnte es durchaus zu Mengenausweitungen kommen. Wenn man diesen gesamten neuen Bereich - auch wenn er wachsen sollte - jedoch ausschließlich der selektivvertraglichen Regelung unterstellen würde, könnte man in diesem Bereich unter gleichen Bedingungen über Mengen, Preise und Qualität konkrete Vereinbarungen treffen. Das würde ungebremste Mengenausweitungen verhindern und zugleich echten Wettbewerb ermöglichen.

Das könnte genau das sein, vor dem die Vertreter der verfassten Ärzteschaft Angst haben wie der Teufel vor dem Weihwasser: Zunahme des Selektiven auf Kosten des Kollektiven.

Es ist klar, dass jedes Versorgungskonzept seine spezifischen Vor- und Nachteile hat. Bei der spezialfachärztlichen Versorgung ist es so, dass interessanterweise sowohl die Kliniken davor warnen, dass die niedergelassenen Fachärzte im Vorteil wären, als auch umgekehrt. Darum sagt Minister Bahr zu Recht, dass dann wohl der Interessenausgleich gelungen zu sein scheint.

Wenn die Menge an Kritik ein Gütezeichen ist ...

Wie auch immer. Wir müssen die starren Grenzen zwischen Kliniken und Praxen überwinden. Man kann und sollte in diesem Bereich durchaus etwas wagen.

Der große Vorteil wäre es ja wirklich, damit endlich einmal und erstmals die Sektorengrenze zu überwinden.

Wir haben bisher im Grunde ein geteiltes Land: Mittendurch läuft eine Mauer, auf deren beiden Seiten sich - eher gegeneinander als miteinander - zwei Versorgungssysteme entwickelt haben. Dieser neue Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung schafft das erste Mal eine Situation, bei der diese Mauer nicht nur perforiert, sondern tatsächlich abgerissen wäre. Denn hier entsteht für Kliniken und Praxen ein neuer gemeinsamer Versorgungsbereich mit gemeinsamen Spielregeln. Natürlich muss man analysieren, wie sich das Ganze entwickelt und sicher wird man auch an der ein oder anderen Stelle nachjustieren müssen, indem man andere Anreize schafft, Bedingungen ändert oder Rahmenbedingungen exakter definiert. Doch alles in allem hat die spezialfachärztliche Versorgung weitaus mehr Chancen als Risiken.

Gibt es Evidenz? Oder ist das ein politisch motivierter Feldversuch?

Für Deutschland gibt es keine Evidenz, wie auch, wenn es das erste Mal ist. Wir haben aber jede Menge Evidenz dafür, dass die starren Sektorengrenzen an und für sich hochproblematisch sind, etwa weil hier regelhaft Informationsbrüche auftreten und unkoordinierte Behandlungen stattfinden.

Doch diese ambulante spezialärztliche Versorgung ist an und für sich

doch ein deutscher Modellversuch.

Das würde ich nicht so sehen. Es gibt in vielen anderen Ländern durchaus Versorgungsbereiche, die nicht so stark getrennt sind wie bei uns. Selbst in Deutschland haben wir mit der Knappschaft und deren Prospernetzen ein schon lange bestehendes, zumindest ähnlich integriertes Versorgungskonzept. Denn die Knappschaft ist sowohl Versicherung als auch Träger von Knappschaftskrankenhäusern und -ärzten, sogenannten Sprengelärzten, die in einem traditionell bestehenden, integrierten Versorgungsmodell vorwiegend Bergleute versorgt haben.

Warum funktioniert es denn da und in der Breite nicht?

Weil wir in Deutschland ansonsten politisch den Payer- und Provider-Split bevorzugen.

Wie wäre es mit einer Art „Kaiser Permanente“ auf Deutsch?

Das ginge schon in eine durchaus interessante Richtung, wobei wir das im 2009er Gutachten dargestellt, aber so explizit gar nicht vorgeschlagen haben. Wir wollen zunächst einmal, dass sich die Provider zusammenschließen, wobei eine tatsächliche Überwindung des Payer-Provider-Splits hier noch nicht mit ins Spiel kommt. Aber das könnte man durchaus überlegen, wenn es auch bisher vom Rat noch nicht dezidiert vorgeschlagen wurde.

Warum haben denn die standesvertretenden Ärzte eine derartige Angst vor einem „Kaiser Permanente“-ähnlichen Versorgungssystem, in dem Versicherungs- und Leistungserbringungsmacht zusammengeführt wird zu einer - so die Hoffnung - besseren Gesundheitsversorgung?

Zunächst haben sich alle Leistungserbringer in unserem jetzigen kollektivvertraglichen, korporatistischen System sehr gut eingerichtet. Alles, was zu Änderungen führen könnte, löst Verunsicherung oder sogar die konkrete Angst aus, lieb gewordene Besitzstände zu verlieren. Diese durchaus verständlichen Ängste vor Veränderung ziehen eine geringe Bereitschaft nach sich, innovative Wege in zunächst unbekannte neue Gebiete zu beschreiten.

Was auch bei dem Thema anklang, das auf Ihrem Symposium angesprochen wurde: die Akademisierung des Pflegeberufes.

Man muss in der Diskussion unterscheiden, dass wir vor allen Dingen eine umfassende Professionalisierung der nicht-ärztlichen Berufe für notwendig halten. Wobei Professionalisierung nicht das Gleiche wie Akademisierung ist. Ersteres bedeutet in der Konsequenz beispielsweise, dass eine intensivmedizinisch tätige Krankenschwester zunehmend anspruchsvollere Aufgaben übernehmen darf und so Ärzte effektiv entlasten kann. Eine Entsprechung gibt es in der Hausarztpraxis mit dem Konzept der Versorgungsassistentin, die Hausärzte bei der Versorgung insbesondere von chronisch Kranken unterstützt und gleichzeitig entlastet. Das ist zum Beispiel im Zuge der demografischen Alterung und Zunahme von chronischer Krankheit bei gleichzeitigem Hausarztmangel eine hervorragende Strategie.

Und die Akademisierung?

Die stellt einen Teilaspekt dar, der nicht für alle gedacht ist, das ginge ja auch gar nicht. Relevant ist dies für vielleicht zehn Prozent der Pflegekräfte und anderen Gesundheitsfachberufe. Für diese ist die Akademisierung eine Chance, sich weiter zu qualifizieren. Das soll einerseits verhindern, dass insbesondere der Pflegeberuf ein Sackgassenberuf bleibt, und andererseits dazu führen, dass sich die Pflege konzeptionell weiterentwickeln kann. Doch es ist eben nicht so gedacht, wie das bei manchen Ärzten ankommt, dass künftig alle Schwestern

studieren sollen und irgendwann quasi nur noch promovierte Schwestern über die Stationen laufen, während die Hälfte der Ärzte keinen Dokortitel hat.

Anders gefragt: Wer macht die harte Arbeit am Patienten, wenn man nur noch Akademiker hat?

Das ist eine grundsätzlich durchaus berechtigte Befürchtung. Darum muss man sich immer klarmachen, dass es sich letztlich vielleicht um etwa zehn Prozent der Pflegekräfte handelt, die im Sinne der Akademisierung einen Studienabschluss machen. Anders herum heißt das aber auch, dass immer noch 90 Prozent der Pflegekräfte grundständige Pflegearbeit machen.

In der ungleichgewichtigen Diskussion offenbart sich, dass Ärzte berufsständisch gut und die Pflege eigentlich schlecht organisiert ist. Hier stehen sich keine gleich starken Partner gegenüber.

Außerdem haben wir hier das Phänomen, das wir generell im Gesundheitswesen beobachten können: Es handelt sich in erster Linie um einen Verbände- oder Funktionärsstreit. An der Basis, vor Ort gibt es diese Diskussionen gar nicht. Im Rettungsdienst, auf der Intensivstation oder im OP arbeiten Ärzte und nicht-ärztliche Assistenten, die höherwertige Aufgaben übernehmen, seit langem eng und vertrauensvoll zusammen. Auch zwischen Gemeindefachkräften und Hausärzten oder in der Diabetesversorgung gibt es gute interprofessionelle Kooperationen. Vor Ort sind die Berührungspunkte viel geringer, weil die Menschen viel pragmatischer agieren als die Verbandsebene. Hier geht es vor allem um Macht, Einfluss und um berufsständische Interessen.

Wir haben vor Kurzem mit ihrem Vorgänger im Amt, Prof. Wille, ein Interview geführt. Wenn man das Gespräch und das jetzige mit Ihnen vergleicht, fällt auf, dass auf der einen Seite der pure Ökonom durchscheint und hier eher der Arzt, der auch wissenschaftlich tätig ist. Ist das ein geplanter Wechsel im Sachverständigenrat, der damit auch eine Ära der Ökonomie in eine - sagen wir - Zeit der Patientenorientierung überführt?

Das war nicht das Motiv des Wechsels. Es ist vielmehr gute Tradition des interdisziplinär arbeitenden Rats, dass Vorsitzender und Stellvertreter in der Regel ein Arzt und ein Ökonom sind. Oder eben umgekehrt, denn ich war ja vorher Stellvertreter. Es war darüber hinaus schon immer so, dass die Leitung des Rates ebenso wie der Rat selbst interdisziplinär besetzt waren. So haben wir derzeit zwei Ökonomen, drei Mediziner, eine Pflegewissenschaftlerin und neu einen Juristen.

Warum keinen Patientenvertreter?

Das ist eine gute Frage. Daran hat man bisher nicht gedacht. Doch vielleicht wäre ein Patientenvertreter auch schwierig in einem Gremium von sieben Professoren zu etablieren. Der Anspruch, wissenschaftlich fundierte Politikberatung machen zu wollen, ist ja schon ein recht hoher. Vor dem Hintergrund vorhandener wissenschaftlicher Expertise und einer entsprechenden Ausrichtung der Ratsarbeit hat wahrscheinlich bisher noch niemand daran gedacht, aber ich könnte mir vorstellen, dass dies in der Zukunft einmal der Fall sein könnte. Wie alles unterliegt auch die Besetzung des Rats einem Wandel und obliegt letztlich der nächsten Regierung, die den nächsten Rat berufen wird.

Das wäre ein schönes Zeichen, nachdem auch im G-BA Patientenvertreter vertreten sind, wenn sie auch kein Stimmrecht haben. Was haben Sie sich denn für die Zeit Ihres Vorsitzes vorgenommen? Wo sehen Sie die Perspektive der weiteren Arbeit des Rates?

Der Rat hat ja vom Gesetz festgelegte Aufgaben, die wir natürlich erfüllen werden. Hier geht es im Wesentlichen darum, die Entwicklung im Gesundheitswesen zu begutachten, wie es der Name des Rats ja auch schon sagt. Unsere Aufgabe ist es, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Es gilt der alte Fußballerspruch, etwas abgewandelt: Nach dem Gutachten ist vor dem Gutachten?

Im Gesetz steht, dass der Rat alle zwei Jahre ein Gutachten erstellt. Demnach werden wir das nächste Gutachten voraussichtlich Mitte 2014 übergeben, so lange ist der gegenwärtige Rat auch berufen. Über den Inhalt des kommenden Gutachtens diskutieren wir gerade.

Wobei die letzten Gutachten alles Sondergutachten waren.

Richtig: Sondergutachten bedeutet, dass die Regierung, wie im Gesetz vorgesehen, den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen kann. Der Rat legt großen Wert auf seine Unabhängigkeit, wobei wir uns trotzdem immer über die Themen grundsätzlich verständigt und auch darüber diskutiert haben, was wir auch künftig tun werden.

Welche Zielrichtung hätten Sie denn gerne?

Ich habe schon Vorstellungen, möchte aber weder der Diskussion im Rat noch der Abstimmung mit dem BMG vorgreifen. Ich denke, dass wir bis Ende des Jahres die Richtung des kommenden Gutachtens festgelegt haben.

Wenn Sie auf inzwischen 16 Gutachten zurückblicken ...

... bin ich an den meisten nicht beteiligt gewesen. Generell kann man feststellen, dass aus den Gutachten durchaus eine ganze Menge umgesetzt worden ist. Manches aber auch nicht. Doch wir erwarten auch gar nicht, dass die Politik alle Maßnahmen genauso umsetzt, wie wir das empfehlen. Wir können auf der Basis wissenschaftlicher Grundlagen, unserer Analysen und internationaler Vergleiche lediglich Empfehlungen aussprechen, doch die Politik muss ja konkret verantworten, was sie tut. Und vor allem, wie sie Inhalte umsetzt: Denn sie muss immer Mehrheitspositionen entwickeln, und nur diese können dann auch im Gesetz verankert werden.

Welche Rolle nimmt der Rat ein?

Der Rat hat unter anderem die Rolle, Themen zu setzen, betreibt also eine Art Agenda setting. Das funktioniert auch, wenn Sie einmal an das Thema Über-, Unter-, Fehlversorgung oder die sektorenübergreifende, populationsorientierte Versorgung denken. Das sind Themen, die der Rat in die bundesdeutsche Debatte eingebracht hat. Auch die frühe Nutzenbewertung im Arzneimittelbereich geht beispielsweise auf Vorschläge des Rates zurück.

Man muss nur tief genug graben in den Gutachten.

Und Geduld haben. Manchmal dauert es fünf Jahre, oft auch zehn Jahre. Und manchmal wird nie etwas daraus. Damit müssen und können wir leben. Aber - wie gesagt - wir erwarten als Wissenschaftler auch gar nicht, dass alles Eins zu Eins umgesetzt wird, das würde ich als Politiker wahrscheinlich auch nicht machen.

Weil Politik auch ganz anders funktioniert als Wissenschaft.

Genau. Darum mischen wir uns als Rat generell nicht in die Tagespo-

litik ein. Aus diesem Grund gibt es auch ganz bewusst keine aktuellen Statements des Rats zu bestimmten Vorgängen.

In vielen Gutachten findet sich der Passus, dass Patienten Coproduzenten ihrer Gesundheit werden müssten. Was muss der Patient lernen?

Das ist wahrlich ein Thema, das der Rat schon häufiger thematisiert hat. Im aktuellen Gutachten werden beispielsweise die Aspekte „Nutzerkompetenz“ und „Health-Literacy“ ausführlich dargestellt.

Die Patienten haben in diesen Konzepten eine Mitverantwortung und auch eine große Chance.

Sie nehmen eine ganz wichtige Rolle ein. Wir plädieren dafür, die Kompetenzen des Patienten zu stärken, um ihn in die Lage zu versetzen, sich besser selbst zu helfen. Dafür ist es notwendig, dass er besser informiert wird, es dazu aktive Beratungsangebote gibt. Wir haben empfohlen, dass man auch in der Beratung von Patienten und ihren Angehörigen sektorenübergreifend denkt. Dass sollte nicht aufgeteilt werden nach SGB XI, SGB V, nach stationär, ambulant, Reha, dann noch nach verschiedenen Kostenträgern, Krankenkassen und Kommunen. Es macht aus Nutzersicht wenig Sinn in einem Ort 15 oder noch mehr verschiedene Beratungsstellen vorzuhalten, wir plädieren dafür, abgestimmte Angebote, möglichst aus einem Guss zu schaffen, um Patienten und ihren Angehörigen die Orientierung zu erleichtern. Wobei bei Patienten natürlich ganz unterschiedliche Voraussetzungen vorherrschen. Es gibt junge gebildete, chronisch kranke, die in webbasierten Foren unterwegs und in Selbsthilfegruppen organisiert sind, andererseits ältere multimorbide Patienten, die vielleicht auf dem Land leben und einen Migrationshintergrund haben. Auch deshalb haben wir unter anderem einen Index sozialer Deprivation vorgeschlagen. Man weiß aus diversen Untersuchungen, dass der soziale Status einen ganz gravierenden Einfluss darauf hat, wie viel jemand raucht, trinkt, wie sich jemand ernährt, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nimmt, was letztlich darauf Einfluss hat, wie gesund und lange man lebt.

So leben die oberen 20 Prozent einer Bevölkerung je nach Geschlecht sechs bis acht Jahre länger als die unteren 20 Prozent.

Das ist ein wichtiges Problem, das in früheren Ratsgutachten schon häufiger thematisiert wurde, was aber in der praktischen Gesundheitspolitik und auch in der Gestaltung gesundheitlicher Versorgung noch gar nicht so richtig angekommen ist.

Es wundert, dass da nicht eine Partei eine Art gesundheitspolitische Neiddiskussion in Gang setzt.

Stimmt. Fakt ist jedenfalls, dass soziale Ungleichheit enormen Einfluss auf die Lebensqualität und Lebensdauer hat. Hier sind wir mit konventionellen Strategien und solchen, die nur auf das Gesundheitssystem selbst ausgerichtet sind, nicht gut aufgestellt. Auch wenn man qualitätsorientierte Aspekte oder qualitätsorientierte Vergütung einführen möchte, muss man diesen Aspekt berücksichtigen. Man braucht auf jeden Fall so etwas wie eine Risikoadjustierung.

Klassisch nach Alter, Geschlecht und Fallschwere gemacht.

Klassisch schon. Doch letztlich müsste eben die soziale Deprivation miteinbezogen werden. Für die Planung, Steuerung und die Setzung gezielter Anreize brauchen wir diese Informationen.

Wobei das Ganze nah am politischen Tabu ist.

In Deutschland ist das sicher problematisch. Doch wären diese Informationen sehr wertvoll für die Beurteilung von gesundheitlicher Versorgung und die Steuerung von auch lebensweltlichen Interventionen sowie für die Bedarfsplanung und selbst für die Bewertung von Outcomes. Wir müssen uns fragen, ob wir es uns leisten können, einen solch wichtigen Index noch länger außen vor zu lassen.

Sie haben das Thema auf Ihrem Symposium angesprochen, als Sie die höchst unterschiedliche regionale Verteilung von Amputationen erwähnt haben. Letztlich ist die Frage ungeklärt, warum das so ist.

Wir wissen es in der Tat nicht. Es kann verschiedenste Gründe dafür geben. Es kann sein, dass in diesen Regionen nur anders codiert wird, und die Diagnosen anders verschlüsselt werden. Es kann aber auch sein, dass es eine andere Anbieterstruktur gibt, denn es gibt durchaus Hinweise auf angebotsinduzierte Überversorgung sowie Unter- und Fehlversorgung auf diesem Gebiet. Es kann auch ein Ausdruck sozialer Deprivation sein, die unterschiedliche Ausprägungen in ostdeutschen Flächenländern und in eher wohlhabenden Stadtstaaten hat. All das wissen wir aber nicht genau, das wäre ein Feld für Versorgungsforschung.

Wer müsste das erforschen? Wer hätte die Aufgabe?

Die Forschungsförderung wäre am ehesten eine gemeinsame Aufgabe von BMG und BMWF. Doch eigentlich müssten auch Krankenkassen ein originäres Interesse haben, hier Licht ins Dunkel zu bringen. Jeder, der etwa Programme zur Versorgung der Bevölkerung plant und dafür die Verantwortung trägt, muss ein Interesse daran haben, solche Zusammenhänge zu verstehen.

Die Kassen werden sagen: Dafür haben wir kein Budget, wir dürfen eigentlich sowieso keine Versorgungsforschung finanzieren.

Da wären wir bei einem Vorschlag des Rats, einen festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben (z.B. 0,1%) der Krankenkassen für Versorgungsforschung vorzusehen. Das wäre immer noch sehr wenig, aber mal ein Anfang. Wir haben eine solche Lösung schon wiederholt vorgeschlagen, doch immer wenn man zu diesem Thema kommt, ziehen sich die Kostenträger zurück und sagen, dass das nicht ihre Aufgabe wäre.

Dahinter steht die Frage, welche Art Unternehmen Kassen sind oder nicht sind.

Sie sind je nach betrachtetem Bereich, also gegenüber Leistungserbringern (Leistungsmarkt) bzw. im Wettbewerb um Versicherte (Versicherungsmarkt) beides. Sie wollen auf der einen Seite als wirtschaftlich tätige Unternehmen agieren und sich so verhalten. Denken Sie an die Ausschreibung von Rabattverträgen, die unter Geheimhaltung abgeschlossen werden, oder an Kassenfusionen. Das sind ganz klare, wettbewerbliche und unternehmerische Aktivitäten. Auf der anderen Seite müssen Kassen im Interesse der Sicherstellung gesundheitlicher Versorgung bestimmte Dinge tun und dabei miteinander kooperieren. Wenn sie aber zum Beispiel in bestimmten Regionen marktbeherrschende Stellungen erreichen, muss man sich überlegen, ob das ohne Limit so weiter gehen soll.

Herr Prof. Gerlach, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

INSIGHT Health zu Antiepileptika in der GKV:

Arzneimittel im Kampf gegen den Krampf

Antiepileptika sind die wesentliche Behandlungsoption bei nahezu jeder Epilepsie. Ihre Wirkweise ist dabei prophylaktisch. Mit der Einnahme von Antiepileptika soll das Auftreten epileptischer Anfälle vermieden werden. Die Ursachen der Erkrankungen bleiben davon unberührt. Diese können durch die Arzneimittel nicht angegangen werden. Dennoch kann eine Epilepsie im Verlauf einer längeren anfallfreien Zeit ausheilen und die Medikation daraufhin abgesetzt werden. Zwei Drittel aller Epilepsiepatienten unterliegen jedoch einer lebenslangen pharmakologischen Therapie. Neben der prophylaktischen Anwendung im Falle der Epilepsie werden Antiepileptika noch bei anderen Erkrankungen eingesetzt, z. B. beim neuropathischen Schmerz.

>> Epilepsie gehört in Deutschland zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Sie betrifft ca. 0,6 bis 0,8 Prozent der Bevölkerung, dies sind 500.000 bis 650.000 Menschen in Deutschland (vgl. Päßlin 2011). Weltweit leiden nach Angaben der WHO rund 50 Millionen Menschen an Epilepsie.

Das aus dem Griechischen abstammende Wort Epilepsie bedeutet so viel wie: „ergriffen werden“ oder „von etwas befallen werden“. Epilepsien sind eine Gruppe unterschiedlicher Erkrankungen. Ihnen ist gemeinsam, dass von Zeit zu Zeit epileptische Anfälle auftreten - und dies meist ohne erkennbaren Anlass.

Ein epileptischer Anfall ist auf eine zeitweilige Störung des elektrisch-chemischen Gleichgewichts im Gehirn zurückzuführen. Während eines epileptischen Anfalls ist das elektrische und chemische Gleichgewicht von Milliarden von Neuronen im Gehirn gestört. Dies geschieht durch plötzliche Entladung in einzelnen Gehirnregionen. Bei epileptischen Anfällen unterscheidet man zwischen fokalen und generalisierten Anfällen: Fokale Anfälle gehen von einem Krankheitsherd aus. Bei ihnen ist nur eine Hirnregion in einer Gehirnhälfte betroffen. Bei generalisierten Anfällen wird hingegen das gesamte Gehirn angesprochen. Ferner lassen sich diverse Anfallsarten differenzieren (vgl. Brandt 2009).

Epileptische Anfälle und Epilepsien treten

nicht in jedem Alter mit gleicher Häufigkeit auf. Obwohl diese Tatsache des altersabhängigen Auftretens seit langem bekannt ist, weiß man über die Ursachen der Altersgebundenheit wenig. Hierzu existieren verschiedene Hypothesen. Auch ist eine Eigenart der Erkrankung, dass sich die Anfallsarten im Laufe des Lebens verändern können. (vgl. Borusiak 2008).

Antiepileptika - unterschiedliche Wirkweisen

Antiepileptika oder auch Antikonvulsiva (ATC-EphMRA: N03) sind die Therapieoption der ersten Wahl bei Epilepsie. Es handelt sich dabei um eine chemisch heterogene Gruppe. Im Hinblick auf die Wirkweise kann unterschieden werden, ob das Blockieren der epileptischen Impulse oder die Verhinderung der Ausbreitung von epileptischen Impulsen anvisiert wird. Zur pharmakologischen Therapie stehen mehr als 20 verschiedene Medikamente zur Verfügung, welche in drei Gruppen aufgeteilt werden. In der ersten Gruppe befinden sich die häufig eingesetzten Antikonvulsiva wie Pregabalin, Gabapentin oder Carbamazepin. In Gruppe 2 befinden sich Wirkstoffe, die eher zur Akuttherapie geeignet sind, z. B. Benzodiazepine wie Lorazepam. In der dritten Gruppe befinden sich die selten

und eher in spezifischen Indikationen oder als Add-on-Therapie eingesetzten Antikonvulsiva wie Sultiam, Primidon oder Rufinamid (vgl. AWMF-Leitlinie „Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter“, 2008).

Die Auswahl der Therapie erfolgt unter der Berücksichtigung der Art der Epilepsie und des vorliegenden Syndroms, des Nebenwirkungsprofils und Gefährdungspotenzials, der Kosten sowie der diagnostischen Beurteilung des Arztes. Einerseits muss also entschieden werden, welche Art von epileptischen Anfällen vorliegt, und andererseits spielen Verträglichkeit, Sicherheit, Preis und spezifische Patientenbedürfnisse eine wichtige Rolle (vgl. Rating 2008).

350 Mio. DDD Antiepileptika

Nach dem aktuellen gleitenden Jahreswert MAT 09/2012 wurden gut 350 Mio. Tagestherapiedosen (DDD) Antiepileptika innerhalb der GKV verordnet. 2011 waren es noch 3 Prozent weniger. Insgesamt ist ein kontinuierlicher Anstieg der Verbräuche - gemessen in verordneten DDD - zu verzeichnen (vgl. Abb. 1). Grundlage für diese Analyse bildet die Versorgungsdatenbank regioMA von INSIGHT Health. Diese beinhaltet u. a. eine umfassende DDD-Klassifikation und verknüpft diese mit einer Quasi-Vollerhebung der ambulanten GKV-Verordnungsinformationen. INSIGHT Health bestimmt monatlich pro PZN die Faktoren zur Ermittlung der Tagestherapiedosen aufgrund der DDD-Definition (WHO/WiDo) in Abstimmung mit dem IGES-Institut.

Abbildung 2 gibt eine Übersicht zu den gemessen in definierten Tagestherapiedosen wesentlichen Antiepileptika. Zu erkennen ist, dass auf die drei verordnungstärksten Wirkstoffe Pregabalin (18%), Carbamazepin (15%) und Levetiracetam (13%) zusammen knapp die Hälfte aller verordneten Tagestherapiedosen entfällt.

Auf der Seite der Verordnungen und Umsätze (bewertet zu Listenpreisen) ist aktuell eine gegenläufige Entwicklung zu erkennen:

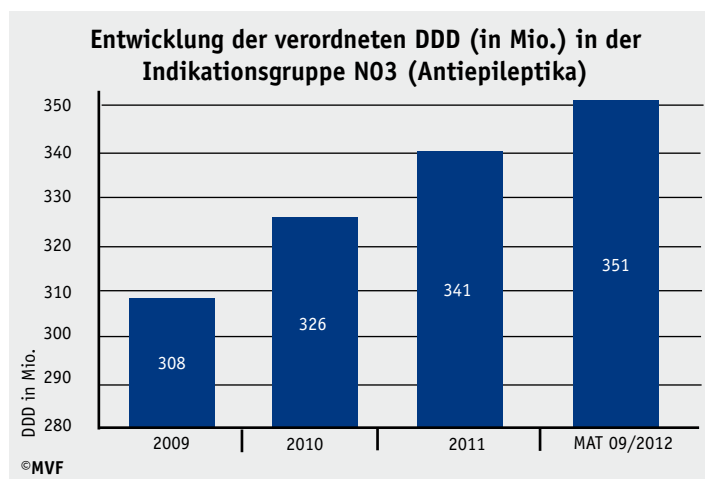


Abb. 1: Entwicklung der verordneten DDD (in Mio.) in der Indikationsgruppe N03 (Antiepileptika) 2009 bis MAT 09/2012. Quelle: regioMA, INSIGHT Health.

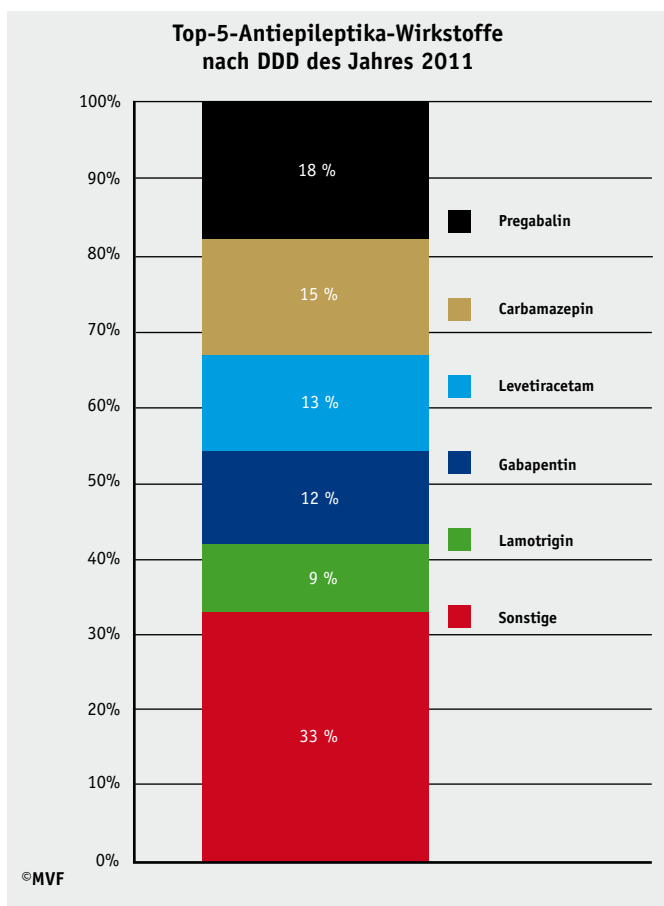


Abb. 2: Anteile der Top-5-Antiepileptika an den verordneten DDD in der Indikationsgruppe N03 (Antiepileptika) 2011. Quelle: regioMA, INSIGHT Health.

Während 2011 rund 9,5 Millionen Packungen mit einem Ausgabevolumen von 869 Millionen Euro (bewertet zu Apothekenverkaufspreisen) abgegeben wurden, findet man aktuell eine Ausdehnung der Menge bei gleichzeitig sinkenden Umsätzen (MAT 09/2012: 9,7 Mio. Packungen zu 848 Mio. Euro).

Dies ist in erster Linie auf den auslaufenden Patentschutz von Levetiracetam zurückzuführen. Dieser unter dem Handelsnamen Keppra bekannte Wirkstoff steht aktuell für mehr als ein Siebtel aller verordneten Tagestherapiedosen an Antikonvulsiva.

Wichtig ist festzuhalten, dass nicht jeder der mit Antiepileptika behandelten Patienten an einer Epilepsie leidet. Der Grund dafür ist, dass Antiepileptika nicht nur bei Epilepsie zum Einsatz kommen, sondern z. B. auch beim vergleichsweise häufig verbreiteten neuropathischen Schmerz (vgl. DARWIN, INSIGHT Health). Die Wirkstoffe Gabapentin und Pregabalin werden beispielsweise neben der Behandlung von Epilepsie auch zur symptomatischen Behandlung von neuropathischen Schmerzen oder Neuralgien eingesetzt (vgl. Arzneimittel-Atlas 2012, S. 293).

Teilindikation Neuropathischer Schmerz

Chronische neuropathische Schmerzen sind eine häufige Erkrankung. Die Prävalenz dieser Erkrankung beträgt bis zu 5 Prozent der Gesamtbevölkerung. Neuropathische Schmerzen sind zum Beispiel die schmerzhafte diabetische Polyneuropathie und die postzosterische Neuralgie.

Diese Schmerzen entstehen nach einer Schädigung somatosensorischer Nervenstrukturen im zentralen oder peripheren Nervensystem. Sie äußern sich u.a. durch eine so genannte Allodynie, eine mechanische Überempfindlichkeit. Die Diagnose neuropathischer Schmerzen stützt sich auf den objektiven Nachweis einer Läsion im Nervensystem und

die typischen somatosensorischen Symptome.

Die allgemeinen Therapieprinzipien beruhen auf der individuellen Einstellung der Medikamente auf den einzelnen Patienten. Hierbei ist eine langfristige Therapiekontrolle unverzichtbar, da die Wirkungen der einzelnen Substanzen sowie die Toleranzentwicklung erfasst werden müssen. Als Therapieoptionen stehen neben den häufig eingesetzten Antikonvulsiva Pregabalin, Gabapentin oder Carbamazepin auch Antidepressiva, klassische Schmerztherapeutika wie Tramadol, topische Therapien wie Lidocain und Cannabinoide zur Verfügung (vgl. Dtsch. Ärzteblatt 2006; 103(41): A 2720-30).

Behandlungsprävalenz: 2 Mio. GKV-Versicherte

In Deutschland wurden laut einer aktuellen Studie von INSIGHT Health 2011 knapp 2 Mio. GKV-Patienten mit Antiepileptika (ATC EphMRA: N03) behandelt. Dies entspricht 2,9 Prozent der GKV-Versicherten.

Insbesondere ältere Menschen erhalten im

Alter um die 70 Jahre vermehrt Antiepileptika verordnet. Die Behandlungsprävalenz steigt dabei merklich ab einem Alter von 40 Jahren an. Das Durchschnittsalter beläuft sich auf 61 Jahre. Der Frauenanteil beträgt 57 Prozent. 3,1 Prozent der gesetzlich krankenversicherten Frauen erhielten 2011 Antikonvulsiva und 2,6 Prozent der gesetzlich krankenversicherten Männer.

Diese Informationen entstammen dem Analysetool Navi4Data von INSIGHT Health. Patientenzahlen eines anonymisierten repräsentativen GKV-Versichertenpanels von bis zu 65 Prozent der GKV-Verordnungen (Quelle: Patienten Tracking, INSIGHT Health) wurden hierbei mit Hilfe einer Quasivollerhebung der abgerechneten GKV-Rezepte (Quelle: NVI, INSIGHT Health) für das Jahr 2011 hochgerechnet.

Aktuelle Diskussion zu Austauschverboten

In der aktuellen Debatte sind Antiepileptika im Kontext von Rabattverträgen nach § 130a(8) SGB V und auch der beschlossenen Möglichkeit der Austauschverbote in der Diskussion. Hierbei ist unstrittig, dass Generika wesentlich zur Realisierung von Einsparpotenzialen innerhalb der GKV beitragen. Jedoch sollten vor einem (generischen) Wechsel der Medikation aufgrund von Aspekten der Bioverfügbarkeit und des damit verbundenen Rückfallrisikos vor allem bei anfallsfreien Patienten sorgfältige Risikoabwägungen und eine angemessene Aufklärung der Patienten erfolgen. Die Neu- und Dauereinstellung auf ein bestimmtes Generikum ist demgegenüber medizinisch unproblematisch.

In diesem Zusammenhang wird es auch interessant sein zu beobachten, ob der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Wirkstoff Pregabalin - einen der umsatzstärksten Wirkstoffe aus dem Bestandsmarkt, der noch Unterlagenschutz genießt - zur frühen Nutzenbewertung aufruft. Es ist auch denkbar, dass zunächst weniger umsatzstarke Wirkstoffe aus anderen Indikationen aufgerufen werden, bei denen ein Therapiewechsel tendenziell mit weniger Komplikationen verbunden ist. <<

von:
Christian Bensing /
Dr. André Kleinfeld

* INSIGHT Health, Versorgungsanalysen & Market Access, vf@insight.health.de

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Prof. Dr. Volker Amelung und Prof. Dr. Martin Gersch im MVF-Interview

„Für alle muss gelten: Innovation lohnt sich“

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV) hat in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) 2012 die 2. Erhebungsrunde ihres Krankenkassen-Befragungsprojektes „Monitoring I.V.“ abgeschlossen. Durchgeführt und ausgewertet wurde die Erhebung vom Competence Center E-Commerce (CCEC) der Freien Universität Berlin. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach über das Projekt und die derzeitige Situation in der Integrierten Versorgung mit Prof. Dr. Stefan G. Spitzer (DGIV), Prof. Dr. Volker Amelung (BMC) und Prof. Dr. Martin Gersch (CCEC).

>> Warum hatte sich die DGIV in ihrem Projekt „Monitoring I.V.“ zur Durchführung einer 2. Erhebungsrunde entschlossen?

Spitzer: Mit unserer ersten Erhebungsrunde hatten wir in diesem Projekt Daten bis zum Sommer 2010 erfasst. Über die Entwicklung der Integrierten Versorgung im Folgezeitraum gab es eher Mutmaßungen als gesicherte Erkenntnisse. Hinzu kam, dass das Versorgungsstrukturgesetz ersichtlich keine neuen inhaltlichen Impulse für die integrativen Versorgungsformen gesetzt hat. Wir wussten zwar im Großen und Ganzen über die Entwicklung im Lande Bescheid, denn wir sind nah dran an dieser Versorgungsform. Aber über die Einstellung der gesetzlichen Krankenkassen zur Integrierten Versorgung gab es in der Vergangenheit doch schon unterschiedliche Äußerungen in der Öffentlichkeit. Aus unserer Sicht war es wichtig, der öffentlichen Diskussion über die Einstellung der Leistungsträger zur I.V. wieder eine rationale Grundlage zu geben. Außerdem hatte die Auswertung der ersten Erhebungsrunde neue Fragen aufgeworfen, auf die wir jetzt auch in der neuen Erhebung Antworten einholen konnten. Zudem sind insbesondere Längsschnittuntersuchungen über mehrere Zeitpunkte interessant, durch die man den Veränderungsprozess und seine Hintergründe besser analysieren kann.

Was gab für den BMC die Veranlassung, sich an dem Projekt zu beteiligen?

Amelung: Die aktuelle Situation trägt fast schon absurde Züge. Alle befürworten die I.V. und sprechen über notwendige strukturelle Veränderungen in der medizinischen Versorgung. Doch darüber, was in der Versorgungsrealität wirklich passiert und bereits erreicht worden ist, tapfen wir spätestens seit Auslaufen der Anschubfinanzierung weitestgehend im Dunkeln. Umso wichtiger sind Projekte wie Monitoring I.V. Eines sollte uns klar sein: Wenn wir die I.V. gezielt befördern und weiterentwickeln wollen, dann müssen wir auch wissen, wo der Schuh drückt und welche Stellschrauben nachgezogen werden sollten. Für den BMC, der sich seit seiner Gründung vor 15 Jahren an vorderster Front für innovative Versorgungsformen einsetzt, stand daher außer Frage, dass wissenschaftliche Studien notwendig sind.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte für sein Sondergutachten 2012 auch eine um-

fangreiche Befragung der Krankenkassen und Krankenhäuser zur Integrierten Versorgung vorgenommen. Wie ist Ihre Befragung zu der Erhebung des SVR Gesundheit einzuordnen?

Gersch: Die Erhebungszeiträume und Stichtage von Monitoring-IV I (2009/2010) und II (2012) liegen jeweils in den zeitlichen Lücken der SVR-Erhebungen, in denen gesetzliche Veränderungen entweder wirksam wurden (z.B. Wegfall der Anschubfinanzierung in M-IV I) oder sich neu anbahnten (z.B. Einführung VSG in M-IV II). Dadurch können wir Antworten zu ähnlich erhobenen Fragen - etwa zu Erwartungen an die besonderen Versorgungsformen - vor dem jeweiligen Hintergrund der scheinbar großen gesetzlichen Dynamik analysieren und über die Zeit im Zusammenspiel mit den Ergebnissen der SVR-Erhebung eine Längsschnittperspektive einnehmen. Erst hierdurch werden interessante Erkenntnisse über den Verlauf des Veränderungsprozesses möglich.

Neben ähnlich erhobenen Aspekten zur Entwicklung und Bedeutung der Integrierten Versorgung seit dem Ende der Anschubfinanzierung unterscheidet sich Monitoring-IV auch in der zweiten Erhebungsrunde von der SVR-Erhebung wieder dadurch, dass wir den „Zoom“ auf alle besonderen Versorgungsformen (nach §53 Abs.3 SGB V) erweitert haben. Dadurch beziehen sich die erhobenen Aussagen in Monitoring-IV nicht nur auf Fragen der Integrierten Versorgung (nach §140a-d, SGB V) oder der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (nach 73c, SGB V), sondern können breiter interpretiert werden. Darüber hinaus sehen wir die Fokussierung auf die sogenannte Vormarktphase, also den Bedingungen für das Entstehen eines Vertrages, als komplementäre Ergänzung zur SVR-Erhebung an, in der ja vor allem relevante Faktoren für Vertragsbeendigungen im Vordergrund standen. Aus dieser Perspektive konnten wir wertvolle Einsichten zu strategischen Einschätzungen der einzelnen Kassen gewinnen.



Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorstandsvorsitzender der DGIV.

Waren Sie mit der Beteiligung der Krankenkassen an Ihrer Erhebung zufrieden?

Gersch: Wir konnten im Vergleich zur ersten Erhebungsrunde die Rücklaufquote steigern und können nun Aussagen treffen, die für rund 58 % der gesetzlich Versicherten stehen. Damit sind wir sehr zufrieden, zumal wir einen guten Querschnitt der Versicherungen und dabei auch sehr interessante Kassen mit divergierenden Strategien im Hinblick auf besondere Versorgungsformen gewinnen konnten. Natürlich bleibt in

der Wissenschaft immer der Wunsch nach noch mehr Rücklauf, aber die Ergebnisse zeigen uns, dass wir mit den erhobenen Daten eine interessante und aussagekräftige Typenbildung vornehmen und signifikante Aussagen von großer Relevanz ableiten können.

Können Sie uns einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse Ihrer 2. Erhebungsrunde geben?

Gersch: Die wichtigste Erkenntnis dieser zweiten Erhebungsrunde ist, dass die Streuung der Bedeutungsvermutungen im Vergleich zur ersten Erhebungsrunde von 2009/2010 erheblich zugenommen hat. Das bedeutet, dass im Feld der Krankenkassen sehr viel stärker polarisiert wird hinsichtlich der Bedeutungseinschätzung der besonderen Versorgungsformen, so dass neben Optimisten jetzt erstmals Skeptiker zu identifizieren sind (vgl. Abbildung).

Wie schätzen Sie die Bedeutung der besonderen Versorgungsformen für Ihre Versicherung heute ein?

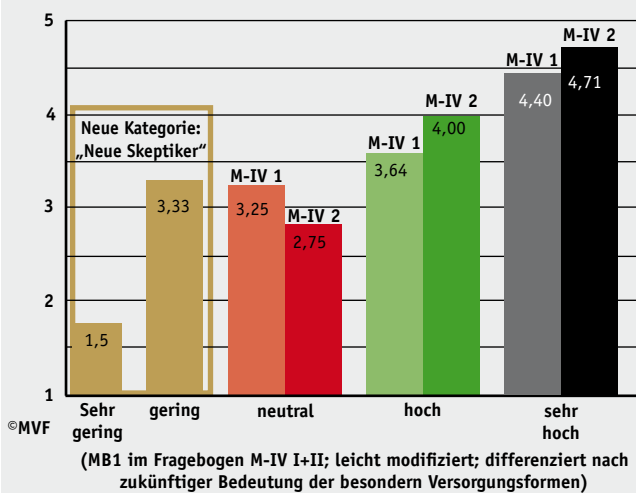


Abb. 1: Zukünftige Bedeutung der besonderen Versorgungsformen. Legende: MW = 3,75 (M-IV I), MW = 3,7 (M-IV II); 1 = als sehr gering, 5 = als sehr hoch

Zudem konnten wir aus den Längsschnittdaten Typen generieren, die sich unterscheiden lassen in ihrer Entwicklungsrichtung der Bedeutungseinschätzung über die Zeit. Da gibt es Kassen, die entweder seit 2004 stabil an die Bedeutung der besonderen Versorgungsformen glauben („stabile Optimisten“), deren Bedeutungszuschreibung anfänglich verhalten war und jetzt sogar wächst („wachsende Fans“) oder anders herum anfänglich sehr stark war und über die Zeit abnimmt („wachsende Skeptiker“). Zwischen diesen unterscheidbaren Typen variieren z.B. sowohl die Erwartungsbreite, die strategischen Einschätzungen als auch die wahrgenommenen Hürden besonderer Versorgungsformen. Damit konnten wir die generelle Aussage des Sachverständigenrates, dass hier kein signifikantes Wachstum in Sicht sei, so nicht bestätigen. Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass nachwievor „hoffnungsvolle zarte Pflänzchen“ existieren. Allerdings ist durchaus die Gefahr erkennbar, dass auch diese mit



Prof. Dr. Martin Gersch, Professur für das Fachgebiet Betriebswirtschaftslehre sowie Competence Center E-Commerce.

zunehmender Bürokratie und Hürden der Umsetzung von Projekten der besonderen Versorgungsformen „zertrampelt“ werden könnten.

Man könnte den Eindruck gewinnen, dass die Diskussion um das „Wohl und Wehe“ der Integrierten Versorgung wieder an Intensität zugenommen hat. Wie beurteilen Sie die derzeitige Lage der Integrierten Versorgung in Deutschland?

Spitzer: Die Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V ist unverändert die innovativste Versorgungsform in Deutschland. Leider teilt sie derzeit das Schicksal der anderen Selektivversorgungsformen: Zu wenig vertragliche Freiheiten und zu viel staatliche Regulierung lassen sie nicht so zur Entfaltung kommen, wie es das enorme Potential, das in dieser Versorgungsform steckt, ermöglichen würde. Es ist müßig, jetzt darüber zu streiten, wem der Schwarze Peter für die zwischenzeitlich entstandene Situation einer sich nicht wie erwartet weiterentwickelnden I.V. zugesteckt werden könnte. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat jedenfalls hier den Finger in manche Wunde gelegt. Wir sind sehr dankbar, dass endlich vieles beim Namen genannt wurde und hoffen jetzt natürlich darauf, dass der Gesetzgeber so schnell wie möglich das in den letzten Jahren Versäumte nachholt und der Integrierten Versorgung endlich die Förderung zu Teil werden lässt, die ihr gebührt.

Dem unverändert bestehenden Interesse an der Integrierten Versorgung auf Kassenseite steht eine noch nicht befriedigende Versorgungsrelevanz dieser Versorgungsform gegenüber. Welche Hauptprobleme der Integrierten Versorgung bedürfen aus Ihrer Sicht einer dringenden Lösung?

Amelung: Interesse allein reicht nicht aus, auch die Rahmenbedingungen müssen stimmen. Aus Sicht der Kassen ist es völlig rational, wenn sie zögern, Investitionen in I.V. zu tätigen. Das Risiko erscheint vielen zu hoch, der Gewinn zu unvorhersehbar. Die wenigsten Projekte amortisieren sich in einem Jahr. Deshalb ist es wichtig, die Kassen von ihrem Budgetdenken zu befreien. Abhilfe schaffen könnte ein Innovationsfonds für Pilotprojekte, der sich beispielsweise aus zwei Prozent der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds speist. Um sicherzustellen,

dass die Gelder sachgerecht verwendet werden, müssten die geförderten Projekte einer standardisierten Evaluation unterzogen werden. Auch der Vorschlag des Sachverständigenrates zur Vergabe von zinsverbilligten Darlehen ist ein möglicher Weg. Für Ärzte wie auch die anderen Vertragspartner muss die Devise gelten: Innovation lohnt sich! Das Morbiditätsrisiko könnte teilweise auf integrierte Versorgungsverbände übertragen werden. Schlussendlich brauchen wir für einen stärkeren Qualitätswettbewerb mehr Transparenz für die Versicherten, damit sie die Versorgungsangebote miteinander vergleichen und sich gezielt für das aus ihrer Sicht optimale Modell entscheiden können.

Der Sachverständigenrat hat sich in seinem diesjährigen Sondergutachten sehr umfangreich und auch recht kritisch mit dem Stand der Budgetbereinigung für die in der Selektivversorgung erbrachten ambulanten Leistungen auseinandergesetzt. Was halten Sie von den dazu unterbrei-

teten Empfehlungen des Rates?

Amelung: Eine unzulängliche Bereinigung kann die Ausbreitung integrierter Versorgungsprojekte erheblich behindern. Die aktuellen Regelungen sind sicherlich verbesserungsfähig. Der administrative Aufwand ist schlichtweg zu hoch. Auch besteht die Gefahr, dass im Rahmen des Selektivvertrags erbrachte Leistungen nicht als bereinigungsrelevant anerkannt werden. Der Sachverständigenrat schlägt daher eine interne Bereinigung vor, d.h. Ärzte rechnen wie gewohnt mit den KVen ab, leiten die Honorare für die im Selektivvertrag erbrachten Leistungen an die jeweilige Kasse weiter und erhalten im Gegenzug eine selektivvertraglich vereinbarte Vergütung. Inwieweit dieser Vorschlag administrativ leichter umsetzbar ist, wird sich zeigen. Zudem besteht das Problem, dass bei diesem Verfahren nicht sämtliche erreichten Einsparungen den Selektivvertragspartnern zugute kommen. Denn wenn beispielsweise durch den Einsatz innovativer Honorierungsformen die Leistungsanspruchnahme zurückgeht, sinkt im gleichen Maße der Betrag, den die Kassen von den KVen bekommen. Das Reizvolle an dem Vorschlag des Sachverständigenrates ist, dass es den Selektivvertragspartnern selbst überlassen bleiben soll, welche Bereinigungsform sie wählen. Dann wird sich letztlich im Wettbewerb herausstellen, welches Verfahren sich durchsetzen wird.

Die DGIV setzt sich für die Verwirklichung des „Prinzips der Integ-



Prof. Dr. oec. Volker Amelung, Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbands Managed Care e. V.

der Versorgungswirklichkeit heraus. Die gegen nicht geringe Widerstände erfolgten Klarstellungen der Bundesregierung, dass Krankenhäuser auch mit Hilfe von „freien Kooperationsärzten“ ihre stationären wie ambulanten Patienten versorgen dürfen, sind hier ein gutes Beispiel. Unter dem Strich bleibt aber noch sehr viel zu tun und wir sind mit dem Tempo der Entwicklung nicht zufrieden. <<

rierten Versorgung“ auch in der Regelversorgung ein. Wie zufrieden sind Sie mit dem hier erreichten Stand der Entwicklung?

Spitzer: Das muss man differenziert sehen. Es steht für uns außer Zweifel, dass es ein grundsätzliches gesamtgesellschaftliches Bedürfnis danach gibt, dass alle Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen ihr Leistungspotential so einsetzen und dabei so zusammenarbeiten, dass der bestmögliche Effekt für die Bürgerinnen und Bürger daraus entsteht. Wenn man sich die Konsequenzen aus dem demografischen Wandel in unserer Gesellschaft ungeschönt vor Augen führt, sind wir auch sehr auf diese Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen in unserer Versorgung - über alle Sektorengrenzen hinweg - angewiesen. In Ansätzen ist auch das Bemühen des Gesetzgebers erkennbar, in dieser Richtung Einfluss auf die zweifellos bestehenden Gruppeninteressen bei Leistungserbringern und -trägern zu nehmen. Der „neue Versorgungsbereich“ ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist ein solcher Versuch. Positiv sehen wir auch die Integrationsbestrebungen aus Optimierungsgedanken

Prof. Dr. Eberhard Wille verdeutlichte beim Kaminesgespräch der DGIV die Sicht des Sachverständigenrats zur IV Finanzierungsidee für „Entdeckungsverfahren“

Mit zwölf Vorträgen stellte der Sachverständigenrat im Rahmen eines Symposiums im September 2012 sein aktuelles Gutachten rund 300 Vertretern von Verbänden, Ministerien, kommunalen kommunalen Einrichtungen, Unternehmen sowie Wissenschaftlern vor. Prof. Dr. Eberhard Wille, der Stv. Vorsitzende des Rats, rundete den Vortragsreigen vor rund 30 Teilnehmern beim exklusiven Kaminabend der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) im Berliner Chinaclub ab.

>> Bei seinem Vortrag zur „Integrierten Versorgung aus Sicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ ging Wille vor allem auf den Wettbewerb an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Behandlung sowie die Schwachstellen der besonderen Versorgungsformen ein, um die Ratsempfehlungen zum Wettbewerb an den Schnittstellen und die Idee des darlehensbasierten Vorschlags zur Förderung innovativer Versorgungskonzepte besser erklären zu können. „Man macht ja nur einen Vorschlag zur Finanzierung, wenn man glaubt, dass IV anders im Sand verlaufen würde“, er-

klärte Wille. Besondere Versorgungsformen, zur Zeit eher ungenutzt, brauchen nach Meinung des Sachverständigenrats eine besondere Art der Finanzierung. Während die Wissenschaft - so auch Prof. Dr. Volker Amelung (s. Interview) auf einen Innovationsfonds setzt, der sich beispielsweise aus zwei Prozent der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds speist, schlägt der SVR eine darlehensbasierten Förderung innovativer Versorgungskonzepte vor. Diese Form hätte, so Wille, den Vorteil, dass so

- die Krankenkassen beim Start der Projekte finanziell entlastet,
- ein eindeutiger Planungszeitraum für die Re-

finanzierung der Projekte vorgegeben,

- keine Mitnahmeeffekte erzeugt,
- der Gesundheitsfonds oder kollektive zentrale Budgets kaum - und wenn dann nur im nachgewiesenen Erfolgsfall - belastet sowie
- die finanziell relevanten Entscheidungen stärker von der ex ante-Beurteilung auf die spätere ex post-Evaluation verlagert würden.

Dieser Sichtwechsel ist für den Ökonomen ausschlaggebend. Seiner Meinung nach prolongiert der Gesetzgeber den Fehler, den er bei hausarztzentrierten Verträgen gemacht hat, indem auch bei integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d und Strukturverträgen nach §

73 c SGB V vorgegeben wurde, dass bei etwaigen Mehrausgaben die Beitragssatzstabilität - wie vorher schon bei hausarztzentrierten Verträgen nach § 73 b - durch vertraglich abgesicherte Einsparungen kompensiert werden muss. „Das ist eine Verkenning von Wettbewerb“, meint Wille. Denn Wettbewerb sei immer „ein Entdeckungsverfahren“, bei dem kein Mensch hundertprozentig garantieren könne, dass die damit verbundenen Mehrausgaben sich nachher rechnen, weil ein jedes dieser Modelle nun einmal mit einem gewissen Risiko verbunden sei. Doch das sei bei den hausarztzentrierten Verträgen der Ausfluss einer Kaskade der Regulierung gewesen. Erst hätte der Gesetzgeber die Kassen gezwungen derartige Verträge abzuschließen, wobei von vornherein klar gewesen sei, dass die Hausarztverbände versuchen werden, diesen Zwangszustand in Honorarverhandlungen auszunutzen. Daraus resultierten dann wieder schon vorher absehbare Missstände, auf die der Gesetzgeber wieder reagierte. Wille: „Auf eine unsinnigen Regulierung folgte die zweite unsinnige“ - eben die Vorschrift, dass im Rahmen hausarztzentrierter Versorgung die Honorarzuwächse nicht höher sein dürfen als in der normalen Kollektivversorgung, was wiederum eine Beschneidung von Freiheitsrechten gewesen sei.

„Das Schlimme ist, dass das Versorgungsstrukturgesetz diese Vorschriften auch auf den 73c und den 140a-d ausgedehnt hat“, sagt Wille und verweist auf ein sehr eindeutiges Rundschreiben des Bundesversicherungsamts (BVA). Wille: „Wenn das BVA diese Vorschrift ernst nimmt, bedeutet das den Tod der integrierten Versorgungsformen.“ Genau darum müsse es eine darlehensbasierte Förderung solcher Versorgungsformen geben, nur so könne das - laut einer Umfrage des SVR - derzeit stagnierende Engagement der Kassen bezüglich der integrierten Versorgung beflügelt werden. <<

Beitragssatzstabilität

„Konkret sind die Vereinbarungen über die Vergütung so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Seit Einführung eines gesetzlichen einheitlichen Beitragssatzes (§ 241 SGB V) ist die Regelung dergestalt auszulegen, dass bei Selektivverträgen die Erhebung bzw. Erhöhung eines Zusatzbeitrages verhindert werden soll. Wir möchten Sie daher bitten, uns bereits mit Übersendung der Verträge jeweils darzulegen, ob die im Gesetz (§ 140 d Abs. 2 S. 1 SGB V, § 73 c Abs. 6 S. 2 SGB V) vorgeschriebene Bereinigung der Gesamtvergütung bei ambulanten vertragsärztlichen Leistungen durchgeführt wird.“
aus: Rundschreiben des BVA vom 6. März 2012 zu Selektivverträgen nach §§ 73 c, 140 a ff. SGB V.

„Market Access & Health Economics“-Forum des Georg Thieme Verlages

Zwei Jahre AMNOG

Das dritte Diskussionsforum „Market Access & Health Economics“, das der Georg Thieme Verlag am 24. Oktober veranstaltete, war ein voller Erfolg. Die Teilnehmerzahl wächst stetig: In diesem Jahr waren es bereits knapp 150 Teilnehmer aus Industrie, Agenturen und Krankenkassen, die im voll besetzten Saal des Berliner Ellington Hotels mit namhaften Experten aus verschiedenen Perspektiven die Erfahrungen nach zwei Jahren Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) diskutierten. Thema der Veranstaltung waren in diesem Jahr vor allem die Preisverhandlungen im Rahmen des AMNOG.

>> Welche Einflussmöglichkeiten bleiben der Arzneimittelindustrie bei den Verhandlungen zwischen Herstellern und Spitzenverband? Diese und andere Fragen zu Preisverhandlungen diskutierten die Teilnehmer unter Leitung von Reinhard Rychlik, Direktor des Institutes für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid, mit Vertretern aus Politik, Industrie und Verbänden. So erhielten die Teilnehmer einen Überblick über die Positionen der Kassen, Pharmahersteller, Behörden und Institute. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, sprach über die Umsetzung des AMNOG aus Sicht des G-BA. Über die Umsetzung des AMNOG aus Sicht des IQWiG referierte Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln. Antje Haas, Leitung der Abteilung Arznei- und Heilmittel des GKV-Spitzenverbands, erklärte die Preisfindung im GKV-Spitzenverband. Christoph Straub, Vorsitzender des Vorstands der

BARMER GEK, sprach über Mehrwertverträge und Versorgungsforschung. Henning Fahrenkamp, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V., widmete seinen Vortrag dem Thema „Was heißt hier fair? 2 Jahre AMNOG aus Sicht der Industrie“. Karl Broich, Vizepräsidenten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), erklärte die Festlegung der Indikation und Anforderungen an aktive Vergleichstherapie durch das BfArM. Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller, referierte über die notwendige Weiterentwicklung der AMNOG-Verfahren aus Sicht der Industrie. Über die Ergebnisse des AMNOG aus Sicht des betroffenen Herstellers berichteten Dieter Paar, Medizinischer Direktor Sanofi-Aventis von Österreich und von der Schweiz, und Beate Kretschmer von Lilly Deutschland. Im Anschluss an jeden Vortrag nahmen sich die Redner Zeit, um Fragen zu beantworten und zu diskutieren. <<

Frischer Wind fürs Gesundheitswesen

Young Lions gestartet

Sieben Monate nach ihrer ersten Parlamentssitzung präsentierten die Nachwuchskräfte des Young Lions Gesundheitsparlaments im Oktober erste Ansätze, wie sich das Gesundheitswesen besser für die Zukunft aufstellen ließe. Rund 80 engagierte, junge Köpfe waren auf Initiative des forschenden Arzneimittelherstellers Janssen im März zusammengekommen und arbeiten bundesweit ehrenamtlich zusammen. Bis Anfang 2013 sollen die detaillierten Ergebnisprotokolle stehen und im „Parlament“ verabschiedet werden.

>> „Wir sind beeindruckt, wie engagiert und zielgerichtet die jungen Abgeordneten ihre Ideen verfolgen und umsetzen“, schildert Dr. Ina Rudolph von der Geschäftsführung des Initiators Janssen. „Erstmals suchen wir mit dieser Initiative den gezielten Austausch mit der jungen Generation. Unser zentrales Anliegen ist es, nachrückende Entscheidungsträger für gesundheitspolitische Themen zu inte-

ressieren, neue Ideen anzustoßen und damit kommende Trends frühzeitig zu erkennen.“

Ein sechsköpfiges Präsidium unter Leitung von Dr. David Matusiewicz (28), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Duisburg-Essen, steht dem Parlament vor, das bereits fünf thematisch gegliederte Ausschüsse zu dringenden Fragestellungen zur Entwicklung des Gesundheitssystems gegründet hat. <<

3. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“

„Das ist kein Endpunkt, sondern ein Startpunkt“

Die Definition der wirklich patientenrelevanten Endpunkte ist sowohl in der Nutzen- als auch der frühen Nutzenbewertung entscheidend, doch bisher ungelöst. So versucht das IQWiG bislang auf RCT-Studienbasis zu definieren, was Surrogatparameter und was patientenrelevante Endpunkte sind und erkennt im Zweifel nur jene an, deren statistische Korrelation mit harten klinischen Endpunkten einwandfrei zu beweisen ist. Mit diesem Ansatz wird sicher nicht das in den Fokus gestellt, was der Patient für sich als patientenrelevant erachtet. Das weiß auch das IQWiG und schrieb deshalb zwei Pilotaufträge aus, die die Frage beantworten sollten, welche der beiden in diese Fragestellung überhaupt möglichen ökonomischen Instrumente auf das Gesundheitswesen übertragbar sind - und wenn ja, wie. Die Antwort darauf wurde auf dem letzten MVF-Fachkongress gegeben, der unter dem Titel „Der Endpunkt - Patientenrelevante Endpunkte - Wer definiert, was für den Patienten relevant ist?“ Ende Oktober in Berlin stattfand.

>> Das ist „kein Endpunkt, sondern ein Startpunkt“. Mit diesem Satz fasste Prof. Maarten J. Ijzerman (PhD, University of Twente) nicht nur das Fazit seines Vortrags („Patient relevant endpoints: the use of multi-criteria decision analytic techniques and the Analytic Hierarchy Process“), sondern des gesamten Fachkongresses von Monitor Versorgungsforschung zusammen, der den Status quo der möglichen Einflussnahme von Patienten auf die ihnen wichtigen Endpunkte aufarbeitete. Ijzerman weiter: „Die Rolle der Patientenpräferenzen ist anerkannt.“ Es gehe also nicht mehr um das „ob“, sondern nur noch um das „Wie“.

Doch dieses „nur noch“ hat es in sich. Wer die Komplexität auch nur annähernd verstehen möchte, muss tief in die wissenschaftliche Methodik zweier Instrumentarien einsteigen, die auf dem MVF-Kongress vorgestellt wurden: Prof. Ijzerman erklärte den Analytic Hierarchy Process (AHP) und Prof. Dr. Axel Mühlbacher (Hochschule Neubrandenburg, IGM) die Conjoint Analyse (CA), während den Systemvergleich Dr. Charlabos-Markos Dintsios, MA, MPH (vfa HTA & Gesundheitsökonomische Evaluation, früher beim IQWiG u.a. für diese Projekt-



Prof. Maarten J. Ijzerman (PhD, University of Twente, li.) und Prof. Dr. Axel Mühlbacher (Hochschule Neubrandenburg, IGM, re.) stellten ihre Pilotprojekte zu AHP bzw. CA vor, während Dr. Charlabos-Markos Dintsios, MA, MPH (vfa HTA & Gesundheitsökonomische Evaluation, früher beim IQWiG) die beiden Instrumente miteinander verglich.

vergabe zuständig) vornahm.

Das Positive: Mit beiden Instrumenten kann eine Endpunktgewichtung vorgenommen werden. Das Negative dabei: Beide haben methodische Stärken und Schwächen, wie Dintsios ausführte. So ist bei der dekompositionellen Methode der Conjoint Analyse (CA) der Bewertungsprozess ganzheitlich, dazu würden reale Entscheidungssituation simuliert. Im Gegensatz dazu wird bei der kompositionellen Methode des Analytic Hierarchy Process (AHP) lediglich eine Paarvergleichsbewertung sowie eine Komplexitätsreduktion durch Dekompo-

sition und hierarchische Strukturierung vorgenommen.

Als methodische Schwächen nannte Dintsios bei CA die „schnelle kognitive Überforderung der Probanden bei einer Vielzahl von Eigenschaften und deren Ausprägungen“. Und bei AHP, dass die „Bewertung mittels Paarvergleichen nicht der realen Entscheidungssituation“ entspreche, was zum Teil eine mangelnde Stabilität der Ergebnisse hervorrufen könne.

Auch im Ressourcenaufwand präsentieren sich nach Dintsios beide Instrumente recht unterschiedlich: Während bei der CA die Patientenzahl bei repräsentativer Stichprobe über 50 bis 100 liege und die Studie mindestens 6 Wochen dauere, läge beim APH die Patientenzahl bei repräsentativer Stichprobe ab 25 und sei bereits in 2 bis 3 Wochen durchführbar.

Doch welches Instrument ist nun besser?

Endpunktgewichtung mittels CA und AHP*		
	Conjoint Analyse	AHP
Methodischer Ansatz	Dekompositionell: Ermittlung der Teilnutzenbeiträge von Eigenschaften und deren Ausprägungen auf Basis empirisch erhobener Gesamtnutzenurteile	Kompositionell: Direkte Bewertung der Eigenschaften und deren Ausprägungen mit anschließender Gesamtbewertung
Bewertungsprozess	Ganzheitlich (Holistisch): reale Entscheidungssituation wird simuliert	Paarvergleichsbewertung: Komplexitätsreduktion durch Dekomposition und hierarchische Strukturierung
Methodische Schwächen	Schnelle kognitive Überforderung der Probanden bei Vielzahl von Eigenschaften und deren Ausprägungen	Bewertung mittels Paarvergleichen entspricht nicht der realen Entscheidungssituation, z. T. mangelnde Stabilität der Ergebnisse
Ressourcenaufwand (Patienten, Zeit, etc.)	Patientenzahl bei repräsentativer Stichprobe über 50 bis 100, digital und auf Papier machbar, mindestens 6 Wochen	Patientenzahl bei repräsentativer Stichprobe ab 25, Digital und auf Papier machbar, ca. 2 bis 3 Wochen

*laut Vortrag Dintsios

Verständnis IQWiG*

- Surrogatendpunkte (...) als Ersatz für patientenrelevante Endpunkte (Methoden 4.0, S. 32)
- Berücksichtigung in der Nutzenbewertung falls validiert
- Valide: Effekt auf zu ersetzenden Endpunkt kann durch Effekt auf Surrogatendpunkt in ausreichendem Ausmaß erklärt werden.
- Ein Surrogat für einen patientenrelevanten Endpunkt kann selbst patientenrelevant sein.

* laut Vortrag Gerber-Grote

Und vor allem: Welches Instrument wird jenes sein, welches das IQWiG künftig anerkennen wird?

Die Antwort gab PD Dr. med. Andreas Gerber-Grote (Leiter Ressort Gesundheitsökonomie im IQWiG), der den Vortrag „Kosten-Nutzen-Bewertung zwischen Anspruch und Datenbasis: Surrogate und patientenrelevante Endpunkte“ präsentierte, in der nachfolgenden Podiumsdiskussion. Zuerst, so Gerber-Grote, müsse die Frage beantwortet werden, ob der G-BA derartige Studien, die auf einer der beiden Instrumente basieren, überhaupt zulässt. Gerber-Grote: „Sollte der G-BA das tun, gibt es sicherlich Kriterien, anhand derer wir deren Qualität prüfen würden.“ Nur gibt es die bislang nur für die CA, nicht aber für den AHP, wie Dintsios betonte.

Doch was soll die Industrie nun tun, zumal in einer Indikation wie der Hepatitis, in der das IQWiG beispielsweise SVR als nicht validiertes Surrogat ansieht, der G-BA - nach einer entsprechender Anhörung vor allem klinisch tätiger Wissenschaftler - aber sehr wohl. Wenn das IQWiG nun verlange, den SVR zu validieren, seien „wir alle hier wahrscheinlich verstorben, solange würde es dauern, entsprechende Studien aufzulegen. Dintsios, lange Zeit auf Seiten des IQWiG: „Manchmal gibt es Sachen, die das System verlangt, die aber hirnrissig sind. Das muss man auch klipp und klar sagen. Ich scheue mich nicht, denn ich war selber mal dort, doch sehe ich die Sachen mittlerweile sehr pragmatisch.“

Die Kernfrage lautet nun, was geschehen würde, wenn an dieser Stelle die Industrie eine AHP - oder auch CA-Analyse vorgelegt hätte. Muss man nach wie vor den Weg über die Anhörung gehen und auf eine mögliche Spontanerkenntnis des G-BA hoffen? Oder kann nicht irgendwann - so Dintsios - „das System die Erkenntnisse aus solchen Studien ziehen?“ Was erst möglich sein wird, wenn der G-BA dies auch zulässt, wofür sich allerdings IQWiG- Chef nach eigenem Bekunden (auf dem Thieme-Diskussionsforum „Market Access and Health Economics“, S. 30) verwenden würde, doch die Industrie gleichermaßen ermahnt, sich der auf sie damit zukommenden Mehrkosten bewusst zu sein.

Die Vortragenden des Kongresses „Patientenrelevante Endpunkte“		
Thema	Wer	
Begrüßung	Prof. Dr. Roski, Herausgeber „Monitor Versorgungsforschung“	
Begrüßung	Dr. John N. Weatherly, DGBV	
Was ist für den Patienten relevant? - Die eigene Sicht und Position der Patienten	Dr. Michael Köhler, Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V	
Widersprüche zwischen Surrogaten und patientenrelevanten Endpunkten: Trugschlüsse und Konsequenzen	Hardy Müller M.A., WINEG	
Was wird als patientenrelevant angesehen und was nicht?	Karen Pottkämper M.A., AQUA Institut	

Die ersten CA-Studien gibt es indes schon, wie Dr. Thomas M. Zimmermann, Health Economics von Lilly, erklärte, der in seinem Vortrag „Surrogate und Endpunkte bei Diabetes mellitus“ auf die Frage einging, wer denn nun für die Patienten (im jeweiligen Indikationsgebiet) von Dritten als relevant erachtete Endpunkte definiere: nationale Fachgesellschaften? der G-BA? das IQWiG? Oder nicht doch der Patient selbst, was grundsätzlich auch eine Förderung der Compliance/Adherence zu vermuten lasse. Seine Forderung: „Eine Gesamtbetrachtung anhand der wichtigsten medizinisch relevanten und wichtigsten Patienten-relevanten Endpunkten ist grundsätzlich notwendig. Wie eine solche Zusammenführung erfolgen kann, ist gemeinschaftlich zu diskutieren.“ <<

von: Peter Stegmaier

Die Dokumentation der Vorträge und Diskussionen finden Sie in der kommenden Ausgabe

Kosten-Nutzen-Bewertung zwischen Anspruch und Datenbasis: Surrogate und patientenrelevante Endpunkte	PD Dr. Andreas Gerber-Grote, IQWiG	
Patientendefinierte Endpunkte Pilotstudie Conjoint Analyse (CA)	Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg, IGM	
Patientendefinierte Endpunkte Pilotstudie AHP	Prof. Maarten J. IJzerman, PhD, University of Twente	
Patientendefinierte Endpunkte: CA vs. Analytic Hierarchy Process (AHP)	Dr. Charlabos-Markos Dintsios, vfa	
Indikationen: Diabetes und Prostatakarzinom		
Was ist für den Patienten relevant? Beispiel Indikation Diabetes	Prof. Dr. Thomas Danne, DDG/diabetes.de	
Endpunkte in der Versorgung aus Sicht der Kassen	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK	
Surrogate und Endpunkte bei Diabetes	Dr. Thomas M. Zimmermann, Lilly	
Endpunkte aus Sicht der Ärzteschaft	Dr. Dominik Graf von Stillfried, ZI	
Surrogate und Endpunkte beim Prostatakarzinom	Dr. Thomas Stark, Janssen-Cilag	



Thomas Sitte

ist Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung. Der Anästhesist, Schmerztherapeut und Palliativmediziner aus Hessen hat sich intensiv regional und bundesweit für den Aufbau der ambulanten Palliativversorgung eingesetzt. 2009 gab er seine Praxis ab und ist seither ehrenamtlich in der Deutschen PalliativStiftung als Mitgründer und Vorstandsvorsitzender engagiert. Mit dem aktuellen Projekt „I run for life“ will die Stiftung die Hospizidee und palliatives Wissen in neue gesellschaftliche Gruppen bringen, die sonst kaum damit in Kontakt kämen.

„Endpunkte“ bei lebenslimitierend Erkrankten

>> „Ist der Spritz-Ess-Abstand ein patientenrelevanter Endpunkt?“, so begann die Einladung zur Veranstaltung des Monitor Versorgungsforschung „Der Endpunkt - Patientenrelevante Endpunkte - Wer definiert, was für den Patienten relevant ist?“.

Für Studien soll der Endpunkt die definierte Zielgröße sein, an Hand derer das Studienergebnis interpretiert wird. Was bei einer medizinischen Maßnahme gleich welcher Art bei jeglicher Krankheit, hat aber tatsächlich eine Bedeutung für den Patienten? Muss nicht gleichermaßen auch eine Therapieplanung einen Endpunkt als das vorab definierte Ziel im Blick haben, an dem jene, die eine Behandlung durchführen, den möglichen Behandlungserfolg oder Misserfolg messen können? Das würde doch auch gerade gelten bei schwerstkranken oder sterbenden Patienten, die für sich andere Wünsche und Sorgen haben, als weitgehend Gesunde ohne subjektives Krankheitsgefühl.

Glücklicherweise nimmt die Palliativversorgung vermehrt den Platz ein, der ihr in der Gesellschaft zuteil werden sollte. Es scheint dabei den Beteiligten klar zu werden, dass auf unsere Gesellschaft ein höher werdender Bedarf an palliativer Versorgung zukommen wird. Palliativmediziner fordern seit Jahren die frühzeitige Einbeziehung palliativen Denkens und Handelns in die Versorgung von Patienten mit schweren und/oder lebensbegrenzenden Erkrankungen, mit dem Ziel, dieses als selbstverständlich sowohl in Diagnostik und Therapie selbst, als auch deren Planung zu implementieren. Die Studienlage zu den Bedürfnissen der Patienten und auch deren Angehörigen ist gut. Weniger gut ist oft der Austausch von Patient und Zugehörigen mit den Behandlern über die Wünsche und Ziele. Für das Design klinischer Studien für neue Pharmakotherapien in palliativer Situation sollte es eine *conditio sine qua non* sein, zuerst mit Betroffenen und Patienten zu analysieren, wo ein wirklicher Benefit für deren Situation besteht und damit ein möglicher, sinnvoller Endpunkt für eine Studie definiert werden sollte.

Dabei ist Schweigen über den möglichen Ernst von Prognosen und deren Konsequenzen für die Wünsche der Patienten allgemein die schlechtere Wahl. Es zeigt sich zum Beispiel, dass „solche Patienten, die sich frühzeitig mit ihrem Schicksal auseinandersetzen und sich im Fall einer deutlichen Verschlechterung gegen eine Verlegung auf eine Intensivstation entscheiden, mit einer palliativen Betreuung eine erheblich bessere Lebensqualität auch in ihren letzten Lebenstagen haben“ (J. Hübner).

Was würde ein Schwerstkranker unter einem für ihn relevanten Endpunkt verstehen, bzw. als sein Behandlungsziel definieren?

Grob vereinfacht, Schwerstkranke, wie alle Menschen wünschen vordergründig: ein langes Leben, Gesundheit, eine als gut empfundene Lebensqualität ohne Schmerzen (oder besser nicht leiden zu müssen). Dabei wollen sie voller Möglichkeiten der Teilhabe am sozialen Leben sein, entsprechend ihren persönlichen Wünschen und Vorstellungen, die vielfältigen, auch wechselnden Einflüssen unterliegen können, bis sie schließlich ihren Tod in Würde, eventuell selbstbestimmt (was immer dies individuell bedeutet) und am gewünschten Ort finden werden.

Der von allen Beteiligten angemessen mit bedachte, eigentliche re-

levante Endpunkt von Behandlung, Krankheit, vom Leben selbst sollte also der Tod als Endpunkt des Lebens sein. Das mag auf den ersten Blick sehr theoretisch, vielleicht sogar völlig irrelevant klingen, hat aber für die tägliche Arbeit gerade bei lebensterminierenden Erkrankungen eine entscheidende Relevanz. Und dieser Begriff der lebensterminierenden Erkrankung kann hierbei nicht weit genug gefasst werden. Derzeit wird beim Stichwort „Palliativversorgung“ an onkologische und teils auch an neurologische Krankheiten, eventuell noch an angeborene Stoffwechselerkrankungen insbesondere bei Kindern gedacht. Seltener sind in der Palliativversorgung z. B. kardiopulmonale Krankheiten im Blick, komplikationsreiche Verläufe fortschreitender Prozesse gleich welcher Genese oder einfach der hoch- und höchstbetagte fortschreitend schwächer werdende Mensch an sich. Allerdings verursachen onkologische Erkrankungen nur etwa 1/3 der Todesfälle. Zwingend erforderlich ist also hospizlich-palliatives Denken auch bei den 2/3 der Patienten mit nicht-onkologischen Diagnosen, damit diese angemessen bis zum Tod versorgt werden können.

Der Verlauf einer lebensbegrenzenden Erkrankung kann im Lebenslauf als Strecke gesehen werden. Diese Strecke ist bedingt durch das auf und ab des Befindens, durch das oft nur langsame Akzeptieren der unausweichlichen Prognose, durch Einflüsse aus dem Umfeld des Patienten, anstehende besondere Termine (z. B. Geburten, Hochzeiten, besondere Jahrestage, ...) und ist in vieles Andere untergliederbar. Hierbei wird es vorläufige Endpunkte, Etappenziele geben, die als jeweilige Zielvorgaben dienen können und die dabei stetig nachjustiert werden müssen.

Welche besonderen Ziele sollte es bei lebenslimitierend Erkrankten als weitere zu definierende Endpunkte geben?

Seitens der körperlichen Symptomatik ist es vordergründig der Wunsch nach Schmerzfreiheit. Bei genauerem Nachfragen, wird dies eher mit „nicht leiden müssen“ beschrieben. Erklärt man genauer die Möglichkeiten angemessener hospizlicher Begleitung und Palliativversorgung heißt der klare Wunsch „Kontrollmöglichkeit von Beschwerden durch den Patienten selbst“. Hochrangiges Ziel ist also nicht das völlige Beseitigen von Beschwerden oder gar das Normalisieren von Laborwerten, sondern die angemessene Lebensqualität in der entsprechenden Lebensphase vor dem Hintergrund der aktuellen Bedürfnisse von Patient und Zugehörigen. Symptomfreiheit um den Preis hoher Nebenwirkung insbesondere in eingeschränkter Vigilanz und Teilhabe am sozialen Leben ist weniger erwünscht.

So können wir diese Betrachtung schließen: Beim Diabetiker ist möglicherweise in weiten Erkrankungsstadien der Spritz-Ess-Abstand ein für ihn relevanter Endpunkt. Beim Diabetiker mit einem weit fortgeschrittenen Krankheitsverlauf und multiplen Komplikationen könnte es aber sein, dass nicht einmal der Blutzucker an sich noch eine Relevanz besitzt, sondern völlig andere Werte in den Vordergrund treten! Studien müssen dies berücksichtigen, nicht indem sie diese Patientenpopulationen aus dem Design ausschließen, sondern gerade indem sie die besonderen Anforderungen des Menschen in Todesnähe eruieren und anerkennen. <<

Lernen mit der Krankheit zu leben

Coaching: starker Ansatz für schwache Herzen

Je früher Herzschwäche behandelt wird, desto größer sind die Chancen, die damit einhergehenden Folgen erfolgreich zu behandeln. Unbehandelt sinkt die Lebenserwartung der Erkrankten rapide. Die Deutsche BKK begleitet im Rahmen ihres Coachingprojektes telefonisch 330 Versicherte ergänzend zur Diagnostik und Therapie der behandelnden Ärzte. Ergebnis der kontinuierlichen und engen Betreuung: weniger stationäre Krankenhausaufenthalte, mehr Selbstständigkeit, eine bessere Verzahnung von Patienten und Ärzten sowie ein besseres Verständnis der Erkrankung und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen. Eine nicht betreute Kontrollgruppe von Insuffizienz betroffenen musste dagegen im gleichen Zeitraum deutlich häufiger stationär aufgenommen werden. Auch bei der Verweildauer im Krankenhaus und der allgemeinen Fitness zeigten sich signifikante Unterschiede zu denjenigen, die ein Coaching in Anspruch genommen hatten.

>> Atemnot, trockener Husten, rasche Gewichtszunahme und Wasser in den Beinen. All dies sind Anzeichen, die für eine Herzschwäche sprechen können. Von Herzinsuffizienz oder Herzschwäche wird gesprochen, wenn das Herz nicht mehr in der Lage ist, Organe wie Gehirn, Nieren oder Muskeln mit genügend Blut und somit Sauerstoff zu versorgen. Letztlich reicht die Leistung des Herzens nicht mehr aus, um den Körper mit ausreichend Sauerstoff zu beliefern. In der Folge kommt es zu Atemnot und Leistungsabfall.

Die Gründe für eine Herzinsuffizienz sind vielschichtig: koronare Herzkrankheiten, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzmuskelentzündungen, angeborene Herzfehler, Alkoholmissbrauch, Herzrhythmusstörungen oder Überfunktion der Schilddrüse. Hauptursache der Herzinsuffizienz ist die Verkalkung der Herzkranzgefäße, die sogenannte koronare Herzkrankheit (KHK). Zweithäufigster Auslöser ist der Bluthochdruck.

Die Leistungsschwäche kann den linken oder den rechten Bereich oder das ganze Herz betreffen (globale Herzinsuffizienz). Bei der linksseitigen Herzschwäche (Linksherzinsuffizienz) staut sich das Blut in der Lunge. Die Folge: Es kommt zu Wasseransammlungen, die den Betroffenen den Atem rauben. Zunächst nur bei körperlichen Anstrengungen, später tritt bereits im Liegen Atemnot auf. Symptomatisch ist zudem der chronisch trockene Husten, im fortgeschrittenen Stadium begleitet von blasigem Schleim. Rechtsherzinsuffizienz macht sich durch geschwollene Beine vor allem in den Gelenkbereichen bemerkbar. Bei schweren Fällen von Rechtsherzinsuffizienz kommt es zu Blutstauungen und Wassereinlagerungen in den Organen, besonders in der Leber. Generell ist Herzinsuffizienz eine fortschreitende Krankheit, die zwar verlangsamt, aber nicht rückgängig gemacht werden kann.

Dritthäufigste Todesursache

50.000 Menschen sterben pro Jahr an Herzinsuffizienz. Rund 1,8 Millionen Deutsche sind nach Angaben der Deutschen Herzstiftung betroffen. Jährlich kommen 300.000 Neuerkrankungen hinzu. Herzschwäche ist damit ähnlich gefährlich wie Krebs und die dritthäufigste Todesursache bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Seit Jahren ist die Krankheit auch einer der häufigsten Gründe für Krankenhausaufenthalte. 2010 waren laut Statistischem Bundesamt 371.329 Patienten in stationärer Behandlung.

Der Manifestationsgipfel der Erkrankung liegt statistisch gesehen zwischen dem siebzigsten und achtzigsten Lebensjahr. Männer sind dabei doppelt so häufig betroffen wie Frauen.

In Krankenhäusern ist Herzinsuffizienz die am zweithäufigsten gestellte Diagnose. Gerade weil die Symptome einer beginnenden Herzinsuffizienz teilweise noch recht unspezifisch sind, kommt es immer

wieder vor, dass eine sich entwickelnde Erkrankung zu spät erkannt wird und die erforderlichen Maßnahmen nicht in angemessener Weise ergriffen bzw. eingeleitet werden. Herzspezialisten kritisieren, dass trotz immer besserer Therapiemöglichkeiten viele Patienten keine optimale Behandlung erhalten. Oftmals liegt es daran, dass den behandelnden Ärzten die Optionen nicht ausreichend bekannt sind. Dabei bedroht die Herzschwäche das Leben eines Patienten, wenn nichts dagegen unternommen wird, warnen Kardiologen. Besteht auch nur der geringste Verdacht einer Herzinsuffizienz, ist eine gezielte Diagnostik erforderlich. Diese sollte auf Basis einer engen Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten erfolgen.

Mit Herzschwäche leben lernen

Die Behandlung der Grunderkrankung ist die beste Strategie, weil einem Fortschreiten der Erkrankung vorgebeugt wird. Die Therapie fußt auf verschiedenen Säulen: der konsequenten Einnahme von Medikamenten, dem Einsatz von Schrittmachern und gezieltem körperlichem Training. Wichtig ist, dass die Betroffenen lernen, sich von falschen Gewohnheiten zu verabschieden wie Nikotin, Alkohol, zu vielen Süßigkeiten, einer kochsalzreichen Ernährung. Während früher auch körper-

Weniger Krankenhausaufenthalte - mehr Lebensqualität

371.329 Patienten werden in Deutschland jährlich stationär wegen einer Herzinsuffizienz behandelt. Gesundheitscoaching ist ein wirksamer Ansatz, die Zahl der Klinikaufenthalte zu senken. Die Daten der Auswertung zeigen zudem, dass die Deutsche BKK mit dem Programm chronisch Kranke erfolgreich unterstützt. Mit der intensiven telefonischen Beratung werden auch diejenigen angesprochen, mit denen eine Kontaktaufnahme sonst nur schwer möglich wäre. Die Gesundheitscoachs beugen Notfällen vor und sorgen dafür, dass es bei den Betroffenen nicht mehr zu kritischen Situationen kommt. Gleichzeitig vermitteln die Coachs viel Hintergrundwissen zur Erkrankung und geben zudem zahlreiche Tipps zu gesünderer Ernährung oder zum Thema Sport bei Herzpatienten. Somit profitieren Patienten und Krankenkasse von dem Coaching: Versicherte erhalten mehr Lebensqualität und die Deutsche BKK reduziert spürbar die Krankenhauskosten.

Ziele und Erfolgsfaktoren des Gesundheitscoachings

- Bessere Verzahnung von Patienten und Medizinern
- Frühzeitiges Erkennen gefährlicher Anzeichen
- Ansprache von Patienten, die sonst nicht erreicht werden könnten
- Kontinuierliche individuelle Betreuung von Hochrisiko-Patienten
- Angsttherapie - eingehende Beratung und Betreuung nimmt Patienten Ängste
- Weniger oder kürzere Krankenhausaufenthalte
- Anleitung zur Selbsthilfe und Lebensumstellung

liche Schonung Teil des Therapieansatzes war, empfehlen heute Ärzte sportliche Betätigung. Untersuchungen zeigen, dass sich bei Insuffizienzpatienten durch gezieltes Belastungstraining eine bis zu 25 Prozent höhere Leistungsfähigkeit erreichen lässt. Dadurch verbessert sich die Prognose der Betroffenen deutlich.

Herzlastende und blutdruckregulierende Medizin - Diuretika, Betablocker, Hemmer des Angiotensin-Hormonsystems oder Digitalispräparate - ist ein weiterer wichtiger Baustein in der Behandlung der Erkrankung. Konsequenterweise eingesetzt, kann sie den Gesundheitszustand wesentlich verbessern. Gleichwohl fürchten viele Patienten diese buchstäblich „bitteren Pillen“. Statistiken zeigen, dass rund ein Drittel der in Deutschland verschriebenen Medikamente nicht geschluckt werden. Gründe für die Verweigerung ist die Angst vor Neben- und Wechselwirkungsrisiken. Zudem gibt es häufig Unsicherheiten über den richtigen Einnahmezeitpunkt.

Es geht also darum, die Betroffenen zu sensibilisieren und die verordneten Medikamente optimal einzusetzen. Eine konsequente praktische Patientenschulung mit telefonischer Beratung und persönlicher Betreuung - das sogenannte Gesundheitscoaching - zeigt gute Erfolge.

Begleitung und Betreuung mindern Risiken

Gesundheitscoaching bedeutet fachmännische Beratung und Training bei gesundheitsrelevanten Problemen und Schwierigkeiten. Am Telefon sprechen speziell geschulte medizinische Fachkräfte mit den Versicherten über ihre Gewohnheiten, ihre Therapien, ihr Befinden. Dadurch soll bei den Patienten das Bewusstsein für den Umgang mit der eigenen Krankheit geschärft werden. Zudem soll die kontinuierliche Begleitung und Betreuung eine Verschlimmerung der Erkrankung verhindern. Betroffene, die mehr über ihre Krankheit wissen, leben und handeln bewusster und gesünder. Zudem fördert das Programm die Therapietreue der Patienten und stabilisiert ihren Gesundheitszustand. Gleichwohl ersetzt die Telefonberatung keineswegs den Arztbesuch. Diagnostik und Therapie bleiben in den Händen der betreuenden Mediziner.

Gesundheitscoaching Deutsche BKK - individuell und effektiv

Bereits seit Februar 2010 können Versicherte der Deutschen BKK mit der Diagnose Herzinsuffizienz bundesweit an einem individuellen telefonischen Coaching teilnehmen. Dazu hat die Deutsche BKK die Betroffenen angeschrieben und über das Programm bei Herzinsuffizienz informiert. Bei Interesse konnte eine Teilnahmeerklärung eingereicht werden. In diesem Fall nahm dann die Deutsche BKK telefonischen Kontakt zu dem Versicherten auf. „Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig und kostenlos. Gleichwohl steht es den Ausgewählten frei, jederzeit aus dem Programm auszusteigen. Insofern hängt der Erfolg in hohem Maß von der Mitarbeit des Versicherten ab“, sagt Heike Schlördt, Gesundheitscoach bei der Deutschen BKK.

Die Gesundheitscoachs (medizinische Fachangestellte) wurden zuvor medizinisch und psychologisch umfangreich geschult. In regelmäßigen Abständen - meist einmal wöchentlich - rufen die medizinisch versierten Fachkräfte ihre Patienten an und fragen innerhalb eines 20-minütigen Gespräches wichtige Gesundheitsparameter ab: Gewicht, Puls, Blutdruck sowie die Zunahme des Knöchel- oder Bauchumfangs. Diese Informationen dienen als Indikatoren für den Gesundheitszustand und werden kontinuierlich in eine Datenbank eingepflegt. Anhand dieser Daten kann der betreuende Coach sich auf die Telefonate vorbereiten, aber auch die Krankheitsentwicklung nachvollziehen. Sind Werte kritisch oder gibt

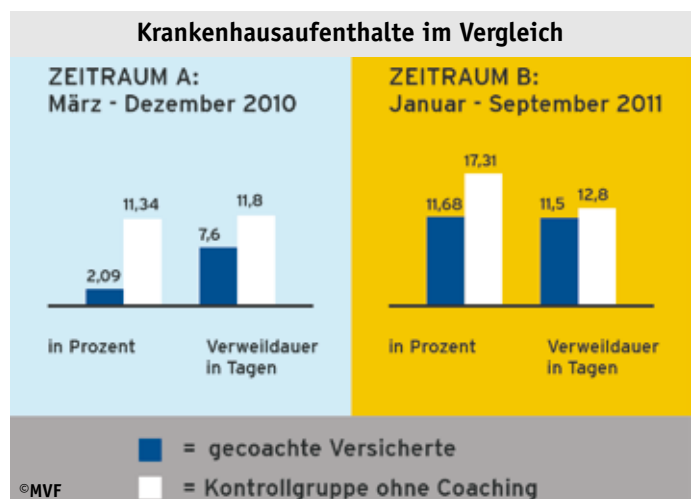


es Auffälligkeiten, rät der Coach dem Versicherten, einen Arzt aufzusuchen. „Gleichzeitig wird ein neuer Termin vereinbart, um das Befinden zu klären und sicherzustellen, dass der Arztbesuch auch erfolgte“, erklärt Anne-Kathrin Hecht, Mitarbeiterin im Gesundheitscoaching-Team der Deutschen BKK.

Aktuell beraten die Gesundheitscoachs der Deutschen BKK rund 330 Versicherte. Jeder Coach hat dabei einen festen Stamm von Versicherten. Der persönliche Austausch und der kontinuierliche Kontakt zwischen Versichertem und Gesundheitscoach sorgen somit schnell für ein enges Vertrauensverhältnis, das letztlich die Einhaltung der vereinbarten Regeln fördert. Für die Motivation zur Teilnahme am Gesundheitscoaching ist es wichtig, dass im Gespräch Fragen der Patienten nicht einfach nur abgearbeitet werden. „Jeder Anruf, jede Situation bleibt individuell. Einfühlungsvermögen ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesprächsführung“, so Anne-Kathrin Hecht weiter.

Ein wichtiger Punkt im Gespräch ist die Arzneimitteltherapie. Dabei wird mit dem Versicherten über die Wirkung der Medikamente gesprochen. Zusätzlich geben die Coachs dabei noch Tipps und Ratschläge zur Einnahme. Dies ist wichtig, um den Betroffenen die Angst vor möglichen Wechselwirkungen zu nehmen. Die zeitlichen Intervalle zwischen den einzelnen Anrufen können im Laufe der Zeit vergrößert werden, wenn der Versicherte weiß, wie er seine Werte selbstständig zu interpretieren hat.

Coaching bedeutet für die Betroffenen, dass sie lernen, mit der Erkrankung zu leben. Es heißt aber auch, die Teilnehmer des Programms dahin zu führen, sich von alten Lebensgewohnheiten zu verabschieden, also das Leben umzustellen. „Ist das Verständnis hierfür aufgebaut und zeigt der Patient, dass er die neuen Regeln auch einhalten wird, läuft das Coaching aus. Coaching ist damit ein effektives Programm, das den Patienten einen wichtigen Teil ihrer Eigenständigkeit zurückgibt“, so das Resümee von Anne-Kathrin Hecht.



Zwei Aussagen - stellvertretend für rund 500 Patienten

Die 64-jährige Patientin Karin Becker berichtet, dass das Coaching ihr Sicherheit und Wohlbefinden zurückgegeben habe: „Die Beratung unterstützt mich, ich fühle mich sicher und gut. Ich leide seit 1989 an Herzinsuffizienz und bin seit 1991 erwerbsunfähig. Noch bis 2010 waren meine Werte sehr ungleichmäßig. Durch die Beratung und die Rücksprachen mit meinem Arzt ist mein Blutdruck stabiler. Auch meine Gewichtsschwankungen sind geringer. Ich halte mich an die Ratschläge und fühle mich wohler.“

Ähnlich gut sind die Erfahrungen des 73-jährigen Wilfried Utech, der über das Kundenmagazin auf das Programm aufmerksam wurde: „Vor einer Operation wurden Herzrhythmusstörungen festgestellt. Mein Hausarzt überwies mich an die Medizinische Hochschule Hannover, wo die Probleme operativ behandelt wurden. Seitdem muss ich morgens neun und abends fünf Medikamente nehmen. Das Kundenmagazin der Deutschen BKK stellte das Gesundheitscoaching vor. Daraufhin konsultierte ich meinen Arzt, der mir die Teilnahme empfahl. Nach einem Anruf bei der Servicehotline bin ich nun Teilnehmer. Ich erhalte viele Anregungen, wann der Arzt aufgesucht werden sollte, und lerne zudem noch viel über die Veränderungen der Werte oder das Zusammenwirken von Medikamenten. Es ist ein gutes Gefühl, gut betreut zu werden.“

Gesundheitscoaching wirkt - Betreuung senkt Krankenhausaufenthalte

Die Deutsche BKK verzeichnet messbare Erfolge ihres Coachingprogramms. Wie wirksam die Beratung ist, belegt eine aktuelle Auswertung. Dabei wurden betreute Versicherte und eine Kontrollgruppe - Versicherte, die an Herzinsuffizienz leiden, aber nicht am Coaching teilnehmen - über zwei Zeiträume betrachtet. Das Coachingprogramm startete am 1. März 2010. Grundsätzlich hatten die Versicherten eine Eingewöhnungsphase von 28 Tagen. In dieser Zeit fanden zwei bis vier Telefonate statt, bevor die Krankenhausaufenthalte betrachtet wurden. Im Anschluss wurde die Zahl der Krankenhausaufenthalte bei dieser Gruppe betrachtet. Die Auswertung nach den ersten neun Monaten ergab, dass von den gecoachten Herzinsuffizienzpatienten nur 2,09 Prozent stationär aufgenommen wurden. In der Kontrollgruppe mussten dagegen 11,34 Prozent zur Behandlung in die Klinik. Auch im zweiten Beobachtungszeitraum, der direkt nach dem ersten folgte und ebenfalls neun Monate umfasste, waren weniger Behandlungsfälle zu verzeichnen - gecoachte Versicherte: 11,68 Prozent, Kontrollgruppe: 17,31 Prozent.

Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus betrug im ersten Zeitraum 7,6 Tage, während die Kontrollgruppe 11,8 Tage in stationärer Behandlung war. Im zweiten Zeitraum lagen die Coachingteilnehmer im Schnitt 11,5 Tage und die nicht betreuten Versicherten 12,8 Tage im Krankenhaus. Auch die Entwicklung der anfallenden Krankenhauskosten über den gesamten Zeitraum macht das Sparpotenzial des Coachingprogramms deutlich: In der Kontrollgruppe kosten Klinikaufenthalte 3.500 Euro pro Fall. Bei der Teilnehmergruppe waren es dagegen lediglich 2.900 Euro.

„Ein gutes Gefühl, gut betreut zu werden“

Auch die Zustimmung der Patienten zu dem Programm ist nach Erfahrung der Deutschen BKK äußerst positiv. „Wir werten die positiven Resonanzen als großen Erfolg. Für die Betroffenen bedeutet das Programm einen Gewinn an Sicherheit und Lebensqualität. Sie lernen mit der Krankheit zu leben, indem sie ein Gespür für ihren Körper bekommen“, erklärt Mirjam Sattellaier, Projektkoordinatorin des Coachingprogramms bei der Deutschen BKK. <<

Ansprechpartner: mirjam.sattellaier@deutschebkk.de

Innovation für Abrechnungen von Hilfsmitteln

>> „De-Pay ist die erste Innovation im Abrechnungsgeschäft, welche die gesetzlichen Rahmenempfehlungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in ein bedienerfreundliches und ressourcenschonendes Verfahren umsetzt.“ Für Dr. Andrea Mischker, Hilfsmittelexpertin bei der BIG, birgt die Zahlungs- und Abrechnungsinnovation aus Kassensicht beachtliche Kostensenkungspotenziale, das es vor allem zur Vereinfachung und Vereinheitlichung insbesondere der administrativen Abläufe und damit dem Bürokratieabbau diene. Die Idee der HMM Deutschland GmbH in Moers, die auch die Zentrale Healthcare Plattform (ZHP) für das Gesundheitswesen in Deutschland betreibt: Mit „De-Pay“ soll künftig das Geld ohne Rechnung nach ausgeführten Versorgung auf Basis elektronischer Lieferbestätigungen fließen. Dadurch würden auf Seiten der Vertragspartnerseiten erhebliche Ressourcen frei, wie Istok Kespret, Geschäftsführer von HMM Deutschland, erläutert. Dabei erfüllt „De-Pay“, das ab Januar voll umfänglich zur Verfügung stehen soll, auch alle rechtlichen Anforderungen an das Abrechnungsgeschäft. So kommt Prof. Dr. Thüsing vom Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherung in Bonn zu dem Schluss: „Das von HMM konzipierte Gutschriftenverfahren ist mit § 302 SGB V vereinbar. Auch haushaltsrechtlich und - relevant für Leistungserbringer - umsatzsteuerrechtlich unterliegt das Verfahren rechtlich keinen Bedenken.“ <<

24 DEGAM-Zukunftspositionen

>> Zum ersten Mal in der Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurden sogenannten „Zukunftspositionen“ veröffentlicht. Das erklärte Ziel: ein neues, positiv besetztes Profil des Fachs Allgemeinmedizin zu schaffen, das prägnant gegenüber einer breiten Öffentlichkeit kommuniziert werden kann. „Es muss letztlich für jede Bürgerin und jeden Bürger in Deutschland ersichtlich sein, dass und warum die Allgemeinmedizin ebenso anspruchsvoll ist wie spezialisierte High-Tech-Medizin“, wird in der Präambel erklärt. Und weiter: „Die DEGAM-Positionen sollen auch den Hausärztinnen und Hausärzten selbst den Rücken stärken, eine Aufbruchstimmung vermitteln und dabei helfen, konstruktiv in die Zukunft zu schauen. Dem verbreiteten Jammern und Schlechtreden der eigenen Profession soll auf diese Weise etwas Positives entgegengesetzt werden.“ Die 24 DEGAM-Zukunftspositionen, die während einer Klausurtagung des DEGAM-Präsidiums entworfen und in einem anschließenden, mehrstufigen Diskussionsprozess weiterentwickelt wurden, konnten alle Mitglieder der Fachgesellschaft kommentieren. <<

Portal für klinische Patienten-Register

>> Das Team der Kommunikations-Agentur asoluto public + interactive relations startete bereits 2002 mit dem Betrieb des ersten Klinischen Patienten-Registers. Heute gelten die seitdem entwickelten nationalen und multinationalen Lösungen, wie z.B. das Österreichische CML-Register, als Benchmark in der Scientific Community. Um Interessierten und potenziellen Initiatoren Informationen und Services zu bieten, hat asoluto kürzlich die Website www.patient-registry.com gelauncht, die einen Überblick über die Möglichkeiten, die Erfolgskriterien und die organisatorischen Strukturen und Abläufe von Klinischen Patienten-Registern bietet. Die Patienten-Register-Plattform wurde von asoluto in Kooperation mit der OeKB-Business Services (OeKB-BS) entwickelt. Alle Daten liegen auf ausfallsicheren Servern in den Rechenzentren der Oesterreichischen Kontrollbank AG (OeKB), die mit modernsten Sicherheits-Mechanismen vor unberechtigten Zugriffen geschützt sind. <<

Ein Plädoyer für mehr Patientenselbststeuerung

Bei vielen chronischen Krankheiten hängt das Behandlungsergebnis stark vom Patientenverhalten ab. Hinlänglich bekannte Beispiele hierfür sind der Diabetes mellitus (im Einzelfall bis zu 90% verhaltensabhängig) und andere risikoreiche Stoffwechselerkrankungen oder der Bluthochdruck. Richtige Ernährung, Bewegung, konsequente Einnahme indizierter(!) Arzneimittel, Vermeidung von Nikotin- und Alkoholmissbrauch, Stressabbau, Work-Life-Balance, Psychohygiene und konsequentes Einhalten notwendiger Verlaufskontrollen sind Verhaltenselemente, die ein Patient selbststeuernd zur Gesundung einsetzen kann.

>> Selbststeuerung und Steuerung sind grundsätzlich nicht identisch beziehungsweise deckungsgleich. Bei der Patientensteuerung navigiert eine andere Instanz als der Patient selbst diesen durch den Behandlungsprozess. Das können beispielsweise ein Arzt als Gatekeeper oder ein Case Manager sein. Der Patient ist dabei überwiegend Objekt des Geschehens. Das mag in bestimmten Situationen, wie etwa bei lebensbedrohlichen Notfällen, durchaus im Interesse des Patienten sein. Dessen einzige Verhaltensoption ist dann, sich den Rettern und den Ärzten anzuvertrauen oder dies abzulehnen - vorausgesetzt, er ist bei Bewusstsein und in der Lage, eine derartige Entscheidung sinnvoll zu treffen. Ähnlich kann die Patientenrolle bei schwierigen Krankenhausbehandlungen sein, deren Komplexität ein Kranker oft nur schwer zu überblicken und zu beurteilen vermag. Hier gelten dann die Grundsätze des Case Managements, wie sie die Arbeitsgruppe Patientencoaching der DGbV im Jahre 2009 definiert hat:

- „Das Case Management (ein/e Case Manager/in) leitet einen Patienten durch einen Versorgungsprozess, organisiert ein integratives Schnittstellenmanagement aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure und stellt einen zielgerichteten, strukturierten, koordinierten und effizienten Miteinsatz sicher.
- Ein/e Case Manager/in trägt also weitgehend die Verantwortung für die Organisation des Behandlungsprozesses. Dabei besteht häufig eine Asymmetrie hinsichtlich Informiertheit, Verantwortung und Kompetenz zum Handeln zwischen Case Manager und Patient.“¹

Die Patientenselbststeuerung setzt im Gegensatz dazu voraus, dass ein Kranker über das notwendige Wissen verfügt, um seine Rolle im Behandlungsprozess selbstverantwortlich und zielführend in die Hand nehmen

zu können. Die Bedeutung einer solchen Mitwirkung der Kranken im Genesungsprozess ist keine - wenn auch oft vernachlässigte - Erkenntnis der Neuzeit, sondern war bereits Gegenstand antiker medizinischer Theorien. Hippokrates (460-375 v. Chr.) hat es bereits vor rund 2.400 Jahren in einem seiner Aphorismen auf den Punkt gebracht:

„Der Arzt muss nicht nur bereit sein, selber seine Pflicht zu tun, er muss sich auch die Mitwirkung des Kranken, der Gehilfen und der Umstände sichern.“²

Diese Aussage zeigt überdies die Klugheit und Zurückhaltung, mit der die hippokratischen Ärzte ihr Tun bewerteten. Sie wussten schon damals um die Schlüsselrolle der Patienten sowie den Einfluss der Umstände auf die Behandlungsergebnisse.

Bezogen auf unser Jahrhundert - und in unserer Diktion formuliert - bedeutet es, „dass ohne aufgeklärte und im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbstverantwortlich handelnde Bürger und Patienten die alleinigen Bemühungen der Akteure des institutionellen und hochentwickelten medizinischen Versorgungssystems unvollkommen bleiben. Beleg dafür ist die Feststellung des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen im Gutachten 2005, dass ein beachtlicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustands und der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert „weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritte“ zurückgeht. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation

.....
 1: AG Patientencoaching des DGbV, zitiert in: Meyer-Lutterloh, K. (2009), S. 38
 2: Hippokrates von Kos (ungefähr 400 v.Chr.): Corpus Hippocraticum, Aphorismen; zitiert in Kapferer, R. (1943): Hippokrates - Fibel, Hippokrates-Verlag Stuttgart..

Kommentar

Sehr geehrte Damen und Herren,
 Berlin - BMG - Politik: heftige Bewegungen zwischen allen beteiligten Parteien. Erst wurde lange um die Einführung der Praxisgebühr gestritten, jetzt um deren Abschaffung. Erst wurde über die Unterfinanzierung massiv geklagt, jetzt über die richtige Verteilung der überbordenden Mittel gestritten. Diese zum Teil nicht mehr nachvollziehbaren Auf und Ab's sind es, die den Bürger so verwirren und ihn politikmüde und -verdrossen machen. Wann gibt es endlich wieder eine klare Linie mit Beständigkeit in den Maßnahmen? Im Moment „spielt“ dieses Hin und Her, wenn überhaupt, nur den großen Playern des Systems in die Hände. Weder der einzelne Bürger noch die gesamte Volkswirtschaft profitiert ansonsten davon. Bürgerorientiertheit wird erst dann nachvollziehbar, wenn das gesamte Gesundheitswesen sich dieser vielleicht höchsten aller Maximen eines Versorgungssystems nicht nur annimmt sondern unterwirft. Vielleicht liest diese Zeilen ja der eine oder andere Politiker ...



Dr. John N. Weatherly
 Präsident der DGbV

Mit freundlichen Grüßen aus Berlin

Dr. John N. Weatherly
 DGbV-Präsident

Termine

AG Patientencoaching

Leitung: R. Pourie, Dr. K. Meyer-Lutterloh
 15. Januar 2013, 10.00 - 16.00 Uhr
 Thema: „Integrierende patientenorientierte Health Management Lösungen“

Achtung Vorankündigung! Wichtiger Termin – bitte notieren!

Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGbV) lädt ein:

FORUM: „Pflegerstand im reichen Deutschland!?“

27. Februar 2013, 10:00 - 16:00 Uhr
 Thema: „Wer wird wo, von wem und wie gepflegt? Die Situation der Pflege in Ost und West“

Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGbV) plant ihren

3. Zukunftskongress

24. April 2013, 10:00 - 16:00 Uhr
 Thema: „Der Bürger im deutschen Gesundheitswesen im Wahljahr 2013 - „Nur Beitragszahler und Leistungsempfänger?“

**Ort: NEWSTAND Management-Akademie
 14052 Berlin, Heerstraße 12 - 14**

belaufe sich „je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen und auch in Abhängigkeit vom Geschlecht, auf ca. 10 bis 40 %. Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Verbesserungen in den Lebensbedingungen bzw. -stilen.“³

Dies veranschaulicht Abb. 1, die eine Grafik des Sachverständigengutachtens 2000/2001 in etwas modifizierter Form wiedergibt. Wir finden in dieser Darstellung den Arzt und seine Gehilfen als „medizinische Infrastruktur“, die „Mitwirkung des Kranken“ als „Gesundheitsverhalten“ und die „Umstände“ in den „prädisponierenden Faktoren“, dem „sozialen Status“ und den „transsektoralen Determinanten“ wieder.

Das Versorgungsmanagement chronisch Kranker und multimorbider Patienten stellt dabei eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen dar. Die zunehmende Zahl dieser Patientengruppen nimmt ungefähr vier Fünftel aller aufgewendeten Leistungen des Systems in Anspruch.

Als Konsequenz aus diesen Zusammenhängen lässt sich eine Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit und ihre Mitwirkung an der Krankenbehandlung und Rehabilitation ableiten, wie dies auch in § 1 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) thematisiert wird

„... Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. ...“⁵

Mitverantwortung und Mitwirkung sind hierbei die Schlüsselbegriffe. Das Spektrum der Handlungsoptionen reicht dabei vom bloßen Befolgen ärztlicher Anweisungen (Compliance) bis hin zu einem Verhalten, das auf Wissen, Verstehen, informierter Entscheidung, Motivation und Befähigung zur Eigenverantwortung und zum Selbstmanagement (Empowerment) im Behandlungsprozess beruht.

Für eine Förderung des Patientenselbstmanagements spricht die hohe Quote an nicht therapiegerechtem Verhalten insbesondere chronisch kranker Patienten. Diese liegt nach nationalen und internationalen Studien ungefähr zwischen 30 und 50 Prozent.⁶

Die herkömmlichen - meist wohl paternalistischen - Methoden der Patientenführung scheinen hiernach bei vielen Menschen nicht



©MVF

Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Quelle: Modifiziert nach einer Darstellung im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.⁴

zum gewünschten Erfolg zu führen. Gründe dieses Scheiterns können unter anderem darin bestehen, dass Patienten ärztliche Verordnungen nicht genügend verstehen oder diese nicht in Einklang mit ihren eigenen Präferenzen und dem Wunsch nach mehr Selbstbestimmung bringen können. „Die Zeiten, dass die Patienten alles ohne Widerrede über sich ergehen lassen, sind vorbei“, hat 2010 ein Unternehmensberater für Arztpraxen formuliert.⁷

Voraussetzungen für eine zielführende Patientenselbststeuerung

Eine mitverantwortliche Selbststeuerung der Patienten im Gesundungsprozess ist allerdings nur möglich, wenn grundlegende Voraussetzungen erfüllt werden. Hierzu zählen:

- eine gesicherte Diagnose,
- die Bereitschaft des Patienten, Verantwortung für den eigenen Gesundungsprozess zu übernehmen,
- verlässliche Informationen über die Krankheit, die diagnostischen Möglichkeiten und die Behandlungsalternativen,

- therapiebezogene Orientierungsparameter,
- die intellektuelle Fähigkeit des Patienten, entsprechende Informationen und die daraus abgeleiteten Konsequenzen zu verstehen, gegebenenfalls durch Inanspruchnahme eines Patientencoaches,
- die Bestimmung des Behandlungsziels entweder durch shared decision making oder auch alleine und selbstverantwortlich durch den Patienten,
- „Leitplanken“ in Form von wie auch immer gearteten Hinweisen, die bei weitgehender Verhaltensautonomie gefährliche Abweichungen vom beschrittenen Therapieprozess signalisieren,
- Möglichkeiten für den informierten Patienten, innerhalb eines Entscheidungskorridors von Vorgaben (Leitlinien, Behandlungspfade) eigenverantwortlich abzuweichen,
- konsequente Verfolgung des Behandlungsziels und gegebenenfalls Zwischenziels.

Weiter auf Seite III

.....

3: Meyer-Lutterloh K. (2011), S. 21 mit Zitaten aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Kurzfassung Nr. 25, Seite 23.
 4: Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag - 14. Wahlperiode - Drucksache 14/5660, S. 57 Abb. 13.
 5: Sozialgesetzbuch V, § 1, Satz 2
 6: Siehe z.B. Meyer-Lutterloh, K. (2011): „Mitarbeit der Patienten im medizinischen Behandlungsprozess - Zahlen und Fakten“ in: Weatherly J.N., Meyer-Lutterloh K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 - Grundlagen, Praxis, S. 22. Verlag eRelation AG - content in Health, Bonn.
 7: Loibl, R., Unternehmensberatung für Ärzte (2010): Praxis-Orga-News (E-Mail-Newsletter) vom 19.09.2010 (Kritische Patienten).

Fortsetzung von Seite II

Der Nutzen des Patientenselbstmanagements

Selbstmanagement der Patienten entlastet die Ärzte und Therapeuten im Behandlungsmanagement, bei der Beratung sowie bei der Therapiekontrolle. Gleichzeitig besteht die Chance, größere Abstände zwischen den Konsultationen zu tolerieren, ohne Einbußen bei der Ergebnisqualität befürchten zu müssen. Dies ist angesichts einer immer weiter abnehmenden Ärztedichte beispielsweise in ländlichen Gebieten ein nicht zu vernachlässigender Vorteil. Auch können Beratungsgespräche auf einem höheren Informations- und Wissenslevel der Patienten und ggf. auch ihrer Angehörigen geführt werden. Dies trägt zu einer erheblichen Verbesserung der Kommunikation bei.

In kooperativen Versorgungsformen mit Selektivverträgen - wie bei der integrierten Versorgung - kann die Förderung der Patientenselbststeuerung zu Effizienzsteigerungen beitragen, die sich günstig auf die Versorgungsergebnisse, die Wirtschaftlichkeit und somit auch die Vergütungen der Vertragspartner auswirken.

Besser informierte und zum Selbstmanagement befähigte Patienten werden kritische Krankheitszustände sicherer erkennen, gegebenenfalls eigenständig gegensteuern oder im Bedarfsfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Dadurch werden vermeidbare Verschlimmerungen und „Rückfälle“ vermieden oder zumindest das Risiko für eine solche negative Entwicklung vermindert.

In einem Aufsatz in der Online-Zeitschrift

„PloS Medicine“ setzen sich Harold DeMonaco und Eric von Hippel, zwei Wissenschaftler aus Boston, detailliert mit dem Thema „Self Management“ auseinander. Überraschend ist für die Forscher insbesondere, dass Selfmanagement-Techniken bislang noch sehr wenig verbreitet sind. Dies vor dem Hintergrund, dass - so die Autoren - mittlerweile eine Reihe von Studien vorlägen, die eines deutlich aufzeigen: Eine gestärkte Patientenautonomie bewirkt erhebliche Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und bessere therapeutische Ergebnisse gegenüber der herkömmlichen Praxis. Herkömmliche Praxis bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Patienten ständig in der ärztlichen Sprechstunde erscheinen müssen, nur um Routine-Untersuchungen und einfache Messungen durchzuführen.⁸

Einordnung in das Spektrum von Health Management Services

Die Förderung von Selbstmanagement-Techniken ist eine von verschiedenen Management-Hilfen in der medizinischen Versorgung, die je nach Bedarf eingesetzt werden können. Dazu zählen einerseits personalintensive Leistungen wie Gesundheitsbildung, Gesundheitscoaching, Patientencoaching, Shared Decision Making, Coping Modification, Motivational Interviewing sowie Pharmaceutical Care, andererseits technologieintensive Leistungen wie Risk Assessment, Stratifizierung, Führung einer elektronischen Patientenakte, Klinische Algorithmen, Wissens-Management, Anwendung spezieller medizinische Software, Datenanalytik und Datenmanagement. Alle diese Leistungen lassen sich unter dem Begriff Health Management Services (HMS) zusammenfassen.⁹

So unterschiedlich die genannten Methoden auch sein mögen: Bei allen handelt es sich um wissenschaftsbasierte medizinische, edukative, psychologische oder datenanalytische Dienstleistungen, die einen Therapieprozess in unterschiedlichen Settings und in verschiedenen Phasen eines Krankheitsverlaufes unterstützen. Gemeinsamer Kern aller HMS-Dienstleistungen ist eine spezifische Wissenskomponente. Die fünf wesentlichen HSM-Funktionen sind: Information, Steuerung, Edukation, Logistik und Monitoring. Der Nutzen liegt in verbesserten medizinischen Outcomes.¹⁰

Nach dem das zweibändige Werk „Patientencoaching“¹¹ inzwischen in der Schriftenreihe der DGBV erschienen ist, wird die bisherige Arbeitsgruppe „Patientencoaching“ der DGBV ihr zukünftiges Arbeitsgebiet unter dem Motto „Vom Patientencoaching zu integrierenden patientenorientierten Health Management Lösungen“ erweitern. Als weiterer Baustein für das patientenorientierte Versorgungsmanagement entsteht ein Sammelband „Telematik zur Patientenselbststeuerung“ in der Telematik-Arbeitsgruppe der DGBV. <<

von:

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

.....

8: DeMonaco, H., von Hippel, E. (2007).

9: Bauer, F., Preuß, K. J. (2009): „Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services – HMS“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ 1/2009, S. 25 (27).

10: Ebenda

11: Weatherly J.N., Meyer-Lutterloh K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 und Weatherly J.N., Meyer-Lutterloh K., Pourie R. (Hrsg.): Patientencoaching Band 2. Verlag eRelation AG – content in Health, Bonn

Literatur

- Arbeitsgruppe Patientencoaching der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGBV), zitiert in: Meyer-Lutterloh, K. (2009): „Patientencoaching: Innovativer Ansatz für mehr Effizienz im Gesundheitswesen“ in Monitor Versorgungsforschung 4/2009, S. 38
- Hippokrates von Kos (ungefähr 400 v.Chr.): Corpus Hippocraticum, Aphorismen; zitiert in Kapferer, R. (1943): Hippokrates – Fibel, Hippokrates-Verlag Stuttgart
- Loibl, R. Unternehmensberatung für Ärzte (2009): Praxis-Orga-News (Internet-Newsletter) vom 09.10.2011 (Kritische Patienten)
- Meyer-Lutterloh K. (2011) in: „Schlüsselrolle der Bürger im Gesundheitswesen“ in: Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 - Grundlagen, Praxis, S. 21. Verlag eRelation AG – Content in Health, Bonn
- Meyer-Lutterloh, K. (2011): „Mitarbeit der Patienten im medizinischen Behandlungsprozess - Zahlen und Fakten“ in: Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 – Grundlagen, Praxis, S. 22. Verlag eRelation AG – content in Health, Bonn
- Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Kurzfassung, Nr. 25, S. 23
- Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode - Drucksache 14/5660, S. 57 Abb. 13
- Sozialgesetzbuch V
- DeMonaco HJ, von Hippel E (2007) "Reducing Medical Costs and Improving Quality via Self-Management Tools". PLoS Med 4(4): e104. doi:10.1371/journal.pmed.0040104, zitiert von Gerd Marstedt in Forum Gesundheitspolitik vom 17.4.2007: "Patienten-Selbstmanagement: Kostensparend, therapiefördernd und trotzdem wenig verbreitet" (<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0657>)
- Bauer, F., Preuß, K. J. (2009): „Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services – HMS“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ 1/2009, S. 25 (27)
- Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Henke A. (Hrsg.): Patientencoaching Band 1 und Weatherly, J.N., Meyer-Lutterloh, K., Pourie, R. (Hrsg.): Patientencoaching Band 2. Verlag eRelation AG – content in Health, Bonn.

Patientenorientierung auch in der Planung der ärztlichen Versorgung:

Patienten beauftragen IGES-Institut mit Gutachten

Eine patientenorientierte Planung der ärztlichen Versorgung muss den Bedarf der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellen. Dies ist die Forderung der Patientenvertreter im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die ein Gutachten zur patientenorientierten Bedarfsplanung beim Berliner IGES-Institut in Auftrag gegeben haben.

>> Darin wird der Frage nachgegangen, wie man die medizinische Versorgung aus Sicht der Patienten verbessern kann. Finanziert wurde das Vorhaben aus dem Budget der Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA.

Im Moment orientiert sich die erforderliche Zahl der Ärzte an der Einwohnerzahl einer Region; unabhängig davon, wie krank, alt oder arm die Menschen sind. Das Gutachten des IGES-Institutes belegt, dass eine patientenorientierte Planung nötig und möglich ist.

„Wir brauchen einen grundlegenden Perspektivenwechsel: Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten müssen endlich Eingang finden in die Planung des Bedarfes an

Ärzten“, erklärt Ursula Faubel, Sprecherin der Patientenvertreter im Unterausschuss Bedarfsplanung. Auf Basis des Gutachtens können nun zentrale Forderungen der Patientenvertreter umgesetzt werden:

1. Die Frage nach der Ärzteanzahl pro Einwohner muss neben Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischen Faktoren sowie der Art der Erkrankung auch zukünftige demografische Entwicklungen berücksichtigen.
2. Kriterien für die Ermittlung des Bedarfs und der erforderlichen regionalen Versorgungsangebote müssen bundeseinheitlich festgelegt werden.
3. Eine wohnortnahe Erreichbarkeit von Primärärzten sollte gewährleistet sein. Je höher die Spezialisierung eines Facharztes ist, desto längere Anfahrtswege können in Kauf genommen werden.
4. Innerhalb der Planungsbereiche müssen Verkehrsverbindungen sowie Mitversorgereffekte aus angrenzenden Gebieten berücksichtigt werden. Ebenso sollen Erkenntnisse zum Tätigkeitsumfang und zu den Schwerpunkten der Ärzte in die Planung eingehen.
5. Eine sichere Versorgung für behinderte Menschen muss gewährleistet sein. Das bedeutet, eine ausreichende Zahl der Praxen sollten barrierefrei gestaltet werden.

Die Patientenvertreter fordern darüber hinaus eine Änderung des rechtlichen Rahmens. Diese soll gewährleisten, dass die Interessen von Patientinnen und Patienten bei der Planung ausreichend berücksichtigt werden. „Der Gesetzgeber muss sicher stellen, dass die Bedarfspläne unter Beteiligung der Patientenvertretung an der Beratung festgelegt werden und ein Antragsrecht der Patientenvertretung besteht“, erklärt Faubel. Dies ist bislang nicht der Fall.

So hat die neue Richtlinie des G-BA noch einen weiten Weg vor sich. Nach der Entscheidung auf der Ebene der Selbstverwaltung muss sie, um in Kraft treten zu können, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt werden.

Eines aber steht fest: Die Position der Patientenvertretung im G-BA und in der Öffentlichkeit wurde durch die Beauftragung eines wissenschaftlichen Gutachtens, welches die Diskussion mitbestimmt, deutlich gestärkt. <<

von:

Heidmarie Marona

Beratung für Patientenorientierung im Gesundheitswesen

ERHÄLTlich:

Patientencoaching

Band 1

ISBN 978-3-9814519-1-7

Patientencoaching

Band 2

(ISBN 978-3-9814519-2-4)



Erschienen im Verlag von

„Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).

Bestellen Sie einfach und direkt bei Amazon - Buchhändler bestellen direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health
Kölnerstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00
info@erelation.org

Die Zukunft des Gesundheitswesens ist bürgerorientiert:

DGBV: Vision und Mission

Was wir wollen

- Wir wollen die Sicherung einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung durch mehr Bürgerorientierung - zum Wohl und Nutzen für alle Beteiligten.

Bürgerorientierung bedeutet:

- das Gesundheitswesen am Bedarf und den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger auszurichten
- die Bürger zum aktiven und mitverantwortlichen gesundheitlichen Handeln zu befähigen (Empowerment)
- die Bürger an gesundheitsrelevanten Entscheidungen auf allen Systemebenen zu beteiligen (Partizipation)

Die Schritte dorthin

- Sichtweisen verändern - im Sinne einer bürgerorientierten Haltung
- Informationen und Wissen vermitteln - Transparenz herstellen
- Gesundheitskompetenz fördern
- Beteiligung ermöglichen

Unsere Aufgabe

- Dafür sind wir Think Tank und Anwalt - mit zukunftsorientierten und tatkräftigen Mitstreitern aus allen Bereichen.
- Institutionen und Personen, die uns auf diesem Weg begleiten, mitarbeiten und unterstützen wollen, sind dazu herzlich eingeladen.

Vom Patientencoaching zum Gesundheitscoaching: Coaching in der Prävention

Die Arbeitsgruppe Patientencoaching in der DGbV beschäftigt sich bereits seit vielen Jahren mit dem Thema Patientencoaching. Dabei wurde von der Arbeitsgruppe folgende Definition aufgestellt: „Patientencoaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen. Sie erlernen Fähigkeiten und Fertigkeiten, ihre Erkrankung selbst zu managen sowie Angebote zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen. Damit steigt ihre Lebensqualität.“

>> Als Prävention (vom lateinischen *praevenire* für „zuvorkommen, verhüten“) bezeichnet man vorbeugende Maßnahmen, die dafür sorgen, ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden. Sie hat das Ziel, Krankheiten zu vermeiden und das Wohlbefinden zu stabilisieren. Eckpfeiler der Prävention sind meistens gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, Nichtrauchen, seelische Ausgeglichenheit, genügend Schlaf und wohlthuende zwischenmenschliche Beziehungen. Auch die medizinische Prävention, also beispielsweise die regelmäßige Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen, spielt dabei eine Rolle.

Wenn man nun Coaching im Rahmen der Prävention einsetzt, dann können alle Aspekte aus dem Patientencoaching und alle dafür vorliegenden Checklisten eins zu eins herangezogen werden. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass der Coach es in der Regel nicht mit Patienten zu tun hat, sondern mit gesunden Bürgern. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache gilt die oben genannte Definition sowohl für das Patientencoaching als auch für das Gesundheitscoaching.

Gerade im Bereich der Prävention ist die Bürgerorientierung sehr wichtig. Die DGbV versteht unter Bürgerorientierung, die Menschen als aktive und mitverantwortliche Partner und Handelnde im Rahmen ihrer individuellen und kollektiven Bedarfe, Bedürfnisse und Möglichkeiten in das Versorgungsgeschehen einzubinden. Bürgerorientierung bedeutet also:

- das Gesundheitswesen am Bedarf und den Bedürfnissen der Bürger auszurichten
- die Bürger zum aktiven und mitverantwortlichen gesundheitlichen Handeln zu befähigen (Empowerment)
- die Bürger an gesundheitsrelevanten Entscheidungen auf allen Systemebenen zu beteiligen (Partizipation)

Dies verlangt Voraussetzungen, die es den Bürgern überhaupt erst möglich machen, sich entsprechend ihrer in der Sozialgesetzgebung (§ 1 SGB V) verankerten Mitwirkungspflicht zur Erhaltung und Wiederherstellung von

Gesundheit aktiv und eigenverantwortlich beteiligen zu können.

Wesentliche Schritte zur Verbesserung der Bürgerorientierung sind daher:

- Sichtweisen verändern - im Sinne einer bürgerorientierten Haltung
- Informationen und Wissen vermitteln - Transparenz herstellen
- Gesundheitskompetenz fördern
- Beteiligung ermöglichen

Gesundheitscoaching im Rahmen von Prävention ist also eine spezielle Form des Coachings. Die in den beiden Bänden zum Patientencoaching aus der Schriftenreihe der DGbV vorliegenden Informationen gelten also nicht nur für das Patientencoaching, sondern auch für das Gesundheitscoaching (Details zu den genannten Veröffentlichungen siehe <http://gesundheitswesen-buergerorientiert.de/aktuelles/verffentlichungen.html>).

Die darin dargestellten Kernkompetenzen

für die einzusetzenden Coaches und die detaillierten Checklisten können dabei helfen, Coaching-Angebote zu etablieren, zu klassifizieren und zu bewerten.

Insgesamt muss allerdings konstatiert werden, dass das Gesundheits- und das Patientencoaching nur Mosaiksteinchen im Sinne eines ganzheitlichen bürgerorientierten Versorgungsmanagementansatzes sind. Um zu einer für den Bürger durchgängigen und bürgerorientierten Versorgung zu kommen, sind weitere patientenbegleitende nicht ärztliche Dienstleistungen und Hilfen für den Patienten erforderlich (s. Abb. 1).

Dafür sind wir als DGbV Vordenker und Anwalt aller Bürger und arbeiten mit zukunftsorientierten und tatkräftigen Mitstreitern aus allen Bereichen des Gesundheitssystems an zukunftsorientierten bürgerorientierten Lösungen nicht nur im Bereich der Prävention, sondern in verschiedensten Versorgungsprozessen.

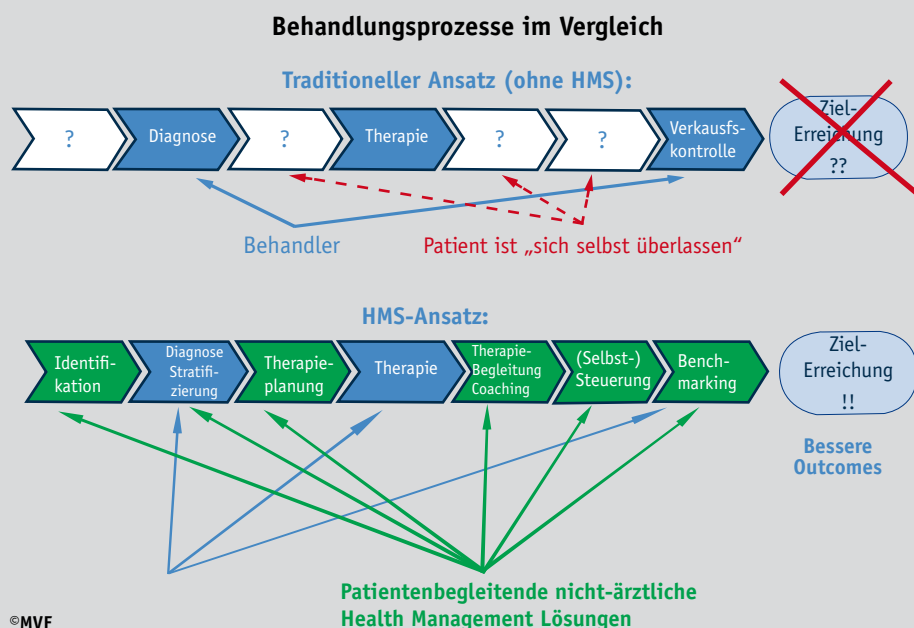


Abb. 1: Behandlungsprozesse; eigene Darstellung modifiziert nach Ausgabe 01/09 von MVF: Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services. Autoren: Dr. Frank Bauer (pharmexx) und Dr. Klaus Jürgen Preuß (EPC HealthCare).

What's on in der DGBV?

Überblick über Arbeitsgruppen

Bürgerorientiertes Versorgungsmanagement hat viele Facetten, was sich auch in den unterschiedlichen Themen der ständigen Arbeitsgruppen der DGBV widerspiegelt. Zum Teil in den Arbeitsgruppen, aber auch parallel dazu sind überdies einmalige und zeitlich begrenzte Projekte in Arbeit. Die folgende Darstellung gibt einen kurzen aktuellen Überblick über dieses Geschehen der AGs.

>> **Die Arbeitsgruppen Gesundheitskommunikation** (Leitung: Prof. Dr. Reinhold Roski und Dr. Sylvia Jung) sowie **Bürger-, Patienten-, Versichertenbelange** (Leitung: Heidi Marona und Dr. Silvia Petak-Opel) haben ein gemeinsames Projekt „Leuchttürme, Praxisbeispiele und Erfahrungen aktiver Patientenbeteiligung“ aufgelegt.

Die Arbeitsgruppe Telematik zur Patientenselbststeuerung (Leitung: Prof. Dr. Thomas Wolf und Matthias Deters) bereitet einen Sammelband „Telematik zur Patientenselbststeuerung“ vor. Anhand einer systematischen Gliederung werden derzeit von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Beiträge zu den verschiedenen Aspekten eines solchen Angebotes erstellt.

Die Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement (Leitung: Dr. John N. Weatherly und Rudolf Bals) behandelte den Nutzen von Mehrwertverträgen aus verschiedenen Sichtweisen und untersuchte die Möglichkeit, eine „Blaupause“ für Mehrwert-

verträge zu entwerfen. Ein weiteres Thema war die Auswirkung des Finanzausgleichs im GKV-Gesamtsystem insbesondere für die Patientenversorgung.

Die Arbeitsgruppe Patientencoaching (Leitung: Ralf Pourie und Dr. Klaus Meyer-Lutterloh) hat seit 2008 kontinuierlich die unterschiedlichen Aspekte des Patientencoachings bearbeitet (Grundlagen, Praxis, Kompetenzbereiche, Qualitätssicherung, Ausbildungsempfehlungen, Checklisten zur Klassifizierung und Erfolgsmessung). Die Ergebnisse wurden - wie schon erwähnt - inzwischen in zwei Bänden veröffentlicht (2011: Patientencoaching Band 1; 2012 Patientencoaching Band 2).

Die Arbeitsgruppe Versorgungsprozesse (Leitung: Monika Knetsch, Sabine Lösment) versteht sich als Zukunftswerkstatt mit dem langfristigen Ziel der Entwicklung bürgerorientierter idealtypischer Versorgungsmodelle auf Basis der DGBV-Strategie in enger Kooperation mit den anderen Arbeitsgruppen.

Die AG hat sich mit dem Eintritt von Sabine Lösment in das Leitungsteam im Mai 2012 eine modifizierte inhaltliche Ausrichtung gegeben, nämlich die Optimierung von Versorgungsprozessen hinsichtlich der Qualitätsaspekte Struktur, Prozess und Ergebnis mit dem Schwerpunkt Volkskrankheiten und chronische Erkrankungen.

Die Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung (Leitung: Prof. Dr.Dr.Dr. Dieter Adam und Dr. Ulrich Krötsch) tagte bisher als einzige AG nicht in Berlin, sondern in Bayern. Sie befasste sich mit der Wertigkeit von Arzneimitteln („Das Arzneimittel ist ein besonderes Gut - keine Ware“), „patientenfreundlicheren“ Packungsbeilagen, Stärkung und Erhöhung der Compliance mit Aspekten des Patientencoachings und des Versorgungsmanagements als zentralem Punkt, mit der Apothekenbetriebsordnung/AMG sowie mit der Fälschungssicherheit von Arzneimitteln. Außerdem wurde ein Thesenpapier zum AMNOG erstellt und auf den DGBV-Seiten im Heft 5/12 von „Monitor Versorgungsforschung“ veröffentlicht.

Die Arbeitsgruppe Versorgungsanalysen (Leitung: Christian Luley und Christian Traupe) startete Anfang November 2012 unter der Prämisse, dass eine bürgerorientierte Gesundheitsversorgung ohne das Wissen um die Versorgung und den objektiven Versorgungsbedarf sowie die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten kaum vorstellbar ist. <<

Was bietet eine Mitgliedschaft bei der DGBV?

- Arbeitsplattformen zur Entwicklung und Begleitung neuer Konzepte für ein effizienteres Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen
- Aktive Teilhabe an einem klar strukturierten Verband, der sich an der Komplexität des Gesundheitswesens orientiert
- Einbeziehung aller relevanten Akteure und Nutzer des Gesundheitssystems in die Verbandsarbeit
- Lerneffekte und Wissensgewinn in kreativen Arbeitsgruppen
- Kontakte und Erfahrungsaustausch mit Akteuren und Nutzern des Gesundheitswesens im Netzwerk der Gesellschaft
- Eine mediale Plattform, über die Themen und normgebende Aspekte des Verbandsschaffens fortlaufend publiziert werden

Ich interessiere mich für die Mitgliedschaft

Per Fax bitte schicken an:
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGBV)
Heerstraße 12 - 14; 14052 Berlin
Tel: +49 30 - 45 47 54 66 Fax: +49 30 - 45 47 58 01
Oder mailen Sie formlos an: geschaeftsstelle@dgbv-online.de

DGBV
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes
VERSORGUNGSMANAGEMENT e.V.

Name/Vorname

Aufgabe/Funktion

Firma/Organisation

Straße

PLZ Ort

E-Mail

Datum

Unterschrift





Susanne Ozegowski

ist Doktorandin an der TU Berlin im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen. Zusammen mit Prof. Dr. Leonie Sundmacher hat sie eine Petition zur Einbeziehung eines Regionalmerkmals in den Datensatz, der gemäß der Datentransparenz-Regelung für die Versorgungsforschung zugänglich wird, beim Deutschen Bundestag eingereicht.

Kontakt: ozegowski@mailbox.tu-berlin.de

Datentransparenz ohne Regionaldaten?

>> „Datentransparenz“ ist das Stichwort, das der Versorgungsforschung ab dem nächsten Jahr die Möglichkeit geben soll, auf einen umfassenden Pool an Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung zuzugreifen. Der Titel „Datentransparenz“ findet sich zwar bereits seit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 im SGB V. Dessen Umsetzung war jedoch an die Selbstverwaltung delegiert, was letztlich aufgrund ungeklärter Finanzierungs- und Durchführungsfragen zu einem jahrelangen Stillstand in diesem Bereich führte.

Erst mit der Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes Ende 2011 kam neuer Schwung in die Thematik, indem das BMG das Heft des Handelns hier in die eigene Hand nahm. Demnach werden die Routinedaten, die zur Berechnung des Morbi-RSA verwendet werden, zukünftig auch beim DIMDI für Zwecke der Versorgungsforschung zur Verfügung stehen. Dieser Datensatz umfasst neben demographischen Merkmalen die Abrechnungsdaten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Arzneimittelverordnungen für die ca. 70 Mio. gesetzlich Versicherten in Deutschland. Die Angaben werden nicht nur als Querschnitt verfügbar sein, sondern im Laufe der Jahre auch als Längsschnitt aufbereitet. Damit werden mit diesen sektorübergreifenden Daten unter anderem Analysen zum Versorgungsgeschehen, zur Arzneimittel-epidemiologie sowie zur (Inanspruchnahme-basierten) Krankheitsinzidenz und -prävalenz möglich.

Doch auch diese neue Datentransparenz-Regelung ist nicht ohne Makel: So fehlen etliche relevante Informationen, die zwar Teil der GKV-Routinedaten, jedoch aufgrund ihrer Irrelevanz für die Berechnung des Morbi-RSA nicht Bestandteil des Datensatzes sind. Darunter fällt z.B. der Leistungserbringerbezug, der für Untersuchungen zur Versorgungsqualität einzelner Leistungserbringer entscheidend ist.

Eine ganz erhebliche Einschränkung möglicher Erkenntnisse aus diesen Daten ist darüber hinaus das Fehlen des Regionalmerkmals, also der Möglichkeit, jeden Versicherten seinem Wohnort (z.B. anhand des Kreis-Kennzeichens) zuzuordnen. Während dieses Merkmal bisher in den Morbi-RSA-Daten erfasst ist, wird es zukünftig - und demnach parallel zur Umsetzung der Datentransparenz-Regelung - entfallen. Grund dafür ist die auslaufende Konvergenzregelung, die eine zu starke finanzielle Umverteilungswirkung des Morbi-RSA zwischen den Bundesländern verhindern sollte (§ 272 SGB V). Diese bildete bisher die Gesetzesgrundlage für die Erfassung des Regionalmerkmals.

Welche Konsequenzen hat der Wegfall des Regionalmerkmals? Drei Aspekte stechen hier besonders hervor:

Erstens wird dadurch eine Berücksichtigung regionaler Strukturindikatoren verhindert. Wir wissen jedoch, dass die Anbieterstrukturen, wie z.B. die Ärzte- und Krankenhaus-Bettendichte, einen erheblichen

Einfluss auf die Quantität (und möglicherweise auch Qualität?) der Versorgung haben. Zum anderen ist auch eine Einbeziehung nachfrage-seitiger Determinanten sinnvoll: Da die verfügbaren Routinedaten keinen Rückschluss auf den sozioökonomischen Status des einzelnen Versicherten zulassen, ließe sich mittels des Regionalkennzeichens zumindest die soziale Lage des Kreises anhand von Arbeitslosen- oder Einkommensstatistiken berücksichtigen.

Zweitens werden regional begrenzte Analysen mit den Daten unmöglich. Um Versorgungsstrukturen jedoch bedarfsgerecht und wohnortnah zu planen, sind zunächst einmal Daten erforderlich, die den kleinräumigen Status Quo der Gesundheit und Versorgung beschreiben und damit eine Approximation des Versorgungsbedarfs erlauben.

Ein dritter Aspekt sind regional vergleichende Analysen. Dieser Forschungszweig steckt in Deutschland - im Gegensatz zu einigen unserer Nachbarländer - noch in den Kinderschuhen. Sofern wir das sozialrechtlich verankerte Ziel der „bedarfsgerechten und gleichmäßigen“ (§ 70 Abs. 1 SGB V) Versorgung jedoch ernst nehmen, darf es keine systematisch schlechtere Versorgung in einzelnen Regionen gegenüber anderen geben. Forschungsergebnisse, die auf erhebliche regionale Unterschiede beispielsweise in der Krebsmortalität (Sundmacher 2011) oder der Qualität der Pharmakotherapie älterer Menschen (Riems und Mangiapane 2012) hinweisen, bedürfen daher dringend weiterer Ursachenforschung.

Vor diesem Hintergrund ist kürzlich eine Petition entstanden, die den Deutschen Bundestag zu einer Beibehaltung des Regionalmerkmals in den Daten auffordert. Zu deren Mitzeichnern zählen zahlreiche Wissenschaftler aus Versorgungsforschung, Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsökonomie, darunter vier Mitglieder des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Geschäftsführer des WiDo und ZI sowie einige Vertreter aus der Patientenvertretung. Unterstützt wird die Petition vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie und der Gesellschaft für Arzneimittel-anwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie. Mit dem Ende der Mitzeichnungsfrist für die Petition am 3.12. liegt das Heft des Handelns jetzt wieder beim Bundestag. Wenn man Versorgungsforschung jedoch nicht als Selbstzweck begreift, sondern als eine Voraussetzung, um die Versorgungsqualität im Sinne der Patientinnen und Patienten zu verbessern, dann sollte die Entscheidung des Bundestages eigentlich klar sein. <<

Link: <http://daten4taten.wordpress.com>

Alexander Pimperl
 Timo Schulte
 Dr. Christian Daxer
 Dr. Monika Roth
 Helmut Hildebrandt

Der Balanced-Scorecard-Ansatz als Managementinstrument für Netzwerke im Gesundheitswesen

Die mangelnde Transparenz in Bezug auf ökonomische und qualitative Effekte wird als wesentliche Schwachstelle von integrierten Versorgungsnetzwerken im deutschen Gesundheitswesen diskutiert (DGIV/BMC 2008; Wagner et al. 2007: 329). Daraus resultieren, wie eine Untersuchung von Gersch (2011) aufzeigt, Investmentunsicherheiten von Krankenkassen, was die ökonomische Zukunftsfähigkeit solcher Versorgungsansätze erschwert. Netzwerke im Gesundheitswesen müssen einen positiven Gesundheitsnutzen für die Versichertenpopulation generieren und dies nachweisen können.¹ Performance Management Systeme (PMS) konzentrieren sich auf diese Problemstellungen der Quantifizierung von ökonomischen und qualitativen Ergebnissen sowie der reflexiven Steuerung von Organisationen, und zwar mit dem Ziel, ihre Effizienz und Effektivität zu steigern. Darüber hinaus können sie als Instrument zur Schaffung von externer Transparenz, z.B. gegenüber Krankenkassen oder Versicherten dienen. In „traditionellen“ – d.h. nicht als Netzwerk strukturierten – Organisationen haben sich PMS als Charakteristikum eines professionellen Managements schon länger etabliert (Kaplan/Norton 2001b: 4 ff; Inamdar/Kaplan 2002: 188 ff; Zelman et al. 2003: 12). Für den speziellen Kontext – Netzwerke im Gesundheitswesen – sind theoretische Arbeiten und praktische Erfahrungen im deutschsprachigen Raum allerdings schmal gesät (s. insbesondere Gröbner 2007; Schicker et al. 2007). Der Bedarf wird jedoch zunehmend von Netzwerken im deutschen Gesundheitswesen erkannt, wobei dem Netzmanagement genau in diesem Bereich ein Defizit attestiert wird (Purucker et al 2009: 23 ff). In der englischsprachigen Literatur findet sich eine umfangreichere Auseinandersetzung (s. z. B. Inamdar/Kaplan 2002; Zelman et al. 2003). Dennoch fehlt auch in der englischsprachigen Literatur eine systematische Aufarbeitung von Anforderungskriterien. Ziel dieses Artikels ist es daher, einen Überblick über (besondere) Anforderungen an PMS für Netzwerke im (deutschen) Gesundheitswesen zu geben. Daran anschließend soll ein vielfach in Literatur und Praxis diskutiertes PMS, der Ansatz der Balanced Scorecard (BSC), generell sowie im Hinblick auf die erarbeiteten Anforderungskriterien theoretisch erörtert werden. Im Besonderen wird dabei auf Ergebnisse eines systematischen Reviews, erweitert um eine qualitative Befragung von Experten des deutschen Gesundheitswesens, von Pimperl (2012) zurückgegriffen.

Zusammenfassung

Als zwei essenzielle Defizite von integrierten Versorgungsnetzwerken in Deutschland werden oft die fehlende Professionalität des Managements und die Intransparenz in Bezug auf ökonomische und qualitätsbezogene Ergebnisse genannt. Performance Management Systeme (PMS) haben sich als Charakteristikum eines professionellen Managements in „traditionellen“ – nicht als Netzwerk strukturierten – Organisationen schon länger etabliert. Für den speziellen Kontext – Netzwerke im Gesundheitswesen – gibt es in Deutschland erst wenige Erfahrungen mit PMS. In der internationalen Literatur und Praxis lassen sich allerdings einige Referenzen für Netzwerke im Gesundheitswesen finden. In diesem Artikel werden Anforderungen an PMS für Netzwerke im (deutschen) Gesundheitswesen erörtert. Insbesondere wird auf den Ansatz der Balanced Scorecard (BSC) und ihre Einsatzmöglichkeiten eingegangen.

Schlüsselwörter

Kennzahlensystem, Performance Management, Qualitätsmessung, Balanced Scorecard, Integrierte Versorgung, Gesundheitsnetze

>> Bei der Betrachtung der Anforderungskriterien ist eine Kategorisierung nach zwei Oberkategorien hilfreich (in Anlehnung an Hudson et al. 2001: 1102; sowie der strukturationstheoretischen Analyse der BSC bei Becker 2003: 236):

- Konzeptionelle Spezifikationen und Anforderungen an das PM-Kennzahlensystem²
- Spezifikationen und Anforderungen an das PM-Vorgehensmodell

Anforderungskriterien an PMS für Netzwerke

Einen Überblick über den erarbeiteten Anforderungskatalog an Performance-Management-Systeme gibt Abb. 1. Wie Pimperl (2012: 171 ff) herausarbeitet, scheint es nur marginale Unterschiede zwischen diesem speziellen Katalog und allgemeinen Anforderungskatalogen an PMS für eher hierarchisch strukturierte Organisationen zu geben (vgl. u. a. Gleich 2001; Hudson et al. 2001; Pun/White 2005; Franco-Santos/Bourne 2005; Pimperl 2012: 100 ff).

PM-Kennzahlensystem: konzeptionelle Anforderungskriterien
Ausgeglichenheit
Tiefe und Breite des PMS
kausale Beziehungen - Abbildung des Businessmodells
Verbindung zur Strategie
Flexibilität
Klarheit und Einfachheit
Prozessorientierung
Phasenorientierung*
PM-Vorgehensmodell: Anforderungskriterien
Bedarfsevaluation/PM-Audit
Ausgleich der Stakeholderinteressen/Involvierung der Stakeholder
Definierte zeitliche Ziele
Unterstützung bei der Strategie/Vision- und Zieldefinition
Konsistenz mit der Organisationsstruktur
Organisationale Integration des PMS
Benchmarking
Review und Update
schnelles akkurates Feedback (Kommunikation/Reporting)
Performance Measure Entwicklung & Schutz vor Manipulation/Suboptima
Wirtschaftlichkeit
(personenbezogener) Datenschutz*

Abb. 1: Allgemeine und (gesundheits-)netzwerkspezifische Anforderungskriterien an PMS (in Anlehnung an Pimperl 2012: 249).
 Legende: * gesundheitsnetzwerkspezifisches Anforderungskriterium.

Eine besondere Anforderung an PMS im Kontext „Gesundheitsnetzwerk“ ist eine Phasenorientierung. Netzwerke durchlaufen verschiedene Phasen der Entwicklung. Dementsprechend müsse im PM-Kennzahlensystem der Fokus abhängig von der Entwicklungsstufe auf unterschiedliche Kennzahlen gelegt werden, um die Performance in der jeweiligen Stufe adäquat messen zu können.³

Die zweite Besonderheit ist der Datenschutz. Insbesondere ist der Schutz von personenbezogenen, medizinischen Versichertendaten gemeint, die für Auswertungen herangezogen werden. Aber auch der Umgang mit Daten einzelner Netzwerkmitglieder erfordert einen adäquaten Schutz bzw. eine entsprechende Vertrauensbasis im Netz (z.B. nur pseudonymisierte Darstellung der Auswertungsergebnisse im Benchmarking).

Alle weiteren in Abb. 1 gelisteten Punkte scheinen, unabhängig vom Kontext, relevant für PMS zu sein. Ein PMS, dem das Potenzial zugeschrieben wird diese Anforderungen zu erfüllen, ist der BSC-Ansatz⁴ (vgl. u.a. die Analysen von Hudson et al. 2001: 1102 ff; Pun/White 2005: 57 f; und speziell für den Kontext Netzwerke im Gesundheitswesen Pimperl 2012: 251 ff). Der BSC-Ansatz ist eines der weitestverbreiteten PMS (Neely 1999: 206 ff), welcher auch im Gesundheitswesen international Anklang findet (s. u.a. Aidemark 2001; Inamdar/Kaplan 2002; Zelman et al. 2003):

„Everyone interviewed [...] considered balanced scorecards as appropriate control mechanisms, almost as designed for health care organisations.“ (Aidemark 2001: 38)

Nachfolgend werden der BSC-Ansatz detaillierter beschrieben und erforderliche Adaptionen näher vorgestellt.

BSC-Ansatz: PM-Kennzahlensystem

Als wesentliches Charakteristikum der BSC kann der ausgeglichene Blick auf die Performance einer Organisation betrachtet werden. Ein balanciertes Verhältnis zwischen finanziellen vs. nicht-finanziellen Kennzahlen sowie kurz- vs. langfristigen, internen vs. externen und Ergebnis- vs. Treiberkennzahlen soll erreicht werden. Diese Kennzahlen werden originär in vier Perspektiven gruppiert: Finanzen, Kunden, interne Prozesse und Innovation & Lernen (Kaplan/Norton 1992: 71 ff). Diese multidimensionale Orientierung setzt an einem zentralen Kritikpunkt - der Eindimensionalität - älterer PMS an. In der internationalen Diskussion wurde die Dominanz finanzieller Kennzahlen in Wirtschaft und Industrie kritisiert (vgl. u.a. Neely 1999: 206) bzw. die Fokussierung auf rein qualitätsbezogene Kennzahlen im Gesundheitssektor (vgl. u.a. Adair et al. 2003: 10 ff).

Ein Beispiel einer BSC⁵ für eine Organisation aus dem Gesundheitswesen zeigt Abb. 2, welche sich stark an den originären Perspektiven der BSC orientiert (vgl. Kaplan/Norton 1992:72). Die Perspektiven sind nicht als starres Rahmenkonstrukt zu verstehen. Abhängig von Branche oder Strategie der Organisation können Adaptionen sinnvoll sein (Kaplan/Norton 1996a: 34). Von dieser Flexibilität wird im Gesundheitswesen generell (Zelman et al. 2003: 5 f, 12) und in dort agierenden Netzwerkorganisationen im speziellen Gebrauch gemacht. In der englischsprachigen Literatur zum Einsatz der BSC in Gesundheitsnetzwerken außerhalb Deutschlands

.....

- 1: Als Gesundheitsnutzen kann die parallele Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung betrachtet werden (Hildebrandt et al. 2009: 154 ff, 2011: 585f).
- 2: Bei Pimperl (2012: 176ff) werden überdies inhaltliche Anforderungen bzgl. Dimensionen eines PM-Kennzahlensystems angeführt. Diese Anforderungskriterien, so wird dort hervorgehoben, sind allerdings nicht normativer Natur, weshalb sie hier nicht weiter angeführt werden.
- 3: Mandell & Keast (2008: 718, 728) differenzieren z.B. unter Rückgriff auf Sydow (2004), vier Phasen der Entwicklung: Netzerkennung, Netzerkultivierung, Netzwerkeinstellung, Netzwerkeinstellung und damit einhergehend unterschiedliche Evaluationsfoci des PM.

finden sich vielfältige Adaptionen bzw. Erweiterungen der originären BSC-Perspektiven. Dies sind insbesondere (ausführlicher dazu Pimperl 2012: 258 ff, 271 ff):

- qualitätsbezogene Perspektiven (z.B. Sicherheit; qualitätszentrierte Kultur)
- zugangs-/accessbezogene Perspektiven (z.B. Zugang für Patienten; Zugang zu qualitativ hochwertigem Service)
- outcomebezogene Perspektiven (z.B. klinische Outcomes, Langzeit-Outcomes; Verbesserung der Gesundheit)
- soziale/gesellschaftsbezogene Perspektiven (z.B. soziales Commitment; Health Equity/Gleichheit)
- kooperationsbezogene Perspektiven (Integration; Access/Continuity; Community-Beziehungen).

Eine weitere Adaption der originären BSC von Kaplan & Norton zeigt ebenso Abbildung 2. Verändert sind die hierarchische Anordnung der Perspektiven und die illustrierten Ursache-Wirkungsketten. Originär wird von einer hierarchischen Top-Down-Anordnung der Perspektiven ausgegangen mit den Finanzen on-Top. Darunter folgt die Kundenperspektive, die sich ihrerseits wiederum aus der erfolgreichen Umsetzung von Prozessen speist und auf dem Fundament der Perspektive Innovation und Lernen aufsetzt (Kaplan/Norton 1992: 71 ff). Für Organisationen im Gesundheitswesen konnte dieser kausale Zusammenhang bisher nicht nachgewiesen werden (Shortell et al. 2005: 424). Allerdings sollte die determinierende Komponente für die Anordnung auch die Organisationsstrategie sein (Kaplan/Norton 1992: 79); weshalb eine Adaption der Kausalketten (Abb. 2) zielführend ist. Ziel ist die optimale Illustration des Businessmodells.⁶

Essenziell ist gemäß Kaplan & Norton, dass die Anzahl der Kennzahlen zur Operationalisierung der strategischen Ziele in der BSC auf ein Minimum beschränkt werden, um eine klare Struktur zu bewahren und die Informationsüberlastung des Managements zu vermeiden (Kaplan/Norton 1992: 71 ff). Als Richtwert werden 20 bis 25 Kennzahlen genannt (Kaplan/Norton 1996: ix). Um die ganze Organisation auf die Strategie auszurichten, ist es sinnvoll, BSCs für die Tiefe - vom Top-Management bis zum einzelnen Mitarbeiter- und die Breite - z.B. über verschiedene Departments hinweg - zu entwickeln (Kaplan/Norton 2001: 244).

Ein Vergleich der dargestellten Spezifika der BSC mit dem Anforderungskatalog für Kennzahlensysteme von PMS für Netzwerke im Gesundheitswesen (vgl. Abbildung 1) lässt viele Analogien erkennen (ausführlich dazu Pimperl 2012: 251 ff).

BSC-Ansatz: Aspekte des PM-Vorgehensmodells

Ältere Veröffentlichungen zum BSC-Ansatz fokussieren auf die BSC als

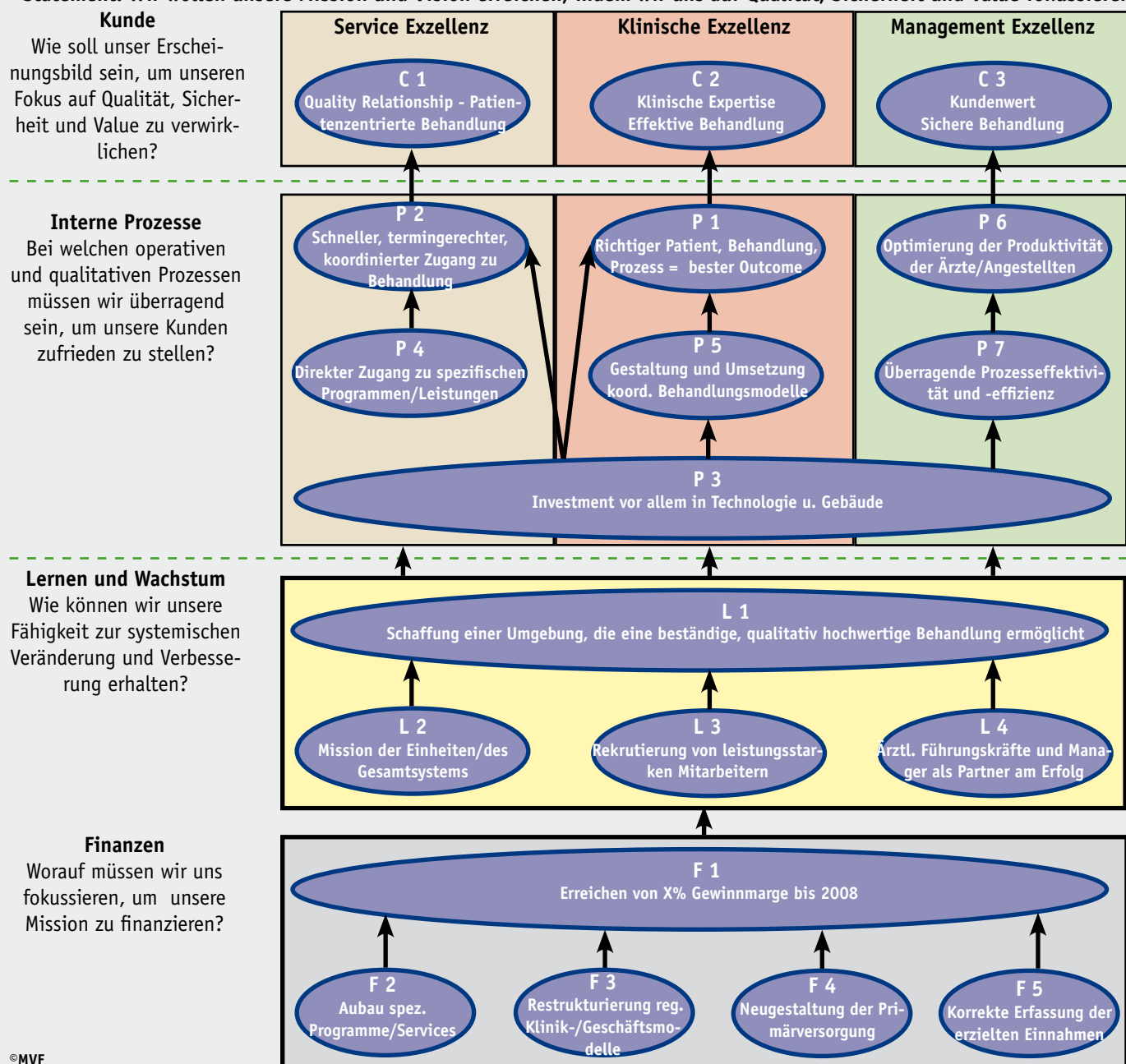
- 4: Begrifflich wird in diesem Artikel zwischen BSC-Ansatz und BSC unterschieden. Unter dem BSC-Ansatz ist das Gesamtkonzept bestehend aus Kennzahlensystem und Vorgehensmodell bzw. Managementmodell zu verstehen; während der Terminus BSC nur das Kennzahlensystem an sich, als Bestandteil des BSC-Ansatzes, bezeichnet.
- 5: Gemäß der neueren Terminologie von Kaplan & Norton (2004: 52), wird in Abbildung 2 eine Strategy Map und keine BSC abgebildet, da strategische Ziele und nicht Kennzahlen und deren Zusammenhänge illustriert werden: "The strategy map describes the logic of the strategy, showing clearly the objectives for the critical internal processes that create value and the intangible assets required to support them. The Balanced Scorecard translates the strategy map objectives into measures and targets". Diese theoretische Differenzierung stellt eine Weiterentwicklung des BSC-Ansatzes dar (Kaplan & Norton 2000). In älteren Darstellungen fehlt diese Abgrenzung und es wird nur von BSCs gesprochen (vgl. Kaplan & Norton 1996: 160).
- 6: Was bei Netzwerken im Gesundheitswesen bedeutet, dass es sinnvoll ist bei der Ausgestaltung der BSC auch die Entwicklungsphasen von Netzwerken mit zu berücksichtigen (vgl. Ausführungen weiter oben zum Anforderungskriterium „Phasenorientierung“).

St. Mary's/Duluth Clinic Health System Strategie-Landkarte (Finanzjahr 2006-2008)

Mission: SMDC bringt die Seele und die Wissenschaft des Heilens zu den Patienten, die es versorgt

Vision: SMDC wird der beste Ort zum Arbeiten und für Behandlung/Therapie

Statement: Wir wollen unsere Mission und Vision erreichen, indem wir uns auf Qualität, Sicherheit und Value fokussieren



©MVF

Abb. 2: Beispiel einer Strategy-Map für ein regionales Gesundheitssystem (in Anlehnung an Chan 2009). Adaptiert nach St. Mary's/Duluth Clinic Health System.

Kennzahlensystem (Kaplan & Norton 1992). Über die folgenden Jahre erfolgte eine Erweiterung hin zu einem umfassenden strategischen Managementsystem. Im Wesentlichen bedeutet dies, dass das Kennzahlensystem sukzessive durch ein differenzierteres PM-Vorgehensmodell ergänzt wurde (Kaplan/Norton 1996a, 2001b, 2008b).

Das PM-Vorgehensmodell lässt sich in sieben Phasen unterteilen (Kaplan/Norton 2008a: 65; erweitert um eine Phase der Bedarfsevaluation/PM Audit gemäß Pimperl 2012: 332 ff):

- **Bedarfsevaluation/PM Audit:** Die Einführung eines PMS sollte mit einer Evaluierung des bestehenden PMS bzw. der entscheidenden Vorbedingungen für die Einführung der BSC starten. Als wesentliche Vorbedingungen gelten: Anerkennung des Bedarfs an PM, Bedarf an Verbesserung des bestehenden PMS, Unterstützung durch das zentrale Management, Bereitstellung von Ressourcen (Zeit, Kompetenzen, IT-Systeme), Optionen durch organisationale Veränderungen, Kundenorientierung (Pimperl 2012: 317 ff).
- **Entwicklung der Strategie:** Nach Bewertung der initialen Vorbedingungen

für die Einführung eines BSC-Ansatzes sollte die (Weiter-)Entwicklung von Vision, Mission und Strategie sowie gemeinsamen Wertvorstellungen folgen (Kaplan/Norton 2008b: 8).

- **Explikation der Strategie:** Eine Explikation der Strategie, also eine Konkretisierung und Quantifizierung über Ziele und Kennzahlen, erfolgt im nächsten Schritt; insbesondere über Strategy Maps und BSCs. Strategiekarten dienen zur Visualisierung der Strategie und BSCs zur Messung dieser über ein ausgewogenes Set an Kennzahlen (Kaplan/Norton 2008b: 10 ff, 69 ff).
- **Sicherstellung einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung:** Ein wichtiger Erfolgsfaktor für PMS ist, dass diese in die Tiefe und Breite der Netzwerkorganisation integriert werden können und eine gemeinsame strategische Ausrichtung der Organisation ermöglichen (Kaplan/Norton 2008b: 11 ff, 125 ff).
- **Planung von Operationen:** In diesem Schritt des PM-Vorgehensmodells des BSC Ansatzes soll eine Verbindung der langfristig orientierten Strategie mit den täglichen operativen Tätigkeiten erfolgen. Ein entsprechendes

Maßnahmenpaket (inkl. Ressourcenplanung, Budgets etc.) soll ausgearbeitet werden (Kaplan/Norton 2008b: 13 ff; 157 ff).

- **Monitoring und Lernen:** s. folgenden Punkt.
- **Test und Anpassung der Strategie:** Im Verständnis des BSC-Ansatzes als Instrument, das Impulse für kontinuierliches Lernen liefern soll, kommt den beiden letzten Phasen des PM-Vorgehensmodells des BSC Ansatzes große Bedeutung zu. Kaplan/Norton (2008b: 15ff, 221ff) schlagen eine Formalisierung über drei verschiedene Arten von Review Meetings vor:
 - operative („Are our operations under control?“),
 - strategische („Are we executing our strategy well?“) und
 - Strategie-überprüfende und -adaptierende Review Meetings: „Is our strategy working?“

Das PM-Vorgehensmodell des BSC-Ansatzes ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da Kaplan/Norton in ihren konzeptionellen Ausarbeitungen

einen Großteil der o.g. Anforderungskriterien integrieren. In einigen Bereichen ergeben sich jedoch Lücken: Die Ausarbeitungen zum BSC-Ansatz liefern etwa nur unzureichend Informationen und Unterstützung in Bezug auf methodische Standards zur Handhabung von Operationalisierungs- und Messproblemen (insbesondere z.B. zum Thema Risikoadjustierung von Kennzahlen). Daher muss an dieser Stelle auf andere Quellen zurückgegriffen werden. Hilfreich ist z.B. der Qualitätsindikatoren-Thesaurus Quinth (GKV Spitzenverband 2012), der eine systematische Abfrage von Qualitätsindikatoren in der ambulanten, stationären und sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung ermöglicht (ausführlich dazu Pimperl 2012: 302 ff).

Diskussion und Ausblick

Dem BSC-Ansatz kann grundsätzlich ein positives Urteil als Basis für den Einsatz als PMS für Netzwerke im Gesundheitswesen attestiert werden.

Literatur

- Adair, E.C. et al. (2003): Performance measurement systems in health and mental health services: models, practices and effectiveness: a state of the science review. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research
- Aidemark, L.G. (2001): The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation. In: *Financial Accountability & Management* 2001, 17, 1: 23-40
- Becker, A. (2003): Controlling als reflexive Steuerung von Organisationen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Chan, Y.-C.L. (2009): How strategy map works for Ontario's health system. In: *International Journal of Public Sector Management* 2009, 22, 4: 349-363
- DGIV/BMC (2008): Positionspapier zur Ansbuchfinanzierung der Integrierten Versorgung in Deutschland. In: http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Presse/Positionspapier_DGIV_BMC_AF_IV_02.2008.pdf (abgerufen am 31.1.2009)
- Franco-Santos, M./Bourne, M. (2005): An examination of the literature relating to issues affecting how companies manage through measures. In: *Production Planning & Control* 2005, 16, 2: 114-124
- Gersch, M. (2011). Quo Vadis IV? – Monitoring Integrierte Versorgung: Ergebnisse einer Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen. In: http://www.wiwiw.fu-berlin.de/institute/abv/gersch/ressourcen/DGIV_Bundeskongress_Vortrag_Gersch_Monitoring-IV.pdf (abgerufen am 4.6.2011)
- GKV Spitzenverband (2012): „Quinth“ Die Qualitätsindikatoren Datenbank des GKV-Spitzenverbandes. Quinth. In: <http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/index.php> (abgerufen am 5.1.2012)
- Gleich, R. (2001): Das System des Performance Measurement: Theoretisches Grundkonzept, Entwicklungs- und Anwendungsstand. München: Vahlen
- Gröbner, M. (2007): Controlling mit Kennzahlen in vernetzten Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens: Dissertation. Universität der Bundeswehr. In: <http://ub.unibw-muenchen.de/dissertationen/ediss/groebner-martin/inhalt.pdf> (abgerufen am 9.1.2009)
- Hildebrandt, H./Richter-Reichhelm, M./Trojan, A./Glaeske, G./Hesselmann, H. (2009): Die hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. In: *Sozialer Fortschritt* 2009, 58, 7: 154-164
- Hildebrandt, H./Schmitt, G./Roth, M./Stunder, B. (2011): Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal“. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011, 105, 8: 585-589
- Hudson, M./Smart, A./Bourne, M. (2001): Theory and practice in SME performance measurement systems. In: *International Journal of Operations and Production Management* 2001, 21, 8: 1096-1115
- Inamdar, N.S./Kaplan, R.S. (2002): Applying the Balanced Scorecard in healthcare provider organizations. In: *Journal of Healthcare Management*, 47, 3: 179-195
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (1992): The Balanced Scorecard - measures that drive performance. In: *Harvard Business Review* 1992, 1: 71-79
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (1996): The balanced scorecard: Translating strategy into action. Boston, Mass.: Harvard Business School Press
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (2000): Having trouble with your strategy? Then map it. In: *Harvard Business Review* 2000, 78, 5: 167-176
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (2001): The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment. Boston, Mass.: Harvard Business School Press
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (2004): Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes. Boston, Mass.: Harvard Business School Press
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (2008a): Mastering the management system. In: *Harvard Business Review* 2008, 86, 1: 62-77
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (2008b): The execution premium: linking strategy to operations for competitive advantage. Boston, Mass.: Harvard Business Press
- Mandell, M.P./Keast, R. (2008): Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks. In: *Public Management Review* 2008, 10, 6: 715-731
- Neely, A. (1999): The performance measurement revolution: why now and what next? In: *International Journal of Operations & Production Management* 1999, 19, 2: 205-228
- Pimperl, A. (2012): Performance Management Systeme für Netzwerke im Gesundheitswesen: Entwicklung einer Soll-Konzeption. Hall in Tirol: UMIT
- Pun, F.K./White, S.A. (2005): A performance measurement paradigm for integrating strategy formulation: a review of systems and frameworks. In: *International Journal of Management Reviews* 2005, 7, 1: 49-71
- Purucker, J./Schicker, G./Böhm, M./Bodendorf, F. (2009): Praxisnetz-Studie 2009: Management - Prozesse- Informationstechnologie. Status quo, Trends und Herausforderungen. Nürnberg: Universität Erlangen-Nürnberg (Wirtschaftsinformatik)
- Schicker, G./Purucker, J./Bodendorf, F. (2007): Process-based performance measurement in healthcare networks. In: A. Oberweis et al. (Hrsg.) (2007): eOrganisation: Service-, Prozess-, Market-Engineering. Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik. Karlsruhe: Universitätsverlag Karlsruhe: 917-934
- Shortell, S.M./Schmitt, J./Wang, M.C./Li, R./Gillies, R.R./Casalino, L.P./Bodenheimer, T./Rundall, T.G. (2005): An empirical assessment of high-performing medical groups: results from a national study. In: *Medical care research and Review* 2005, 62, 4: 407-434
- Sydow, J. (2004): Network development by means of network evaluation? Explorative insights from a case in the financial services industry. In: *Human Relations* 2004, 57, 2: 201-220
- Wagner, K./Ackerschrott, S./Lenz, I. (2007): Effekte und Potenziale der Integrierten Versorgung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie. In: K. Wagner/W. Abraham (Hrsg.) (2007): Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung: Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Kohlhammer Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer: 308-333
- Zelman, N.W./Pink, H.G./Matthias, B.C. (2003): Use of the Balanced Scorecard in health care. In: *Journal of Health Care Finance* 2003, 29, 4: 1-16.

Autorenerklärung

A. Pimperl, T. Schulte und H. Hildebrandt sind Mitarbeiter der Optimedis AG, Hamburg. Dr. M. Roth ist Mitarbeiterin der Gesundes Kinzigtal GmbH, Haslach. Dr. C. Daxer ist niedergelassener Facharzt in Gengenbach. Die Autoren erklären, dass sie an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet haben. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung Dritter.

Von seiner konzeptionellen Ausgestaltung scheint der Ansatz das Potenzial zu haben, die behandelten Anforderungskriterien zu erfüllen.

Insbesondere der ausgeglichene Blick auf verschiedene Dimensionen der Performance von Netzwerkorganisationen im Gesundheitswesen scheint eine strategieorientierte Einbindung von multiplen Stakeholderbedürfnissen zu erleichtern. Gerade für multisektoral und -professional organisierte Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen könnte der BSC-Ansatz daher ein hilfreiches Managementinstrument sein. Dennoch bleiben Fragen für die konkrete Umsetzung im Kontext von Gesundheitsnetzwerken offen. Im speziellen stellt sich die Frage, wie der hier erörterte theoretische Ansatz in die Managementrealität von Netzwerken im Gesundheitswesen transferiert werden kann, welche Herausforderung sich dabei stellen und wie diesen begegnet werden kann. In einem weiteren Artikel, der in der kommenden

Balanced Scorecard as Management Tool for Health Care Networks?

The lack of both management skills and transparency of economical and quality outcomes are often stated to be two main deficits of integrated care systems in Germany. Performance management systems (PMS) are considered as a characteristic of professional management in non-network-organizations. In network organizations in the health care sector in Germany there is just limited experience with these management concepts so far. Even though, internationally some references can be found for health care networks. This paper discusses a set of requirements of PMS for health care networks. The Balanced Scorecard (BSC) conception is reviewed in detail.

Keywords

Performance Management System, Performance Management, Quality Measurement, Balanced Scorecard, Integrated Care, Healthcare Networks

Ausgabe von MVF erscheinen wird, wird daher exemplarisch anhand einer Fallstudie der Entwicklungs- und Implementierungsprozess eines PMS in einem integrierten Versorgungssystem beschrieben. <<

Alexander Pimperl

Betriebswirt (Fachhochschul-Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in Pinakfeld). Seit 2007 bei der OptiMedis AG verantwortlich für den Aufbau und die Leitung des Bereichs Controlling & IT. Berufsbegleitend promovierte er am Studiengang Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der UMIT.

Kontakt: a.pimperl@optimedis.de



Timo Schulte

Betriebswirt (Universität Marburg, u.a. mit den Schwerpunkten Psychologie und Innovationsmanagement). Seit 2010 ist er für die OptiMedis AG im Bereich Health Care Controlling/Versorgungsforschung für die Durchführung gesundheitsökonomischer Studien und Versorgungsanalysen zuständig.

Kontakt: t.schulte@optimedis.de



Dr. Christian Daxer

Humanmediziner (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Medizinische Hochschule in Wien). 2004 Niederlassung als Hals-Nasen-Ohrenarzt in Gengenbach und Gründungsmitglied der Gesundes Kinzigtal GmbH.

Kontakt: acdaxer@t-online.de



Dr. sc. hum. Monika Roth

Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH), Doktorin der Gesundheitswissenschaften. Seit 2008 im Projektmanagement und seit 2010 als Geschäftsstellenleitung der Gesundes Kinzigtal GmbH in Haslach tätig.

Kontakt: m.roth@gesundes-kinzigtal.dee



Helmut Hildebrandt

Apotheker, Gesundheitswissenschaftler. Tätigkeiten in Forschung (Medizin-Soziologie, Universität Hamburg), Entwicklung und Umsetzung im Bereich angewandter Gesundheitswissenschaften, Gründer und Vorstand von OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH.

Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de



Prof. Dr. Heiko Burchert

Blutzuckerteststreifen auf ebay - Hinweise auf Adhärenzprobleme und ihre Kosten

Der Diabetes mellitus zählt zu den Volkskrankheiten in Deutschland. Die Zahl der Diabetiker liegt je nach Schätzung zwischen 6 und 10 Mio. Bundesbürger. Die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr steigt stetig an. (Hauner 2010: 8) Gemäß der beiden KoDim-Studien (Hauner et al. 2007; Köster et al. 2010) beliefen sich die Gesamtkosten für die Behandlung des Diabetes mellitus in Deutschland im Jahre 2000 auf 27,8 Mrd. Euro. Im Jahr 2007 wurden bereits 42,0 Mrd. Euro verausgabt. Dies entspricht einem Wachstum um 51,1 %. Allein die Kosten für die medizinische Versorgung der Diabetiker stiegen von 2000 auf 2007 von 12,9 auf 19,1 Mrd. Euro an. Rund ein Drittel davon gehen in die ärztliche Betreuung der Diabetiker und ihre Versorgung mit Insulin, Kanülen, Blutzuckerteststreifen und Lanzetten. Die restlichen zwei Drittel werden jedes Jahr zur Behandlung der mit dem Diabetes mellitus verbundenen Folgekrankheiten aufgewandt.

>> Der Diabetes mellitus ist also eine Volkskrankheit mit immenser gesundheitsökonomischer Bedeutung, die sich u. a. in einer Kostenbelastung der Krankenversicherungen zeigt. Demgemäß fand diese Erkrankung als eine der ersten Eingang in strukturierte Behandlungsprogramme, die sogenannten Disease-Management-Programme. Von Seiten der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung wird seitdem größte Aufmerksamkeit der Definition von Anforderungen an DMPs und deren Umsetzung gewidmet.

In Zeiten der e-Health verwundert es nicht, im Internet auf einschlägigen Online-Handels- oder Auktionsportalen wie bspw. ebay, amazon, hood.de oder auvito Angebote der zur Behandlung des Diabetes mellitus erforderlichen Verbrauchsmaterialien zu finden. Anders verhält es sich, wenn wie in ebay oder bei hood.de Angebote von „Privat“ feilgeboten wird. Am Sonntag, den 27. Mai 2012 reingeschaut, waren bei ebay 1.321 Angebote von Blutzuckerteststreifen zu finden, davon 857 (ca. 65 %) von Privat. Bei hood.de waren es 31 der 43 Angebote, also 72 %. Hier stellen sich unter vielen anderen die Frage, woher genau werden diese dort zum Kauf angebotenen Blutzuckerteststreifen genommen, und welche Auswirkungen hat das für wen? Zentral steht die Frage im Raum, ob diese privaten Angebote von Verbrauchsmaterialien, die der Diabetiker beim Selbstmanagement seiner Krankheit zur Anwendung zu bringen hätte, als ein grundlegendes Adhärenzproblem anzusehen ist?

Im folgenden Beitrag werden im Abschnitt 2 Einblicke in die Kernpunkte eines jeden DMPs und die Anforderungen an Patienten, die am DMP für den Diabetes mellitus teilnehmen, gewährt. Dem schließt sich im Abschnitt 3 eine Analyse der auf ebay zu findenden und von Privat angebotenen Teststreifen in Verbindung mit einem ersten Erklärungsversuch des Beobachteten an. Dabei wird auf die sich daraus ergebenden ökonomischen wie gesundheitlichen Folgen eingegangen und der durch solche Defizite im Selbstmanagement von Diabetikern entstandene gesellschaftliche Schaden zu dimensionieren versucht. Eine Diskussion im

Zusammenfassung

Das Selbstmanagement von Diabetikern ist ein wesentlicher Baustein bei der Betreuung und Versorgung von Patienten mit einem Diabetes mellitus. Das Selbstmanagement weist jedoch noch eine Vielzahl von Defiziten auf. Ein solches Defizit sind die von Privat auf ebay zum Kauf angebotenen Blutzuckerteststreifen. Im Beitrag wird dem Ausmaß dieses Handelns, seinen Motiven, Folgen und den Möglichkeiten dem zu entgegenen, aus ökonomischer Perspektive nachgegangen.

Schlüsselwörter

Adhärenz, Selbstmanagement, Diabetes mellitus, Telemedizin, Blutzuckerteststreifen, ebay, Dokumentation, Krankenversicherung

Abschnitt 4 rundet den Beitrag ab, in dem u. a. auch auf wirkungsvolle Möglichkeiten bei der Behebung der offenbar gewordenen Adhärenzprobleme beim Diabetes mellitus eingegangen wird. Ein Fazit (Abschnitt 5) rundet den Beitrag ab.

Das Selbstmanagement und seine Defizite

Kernpunkte eines jeden Disease-Management-Programmes (DMP) sind eine leitlinienorientierte und evidenzbasierte Behandlung, die Stärkung der Sensibilität und des Selbstmanagements des Patienten, ein optimaler Mittel- und Ressourceneinsatz und eine zentrale (benchmarking-)Dokumentation zur epidemiologischen Auswertung und Qualitätssicherung. Erklärtes Ziel dieser Programme ist es, die Patienten vor den Spätfolgen ihrer Erkrankung zu bewahren. (Haas 2011: 68) Studien zur Folge (vgl. Schnellbacher 2010: 167 f.) weisen Diabetiker, die in ein DMP eingeschrieben sind, eine verbesserte Lebensqualität auf, als Diabetiker ohne eine solche Unterstützung. Voraussetzung dafür jedoch ist, dass die Diabetiker im Rahmen von Schulungen und Beratungen eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit erfahren und so Fähigkeiten entwickeln, die an sie gestellten Anforderungen bewältigen zu können. Dem Diabetiker kommt bei der Behandlung seiner Erkrankung die entscheidende Rolle zu. (Kulzer et al. 2011: 33, Lange 2006) Sofern diese Fähigkeiten auf Seiten der Patienten nicht ausgeprägt sind, sollten sie adäquat ausgebildet werden. All dies wird als Selbstmanagement im Rahmen des Diabetes mellitus bezeichnet, welches zugleich auch den Kriterien einer Adhärenz entspricht.

Die Mindest-Bestandteile eines den Anforderungen an DMPs für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 entsprechenden Selbstmanagements des Diabetikers sind:¹

- regelmäßiges Messen des Blutzuckerwertes,
- das Ermitteln der mit der nächsten Mahlzeit aufzunehmenden Menge an Broteinheiten,
- das Ermitteln der zu verabreichenden Insulinmenge und deren Applikation,
- die zeitpunktgenaue Dokumentation dieser drei Werte,
- die rechtzeitige Wiederbeschaffung der verbrauchten Materialien (Insulin, Kanülen, Blutzuckerteststreifen und Lanzetten) sowie
- das Vorlegen dieser Dokumentation beim behandelnden Arzt.

Die permanent zu erstellende Dokumentation, bspw. in Form eines Diabetes-Tagebuches, ist die wesentliche Behandlungsgrundlage des behandelnden Arztes. (Kulzer et al. 2011: 34) Aus diesem ist die Einstellung des Diabetes mellitus erkennbar. Zugleich ist es die Informationsgrundlage für eine Kontrolle der verbrauchten Insulinmengen und Teststreifen.

Studien zur Folge ist bereits das Führen eines Diabetes-Tagebuches z. T. mit erheblichen Problemen verbunden. Franke verglich bei 94 seiner Patienten die Eintragungen in deren handschriftlich geführten Diabetes-Tagebuch mit den in ihrem Blutzuckermessgerät auf automatischem

1: Vgl. den vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelten Anforderungskatalog, der Eingang in den Artikel 1 der Zwanzigsten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 23. Juni 2009 gefunden hatte.

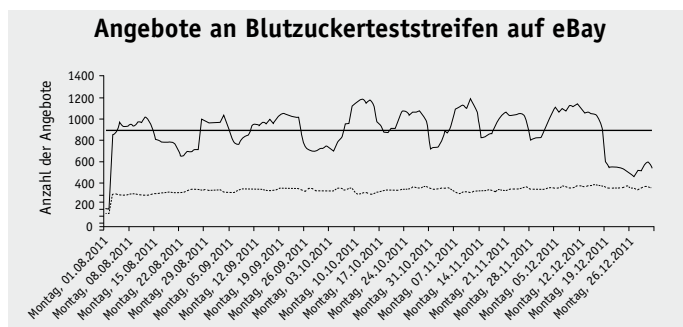


Abb. 1: Anzahl der auf ebay zu findenden Angebote an Blutzuckerteststreifen.

Wege gespeicherten Daten. Dabei konnte er feststellen, dass die Hälfte der eingetragenen Werte falsch oder frei erfunden war, da sie nicht mit den elektronisch dokumentierten Daten übereinstimmten. (o. V. 2008)

Die Dokumentation der applizierten Insulinmenge setzt eine Therapie-treue seitens des Patienten voraus. Patienten mit einem geringen Krankheitsbewusstsein verzichten erfahrungsgemäß eher auf ihre Medikation. (Gensthaler 2008) Sofern in solchen Fällen überhaupt eine Dokumentation der Medikation erfolgt, ist sie der Kategorie „frei erfunden“ zuzuordnen.

Wird dann noch die ohnehin knapp bemessene Zeit des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes mit berücksichtigt, erfüllt die bisherige Ausgestaltung des Selbstmanagements noch nicht einmal die Anforderungen an eine „Selbsttestung mit Fremdkontrolle“ (Kulzer 2011 nach Stegmaier 2011: 15). Eine adäquate Versorgung und Betreuung eines Diabetikers kann nicht sichergestellt werden, wenn sich der Arzt bereits bei der Frage nach dem Bedarf an verbrauchten Materialien ausschließlich auf die Aussage des Patienten zu verlassen hat und diesen nicht vertrauen kann. Derartige Strukturen tragen dazu bei, dass es u. a. auch zu den im folgenden Abschnitt beschriebenen Phänomenen mit den skizzierten Folgen kommt.

Blutzuckerteststreifen auf Abwegen

Die hier zugrundeliegende Analyse der von Privat angebotenen Teststreifen basiert auf einer etwa bereits 1,5 Jahre andauernden Beobachtung der Angebote auf ebay. Von Anfang 2011 bis Ende Mai 2012 wurden z. T. täglich der Bestand an sowie der Zugang von Teststreifen-Angeboten erhoben. Gelegentlich erfolgten tagesbezogene Detailanalysen.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, daß die Zahl der Blutzuckerteststreifen-Angebote im Zeitraum Anfang August 2011 bis Ende Dezember 2011 relativ konstant geblieben ist, vgl. die Trendgerade in der Abbildung 1. Einen wesentlichen Sprung der Angebotszahl gab es Anfang August 2011. Bis zu diesem Zeitpunkt schwankte die Zahl der von Privat unterbreiteten Angebote von Teststreifen um den Wert 200, vgl. den Beginn der durchgezogenen Linie. Seit dieser Zeit kann ein Schwanken mit stärkeren Abweichungen um einen Wert von 900 beobachtet werden. Eine genauere Betrachtung der Schwankungen zeigt, dass es am Anfang und gegen Ende des Monats einen Ausschlag nach oben gibt. Zur Monatsmitte und an den -grenzen gibt es jeweils die geringste Anzahl von Angeboten. Zum Jahreswechsel hin reduzierten sich die Angebote von Privat auf ebay deutlich. (Abb. 1).

Die gepunktete Linie verdeutlicht die Anzahl der gewerblich angebotenen Blutzuckerteststreifen. Diese ist - bis auf den Sprung Anfang August 2011 - bis heute in etwa konstant geblieben und schwankt um den Wert 300.

Stichtagsbezogene Detail-Analysen ermöglichen Einblicke in die Angebotsstruktur. Eine solche Analyse ist die nach der Anzahl der Packungen pro Angebot sowie die angebotene Packungsgröße. Handelsüblich sind Packungen mit 10, 25, 50, 100 oder 200 Teststreifen. Am Dienstag, den

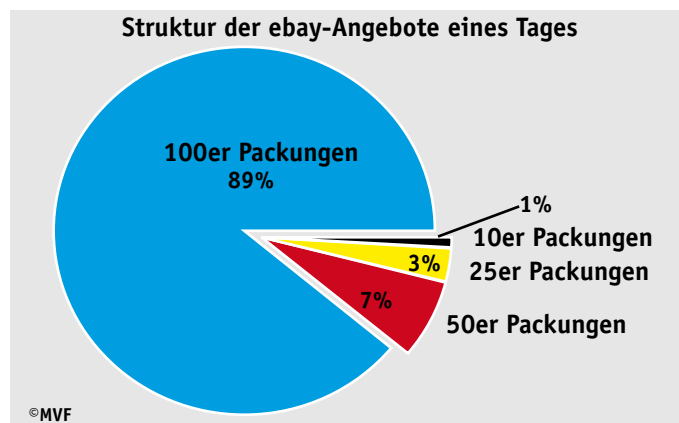


Abb. 2: Struktur der Angebote eines Tages nach der Packungsgröße.

15. Mai 2012 wurden um 10.30 Uhr auf ebay bei Eingabe der Produktbezeichnung „Blutzuckerteststreifen“ 1.147 Angebote von Privat angezeigt. Bei genauerer Betrachtung waren bei 1.005 der Angebote Blutzuckerteststreifen zu finden. Die restlichen 142 Angebote enthielten Blutzuckermessgeräte, Insulinpens und -pumpen, Lanzetten, Kanülen oder Diabetes-Tagebücher, alles von Privat!

Von den 1.005 Angeboten mit Blutzuckerteststreifen standen zehn für Angebote von 10er Packungen, 28 für Angebote von 25er Packungen, 891 für Angebote von 50er Packungen und 76 für Angebote von 100er Packungen, vgl. auch Abb. 2, in welcher dies relativ dargestellt ist.

In einem nächsten Schritt wurde die Anzahl der Packungen pro Angebot erfaßt. Deutlich wurde, dass sich hinter den zehn Angeboten von 10er Packungen genau 44 Packungen verbargen. Die 28 Angebote von 25er Packungen enthielten 74 Packungen. Bei den 891 Angeboten von 50er Packungen waren es 1.844 Packungen und bei den 76 Angeboten von 100er Packungen 111 Packungen. In Summe standen 105.590 Teststreifen zum Kauf auf ebay.

Eine sich hier anschließende Frage ist die, ob es sich bei diesen Verkäufern um solche handelt, die Blutzuckerteststreifen am 15. Mai 2012 erstmalig oder zum wiederholten Mal anboten. Ebay unterstützt einen solchen Analysegedanken, denn bekanntlich lassen sich u. a. die vergangenen Verkäufe des jeweiligen Verkäufers mit der Angabe von Datum, Inhalt und Preis anzeigen. Eine Sichtung aller Angebote nach genau dieser Information ergab, dass 86 % der privaten Anbieter zum wiederholten Male Teststreifen veräußerten. Lediglich 14 % waren erstmalige Anbieter.

Eine weitere Analyse ist die Betrachtung danach, ob die Anbieter über einen definierten Zeitraum auf Gebote warten oder ob sie das Sofort-Kaufen ermöglichen. Dies ist insofern wichtig, weil sich hinter diesen Angeboten eine verfügbare Anzahl von Packungen verbergen und ein Preis vorgegeben ist. Zudem ist die Angebotsdauer deutlich kürzer. Der Anteil der Sofort-Kauf-Angebote am 15. Mai 2012 betrug 14,1 %. Hinter diesen Angeboten standen im Durchschnitt fünf 50er Packungen. Es dauerte in etwa anderthalb Tage, bis diese Angebote verkauft waren. Die Gebote an diesem Tag umfassten im Durchschnitt 2,1 50er Packungen über eine Restlaufzeit von 3 Tagen. Wird unterstellt, dass eine 50er Packung für ca. 20 Euro ersteigert oder gekauft wurde, konnten die Verkäufer allein mit diesen Angeboten 54.370 Euro Erlösen. Auf das Jahr hochgerechnet werden so ca. 7,6 Mio. Euro umgesetzt.

Ökonomische und gesundheitliche Folgen

Von Privat veräußerte Blutzuckerteststreifen sind in aller Regel Teststreifen, die von einem Arzt verordnet, vom Diabetiker oder einem Angehörigen ohne Zuzahlung in einer Apotheke abgeholt, nicht aber zur

Messung des Blutzuckerwertes verwandt wurden. Eine erste ökonomische Folge aus den jährlichen mittels ebay realisierten Umsätzen mit Teststreifen ist der den gesetzlichen Krankenversicherungen entstandene unmittelbare finanzielle Schaden: Wenn einer Krankenversicherungen eine 50er Packung ca. 30 Euro kostet, dann ergeben sich unter Nutzung der obigen Werte Ausgaben in Höhe von 11,4 Mio. Euro pro Jahr. Insofern diese Ausgaben nicht zu dem gewünschten Ziel: Selbstkontrolle des Blutzuckerwertes, sondern zu einem Nebenverdienst führen, ist dies ein unmittelbarer finanzieller Schaden.

Dieser Schaden ist durch einen mittelbaren zu ergänzen. Dieser ergibt sich aus den gesundheitlichen Folgen der Nichtnutzung der Teststreifen. Zur Näherung an diese Frage ist auf die Situation einzugehen, aus der die Teststreifen genommen werden. In aller Regel ist es eine Diabetes-Situation, also jemand leidet an Diabetes mellitus und wurde seitens seines betreuenden Arztes dazu aufgefordert, mit den verordneten Teststreifen regelmäßig die Blutzuckerwerte zu ermitteln, damit dann unter Berücksichtigung der mit der nächsten Mahlzeit aufzunehmenden Menge an Broteinheiten durch Gabe der entsprechenden Menge eines Insulinpräparates auf den Wert reagiert werden kann.

Werden die zu veräußernden Teststreifen aus einer solchen Situation genommen, fehlen sie beim Selbstmanagement des Diabetikers. Die Resultate sind nicht oder zu spät bemerkte Entgleisungen (Hypo- oder Hyperglykämien) mit den bekannten kurzfristig eintretenden akuten Schädigungen des Organismus des Diabetikers oder der sich eher langfristig entwickelnden bedrohlichen Situation. Diese so hervorgerufenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Diabetikers bedeuten eine zusätzliche finanzielle Belastung seiner Krankenversicherung.

Herkunft der Teststreifen und ihre Nachfrage

Aus was für einer Diabetes-Situation stammen die Teststreifen? Entweder es handelt sich um die eigene oder die Diabetes-Situation eines anderen. In der eigenen Diabetes-Situation kann ein Teil der verordneten Teststreifen zum Zwecke der beabsichtigten Veräußerung auf ebay von

vornherein eingespart, also nicht genutzt werden. Im entsprechenden Umfang käme es zur Nichtmessung des Blutzuckerwertes. Auf der Seite des Arztes führt dies zu einer fehlerhaften Wahrnehmung des Behandlungserfolges, wenn er doch mehr Teststreifen zum Zwecke der Nutzung verordnet hatte, jedoch nur ein Bruchteil davon tatsächlich genutzt wurde und sich ein entsprechend schlecht eingestellter Diabetes mellitus ergibt. Eine zweite Option ist das Vortäuschen eines höheren Bedarfs. Statt der durchschnittlich z. B. 150 genutzten Teststreifen pro Monat lässt sich der Patient von vornherein 250 Blutzuckerteststreifen verordnen. Die überschüssigen 100 Teststreifen werden verkauft.

Im Rahmen einer fremden Diabetes-Situation ist zu unterscheiden, von wem die Initiative zum „Abzweigen“ der Teststreifen ausgeht. Dies kann einerseits der Diabetiker in der fremden Diabetes-Situation sein oder derjenige, der als Beteiligter in diese Situation eingebunden ist. Als Letztere sind „geschäftstüchtige“ Angehörige oder auch Pflegekräfte vorstellbar. Beide könnten entweder von einer verfügbaren Menge an Teststreifen einen Teil abzweigen oder, sofern der Kontakt zum Arzt über sie läuft, eine entsprechend höhere Menge an Teststreifen verordnen lassen und die überschüssige Menge „bei Seite nehmen“. Dass es dafür aller Wahrscheinlichkeit nach empirische Befunde gibt, lässt sich aus der Existenz von knapp 2 Mio. Treffern unter google.de ableiten, wenn als Suchbegriffe „Diebstahl“ und „Pflege“ eingegeben werden.

Denkbar ist allerdings auch, dass die Initiative vom Diabetiker selbst ausgeht. Für die Abgabe der Teststreifen an den anderen liegen dann bspw. Motive, wie Dankbarkeit, Verbundenheit gegenüber dem pflegenden Angehörigen oder der Pflegekraft oder auch das „Erkaufen von Zuneigung“ dem Handeln zugrunde. Dies kann grundsätzlich bei jeder beliebigen personenbezogenen Dienstleistung beobachtet werden. Das Motiv verstärkt sich, wenn die auf die Dienstleistung Angewiesenen alleinlebende Ältere sind, welchen es an Kommunikationsmöglichkeiten mangelt.

Das grundsätzliche Motiv für das Handeln des Anbieters ist die Realisation eines steuerfreien Nebeneinkommens entweder mit der eigenen Krankheit oder mit der eines anderen. Gelingt es einem Anbieter bspw. jeden Monat zwei 50er Packungen Teststreifen für je 20 Euro zu veräußern,

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage III – Übersicht der Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse: Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Diabetes mellitus Typ 2 vom 17. März 2011, in: Bundesanzeiger Nr. 90 (S. 2144) vom 16. Juni 2011.
- Gensthaler, B. M. (2008): Diabetes mellitus – Therapietreue besser, Prognose besser. Unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5658>, Ausgabe: 19/2008, abgerufen am 2. Juni 2012.
- Haas, P. (2011): Disease Management-Programme (DMP), in: Burchert, H. (Hrsg.): Lexikon Gesundheitsmanagement, Herne 2011, S. 67-68.
- Hauner, H. (2010): Diabetesepidemie und Dunkelziffer, in: diabetesDE (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011, Berlin, S. 8-13.
- Hauner, H./Köster, I./Schubert, I. (2007): Prevalence of Diabetes Mellitus and Quality of Care in Hesse, Germany, 1998-2004. Analysis of the Sample AOK Hessen/KV Hessen, 1998-2004. In: Deutsches Ärzteblatt, 104. Jg. (2007), Heft 41, S. 2799-2805.
- Köster, I./Huppertz, E./Hauner, H./Schubert, I. (2010): Direct Costs of Diabetes Mellitus in Germany – CoDiM 2000-2007, in: Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes, 118. Jg. (2010), S. 1-9.
- Kulzer, B./Berger, M./Danne, Th./Landgraf, R./Haak, Th./Hermanns, N. (2011): Gemeinsame Stellungnahme von diabetesDE, der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG), des Verbandes der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) und der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS) zur Änderung der Arzneimittelrichtlinie und der Anlage III „Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2“ (Ausführliche Stellungnahme) vom 19. April 2011, Berlin.
- Lange, K. (2006): Förderung der eigenverantwortlichen Therapie bei Typ-2-Diabetes, in: Der Diabetologe, 2. Jg. (2006), S. 484-492.
- Lange, K. (2012): Therapieadhärenz bei Typ-1-Diabetes. Herausforderungen, Barrieren und Chancen, in: Der Diabetologe, 8. Jg. (2012), S. 55-66.
- o. V. (2008): Diabetes-Tagebücher oft fehlerhaft geführt. Studie: Von 4.000 Meßwerten war jeder Zweite falsch – Plädoyer für das Auslesen elektronischer Daten. Unter: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/diabetes/article/493848/diabetes-tagebuecher-oft-fehlerhaft-gefuehrt.html> vom 2. Mai 2008, abgerufen am 2. Juni 2012.
- Rödel, S. (2011): Compliance war gestern: Von der Vielschichtigkeit der Adhärenz und den digitalen Möglichkeiten der Unterstützung, unter: <http://www.digitaleshealthcaremarketing.de/compliance-war-gestern-von-der-vielschichtigkeit-der-adhärenz-und-den-digitalen-möglichkeiten-der-unterstützung>, eingestellt am 28. Januar 2011, abgerufen am 8. Oktober 2012.
- Schnellbacher, E. (2010): Qualität und Qualitätssicherung in der Diabetesversorgung, in: diabetesDE (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011, Berlin, S. 166-169.
- Stegmaier, P. (2011): Die neue Evidenz ist da, aber zu spät, in: Monitor Versorgungsforschung, 4. Jg. (2011), Heft 3, S. 14-16.
- Zwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (20. RSA-ÄndV) vom 23. Juni 2009, in: BGBl. Teil I, Nr. 35 (2009), S. 1542.

Autorenerklärung

Dr. Heiko Burchert ist Professor an der FH Bielefeld. An der Erhebung und Auswertung der ebay-Daten hat Michael Groth, Bachelor-Student am Fachbereich Ingenieurwissenschaften und Mathematik an der FH Bielefeld, mitgewirkt. Dafür sei ihm an dieser Stelle herzlich gedankt. Insofern Herr Groth als studentische Hilfskraft beschäftigt war, stammten die finanziellen Mittel für diese Tätigkeiten ebenfalls von der FH Bielefeld.

können jährlich 480 Euro auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung, welche dafür 720 Euro verausgabt hatte, nebenbei verdient werden.

Eine Nachfrage nach diesen Angeboten haben zwei Gruppen von Diabetikern. Einerseits sind dies die privatversicherten Diabetiker, die bei ihrer Krankenversicherung einen Tarif mit Selbstbeteiligung gewählt haben. Ein solcher Tarif erspart ihnen monatlich bis zu 150 Euro an Beitragszahlungen. Bei einer Selbstbeschaffung z. B. von monatlich 100 Teststreifen rechnet sich dies einerseits, wenn der privatversicherte Diabetiker diese über ebay für 40 Euro oder weniger ersteigert. Andererseits spart er gegenüber dem Apothekenabgabepreis, der in der Regel oberhalb von 20 Euro für eine 50er Packung liegt. Andererseits sind dies die gesetzlichversicherten Typ-II-Diabetiker, die sich auf Grund der vom Bundesministerium für Gesundheit am 17. März 2011 verabschiedeten und zum 1. Oktober 2011 in Kraft getretenen Verordnungseinschränkung die Blutzuckerteststreifen nun auf eigene Rechnung zu beschaffen haben. Letzteres setzt voraus, dass diese Diabetiker ein entsprechend ausgeprägtes Krankheitsbewusstsein aufweisen.

Diskussion

Ausgangspunkt für das beobachtete Phänomen ist ein Adhärenzproblem bei der Behandlung des Diabetes mellitus. Im Gegensatz zur Compliance wird unter der Adhärenz die gemeinsam vom Patienten und vom medizinischen Fachpersonal getragene Verantwortung für das Einhalten der Therapiepläne und damit auch des Therapieerfolges gesehen. (Rödel 2011) Hier greifen u. a. Beratungskonzepte, die an der Therapieadhärenz ansetzen. (Lange 2012) Abhilfe schaffen aber auch moderne telemedizinische Systeme, die hier am Beispiel des Diabetes mellitus beiden Beteiligten eine Unterstützung bei der Erreichung des Therapieerfolges bieten.

Auf Seiten der Patienten entlastet ein sogenanntes telediabetische Systeme von allen Dokumentationsaufgaben. Hierzu sind das Blutzuckermessgerät und der Insulinpen mit einer Speicher- und Sendefunktion auszustatten. Die gemessenen Blutzuckerwerte werden mit Datum und Uhrzeit gespeichert. Der Insulinpen speichert die applizierte Menge an Insulin ebenso mit Datum und Uhrzeit ab. Da das Blutzuckermessgerät die Eingabe der mit der nächsten Mahlzeit aufzunehmenden Broteinheiten ermöglicht, steht auch dieser Wert mit Datum und Uhrzeit zur Verfügung. Regelmäßig werden beide Speicher ausgelesen und die Werte sofort auf einem patientenbezogenen Daten-Portal zur weiteren Nutzung abgelegt.

Weiterhin kann auf Basis dieser Daten über eine Ampelfunktion dem Patienten direkt eine unmittelbare Rückkopplung zur Qualität seines Selbstmanagements gegeben werden. Die Ampel schaltet auf „Rot“, wenn ein gravierender und umgehend abzustellender Fehler im Selbstmanagement festgestellt wurde. Ein „Gelb“ steht für einen sich entwickelnden

Blood glucose strips on ebay - adherence problems and their costs

Besides well structured treatment regimen, self empowerment is a fundamental cornerstone for diabetic patients in medical attendance and care. This self empowerment, however, still has numerous deficits. One key aspect of these deficits is represented by diabetic patients' offer of blood glucose strips on ebay. The article analyses the impact of these deficits, assesses underlying motivations and consequences and demonstrates opportunities of objecting from an economical perspective.

Keywords

adherence, treatment regimen, self empowerment, medical attendance, medical care, diabetes mellitus, telemedicine, blood glucose strips, documentation, health care insurers

Fehler. Mit einer Information darüber in Verbindung mit einer klaren Empfehlung kann über Veränderungen im Selbstmanagement der Fehler abgestellt werden. Wenn zeitgleich der betreuende Arzt diese Ampel des Patienten auf seinem EDV-System in der Praxis verfügbar hat und nutzt, könnte ggf. die Rückkopplung aus dem telediabetischen System durch eine ärztliche ergänzt werden, was genau der ärztlichen Seite des Adhärenzansatzes entspricht. Die Entlastung des Diabetikers von der Dokumentation hat nicht nur einen Gewinn an Lebensqualität für den Diabetiker zur Folge. Besonders von Vorteil ist dies für die gesamte Behandlungssituation selbst. Der Arzt verfügt durch ein solches System erstmals über eine vollständige und fehlerfreie Dokumentation aller diabetesrelevanten Daten. So kann er zu einer gesicherten Therapieempfehlung gelangen, was bisher keineswegs der Fall ist.

Ein telediabetisches System kann dem betreuenden Arzt „auf Knopfdruck“ auch die aktuellen Verbrauchsdaten bezogen auf das Insulin und die Teststreifen bereitstellen. Wird unterstellt, dass zu jedem Stechen eine neue Lanzette genutzt wird, lässt sich von der Anzahl der gemessenen Blutzuckerwerte auch auf den Verbrauch an Lanzetten schließen, ebenso beim Einsatz der Kanülen. Aus den Daten ist weiterhin ablesbar, wann eine Insulinpatrone gewechselt wurde und wieviel Rest-Insulin noch in der entnommenen Patrone enthalten war. Darauf bspw. im Rahmen der nächsten Patientenschulung reagiert, hilft, die Menge des nicht genutzten Insulins zu reduzieren.

Fazit

Die von Privat auf ebay angebotenen Blutzuckerteststreifen sind Ausdruck eines typischen Adhärenzproblems bei der Versorgung von chronisch Kranken. Wenn schon der Diabetiker selbst nicht auf Therapietreue ausgerichtet ist, so sollte doch wenigstens das medizinische Fachpersonal Ansatzpunkte zur Unterstützung des Patienten zur Verfügung haben. Die bisher mit immensen Mängeln verbundenen, handschriftlichen Diabetes-Tagebücher haben diese Aufgabe nicht erfüllt. Eine mit einem telediabetischen System erstellte digitale Dokumentation kann diesem Auftrag schon eher gerecht werden. Zudem vermag es einen Beitrag zur Vermeidung der gesellschaftlichen Kosten der bisherigen Adhärenzprobleme zu leisten. <<

Prof. Dr. Heiko Burchert

ist seit 2001 Professor für das Fachgebiet betriebswirtschaftliche und rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens am Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit der FH Bielefeld und beschäftigt sich seit 1998 mit dem Thema „Ökonomie der Telemedizin“. Im Februar 2011 wurde er zum Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Emperra E-Health-Technologies GmbH, Potsdam berufen. Kontakt: heiko.burchert@fh-bielefeld.de



Dr. med. Dagmar Hertle
Dr. med. Christof Veit

Pay-for-Performance in Deutschland: Von der Option zur Umsetzung

Die Gewährleistung guter Versorgungsqualität und die Notwendigkeit zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen bei anhaltender Finanzierungsproblematik bedarf neuer Wege effektiver Steuerung und zeitnahen Veränderungsmanagements. Eines der Konzepte hierzu ist die leistungsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance, P4P). Insbesondere im angelsächsischen Raum gibt es eine mittlerweile nicht mehr überschaubare Zahl von Projekten, die die Vergütung von Leistungserbringern an die von ihnen erbrachte und durch Qualitätsmessung nachgewiesene Leistung koppeln. Sie folgen damit dem einfachen Prinzip, dass für bessere Qualität mehr gezahlt werden soll und für schlechtere weniger.

>> Es muss allerdings hinterfragt werden, ob dieses Prinzip so einfach auf das Gesundheitswesen übertragbar ist und ob eine leistungsorientierte Vergütung speziell in Deutschland eine Option sein kann. Zu dieser Frage hat das BQS-Institut im Auftrag des BMG ein wissenschaftliches Gutachten erstellt, das im August 2012 veröffentlicht wurde (Veit et al. 2012) und das in seinen Grundzügen hier dargestellt werden soll. Dabei geht es um folgende Themenkomplexe:

1. P4P: Projekte, Definition, Abgrenzung und Prinzipien
2. Wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von P4P-Ansätzen im Gesundheitswesen
3. P4P als Option für eine Steuerung im Gesundheitswesen in Deutschland
4. Fragen und praktische Aspekte des Einsatzes von P4P als (Steuerungs)-Instrument

Projekte, Definition, Abgrenzung und Prinzipien

P4P: Projekte

P4P stellt kein einheitliches Vorgehen oder Programm dar. Stattdessen weisen Projekte mit leistungsorientierter Vergütung ganz unterschiedliche Herangehensweisen und Ausprägungen auf. Neben den bekannten Großprojekten in England und den Vereinigten Staaten wie das Quality and Outcomes Framework (QOF) oder das Projekt der Integrated Healthcare Association (IHA) in Kalifornien, die einander ähneln, existieren zahlreiche kleinere Projekte, die sich speziellen Fragestellungen auf je eigene Weise widmen (zu QOF siehe Steel and Willems 2010; Gulliford et al. 2007; Hippisley-Cox et al. 2007; Fleetcroft and Cookson 2006; zum IHA-Projekt siehe Rodriguez et al. 2009; Damberg et al. 2009; Rosenthal et al. 2005; Cutler et al. 2007 sowie die Berichte der IHA von 2006 und 2009). Die eingesetzten Strategien reichen von einer zusätzlichen Vergütung bei Zielerreichung („Target-Payment“-Einsatz, Kouides et al. 1998) über ein Aussetzen der Vergütung bei Qualitätsmängeln („Non-Pay-for-Non-Performance“) bis zum Verteilen von erreichten Einsparungen („Gainsharing“, Weiss 2006, und „Sha-

Zusammenfassung

Pay-for-Performance (P4P) kommt innerhalb der verschiedenen Vergütungsformen eine herausragende Rolle zu, weil es zur Leistungsquantität auch die Leistungsqualität als Grundlage für die Vergütung heranzieht. Der vorliegende Beitrag definiert auf der Basis eines für das BMG erstellten umfangreichen Gutachtens (2012), was alles unter dem Begriff P4P insgesamt zu verstehen ist und fasst die aktuelle wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit einer leistungsorientierten Vergütung im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität aus der internationalen Literatur zusammen. Es wird deutlich, dass es sich bei P4P-Projekten um eine sehr heterogene Gruppe von Steuerungsinstrumenten handelt. Ein P4P-Modell, das die Erfassung und Analyse der einzelnen Bestandteile von P4P-Projekten und eine Darstellung der Komplexität ihres Zusammenwirkens ermöglicht, wird vorgestellt. Den unterschiedlichen Steuerungszielen werden finanzielle, aber auch nicht finanzielle Interventionen differenziert zugeordnet, sodass ersichtlich wird, in welcher Situation und unter welchen Voraussetzungen welche P4P-Elemente sinnvollerweise zum Einsatz kommen. P4P wird dabei als ein mögliches Werkzeug - neben anderen - angesehen, das situationsbezogen auf seine Nützlichkeit geprüft werden muss. Dabei sind die noch zu lösenden Probleme und Fallstricke zu beachten und es muss auf mögliche Nebenwirkungen geachtet werden. Wie bereits bestehende P4P-Projekte auf der Basis von Selektiv-Verträgen zeigen, ist eine praktische Umsetzung von P4P in Deutschland grundsätzlich möglich. Eine Erweiterung der bestehenden Möglichkeiten sowie ggf. eine aktive Förderung von P4P-Projekten erfordert weitere methodische Vorarbeiten und die Vorgabe klarer Rahmenbedingungen auf politischer Ebene.

Schlüsselwörter

Pay-for-Performance, P4P, leistungsorientierte Vergütung, Qualitätssicherung, Qualitätsindikator, Qualitätsmessung, Versorgungssteuerung, Versorgungsqualität, Versorgungsstrukturen, Indikationsstellung, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Motivation

red Savings“-Ansätze, Conway und Clancy 2009) oder die Erweiterung vorbestehender Rabatt- und anderer Selektiv-Verträge um leistungsorientierte Vergütungsanteile bis hin zu sehr komplexen, sektorenübergreifenden Projekten mit Budget-Verantwortung der Versorger (Prometheus-Payment-Modell oder Accountable Care Organizations, de Brantes et al. 2010; Rastogi et al. 2009; Becker et al. 2011; Berenson und Burton 2011; Berwick 2011; McClellan et al. 2010).

Auch in Deutschland gibt es Pay-for-Performance-Projekte. Das größte, allerdings meist nicht als solches wahrgenommene P4P-Projekt in Deutschland ist die Fallzusammenführung bei stationärer Wiederaufnahme innerhalb der Grenzverweildauer. Im Rahmen dieser Regelung des DRG-Systems werden erneute stationäre Behandlungen wegen eingetretener Komplikationen nicht gesondert vergütet, d.h. es handelt sich um „Non-Pay-for-Non-Performance“. Andere deutsche Projekte nutzen bestehende Selektiv-Verträge zur Vereinbarung qualitätsabhängiger Vergütungsbestandteile oder spezielle Modellverträge. (Details zu solchen Projekten finden sich im Gutachten, Teil A, 6.3).

P4P: Definition

Wenn Vergütungsregeln für Leistungen festgelegt werden, ist damit immer ein gewisses Maß an strategischer Lenkung verbunden. Insofern stellt der Versuch, über finanzielle Anreize die Gesundheitsversorgung zu steuern, nichts Neues dar. Pay-for-Performance als spezielle strategische Vergütungsform meint in diesem Zusammenhang die retrospektive Koppelung der Vergütung an das von einem Versorger erbrachte, durch Kennzahlen nachgewiesene Leistungsniveau. Durch differenzierende finanzielle Anreize sollen Versorger motiviert werden, ihre Versorgungspraxis im Hinblick auf Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems nachhaltig und umfassend zu optimieren.

P4P: Abgrenzung

Davon abzugrenzen sind prospektive Formen der Vergütung, wie die

klassische Einzelleistungsvergütung und zwar auch dann, wenn sie an Qualitätsaspekte wie bestimmte Strukturvorgaben, Qualifikationsvoraussetzungen oder das Sammeln und Offenlegen von Qualitätsdaten geknüpft ist. Diese prospektiven Vergütungsformen werden in Abgrenzung zum retrospektiven Ansatz von Pay-for-Performance in der o.g. Definition als „Pay-for-Structure“, „Pay-for-Competence“ oder „Pay-for-Transparency“ bezeichnet.

P4P adressiert Varianz

Die teilweise oder umfassende Koppelung der Vergütung an die nachgewiesenermaßen erbrachte Leistung basiert auf der Varianz der Versorgungsqualität zwischen den Versorgern und der Erkenntnis, dass auch im Gesundheitswesen trotz aller Bemühungen das Erreichbare an Qualität und Effizienz noch lange nicht erreicht ist. Die Ursprünge von P4P in den USA gehen auf Untersuchungen zurück, die kritische Aspekte der Versorgung darlegten: In den 1990er Jahren machten Publikationen zum Ausmaß von Behandlungsfehlern („To Err is Human“, 1999) und zu erheblichen Qualitätsunterschieden in der medizinischen Versorgung („Crossing the Quality Chiasm“, 2001) Furore. Auch in Deutschland zeigen die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung die teilweise hohe Varianz der Versorgungsqualität.

P4P adressiert diese Varianz in der Versorgung. Den Unterschieden in der Versorgungsqualität wird dabei eine in der Höhe korrespondierende Vergütung zugewiesen. Dies soll letztlich dazu führen, die vorhandene Qualitätsvarianz auf möglichst hohem Niveau anzugleichen.

Aber es stellt sich die Frage, ob es eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die Annahme gibt, dass ein gezielter finanzieller Anreiz auch im gewünschten Sinne erfolgreich ist.

Wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von P4P-Ansätzen

Obwohl die Zahl der Publikationen zu Pay-for-Performance mittlerweile ein überwältigendes Ausmaß angenommen hat, ist die Evidenzlage zur Wirksamkeit von gezielten finanziellen Anreizen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich weiterhin sehr dünn. Insbesondere hochwertige Studien oder Evaluationen stehen kaum zur Verfügung. In den wenigen verfügbaren Cochrane Reviews, die das Thema P4P behandeln (Giuffrida et al. 1999; update 2009; Gosden et al. 2000; update 2011; Thomas et al. 2010; update 2011; Scott et al. 2011; Flodgren et al. 2011), finden sich überwiegend Untersuchungen, die älter sind als 10 Jahre. Diese betreffen in der Regel nur sehr kleine Ausschnitte aus der Versorgungswirklichkeit (z.B. die Durchführung einzelner Impfungen, Kouides et al. 1998; Ritchie et al. 1992 u.a.) und können in den untersuchten Bereichen meist keine Wirksamkeit der eingesetzten finanziellen Anreize nachweisen. Auch nach aktuellen Updates in den letzten Jahren fanden kaum neuere Studien Eingang in die Cochrane Reviews. Dies liegt daran, dass auch aktuell nur wenige wissenschaftliche Studien gezielt zum Thema P4P durchgeführt werden und diese wenigen dann oft die Cochrane-Einschlusskriterien nicht erfüllen. Bei den meisten P4P-Projekten handelt es sich nämlich nicht um Studien, sondern um pragmatische Modifikationen der bestehenden Vergütungssysteme, initiiert von Kostenträgern (vor allem in den USA), oder um nationale Vergütungsreformen (NHS, England).

Diese werden meist verbunden mit weiteren Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und/oder zur Steigerung der Effizienz. Auch die weniger hochwertigen Studien (Fall-Kontroll-Studien, Evaluationen der großen P4P-Projekte vor allem aus den USA (Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID), Physician Group Practice Demon-

stration (PGPD), Projekt der IHA-Californien) aber auch zum Quality and Outcomes Framework, QOF, (England), stellen keinen langfristigen Effekt der veränderten Vergütungsmodalitäten fest (zu PHQID siehe Grossbart 2006; Lindenauer et al. 2007; Glickman et al. 2007; Ryan 2009a und 2009b; de Vore et al. 2010; Fairman and Curtiss 2010; zu PGPD siehe Iglehart 2011; Wilensky 2011; Conway and Clancy 2009; Kautter et al. 2007). Vereinzelt Verbesserungen stehen bisweilen erhebliche Nebeneffekte gegenüber, wie z.B. die Selektion von Patienten, die Überversorgung mit bestimmten medizinischen Maßnahmen oder strategische Umgehungsversuche. Die häufigsten Studienlimitationen, die den wissenschaftlichen Nachweis einer Wirksamkeit von P4P-Elementen in den Vergütungsstrukturen beeinträchtigen, sind in Tab. 1 zusammengestellt.

Häufige Limitation von P4P-Studien
Fehlen einer Vergleichsgruppe
Fehlende Berücksichtigung zeitlicher Trends
keine klare Abgrenzung der Auswirkungen finanzieller Anreize von den Auswirkungen anderer qualitätsfördernder Maßnahmen, wie z.B. Leitlinienimplementierung, Feedback oder Einführung von Disease-Management-Programmen
fehlende Datenvalidierung
überwiegender Einsatz von Prozess- und Strukturindikatoren und kaum Ergebnisse zu Patientenoutcomes oder zu den Wirkungen auf der Population Health-Ebene

Tab. 1: Limitation von P4P-Studien.

Insbesondere das Zusammenwirken mit anderen die Qualitätsentwicklung steuernden Interventionen wie Feedback, Public Disclosure, Implementierung von Leitlinien sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen führt zu Interferenzen, die den klaren Nachweis der Wirksamkeit der finanziellen Intervention verhindern. Damit ist aber nicht gesagt, dass finanzielle Anreize keine Steuerungswirkung entfalten können; im Gegenteil kann belegt werden, dass die Veränderung finanzieller Anreize im Rahmen bisheriger Vergütungssysteme regelhaft zu Anpassungsvorgängen bei Versorgern und Versorgenden geführt hat (z.B. Norton 1992; Lester et al. 2010). Aus dem Mangel an Evidenz kann also nicht zwingend geschlossen werden, dass eine Steuerung im Gesundheitswesen im Sinne einer leistungsorientierten Vergütung nicht möglich ist. Die Frage, die es zu lösen gilt und auf die im Folgenden genauer eingegangen wird, ist, welche konkreten Steuerungsziele mit welchen zur Verfügung stehenden Mitteln erreicht werden können.

Bisher wurde in den meisten P4P-Projekten ein sehr pragmatischer Ansatz gewählt, d.h. sie wurden von denjenigen initiiert, die hofften, damit erfolgreich Kosten zu sparen und/oder die Versorgungsqualität anzuheben. Zu beklagen ist, dass die meisten dieser Initiativen nicht von einer ausreichenden Evaluation begleitet wurden. Die Projektbeschreibungen sind oft kasuistisch und unvollständig, so dass ein wissenschaftlich fundiertes, systematisches Lernen an den Projekten bisher kaum möglich war.

Beim Einsatz von P4P muss im Vorfeld genau geprüft werden, welche konkreten Ziele verfolgt werden und ob P4P-Elemente als Werkzeug hilfreich sein können, um diese Ziele zu erreichen. Das vielfältige P4P-Instrumentarium muss sorgfältig daraufhin geprüft werden, ob es in konkreten Situationen das Erhoffte leisten kann, wie es hierzu zu konfigurieren ist und welche unerwünschten Nebeneffekte auftreten können.

Literatur

- Becker, S./Rawlings, B./Walker, B./Dunn L. (2011): 50 things to know about the proposed. ACO regulations. Chicago: Becker's ASC Review
- Berenson, R.A./Burton, R.A. (2011): Accountable care organizations in Medicare and the private sector: a status update. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation
- Bernacki, R./ Ko, D. SIG Symposia and Concurrent Sessions. Peer Mentoring: An Innovative Model for Professional Advancement in Hospice and Palliative Medicine. In: Journal of Pain and Symptom Management Conference: Annual Assembly of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Boston. AAHPM and the Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA). (2010): 339
- Berwick, D.M. (2011): Making good on ACO's promise – the final rule for the Medicare shared savings program. In: N Engl J Med 2011, 365/19: 1753-1756
- Conway, P.H./Clancy, C. (2009): Transformation of health care at the front line. In: JAMA 2009, 301/7: 763-765
- Cutler, T.W./Palmieri, J./Khalsa, M./Stebbins M. (2007): Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and California pay-for-performance diabetes care cholesterol measures in one medical group. In: J Manag Care Pharm 2007, 13/7: 578-588
- Dalton, A.R./Alshamsan, R./Majeed, A./Millett, C. (2011): Exclusion of patients from quality measurement of diabetes care in the UK pay-for-performance programme. In: Diabet Med 2011, 28/5: 525-531
- Damberg, C.L./Raube, K./Teleki, S.S./Dela, C.E. (2009): Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. In: Health Affairs 2009, 28/2: 517-525.
- de Brantes, F./Rastogi, A./Painter, M. (2010): Reducing potentially avoidable complications in patients with chronic diseases: the Prometheus Payment approach. In: Health Serv Res 2010, 45/6 Pt 2: 1854-1871
- DeVore, S.D. (2010): Results from the first 4 years of pay for performance. In: Healthc Financ Manage 2010, 64/1: 88-92
- Downing, A./Rudge, G./Cheng, Y./Tu, Y.K./Keen, J./Gilthorpe, M.S. (2007): Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. In: BMC Health Serv Res 2007, 7: 166
- Fairman, K.A./Curtiss, F.R. (2010): Clinical quality indicators and provider financial incentives: does money matter? In: J Manag Care Pharm 2010, 16/5: 360-366
- Fleetcroft, R./Cookson, R. (2006): Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? In: J Health Serv Res Policy 2006, 11/1: 27-31
- Flodgren, G./Eccles, M.P./Shepperd, S./Scott, A./Parmelli, E./Beyer, F.R. (2011): An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2011, 7: CD009255
- Giuffrida, A./Gosden, T./Forland, F./Kristiansen, I./Sergison, M./Leese, B./Pedersen, L./Sutton, M. (1999): Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 1999, 4: CD000531
- Glickman, S.W./Ou, F.S./DeLong, E.R./Roe, M.T./Lytle, B.L./Mulgund, J./Rumsfeld, J.S./Gibler, W.B./Ohman, E.M./Schulman, K.A./Peterson, E.D. (2007): Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. In: JAMA 2007, 297/21: 2373-2380
- Gosden, T./Forland, F./Kristiansen, I./Sutton, M./Leese, B./Giuffrida, A./Sergison, M./Pedersen, L. (2000): Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2000, 3: CD002215.
- Grossbart, S.R. (2006): What's the return? Assessing the effect of „pay-for-performance“ initiatives on the quality of care delivery. In: Med Care Res Rev 2006, 63/1 Suppl: 29S-48S
- Gulliford, M.C./Ashworth, M./Robotham, D./Mohiddin, A. (2007): Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. In: Diabet Med 2007, 24/5: 505-511
- Haaf, H.G./Volke, E./Schliehe, F. (2004): Neue Vergütungs- und Versorgungsformen und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation. In: Rehabilitation 2004; 43/5: 312-324
- Hippisley-Cox, J./Vinogradova, Y./Coupland, C. (2007): Time series analysis for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework 2001-2006. In: http://www.qresearch.org/Public_Documents/Time%20Series%20Analysis%20for%20selected%20clinical.pdf (zugegriffen am 04. Oktober 2012)
- Iglehart, J.K. (2011): Assessing an ACO prototype – Medicare's Physician Group Practice demonstration. In: N Engl J Med 2011, 364/3: 198-200
- Institute of Medicine of the National Academies (IOM). (1999): To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press
- Institute of Medicine of the National Academies (IOM). (2001): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press
- Integrated Healthcare Association (IHA). (2006): Advancing quality through collaboration: the California pay for performance program. A report on the first five years and a strategic plan for the next five years. February 2006. Oakland: Integrated Healthcare Association (IHA)
- Integrated Healthcare Association (IHA). (2009): Innovation through collaboration. The California pay for performance program. The second chapter, measurement years 2006-2009. Oakland: Integrated Healthcare Association (IHA)
- Kautter, J./Pope, G.C./Trisolini, M./Grund, S. (2007): Medicare physician group practice demonstration design: quality and efficiency pay-for-performance. In: Health Care Financ Rev 2007, 29/1: 15-29
- Kouides, R.W./Bennett, N.M./Lewis, B./Cappuccio, J.D./Barker, W.H./LaForce, F.M. (1998): Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. In: Am J Prev Med 1998, 14/2: 89-95
- Lester, H./Schmittziel, J./Selby, J./Fireman, B./Campbell, S./Lee, J./Whippy, A./Madvig, P. (2010): The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. In: BMJ 2010, 340: c1898
- Lindenaer, P.K./Remus, D./Roman, S./Rothberg, M.B./Benjamin, E.M./Ma, A./Bratzler, D.W. (2007): Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. In: N Engl J Med 2007, 356/5: 486-496.
- McClellan, M./McKethan, A.N./Lewis, J.L./Roski, J./Fisher, E.S. (2010): A national strategy to put accountable care into practice. In: Health Affairs 2010, 29/5: 982-990
- Norton, E.C. (1992): Incentive regulation of nursing homes. In: J Health Econ 1992, 11/2: 105-128
- Rastogi, A./Mohr, B.A./Williams, J.O./Soobader, M.J./de Brantes, F. (2009): Prometheus payment model: application to hip and knee replacement surgery. In: Clin Orthop Relat Res 2009, 467/10: 2587-2597
- Ritchie, L.D./Bisset, A.F./Russell, D./Leslie, V./Thomson, I. (1992): Primary and preschool immunisation in Grampian: progress and the 1990 contract. In: BMJ 1992, 304/6830: 816-819
- Rodriguez, H.P./von Glahn, T./Elliott, M.N./Rogers, W.H./Safran, D.G. (2009): The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. In: J Gen Intern Med 2009, 24/12: 1281-1288
- Rosenthal, M.B./Frank, R.G./Li, Z./Epstein, A.M. (2005): Early Experience With Pay-for-Performance – From Concept to Practice. In: JAMA 2005, 294/14: 1788-1793
- Ryan, A. (2009a): Hospital-based pay-for-performance in the United States. In: Health Econ 2009a, 18/10: 1109-1113
- Ryan, A.M. (2009b): Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare patient mortality and cost. In: Health Serv Res 2009b, 44/3: 821-842
- Scott, A./Sivey, P./Ait Ouakrim, D./Willenberg, L./Naccarella, L./Furler, J./Young D. (2011): The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2011, 9: CD008451
- Steel, N./Willems, S. (2010): Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. In: Qual Prim Care 2010, 18/2: 117-125
- Thomas, R.E./Russell, M./Lorenzetti, D. (2010): Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2010, 9: CD005188
- Veit, C./Hertle, D./Bungard, S./Trümner, A./Ganske, V./Meyer-Hofmann, B. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf: BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit. <http://bqs-institut.de/aktuelles/298-2012-08-20.html>
- Weiss, M.F. (2006): Gain your fair share: gainsharing makes a comeback. In: Semin Anesth 2006, 25/3: 183-186
- Wilensky, G.R. (2011): Lessons from the Physician Group practice demonstration – a sobering reflection. In: N Engl J Med 2011, 365/18: 1659-1661

für die Zielerreichung passenden Interventionsinstrumente zu wählen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch die Verbesserung, die auf der Ebene einer Institution sichtbar wird, immer auf die Motivation und die Verhaltensänderung auf der Ebene der Versorgenden angewiesen ist. Tabelle 3 benennt die möglichen Steuerungsziele, die Zielgruppen für die Interventionen und das zugrundeliegende Problem. Dem Ziel, das erreicht werden soll, wird sowohl die dafür notwendige Dokumentation zugeordnet als auch die erfolgversprechende Intervention. An dieser Stelle wird erneut ersichtlich, wie differenziert die Handlungskontexte sind und dass die einzelnen Bestandteile wie Dokumentation, Qualitätsindikatoren und Interventionsinstrumente genau aufeinander und auf das Projektziel abgestimmt sein müssen. Besonders zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass die alleinige Nennung von Qualitätsindikatoren nicht ausreicht, um Projektziele zu definieren und die Schlüssigkeit eines P4P-Projektes zu prüfen.

Fragen und praktische Aspekte des Einsatzes von P4P als (Steuerungs)-Instrument

Ausgehend von den dargestellten Steuerungszielen und den dazugehörigen Interventionen stellt sich die Frage, welche Probleme in der konkreten Umsetzung auftreten können und welche Fallstricke zu berücksichtigen sind. Im Einzelnen wird hier beispielhaft auf die folgenden Bereiche eingegangen: Qualitätsmessung, mögliche Nebenwirkungen von P4P, Evaluation und Akzeptanz.

Qualitätsmessung:

Während die Kosten der Versorgung durch ökonomische Kennzahlen prägnant repräsentiert werden (Preisbildung, Vergütungsfestlegung etc.), gibt es auf der Seite der Qualitätsdarlegung bislang keine entsprechenden umfassenden „Qualitätsäquivalente“. Der ökonomischen Bilanz kann also derzeit keine adäquate umfassende Qualitätsbilanz gegenüber gestellt werden.

Im Bereich der Qualitätsmessung sind jeweils unterschiedliche Probleme bzw. Vor- und Nachteile der jeweiligen Indikatoren zu berücksichtigen, die bei der Verwendung für P4P-Projekte ggf. einer weiteren Entwicklung bedürfen. Am Beispiel von Ergebnisindikatoren wird dies dargestellt. Ergebnisindikatoren messen, was als Ziel intendiert ist, nämlich bessere Versorgungsqualität beim Patienten. Sie haben bei der Messung von Versorgungsergebnissen daher einen besonderen Stellenwert. Vorteilhaft ist ihre Offenheit für die innovative Gestaltung der Versorgung: Das Ergebnis, das zählt, kann auf unterschiedlichste Weise erreicht werden. Problematisch im Zusammenhang mit P4P kann aber sein, dass die Verantwortlichkeit für ein Behandlungsergebnis nicht eindeutig zuzuordnen ist oder dass der Zeitraum zu lang ist, der für die Feststellung eines bestimmten Outcomes benötigt wird (z.B. Überleben). Viele Ergebnisse hängen zudem sehr von der Compliance der Patienten ab oder sie sind aufgrund kleiner Fallzahlen nicht beurteilbar. Hier besteht Entwicklungsbedarf: Es muss Indikatoren zum Intermediate Outcome geben, die zuverlässig in der Lage sind, das langfristige Behandlungsergebnis frühzeitig vorherzusagen, damit eine sinnvolle Verknüpfung von Honorar und Ergebnis in akzeptablem zeitlichen Zusammenhang möglich wird. Jahresübergreifende, rollierende Verfahren in Kombination mit statistischer Prozesssteuerung können die Problematik kleiner Mengen lösen helfen und im Rahmen sektorenübergreifender Verantwortlichkeit können P4P-Projekte die Bildung neuer erfolgreicher Kooperationsstrukturen mit gemeinsamer Verantwortlichkeit gezielt fördern.

Entsprechende Vor- und Nachteile im Hinblick auf einen Einsatz in

P4P-Projekten gibt es auch bei den Prozess- und Strukturindikatoren. Ein weiteres Entwicklungsfeld findet sich im Bereich der Indikationsstellung, da nicht nur die Qualität der Durchführung und das Ergebnis einer Maßnahme zu betrachten sind, sondern auch deren Angemessenheit. Indikationsindikatoren sind vor allem zur Eindämmung von überflüssiger Diagnostik und Therapie notwendig, aber auch beim Erkennen von Unter- und Fehlversorgung. Auch hierzu gibt es etliche gute Beispiele (Gutachten, Teil C, 3.5).

Bei der Planung von P4P-Projekten kann nicht davon ausgegangen werden, dass bereits vorhandene Indikatoren oder Indikatorensets ohne weiteres für P4P-Projekte einsetzbar sind. Die für die Qualitätsmessung verwendeten Indikatoren müssen geeignet sein für einen Einsatz im Rahmen einer leistungsorientierten Vergütung. Insbesondere muss die Kompatibilität von Indikator und Anreiz gegeben sein. Dies ist, wie Abb. 2 zeigt, keineswegs automatisch der Fall.

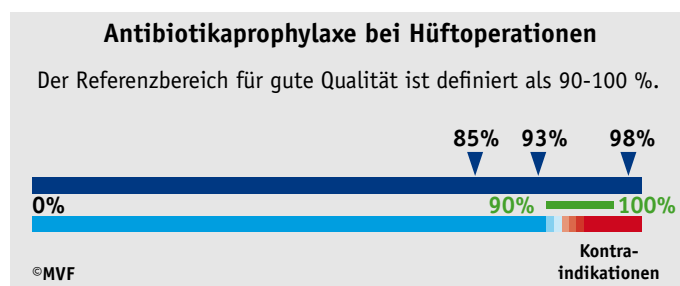


Abb. 2: Erläuterung am Beispiel Antibiotikaphylaxe bei Hüftoperationen. Quelle: P4P-Gutachten BQS-Institut.

Viele Indikatoren, deren ideale Zielgröße 0% (keine Komplikationen) oder 100% (alle Prozesse durchgeführt) ist, büßen in der Nähe des absoluten Zielwertes an Differenzierungsfähigkeit ein. Da jedoch Anreizsysteme oft daraufhin ausgelegt sind, in der Nähe des erwünschten Zielpunktes zwischen sehr guter und guter Qualität zu differenzieren, ist im Einzelfall genau zu prüfen, ob in diesem Bereich der Indikator wirklich noch eine ausreichende Differenzierungsfähigkeit besitzt. Zur Prüfung der Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P wurden Kriterien definiert (Gutachten, Teil C, Kapitel 8). Der dafür entwickelte Prüfalgorithmus wurde in der Quinth-Indikatoren-Datenbank des GKV-Spitzenverbandes eingesetzt und an über 2.000 Indikatoren getestet.

Nebenwirkungen

Der bekannte Satz „was eine Wirkung hat, hat auch eine Nebenwirkung“ trifft auf P4P in umgekehrter Richtung zu: Zwar gibt es keine eindeutigen Nachweise einer Wirksamkeit finanzieller Anreize, jedoch kann aus auftretenden Nebenwirkungen auf die verhaltensmodifizierende Wirkung finanzieller Anreize geschlossen werden. Selektionseffekte sind hier an zentraler Stelle zu nennen und sie betreffen Versorger, Patienten und Maßnahmen. Die ganz überwiegend freiwillige Teilnahme von Versorgern an P4P-Projekten führt dazu, dass vorzugsweise motivierte Leistungserbringer mit guten Ergebnissen teilnehmen und Leistungserbringer mit Defiziten, bei denen eine Verbesserung sehr wünschenswert wäre, eher nicht teilnehmen oder abspringen. Ebenso verhält es sich mit den Patienten, die in ein Programm einbezogen werden: Im Rahmen des sog. Rosinenpickens werden Patienten mit hoher Compliance eingeschlossen, „schwierige“ Patienten fallen unter die „exception rules“ (Downing et al. 2007; Dalton et al. 2011). „Was nicht gemessen wird, ist nicht wichtig“ drückt einen Selektionseffekt bezüglich der Maßnahmen aus, die mit Priorität durchgeführt

Zusammenhang zwischen verhaltensbedingten Mängeln		
Verhaltensbedingte Ursachen für Mängel	Maßnahmen zur Mängelbehebung	Interventionsinstrumente
Versehen, Flüchtigkeitsfehler	Sensibilisierung, Aufmerksamkeitsfokussierung, Verbesserung des Systems	Eduktion, Feedback, Beheben von Konstellationen vor Ort, die das Versehen mitverursacht haben
Fehler	Transparenz der Leistung, Information, Wissensaktualisierung	Feedback, Eduktion
Regelverletzung: gerechtfertigt	Verbessern des QS-Systems	Feedback
Regelverletzung aus motivierten Gründen, aber ungerechtfertigt.	Information, Soziale Aufmerksamkeit, Finanzielle Anreize	Feedback, Public Reporting, P4P Bonus/Malus
Regelverletzung aus Eigeninteresse	Finanzielle Sanktionen	Feedback, Public Reporting, P4P-Malus
mangelnde Ressourcen	Finanzielle Anreize	P4P-Bonus

Tab. 2: Zusammenhang zwischen verhaltensbedingten Mängeln, den dafür sinnvollen Maßnahmen und den dazu passenden Interventionen. Quelle: P4P-Gutachten BQS-Institut.

werden, und auch die Indikationsstellung für oder gegen bestimmte Maßnahmen stellt eine durch finanzielle Anreize beeinflussbare Größe dar und erfordert die Entwicklung und den Einsatz präziser Indikationsindikatoren. Auch Veränderungen im Kodierverhalten wurden mehrfach beschrieben. Sowohl das Aggravieren als auch das Bagatelisieren von Diagnosen mit entsprechendem „Up- oder Downcoding“ konnte festgestellt werden und zwar je nachdem, was die höheren Boni versprach (z.B. Norton 1992). Kostenverlagerung in andere Bereiche durch Verlegung und Überweisung (Haaf et al. 2004) von Patienten in andere Einrichtungen sowie die Anpassung medizinischer Praxis im Sinne einer vorauseilenden Übererfüllung (z.B. Antibiotikagabe schon vor dem Nachweis einer Pneumonie, um einen Zeitkorridor im Zweifelsfall eingehalten zu haben) sind weitere nachweisbare Strategien zur Gewinnoptimierung (Bernacki und Ko 2010). Gegenmaßnahmen sind bereits im Vorfeld geplanter P4P-Projekte in die Überlegungen mit einzubeziehen und können als wirksame Dokumentationskontrollen, durch Einsatz präziser Indikationsindikatoren, durch Prüfung des Projekts auf Fehlanreize sowie durch eine ausreichende Risikoadjustierung zur Prophylaxe von Patientenselektion und durch die Verwendung umfassender Indikatorensatzes zum Ausschluss der Vernachlässigung bestimmter Versorgungsgebiete realisiert werden.

Evaluation:

Evaluation sollte ein fester Bestandteil aller P4P-Projekte sein, durch die das Erreichen der angestrebten Projektziele festgestellt werden kann. Für jedes Projekt ist zu fordern, dass prospektiv Erfolgskriterien festgelegt werden, deren Erreichen vorzugsweise durch neutrale Dritte untersucht wird. Als Messdimensionen kommen die Verbesserung

Übersicht über die Steuerungssituationen					
Art des Ziels	Zielgruppe	Problem	Ziel	Dokumentation	Intervention
Versorgungsmonitoring	Sämtliche Versorger, umfassende Versorgergruppen	Kein Problem bekannt. Routinemäßige Suche nach auffälligen Abweichungen, um gezielte Problemfokussierung und -behebung betreiben zu können	Eingrenzung der Gruppe der Versorger, die eine detaillierte Dokumentation ihrer Versorgungsqualität zu leisten haben	Einfache Dokumentation für eine erste sichtende Bewertung der Versorgungssituation	Grobe Qualitätsmessung zur Identifizierung und Lokalisierung potenzieller Qualitätsdefizite
Korrektur von Versorgungsmängeln	Eine Minderheit von Versorgern	Deutliche Abweichung von den Qualitätsvorgaben (Prozess- oder Ergebnisqualität) ohne ersichtlichen Grund	Auffälligkeitsanalyse, Klärung und Mängelbeseitigung	Verpflichtung zu gezielter, ausführlicher Dokumentation und Analyse im Bereich der auffälligen Versorger	Eduktion, Feedback, institutionelle Intervention, Public reporting, P4P-Sanktionen
Versorgungsentwicklung	Eine Mehrheit der Versorger	Ein Qualitätsstandard wird von einer Mehrheit der Versorger noch nicht in der Routine erreicht	Durchsetzung eines Qualitätsstandards in der medizinischen Routine	Spezifische Dokumentation bezogen auf den Qualitätsstandard, gleichzeitig als Reminder	Eduktion, Feedback, P4P-Boni und Sanktionen
Förderung exzellenter Versorgungsqualität	Einzelne Versorger oder Gruppen von Versorgern	-	Förderung exzellenter Qualität	Versorgungsspezifische Dokumentation, die insbesondere die höhere Qualität und Effizienz messen kann.	P4P-Boni und Shared Savings
Effizienzorientierte Versorgungssteuerung	Sämtliche Versorger, Gruppen verantwortlicher Versorger	Reduktion offensichtlich vermeidbarer Zusatzkosten der Behandlung z. B. durch Reduktion vermeidbarer Komplikationen	durch Finanzierung des Mehraufwands, Unterstützung des Wandels von Versorgungsstrukturen; Ergebnisorientierte Förderung effizienter Kooperationsstrukturen	Effiziente Messung kostenrelevanter Ereignisse	P4P als Shared Savings

Tab. 3: Übersicht über die Steuerungssituationen. Quelle: P4P-Gutachten BQS-Institut.

der medizinischen Versorgungsqualität, die Kostenentwicklung für die medizinische Versorgung, der Aufwand und die Kosten für das Projekt selbst sowie die Akzeptanz des Projekts bei Versorgern, Kostenträgern und Patienten in Frage.

Akzeptanz:

Der kritischste Erfolgsfaktor für P4P-Projekte ist ebenso wie für Qualitätssicherungsprojekte die Akzeptanz bei den Versorgern und den Versorgenden. Denn nur durch ihr Verhalten kann die Qualität der Versorgung beeinflusst werden. Dabei ist davon auszugehen, dass die primäre Motivation für eine gute Versorgung grundsätzlich vorhanden ist. Die gute bis sehr gute Versorgung durch die Mehrheit der Versorgenden sollte unterstützt werden. Bei festgestellten Versorgungsmängeln geht es aber einerseits um die Frage, wie diese bei motivierten Versorgenden behoben werden können und darum wie andererseits das Beharren auf defizitären Prioritäten bei einer Minderheit von Versorgern unterbunden werden kann. Als Voraussetzung für eine hohe Akzeptanz von P4P-Interventionen haben sich die folgenden Kriterien erwiesen:

Das Programm muss verstanden werden, die medizinische Relevanz der Qualitätsziele muss nachvollziehbar sein, der finanzielle Anreiz muss bedeutsam sein, vor allem im Hinblick auf den notwendigen Aufwand, die zur Veränderung notwendigen Ressourcen müssen vorhanden sein, das Programm muss als fair empfunden werden (hier ist vor allem an eine ausreichende Risikoadjustierung zu denken), das Programm sollte Feedbacks beinhalten, die für die Teilnehmenden nützlich sind, und mögliche unerwünschte Konsequenzen sollten im Vorfeld berücksichtigt worden sein.

Schlussbemerkung

Im Gegensatz zum angelsächsischen Ausland führen P4P-Projekte in Deutschland noch ein Nischendasein. National wie international stützen sich P4P-Projekte bisher eher auf praktische Erfahrungen und Erwartungen als auf wissenschaftliche Evidenz. Die Umsetzung von P4P-Projekten erweist sich dabei als sehr komplex. Wird diese Kom-

Pay-for-Performance in Germany: From Option to Implementation

Pay for Performance plays an outstanding role among the various remuneration forms, because it does not only take quantity but also quality of performance as a basis for compensation. This article derived from a comprehensive report to the Ministry of Health (2012) defines, what is meant by P4P and summarizes a critical evaluation of international literature about the evidence for the effectiveness of P4P. P4P projects use remarkably different instruments. A P4P model is presented to describe and analyse the different elements of P4P-projects and to explain the complexity of their interactions. For different targets feasible financial as well as non-financial interventions are discussed. This makes clear in which situations and under which conditions the different P4P-elements can be used effectively. P4P is seen as one of several instruments and it has to be analysed, whether it can be useful in certain situations. Care must be taken of arising problems and potential pitfalls which have to be solved first. It is important to consider possible side effects. As already done in selective contracts it is possible to make P4P work in Germany. To increase the options and maybe to actively promote P4P further methodological work and clear political guidance is needed.x.

Keywords

Pay-for-Performance, P4P, quality assurance, quality indicators, quality measurement, quality-based remuneration, quality of care, controlling of health care, health care structures, appropriateness of care, process quality, outcome quality, motivation

plexität aber berücksichtigt und wird P4P dabei entsprechend seiner Möglichkeiten gezielt eingesetzt, so kann es als ein weiteres Steuerungsinstrument neben Fort- und Weiterbildung, Feedback und Public Disclosure zusätzliche Wirkung entfalten. Dazu bedarf es jedoch sorgfältiger methodischer Vorarbeit, eines klaren politischen Willens, praxisnaher Ansätze und kritisch konstruktiver Begleitung. Sowohl im selektivvertraglichen als auch im kollektivvertraglichen Bereich lassen sich so erfolgreiche P4P-Projekte realisieren. <<

Autorenerklärung

Dr. Christof Veit und Dr. Dagmar Hertle sind für das BQS-Institut in Düsseldorf tätig. Eine externe finanzielle und/oder inhaltliche Unterstützung erfolgt nicht.

Dr. med. Dagmar Hertle

ist Fachärztin für Innere Medizin/Psychotherapie. Nach ihrem Medizinstudium in Erlangen, Melbourne und in der Schweiz war sie in der Inneren Medizin und in der Psychiatrie klinisch tätig. Zwischen 2001 und 2007 war sie als Internistin in hausärztlicher Versorgung niedergelassen. Danach folgte eine mehrjährige Tätigkeit in der privaten Versicherungswirtschaft als Gesellschaftsärztin, bevor sie 2010 zum BQS-Institut wechselte, wo sie seitdem als Projektleiterin in der Abteilung integrierte Gesundheitsversorgung arbeitet. Kontakt: d.hertle@bqs-institut.de



Dr. med. Christof Veit

ist Geschäftsführer des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit (www.bqs.de), einer Einrichtung von Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Es führt bundesweit Projekte in den Bereichen wissenschaftliche Analysen und Entwicklungen, Qualitätsmessung, Qualitätsregister und Gesundheitsberichterstattung durch. Er begann seine berufliche Laufbahn als Arzt in der Chirurgie, nachdem er in Freiburg, London und Boston Medizin studiert hatte. Er war dann 1992 bis 2007 Leiter der Landesgeschäftsstelle EQS Hamburg, bevor er zum BQS-Institut wechselte. Kontakt: c.veit@bqs-institut.de



Dr. rer. pol. Boris Augurzky
 Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers
 Eva-Marie Torhorst, M.A., MBA

Krankenhausprivatisierung in Deutschland: Ein Dialog zwischen Politik und Gesundheitsökonomie

Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich seit Beginn der 1990iger Jahre in einem erheblichen Strukturwandel, dessen Ende noch nicht absehbar ist. Die Zahl der Krankenhäuser ist von 1991 bis 2010 um rund 14% zurückgegangen, Gleiches gilt für die Zahl der Betten (-25%) und die Verweildauer (-44%) (Statistisches Bundesamt 2011). Entsprechend ist es zu einem merklichen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen (+24%) - ein Zeichen einer Effizienzsteigerung. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern (DRGs) hat diese Veränderungen unterstützt. Seit Beginn dieses Wandels ist außerdem ein vermehrter Trägerwechsel von Krankenhäusern hin zu privaten, gewinnorientierten Unternehmen zu beobachten.

>> Diese oftmals als „Privatisierung des Krankenhausmarktes“ bezeichnete Dynamik wird von den Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedlich beurteilt. Insbesondere im Rahmen des politischen Diskurses ist das Thema der Krankenhausprivatisierung häufig anzutreffen. Immer wieder wird die Befürchtung geäußert, dass es zwischen der Gewinnerzielungsabsicht privater Krankenträger einerseits und der Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung andererseits zu Zielkonflikten kommen kann. Zur Versachlichung der Debatte hat das Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung in Essen (RWI) vor kurzen im Auftrag des Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V ein Faktenbuch zur „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“¹ mit dem Ziel erstellt, eine wissenschaftlich und empirisch fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland vorzunehmen. Dabei beschränken sich die Untersuchungen auf empirisch beobachtbare Einflussfaktoren der Krankenhausprivatisierung. Es kann sich daher naturgemäß nur um einen Teil aller denkbaren Einflussfaktoren handeln. Da nicht für alle möglichen Untersuchungen eine Datenbasis zur Verfügung stand, ergibt sich noch weitergehender Forschungsbedarf. Der vorliegende Artikel stellt die gängigen Thesen der politischen Diskussion den Ergebnissen der vom RWI durchgeführten Untersuchungen gegenüber und tritt so in einen politökonomischen Diskurs ein.

Sicherstellung der Versorgung

Politische Diskussion:

Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig, flächendeckend

Zusammenfassung

Die Privatisierung von Krankenhäusern, d.h. der Trägerwechsel von kommunalen und privat-freigemeinnützigen hin zu privat-gewinn orientierten Trägern wird seit Beginn dieser Entwicklung Anfang der 1990er Jahre kontrovers diskutiert. Zur Versachlichung der Debatte hat das RWI das Faktenbuch „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ erstellt. Ziel war eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland durch Darstellung und Auswertung relevanter Kennziffern zum Krankenhausmarkt, differenziert nach Trägerschaft. Diese empirische Evaluation dient nun als Basis für eine politökonomische Debatte über die Krankenhausprivatisierung in Deutschland und um die politischen und ökonomischen Argumente wissenschaftlich zu validieren.

Schlüsselwörter

Herausragende Bedeutung des Gesundheits- und Krankenhausmarkts, Ordnungspolitik im Gesundheitssektor, Krankenhausprivatisierung in Deutschland, Bedeutung der privaten Krankenhäuser, Empirische Evaluation Beteiligung an der medizinischen Versorgung, Polit-ökonomische Diskussion

Zugang zu einer hochwertigen Versorgung zu haben. Die alternde Bevölkerung, die Zunahme der Zahl strukturschwacher Regionen sowie der zunehmende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sind Herausforderungen, die eine aktive Gestaltung der Versorgungslandschaft erfordern. Durch die Alterung der Bevölkerung gibt es immer weniger Beitragszahler, die Zahl der Leistungsempfänger wächst hingegen stark an. Die vorhandenen Ressourcen müssen also für die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten zielgerichtet eingesetzt werden und weder durch Ineffizienzen verschwendet werden noch der Gewinnmaximierung von Krankenhauskonzernen zum Opfer fallen. Trägt die Gewinnerzielungsabsicht von Krankenhäusern in privater Trägerschaft nicht dazu bei, dass dem System notwendige Gelder entzogen werden, die zur Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt werden?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Im Wesentlichen unterscheiden sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von kommunalen und freigemeinnützigen durch die Tatsache, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird. Die Nutzung von privatem Eigenkapital ist jedoch mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Ausschüttungen äußern. Dadurch wird dem Krankenhaus einerseits zwar Investitionskraft entzogen. Dem steht aber andererseits der Vorteil gegenüber, Kapital am Kapitalmarkt akquirieren zu können, was die Investitionskraft wiederum deutlich stärkt. Erst durch die Ausschüttung eines Teils des Gewinns werden Krankenhäuser für externe Kapitalgeber interessant. Insofern handelt es sich um ein Geben und Nehmen, durchaus auch zum Nutzen der Patienten.

Volkswirtschaftlich vorteilhaft ist, dass dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern entfällt diese Möglichkeit. Sie können nur auf knappe öffentliche Fördermittel und auf Fremdkapital zurückgreifen. Ohne ausreichende Investitionen fällt es aber häufig schwer, Betriebsabläufe zu optimieren und Versorgungsinnovationen umzusetzen.

Damit nun die Privaten zur Deckung ihrer Kapitalkosten eine Rendite für ihr eingesetztes Kapital erwirtschaften können, wird von ihnen ein hohes Maß an Wirtschaftlichkeit verlangt. Dazu gehören ein striktes Kosten- und Erlösmanagement sowie eine hohe (Arbeits-)Produktivität. Dass hier die Privaten Vorreiter sind, zeigt sich u.a. bei

1: Für die detaillierte Studie siehe auch: <http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/276/>

den bereinigten Kosten je Case-Mix-Punkt² (vgl. Abb. 1) wie auch in ihrer überdurchschnittlichen Ertragskraft im Vergleich mit den anderen Krankenhausträgern (vgl. Abb. 2).

Wie die Untersuchungen der RWI-Studie weiter zeigen, scheint durch das wirtschaftliche und gewinnmaximierende Agieren privater Kliniken die Patientenversorgung nicht schlechter zu werden. Bemerkenswert ist außerdem, dass die Privaten weniger öffentliche Ressour-

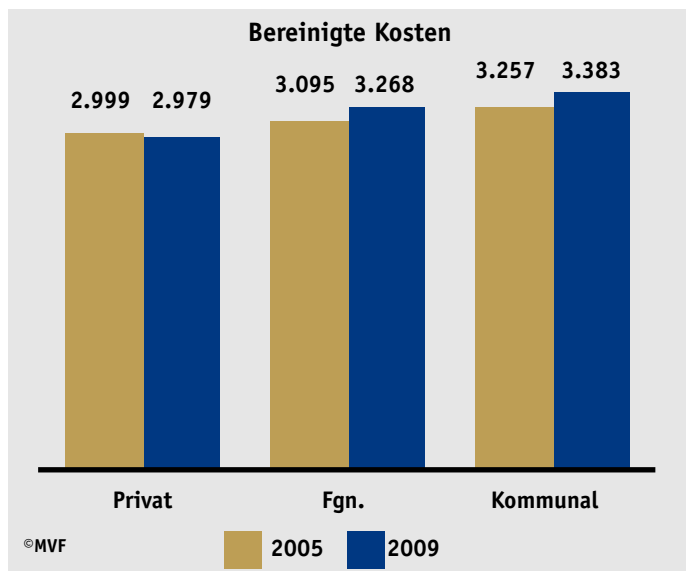


Abb. 1: Bereinigte Kosten³ 2005 und 2009; in Euro je Case-Mix-Punkt. Quelle: Augurzky et al. (2012), S. 21.

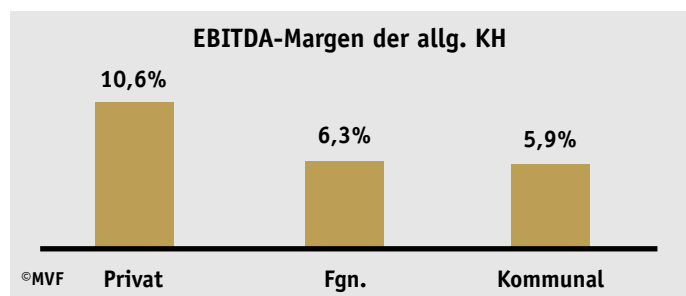


Abb. 2: EBITDA-Margen⁴ inkl. KHG-Mittel⁵ der allg. KH (2009; in % der Gesamterlöse).

cen in Form von Fördermitteln in Anspruch nehmen und damit den Steuerzahler vergleichsweise schonen. Umgekehrt leisten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates (vgl. Augurzky et al., S. 27).

Umgang mit der Ressource Personal

Politische Diskussion:

Private Krankenhauskonzerne erwirtschaften Gewinne in Millionenhöhe. Werden die Gewinne zu Lasten des Personals erwirtschaftet, indem eine immer höhere Arbeitsverdichtung stattfindet und mehr Arbeitsleistung als in anderen Häusern erbracht werden muss?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

In der Tat fallen die Personalkosten bei den privaten Anbietern mit rund 57% der Bruttokosten geringer aus als bei den nicht-privaten. Dies könnte erstens Folge eines stärkeren Outsourcings sein. Zweitens führen effiziente Arbeitsabläufe per Definition zu Zeitersparnis, Zeiter-

sparnis wiederum verringert den Personalbedarf. Darunter fällt auch die Delegation von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten auf neue Berufsbilder (vgl. Gerst, Hibbeler 2010), sodass sich das medizinische und pflegerische Fachpersonal besser auf seine Kernaufgaben konzentrieren kann. Dazu gehören beispielsweise Dokumentationsfachkräfte oder „Nurse Practitioners“, die in ihrem Qualifikationsniveau zwischen pflegerischer und ärztlicher Tätigkeit angesiedelt sind. Drittens kann durch eine verstärkte leistungs- und erfolgsorientierte Vergütung die Motivation der Mitarbeiter erhöht werden, was ebenfalls die Produktivität steigern kann.

Starre Flächentarifregeln dagegen erschweren die Gestaltung individueller Arbeitsverhältnisse und die Bindung qualifizierter Mitarbeiter. Die höhere (Arbeits-)Produktivität der Privaten zeigt sich durch die Kennzahl Case-Mix-Punkte je Vollkraft (vgl. Abb. 3).

Denkbar ist zwar, dass nicht allein intelligente Arbeitsabläufe zu der beobachteten höheren Produktivität führen, sondern auch eine höhere Arbeitsbelastung des Personals. Denn empirisch ist Produktivität einerseits und Arbeitsbelastung andererseits mit den vorliegenden Daten nicht trennbar. Allerdings wäre eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung bei durchschnittlicher Vergütung im bestehenden starken Wettbewerb um Fachkräfte nicht dauerhaft haltbar. Interessant ist dabei auch der Vergleich der zu betreuenden Patienten je Vollkraft, was mit der Kennziffer „Zahl der Fälle je Vollkraft“ approximiert werden kann. Und einen Vergleich über Trägergruppen und Versorgungsaufträge hinweg zulässt. Hier zeigt sich, dass die Betreuungsrelation bei Privaten sogar kleiner ist als bei den anderen Trägern (vgl. Augurzky et al. 2012, S. 23f).

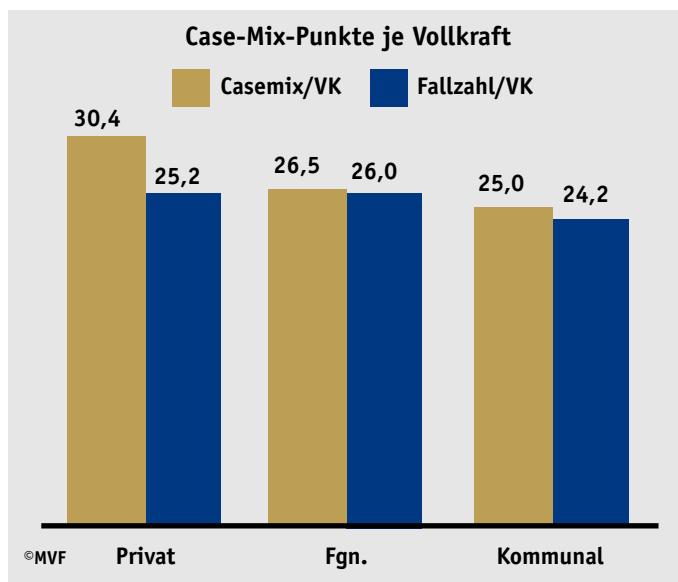


Abb. 3: Case-Mix-Punkte je Vollkraft, 2009. Quelle: Augurzky et al. (2012), S. 23.

- 2: Der Casemix misst die Leistungsmenge eines Krankenhauses; es handelt sich um die mit dem Schweregrad gewichtete Fallzahl eines Krankenhauses.
- 3: Bereinigte Kosten sind die vollstationären Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen. Sie sind über alle Jahre hinweg vergleichbar (vgl. Statistisches Bundesamt 2011).
- 4: EBITDA: Ertrag aus dem operativen Geschäft, d.h. im Wesentlichen Ertrag nach Abzug von Personal- und Sachkosten.
- 5: KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz; nach dem KHG haben Plankrankenhäuser Krankenhäuser einen Anspruch gegen die Bundesländer auf Finanzierung ihrer Investitionskosten.

Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird die Nachfrage nach Krankenhausleistungen auch künftig weiter wachsen. Gleichzeitig werden insbesondere in den medizinischen und pflegerischen Diensten der Personalbedarf und damit auch die Löhne steigen. Es wird daher für Krankenhausträger zukünftig wesentlich darauf ankommen, erstens Personal zu gewinnen und zu halten und zweitens mit der Ressource Personal äußerst sparsam umzugehen. Hier scheinen die Kliniken in privater Trägerschaft den nicht-privaten bereits einen Schritt voraus zu sein.

Bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung durch Rosinenpicken in Gefahr?

Politische Diskussion:

Eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten ist ein wichtiges Element regionaler Politik. Jedoch zeigt die aktuelle Versorgungssituation im Krankenhausbereich mit häufig kleinen Häusern und geringer Spezialisierung, dass dies zu einer Verbesserung der Versorgungssituation und einer Steigerung der Versorgungsqualität nur wenig beiträgt. Auf der einen Seite ist eine stärkere Spezialisierung der einzelnen Häuser aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll, auf der anderen Seite kann eine Spezialisierung, die z.B. von einer Koryphäe abhängt, den Standort gefährden. Leiden unter der Spezialisierung nicht vor allem die wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum, und hierbei insbesondere die Notfallversorgung? Wird diese Entwicklung durch die Privatisierung nicht noch verschlimmert?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Von Kritikern der Krankenhausprivatisierung wird vermutet, dass es einen Zielkonflikt zwischen der Gewinnorientierung auf der einen Seite und der Beteiligung an der flächendeckenden medizinischen Versorgung auf der anderen Seite gibt. Dies ist jedoch aus den vorliegenden Daten nicht zu argumentieren. So kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die bereits dargestellte Gewinnorientierung nicht auf Kosten der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Patienten geht. Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen Infrastruktur gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte sind kaum trägerspezifische Unterschiede festzustellen, im Bereich der Intensivbetten leisten die Privaten sogar einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Behandlung von schwer Erkrankten (vgl. Abbildung 4). Auch in der regionalen Versorgung sind Krankenhäuser in privater Trägerschaft entgegen anderslautender Vorurteile aktiv. So finden sich 14,6% der Betten in privater Trägerschaft bei ländlichen Grundversorgern gegenüber 12,0% bei den Nicht-Privaten. Die Patienten privater Kliniken sind sogar durchschnittlich älter. Zudem investieren die Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht weniger Geld in medizinische Großgeräte als andere Träger (vgl. Augurzky et al. 2012, S. 28ff). Im Bereich der Notfallversorgung ergibt sich noch weiterer, trägerübergreifender Forschungsbedarf. Hier ist insbesondere an einer valideren Erfassung des Notfallgeschehens und einer genaueren Abgrenzung zu arbeiten, um die Datenbasis für Untersuchungen valide auszuweiten.

Generell fällt jedoch auf, dass die Privaten einen höheren Anteil an Betten in Spezialkliniken aufweisen. Dennoch beteiligen sie sich in ähnlichem Maße an der ländlichen Grundversorgung wie die Nicht-Privaten: 3,5% der Betten in privater Trägerschaft finden sich bei ländlichen Grundversorgern und 3,8% bei den Nicht-Privaten. 11,1% der Betten in privater Trägerschaft lassen sich den ländlichen Grundversorgern zuordnen und 8,2% der nicht-privaten. Aber auch der direkte Vergleich privater und kommunaler Grund- und Großversorger offenbart

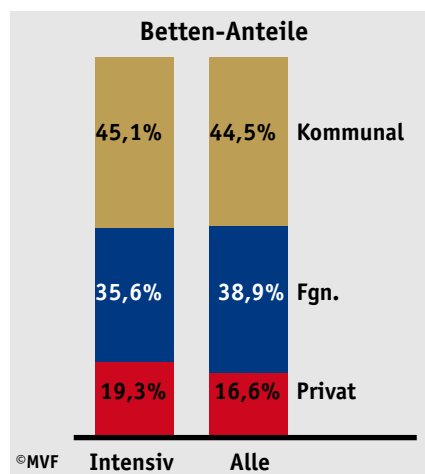


Abb. 4: Anteil an Intensivbetten im Vergleich zu Anteil an allen Betten 2009. Quelle: Augurzky et al. (2012).

keinen besonders großen Unterschied. Die kommunalen Krankenhäuser verfügen über einen leicht höheren Anteil an Betten ländlicher Grundversorger. In Bezug auf ländliche Großversorger gibt es praktisch keinen Unterschied zu den Kommunalen (vgl. Augurzky et al. 2012, S. 34 ff).

Interessant ist darüber hinaus die Betrachtung der wirtschaftlichen Lage der ländlichen Krankenhäuser gemessen an deren Ausfallwahrscheinlichkeiten⁶. Hier zeigt sich, dass nicht-kommunale ländliche Grundversorger in Bezug auf ihre Ausfallwahrscheinlichkeit besser abschneiden als die kommunalen, bei gleichem Leistungsspektrum. Dies zeigt, dass die ländliche Grundversorgung nicht per se unwirtschaftlich ist und auch für private Investoren interessant ist. Schließlich ist noch festzuhalten, dass die Studie ergeben hat, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht mehr und nicht weniger privat versicherte Patienten behandeln als andere Krankenhäuser.

Kritische „DRG-Optimierung“

Politische Diskussion:

Private Krankenhausträger geben häufig Medikations- und Behandlungsrichtlinien heraus, die auf DRG-Optimierung und nicht auf optimale Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Behandlungsleitlinien, die auf Mengenausweitung und die Häufung besonders teurer Behandlungen ausgerichtet sind, widersprechen nicht selten den Fachstandards - und schaden den Patienten. Diese Praktiken müssen durch koordiniertes Handeln der Politik und der Selbstverwaltung dringend unterbunden werden.

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Die angesprochene Problematik beruht auf ordnungspolitischen Fehlanreizen des deutschen DRG-Systems, welche entsprechend überarbeitet und angepasst werden müssen. Die Vermutung, dass private Krankenhausträger hier besonders aktiv in der Output-Gestaltung sind, lässt sich aus den Daten der RWI-Studie nicht erhärten. So wurde bereits dargestellt, dass sich gemäß den Untersuchungen der Studie ein „Rosinenpicken“ der privaten Krankenhausträger zu Lasten der Versorgungsqualität nicht nachweisen lässt. Betrachtet man die Kosten pro Case-Mix-Punkt für den medizinischen Bedarf und die Arzneimittel zeigt sich, dass sich die privaten Krankenhausträger nicht nennens-

.....

6: Ausfallwahrscheinlichkeit: Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont.

wert von den anderen unterscheiden. Die Zahlen geben keinen Hinweis darauf, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft am medizinischen Bedarf zu Lasten ihrer Patienten sparen würden. Niedrigere Kosten für Arzneimittel der Privaten können sich u.a. durch bessere Einkaufskonditionen durch Verbundeffekte erklären lassen.

Bedeutet mehr Investitionskraft mehr Qualität?

Politische Diskussion:

Das Thema monistische oder dualistische Finanzierung wird oft zum Streitball bei Diskussionen, ohne dass dabei Qualitätsaspekte der Versorgung im Vordergrund stehen. Während die aus Ländermitteln teilfinanzierten Krankenhäuser erhebliche Investitionsdefizite aufweisen, scheint es, dass private Krankenhausträger schneller die notwendigen Mittel für Investitionen bereitstellen können. Damit haben sie einen Marktvorteil. Doch wirkt sich dieser Vorteil positiv auf die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten aus, oder trägt er bloß zur Gewinnmaximierung bei?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Zusammenfassend ist ein zentrales Ergebnis der RWI-Studie, dass Kliniken in privater Trägerschaft im Durchschnitt wirtschaftlicher arbeiten, weil beispielsweise ihre Kosten bezogen auf die Leistungsmenge (Casemix) geringer ausfallen. Die Patientenversorgung wird dadurch jedoch nicht schlechter. Die Zahl der zu betreuenden Patienten je Vollkraft liegt ähnlich hoch wie bei nicht-privaten. Die Zahl der vorgehaltenen Intensivbetten ist sogar überproportional hoch. Auch in der regionalen Versorgung sind Krankenhäuser in privater Trägerschaft entgegen anderslautender Vorurteile aktiv, was zumindest die Daten zeigen. Zudem sind die Patienten privater Kliniken sogar durchschnittlich älter, was aufgrund von altersbedingten Mehrfacherkrankungen eine im Durchschnitt kostenintensivere Versorgung zur Folge hat.

Auch investieren die Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht weniger Geld in medizinische Großgeräte als andere Träger. Ferner zeigen Analysen, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit Hand in Hand gehen. Ökonomisch ausgedrückt stehen sie nicht in einem Zielkonflikt zueinander, sondern vielmehr in einer Zielharmonie (vgl. Augurzky et al. 2012a). Dies zeigen auch die trägerspezifischen Auswertungen der qualitativen Auffälligkeiten der Krankenhäuser und des Anteils zu prüfender Krankenhäuser im Rahmen dieser Studie. Tatsächlich weisen die Privaten sogar weniger häufig qualitative Auffälligkeiten auf und finden sich seltener unter den zu prüfenden Krankenhäusern als die anderen. Neben der medizinischen Qualität ist auch die von den Patienten erlebte Servicequalität, gemessen an der Patientenzufriedenheit, von großer Bedeutung. Hier gibt es ebenfalls keine trägerspezifischen Unterschiede, sie liegt durchschnittlich bei rund 77 bis 80% (vgl. Augurzky et al. S. 32f).

Diese Ergebnisse lassen sich gut mit „ökonomischer Logik“ erklären: Gerade durch ihre Gewinnerzielungsabsicht sind Krankenhäuser in privater Trägerschaft gezwungen, Patienten durch ihre Attraktivität und Qualität anzuziehen, um so eine hohe Auslastung zu erreichen und damit letztendlich Gewinn erzielen zu können. Würden sie dagegen dauerhaft unterdurchschnittliche Qualität anbieten, würden sie immer mehr Patienten verlieren und damit auch keine Gewinne mehr realisieren können.

Wettbewerb mit unterschiedlich langen Spießen

Politische Diskussion:

Nicht selten sind private Krankenhausträger in einer Konzernstruktur organisiert. Dadurch verfügen sie über Managementkompetenzen und über Standorte hinweg duplizierbares Wissen, die die Versorgung bei gleicher bzw. steigender Qualität effizienter machen. Gegenüber kommunalen Krankenhäusern, die über diese Kompetenzen nicht in diesem Ausmaß verfügen, sind sie dadurch im Vorteil. Ist das ungleiche Wettbewerb zum Nachteil anderer Träger?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

In der Tat ist ein wichtiger Vorteil von Krankenhäusern mit privatem Träger, dass häufiger ein professionelles Aufsichtsgremium und ein erfolgsorientiertes Management anzutreffen sind. Das Aufsichtsgremium ist in sich homogener und dessen Mitglieder verfolgen ähnliche Interessen: dabei stehen die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen des Krankenhauses und die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition im Fokus. Damit einher geht ein Interesse an qualitativ hochwertigen Leistungen, um im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern Patienten für sich zu gewinnen. Insbesondere verfolgt das Aufsichtsgremium in der Regel und manchmal im Gegensatz zur Politik keine weiteren Ziele, die zu Lasten der Wirtschaftlichkeit und Qualität gehen könnten.

Damit zusammenhängend ist anzunehmen, dass Aufsichtsgremien einer privaten Trägerschaft großen Wert auf ein erfolgsorientiertes Management legen, das in Eigenverantwortung die Geschicke des Unternehmens lenkt. Der Erfolg wird am Erreichen der Unternehmensziele gemessen. Die Aufsicht greift dabei nicht in das Tagesgeschäft ein, sondern kümmert sich vielmehr um die langfristige Unternehmensstrategie. Die größere Unabhängigkeit gegenüber kommunalpolitischen Entscheidungen macht es für das Management von privaten, aber auch von vielen freigemeinnützigen Krankenhäusern leichter, Rationalisierungspotenziale nicht nur zu identifizieren, sondern auch tatsächlich umzusetzen. Von einem ungleichen Wettbewerb kann deswegen jedoch nicht gesprochen werden. Denn auch kommunale Krankenhäuser könnten diese Vorteile im Prinzip kopieren, wenn der kommunale Eigentümer dazu bereit ist.

Fazit: Rolle der Politik

Die Politik ist vor allem im Umbau der Versorgungsstrukturen gefragt. Die Bürgerinnen und Bürger sind häufig verunsichert, wenn sie die Nachricht erhalten, dass sich in der Krankenhausversorgung bei ihnen vor Ort etwas ändern soll. Hier ist Bürgerbeteiligung gefragt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Bürgerinnen und Bürger transparente und nachvollziehbare Entscheidungen durchaus unterstützen. Dafür müssen aber die Fakten und Überlegungen, die zu einer Schließung,

Literatur

- Augurzky, B., Beivers, A., Gülker, R. (2012), Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung [Hrsg.], RWI Materialien, Heft 72, Essen.
- Augurzky, B., Gülker, R., Hentschker, C., Krolop, S., Schmidt, C.-M., (2012a), Krankenhaus Rating Report 2012, Krankenhausversorgung am Wendepunkt?, medhochzwei Verlag, Heidelberg.
- Gerst, T., Hibbeler, B. (2010), Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus: Hilfe oder Konkurrenz?, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 13, 2. April 2010, S. A596-A599.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Zusammenlegung oder Privatisierung von Krankenhäusern führen, offengelegt und vor allem dargestellt werden, wie die Versorgung in Zukunft sichergestellt werden soll. Nur so kann es zu einer transparenten Entscheidungsfindung kommen, an deren Ende die unter den gegebenen Umständen optimale Lösung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten einer Region steht - bei einer möglichst geringen finanziellen Belastung der Bürgerinnen und Bürger in der Region. Datenbasierte Analysen, insbesondere auch zur Prognose von künftigen Bedarfen und Inanspruchnahmen medizinischer und pflegerischer Leistungen, können dabei die politische Diskussion fundieren und zur Entscheidungsfindung beitragen. <<

Privatisation of hospitals in Germany: A politico-economic debate

Privatisation of hospitals, i.e. a change in their type of ownership from the municipal and private-non-profit type to the private profit-oriented type, has been the subject of heated debate ever since this development began back in the early 1990s. To objectivise this debate, the RWI generated a Fact Book „Significance of Privately Owned Hospitals“. The aim was to provide a scientific assessment of hospital privatisation in Germany by presenting and evaluating relevant key ratios relating to the hospital market, differentiated by type of ownership. This empirical evaluation is now the base for a politico-economic debate about hospital privatization in Germany and to validate the political and economic arguments.

Keywords

Tremendous importance of the healthcare and hospital market, Regulatory policy in the health care sector, Privatisation of hospitals, Significance of Privately Owned Hospitals, Participation in healthcare delivery, Empirical evaluation, Politico-economic debate

Autorenerklärung

Dr. Augurzy ist Mitarbeiter des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung e.V., Prof. Dr. Andreas Beivers der Hochschule Fresenius in München und haben an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse zum Faktenbuch „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ (2012) erfolgte mit finanzieller Unterstützung des BDPK (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.) und wurde vom RWI in Kooperation mit Prof. Beivers durchgeführt.

Dr. rer. pol. Boris Augurzy

studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Heidelberg. 2001 bis 2003 war er als Berater bei The Boston Consulting Group tätig. Seit 2003 ist er Leiter des Bereichs Gesundheit am RWI. Ein Fokus seiner Arbeit liegt auf dem stationären Gesundheitssektor, u.a. ist er Autor des Krankenhaus Rating Reports.
Kontakt: augurzy@rwi-essen.de



Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers

Studiendekan für Gesundheitsökonomie und Professor für Volkswirtschaftslehre an der Hochschule Fresenius in München. Mitglied im Editorial Board des Krankenhausreportes des Wissenschaftlichen Institutes der AOK.
Kontakt: beivers@hs-fresenius.de



Eva-Marie Torhorst, M.A., MBA

Referentin für Gesundheitspolitik der Grünen im Bayerischen Landtag, Koordinatorin der Bund-Länder Arbeitsgemeinschaft Soziales/Gesundheit/Arbeitsmarkt. Studiengangkoordinatorin für Management im Gesundheitswesen an der FOM.

Kontakt: e.torhorst@gruene-fraktion-bayern.de





**FRESENIUS
KABI**



Ihnen zu helfen, Menschen zu helfen,
ist die eine große Motivation, die uns antreibt.

wir helfen Menschen

