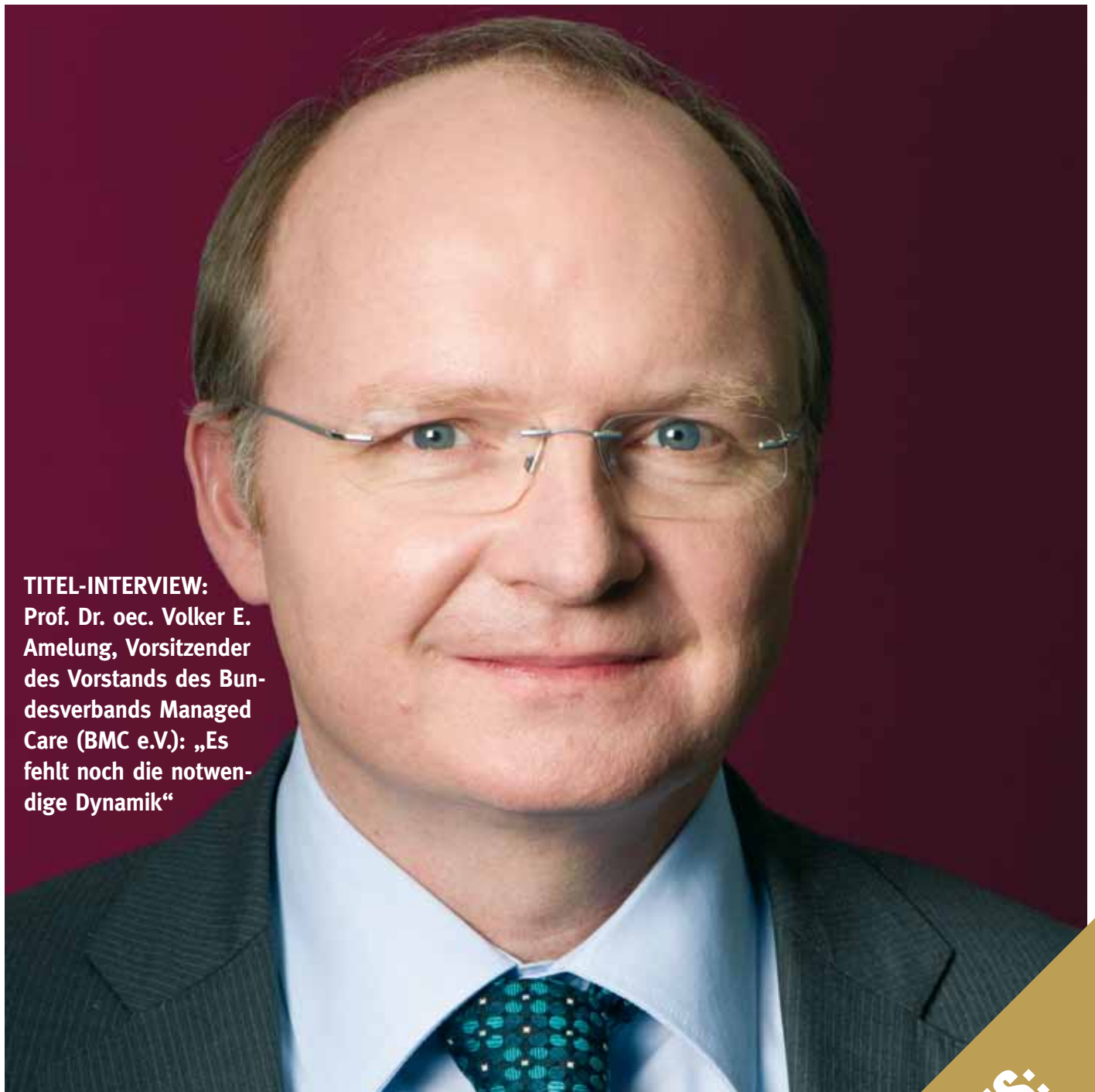


# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



**TITEL-INTERVIEW:**  
Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbands Managed Care (BMC e.V.): „Es fehlt noch die notwendige Dynamik“

„Anwendungsmöglichkeiten statistischer Risikomodelle“ (Haupt)  
„Qualität des Entlassungs- und Überleitungsmanagements“ (Jung)  
„Balanced Scorecard-Ansatz - Kinzigtal“ (Pimperl)

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

01/13 6. Jahrgang

## 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/Fresenius Kabi/Kassenärztliche Vereinigung Bayerns/Novartis Pharma GmbH/MedicalContact AG/Pfizer Deutschland GmbH/ Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH

## Editorial

### Lernfortschritte im System

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Titelinterview

### „Es fehlt noch die notwendige Dynamik“

Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Vorsitzender des Vorstands des Bundesverband Managed Care (BMC e.V.)

## Redaktion

### Begründen oder nicht, das ist hier die Frage

Erkenntnisse vom Rechtssymposium des G-BA

### Wissenschaft trifft Versorgungsforschung

Der wissenschaftliche Beirat von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF)

### Praxisbeirat unterstützt Versorgungsforschung

Der Praxisbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF)

### Pleitigen: „Eine gehörige Herausforderung“

PREFERE - Die größte deutsche Prostatakrebs-Studie ist gestartet

### „Keine präferenz-, eine exklusionsbasierte Studie“

Interview mit Prof. Dr. med Porzolt, Leiter der Klinischen Ökonomik am Uniklinikum Ulm

## Zahlen - Daten - Fakten

### Polypharmazie in Sachsen

## Standards

Impressum 2

Rezension 18

## Wissen

Katrin Bremora, Deutsche BKK

### Zweitmeinung: Der Rat, der Klarheit schafft

Einer Teilaufgabe - Abonnenten und Teilnehmer des Kongresses „Der Endpunkt“ - liegt das Kongress-Special 01/2013 bei

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 22 - 25

## WISSENSCHAFT

Alexander Pimperl / Timo Schulte / Dr. Christian

Daxer / Dr. Monika Roth / Helmut Hildebrandt

### Balanced Scorecard-Ansatz: Case Study

#### Gesundes Kinzigtal

Der Balanced Scorecard-Ansatz wird aufgrund seiner konzeptionellen Ausgestaltung als adäquates Performance Management-System für Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen diskutiert. Eine empirische Überprüfung fehlt bislang. In diesem Artikel soll der Entwicklungs- und Implementierungsprozess eines solchen Ansatzes am Beispiel eines integrierten Versorgungssystems im deutschen Gesundheitswesen (Gesundes Kinzigtal) tiefergehend erörtert werden. Es wird aufgezeigt, dass und wie ein solcher Ansatz in die Managementpraxis eines Netzwerkes integriert werden kann und welche Herausforderungen sich dabei stellen. Besonders hervorgehoben wird die Notwendigkeit der Verfügbarkeit der GKV-Routinedaten und deren Kombination mit den klinischen Praxisdaten, die Gewährleistung eines schnellen und zeitgerechten Feedbacks, die kulturelle Dimension eines herrschafts- und vorwurfsfreien Diskurses sowie die Begrenzungsnotwendigkeit der Kosten.

Dr. PH Sylvia Jung / Dr. rer. medic. Katja Stahl

### Die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsmanagements

Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (§ 11 Abs. 4 SGB V). Seit 1.1.2012 ist in § 39 Abs. 1 SGB V festgeschrieben, dass die Krankenhausbehandlung auch das Entlassmanagement umfasst. Bei verschiedenen Befragungen geben etwa 75% der Krankenhäuser an, ein systematisches Entlassmanagement durchzuführen. Insgesamt fehlen jedoch Daten über die Qualität der erbrachten Entlassungsplanung und -umsetzung. Diskutiert wird, inwiefern die Rehospitalisierungsrate als Qualitätsindikator herangezogen werden.

Christiane Haupt / Christian Günster

### Stat. Risikomodelle: Anwendungsmöglichkeiten zur Optimierung der Patientenversorgung

Der effiziente und gerechte Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen kann im Bereich der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, die vermeidbar wären, gesteuert werden. Krankenhausaufenthalte verursachen ein Drittel der Leistungsausgaben und können insbesondere bei multimorbiden Patienten mit chronischen Erkrankungen, die aufgrund einer akuten Verschlechterung einer chronischen Erkrankung stationär aufgenommen werden müssen, partiell verhindert werden.

Prof. Dr. Uwe May / Cosima Bauer, M.A. / Frederic Grande, M.A.

### Erstattungsfähigkeit der Nikotinersatztherapie im Rahmen der GKV

Die Raucherentwöhnung mithilfe der Nikotinersatztherapie (NET) weist sowohl medizinisch-therapeutisch als auch ökonomisch eine hohe Effektivität auf. Ungeachtet dessen ist eine Erstattung der NET im Rahmen der GKV derzeit nicht vorgesehen, was regelhaft mit der aktuellen Rechtslage begründet wird, die dem entgegensteht.

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

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

### Herausgeber

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

### Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)  
Kölstr. 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  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
www.ereRelation.org  
mail@ereRelation.org  
**Verlagsleitung**  
Peter Stegmaier  
**Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo**  
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)  
heiser@m-vf.de

### Marketing:

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

### Abonnement

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

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

### Layout

eRelation AG, Bonn

### Druck

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

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

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

### Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin. Verbreitete Auflage: 6984 (IVW 4. 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](http://www.insight-health.de).



**Prof. Dr. Reinhold Roski**

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

## Lernfortschritte im System

Titelinterview mit **Prof. Dr. Volker E. Amelung**, Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbandes Managed Care (BMC e.V.) > S. 6 ff.

Der Bundesverband Managed Care wurde 1997 gegründet, der Vorstandsvorsitzende Professor Amelung blickt aus diesem Anlass zurück. In dieser Zeit hat sich viel getan, wie z.B.: „Während vor kurzer Zeit noch Einheitsversorgung herrschte, ist inzwischen das Angebot besonderer Versorgungsformen zu einem wichtigen Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen geworden.“ „Das Bewusstsein, dass unterschiedliche Patientengruppen differenzierte Versorgungsangebote benötigen und individuell angesprochen werden müssen, setzt sich zunehmend in der Breite durch.“

Und dennoch: „Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner heutigen Form nicht in der Lage ist, die künftigen Herausforderungen - wie Bevölkerungsalterung, Zunahme chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität - effizient zu bewältigen und das Potenzial neuer Technologien effektiv zu nutzen.“ Ein profunder Überblick zum Lernfortschritt des deutschen Gesundheitssystems in den letzten 15 Jahren.

### **Ankündigung: 4. MVF-Fachkongress „Lernendes Gesundheitssystem“**

Am 29. April 2013 wird sich in Berlin der 4. MVF-Fachkongress mit dem Thema „Lernendes Gesundheitssystem“ beschäftigen. Wir wollen dieses Thema wieder aus den unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Akteure beleuchten und werden Ihnen das Programm in Kürze online unter [www.m-vf.de](http://www.m-vf.de) zur Verfügung stellen.

### **3. MVF-Fachkongress: Patientenrelevante Endpunkte - Die ersten Ergebnisse im Kongress-Spezial 1/2013** > Special

Die Ergebnisse des 3. MVF-Fachkongresses „Patientenrelevante Endpunkte“ dokumentieren wir wieder in zwei Kongress-Specials. Auf 24 Seiten im Kongress-Spezial 1/2013 - das allen Abonnetten und Kongressteilnehmern per Post zusammen mit dieser Ausgabe versandt wird - finden Sie die ersten vier Beiträge von **Müller** und **Schaefer**, **Mühlbacher**, **Bethge** und **Juhnke**, **Dintsios** sowie **Stark**.

### **Zahlen - Daten - Fakten**

Versorgungsdaten zum Thema Multimorbidität liefern **Bensing**, **Kleinfeld** und **Flach**, > S. 14 f. indem sie über Polypharmazie, die kumulierte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln mit dem Risiko von Interaktionen und Nebenwirkungen, am Beispiel Sachsen berichten.

### **Wissenschaftliche Beiträge**

**Pimperl et al.** haben in MVF 6/2012 über die Eignung der Balanced Scorecard für Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen berichtet. In dieser Ausgabe analysieren Sie den Einsatz der Balanced Scorecard im Fall des integrierten Versorgungssystems *Gesundes Kinzigtal*. > S. 26 ff.

**Jung** und **Stahl** untersuchen die Qualität des Entlassmanagements von Krankenhäusern und stellen fest, dass 50 bis 60 % der Patienten von Problemen berichten. Sie fordern aussagekräftige Indikatoren für die Qualität des Entlass- und Überleitungsmanagements in Anlehnung an den Expertenstandard Pflege. > S. 31 ff.

**Haupt** und **Günster** stellen ein Prädiktionsmodell zur individuellen Vorhersage der Krankenhausaufnahmewahrscheinlichkeit vor, das mit Routinedaten von 12 Millionen AOK-Versicherten entwickelt wurde. Dieses Modell genügt hohen Gütekriterien und wird (in einer Vorläuferversion) in Baden-Württemberg und in der aktuellen Endversion in einzelnen AOKen eingesetzt. > S. 36 ff.

**May**, **Bauer** und **Grande** präsentieren den Stand der Diskussion zur Erstattungsfähigkeit der Nikotinersatztherapie zur Raucherentwöhnung. > S. 43 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, eine interessante Lektüre.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski

# VORANKÜNDIGUNG

## Lernendes System

Analyse **Umsetzung** Evaluation

So lernt das Gesundheitssystem in Deutschland

### FACHKONGRESS

in Kooperation mit dem

**VERSORGUNGS**  
**monitor** **FORSCHUNG**



Bundesversicherungsamt



## Diskutieren Sie mit beim Fachkongress „Das lernende Gesundheitssystem“

Alterung der Bevölkerung, Zunahme chronischer Erkrankungen, Steigerung der Multimorbidität, Polypharmazie. Das sind die Anforderungen an unser Gesundheitssystem, das in seinen Grundzügen aus dem Jahr 1883 stammt und damit heuer seinen 130-ten Geburtstag feiert.

Ebenso liegen 36 Jahre Gesundheitsreformen hinter uns. Vom „Kostendämpfungsgesetz“ (1977) über das GKV-Modernisierungsgesetz (2003) bis zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz und dem Versorgungsstrukturgesetz (2011) greifen inzwischen elf große Reformen - ausgehend von anfänglichen Kostendämpfungsansätzen - immer mehr steuernd ein; mit dem expliziten Wunsch, unser tradiertes Versorgungssystem den Anforderungen des wissenschaftlichen Fortschritts, der Multimorbidität und des demografischen Wandels anzupassen.

Wir stellen nun die Kernfrage: Was war besonders erfolgreich? Wo, wie und von wem lernt das Gesundheitssystem? Und vor allem: Wie lernen die Akteure? Wie können sie durch Nutzung des vorhandenen Wissens Vorteile realisieren und so erfolgreicher und qualitativ besser versorgen?

Der nun schon 4. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ - erneut in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) - beschäftigt sich damit mit der Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Wie kann die Gesundheitsversorgung zu einem lernenden System werden? Wie können wir das Wissen, das an so vielen Stellen im System vorhanden ist, effektiver und sektorübergreifend nutzen? Auf diese Fragen wollen wir - wie immer - ganz konkrete Antworten für die Praxis geben.

Und aus der Sicht der Akteure zeigen wir, wie Sie verlässlichere Informationen für ihre Entscheidungen bekommen und so erfolgreicher agieren können.

Diskutieren Sie mit, sichern Sie sich den Wissensvorsprung aus dem einzigartigen Zusammenspiel von Versorgungsforschung und Praxis.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski

Herausgeber „Monitor Versorgungsforschung“

**Der Kongress wendet sich an Führungskräfte und Fachverantwortliche in:**

- Krankenversicherungen (GKV / PKV)
- Ärzte- und Apothekerschaft
- Patientenverbänden/Selbsthilfegruppen
- Institutionen der Selbstverwaltung
- Bundes- und Landespolitik
- Pharma- und Medizintechnik-Industrie
- Dienstleistungs- und Beratungsbranche

### Informationsanforderung

per Fax an:

**0228 76 38 280-1**

per Mail an:

**kongress@m-vf.de**

( ) Ich interessiere mich für eine Kongressteilnahme am 29. April in Berlin. Bitte schicken Sie mir unverbindlich weitere Informationen und das Programm

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Aufgabe/Funktion \_\_\_\_\_

Firma/Organisation \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2013

Unterschrift \_\_\_\_\_

Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbandes Managed Care (BMC) e.V.

## „Es fehlt noch die notwendige Dynamik“

Der 1997 gegründete Bundesverband Managed Care blickt auf fünfzehn Jahre zurück; eineinhalb Dekaden, in denen sich die Welt, in denen sich die Gesellschaften und so auch die bundesdeutsche geändert haben. Doch: Hat sich auch das deutsche Gesundheitssystem geändert und wenn ja, in welcher Form und in welche Richtung? Darüber sprach „Monitor Versorgungsforschung“ mit Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Schwerpunktprofessor für Internationale Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover und seit 2007 Vorstandsvorsitzender des BMC, dessen rund 160 Mitglieder die gesamte Bandbreite der Akteure im deutschen Gesundheitswesen repräsentieren - Krankenkassen und -versicherungen, Krankenhäuser, ärztliche Körperschaften, Heilberufe, Apotheken, Pharma- und Medizintechnikindustrie, Hochschulen, Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, IT-Anbieter und andere Institutionen und der jüngst ein 6-Punkte-Papier „Gesundheitspolitische Impulse 2013“ vorlegte, indem weitgehende strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen gefordert wurden.

>> Herr Professor Amelung, hat das deutsche Gesundheitssystem in den Jahren, seit der BMC besteht, wirklich dazugelernt?

Das Gesundheitswesen eignet sich sicherlich nicht für Jahrhundertreformen. Dazu ist das System viel zu komplex und das Ziel, nämlich die qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Menschen, auch viel zu wichtig, um es durch Radikalmaßnahmen letztlich aufs Spiel zu setzen. Seit ihrer Gründung im Jahr 1883 zeichnet sich die Gesetzliche Krankenversicherung durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung aus - eine international einmalige Tradition, auf die wir auch ein wenig stolz sein dürfen. Das soll nicht heißen, dass angesichts der anstehenden Versorgungsherausforderungen grundlegende Veränderungen nicht dringend erforderlich wären. Aber die auch von den Medien geschürte Erwartungshaltung in breiten Teilen der Bevölkerung, die Politik könne mit einem Federstrich das gesamte Gesundheitswesen umkrempeln, ist oftmals überzogen und sollte nicht als Maßstab für die Bewertung der Gesundheitspolitik und die Weiterentwicklung der Krankenversicherung herangezogen werden.

Wo hat sich das deutsche Gesundheitssystem denn in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert, wo nicht?

Tatsächlich ist gerade in den vergangenen zehn bis 15 Jahren viel passiert. Betrachten Sie zum Beispiel die Krankenkassen. Vor 15 Jahren waren die Kassen noch Verwalter von Mitgliedsbeiträgen. Heute handelt es sich um wirtschaftlich agierende Institutionen, die im Wettbewerb um Versicherte patientenorientierte Versorgungsangebote entwickeln und umsetzen müssen. Während vor kurzer Zeit noch Einheitsversorgung herrschte, ist inzwischen das Angebot besonderer Versorgungsformen zu einem wichtigen Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen geworden. Dabei haben sich die Kassen sehr wohl - wobei manchmal sicherlich noch mehr wünschbar wäre - ein hohes Maß an Kompetenz angeeignet. Das gilt insbesondere für die Arbeit mit Routinedaten und die Versorgungsforschung. Das Bewusstsein, dass unterschiedliche Patientengruppen differenzierte Versorgungsangebote benötigen und individuell angesprochen werden müssen, setzt sich zunehmend in der Breite durch.

Doch wo ist die tatsächlich erfahrbare Verbesserung zu verorten?

Diese Entwicklung ist ja nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen geblieben. Jenseits der traditionellen Standesorganisationen bilden sich immer mehr kleinere, kooperative Zusammen-

schlüsse von Leistungserbringern. Mittlerweile haben sich rund 30.000 Ärzte in 400 Ärztenetze eingeschrieben. Auslöser ist nicht nur der zunehmende Kostendruck, sondern auch der Wille des Gesetzgebers, durch Kompetenzbündelung die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Neue kooperative Organisationsmodelle wie Ärztenetze und Medizinische Versorgungszentren, indikations- und populationsorientierte Versorgungsstrukturen, arztentlastende Delegation und Substitution sowie neue Mobilitätskonzepte und Technologien bilden einen bunten Strauß an möglichen Handlungsoptionen. Doch keines der Instrumente für sich allein genommen führt zu einer Revolution der Versorgungsstrukturen, aber im Zusammenspiel miteinander können sie entscheidend dazu beitragen, Behandlungsprozesse zu optimieren und Effizienzpotenziale zu erschließen.

Das ist nach 15 Jahren ja zumindest ein Anfang ...

Stimmt. Natürlich sind wir noch lange nicht dort angekommen, wo wir angesichts der zukünftigen Versorgungsherausforderungen hinhinmüssen. Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner heutigen Form nicht in der Lage ist, die künftigen Herausforderungen - wie Bevölkerungsalterung, Zunahme chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität - effizient zu bewältigen und das Potenzial neuer Technologien effektiv zu nutzen. Die immer noch dominierende Fragmentierung der medizinischen Leistungen, diffuse Vergütungssysteme, die nur noch von den wenigsten Experten verstanden werden, fehlende Transparenz für die Versicherten und erhebliche Investitionshemmnisse bei modernen IT-Lösungen sind nur einige Beispiele. Das Gute ist: Das System befindet sich bereits mitten im Wandel. Jetzt wird es darauf ankommen, dieser Entwicklung die notwendige Dynamik zu verleihen.

In den letzten Jahren wird vom deutschen Gesundheitssystem oft als einem lernenden System gesprochen, das sich nach einer aus dem Customer-Relationship-Management entlehnten Form der Rückkopplung weiterentwickeln soll. Andererseits gibt es die gesetzgeberische Realität, die immer mehr Reglements und Regularien schafft, die sich obendrein oft auch noch widersprechen und aushebeln.

Die extrem hohe Regelungsdichte stellt sicher eines der Hauptprobleme des Gesundheitswesens dar, denn sie behindert Investitionen und verzögert damit Innovationen. Dabei geht es gar nicht allein um die Anzahl der Reglements und Regularien, sondern vor allem um die

„Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner heutigen Form nicht in der Lage ist, die künftigen Herausforderungen - wie Bevölkerungsalterung, Zunahme chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität - effizient zu bewältigen.“

Geschwindigkeit, mit der neue Regeln erlassen werden. Indem die Politik innerhalb kürzester Zeit unterschiedliche Wertvorstellungen traktiert, zerstört sie die Planungssicherheit der Unternehmen. Jüngstes Beispiel ist die Kehrwende bei Medizinischen Versorgungszentren. Während diese vor kurzem noch als wichtiger Schlüssel gerade auch für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen angesehen worden sind, hat der Gesetzgeber nun mit dem Versorgungsstrukturgesetz die regulatorischen Daumenschrauben angezogen. Mit Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen hat das wenig zu tun.

Ebenso wenig hilfreich waren und sind die Diskussionen über die Verwendung der Überschüsse der Krankenkassen. Wenn Krankenkassen nicht wissen, ob sie eingefahrene Gelder behalten dürfen, dann verhindert das dringend notwendige Investitionen in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Auf diese Weise wird es immer bei einer konjunkturabhängigen Berg- und Talfahrt bleiben – eine in sich schlüssige gesundheitspolitische Strategie mit dem Ziel einer Stärkung von Wettbewerb und Unternehmertum sieht anders aus.

Was wir brauchen ist zweierlei: Erstens verlässliche Rahmenbedingungen und damit Planungssicherheit für die Kassen und Leistungserbringer. Weniger ist manchmal mehr. Das gilt gerade auch für ein so komplexes System wie das Gesundheitswesen. Statt im Quartalsrhythmus die Stellschrauben immer wieder neu auszurichten, sollte die Gesundheitspolitik mehr Geduld zeigen und neuen Instrumenten auch Zeit zur Entfaltung geben. Zweitens benötigen wir mehr Informationen über die Präferenzen der Versicherten und Patienten, ohne die das von Ihnen angesprochene Customer-Relationship-Management kaum möglich ist. Erst wenn die Kassen die Bedürfnisse und Einschätzungen der Patienten kennen und andererseits die Versicherten die Angebote der Kassen ebenso wie die Qualität der Leistungserbringer vergleichen und einschätzen können, ist ein lernendes System wirklich möglich.

[Ein erster historischer Blick in die im Bereich der Gesundheitspolitik weite Vergangenheit, nämlich zu den ersten Gesundheitsreformen, die noch gar nicht so lange her sind: 1993 Gesundheitsstrukturgesetz, auch bekannt als „Lahnstein-Kompromiss“, 1996 das Beitragsentlastungsgesetz, 1997 das GKV-Neuordnungsgesetz. Und im Jahr 1997 wurde - nicht zu vergessen - der BMC gegründet. Was war der Anlass, damals einen Verband für „Managed Care“ zu gründen, der die gesamte Bandbreite der Akteure im deutschen Gesundheitswesen in sich vereinen sollte?](#)

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 legte mit der Einführung der freien Wahl der Krankenkasse den Grundstein für den Wettbewerb



um Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für Managed Care bedurfte es jedoch mehr, nämlich der Möglichkeit, Versorgungsprozesse gestalten zu können - und zwar auch jenseits der traditionellen Versorgungsstrukturen. Genau diese Möglichkeit wurde mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 geschaffen, das völlig zu Recht von BMC-Gründer Dr. Klaus Meyer-Lutterloh als „Stunde Null für Managed Care in Deutschland“ bezeichnet worden ist. Im Zuge des Gesetzes wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, Struktur- und Leistungsmodelle zu erproben und Strukturverträge abzuschließen. Die BMC-Gründer waren der Überzeugung, dass Managed Care angesichts der strukturellen Mängel und finanziellen Engpässe zunehmend eine prägende Rolle im deutschen Gesundheitswesen einnehmen würde. Da es bis dato trotz eines hohen Informationsbedarfs jedoch keine ständige gemeinsame Interessenvertretung gab, gründeten sie am 23. Oktober 1997 den BMC. Wir können also zu Recht von uns behaupten, von Anfang an dabei gewesen zu sein und seitdem die

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen der GKV begleitet und zahlreiche Impulse gesetzt zu haben.

[Worin sehen Sie rückblickend die hauptsächlichlichen Ergebnisse der Arbeit des BMC in den ersten Jahren? Was hat der BMC erreicht?](#)

Das wichtigste Ergebnis der Arbeit des BMC in den Anfangsjahren ist es mit Sicherheit gewesen, das Thema Managed Care auf die politische Agenda gesetzt und dafür Sorge getragen zu haben, dass es dort auch geblieben ist. Sie dürfen nicht vergessen, auf welche massiven Informationsdefizite und Vorbehalte neue Struktur- und Leistungsmodelle im Gesundheitswesen zu dieser Zeit gestoßen sind. Das betraf nicht nur die Leistungserbringer, die ihre gewohnten und trotz aller Vergütungsdebatten aus ihrer Sicht durchaus bewährten Organisationsstrukturen gefährdet sahen, sondern ebenso die anderen Akteure des Gesundheitswesens. Die Kassen beispielsweise waren auf die neuen Gestaltungsoptionen weder personell noch von ihrer Kompetenz her vorbereitet.

In dieser Situation hatten die Gründer des BMC eine vermeintlich sonderbare Idee: Sie brachten Vertreter nahezu sämtlicher Bereiche des Gesundheitswesens - Krankenkassen, private Versicherungen, Leistungserbringer, Arzneimittelhersteller, Apotheker, Dienstleister etc. - an einem Tisch zusammen und machten es sich zur Aufgabe, entgegen der unterschiedlichen Interessen gemeinsam Konzepte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu entwickeln. Was auf den ersten Blick völlig absurd zu sein scheint, erwies sich bei näherer Betrachtung als genialer Schachzug. Denn der BMC besetzte damit eine Nische und gab den Akteuren des Gesundheitswesens die fehlende Plattform, auf

der sie sich jenseits harter Interessenvertretung treffen, Informationen austauschen und Ideen generieren können. Ich möchte nicht so weit gehen und behaupten, ohne den BMC wäre Managed Care in Deutschland von vornherein gescheitert. Aber das Gesundheitswesen besteht aus vielen Mosaiksteinen und der BMC hat als ein Stein davon einen Anteil daran gehabt, Vorurteile bei den Akteuren abzubauen, einen Ausgleich der Interessen zu befördern und für mehr Konsensorientierung statt Konfrontation zu sorgen.

Ein zweiter historischer Blick zu den nächsten Gesundheitsreformen, die da kamen: 1999 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, 2000 GKV-Gesundheitsreform und 2002 Beitragssatzsicherungsgesetz. Die Begriffe der Reformen werden länger, ihre Aufgaben komplexer und über reine Einsparmaßnahmen hinausgehend. Was waren die Fakten dieser Reformen, die das Gesundheitssystem bis heute - positiv wie negativ - beeinflussen?

Es lässt sich nicht bestreiten, dass die von Ihnen genannten Reformen durchaus auch den Charakter von Kostendämpfungsgesetzen trugen, sei es über die Wiedereinführung der Budgetierung von Arzthonoraren, für Krankenhäuser sowie für Arznei- und Hilfsmittel durch das Solidaritätsstärkungsgesetz, die Budgetverschärfungen durch die Gesundheitsreform 2000 oder beispielsweise die Erhöhung der Arzneimittelrabatte und die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze durch das Beitragssatzsicherungsgesetz. Doch ich stimme Ihnen zu: Eine allein auf Kostendämpfung verengte Perspektive wird der Gesundheitspolitik dieser Zeit nicht gerecht. So muss die Einführung der Integrierten Versorgung durch die Gesundheitsreform 2000 als echter Meilenstein bezeichnet werden. Zwar erwies sich diese zunächst als absoluter Flop, da keines der damals entwickelten Modelle überlebt hat. Verbunden mit der etwas später eingeführten Anschubfinanzierung legte die Reform jedoch den Grundstein für die dynamische Entwicklung der Integrierten Versorgung ab 2004. Zudem darf in der Aufzählung das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vergessen werden, das mit Einführung der Disease-Management-Programme einen nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung strukturierter Behandlungsabläufe chronischer Erkrankungen genommen hat.

Der BMC sieht sich als Ideenschmiede für innovative patientenorientierte Versorgungsstrukturen. Welche Ideen, Konzepte, Arbeits- und Projektgruppen haben sich als besonders wirkungsvoll erwiesen?

Im Laufe der Zeit haben sich die Anforderungen an die Arbeits- und Projektgruppen des BMC deutlich verändert. Während der ersten Phase, in der Integrierte Versorgung neu war, ging es insbesondere um das Erarbeiten von Checklisten für die Umsetzung erster Projekte. Die Grundlagenarbeit bis hin zur Entwicklung von Vertragsmustern stand im Vordergrund. Inzwischen haben wir im System einen erheblichen Reifegrad erreicht. Die Akteure haben sich konzeptionell und personell verstärkt und sind zu großen Teilen gut aufgestellt. Für den BMC geht es heute daher weniger darum, Konzepte zu erarbeiten, als vielmehr neue Themen gezielt zu forcieren. Im vergangenen Jahr haben wir uns beispielsweise intensiv mit den durch das Versorgungstrukturgesetz aktuell gewordenen Themen Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung und Entlassmanagement beschäftigt. Sehr wichtig war uns auch die Einbindung von der Pflege in die Integrierte Versorgung. Ein entsprechendes Konzept haben wir im Auftrag des Bundesministeri-

ums für Gesundheit erstellt. Aktuell fokussieren wir uns insbesondere auf Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement, ambulante Versorgungsunternehmen und die Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen durch moderne IT. Ein ganz besonderes Anliegen ist uns zudem, ein Konzept für standardisierte Evaluationen neuer Versorgungsformen zu erarbeiten. Denn bis heute sind die genauen Effekte der meisten IV-Projekte auf Kosten und Qualität kaum bekannt. Doch solange keine belastbaren Evaluationen existieren, werden IV-Verträge immer zur Disposition stehen und ihre Ausbreitung immer begrenzt bleiben. Die Etablierung standardisierter Evaluationen, die eine Vergleichbarkeit der Projekte ermöglichen, ist somit entscheidend für die Ausbreitung der IV. Hier sieht sich der BMC gefordert.

Welche konkreten nachhaltigen Kooperationen zwischen BMC-Mitgliedern sind in den 15 Jahren zu Stande gekommen? Welche sind besonders erfolgreich?

Es ist nicht unsere Aufgabe, Kooperationen zwischen unseren Mitgliedern herbeizuführen. Der BMC bietet allein die Plattform des Austauschs. Was sich neben der Arbeit im BMC aus diesem Austausch ergibt, steht auf einem Blatt, das uns nichts angeht. Doch es ergibt sich aus der Natur der Sache, dass bei uns potenzielle Vertragspartner aufeinandertreffen, Kontakte geknüpft und Kooperationen angestoßen werden. Die besondere konsensorientierte Atmosphäre im BMC trägt sicherlich dazu bei, dass bestehende Vorbehalte, beispielsweise zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, abgebaut, und dass bei uns Entwicklungen vielleicht früher erkannt und angestossen werden. So haben bei uns konstruktive Diskussionen zwischen Kostenträgern und Arzneimittelunternehmen stattgefunden, lange bevor die Einbindung von Industrie in selektivvertragliche Lösungen auch im Gesundheitsmarkt zum Thema wurde.

Ein dritter historischer Blick zu den dann folgenden Gesundheitsreformen, deren Namen immer noch länger wurden: 2003 GKV-Modernisierungsgesetz, 2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und schließlich die Gesundheitsreformen 2011 mit AMNOG und Versorgungsstrukturgesetz. Damit zieht explizit der Wettbewerbsgedanke ins System ein und der Wunsch, dieses an die Anforderungen des wissenschaftlichen Fortschritts, der Multimorbidität und der Demografie anzupassen. Was war dabei besonders erfolgreich?

Die aktuelle Gesundheitspolitik verfolgt einen kontinuierlichen Entwicklungspfad, der durch die Stichwörter mehr Versorgungswettbewerb zwischen den Kassen, mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten und mehr unternehmerischer Spielraum für die Akteure in den unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens gekennzeichnet ist. Gerade das GKV-Modernisierungsgesetz hat mit der Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung oder der Medizinischen Versorgungszentren den Startschuss für eine ganze Reihe innovativer Modelle gegeben. Inwieweit die Etablierung des Gesundheitsfonds durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz dem Namen der Reform Ehre macht, wird sich noch erweisen müssen. Zumindest haben die ersten Erfahrungen mit Zusatzbeiträgen gezeigt, dass die Versicherten sehr sensibel auf diese reagieren. Potenzial für Preiswettbewerb ist somit vorhanden. Solange Zusatzbeiträge jedoch eher als Damokles-Schwert wirken und Kassen, die sie erheben, mitunter bis in die Insolvenz getrieben werden, kann das heutige Finanzierungssystem auch kontraproduktiv sein. Besser wäre



es gewesen, den Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds auf beispielsweise 80 Prozent zu begrenzen. Dann hätten alle Krankenkassen von vornherein Zusatzbeiträge erheben müssen und ein wirkungsvoller Preiswettbewerb wäre in Gang gesetzt worden.

#### Und das aktuelle Versorgungsstrukturgesetz?

Das Versorgungsstrukturgesetz ist sicherlich deutlich besser als sein Ruf und setzt beispielsweise mit der Förderung von Arztnetzen und dem Abbau von Reibungsverlusten zwischen den Sektoren die richtigen Schwerpunkte. Es wird jedoch nur dann einen Beitrag für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung leisten, wenn die Akteure des Gesundheitswesens die neuen Instrumente mit Leben füllen. Das betrifft vor allem den neuen ambulanten spezialfachärztlichen Bereich. Dieser stellt einen ersten Schritt dar, die bislang zersplittert und teilweise auch widersprüchlich geregelte Versorgung an der intersektoralen Schnittstelle in einen einheitlichen Rechtsrahmen zu überführen. Jetzt wird es darum gehen, Wettbewerbsverzerrungen zwischen den traditionellen Sektoren zu verhindern. Hierzu könnte eine stärkere selektivvertragliche Ausgestaltung beitragen.

Deutlich mehr als erste Schritte hat die Bundesregierung mit dem AMNOG eingeleitet. Dieses gehört zu den wenigen Gesetzen, bei denen der Begriff Neuordnung tatsächlich angemessen ist. Die grundlegende Idee, Arzneimittelpreise zwischen Industrie und Kassen aushandeln zu lassen, ist durchaus berechtigt. Verhandlungen mit Monopolisten machen jedoch wenig Sinn. Ich bin mir nicht sicher, ob der Politik wirklich bewusst gewesen ist, wie extrem die Auswirkungen auf einzelne Marktteilnehmer sein können. Für eine tatsächliche Beurteilung des AMNOG ist es sicherlich noch zu früh, doch die Politik ist gut beraten, den Prozess genau zu beobachten und aufzupassen, dass ein Gleichgewicht der Kräfte zwischen den Marktteilnehmern gewahrt bleibt.

Der Sachverständigenrat hat sich in seinem letzten Gutachten mit dem Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beschäftigt. Wie stehen Sie zu den dort gemachten Vorschlägen?

Es gibt kein zweites Gutachten in Deutschland, das so breit aufgestellt ist und so eine Vielzahl an spannenden Anregungen und Analysen aufweist, wie das des Sachverständigenrates. Entsprechend ist es nicht möglich, hier auf alle Themen einzugehen. Die grundsätzliche Schwerpunktsetzung des Gutachtens, d.h. die Verbesserung der Schnittstellengestaltung und damit die Koordination und Integration von stationärer und ambulanter Versorgung, ist definitiv der entscheidende Ansatzpunkt zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung.

#### Wie steht der BMC zum Gutachten?

Lassen Sie mich - ausdrücklich ohne eine Prioritätensetzung unter den zahlreichen wichtigen Empfehlungen des Rates vornehmen zu wollen - auf drei aus Sicht des BMC zentrale Themenbereiche eingehen:

Erstens die Sicherung der sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität. Die vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Entwicklung einer nationalen Leitlinie zur Ausgestaltung des interdisziplinären Schnittstellenmanagements auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Entlassmanagement weist in die richtige Richtung. Der BMC hat hierzu bereits umfassende Vorarbeiten geleistet und empfiehlt

nicht nur eine Weiterentwicklung der krankenhausinternen Strukturen, sondern darüber hinaus auch die Etablierung ambulanter Ankerpunkte, die die Patienten an die Hand nehmen und die interprofessionelle nachstationäre Behandlung managen.

Eine effiziente sektorenübergreifende Steuerung ist jedoch nur möglich, wenn zweitens auch die entsprechende Telematik-Infrastruktur zur Verfügung steht. Wie der Sachverständigenrat völlig zu Recht feststellt, ist eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Behandlungsqualität aktuell fast ausschließlich von denjenigen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zu erwarten, die patientenseitig freiwillig genutzt werden. Umso wichtiger ist es, die Leistungserbringer dazu zu motivieren, durch Aufklärung und Unterstützung der Versicherten die Akzeptanz einer elektronischen Patientenakte zu erhöhen. Der BMC wird sich diesem Thema im Rahmen einer Projektgruppe intensiv annehmen.

#### Und drittens?

Als dritten und letzten Punkt möchte ich das Thema Qualitätswettbewerb und Qualitätssicherung aufgreifen. Auch wenn Ergebnisindikatoren schwieriger zu erheben sind als Struktur- und Prozessindikatoren, so benötigen wir im Gesundheitssystem eine stärkere Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. Dabei geht es vor allem um populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren. Der BMC unterstützt den Ansatz des Sachverständigenrates, eine stärkere Kooperation und Koordination der medizinischen Leistungen, beispielsweise in Arztnetzen, als Grundlage für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung zu nutzen, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann. Dies würde auch die Einführung qualitätsorientierter Vergütungselemente befördern. Wenn wir über populationsorientierte und sektorenübergreifende Indikatoren sprechen, dann befinden wir uns auch mitten in der Debatte um eine Annäherung der Vergütungssysteme von ambulantem und stationärem Sektor. Ein dickes Brett, das zu bohren sich lohnen würde, bislang aber noch nicht wirklich angegangen worden ist.

2013 ist Wahljahr und damit kommt der Aufschlag zur nächsten Reform, die spätestens 2014 erfolgen wird. Was erwarten Sie? Welche Anregungen kann der BMC der Gesundheitspolitik geben?

Die größte anstehende Herausforderung des deutschen Gesundheitswesens besteht in der Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung. Schwer zu versorgende Regionen sind dadurch charakterisiert, dass der Versorgungsbedarf der Bürger qualitativ und logistisch nicht mehr ausreichend über die traditionellen Organisationsformen bedient werden kann. Entsprechend müssen diese Strukturen insgesamt auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt werden. Mit den vorhandenen neuen kooperativen Organisationsmodellen liegen die hierzu notwendigen Instrumente zu großen Teilen bereits vor. In der kommenden Legislaturperiode wird es darauf ankommen, durch das gezielte Anziehen von Stellschrauben dafür zu sorgen, dass bestehende Hürden abgebaut und die Dynamik in der Ausbreitung solcher Modelle erhöht wird.

Das Ganze kann nur funktionieren, wenn die Ärzteschaft eingebunden und von ihrer kollektiven Depression befreit wird.

Entgegen des Eindrucks säbelrasselnder Honorarverteilungskämpfe geht es bei den Ärzten in den wenigsten Fällen wirklich nur ums Geld.

Es sind die Rahmenbedingungen, die den heutigen Versorgungsherausforderungen bislang nicht adäquat angepasst worden sind. Vergütungssysteme, die selbst von Experten kaum noch verstanden werden und dadurch jegliche Steuerungsfunktion verloren haben, Arbeitszeiten auf internationalem Rekordniveau und Sprechzeiten im einstelligen Minutentakt tragen wenig zur Motivation der Ärzte bei. Umso wichtiger ist es, diese von Bürokratie zu befreien und das ärztliche Aufgabenspektrum durch verstärkte Delegation und Substitution an andere qualifizierte Heilberufe neu zu definieren. Delegation und Substitution funktionieren jedoch nur dann effizient, wenn die technischen Voraussetzungen stimmen. Neben der bereits angesprochenen elektronischen Patientenakte müssen dringend Lücken im Bereich der haftungsrechtlichen Risiken geschlossen werden, beispielsweise hinsichtlich der Verantwortungsabgrenzung zwischen dem behandelnden Arzt oder der medizinischen Fachkraft und dem über Telemedizin angebotenen Konsiliararzt.

Und damit Vergütungssysteme echte Steuerungswirkung entfalten, muss die Honorierung medizinischer Leistungen vereinfacht werden ...

... und sich an der Qualität und insbesondere der Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen ausrichten. Im Gegenzug gilt es, auf Seiten der Patienten die nutzerorientierte Transparenz zu erhöhen. Arztsuche ist Vertrauenssache. Doch die Möglichkeiten, sich über die Qualität einzelner Leistungserbringer zu erkundigen, sind heutzutage begrenzt. Deshalb sind Fortschritte im Bereich Public Reporting dringend notwendig. Das Gleiche gilt für die unterschiedlichen Versorgungsangebote der Krankenkassen. Viele Versicherte fühlen sich in der Regelversorgung gut aufgehoben und vertrauen den vermeintlich staatlich festgelegten Leistungen. Entsprechend vorsichtig begegnen sie oft neuen Versorgungsformen, deren Qualität sie im Vorfeld nicht beurteilen können. Gerade der zur Motivation der Versicherten wichtige Mehrwert bleibt häufig verborgen, da der Patient von der Optimierung der Prozessabläufe erst im konkreten Krankheitsfall profitiert.

Bei alledem sind Investitionen in innovative Versorgungsformen gefordert, die von vielen Krankenkassen noch immer gescheut werden. Das Risiko erscheint oftmals 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.

Im Endeffekt wird sich je nach Farbzusammenstellung der künftig regierenden Koalition eine grundlegende Diskussion zwischen den Antipoden Bürgerversicherung der SPD und Kopfpauschale von CDU/CSU entfalten. Welche halten Sie für besonders zielführend?

Das ist sicherlich eine spannende Frage. Doch sie geht an dem eigentlichen Problem vorbei: Für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems ist es letztlich unerheblich, ob die Finanzierung in Form einer rot-grünen Bürgerversicherung oder eines schwarz-gelben Prämienmodells erfolgt. Vielmehr geht es perspektivisch darum, die Grundlagen für eine demographiesichere Finanzierung zu legen. Beide Modelle bieten in ihrer jetzigen Ausgestaltung keine nachhaltige Antwort auf diese Frage und müssen entsprechend modifiziert werden.

Zum Begriff „Managed Care“: Sind Sie mit dem Verbandsnamen noch glücklich, nachdem sich das Steuerungsmodell Managed Care mehr und mehr in Richtung der integrierten Versorgung weiterentwickelt und in der Schweiz die Einführung eines Managed-Care-Gesetzes mit 76 Prozent Nein-Stimmen in einer Volksbefragung gescheitert ist?

Der BMC versteht Managed Care nicht als geschlossenes Konzept, sondern als am Patienten orientierte „gesteuerte“ Versorgung - und wie könnte das besser umgesetzt werden als in einem integrierten Versorgungsmodell? Insofern bedauern wir keineswegs, dass sich Managed Care mehr und mehr in Richtung der integrierten Versorgung bewegt, sondern wir nehmen maßgeblich Teil an dieser Entwicklung. Das Problem ist vielmehr, dass Managed Care aufgrund seiner Wurzeln oftmals mit dem US-amerikanischen Gesundheitssystem gleichgesetzt wird, verbunden mit der Fehleinschätzung vieler Menschen, dass die angestrebten Kosteneinsparungen zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen. Doch genau das Gegenteil ist der Fall: Je besser die Versorgung ist, desto günstiger ist sie auch. Genau darum geht es bei Managed Care - und genau deshalb setzen wir uns dafür ein.

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

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

## JETZT ERHÄLTlich:

### Disease Management Programme - Statusbericht 2012 Wissenschaftliche und redaktionelle Beiträge der MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“

#### Mit Beiträgen von

L. Altenhofen | C. Bartel | C. Bensing | J. Biermann | J. Böcken | S. Burger | T. Czihal | S. Ein Waldt | M. Ewers | P. Fey | J. Fröhlich | M. Gaßner | C. Gawlik | J. Gebhardt | G. Glaeske | C. Graf | S. Guthoff-Hagen | J. Härtel | B. Häussler | B. Hagen | E. Höfer | F. Hofmann | W. Hoffmann-Eßer | D. Horenkamp-Sonntag | L. Kerkemeyer | C. Kiefer | A. Kleinfeld | K. Koch | T. Köhler | K. Köhn | T. König | J. Leinert | R. Linder | U. Moldenhauer | S. Mostardt | H.-D. Nolting | I. Oelmann | H. Rebscher | M. Redaelli | S. Roebbers | R. Roski | A. Rüther | D. Schaeffer | U. Siering | S.G. Spitzer | P. Stegmaier | D. Graf von Stillfried | S. Stock | S. Südhof | E.J. van Lente | M. Wagner | P. Willenborg | K. Wegscheider | K. Zich |

Erscheint demnächst im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“.

Bestellen Sie direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - info@erelation.org - ISBN 978-3-9814519-0-0



## Rechtssymposium des G-BA

# Begründen oder nicht, das ist hier die Frage

Das recht schlicht klingende Thema „Begründungspflichten“ hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine hohe rechtliche Brisanz. Der Grund: Genügt der untergesetzliche Normgeber seinen Begründungspflichten nicht, droht ihm die Aufhebung seiner Norm aufgrund eines Verfahrensfehlers. Doch wenn er sich andererseits mit jedem theoretisch denkbaren Einwand gegen seine Entscheidungen inhaltlich vertieft und dokumentiert auseinander setzt, führt dies zu einer deutlichen Verfahrensverlängerung, was nicht im Sinne des Gesetzgebers ist, der gerade mit der Bestellung des neuen G-BA-Chefs, Josef Hecken, wieder etwas mehr Zug in die Abwicklung bringen wollte. Das Für und Wider wurde auf letzten Rechtssymposium des G-BA unter dem Titel „Begründungspflichten des Gemeinsamen Bundesausschusses“ erörtert.

>> Das Thema des Kongresses - u.a. angestoßen durch die vom Bundesverfassungsgericht begonnene Debatte zur Nachvollziehbarkeit von Normgebung - führte durchaus in die Grenzbereiche zwischen Transparenz und Effizienz von Normgebung. Prof. Dr. Udo Steiner von der Universität Regensburg sieht die Sachlage dagegen ganz eindeutig. „Dem geltenden Verfassungsrecht ist kein Rechtssatz mit dem Inhalt zu entnehmen, dass untergesetzliche Rechtsnormen, die ohne formelle Begründung erlassen werden, an einem Formfehler leiden und deshalb (nach deutscher Doktrin) nichtig sind“, erklärt der Bundesverfassungsrichter a.D. Ein solcher Rechtssatz lasse sich auch nicht aus dem Grundgesetz in Verbindung mit den gesetzlich geregelten Fällen einer Begründungspflicht (etwa: § 9 Abs. 8 BauGB) und der unionsrechtlichen Begründungspflicht (Art. 296 Abs. 2 AEUV) ableiten. Dies entspreche auch dem Stand der Rechtsprechung. Und er fügt explizit hinzu: „Gleiches gilt für untergesetzliche Rechtsnormen, die zur Entfaltung ihrer Rechtswirkung eines Vollzugsaktes nicht bedürfen“, was sogenannte selbstvollziehende Rechtsnormen betreffe. Und dem Gesetzgeber, der für das Verwaltungsverfahren untergesetzlicher Rechtsnormen politisch und staatsrechtlich die Verantwortung trägt, trifft nach Meinung Steiners folgerichtig auch nicht der Vorwurf der verfassungswidrigen Unterlassung, wenn er bisher keine allgemeine formelle Begründungspflicht für untergesetzliche Rechtsnormen vorgesehen hat.

Also ist der G-BA da fein raus? Nicht ganz, meint Prof. Dr. Christian Waldhoff von der Juristischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin. Er zieht vier neuere Entscheidungen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg und zwei darauf aufbauende Urteile des Bundessozialgerichts zu Rate. Die hier deutlich werdende Rechtsprechung, die sich mit Begründungspflichten des G-BA bei seiner Rechtsetzungstätigkeit - zu Festbetragsfestsetzungen von Arzneimitteln und zu Mindestmengenvereinbarungen für bestimmte Behandlungen in Krankenhäusern - beschäftigt, differenziert nach Waldhoff relativ strikt zwischen den tatbestandlichen Voraussetzungen der Normsetzung in Form des Erlasses von Richtlinien einerseits, und dem Gestaltungsspielraum des Normgebers andererseits. Waldhoff: „Dem IQWiG wird eine zentrale Stellung eingeräumt, dessen Empfehlungen damit das Normgebungsverfahren entscheidend prägen und den Gestaltungsspielraum des Normsetzers zwar nicht aufheben, aber Begründungslasten hervorbringen können.“ Entscheidend sei mithin für die Sozialrechtsprechung die Annahme eines modifizierten Normsetzungsverfahrens durch den G-BA aufgrund der „obligatorischen oder fakultativen Einschaltung des IQWiG“ und eines auf der Tatbestandsseite der Normsetzungsermächtigung verankerten sogenannten Wissenschaftsvorbehalts.

Sabine Häfner von der Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA geht dagegen die Sachlage etwas pragmatischer an, in dem sie fragt: „Wann sind Regelungen des G-BA, welche die Leistungsansprüche von Versicherten konkretisieren, gerechtfertigt?“ Und: „Wann kann und

muss der G-BA zur Wahrung der Rechte und des Schutzes von Patientinnen und Patienten Berufsfreiheit und Berufsausübungsfreiheit von Leistungserbringern und Herstellern einschränken?“ Ihre Antwort, die die Grundposition der Patientenvertretung innerhalb des G-BA einnimmt: „Je stärker die Rechte von Patientinnen und Patienten durch eine G-BA Entscheidung berührt sind, desto höher ist die Darlegungs- und Begründungslast des G-BA.“ Dabei müssten die G-BA Richtlinien-Entscheidungen entsprechend dem gerichtlichen Prüfungsmaßstab nachvollziehbar sein. Doch ebenso sollten keine Prozessrisiken eingegangen werden, die auch zu Lasten von Patientinnen und Patienten gehen könnten.

Dies sieht auch Prof. Dr. Peter Axer von der Universität Heidelberg ähnlich. Werden durch den G-BA etwa Mindestmengen für Kniegelenk-Totalendoprothesen oder für die Versorgung von Frühgeborenen im Krankenhaus festgelegt, wird ein Arzneimittel einer bestimmten Festbetragsgruppe zugeordnet und ein Festbetrag festgesetzt oder ihm im Rahmen der frühen Nutzenbewertung ein Zusatznutzen abgesprochen, so stellten sich Fragen nach dem Warum. „Das ausgeschlossene Krankenhaus, der betroffene Arzneimittelhersteller oder der Versicherte suchen und verlangen nach einer Begründung für Ausschlüsse oder Beschränkungen von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, erklärt Axer. Seiner Meinung nach hängt die Frage nach Inhalt und Umfang der Begründungspflichten zusammen mit der sowohl für die Festbetragsgruppenbildung wie für die Mindestmengenbeschlüsse als auch allgemein für die Normsetzung des G-BA diskutierten Frage nach Inhalt und Umfang der gerichtlichen Kontrolle. Axers Fragen: „Inwieweit bestehen Gestaltungsspielräume bei der Normsetzung und sind diese gerichtlich zu kontrollieren? In welchem Umfang unterliegen Begründungen der gerichtlichen Überprüfung? Welche Anforderungen sind an die Nachvollziehbarkeit von Begründungen zu stellen?“

Axer weiß ganz genau, dass der Gesetzgeber zwar einerseits die Angabe von Gründen verlangt, andererseits aber auch Vertraulichkeit vorsieht und damit Grenzen für Auskünfte und Begründungen setzt. So sind nach § 91 Abs. 7 S. 7 SGB V etwa die nichtöffentlichen Beratungen des G-BA einschließlich der Beratungsunterlagen und der Niederschriften vertraulich. Problematisch sei nun, ob und inwieweit der G-BA im gerichtlichen Verfahren zur Herausgabe vertraulicher Unterlagen verpflichtet sei. Nach § 119 Abs. 1 SGG ist eine Behörde zur Vorlage von Urkunden oder Akten, zur Übermittlung elektronischer Dokumente und zu Auskünften nicht verpflichtet, wenn die zuständige oberste Aufsichtsbehörde erklärt, dass das Bekanntwerden des Inhalts dieser Urkunden, Akten, elektronischer Dokumente oder Auskünfte dem Wohl der Bundes oder eines deutschen Landes nachteilig sein würde oder dass die Vorgänge nach einem Gesetz oder ihrem Wesen nach geheim gehalten werden müssen. Dennoch, die Frage bleibt offen: Ist das denn beim G-BA so? <<

Der wissenschaftliche Beirat von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF)

## Wissenschaft trifft Versorgungsforschung

Zur Gründung im Jahre 2009 wurde von Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski der wissenschaftliche Herausgeberbeirat der Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ konstituiert: Dieser besteht aus den Initiatoren von MVF - vertreten durch Roland Lederer - sowie einer handverlesenen Gruppe von hochrangigen Experten aus den verschiedenen Anwendungsbereichen und Fachdisziplinen der Versorgungsforschung. Der wissenschaftliche Beirat unterstützt den Herausgeber durch den aktuellen Austausch zu relevanten Themen sowie bei der Begutachtung von Beiträgen (double blind). Er erörtert die strategische und inhaltliche Ausrichtung von MVF in gemeinsamen Sitzungen mit dem Praxisbeirat.

>> „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) versteht sich, wie Herausgeber Roski bereits im Editorial der ersten Ausgabe vor fünf Jahren verdeutlicht hat, als unabhängiges, interdisziplinäres Fachorgan für das gesamte Themenfeld der Versorgungsforschung. MVF hat es sich explizit zum Ziel gesetzt, für die Versorgungsforschung in Deutschland eine breitere Wahrnehmung zu erreichen und so die Wirksamkeit, Durchsetzung und vor allem reichweitenstarke Verbreitung ihrer Er-

gebnisse zu verbessern. Dazu bemüht sich „Monitor Versorgungsforschung“ um eine über den reinen Wissenschaftskreis hinausgehende disziplin-übergreifende Verständlichkeit und fördert durch die Dualität von redaktionellem (unter der Leitung von MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier) und wissenschaftlichen Teil (in Verantwortung von Herausgeber Roski) Gedankenaustausch und Diskussion zwischen Wissenschaft und Versorgungspraxis. <<



**Prof. Dr. med. Bettina Borisch MPH FRCPATH**  
Institut de médecine sociale et préventive, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève, Genf, Schweiz



**Prof. Dr. Gerd Glaeske**  
Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen



**Dr. Christopher Hermann**  
Vorsitzender des Vorstandes, AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

**Franz Knieps**

Partner bei WIESE CONSULT. Er leitete bis Dezember 2009 die Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegesicherung im BMG



**Roland Lederer**

Vorsitzender der Geschäftsführung, INSIGHT Health Management GmbH, Waldems-Esch



**Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig**

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft/ Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie des HELIOS Klinikum Berlin-Buch



**Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer**  
IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin der Privaten Universität Witten/Herdecke



**Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher**  
Vorsitzender des Vorstandes, DAK - Unternehmen Leben, Hamburg



**Dr. Joachim Roski MPH**  
Executive Advisor der Division Advanced Healthcare Analytics von Booz Allen Hamilton, USA

**Prof. Dr. med. Matthias Schrappe**

Er war bis 2011 u.a. Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



**Dr. Thomas Trümper**

Vorsitzender des Vorstandes, Andreae-Noris Zahn AG, Frankfurt

Der Praxisbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF)

## Praxisbeirat unterstützt Versorgungsforschung

Seit zwei Jahren unterstützt der Praxisbeirat die Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF), die die beiden Standbeine der Gesundheitsversorgung - Wissenschaft und Praxis - in einer Zeitschrift integriert und das nunmehr schon im sechsten Jahrgang erfolgreich tut. Dazu wurde aus den wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens ein Praxisbeirat konstituiert, der Herausgeber und Verlag zusätzlich zum wissenschaftlichen Herausgeberbeirat unterstützt. Der Praxisbeirat besteht aus Organisationen und Unternehmen der Gesundheitsversorgung, die Versorgungsforschung aktiv fördern. Sie sind im Beirat durch hochrangige Fachleute prominent vertreten.

>> Dabei achten Herausgeber und Verlag darauf, dass der Praxisbeirat möglichst paritätisch besetzt ist, um ein Gleichgewicht der einzelnen Beteiligten - Kostenträger, Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer, Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen, IT- und andere Dienstleister sowie nicht zuletzt Versicherte, Patienten und Bürger - sicherzustellen. Darum soll der Beirat im Laufe der Zeit weiter ausgebaut werden.

„Monitor Versorgungsforschung“ ist die unabhängige, interdisziplinäre Fachzeitschrift für das gesamte Themenfeld der Versorgungsforschung. Dem Ziel, für die Versorgungsforschung eine breitere Wahrnehmung zu erreichen und so die Wirksamkeit und Durchsetzung ihrer Ergebnisse zu verbessern, sind wir bereits ein Stück näher gekommen. Die gestiegene Bedeutung zeigt sich z.B. im Koalitionsvertrag, im AMNOG und den daraus resultierenden Rechts- und Verfahrensord-

nungen des G-BA und des IQWiG sowie im gemeinsamen „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung“ von BMBF und BMG.

„Monitor Versorgungsforschung“ will durch ein Mehr an vertrauenswürdigen Informationen, durch Transparenz und Öffentlichkeit zur Verbesserung der Qualität des Gesundheitssystems im Interesse aller Versicherten, Patienten und Bürger beitragen. Für eine bessere Gesundheitsversorgung müssen Wissenschaft und Praxis noch stärker zusammenwirken. Die dazu nötige Integration der Praxis soll der neue Praxisbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ fördern.

Wir danken an dieser Stelle dem Unternehmen ICW, das Ende des Jahres 2012 den Praxisbeirat verlassen hat und begrüßen an dieser Stelle das neue Mitglied Fresenius Kabi ganz herzlich.

Sind auch Sie interessiert an der Teilnahme? Schreiben Sie an: [roski@m-vf.de](mailto:roski@m-vf.de). <<



### Dr. Jens Härtel

Director Business Development von arvato services healthcare, Harsewinkel



### Gerhard Stein

Vorstand und Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK, Wolfsburg



### Frank Lucaßen

Geschäftsführer Fresenius Kabi Deutschland, Bad Homburg



### Stephan Spring

Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, München



### Dr. Andreas Kress

Head of Market Access von Novartis, Nürnberg



### Prof. Dr. Stephan Burger

Leitender Direktor der MedicalContact AG, Essen



### Claus Röder

Director Customer Account Management von Pfizer, Berlin



### Prof. Dr. med. Dr. phil. Alfred Holzgreve

Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerks für Gesundheit GmbH, Berlin



Daten von INSIGHT Health zeigen ambulante Versorgungsrealität auf:

## Polypharmazie in Sachsen

Von Polypharmazie wird in der Regel bei einer kumulativen Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln in einem Zeitraum gesprochen. Fünf Wirkstoffe werden dabei oft als die Grenze angesehen, ab der man die Interaktionen und Nebenwirkungen nicht mehr überblicken kann. Zwar ist die Polypharmazie kein neues Phänomen, doch kann angesichts steigender Arzneimittelverordnungen bei rückläufigen Versichertenzahlen von einer Verschärfung des Problems ausgegangen werden. Dies gilt umso mehr, als die Verordnung potenziell inadäquater Medikation mit zunehmendem Lebensalter ansteigt (vgl. Thümann et al. 2012) und das - bedingt durch den demografischen Wandel - bei einem wachsenden Anteil älterer Patienten.

>> Die Anzahl Therapiedosen bei den abgerechneten GKV-Rezepten über Fertigarzneimittel ist nach Zahlen von INSIGHT Health seit 2009 um durchschnittlich 2,9 Prozent p.a. gestiegen. Die Entwicklung der Anzahl an GKV-Versicherten ist dagegen tendenziell leicht rückläufig: -0,2 Prozent.

Insbesondere in den neuen Bundesländern findet man heute schon eine teilweise „polypharmazeutische Versorgungsrealität“. Dies zeigt sich bereits bei den entsprechenden strukturellen Parametern: Zum einen stehen diese Regionen für einen überdurchschnittlichen Altersdurchschnitt verbunden mit einem hohen Anteil an älteren GKV-Versicherten. Zum anderen sind sie führend beim Pro-Kopf-Arzneimittelverbrauch (vgl. z.B. Bensing/Kleinfeld: Regionale Arzneimittelausgaben: Die Schere geht weit auseinander; in: Monitor Versorgungsforschung 06/2010, S. 14f.).

Auch deshalb stehen diese Regionen sicherlich im Fokus polypharmazeutischer Studien: Aktuelle Untersuchungen liegen beispielsweise zu Mecklenburg-Vorpommern vor. Hierin kommen die Autoren u.a. zu dem Schluss, dass mit Polypharmazie im Alter zahlreiche Probleme wie etwa eine sinkende Compliance einhergehen. Die Autoren gehen davon aus, dass ein Medikationsmanagement unter Einbezug der Pharmazeuten möglich und sinnvoll ist (vgl. Manhart et al. 2012).

Bei älteren Patienten stellt Polypharmazie ein noch größeres Problem dar, da der Körper im Alter anders auf Arzneimittel reagiert. So ist im Alter oftmals die Nieren- und Leberfunktion eingeschränkt, das Immunsystem gestört und die Muskelmasse geringer. Dies hat zur Folge, dass ältere Menschen Arzneimittel in der Regel langsamer abbauen. Zudem besteht durch die zeitgleiche Einnahme unterschiedlicher Arzneimittel ein erhöhtes Risiko für das Eintreten unerwünschter Wirkungen der Medikamente (vgl. Thümann et al. 2012).

### Viele Arzneimittel = viele Probleme?

Mögliche Nebenwirkungen können also durch die einzelnen Wirkstoffe, deren Interaktionen oder auch durch eine z. B. altersbedingt veränderte Stoffwechselung zu Stande kommen. Damit vervielfachen sich die Möglichkeiten einer unerwünschten Arzneimittelwirkung deutlich (vgl. Abbildung 1). Bei fast jedem zweiten Patienten, der mit sieben oder mehr Wirkstoffen behandelt wird, taucht eine schwerwiegende Interaktion auf (vgl. Krähenbühl 2012). Der betreuende Arzt steht demnach vor der Herausforderung, wie die Therapie adäquat gestaltet werden kann.

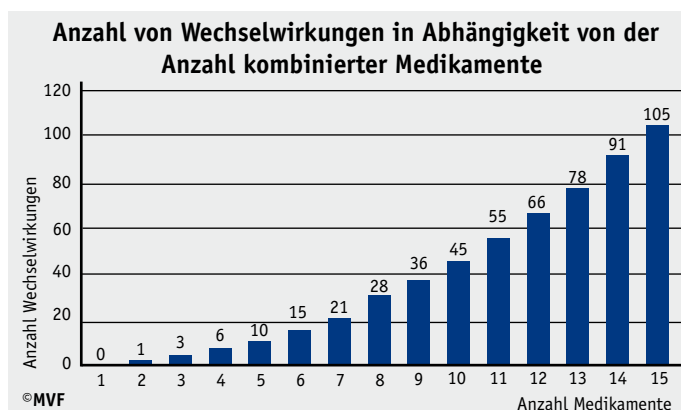
Für den behandelnden Arzt oder auch den Apotheker ist es wichtig, dass er über ein

umfassendes Bild der Arzneimittelaufnahmen eines Patienten verfügt. Dabei müssen neben sämtlichen eingenommenen verschreibungspflichtigen Präparaten auch die OTC-Arzneimittel berücksichtigt werden, die der Patient im Rahmen der Selbstmedikation zu sich nimmt. Diese teils recht umfangreiche Liste sollte möglichst gemeinsam mit dem Patienten (Stichwort: patient empowerment) vor dem Hintergrund der Therapieziele und möglicher Effekte bewertet und ggf. in ein adaptiertes Therapieschema überführt werden. Hierbei kann weniger auch mehr sein (vgl. etwa Jaehde et al. 2008). Beispielsweise ist bei multimorbiden Patienten oftmals eine Hierarchisierung der Therapieziele notwendig. Zudem gibt es noch Probleme mit der Adhärenz. So erhöht sich die Anzahl der Einnahmefehler bei einer Zunahme gleichzeitig verordneter Arzneimittel (vgl. Borchelt 2005).

Werden arzneimittelinduzierte unerwünschte Wirkungen als solche erkannt, können Einschnitte in der Arzneimitteltherapie zur Linderung der Symptome wie beispielsweise Schwindel beitragen. Ansonsten droht die Gefahr eines Teufelskreises, bei dem unerwünschte Arzneimittelwirkungen als weitere Erkrankung gewertet werden, die wiederum eine Verordnung weiterer Arzneimittel zur Folge hat (vgl. z.B. Jaehde et al. 2008).

### Fokus: KV Sachsen

INSIGHT Health hat in einer Analyse die ambulanten GKV-Verordnungen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen näher untersucht. In der KV Sachsen ist bei einem durchschnittlichen Mengenanstieg seit 2009 von 2,3 Prozent eine mit -0,5 Prozent vergleichsweise etwas stärker ausgeprägte rückläufige Entwicklung der Versichertenzahlen zu verzeichnen. Die Region steht aktuell für rund 3,7 Mio. GKV-Versicherte, für die 2011 ca. 38 Mio. Verordnungen über Fertigarzneimittel mit der GKV abgerechnet wurden. Dies entspricht durchschnittlich 10,2 Verordnungen je gesetzlich Versicherten (Bundesdurchschnitt: 9,8).



**Abb. 1:** Theoretisch mögliche Anzahl von Wechselwirkungen in Abhängigkeit von der Anzahl kombinierter Medikamente (eigene Darstellung nach Hiemke et al. 2003).

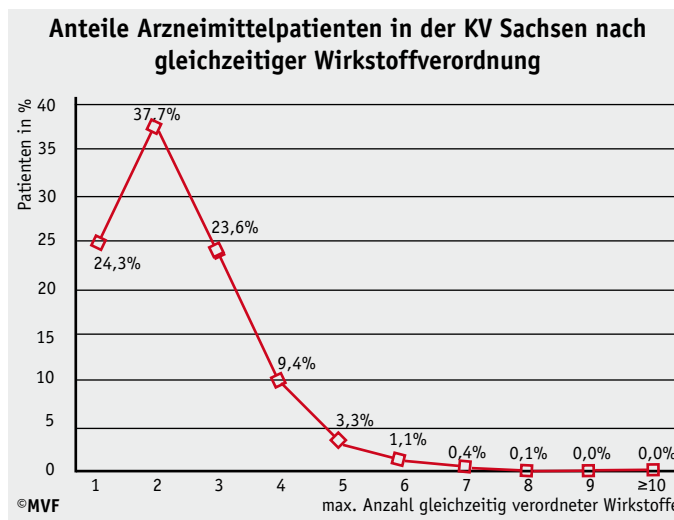
Sachsen verfügt mit 27,3 Prozent über den bundesweit höchsten Anteil an über 65-jährigen GKV-Versicherten. Mit ambulanten Arzneimittelausgaben von 563 Euro pro Versicherten bewertet zu Listenpreisen rangierte Sachsen im Jahr 2011 nach Daten von INSIGHT Health wie die anderen östlichen Bundesländer deutlich oberhalb des Bundesdurchschnitts (2010: 536 Euro).

## 10 Wirkstoffe im Jahr sind keine Seltenheit

Eine Analyse der ambulanten abgerechneten GKV-Verordnungen zu Fertigarzneimitteln von Patienten aus Sachsen zeigt, dass mehr als 15 Prozent aller ambulant mit Arzneimitteln therapierten GKV-Versicherten zehn oder mehr unterschiedliche Wirkstoffe im Jahr 2011 verordnet bekommen haben. Dies entspricht rund 325.000 GKV-Versicherten in Sachsen oder mehr als acht Prozent der GKV-Versicherten. Setzt man die Grenze auf mindestens fünf rezeptpflichtige Verordnungen im Jahr 2011, fällt mehr als jeder vierte Versicherte in dieses Raster; dies entspricht einem GKV-Kollektiv in Sachsen von über 1 Mio. Versicherten. Wie sich zeigt, bekommen ältere Sachsen signifikant mehr unterschiedliche Wirkstoffe verordnet als jüngere. Der Anteil älterer Versicherter mit vielen Arzneimittelverordnungen ist dabei durchweg ab einem Wert von fünf Wirkstoffen p.a. deutlich erhöht.

Grundlage der Analyse bildet das Patienten Tracking von INSIGHT Health. Eine regionale Abdeckung von über 95 Prozent der abgerechneten GKV-Rezepte in Sachsen auf anonymisierter patientenindividueller Ebene verbunden mit einer Hochrechnung der Patientenzahlen anhand einer Vollerhebung aller abgerechneten GKV-Rezepte zu Fertigarzneimitteln legen eine hinreichende Repräsentativität nahe. Für die Analyse wurden lediglich solche Patienten berücksichtigt, die für das Gesamtjahr 2011 im Patienten-Panel vertreten waren. Damit sind solche Patienten aus der Analyse ausgeschlossen, die im Untersuchungszeitraum eine neue elektronische Gesundheitskarte erhalten haben, die geboren wurden bzw. verstorben sind, neu in die GKV eingetreten sind oder aber die Krankenkasse gewechselt haben. Insofern unterscheidet sich die untersuchte Stichprobe von der Grundgesamtheit der GKV-Versicherten in Sachsen.

Fixe Wirkstoffkombinationen sind hierbei analysebedingt nicht ausgeeinzelt, sondern werden nur als ein Wirkstoff gezählt. Zudem bleiben das weite Feld des nicht rezeptpflich-



**Abb. 2:** Anteile Arzneimittelpatienten in der KV Sachsen nach gleichzeitiger Wirkstoffverordnung für das Jahr 2011; Quelle: Patienten in Therapie (INSIGHT Health).

tigen Sortiments und damit auch das Thema der Selbstmedikation unberücksichtigt. Ebenso ausgeblendet werden stationäre Arzneimittelgaben, Zubereitungen, Sonder-PZN und patientenindividuelle Arzneimittelblister.

Um Polypharmazie detailliert analysieren zu können, gilt es die gleichzeitige Einnahme von Arzneimitteln zu betrachten. Hierzu stellt INSIGHT Health mit dem Service „Patienten in Therapie“ ein besonderes Analyseformat zur Verfügung. Eine gleichzeitige Einnahme ist dabei definiert über den Zeitpunkt der Verordnung in Kombination mit der rechnerischen Reichweite der Verordnung gemäß DDD-Information von INSIGHT Health. DDD ist die definierte Tagestherapiedosis (Defined Daily Dose) und stellt eine theoretische Rechengröße dar, die als Näherungswert für die Reichweite verwendet wird.

## 5% der Patienten mit gleichzeitig 5 oder mehr Wirkstoffen

Nach dieser Analyse erhielten mehr als 105.000 GKV-Versicherte in Sachsen 2011 mindestens fünf Wirkstoffe gleichzeitig verordnet. Dies entspricht knapp 3 Prozent der GKV-Versicherten in Sachsen resp. 5 Prozent der Arzneimittelpatienten.

24 Prozent der Versicherten erhielten lediglich einen Wirkstoff, 38 Prozent zwei und 24 Prozent drei Wirkstoffe, welche mit der Krankenkasse abgerechnet wurden. Neun Prozent der Versicherten erhielten vier Wirkstoffverordnungen parallel (vgl. Abbildung 2).

Für die Analyse gelten ebenso die zuvor skizzierten Einschlusskriterien. Für 43 Prozent der GKV-Versicherten in Sachsen ist - unter Beachtung der definierten Einschlusskriterien - 2011 keine abgerechnete Verordnung erfasst. Es wurden sämtliche rezeptpflichtigen Verordnungen eines Patienten im Zeitverlauf

für das Jahr 2011 mit ihrer entsprechenden Reichweite berücksichtigt. Als Ergebnis wurde dann jeweils die maximale Anzahl an Überschneidungen unterschiedlicher Wirkstoffe je Patient ausgewiesen.

Offen bleibt in diesen Analysen noch die Quantifizierung dieser Kennziffern für die Altersgruppe der über 65-Jährigen. Bei einer reinen Betrachtung älterer Patienten kommen beispielsweise Thürmann et al. (2012) zu der Aussage, dass bundesweit 42 Prozent der Patienten über 65 Jahre fünf oder mehr verschiedene rezeptpflichtige Arzneimittel pro Quartal erhalten.

Spannend in diesem Kontext wäre es, die tatsächliche parallele Medikamenteneinnahme zu analysieren, etwa mittels Primärdatenerhebungen oder Warenkorbanalysen unter Berücksichtigung von OTC-Arzneimitteln etc. Dennoch liefert bereits die vorgestellte Analyse profunde Einblicke zur Polypharmazie in Sachsen. Die angegebenen Werte zur gleichzeitigen Einnahme von Arzneimitteln sind dabei konservativ geschätzt.

Vor dem Hintergrund dieser Fakten scheint es evident, dass zunehmende Arzneimittelverordnungen in Sachsen im Zuge des demografischen Wandels, der Morbiditätsentwicklung und der fortschreitenden medizinisch-pharmazeutischen Entwicklung bereits heute nicht nur als Ausgabentreiber in der KV fungieren, sondern auch mit Polypharmazie und den damit verbundenen Folgen einhergehen. Umso wichtiger ist ein kritischer Umgang mit Polypharmazie, insbesondere bei Älteren. Hier besteht noch ein weites Feld für die Versorgungsforschung. Nachfolgenden Studien bleibt auch die Übertragung der Erkenntnisse auf andere KV-Regionen und die Bundesrepublik überlassen. <<

von: Christian Bensing / Dr. André Kleinfeld\* / Thorsten Flach\*\*

**PREFERE - Die bisher größte deutsche Prostatakrebs-Studie ist gestartet**

## Pleitgen: „Eine gehörige Herausforderung“

Prostatakrebs ist die häufigste Krebsart bei Männern in Deutschland. Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts erkranken pro Jahr etwa 67.600 Patienten. Bei vielen der Betroffenen zeigt sich ein lokal begrenzter Tumor, für den mehrere Behandlungsstrategien infrage kommen. Die auf einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellte PREFERE-Studie soll klären, ob eine dieser Optionen über- oder unterlegen ist. Doch ob das Studiendesign dafür geeignet ist?

>> Die kürzlich in Berlin vorgestellte PREFERE-Studie soll, so Dr. h.c. Fritz Pleitgen, Präsident der Deutschen Krebshilfe e.V. und Schirmherr der Studie, die gängigen Behandlungsstrategien bei Frühformen von Prostatakrebs miteinander vergleichen. Herausgefunden werden soll, so Pleitgen, ob „die Methoden vergleichbar gut sind oder eine Therapie der anderen überlegen“ sei. Auf diese Weise solle die Frage nach der individuell besten Therapie eindeutig beantwortet werden.

Ein hehres Ziel, das nicht einfach zu erreichen sein wird. Denn Pleitgen betonte in seinem Statement selbst, dass für den Erfolg von „Prefere“ entscheidend sei, dass genügend Patienten an der Studie teilnahmen. Er sagte: „7.600, das ist die Zahl, die von den Fachleuten genannt wird. Eine gehörige Herausforderung.“ Doch: Ist die Zahl denn

überhaupt realistisch? Das wagt Prof. Dr. med. Franz Porzsolt, einer der Fachgutachter der Studie, zu bezweifeln (siehe Interview).

Doch es wäre eine vertane Chance, wenn PREFERE - finanziert durch GKV und PKV sowie die Deutsche Krebshilfe (s. Kasten) - daran kränken würde. Denn diese Studie bietet nach Worten von Prof. Dr. Thomas Wiegel (Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Ulm und einer der Studienleiter) erstmals die Möglichkeit, alle vier Standardtherapieformen (Entfernung der Prostata - Radikale Prostatektomie, RP; Strahlentherapie von außen über die Haut - Perkutane Strahlentherapie, RT; Bestrahlung durch dauerhaft in der Prostata platzierte Strahlenquellen - Permanente Seed Implantation, PSI, Brachytherapie - sowie Aktive Überwachung - Active Surveil-

## „Keine präferenz-, sondern exklusionsbasierte Studie“

>> Die eben vorgestellte PREFERE-Studie soll die gängigen Behandlungsstrategien bei Frühformen von Prostatakrebs miteinander vergleichen. Herausgefunden werden soll, so Dr. h.c. Fritz Pleitgen, Präsident der Deutschen Krebshilfe e.V. anlässlich des Startschusses der Studie, ob „die Methoden vergleichbar gut sind oder eine Therapie der anderen überlegen“ sei. Auf diese Weise solle die Frage nach der individuell besten Therapie eindeutig beantwortet werden. Ist das Studiendesign denn dafür aus Ihrer Sicht als Fachgutachter überhaupt geeignet?

Ohne das Studienprotokoll genau zu kennen, kann ein Laie, der nicht auf die Analyse klinischer Studien spezialisiert ist, überhaupt nicht erkennen, dass hier mehrere Probleme miteinander vermengt werden.

### Als da wären?

Als erstes Problem verbergen sich hinter der umgangssprachlich gestellten Frage von Herrn Pleitgen zwei wissenschaftliche Fragen, von welchen in der Studie nur eine - die erste - beantwortet wird. Der ersten Frage liegt die Hypothese zugrunde, dass zwischen den vier Versorgungsmöglichkeiten (Operation, externe Bestrahlung, interne Bestrahlung, Zuwarten ob Probleme auftreten) kein Unterschied besteht. Diese Hypothese lässt sich mit einer sogenannten „Nicht-Überlegenheits-Studie“ bearbeiten. Der zweiten Frage von Herrn Pleitgen liegt die Hypothese zugrunde, dass zwischen den vier Versorgungsmöglichkeiten sehr wohl ein Unterschied besteht. Allerdings wird weder ausgesprochen, welche der Versorgungsmöglichkeit überlegen sein soll und zudem wird kein Studiendesign angewandt, um die Überlegenheit einer der geprüften Versorgungsmöglichkeiten nachzuweisen. Und als zweites Problem wird eine Lösung in Aussicht gestellt (... soll die Frage nach der individuell besten Therapie eindeutig beantwortet werden“), die mit dem geplanten Design niemals beantwortet werden kann.



Prof. Dr. med. Porzsolt ist Leiter der Klinischen Ökonomik am Universitätsklinikum Ulm und Mitglied der Krebs-Präventionsgruppe European Society Medical Oncology

Pleitgen betonte in seinem Statement ebenso, dass für den Erfolg von „PREFERE“ entscheidend sei, dass genügend Patienten an der Studie teilnahmen. Er sagte: „7.600, das ist die Zahl, die von den Fachleuten genannt wird. Eine gehörige Herausforderung.“ Doch: Ist die Zahl denn überhaupt realistisch?

Die Zahl ist in der Tat absolut unrealistisch. Alle vier Gutachten, die mir bekannt sind (Kurt Ulm, TU München, Ian Tannock, Ontario Cancer Institute Toronto, Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit Berlin und Franz Porzsolt, Versorgungsforschung chirurgische Universitätsklinik Ulm) kommen unabhängig voneinander zu der Aussage, dass



## Eine Studie für rund 25 Millionen Euro

Der Grundstein für die PREFERE-Studie wurde bereits 2009 im G-BA gelegt, als über die Einführung der Brachytherapie in die ambulante Versorgung beraten wurde. Damals stellten die Experten fest, dass die Datenlage zu dieser Behandlungsoption nicht ausreicht, um eine Entscheidung über die Aufnahme in den ambulanten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zu treffen. Daraufhin bekam der GKV-Spitzenverband den Auftrag, ein Studienkonzept zu entwerfen, um diesen Mangel zu beheben. Das tat der Spitzenverband denn auch. Und zwar in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Auch die weitere Entwicklung des Studienprotokolls haben die Kassen konstruktiv begleitet. So waren zum Beispiel Fachgutachter vom Kompetenzzentrum Onkologie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen an diesem Prozess beteiligt.

GKV und PKV übernehmen nach Auskunft von Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes, die versorgungsbezogenen Kosten. Das sind Kosten, die durch Information, Kommunikation und Dokumentation bei den niedergelassenen Urologen und in den Studienzentren entstehen, sowie für die Vergütung des ärztlichen Aufwands für die Dokumentation und die Durchführung der ambulanten Brachytherapie im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung. Insgesamt beteiligen sich GKV/PKV mit einem Finanzvolumen von knapp 11,5 Millionen Euro über einen Zeitraum von etwas mehr als 18 Jahren an der Studie, die die Therapieformen „Perkutane Strahlentherapie“, „Permanente Seedimplantation“, „Aktive Überwachung“ und „Brachytherapie“ in Form einer prospektiv randomisierten Studie systematisch miteinander vergleicht.

Die forschungsbezogenen Kosten der Studie (ungefähr 13,5 Millionen Euro) werden dagegen von der Deutschen Krebshilfe getragen. Diese Aufteilung der Aufgaben ist nach Deh wichtig, weil der finanziellen Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen an Forschungsvorhaben durch das Sozialrecht enge Grenzen gesetzt sind.

lance) bei Patienten mit „niedrigem und frühem intermediären Risiko“ bei Prostatakarzinom in einer prospektiven Studie in Bezug auf die Vergleichbarkeit ihrer Effektivität und der Lebensqualität der Patienten zu randomisieren. Bisher weiß niemand, welche Behandlungsoption tatsächlich die beste ist. Bei allen vier Möglichkeiten sind 10 Jahre nach der Diagnosestellung ungefähr 90 von 100 Patienten am Leben. Die Frage ist, mit welcher Lebensqualität: Die vier Optionen unterscheiden sich nämlich in ihren Risiken und Nebenwirkungen. Studienleiter und

wegen des aufwändigen Designs (jeder Patient kann keine, eine oder zwei der angebotenen Versorgungsoptionen ausschließen) und wegen der Nicht-Überlegenheits-Annahme mindestens die zehnfache Zahl an Patienten, d.h. 76.000 Patienten notwendig wären, um die Hypothese bestätigen zu können.

Wie Prof. Dr. Michael Stöckle (Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie des Universitätsklinikum des Saarlandes) und Studienleiter von PREFERE erklärte, erfolge die Randomisierung präferenzbasiert, um den Patienten die Zustimmung zur Studienteilnahme zu erleichtern - daher auch der Name PREFERE. Dies bedeute, dass der Patient einzelne Behandlungsalternativen abwählen kann, wenn sie für ihn völlig inakzeptabel sind, solange er bereit bleibt, sich bei den verbleibenden Alternativen dem Randomisierungsprozess zu beugen, also dem Zufallsentscheid über die Behandlung. Was heisst das für die Rekrutierung?

Auch hier versteckt sich ein für den Laien kaum erkennbares ethisches Problem. Die Studie ist im wissenschaftlichen Sinn keine streng präferenzbasierte, sondern eine exklusionsbasierte Studie, weil der Patient nicht entscheiden darf, welche Versorgungsoption er präferiert, sondern nur, welche er unter keinen Umständen haben will. Wenn die Patienten wahrheitsgemäß über die Hypothese und das Design der Studie informiert würden, d.h. wenn man ihnen sagen würde, dass zwischen zwei und vier Versorgungsoptionen zur Auswahl stehen, aber in jedem Fall als Hypothese angenommen wird, dass die Überlebenszeit bei allen akzeptierten Optionen gleich gut ist, wird sich kaum ein Patient, der das Protokoll versteht, für die Teilnahme an dieser Studie gewinnen lassen. Jeder wird verstehen, dass bei nicht unterschiedlicher Lebenserwartung sehr wohl Unterschiede in der Lebensqualität zu erwarten sind. Die ethischen Probleme entstehen, wenn den Patienten Informationen vorenthalten werden oder viele Patienten die versteckten Probleme nicht erkennen können.

Stöckle zeigte sich in seinem weiten Statement stolz auf die nach seinen Worten „hervorragend ausgearbeitete S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom“. Doch bestünde der Rohstoff, aus dem diese Leitlinie erarbeitet worden sei, im Wesentlichen aus den Daten prospek-

tiv randomisierter Studien, die beim Prostatakarzinom bislang fast durchweg im Ausland durchgeführt worden sind. Es wäre - so Stöckle - an der Zeit, dass auch Deutschland damit beginnt, möglichst viele Prostatakarzinombehandlungen im Rahmen hochkarätiger klinischer Studien durchzuführen. Sehen Sie, der die Studie im Vorfeld als Fachgutachter begutachtete, die PREFERE-Studie als hochkarätige klinische Studie?

Förderer hoffen darum für die Zukunft, dass nach Auswertung der Studie den betroffenen Patienten nicht mehr vier denkbare Alternativen, sondern ein klar belegtes Behandlungskonzept angeboten werden kann. Die Hoffnung besteht - irgendwann. Bis dahin ist im Studiendesign vorgesehen, jedem teilnehmenden Patienten nach einem Zufallsverfahren per Computer eine von vier empfohlenen Behandlungen „zuzuteilen“, wie in der Gesprächshilfe für das Arzt-Patienten-Gespräch nachzulesen ist - nur so seien die Ergebnisse der Studie zuverlässig. <<

tiv randomisierter Studien, die beim Prostatakarzinom bislang fast durchweg im Ausland durchgeführt worden sind. Es wäre - so Stöckle - an der Zeit, dass auch Deutschland damit beginnt, möglichst viele Prostatakarzinombehandlungen im Rahmen hochkarätiger klinischer Studien durchzuführen. Sehen Sie, der die Studie im Vorfeld als Fachgutachter begutachtete, die PREFERE-Studie als hochkarätige klinische Studie?

In meinem Gutachten habe ich die unklare Fragestellung der Studie bemängelt, weil jeder Bürger versteht, dass es ohne klare Fragestellung keine klare Antwort geben kann. Dieses Protokoll, das den Kritikern bisher nur in Kurzfassung vorlag - was absolut unüblich ist - weist erhebliche klinisch-epidemiologische und ethische Mängel auf. Das ist umso erstaunlicher, als einer der bekannten klinischen Epidemiologen in Deutschland, der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Jürgen Windeler, an der Konzeption der PREFERE-Studie nicht unmaßgeblich beteiligt war und keine der involvierten Ethikkommissionen Vorbehalte gegen diese Studie öffentlich gemacht hat.

### Wie darf man das verstehen?

PREFERE vermittelt zwei bedeutende Botschaften. Erstens gibt es offensichtlich niemanden, der frei ist von Interessenskonflikten: Jeder Arzt wird die Maßnahmen präferieren, die sein eigenes Fachgebiet anbietet, jede Krankenkasse wird das bezahlen wollen, was sie als die ökonomisch optimale Lösung ansieht und auch Wissenschaftler vertreten offensichtlich sehr private Wertvorstellungen. Zweitens, was viel schwerwiegender ist: Unsere Ethikkommissionen sind offensichtlich nicht unabhängig genug, um wirklich frei entscheiden zu können.

### Wie kommen Sie zu diesem Schluß?

Na. Wenn eine Fakultät oder Kammer über eines der Budgets des Leiters der Ethikkommission zu entscheiden hat, können die Entscheidungen dieser Kommission wohl nicht frei von Interessenskonflikten sein. Hier sollte und muss über neue Lösungen nachgedacht werden, weil andernfalls der notwendige Schutz der Patienten in Deutschland nicht mehr gewährleistet werden kann. <<

## Anforderungen an Med.Produkte

Hrsg.: Johann Harer  
**Anforderungen an Medizin-Produkte**  
 Verlag: Hanser-Verlag, 2013  
 352 Seiten  
 ISBN: 978-3-446-43186-7  
 Preis: 49,90 Euro (mit CD)

>> Harer hat mit seinen Autoren einen wirklich nutzwertigen Praxisleitfaden für Hersteller und Zulieferer geschrieben, sie sich mit den gestiegenen Anforderungen an Medizinprodukte auseinandersetzen müssen.



Das Buch, die beiliegende CD und auch die (erst nach Anmeldung) downloadfähige eBook-Ausgabe sollen allen Beteiligten eine Orientierung liefern, wie das Qualitätsmanagementsystem und die dazugehörigen Prozesse in einem Unternehmen gestaltet werden müssen, damit Medizinprodukte und Dienstleistungen dem vorgegebenen gesetzlichen Rahmen innerhalb des gesamten Lebenszyklus entsprechen. Durch gibt es zahlreiche Praxisbeispiele und Hinweise. Ergänzend werden die sicher nicht immer einfach zu interpretierenden gesetzlichen Vorschriften und Normen verständlich gemacht und konkrete Implementierungshinweise gegeben.

Der Herausgeber, der die Bereiche Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Complaint Investigation und Regulatory Affairs bei Roche Diagnostic in Graz leitet, wendet sich dabei an Personen aus allen Bereichen der Organisation, die die ersten Schritte in den Medizinproduktebereich gehen wollen, sowie an Praktiker, die Prozesse, Methoden oder Tools in Zukunft besser nutzen oder optimieren wollen. Erfahrene Mitarbeiter aus dem Medizinproduktebereich werden in den Literaturhinweisen und auf der beiliegenden CD-ROM Anregungen und weitergehende Informationen erhalten.

Was indes fehlt, ist ein Ausblick auf die sich in Deutschland anbahnenden Entwicklungen, die das aktuelle VStG und Parallelen zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) aufzeigen und die sich in welcher Ausprägung auch immer auch auf den Marktzugang von Medizinprodukten auswirken können (s. MA&HP 1/2013). <<

## Krankenhaus-Report 2013

Hrsg.: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem  
**Krankenhaus-Report 2013**  
 Verlag: Schattauer, 2013  
 564 Seiten  
 ISBN: 978-3-7945-2884-4  
 Preis: 54,95 Euro (inkl. Online-Daten)

>> Krankenhäuser haben bekannterweise nur sehr begrenzte Möglichkeiten, auf die Honorare, die sie für ihre Leistungen von der GKV haben möchten, Einfluss zu nehmen. Umso bedeutsamer scheint es demnach für all jene Krankenhäuser, die sich nicht gerade auf reiche Scheichs aus Nahost spezialisiert haben, ihre normalen Patientenzahlen in ökonomisch attraktiven und vor allem planbaren Leistungssegmenten zu steigern.



Ist dem wirklich so? In der Tat nehmen die Fallzahlen im Krankenhaussektor seit Jahren konstant zu, allerdings je nach Krankheit und Behandlungsbereich in unterschiedlichem Ausmaß, was also durchaus den Auswirkungen der sich ändernden demografischen Struktur und den sich dadurch ebenso verändernden Morbiditäten geschuldet sein könnte.

Dieses „könnte“ ist allerdings ein ganz gemeiner Konjunktiv, der immer und jederzeit einen gewissen Restzweifel hinterlässt. Niemand wusste es bisher eben so ganz genau, doch jeder der den Krankenhaus-Report 2013 liest, ist ein wenig schlauer. Natürlich würde sich die Lektüre dieses Kompendiums, gespeist von über 50 Autoren, auch so lohnen. Die Einschränkung gilt lediglich deshalb, weil die zur Verfügung stehende Datenlage es den Autoren einmal mehr nicht ganz gestattete, genaue Ableitungen, wohl natürlich allerlei durchaus begründete Vermutungen, zuzulassen.

So schreiben die Autoren Markus Lungen und Guido Büscher in ihrem Beitrag „Mengensteigerungen in der stationären Versorgung: Wo liegt die Ursache?“, dass sich kaum einzelne Merkmale von Krankenhäusern identifizieren lassen würden, die besonders auf eine Steigerung der vereinbarten Fallzahl hindeuteten. Doch, lenken sie gleich wieder ein, könne „angesichts der Breite der eingeschlossenen Variablen“ davon ausgegangen werden, dass Steigerungen bei den vereinbarten Fall-

zahlen von allen Krankenhäusern realisiert würden und - so die Autoren weiter - „wohl auch angestrebt“ wurden. Die deskriptive Betrachtung zeige zudem, dass offenbar Größe, Trägerschaft und Region allenfalls Unterschiede im Tempo der Fallzahlsteigerung ausmachten, nicht jedoch eine Abkehr vom generellen Trend.

Sie empfehlen eine Erweiterung der von ihnen vorgelegten Studie, in der abteilungsbezogene Daten statt tatsächlich erbrachter Fälle betrachtet werden sollten. Eine Betrachtung von Fachabteilungen hätte die Morbidität oder auch den medizinischen Fortschritt stärker betonen können, jedoch die strategische Ausrichtung von Krankenhausleitungen (generelle Strategien und Anreize zur Fallzahlsteigerung) weniger betont. Doch leider: Für diese Entitäten lagen keine Daten vor, sodass eben auf Gesamtkrankenhäuser abgestellt werden musste.

Stefan Felder, Roman Mennicken und Stefan Meyer gehen in ihrem Beitrag auf Erklärungsansätze ein und stellen eine - wie sie es so nett nennen - positiv geneigte Angebotskurve vs. Hamsterrad“ gegenüber. Dabei betrachten sie u.a. die Grenzkosten-Thematik, also all jene Kostenbereiche, die für die Behandlung eines zusätzlichen Falls in einer bestimmten DRG anfallen. Es gilt: Sind diese Kosten gering, kann ein Krankenhaus mit relativ geringem Aufwand mehr zusätzliche Fälle behandeln. Ihre Meinung: „Es besteht daher der offensichtliche Anreiz, die Menge auszuweiten, um einen höheren Gewinn zu erwirtschaften, wenn die Grenzkosten unterhalb des zusätzlichen Erlöses für die neu erbrachte Menge liegen.“

Kein Wunder denn auch, dass es im stationären Gesundheitsbereich zwischen 2006 und 2010 zu einer „beachtlichen Mengenausweitung“ gekommen sei. Während die Fallzahl in der betrachteten Zeitperiode um 2,0 Prozent pro Jahr wuchs, erhöhte sich der Casemix mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 3,1 Prozent. Ihr Fazit: „Anhand standardisierter Daten konnte gezeigt werden, dass die demografischen Veränderungen allein bei Weitem nicht ausreicht, um den realen Anstieg der stationären Fallzahlen zu erklären. Ihr Tipp: „Die Erkenntnisse aus den empirischen Beobachtungen legen es nahe, die Bestimmung von Basisfallwerten und Relativgewichten in Zukunft vermehrt den Marktkräften zu überlassen.“ Der Grund: Eine Zunahme des Angebots führe eben in normalen Märkten zu sinkenden Preisen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Baustein in einem modernen Versorgungsmodell:

## Zweitmeinung: Der Rat, der Klarheit schafft

In Deutschland wird zu schnell und zu häufig operiert. 90 Prozent der Eingriffe lassen sich vermeiden, wenn zur Klärung der Diagnose vor Operationen eine zweite Expertenmeinung zu Rate gezogen würde. Das Zweitmeinungsverfahren ist aber ebenso effektiv bei unsicheren Diagnosen und zur Abklärung des richtigen Therapieansatzes. Für die Deutsche BKK ist das Verfahren zudem ein wichtiger Baustein in einem modernen, hochwertigen und wirksamen Versorgungsmodell.

>> Rund 15,4 Millionen Operationen wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im vergangenen Jahr in den Krankenhäusern hierzulande durchgeführt. Nach Studien des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung gab es in vier Jahren allein bei den orthopädischen Eingriffen einen Anstieg von 14 Prozent. Bei den kardiologischen Operationen waren es sogar 17 Prozent – und dabei wurden ausschließlich die schweren Fälle gewichtet. Ein Teil dieser Steigerungen lässt sich sicherlich durch die Alterung der Gesellschaft erklären. Laut Statistischem Bundesamt entfallen 42 Prozent der Operationen auf Senioren. Zu den häufigsten Behandlungen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen gehören Darmoperationen, das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks sowie endoskopische Eingriffe an der Galle. Dagegen spielen bei den 45-bis- 64-jährigen Gelenkoperationen und der Meniskus die größte Rolle.

Natürlich gibt es Fälle, in denen Operationen zwingend erforderlich sind. „Die aktuellen Statistiken belegen aber, dass in deutschen Kliniken Operationen zu früh und zu häufig vorgenommen werden“, sagt Katrin Bremora, Fachreferentin im Versorgungsmanagement der Deutschen BKK. Gerade bei den nicht lebensnotwendigen Operationen, den elektiven Eingriffen, zeigt sich, dass es oftmals sinnvoll ist, den Patienten über die Krankheitsursache aufzuklären und seine Compliance zu erhöhen. Doch wann ist eine Operation notwendig und wann nicht? Patienten sind bei der Beurteilung dieser Frage überfordert. Unabdingbar ist daher in dieser Situation die versierte Aussage eines weiteren Arztes oder Ärzteteams. Es geht darum, abzusichern, dass die einzuleitende Therapie auch wirklich nötig ist – beziehungsweise Alternativen sorgfältig abzuwägen. Vor allem bei Krebsdiagnosen, Rückenoperationen, orthopädischen Eingriffen, aber auch bei Herz- oder degenerativen Erkrankungen ist eine Zweitmeinung angebracht.

### Recht auf eine zweite Meinung

Einer der Hauptgründe für die Wichtigkeit der Zweitmeinung ist die Tatsache, dass sich die Mediziner in Deutschland zu wenig Zeit nehmen. „Die Untersuchungszeiten hierzulande sind zu kurz – eine Schwäche des Finanzierungssystems“, betont Katrin Bremora. 90 Prozent der Patienten sagten, dass sich Ärzte zu wenig Zeit für sie nehmen. Zu diesem Ergebnis kommt die 2009 veröffentlichte Studie „Typologie der Wünsche“ mit 20.165 Befragten. Bremora: „Eine internationale Vergleichsstudie vom US-amerikanischen Commonwealth Fund belegt zudem, dass ein deutscher Arzt jede Woche durchschnittlich 243 Patienten in seiner Sprechstunde hat. Mehr als siebeneinhalb Minuten Gesprächszeit bleiben da nicht.“ In Anbetracht dieser kurzen Behandlungszeiten ist es dann wiederum kaum verwunderlich, dass Patienten durch die Diagnosen irritiert sind.

Hinzu kommt, dass die Betroffenen bei unsicheren Diagnosen oder Unklarheiten sich nicht trauen, einem Arzt zu widersprechen. Das belegt eine Studie des kalifornischen Palo Alto Medical Foundation Research Institute aus diesem Jahr, für die 1.340 Patienten im Alter zwischen

40 bis 60 Jahren befragt wurden. Zwar wollten 93 Prozent der Studienteilnehmer ihre Präferenzen mit dem Arzt besprechen. Letztlich konnten sich aber nur 14 Prozent auch vorstellen, eine Therapieempfehlung abzulehnen, falls sie nicht mit den Ratschlägen des Mediziners einverstanden sein sollten. „Wenig Zeit und verunsicherte Patienten, die ihre Beschwerden und Erwartungen nicht eindeutig äußern: Dies kann zu Fehlinterpretationen führen und eine Zweitmeinung zur Absicherung sinnvoll machen“, erklärt Katrin Bremora.

Dabei ist es nicht das Ziel, die Diagnose des erstbehandelnden Arztes in Frage zu stellen. Vielmehr ist die ärztliche Zweitmeinung eine vertrauensbildende Maßnahme, die den Betroffenen umfassend und ausgewogen informieren soll. „Der zweite Rat soll Patienten wie Medizinern Sicherheit über den richtigen Behandlungsansatz geben, zugleich nicht notwendige Operationen ausschließen sowie alternative Behandlungsmethoden aufzeigen“, sagt Katrin Bremora.

### Qualität und Unabhängigkeit reduzieren Fehler

Gerade bei Grenzfällen kann der Rat äußerst wertvoll sein. „Allerdings sind die Qualität und die Unabhängigkeit des Arztes besonders wichtig. Einen Sinn hat eine ärztliche Zweitmeinung nur, wenn diese von einem oder mehreren erfahrenen, unabhängigen Spezialisten durchgeführt wird. Insbesondere in diesem Bereich gibt es im Markt leider Defizite“, betont Katrin Bremora. „Alle Krankenkassen bieten das Zweitmeinungsverfahren zum jetzigen Zeitpunkt aber nicht an. Die Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung lässt eine Einführung in der Breite aktuell noch nicht zu“, so Katrin Bremora, die für die Einführung des ärztlichen Zweitbefundes bei der Deutschen BKK mitverantwortlich ist. Die Krankenkasse war Vorreiterin beim Aufbau des Zweitmeinungsverfahrens im orthopädischen Bereich – bei Operationen an Knie, Fuß, Hüfte, Schulter oder Hand. Stück für Stück wird dieser Service nun erweitert und an den Bedarf angepasst. Eine große Rolle beim Ausbau spielen selbst gewonnene Daten und Erkenntnisse der Krankenkasse. „Wir werten unsere Statistiken kontinuierlich aus und befragen unsere Versicherten, um zu erkennen, in welchen Bereichen eine Operation für die Patienten nicht befriedigend oder sogar nachteilig war.“

### Zweitmeinung nicht gleich Zweitmeinung

Seit mehr als eineinhalb Jahren bietet die Deutsche BKK das Zweitmeinungsverfahren an und hat in dieser Zeit Erfahrungen auf dem Gebiet sammeln können. Bereits vorher wurden Versicherte unterstützt – allerdings waren dies Einzelfälle. „Patienten sind auf uns zugekommen und haben uns um Hilfe gebeten. Die Häufigkeit der Anfragen hat die Notwendigkeit aufgezeigt, ein entsprechendes Programm ins Leben zu rufen und den Versicherten die Möglichkeit anzubieten, bei Unsicherheit oder unklaren medizinischen Indikationen zur Absicherung den zusätzlichen Rat eines zweiten Arztes einzuholen“, so Katrin Bremora.

Bei der Krankenkasse wird der kollegiale Schulterblick für Krebsdi-

agnosen, Rücken-Operationen und orthopädische Eingriffe angeboten. In der Krebstherapie hat sich die Deutsche BKK zu einer Zusammenarbeit mit einem Healthmanager entschlossen. Der Dienstleister ist darauf spezialisiert, Krebserkrankten binnen weniger Tage eine fundierte Zweitmeinung zukommen zu lassen. Ein Ärzteteam aus Onkologen, Psychoonkologen, Chirurgen, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Fachärzten prüft jeden Fall individuell anhand der Befunde und gibt am Ende eine Meinung ab. Erfahrungen zeigen, dass Patienten besonders in den ländlichen Regionen und abseits der großen Universitätskliniken Probleme haben, eine hochwertige Zweitmeinung zu bekommen. „Mit der ärztlichen Diagnose suchen viele Betroffene Rat und Hilfe in Online-Portalen wie medexo.com. Diese geben einem breiten Patientenfeld die

Möglichkeit, von ausgewiesenen Spezialisten eine Zweitmeinung zu erhalten. Mit diesem Verfahren sollen die Versicherten die Sicherheit bekommen, den richtigen Weg zu finden. Auf Wunsch werden die Ergebnisse in einem persönlichen Gespräch erläutert. Das ist wichtiger als ein schneller Therapiebeginn“, erklärt Katrin Bremora.

## Der Weg zur richtigen Therapie

Um die gesundheitliche Situation auch bei Rückenerkrankungen deutlich besser einschätzen zu können, hat die Deutsche BKK als eine von wenigen gesetzlichen Krankenkassen Verträge mit bundesweit 37 Schmerzzentren geschlossen. Rückenschmerzen gehören zu den verbreit-

### Interview mit Dr. med. Philip Schöttle

## „Die Reaktionen sind durchweg positiv“

Eine Zweitmeinung empfiehlt sich, wenn Behandlungen oder Operationen mit erhöhtem Komplikationspotenzial bevorstehen, wenn zusätzliche Informationen gewünscht sind oder alternative Behandlungsmethoden in Betracht gezogen werden. Insbesondere auch bei Revisionseingriffen bietet eine Zweitmeinung deutliche Vorteile. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem Kniechirurgen und Gelenkexperten Dr. med. Philip Schöttle über das Verfahren, der klinische und wissenschaftliche Expertise an den Universitätskliniken von Berlin, München, Paris und Zürich sammelte. Erst als Fellow in der Kniechirurgie der Charité Berlin, dann als Leiter der Kniechirurgie der Sportorthopädie an der TU München. In Zürich war er Partner des Gelenkzentrums am Zürichberg.

### >> In Deutschland steigen die Operationszahlen seit Jahren. Steuert das Zweitmeinungsverfahren dieser Entwicklung entgegen?

Die Ursachen immer weiter steigender Operationszahlen sind noch nicht gänzlich geklärt. Ein sogenanntes Mehraugenprinzip kann angesichts dieser Entwicklung aber nicht schaden.

#### Was spricht für das Zweitmeinungsprogramm?

Eine Zweitmeinung schafft zusätzliches Vertrauen in die erste Empfehlung. Die Patienten fühlen sich sicherer und optimal begleitet. Im Zweitgespräch kommen Aspekte zum Tragen, die im Erstgespräch eventuell gar nicht angesprochen wurden. Insofern ist eine Zweitmeinung eine sinnvolle Ergänzung. Es geht nicht darum, Therapievorschlüsse anzuzweifeln, sondern Patienten Zugang zu einer zusätzlichen, unabhängigen Meinung eines Spezialisten zu ermöglichen.

#### Wie reagieren Patienten darauf?

In Deutschland besteht eine Kultur, verschiedene Ärzte aufzusuchen, um sich umfassender zu informieren. Gerade bei komplexen Entscheidungen gibt es oft mehrere gerechtfertigte Sichtweisen. Dort sollte überlegt werden, einen weiteren Spezialisten hinzuzuziehen. Insbesondere bei unsicheren, zweifelnden Patienten rate ich nicht nur aktiv zu einer Zweitmeinung, sondern ziehe selbst Kollegen hinzu – zur Sicherheit des Patienten und als Feedback für mich. Die Reaktion der Patienten war bisher durchweg positiv.

#### Hat die Zweitmeinung aus ärztlicher Sicht Nachteile?

Wird eine Zweitmeinung von unabhängigen Ärzten erstellt, bei denen keine anderweitigen Interessen eine Therapieempfehlung begünstigen oder ablehnen, ist zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten. Es muss aber geklärt sein, wer sich in der Folge um die Belange des Patienten kümmert und die neuen Erkenntnisse mit ihm diskutiert. Der Patient benötigt eine enge Betreuung und darf niemals mit der Zweit-

meinung alleine gelassen werden.

#### Worauf müssen Patienten achten?

Wichtig ist, dass die Zweitmeinung unabhängig – nach bestem medizinischen Gewissen und aktuellem Wissenstand – erstellt wird. Die Neutralität wird sichergestellt, wenn eine Weiterbehandlung durch den mit der Beurteilung der Therapieempfehlung betrauten Experten grundsätzlich ausgeschlossen ist. Wichtig ist zudem, dass die bei der Erstmeinung gesammelten Patientenunterlagen vollständig sind und bei der Zweitmeinung berücksichtigt werden. Es geht schließlich um die sichere Weiterbetreuung des Patienten.

#### Was sind die konkreten Vorteile des Verfahrens?

Das Zweitmeinungsverfahren ist ein Trend, der sich bei immer mehr Krankenkassen durchsetzen wird. Die Tatsache, dass mehrere behandelnde Ärzte gemeinsam ein alternatives Therapiekonzept erarbeiten, ist nahezu revolutionär. Dass eine Krankenkasse dies möglich macht und finanziert, bringt für jeden Patienten einen deutlichen Mehrwert. Letztendlich profitieren in erster Linie die Patienten durch engere Indikationsstellungen, ein Mehraugenprinzip, gezieltere und damit eventuell weniger Operationen, aber auch durch das Beenden aussichtsloser konservativer und damit zeitaufwendiger Therapieformen. Langfristig wird es dadurch zu einer Entlastung im Gesundheitssystem kommen. Und das wird sich ebenfalls positiv für Patienten auswirken.

#### Und was sind Ihre persönlichen Erfahrungen?

Das Verfahren ist für jedes Fachgebiet sinnvoll. In Zeiten hochspezialisierter Medizin ist selbst der Facharzt nicht mehr Experte in allen Bereichen. Gerade bei komplexen Operationen oder Revisionseingriffen setze ich auf das Vorgehen. Das Feedback bestätigt, dass Patienten durch diesen offenen Umgang ein deutlich höheres Vertrauen in Entscheidungen haben. <<

tetsten Volksleiden in Deutschland. Ob Verspannungen, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall: Die Ursachen der Probleme sind häufig nur schwer zu lokalisieren. Im regional nächstgelegenen Schmerzzentrum erhält der Versicherte zunächst einen Termin für eine ausführliche Untersuchung. Bei dieser wird festgestellt, ob ein Eingriff sinnvoll ist oder eine alternative Behandlung wirksamer sein könnte. Abschließend erfolgt eine medizinische Empfehlung.

Das Fazit: Nach einer internen Stichprobe konnte bei über 80 Prozent aller Patienten mit Rückenproblemen im Zweitmeinungsverfahren eine Operation vermieden werden. Ihnen konnte durch konservative Behandlungsverfahren oder Bewegungstherapien so geholfen werden, dass sie binnen weniger Wochen schmerzfrei waren. Effektiv ist der Zweitbefund auch bei anderen orthopädischen Operationen. Gerade beim Knie kommt es zu unterschiedlichen Einschätzungen und Empfehlungen. Bänderdehnungen, Meniskus oder Arthrose: Die Probleme im Knie rufen sehr häufig unklare Schmerzbilder hervor. Und oft hängt die Behandlungsempfehlung vom Schmerzempfinden des Patienten am jeweiligen Tag ab. Für die Patienten lohnt es sich unbedingt, einen zweiten Spezialisten zu konsultieren: Bis dato konnte für 40 Prozent aller Patienten eine alternative Behandlungsform gefunden werden.

### Ablehnung durch Mediziner

Die Mediziner sind beim Thema Zweitmeinung uneins: Einerseits befürwortet die Bundesärztekammer den Schulterblick, andererseits lehnen Teile der Ärzteschaft das Verfahren immer noch ab. Auf dem 114. Deutschen Ärztetag Anfang Juni 2012 in Kiel wurden die gesetzlichen Krankenkassen sogar aufgefordert, künftig keinen direkten Einfluss auf die ärztliche Behandlung der Versicherten zu nehmen. „Der erstbehandelnde Mediziner gerät in einen Konflikt, wenn er eine Zweitmeinung einholt und den Patienten zu einem Kollegen schickt. Ein Arzt, der seine eigene Diagnose anzweifelt, weckt bei seinem Patienten Skepsis und schürt damit die Verunsicherung. Und derjenige, der den medizinischen Schulterblick durchführt, ist im Spannungsfeld, wenn er den Erstbefund nicht bestätigt, zugleich aber auf eine gute Zusammenarbeit in der Region angewiesen ist“, erklärt Katrin Bremora die kontroverse Haltung.

### Die zweite Meinung wirkt...

Eine interne, nicht repräsentative Stichprobe der Deutschen BKK belegt den Erfolg: Ohne Zweitmeinung wurden 60 Prozent der Betroffenen

operiert, mit dem Zweitbefund waren es gerade einmal 14 Prozent. Auf Grund dieser sehr positiven Ergebnisse plant die Deutsche BKK, eine Studie in Auftrag zu geben und die Versicherten zum Thema Zweitmeinung zu befragen. Die Auswertungen kasseneigener Statistiken zeigt zudem, dass bei 50 Prozent der Erkrankten, die generell über die Möglichkeit informiert wurden, eine zweite Diagnose bei einem Spezialisten einzuholen, am Ende eine Operation vermieden werden konnte. Werden Patienten vor einem elektiven Eingriff eingehend beraten und zu interdisziplinären Spezialisten überwiesen, ersparte das sogar neun von zehn Patienten den Eingriff. „Diejenigen, die interdisziplinär untersucht und aufgeklärt wurden, haben sich mehrheitlich gegen eine Operation entschieden. Ausschlaggebend war dabei, dass sich der Arzt deutlich mehr Zeit für die Untersuchung und das Gespräch mit dem Patienten nehmen konnte. Zudem wurden die persönlichen und beruflichen Lebensumstände und die Erwartungen der Patienten stärker berücksichtigt“, sagt Katrin Bremora.

### Gewinn für Patient und Krankenkasse

Die internen Analysen der Deutschen BKK belegen, dass das Zweitmeinungsverfahren effektiv die Operationszahlen und Verweildauer in Krankenhäusern senkt. Daher fordert die Deutsche BKK auch die Wiedereinführung einer Genehmigung für elektive Eingriffe durch den Kostenträger. Diese sichert, dass der Patient umfassende Informationen über Erkrankung, Risiken und Erfolgsaussichten einer Operation zur Verfügung gestellt bekommt. Und der Patient hätte aufgrund der Erkenntnisse ausreichend Zeit, zusammen mit dem Mediziner eine Entscheidung über die Notwendigkeit eines Eingriffs zu treffen. Den Krankenkassen bringt das Zweitmeinungsverfahren sicherlich wirtschaftliche Vorteile. In erster Linie profitieren aber die Patienten von der engeren Indikationsstellung, dem Mehraugenprinzip, dem Beenden aussichtsloser Therapien sowie gezielteren und damit eventuell weniger Operationen, die vielfach ambulant durchgeführt werden können. Klar ist aber auch, dass die gesetzlichen Krankenkassen zur Erfüllung dieser Aufgaben deutlich mehr finanzielle Mittel aus dem Gesundheitsfonds benötigen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist hier alles andere als ausgereift. Vorsorge kann und muss gefördert werden. Aber nicht per Gießkannen-Prinzip – sondern der erfolgreiche Leistungserbringer sollte die Vergütung erhalten, wenn die Ziele der Vorsorge des Versicherten erreicht wurden. <<

Ansprechpartner: [Katrin.Bremora@deutschebkk.de](mailto:Katrin.Bremora@deutschebkk.de)

**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  
 Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 [info@erelation.org](mailto:info@erelation.org)

Die DGBV fordert:

## „Gesetzlichen Anspruch auf Förderung von Patientenkompetenz“

Damit die Versicherten ihre im SGB V geforderte gesundheitliche Mitverantwortung wahrnehmen können, müssen sie zunächst die Fähigkeit dazu erlangen. Deshalb sollte für sie ein gesetzlich garantiertes Recht auf entsprechende Hilfen wie zum Beispiel Patientencoaching eingeführt werden. Die DGBV fordert deshalb, einen solchen Rechtsanspruch im Sozialgesetzbuch zu verankern. Denn ein bürgerorientiertes Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen nützt letztlich allen: Patienten, Versicherten, Leistungserbringern, Krankenkassen, Industrie, Dienstleistern und nicht zuletzt der Volkswirtschaft.

>> Zu den wesentlichen Voraussetzungen für gute gesundheitliche Ergebnisse (Outcomes) gehören einerseits auf der Leistungsseite eine bedarfs- und bedürfnisgerechte medizinische Infrastruktur (Strukturqualität) sowie eine adäquate Prozessqualität, andererseits bei den Versicherten und Patienten die Befähigung (Empowerment), die Angebote des Systems sinnvoll zu nutzen und Verantwortung für die Erreichung der eigenen Gesundheitsziele zu übernehmen. Entsprechend legt der § 1 im SGB V fest:

*„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.“*

Welchen immensen Einfluss das Patientenverhalten nicht nur auf die Gesundheit sondern auch auf wirtschaftliche Ergebnisse hat, wurde erneut durch die Ergebnisse einer 2012 veröffentlichten Studie von Booz und Bertelsmann verdeutlicht, nämlich dass eine bessere Therapietreue von Patienten mit chronischen Erkrankungen helfen würde, Ausgaben und Produktionsausfälle in Höhe von insgesamt 38 bis 75 Milliarden Euro in Deutschland pro Jahr zu vermeiden. Allein für die Wirtschaft ließen sich mit einer optimierten Therapiebegleitung der Patienten bis zu 20 Milliarden Euro unnötige Kosten einsparen.<sup>1</sup>

Wie erlangen Patienten mit verhaltensabhängigen Krankheitsverläufen die Befähigung zur einer aktiven Rolle bei der Krankheitsbewältigung und zum informierten gesundheitlichen Selbstmanagement? Wie und wo finden die Patientinnen/Patienten, was sie brauchen? Wie vermeiden sie Irrwege

im System? Wie können sie sich im komplexen und unübersichtlichen Gesundheitswesen orientieren?

Der Sachverständigenrat hat in seinem Sondergutachten 2012 angeregt, die Patientenbildung und Patientenedukation zu verbessern. Er empfiehlt deshalb, die Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte und didaktischer Strategien zu befördern. Denn trotz entgegengesetzter Proklamation basiere Patientenbildung vielfach noch auf herkömmlichen Strategien der „Schulung“, also der Aufklärung und Wissensvermittlung und schenke der Kompetenzförderung, also der Vermittlung von (Problemlösungs)-Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, zur Selbstmanagementförderung und zum Empowerment zu wenig Beachtung.

Viele Konzepte würden zudem vornehmlich der Outsider-/Expertenperspektive folgen und der Patientenperspektive und den sich aus Sicht der Erkrankten stellenden Problemen zu wenig Aufmerksamkeit schenken. Ähnliches gelte für Erkenntnisse darüber, in welchen Phasen des Krankheitsverlaufs welche Interventionsart angezeigt ist, wann etwa Patienten und Nutzer aufnahmebereit für Information sind, wann sie für Bildung und Edukationsangebote aufgeschlossen sind und in welchen Phasen sie eher pro-

.....

- 1: Booz&Company/Bertelsmann-Stiftung (2012): Effekte einer gesteigerten Therapietreue - Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: 3.3 Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs. In SVR-Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Kurzfassung Seite 45 ff)

### Kommentar

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

zunächst einmal hoffe ich, dass Sie das Jahr 2013 gut angefangen haben und wünsche Ihnen persönlich Gesundheit und Erfolg.



Dr. John N. Weatherly  
Präsident der DGBV

Im Wahljahr 2013 werden wir sicher noch von der einen oder anderen Gegebenheit überrascht werden und man muss hoffen, dass es für die gesundheitspolitisch notwendigen Entwicklungen keinen Stillstand gibt, denn das lassen die derzeitigen Problemlagen nur schlecht zu.

Das Patientenrechtegesetz ist im November 2012 durch den Bundestag verabschiedet worden - enthält aber leider viel zu wenig von dem was wir uns gewünscht hätten - nämlich Bürgerorientierung!

Mit herzlichen Grüßen

**Dr. John N. Weatherly**  
DGBV-Präsident

### Termine

#### AG Versorgungsanalysen

Thema: Analysen am Beispiel „Diabetisches Fußsyndrom“ - Daten: Typen, Quellen, Verfügbarkeit / Strukturierte Diskussion anhand definierter Analysefragen

Leitung: Ch. Luley, Ch. Traupe  
20. Februar 2013, 10:00 – 16:00 Uhr

#### AG Patientencoaching Plus

Thema: „Patientenorientiertes Medikationsmanagement“ (Prof. Dr. Marion Schaefer)  
Leitung: R. Pourie, Dr. K. Meyer-Lutterloh

19. März 2013, 10:30 – 16:00 Uhr

#### AG Versorgungsprozesse

Leitung: M. Knetsch  
11. April 2013, 11.00 – 15.00 Uhr

#### Achtung Vorankündigung!

**Forum Pflegenotstand im reichen Deutschland?  
Situation der Pflege in Ost und West?**

27. Februar 2013, 09:30 – 16:30 Uhr

#### 3. DGBV-Zukunftskongress

Der Bürger im deutschen Gesundheitswesen  
Perspektiven im Wahljahr 2013  
24. April 2013, 09:30 – ca. 16:45 Uhr

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

tektive Unterstützungsstrategien benötigen. Schließlich bedürfe es intensiverer Beachtung, dass ressourcenschwache Patientengruppen neben Information und Bildung ergänzend Begleitung, Coaching und Case Management benötigen.<sup>2</sup> <<

## Angemerkt

§ 1 SGBV in der Fassung vom 21. Juli 2004:

### Solidarität und Eigenverantwortung

*„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. 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. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“*

Die Krankenversicherung hat also den Hut auf, was unseren bürgerlichen Gesundheitszustand angeht. Aber, wir die Bürger und Versicherten tragen eine gesetzlich verankerte Mitverantwortung. Wir sollen durch eine durchdachte Lebensführung (gesundheitsbewusst), durch frühzeitige Versorgungsmaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Behandlung und Rehabilitation - Krankheit und Behinderung - beseitigen oder vermeiden.

Den Krankenversicherungen wird hierzu die Rolle des Aufklärers, Beraters und Begleiters auf diesem Wege zugewiesen. Ein inhaltlich absolut guter Gedanke, doch wie geht die durchschnittliche Krankenkasse damit um? Hier wären deutlich mehr Aktivitäten vom Krankenversicherer zu erwarten und zu fordern.

Wie gehen die Versicherten damit um. Sie halten sich nicht - ohne Sanktionen- an solche Gedanken und Vorgaben. Sie sind überwiegend ohne Anleitung und Coaching oder stetige Erinnerung - nicht Willens - solchen Vorgaben zu folgen.

Die Wichtigkeit scheint vom Gesetzgeber erkannt zu sein, von der Bevölkerung aber nicht aufgenommen zu sein. Also ergo ist, der Krankenversicherer in seiner vom Gesetzgeber ihm zugewiesenen Rolle, mindestens genauso inaktiv wie die Versicherten selbst.

Hier brauchen wir dringend mehr Aktivierung und Bürgerbeteiligung.

## Vision und Mission der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGBV)

Die Vision und Mission der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (siehe Kasten) setzt auch auf die Rolle der Bürger als Versicherte und Patienten und zeigt Lösungsschritte auf: Sichtweisen verändern – informieren – befähigen –beteiligen:

**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 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 aller Beteiligten verändern - im Sinne einer bürgerorientierten Haltung
- Informationen und Wissen vermitteln - Transparenz herstellen
- Gesundheitskompetenz und Fähigkeit zum individuellen Handeln fördern
- Beteiligung ermöglichen

### Unsere Aufgabe

- Dafür sind wir Think Tank und Anwalt - mit zukunftsorientierten und tatkräftigen Mitstreitern aus allen Bereichen.

## Der Bürger im deutschen Gesundheitswesen - Perspektiven im Wahljahr 2013

### 3. DGBV-Zukunftskongress

Ein bürgerorientiertes Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen nützt allen: Patienten, Versicherten, Leistungserbringern, Krankenkassen, Industrie, Dienstleistern und nicht zuletzt der Volkswirtschaft. Welche Initiativen müssen vom Gesetzgeber, vom G-BA, von den Gesundheitsberufen und von den Patienten selber ausgehen, damit die Voraussetzungen hierfür verbessert und immer noch vorhandene Defizite im Versorgungsmanagement abgebaut werden? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die politischen Parteien mit Blick auf die neue Legislaturperiode? Diese Fragen geht der 3. DGBV-Zukunftskongress nach.

>> Ob Josef Hecken (G-BA-Vorsitzender), Regina Feldmann (KBV-Vorstand) oder Michael Weller (GKV-Spitzenverband) und viele andere mehr. Auf dem 3. DGBV-Zukunftskongress diskutieren Meinungsführer aus Selbstverwaltung, Kassen und Ärzteschaft über drängende Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland:

- Die Zukunft der DMP bei der Steuerung des Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen
- Die Rolle der Hausärzte in einem bürgerorientierten Versorgungsmanagement - Status quo und Zukunftsperspektiven
- Die Rolle der Krankenkassen in einem bürgerorientierten

gerorientierten Versorgungsmanagement – Status quo und Zukunftsperspektiven

- Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten in einem bürgerorientierten gesundheitlichen Gesundheitswesen

Der Vortragsreigen wird durch eine Podiumsdiskussion mit Abgeordneten aller im Bundestag vertretenen Parteien ergänzt. Das Motto: „Zukunft der Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - Was planen die Parteien für die nächste Legislaturperiode?“

Weitere Informationen zu Programm, Preisen und Anmeldevordrucke finden Sie auf der DGBV-Website [www.dgbv-online.de](http://www.dgbv-online.de). <<

## Veranstaltung der Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement

# Integrierte Versorgung in Deutschland

Wie steht es aktuell um die Selektivverträge, insbesondere um die integrierte Versorgung? Zu dieser Fragestellung hatte die Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement Antje Domscheid vom Bundesversicherungsamt, Birgit Dziuk von der Deutschen BKK, Karin Agor von der Knappschaft-Bahn-See und Burkhard Bratzke vom Medi-Verbund Berlin eingeladen.

>> In der Begrüßung zeigte der stellvertretende AG-Leiter Rudolf Bals noch einmal die Ziele der Arbeitsgruppe auf. Diese waren, eine Plattform für alle Beteiligten zu bilden, innovative Ansätze für die Gestaltung von Mehrwertverträgen zu entwickeln, Stellungnahmen und Vorschläge für die Gesetzgebung erarbeiten, Transparenz zur Weiternutzung vorbildlicher Vertragsentwürfe zu schaffen und Fachtagungen in diesen Themenfeldern zu organisieren.

Insgesamt kann sich die Bilanz der Arbeitsgruppe seit Herbst 2010 sehen lassen: Inklusive dieser Veranstaltung kamen zu 8 AG-Sitzungen ca. 120 Teilnehmer und hörten die Vorträge von 20 kompetenten Referenten, in denen wichtige Erkenntnisse über die Motive und Interessen der Player gewonnen wurden. Dazu gehört, dass das Bestreben nach Transparenz von Selektiv-Verträgen einige Hürden zu überwinden hat. Die Sichtbarmachung des Nutzen für den Bürger, Versicherten und Patienten ist schwierig und kommt oft zu kurz.

Antje Domscheid vom Bundesversicherungsamt gab dann einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen, den gesetzlichen Auftrag des Amtes und die Erfahrungen der Aufsicht bei der Prüfung von Verträgen der Integrierten Versorgung.

Die Dauer des Prüfverfahrens im BVA bis zu einer möglicher Beanstandung betrage acht Wochen - ohne Möglichkeit der Unterbrechung der Frist durch Rückfragen bei der Kasse. Die Schritte im Einzelnen:

- Vollständige Vertragsübersendung mit allen Anlagen und Unterschrift an das BVA (§ 71 Abs. 4 SGB V)
- Anzeigepflicht mit Vertragsübersendung an die jeweilige Landesaufsichtsbehörde(n) (§ 71 Abs. 5 SGB V). Dabei sind je nach Wirkungskreis der Verträge bis zu 16 Aufsichten zu beteiligen.
- Die Landesaufsicht/en werden danach zur Stellungnahme aufgefordert. (§ 71 Abs. 4 S. 2 SGB V)
- Nach Möglichkeit Anhörung der Kassen zu Rechtsverstößen. Hierauf kann allerdings nach § 24 Abs. 1 Nr. 2 SGB X verzichtet werden. Ist der Vertrag zu heilen, wird der Kasse die Möglichkeit gegeben, den Vertrag anzupassen.

- Herstellen des Benehmens zwischen BVA und Landesaufsicht/en. Im Falle einer Beanstandung durch das BVA (§ 71 Abs. 4 S. 4 SGB V) ist ein Einvernehmen nicht erforderlich
- Rechtsfolge der Beanstandung durch das BVA: Der Vertrag wird suspendiert und darf nicht umgesetzt werden. Die Drittbetroffenheit der Leistungserbringer führt nach Meinung des BVA aber nicht zu Klagerecht gegen den Beanstandungsbescheid

Fazit aus Sicht des BVA: Wirklich innovative Leistungskonzepte oder Einsparungen fanden sich bei den Prüfungen selten. Die Neuen Bundesländer wurden bei Selektivvertragsabschlüssen eher vernachlässigt. Große Kassen haben ein deutlich größeres Angebot an Selektivverträgen.

Die Zwischenbilanz: 450 Vertragsanzeigen seit März 2012, 17 Beanstandungen nach § 71 Abs. 4 S. 4 SGB V, 80 Aufsichtsverfahren nach §§ 89 ff. SGB IV. Zwischen BVA und Landesaufsichten fanden intensive Abstimmungsprozesse statt. Mit den Verbänden und Kassen wurden Dialoge zur Abstimmung des Verfahrens geführt. Frau Agor appellierte schließlich an die Vertragspartner, das Angebot präventiver Vertragsprüfung schon im Vorfeld vor Unterzeichnung der Verträge zu nutzen.

Burkhard Bratzke, Medi-Verbund Berlin, weckte gar nicht so leise Zweifel am Sinn der Selektiv-Verträge. Insbesondere für seine Facharztgruppe (Dermatologie) seien IV-Verträge nahezu uninteressant, da es sich um eine ambulante Vollversorgung handelt und die teureren Arzneimittel alternativlos sind. Selektivverträge verursachen seiner Auffassung nach zusätzlich Kosten und Arbeit, ohne einen messbaren Nutzen zu generieren. Sein Fazit aus der Sicht des Niedergelassenen: Alternativen zu IV-Verträgen sind interessanter.

Birgit Dziuk, Deutsche BKK, sah durchaus auch Chancen für IV-Verträge in der Zukunft, machte aber auch klar, dass das System nach wie vor das Bemühen um Kranke weniger honoriert als die Akquise von Gesunden. Die Besserversorgung von Chronikern gefährde die Überlebenschance einer in dieser Hinsicht engagierten Krankenkasse. Infolge der Systematik von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA entstünden massive Nachteile für Kassen mit

alten und kranken Versicherten. Der Wettbewerb um Gesunde und Prämienausschüttungen entzögen dem System finanzielle Mittel für das Versorgungsmanagement und die Vergütungen an Ärzte und Therapeuten. Die Gewinnung und Versorgung von kranken Versicherten verschaffe einer Kasse mindestens Liquiditätsnachteile. Dennoch konzentriere sich die Deutsche BKK ganz bewusst auf dieses hochethische Zielfeld. Perspektivisch seien Versicherung und Versorgungssteuerung mit Vertrauenskultur und Wegfall von Budgets nötig.

Karin Agor von der Knappschaft Bahn/See stellte fest, dass die mangelnde Risikobereitschaft bei manchen Akteuren ein wichtiger Hemmschuh sei und zitierte in diesem Zusammenhang aus dem Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:

*„...Die derzeit stagnierende Bereitschaft der Krankenkassen, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren, geht maßgeblich auf finanzielle Erwägungen über die aus ihrer Sicht unsichere Rendite solcher Vorhaben zurück. Den teilweise erheblichen Anfangsinvestitionen in den Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen stehen erst später mit hoher Unsicherheit behaftete Erträge gegenüber, sodass in den Anfangsjahren zunächst ein Ausgabenüberschuss droht ...“*

Seit 2009 habe es zahlreiche Vertragskündigungen wegen Wegfall der Wirtschaftlichkeit bei fehlender Anschubfinanzierung gegeben. Einige Verträge seien noch vor dem 31.12.2011 geschlossen worden. Ansonsten: „Warten auf Godot“. Seit Rundschreiben des BVA im März 2012 sei faktisch ein Stillstand eingetreten, denn Wirtschaftlichkeit zeige sich erst im Nachhinein durch Controlling aller relevanter Daten. Eine Budgetbereinigung könne ebenfalls erst im Nachhinein erfolgen, da die Teilnahmequote anfangs unklar sein. Weitere Fragen seien offen: Müssen alle Patienten alle Sektoren durchlaufen? Wie steht es mit der Ausschreibungspflicht? Wie passt eine Genehmigung der Aufsichtsbehörde auf Länderebene zu einer Beanstandung auf Bundesebene? Ist eine neue Prüfung bei Beitritt weiterer Kassen nötig? Wer misst wie die Qualitätsverbesserung?

Selektivverträge seien bisher noch keine „ei-



erlegende Wollmilchsau“. Beachtenswert seien aber die Vorschläge des Sachverständigenrates für die Förderung von innovativen Versorgungsmodellen: eine Befristung der Förderung auf fünf Jahre, eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte, eine verpflichtende und systematische Evaluation, die zur Bewertung der Ergebnisse eine adäquate Kontrollgruppe sowie Outcome-Indikatoren einschließt, sowie eine Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten und solchen, die den bisher vernachlässigten Bereich der Pflegeleistungen einbeziehen, schließlich als finanzielle Anreize weniger laufende Mittel aus dem Gesundheitsfonds als vielmehr zinsverbilligte Darlehen aus einem Kapitalfonds.

In der anschließenden Diskussion unter der Leitung von Karsten Köhler kam zum Ausdruck, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Wesentlichen ausreichend sind, häufig aber die Risikobereitschaft zu wünschen übrig lässt, Modellvorhaben zu langsam zu Ergebnissen führen und IV-Verträge vielfach finanziell zu große Risiken bergen. Dem Informationsbedarf der Versicherten über Vertragsdetails werde häufig nicht ausreichend Rechnung getragen. Dies gelte auch für die Offenlegung der Ergebnisse. Soll es mit der integrierten Versorgung weiter gehen, brauchen alle Beteiligten mehr Mut im Bemühen um die neuen Vertragsformen, die letztendlich den Patienten zugutekommen sollen. <<

von: Rudolf Bals / Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

Programm und Einladung zum Forum - Pflegenotstand im reichen Deutschland? Situation der Pflege in Ost und West?	
09:30 - 10:00	Empfang, Registrierung der Teilnehmer, Begrüßungskaffee
10:00 - 10:15	Begrüßung <b>Dr. John N. Weatherly</b> , Präsident der DGBV
10.15 - 11.00	Die spezielle Situation der Pflege im Altersbereich <b>Prof. Dr. Hans Gutzmann</b> , Präsident Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und - psychotherapie
11.00 - 11.45	<b>Ambulant vor Stationär – funktioniert das?</b> <b>Ulrich Dietz</b> , Bundesministerium für Gesundheit
11.45 - 12:00	Kaffee- und Handypause
12.00 - 12.30	Anforderungen an die professionellen Player in Sachen Patientensicherheit <b>Hedwig Francois-Kettner</b> , Pflegedirektorin Charité, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit
12.30 - 13.00	Spezielle Problematik „Demenz“ und Lösungsstrategieansätze <b>Knut Bräunlich</b> , Geschäftsführer Alzheimer Gesellschaft Sachsen e.V.
13.00 - 14.00	Mittagspause
14:00 - 14.30	Ausbildungssituation in der Pflege, Akademisierung - Auswege aus der Misere (unter besonderer Berücksichtigung der Neuen Bundesländer) <b>Anja Kistler</b> , DBfK Nordost e.V.
14.30 - 15.00	Bericht aus dem realen Pflegealltags-Wahnsinn <b>Ute Bluhm</b> , Geschäftsführerin VITA care – Die ambulante Pflege gGmbH
15.00 - 15:30	Notwendigkeit von Patientenlenkung und Coaching (Ressourcen- und Aktivitätsorientiert) <b>Ralf Pourie</b> , Vizepräsident der DGBV
15.30 - 16.30	Interaktive Podiumsdiskussion „Die gefundenen Lösungsstrategien“ Was ist innerhalb des Gesundheitswesens mittel- und langfristig zu organisieren? Forderungen an die „Entscheider“ Verbindlicher Transfer der Lösungsansätze - an wen? Moderation: <b>Dr. John N. Weatherly</b>
16.30	Ende der Veranstaltung
Ort	NEWSTAND Management Akademie Berlin, Heerstraße 14, D - 14052 Berlin
Infos	www.dgbv-online.de

## 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

## Balanced Scorecard- Ansatz: Case Study Gesundes Kinzigtal

In einem vorangestellten Artikel (s. MVF 06/12) wurde theoretisch herausgearbeitet, dass der Balanced Scorecard (BSC)-Ansatz ein hilfreiches System für das Performance Management (PM) von Netzwerken im Gesundheitswesen darstellen kann (vgl. Pimperl et al. 2012). Dieser zweite Artikel fokussiert auf Aspekte der praktischen Umsetzbarkeit. Ziel ist es, anhand einer Fallstudie im Einzelfalldesign (vgl. zur Methodik z.B. Yin 2003; Eisenhardt 1989) den Entwicklungs- und Implementierungsprozess in einem integrierten Versorgungssystem im deutschen Gesundheitswesen zu erörtern. Als Fallbeispiel dient das IV-Modell Gesundes Kinzigtal.

>> Der Vertrag zur integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) wurde im Jahr 2005 mit der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und ein Jahr später mit der LKK Baden-Württemberg (LKK BW) und der Gesundes Kinzigtal GmbH (GK) mit einer Laufzeit von neun Jahren geschlossen.<sup>1</sup> Im IV-Vertrag wurde vereinbart, dass GK die ökonomische und medizinische Mitverantwortung für alle Indikationen und Leistungsbereiche (mit Ausnahme der Zahnmedizin) für die ca. 31.000 Versicherten der beiden Krankenkassen, die in der PLZ-Region Kinzigtal wohnen, übernimmt. Unter anderem koordiniert GK Versorgungsprozesse über verschiedene Sektoren hinweg, setzt eigene Krankheitsmanagement- und Präventionsprogramme um und führt ein regelmäßiges Controlling durch (ausführlicher dazu Hildebrandt et al. 2010). Ein wichtiger Bestandteil des regelmäßigen Controllings ist der BSC-Ansatz.

Die Diskussion des Implementierungsprozesses des BSC-Ansatzes erfolgt anhand des im ersten Artikel (vgl. Pimperl et al. 2012) erörterten sieben-Phasen-PM-Vorgehensmodells (siehe I. bis VII.):

**I. Bedarfsbewertung/PM Audit:** Insgesamt bot sich eine gute Ausgangslage, da GK bereits über eine umfangreiche Datenbasis verfügte: die Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen für alle Versicherten der PLZ-Region Kinzigtal.<sup>2</sup> Diese Datenbasis ist die zentrale Grundlage für die Informationsbedürfnisse der BSC. Zusätzlich konnte auf Dokumentationen der GK-Geschäftsstelle (Abrechnungs- und medizinische Daten zu IV-spezifischen Sonderleistungen) zugegriffen werden. Um diese Daten systematisch für ein PM nutzen zu können, wurde Ende 2006 mit dem Aufbau einer adäquaten IT-Infrastruktur sowie einer Controlling- und Versorgungsforschungsabteilung begonnen. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass sowohl das Netzmanagement, die kooperierenden Leistungserbringer als auch die AOK BW breite Unterstützung für ein solches Vorhaben gezeigt haben.

**II. Entwicklung der Strategie:** Für die nachfolgenden Phasen bildete der Gesundheitsnutzen für das Versichertenkollektiv den Maßstab für die strategische Ausrichtung der BSC.<sup>3</sup>

### Zusammenfassung

Der Balanced Scorecard-Ansatz wird aufgrund seiner konzeptionellen Ausgestaltung als adäquates Performance Management System für Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen diskutiert. Eine empirische Überprüfung fehlt bislang. In diesem Artikel soll der Entwicklungs- und Implementierungsprozess eines solchen Ansatzes am Beispiel eines integrierten Versorgungssystems im deutschen Gesundheitswesen (Gesundes Kinzigtal) tiefergehend erörtert werden. Es wird aufgezeigt, dass und wie ein solcher Ansatz in die Managementpraxis eines Netzwerkes integriert werden kann und welche Herausforderungen sich dabei stellen. Besonders hervorgehoben wird die Notwendigkeit der Verfügbarkeit der GKV-Routinedaten und deren Kombination mit den klinischen Praxisdaten, die Gewährleistung eines schnellen und zeitgerechten Feedbacks, die kulturelle Dimension eines herrschafts- und vorwurfsfreien Diskurses sowie die Begrenzungsnotwendigkeit der Kosten.

### Schlüsselwörter

Kennzahlensystem, Performance Management, Qualitätsmessung, Gesundes Kinzigtal, Integrierte Versorgung, Balanced Scorecard, Benchmarking

**III. Explikation der Strategie:** Die Konkretisierung und Quantifizierung der Strategie über Ziele und Kennzahlen erfolgte insbesondere über zwei Instrumente des BSC-Ansatzes: Strategy Maps und BSCs (zur theoretischen Differenzierung vgl. Pimperl et al. 2012). Abbildung 1 zeigt einen für GK erarbeiteten Ansatz für kooperierende Hausärzte, der die Instrumente integriert.

Dieses „Versorgungscockpit“ für die Hausarztpraxis wurde in drei hierarchische Perspektiven gegliedert: Die erste Perspektive stellt die Strukturebene dar (Lernen und Innovation, Patientenstruktur). Diese bildet die Basis für die zweite Perspektive der Prozesse (Verbesserung Arzneimittel-Management, Inanspruchnahme-Verhalten, Verbesserung Diagnosequalität) und diese wiederum wird als Bedingung zur Optimierung der Ergebnisse (medizinische/versichertenbezogene Outcomes, finanzielles Ergebnis) gesehen. Parallelen zur originären BSC mit den vier Perspektiven Finanzen, Kunden, interne Prozesse sowie Lernen und Entwicklung lassen sich erkennen.

Entscheidend für die Ausgestaltung des Versorgungscockpits war insbesondere die Anlehnung an das im Gesundheitswesen allgemein akzeptierte Qualitätskonzept von Donabedian (Adair et al. 2003: 28; Donabedian 2005: 692ff, 721).

Die drei Perspektiven wurden, wo es sinnvoll für eine klarere Strukturierung schien, in weitere strategische Themen untergliedert (Abb. 1). Zu den strategischen Themen wurden Kennzahlen definiert. Beispielhaft wird in Tabelle 1 jeweils ein Indikator pro Thema und Perspektive präsentiert. Sie zeigen den aktuellen Entwicklungsstand der Diskussion zwischen der Geschäftsführung und den Ärzten auf und werden laufend weiterentwickelt und diskutiert. Für das strategische Thema Wirtschaftlichkeit wird pro Hausarztpraxis auf der Strukturebene z.B. der Anteil eingeschriebener Versicherter an allen behandelten Patienten der beteiligten Krankenkassen pro Quar-

.....

- 1: Die regionale Managementgesellschaft GK ist eine Gemeinschaftsgründung von Medizinischen Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) und der OptiMedis AG
- 2: GKV-Routinedaten sind die routinemäßig erhobenen Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Dies sind im Speziellen Angaben zu Stammdaten der Versicherten, vertragsärztlicher und stationärer Versorgung, Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie zu Arbeitsunfähigkeit und Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten (ausführlich dazu Pimperl 2007: 33ff). Der Dank gilt der AOK und LKK BW für das Zurverfügungstellen der Rohdaten, auf denen große Teile der Auswertungen im Kinzigtal beruhen.
- 3: Als Gesundheitsnutzen wird die parallele Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung betrachtet (vgl. u.a. Hildebrandt et al. 2009: 154ff; 2011a: 585f).

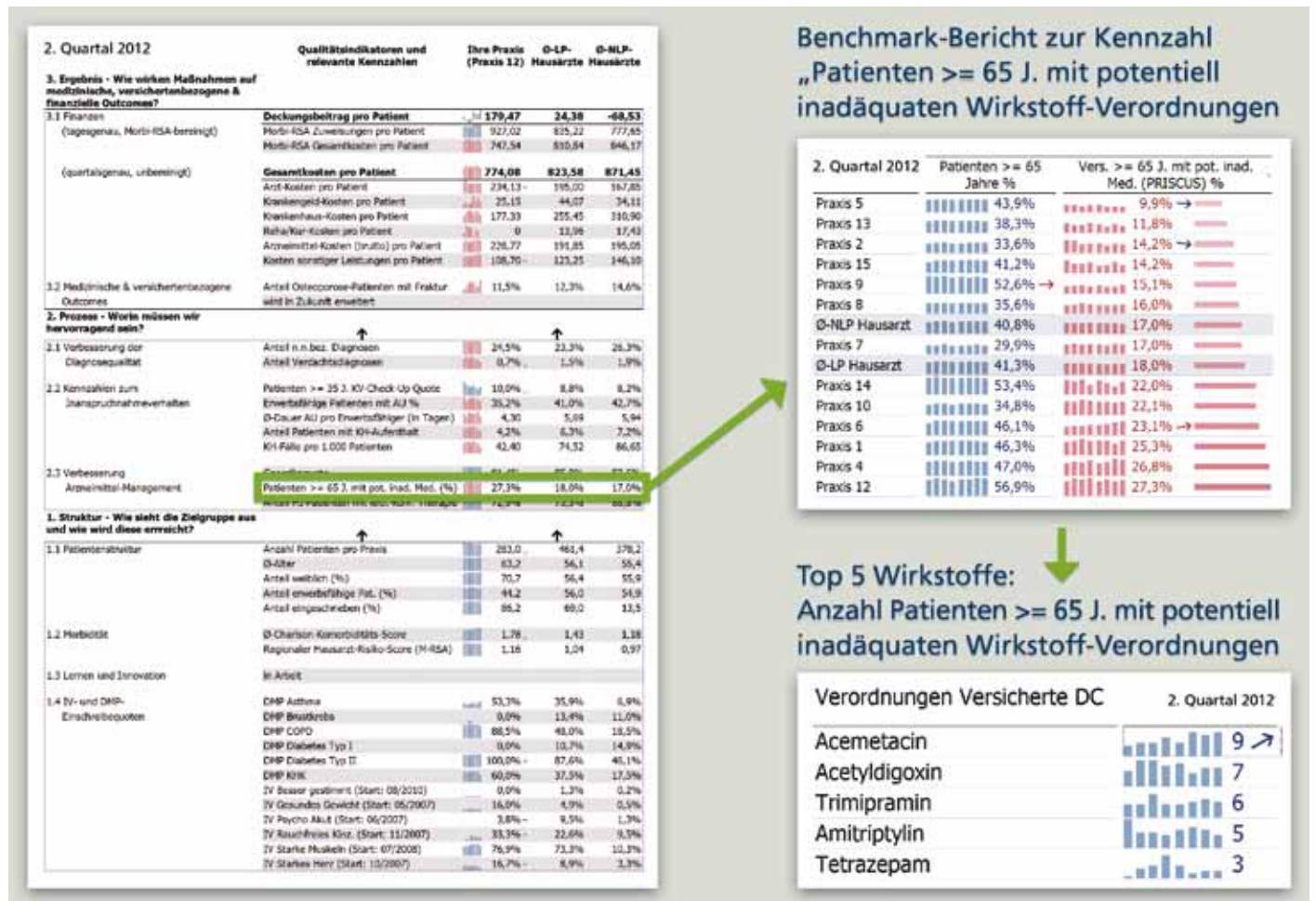


Abb. 1: Übersichtsblatt des Versorgungscockpits für die Hausarztpraxis (Beispielexporte aus der Business-Intelligence-Suite Deltamaster).

tal angegeben. Ein möglichst hoher Anteil wird zwar nicht als Garantie für Wirtschaftlichkeit, wohl aber als eine Vorbedingung gesehen. Auf der Prozessebene steht die Generikaquote als ein Indikator für den bisher erreichten Ausschöpfungsgrad des wirtschaftlichen Potenzials in der Arzneimittelversorgung. Auf der Ergebnisebene wird als ökonomische Kennzahl der aktuelle durchschnittliche Deckungsbeitrag pro Patient angezeigt. Dabei ist allen Beteiligten bewusst, dass diese Zahl, auf die Größe einer Praxis mit z.B. 500 AOK-/LKK-Patienten berechnet, nur ein erster Indikator ist und genauerer Betrachtung bedarf. Bei so kleinen Fallzahlen ist davon auszugehen, dass die Prognosegenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches, der in die Deckungsbeitragsberechnung mit eingeht, nicht ausreichend ist, was zu Verzerrungen führen kann (zum Deckungsbeitragscontracting siehe Hildebrandt et al. 2010, sowie zum Morbi-RSA Drösler et al. 2011). Für das strategische Thema Qualität wurde als Kennzahl auf Strukturebene z.B. die absolute Anzahl an Stunden pro Quartal, die für die Mitarbeit in Qualitätszirkeln aufgebracht wurde, definiert. Auf der Prozessebene wird als Indikator der Anteil von Patienten ab 65 Jahren, welche mindestens eine Verordnung eines potenziell inadäquaten Arzneimittels aufweisen (Definition gemäß Holt et al. 2011), herangezogen. Ein wichtiges Erfolgskriterium der Osteoporose-Prävention und -behandlung besteht in der Verringerung der Frakturhäufigkeit (z.B. Silverman et al. 2007). Der Anteil der Patienten mit Fraktur unter allen Osteoporose-Patienten gibt in der Ergebnisperspektive einen Hinweis auf die Qualität der Frakturprävention. Aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen, bedarf es aber auch hier weiterer Detailanalysen, um relevante Schlüsse ziehen zu können (Tab. 1).

Im Versorgungscockpit werden die Werte der analysierten Praxis dem Durchschnitt der Leistungspartner und Nicht-Leistungspartner des gleichen Fachgebiets gegenübergestellt (Abb. 1).<sup>4</sup> Zusätzlich wird die zeitliche Entwicklung der jeweiligen Praxis als Miniatur-Säulendiagramm (Sparklines) dargestellt.<sup>5</sup> Lässt sich eine statistisch signifikante Entwicklung über die Zeit nachweisen, so wird diese über einen Trendpfeil illustriert. Zusätzlich zu den jeweiligen Kennzahlen des Versorgungscockpits werden Detailberichte generiert. Diese liefern eine vollständige Gegenüberstellung aller Benchmarking-Partner sowie spezifische weitere Kontextanalysen zur jeweiligen Kennzahl. Für den Indikator Anteil Patienten über 65 Jahre mit potenziell inadäquater Medikation können z.B. neben dem Rang im Vergleich und der absoluten Anzahl an Verordnungen auch die am häufigsten verordneten, möglicherweise unangemessenen Wirkstoffe inklusive Empfehlungen zu potenzieller Substitution eingeblendet werden (Abb. 1). Die einzelnen Praxen werden in einem Ranking pseudonymisiert gelistet. Nur Werte der eigenen Praxis und die der beiden Praxen mit der besten Zielerreichung sind ersichtlich (sofern sich die Kennzahl beurteilen lässt). So soll die einzelne Praxis ihre Optimierungspotenziale erkennen und eine positive Form der Leistungs-

4: Leistungspartner sind Haus- und Fachärzte, die in vertraglicher Kooperationsbeziehung mit GK stehen. Nicht-Leistungspartner erbringen zwar Leistungen an Versicherten der AOK oder LKK BW aus der PLZ Region Kinzigtal, haben aber keine Vertragsbeziehungen mit GK.  
 5: Sparklines sind einfache, konzentrierte Grafiken in Wortgröße (ausführlich dazu Tuftte 2012).

messung sowie kontinuierliches Lernen angeregt werden, ohne dabei Praxen mit unterdurchschnittlichen Ergebnissen negativ hervorzuheben.

**IV. Sicherstellung gemeinsamer strategischer Ausrichtung:** Das Versorgungscockpit für Hausarztpraxen ist nur ein Teil des vollständigen BSC-Ansatzes in der IVGK. Ein wichtiger Erfolgsfaktor für PMS ist eine tiefe und breite Integration in die Netzwerkorganisation. Das bedeutet für das konkrete Beispiel, dass nicht nur für die Hausärzte, sondern ebenso für weitere wichtige Anspruchsgruppen (Stakeholder) eine gemeinsame strategische Ausrichtung angestrebt und entwickelt wird. In der IVGK lassen sich mehrere Ebenen unterscheiden. Auf oberster Ebene ist das Gesamtnetzwerk mit dem Netzmanagement verortet. Dieses kann die BSC sowohl zur internen strategischen Steuerung als auch gegenüber ihren Vertragspartnern zur Legitimation nutzen. Mit der AOK BW wird z.B. auf dieser Ebene gemeinsam an einer Kooperations-BSC gearbeitet. Von dieser Ebene aus lässt sich die BSC auf die einzelnen „Geschäftseinheiten und unterstützenden Funktionen“ des IV-Systems kaskadieren.<sup>6</sup> Diese sind im Falle der IVGK die einzelnen Gruppen von Leistungspartnern (Haus-, Fachärzte, Psychotherapeuten), Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie die Managementgesellschaft mit eigenen Mitarbeitern. Für diese Ebene wurde ein einheitliches BSC-Design entwickelt (Beispiel Versorgungscockpit), welches zukünftig sämtlichen Einzelorganisationen zur Verfügung

Ausgewählte Kennzahlen		
Indikatoren	Strategisches Thema	
	Qualität	Wirtschaftlichkeit
Ergebnis	Anteil Patienten mit epidemiologisch sicherer Osteoporose u. Frakturdiagnose	Deckungsquote bzw. -beitrag pro Patient
Prozess	Anteil Patienten ü. 65 Jahre mit potenziell inadäquater Medikation (PRISCUS-Liste)	Generikaquote am generikafähigen Markt
Struktur	Teilnahme der Netzzärzte an Qualitätszirkeln	Anteil Patienten, die in IVGK eingeschrieben sind

Tab. 1: Ausgewählte Kennzahlen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit nach Betrachtungsebene.

gestellt werden soll. Hervorzuheben ist, dass sämtliche Beziehungen zwischen den verschiedenen Stakeholdern und zum Netzmanagement als heterarchische Organisationsform zu verstehen sind (vgl. ausführlicher Hildebrandt et al 2011b). Konkret heißt dies, dass beim Ausrollen des

.....

6: Terminologie von Kaplan/Norton 2008: 11f, 127

## Literatur

- Adair, E.C./Simpson, L./Birdsell M.J./Omelchuk, K./Casebeer, L.A./Gardiner, HP/Newman, S./Beckie, A./Clelland, S./Hayden, K.A./Beausejour, P. (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
- Bissantz, N. (2010): Bella berät: 75 Regeln für bessere Visualisierung. Nürnberg: Bissantz & Company
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. In: Milbank Quarterly 2005, 83, 4: 691-729
- Dröslér, S./Hasford J./Kurth, B.M./Schaefer, M./Wasem, J./Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. In: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht\\_morbi-rsa.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht_morbi-rsa.pdf) (abgerufen am 10.07.2012)
- Eisenhardt, K.M. (1989): Building theories from case study research. In: Academy of Management Review 1989, 14, 4: 532-550
- 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./Hermann, C./Knittel, R./Richter-Reichhelm, M. (2010): Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. In: International Journal of Integrated Care 2012, 10
- Hildebrandt, H./Schmitt, G./Roth, M./Stunder, B. (2011a): 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
- Hildebrandt, H./Michalek H./Roth M. (2011b): Integriertes Management auf Augenhöhe – Anforderungen an eine konsistente Führungsphilosophie in IV-Systemen am Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Amelung, V./Eble, S./Hildebrandt, H. (Hrsg.) (2011): Innovatives Versorgungsmanagement. Berlin: Wiss Verlagsgesellschaft Berlin: 215-226
- Holt, S./Schmiedl, S./Thürmann, P.A. (2011): PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. In: [http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste\\_PRISCUS-TP3\\_2011.pdf](http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf) (abgerufen am 12.12.2011)
- Kaplan, R.S./Norton, D.P. (2008): The execution premium: linking strategy to operations for competitive advantage. Boston, Mass.: Harvard Business Press
- OptiMedis AG (2010): KBV testet Qualitätsindikatoren in „Gesundes Kinzigtal“. In: <http://www.optimedis.de/presse/pressemitteilungen/128-kbv-testet-qualitaetsindikatoren-in-gesundes-kinzigtal> (abgerufen am 10.03.2012)
- OptiMedis AG (2011): Was wollen Patienten? OptiMedis AG Partner einer wissenschaftlichen Studie zu Patientenpräferenzen. In: <http://www.optimedis.de/component/content/article/221?start=8> (abgerufen am 10.03.2012)
- Pimperl, A. (2007): Strategieentwicklung in integrierten Versorgungssystemen unter Nutzung von GKV-Routinedaten am Beispiel der Herzinsuffizienz. Diplomarbeit, Pinkafeld: Fachhochschulstudiengänge Burgenland
- Pimperl, A. (2012): Performance Management Systeme für Netzwerke im Gesundheitswesen: Entwicklung einer Soll-Konzeption. Dissertation, Hall in Tirol: UMIT
- Pimperl, A./Schulte, T./Daxer, C./Roth, M./Hildebrandt H. (2012): Der Balanced Scorecard-Ansatz als Managementinstrument für Netzwerke im Gesundheitswesen: Ein theoretischer Überblick. In: Monitor Versorgungsforschung 2012, 5, 6: 31-35
- Siegel, A. et al. (2008): Kooperation und Wettbewerb im integrierten Versorgungssystem »Gesundes Kinzigtal«. In: Amelung, V. E./Sydow, J./Windeler A. (Hrsg.) (2008): Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer: 223-236
- Silverman, S.L./Watts, N.B./Delmas, P.D./Lange, J.L./Lindsay, R. (2007): Effectiveness of bisphosphonates on nonvertebral and hip fractures in the first year of therapy: The risedronate and alendronate (REAL) cohort study. In: Osteoporosis International 2007, 18, 1: 25-34
- Tufte, E.R. (2006): Beautiful Evidence, Cheshire, CT: Graphics Press
- Tufte, E.R. (2012): Edward Tufte forum: Sparkline theory and practice. In: [http://www.edwardtufte.com/bboard/q-and-a-fetch-msg?msg\\_id=00010R&topic\\_id=1&topic=](http://www.edwardtufte.com/bboard/q-and-a-fetch-msg?msg_id=00010R&topic_id=1&topic=) (abgerufen am 18.01.2012)
- Woolhandler, S. (2012): Will Pay for Performance Backfire? Insights From Behavioral Economics. In: <http://healthaffairs.org/blog/2012/10/11/will-pay-for-performancebackfire-insights-from-behavioral-economics/> (abgerufen am 27.10.2012)
- Yin, R. (2003): Case study research: design and methods. 3. Aufl., Thousand Oaks, California: SAGE

BSC-Ansatzes nicht hierarchisch (Top-Down) vorgegangen wurde, sondern vielmehr in Form eine Mischung von Top-Down- und Bottom-Up-Ansatz. Alle Kennzahlen wurden so vom Netzmanagement mit den Leistungspartnern in verschiedenen Workshops diskutiert und bereits mehrfach weiterentwickelt.

**V. Planung von Operationen:** Im nächsten Schritt des PM-Vorgehensmodells des BSC-Ansatzes wurde bewusst keine hierarchisch-orientierte Steuerungsform gewählt, wie sie etwa bei Kaplan/Norton (2008: 13 ff) erörtert wird. Das Versorgungscockpit wird vielmehr als kooperatives Unterstützungsinstrument zur Identifizierung von Optimierungspotenzialen angeboten, jeweils aufbereitet für jede einzelne Praxis. Welche Maßnahmen daraus abgeleitet werden, können die Leistungspartner als kompetente, autonome Netzwerkpartner selbst entscheiden. Das Management unterstützt sie durch die Organisation von Diskussionszirkeln, die Vorstellung von Auszügen des Versorgungscockpits in den regelmäßigen Kommunikationsmedien sowie durch regelmäßige Erörterung in Arbeitsgruppen auf den Leistungspartner-Klausuren. Mehrfach sind aus diesen Diskussionen gemeinsame neue Initiativen entstanden.

**VI. Monitoring und Lernen / VII. Test und Anpassung der Strategie:** Da die BSC Impulse für kontinuierliches Lernen liefern soll, kommt den beiden letzten Phasen des PM-Vorgehensmodells besonders große Bedeutung zu. Ziel war stets, dass die Leistungspartner sich aus intrinsischer Motivation mit den Versorgungscockpits auseinandersetzen und Anregungen für Optimierungspotenziale erschließen. Ein multidimensionales PMS, vom Aufbau angelehnt an das im Gesundheitswesen etablierte Qualitätsmodell von Donabedian, war dafür ein erster Baustein. Ein weiterer Baustein war eine möglichst einfache, gleichzeitig datendichte, interaktive und an der gemeinsamen Netzstrategie orientierte Ausgestaltung der Versorgungscockpits. Bei der technischen Realisierung wurde ein Reporting-Design mit speziellen grafischen Elementen (z.B. Sparklines) sowie einem eigenen Notationskonzept umgesetzt.<sup>7</sup>

Die Business Intelligence Software Deltamaster wurde gewählt, da sie diese Bedürfnisse standardisiert umsetzt (vgl. Bissantz 2010). Darüber hinaus wurden die Leistungspartner intensiv in die gesamte Entwicklung einbezogen. Ein Defizit, das anfangs schnell zutage kam, war eine zum Teil zu geringe Detailtiefe der Auswertungen, um daraus entscheidungsrelevante Informationen für die einzelne Praxis zu erhalten. Dementsprechend wurden Detailanalysen entwickelt, z.B. einzelfallbezogene Datenexploration bei besonders auffälligen Unterschieden. Zudem wird an einer Erweiterung der Datenbasis gearbeitet, denn medizinische Daten, z.B. Laborwerte und Befunde, sind in den GKV-Routinedaten nur in sehr begrenztem Maße vorhanden. Abhilfe sollen die Integration von Daten aus den Praxisverwaltungssystemen der Ärzte sowie spezifische Zusatzdokumentationen der IV schaffen.<sup>8</sup> Ebenso waren outcome- und patientenbezogene Qualitätsindikatoren unterrepräsentiert in den Versorgungscockpits. Es wurde an einer Erweiterung auf Basis der vorhandenen Daten gearbeitet sowie eine entsprechende Datenerhebung zu Patientenpräferenzen initiiert.<sup>9</sup>

Diese Bestrebungen zur Erweiterung der Datenbasis verfolgen noch ein weiteres Ziel. Auf Basis von GKV-Routinedaten ist nur ein zeitverzögertes Reporting möglich, z.T. mit Zeitverzug von einem Jahr. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für ein PMS ist allerdings ein zeitnahes Feedback. Einige der o.g. Datenquellen liegen wesentlich schneller vollständig vor. Neben den Maßnahmen zur Stärkung der intrinsischen Motivation, wurde in der IVGK gemeinsam beschlossen, in vorsichtiger Weise gewisse extrinsische Anreize zu setzen. So wurde u.a. eine teilweise Verknüpfung

der Versorgungscockpits mit einem erfolgsorientierten Vergütungsmodell für kooperierende Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Pflegeheime im Jahr 2012 eingeführt.

### 3. Diskussion und Ausblick

Dieser Artikel zeigt auf, dass ein BSC-Ansatz in die Managementrealität eines Netzwerkes im deutschen Gesundheitswesen implementiert werden kann. Bei der Einführung und Umsetzung konnten die wesentlichen im vorangegangenen Artikel dargestellten Anforderungskriterien an PMS (vgl. Pimperl et al. 2012) erfüllt werden. Ein klar strukturiertes, prozess- und phasenorientiertes Versorgungscockpit wurde etabliert bzw. befindet sich für einige weitere Leistungspartnergruppen in der Umsetzung. Dieses liefert den Netzwerkpartnern einen balancierten Blick auf die strategischen IV-Ziele sowie deren Einflussfaktoren.

Allerdings stell(t)en sich auch einige Herausforderungen. Einerseits hinsichtlich der Gewährleistung eines schnellen, zeitgerechten Feedbacks, da die GKV-Routinedaten der Praxen und ihrer Patienten erst mit Verspätung von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden können. Ohne die Routinedaten der Kassen wären allerdings die Informationen über die Patienten notwendigerweise unvollständig, da sie sich dann nur auf die jeweils in der einzelnen Praxis vorliegenden Informationen beziehen könnten und Krankenhaus- und Kostendaten anderer Sektoren u.ä. aber nicht enthielten. Andererseits schränkt die z.T. nicht ausreichende Detailtiefe der GKV-Routinedaten ein bedarfsgerechtes, strategieorientiertes PM ein. Eine Kombination von Krankenkassen- und medizinischen Daten aus einer zentralen Patientenakte lässt eine bessere Informationstiefe erwarten, bedingt aber ebenso laufende Investitionen in die IT-Infrastruktur. Jenseits der technischen Herausforderungen stellen sich ganz besondere kulturelle Herausforderungen. Die Verfasser wagen die These, dass ein solches System nur in einer lateralen, nicht-hierarchischen Kooperationskultur seine volle Wirkung entfalten kann. Nur wenn Kennzahlen und ihre Interpretation in einem herrschafts- und vorwurfsfreien Diskurs entwickelt und erörtert werden, können sich neue Herangehensweisen und praktische Veränderungen im Umgang mit Patienten entwickeln. Ähnlich den auf extern aufgestellten Kennzahlen basierenden Pay-for-Performance (P4P)-Modellen müsste ansonsten Ausweichverhalten, Ablehnung bzw. Negierung erwartet werden - zumindest lässt sich so die in zahlreichen Evaluationen festgestellte Erfolglosigkeit von P4P-Ansätzen erklären.<sup>10</sup> Aus wirtschaftlicher Perspektive waren der initiale Aufwand für die Einführung der BSC und der damit verbundene IT- und Personalaufwand relativ hoch. Eine Umsetzung kann sich für ein einzelnes Netzwerk nur langfristig rechnen. Im Falle der IVGK ist diese Perspektive durch einen entsprechend langen IV-Vertrag gewährleistet. Zusätzlich steht die OptiMedis AG als Partner zur Verfügung, der Synergieeffekte mit anderen betreuten Netzwerken realisieren kann. <<

.....

7: ausführlicher zum Notationskonzept siehe Tufté 2006.  
 8: Für Ersteres wurde von der OptiMedis AG, GK und MQNK ein Projekt gemeinsam mit der KBV aufgesetzt. Ziel dieses Projektes ist die Erforschung, Weiterentwicklung und pilothafte Implementierung eines Sets von Qualitätsindikatoren aus AQUIK (vgl. OptiMedis AG 2010).  
 9: Ende 2011 hat sich die IVGK für eine Teilnahme an einer Patientenbefragung, zur Messung von Patientenpräferenzen der Gesellschaft für empirische Beratung entschieden (OptiMedis AG 2011).  
 10: Vgl. die Übersicht bei Woolhandler 2012

## 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 direkte finanzielle Unterstützung Dritter.

## A Balanced Scorecard Approach: Case Study Gesundes Kinzigtal

The balanced scorecard approach is discussed to be an adequate performance management system for health care networks in Germany. An empirical proof has not been made yet. This paper describes the development and implementation process of such an approach in an integrated health care system in Germany (Gesundes Kinzigtal). It shows that such a concept can be integrated in the management practice of a health care network. This paper also discusses implementation challenges: e.g. the necessity of claims and clinical data, how to ensure timely feedback to the network partners within a positive cost-benefit ratio and the cultural dimensions of a nonhierarchical and lateral discourse without accusation about the results.

### Keywords

Performance Management System, Performance Management, Quality Measurement, Gesundes Kinzigtal, Integrated Care, Balanced Scorecard, Benchmarking

### Alexander Pimperl

Betriebswirt (Fachhochschul-Studiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in Pinakafeld). 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. Pfl egewirtin (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.de



### 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



Dr. PH Sylvia Jung  
Dr. rer. medic. Katja Stahl

## Die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsmanagements

Im aktuellen Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2012) werden umfassend die Probleme an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor erörtert. Insbesondere die Entlassung aus dem Krankenhaus ist für vulnerable Patienten (höheres Alter, chronische Erkrankung, Multimorbidität und/oder Funktionseinschränkungen) mit zahlreichen Risiken wie poststationäre gesundheitliche Komplikationen, Ausbleiben der Heilung, erhöhte psychosoziale Belastungen für den Patienten und seine Angehörigen, eine unvorbereitete Aufnahme in ein Pflegeheim oder eine Wiederaufnahme in ein Krankenhaus verbunden. Der SVR betont auch, dass er wiederholt auf die Schnittstellenprobleme sowie Umsetzungs- und Koordinationsdefizite u.a. in den Gutachten von 2003 und 2007 hingewiesen hat. Dass „Bemühungen um Verbesserung der Krankenhausentlassung noch einmal an Bedeutung gewonnen“ haben (SVR 2012: 138) wird an der aktuellen Befragung des SVR verdeutlicht. Danach führen 78,2% der befragten Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten ein systematisches Entlassungs- oder Überleitungsmanagement durch und 44,8% haben den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP) implementiert, wobei Häuser mit größerer Bettenzahl signifikant häufiger angeben, diese Leistungen zu erbringen (SVR 2012: Tabellen A-1 und A-2). Der SVR betont auch, dass trotz dieser Angaben zur Erbringung eines Entlass- und Überleitungsmanagements „nicht bekannt [ist], wie erfolgreich dieses in der Praxis umgesetzt wird“ (ebd.: 139).

>> Seit 2004 gibt es den 2009 erstmals aktualisierten ‚Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege‘ (DNQP 2009) mit der Zielsetzung: „Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.“ Je sechs Standardkriterien für die Bereiche Struktur, Prozess und Ergebnis und in verschiedenen Publikationen erläuterte Ablaufpläne (Schmidt 2009; Wingenfeld 2011) zeigen die strukturierte Planung und Umsetzung einer bedarfsgerechten Entlassung auf. Das im Internet veröffentlichte Auditinstrument zur Befragung von Patienten und Pflegepersonal kann zur internen Qualitätssicherung herangezogen werden (DNQP). Zudem gibt es seit 2012 die ‚Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement an den Versorgungssektoren‘ (ÄZQ 2012). Es ist also ausführlich beschrieben, wie ein Entlass- und Überleitungsmanagement *Lege artis* erbracht werden sollte.

### Zusammenfassung

Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (§ 11 Abs. 4 SGB V). Seit 1.1.2012 ist in § 39 Abs. 1 SGB V festgeschrieben, dass die Krankenhausbehandlung auch das Entlassmanagement umfasst. Bei verschiedenen Befragungen geben etwa 75% der Krankenhäuser an, ein systematisches Entlassmanagement durchzuführen. Insgesamt fehlen jedoch Daten über die Qualität der erbrachten Entlassungsplanung und -umsetzung. Diskutiert wird, inwiefern die Rehospitalisierungsrate als Qualitätsindikator herangezogen werden kann. Insbesondere für die Beurteilung der Prozessqualität kann auf valide Patientenbefragungsergebnisse zurückgegriffen werden. Sowohl die Studien des Commonwealth Fund als auch die Daten der Patientenbefragung des Picker Instituts Deutschland zeigen, dass 50 bis 60% der Patienten von Problemen und negativen Erfahrungen mit Bezug zur Entlassung aus dem Krankenhaus berichten. Die valide ereignisorientierte Patientenbefragung ist eine wichtige Informationsquelle zur Einschätzung der aktuellen Versorgungsqualität. Für eine umfassende Beurteilung der Qualität des Entlass- und Überleitungsmanagements ist die Entwicklung aussagekräftiger Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Anlehnung an den Expertenstandard Pflege dringend nötig.

### Schlüsselwörter

Entlassungsmanagement, Versorgungskontinuität, sektorenübergreifende Versorgungsqualität, Wiederaufnahmerate, Patientenbefragung, Patientenerfahrungen

### Wie lässt sich die Qualität eines bedarfsgerechten Entlassmanagements messen?

Seit einigen Jahren wird die stationäre Wiederaufnahmerate als Qualitätsindikator für ein bedarfsgerechtes Entlassmanagement diskutiert. Daten aus den USA und Deutschland zeigen, dass knapp jeder fünfte Patient innerhalb von 30 Tagen wieder stationär aufgenommen wird (Braun/Müller 2006; Jencks et al. 2009; Swart 2005). Ein Teil dieser Wiederaufnahmen ist jedoch im Rahmen fest definierter Therapien und Nachsorgeuntersuchungen geplant. Daher kann die Rehospitalisierungsrate nur dann als Hinweis auf Qualitätsdefizite dienen, wenn sich Wiedereinweisungen indikationsspezifisch mittels genauer Definition von Indexereignissen, spezifischen Diagnosen und Eingriffen als ungeplant (Komplikationen oder Rezidive) erweisen (Swart 2005). Im Rahmen des Projekts ‚Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)‘ wurden für zehn Leistungsbereiche bzw. Tracer (sowohl operative Eingriffe als auch konservative Behandlungen) auch Kennzahlen zur stationären Wiederaufnahme und poststationären Komplikationen entwickelt (AOK-Bundesverband et al. 2007). Diese Qualitätsindikatoren werden ständig weiter entwickelt (WID 2011). Sie fließen auch in die sektorenübergreifende Qualitätsmessung der Initiative Qualitätsmedizin ein und ermöglichen so die Betrachtung mittel- bis langfristiger Folgen einer Krankenhausbehandlung (Kuhlen et al. 2011). Die Mitgliedskliniken können die detaillierten QSR-Klinikberichte der Ergebniskennzahlen, in denen als ergänzende Informationen Verlaufsindikatoren und Komplikationsindizes dargestellt sind, freiwillig auf ihren Internetseiten veröffentlichen. Laut Angaben der Initiative Qualitätsmedizin (IQM 2012) liegt der Anteil der IQM-Krankenhäuser an der stationären Patientenversorgung in Deutschland derzeit bei rund 17%.

Abgesehen von diesem recht geringen Anteil der IQM-Häuser bilden selbst die QSR-Indikatoren nur einen kleinen Bereich der stationären medizinischen Versorgung sowie verschiedener sektorenübergreifender Qualitätsaspekte ab (vgl. Heller 2010). Die Qualität der Entlassungsplanung und -umsetzung kann mit solchen medizinischen Indikatoren nur indirekt erhoben werden. Ob ein Patient ein bedarfsgerechtes Entlassmanagement nach den Kriterien des Expertenstandards erhalten hat, lässt sich nur mittels sehr aufwändiger Dokumentation überprüfen.

Ein praktikabler Weg zu einer aussagekräftigen Qualitätsmessung insbesondere der Prozessqualität des Entlassmanagements ist mit validen Patientenbefragungen möglich.

### Die Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus aus Patientensicht: Deutschland im internationalen Vergleich

Der Commonwealth Fund hat 2008 schwerer erkrankte Patienten in acht Ländern zu verschiedenen Aspekten der Versorgungsqualität befragt. Die deutsche Erhebung wurde vom IQWiG mitkonzipiert und finanziert (Koch et al. 2010). Die Befragung wurde 2011 in 11 Ländern wiederholt (Commonwealth Fund 2011). Im Jahre 2008 berichteten 63% der befragten deutschen Patienten mindestens einen von vier Aspekten bzgl. einer unzureichenden Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus - für 2011 ergab sich mit 61% keine essentielle Veränderung (Tab. 1). Bzgl. der Vorkehrungen des Krankenhauses für eine ambulante Nachsorge gaben 2011 mit 47% sogar deutlich mehr Patienten an, diese nicht erhalten zu haben. Deutlich verbessert hat sich das Ergebnis, schriftliche Informationen zur Versorgung nach der Entlassung erhalten zu haben. Insgesamt fallen die großen Unterschiede zwischen den Ländern auf. Die Patienten aus den USA und dem Vereinigten Königreich berichten von den wenigsten Problemen bei der Krankenhausentlassung (Tab. 1):

Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen (vgl. Gerteis et al. 1993; Ruprecht 2000). Bei dem ereignisorientierten Ansatz der Fragebogenkonstruktion stehen konkrete Ereignisse, die von den Patienten erlebt oder beobachtet werden, im Zentrum der Befragung. Das Erhebungsinstrument wurde umfassend revalidiert (Stahl et al. 2012). Bei den poststationären, postalischen Befragungen werden im Durchschnitt Rücklaufquoten von 55% erreicht. Die Ergebnisse werden in Form von Problemhäufigkeiten berichtet. Für jede Frage sind diejenigen Antworten als ‚Problemantworten‘ definiert, die keine optimale Versorgungssituation darstellen. In der Abbildung 1 wären das die fett gedruckten Antworten „Ja, manchmal“ und „Nein“. Die Problemhäufigkeit berechnet sich als Anteil derer, die die Problemantworten gewählt haben (66+11) bezogen auf alle Patienten, die die Frage gültig beantwortet haben (295). In diesem Beispiel 26,1%. Diejenigen, die angekreuzt haben, das sie keine Fragen hatten oder die Frage gar nicht beantwortet haben, gehen in die Berechnung der Problemhäufigkeit nicht mit ein. Je geringer der Wert der Problemhäufigkeit ist, desto besser wird die in der Frage abgefragte Qualität von den Patienten bewertet (Tab. 2).

#### Ergebnisse

Elf Themenbereiche (Faktoren) wurden mittels Faktorenanalyse ermittelt. Es fällt auf, dass für den Bereich „Vorbereitung auf die Entlassung“ die mit Abstand meisten Probleme berichtet werden, gefolgt von

Erhebung des Commonwealth Fund 2008 und 2011						
Jahr der Befragung	D		Land Min		Land Max	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011
Beim Verlassen des Krankenhauses ...						
gab es keine klare Anweisungen zu Symptomen und wann eine Nachbehandlung nötig war	29	23	USA: 12	USA: 7	FR: 35	FR: 33
wusste Patient nicht, an wen er sich bei Fragen zu Krankheit oder Behandlung wenden konnte	11	9	USA: 8	UK: 5	UK: 19	FR: 20
erhielt Patient keinen schriftlichen Plan mit Informationen zur Versorgung nach der Entlassung	42	26	USA: 10	USA: 7	D	SWE: 46
traf das Krankenhaus keine Vorkehrungen für Nachbehandlungen bei einem Hausarzt oder einer anderen medizinischen Fachkraft	39	47	NL: 23	UK: 12	FR: 41	FR: 47
<b>mindestens einer der vier Aspekte</b>	63	61	USA: 37	UK: 26	FR: 70	FR: 73

Tab. 1: Ergebnisse der Erhebung des Commonwealth Fund 2008 (vgl. Koch et al. 2010: 432) und 2011 jeweils in % der Befragten, die in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus waren.

Berechnung relativer Problemhäufigkeiten			
	n	%	% rel.
Wenn Sie wichtige Fragen an eine Schwester oder an einen Pfleger stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			
Ja, immer	218	61,1	73,9
<b>Ja, manchmal</b>	<b>66</b>	<b>20,0</b>	<b>22,4</b>
<b>Nein</b>	<b>11</b>	<b>3,3</b>	<b>3,7</b>
<b>Summe</b>	<b>295</b>	<b>89,4</b>	<b>100</b>
Ich hatte keine Fragen	33	10	
Nicht beantwortet	2	0,6	
<b>Problemhäufigkeit: 26,1%</b>	330		

Tab. 2: Beispiel für die Berechnung relativer Problemhäufigkeiten in der Picker-Patientenbefragung.

Themenbereiche der Picker-Patientenbefragung	
Faktor	Problemhäufigkeit in %
1) Arzt-Patient-Verhältnis	<b>22</b>
2) Pflegepersonal-Patient-Verhältnis	16
3) Erfolg der Behandlung	15
4) Essen	17
5) Einbeziehung der Familie	<b>30</b>
6) Aufnahmeverfahren	18
7) Sauberkeit	9
8) Allgemeine Ausstattung	17
9) Vorbereitung auf Entlassung	<b>48</b>
10) Operativer Eingriff	17
11) Zimmeratmosphäre	19

Tab. 3: Themenbereiche der Picker-Patientenbefragung und ihre Problemhäufigkeit im Datensatz 2009-2012. Legende: fett/rot: die drei Bereiche mit den häufigsten Problemen.

### Ergebnisse der Patientenbefragung des Picker Instituts zur Vorbereitung auf die Entlassung

#### Methode

Ziel der Befragung des gemeinnützigen Picker Instituts Deutschland ist es, mit wissenschaftlich fundierten Instrumenten anhand einer repräsentativen Auswahl nach Hause entlassener Patienten eine Statusquo-Beschreibung der Versorgungsrealität zu ermitteln und damit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten beizutragen. Dazu wurde in mehrjährigen umfangreichen Forschungsprogrammen in den USA und verschiedenen europäischen Ländern ermittelt, was Patienten erleben und was ihnen wichtig ist, wenn sie



Items für den Faktor „Vorbereitung auf die Entlassung“			
Frage-Nr. in Tab 1	Fragen bzgl. „Vorbereitung auf die Entlassung“	Anzahl befragter Krankenhäuser	Anzahl befragter Patienten
1	Wurden Sie bzw. Ihre Familie bei der Organisation Ihrer weiteren Versorgung nach der Entlassung ausreichend unterstützt (z.B. Information zu ambulanten Pflegediensten, Rehabilitation)?	198	161.929
2	Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	180	137.440
3	Wurde Ihnen erklärt, auf welche Nebenwirkungen dieser Medikamente Sie zu Hause achten sollten?	180	137.440
4	Wurde Ihnen erklärt, auf welche Gefahrensymptome Sie zu Hause im Hinblick auf Ihre Krankheit oder Ihren operativen Eingriff achten sollten?	180	137.440
5	Wurde mit Ihnen besprochen, wann Sie Ihre gewohnten Aktivitäten wieder aufnehmen können?	180	137.440
6	Wurden Ihre Familie oder andere Ihnen nahe stehende Menschen darüber informiert, wie Ihnen bei der Genesung geholfen werden kann?	180	137.440

Tab. 4: Items für den Faktor „Vorbereitung auf die Entlassung“.

„Einbeziehung der Familie“ sowie „Arzt-Patient-Verhältnis“ (Tab. 3).

Die sechs Fragen, die in den Faktor ‚Vorbereitung auf die Entlassung‘ einfließen, sind in Tabelle 4 aufgeführt. In dem Zeitraum 2009 bis 2012 wurden über 130.000 Patienten befragt, die in 180 Krankenhäusern behandelt wurden.

Wie in Abbildung 1 deutlich wird, variiert die Problemhäufigkeit für alle 6 Items des Faktors „Vorbereitung auf die Entlassung“ sehr stark.

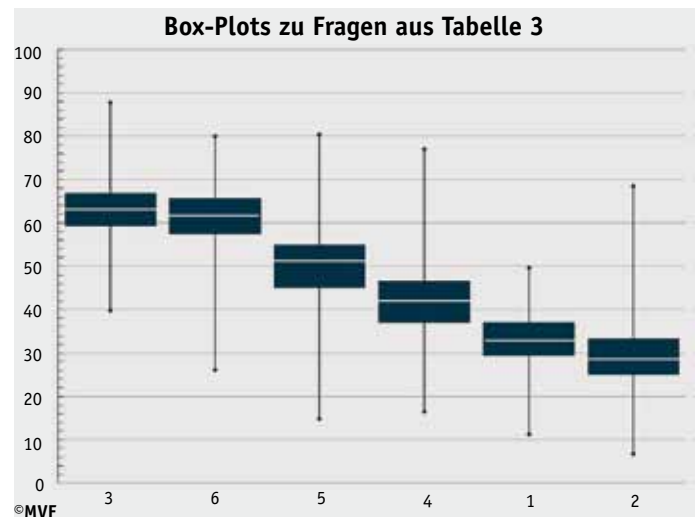


Abb. 1: Box-Plots mit 25. Perzentil, Median und 75. Perzentil sowie Minimum und Maximum für die Fragen aus Tabelle 3.

## Literatur

AQUA-Institut (2012): Qualitätsreport 2011. Göttingen: AQUA-Institut

AOK-Bundesverband/FEISA/HELIOS Kliniken/WIdO (Hrsg.) (2007): Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) - Abschlussbericht. Bonn: WIdO

ÄZQ (2012): Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. In: <http://www.aeqz.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf> (abgerufen am 28.09.2012)

Blum, K./Offermanns, M./Perner, P. (2007): Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut

Braun, B./Müller, R. (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Hrsg.: GEK, Gmünder Ersatzkasse. GEK-Edition, Bd. 46. Sankt Augustin: Asgard Verlag Hippe

Commonwealth Fund (2011). In: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2011/Nov/2011-International-Survey-Of-Patients.aspx> (abgerufen am 28.09.2012)

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück: DNQP

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Audit-Instrument. In: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/AuditEntlassungsmanagement.pdf> (abgerufen am 28.09.2012)

Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Daley, J./Delbanco, T.L. (Eds.) (1993): Through the patient's eyes. Understanding and promoting patientcentered care. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Heller, G. (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung, In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart: Schattauer, 239-253

IQM - Initiative Qualitätsmedizin (2012). In: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/> (abgerufen am 28.9.2012)

Jencks, F./Williams, M.V./Coleman, E.A. (2009): Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service Program. In: The New England Journal of Medicine 2009, 360, 14: 1418-1428

Koch, K./Schürmann, C./Sawicki, P. (2010): Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt 2010, 107, 24: 427-434

Kuhlen, R./Rink, O./Zacher, J. (Hrsg.) (2011). Jahrbuch Qualitätsmedizin 2011. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Ruprecht, T. (2000): Qualität quo vadis - die Perspektive der Patienten. In: Qualität in der Gesundheitsversorgung - Newsletter der GQMG 2000, 1, 7: 9-14

Schmidt, S. (2009): Expertenstandards in der Pflege: Eine Gebrauchsanleitung. Berlin: Springer

Stahl, K./Lietz, D./Riechmann, M./Günther, W. (2012): Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstruments. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2012, 1: 11-20

SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung - Sondergutachten 2012. Langfassung

Swart, E. (2005): Was sagen uns Wiedereinweisungen über die Qualität der stationären Versorgung? In: Das Gesundheitswesen 2005, 67, 2: 101-106

WIdO (2011): QSR-Verfahren. Indikatorenhandbuch. Berlin WIdO

Wingenfeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer

Die meisten Probleme wurden bzgl. der Erklärung von Medikamenten-nebenwirkungen (Frage 3, Median = 62,9%) und der Einbeziehung von Angehörigen (Frage 6, Median = 61,8%) berichtet.

Mittelwerte der Problemhäufigkeiten nach Krankenhausgröße						
		Anzahl Betten				
Frage-Nr.		<200	200-499	500-999	>999	Total
3	Unzureichende Aufklärung über Nebenwirkungen der häuslichen Medikation	63,8	62,3	64,5	63,4	63,3
6	Familie über Hilfen zur Genesung nicht ausreichend informiert	61,6	61,0	63,0	64,5	62,6
5	Unzureichende Aufklärung über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten	47,8	49,2	51,9	54,1	51,2
4	Unzureichende Info über Gefahrensymptome zu Hause	41,3	41,0	43,7	44,7	42,8
1	Unzureichende Unterstützung zur Versorgung nach der Entlassung	29,8	32,8	35,1	35,8	34,0
2	Unverständliche Aufklärung über häusliche Anschlussmedikation	29,6	28,3	30,2	29,8	29,3

Tab. 5: Mittelwerte der Problemhäufigkeiten in % nach Krankenhausgröße bzw. Bettenanzahl.

In Tabelle 5 sind die Mittelwerte der Problemhäufigkeiten in Abhängigkeit von der Bettenanzahl der Krankenhäuser aufgeführt. Anhand der Ergebnisse der Picker-Patientenbefragung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Größe eines Krankenhauses. Patienten, die in größeren Häusern behandelt wurden, berichten keinesfalls von weniger Problemen in Bezug auf die Entlassung. Auffallend ist jedoch die große Variabilität zwischen allen Häusern, die zwischen einer Pro-

blemhäufigkeit bzgl. „Vorbereitung auf die Entlassung“ von 16,8% bis 73,5% variiert (Abbildung 3). In der Benchmarkgrafik ist dargestellt, dass nur 7 Krankenhäuser im Bereich unter 30% liegen (grüne Balken) und 6 Häuser im Bereich über 55% (rote Balken) (Abb. 2.)

## Diskussion

Es gibt nur sehr wenige Daten zu der Frage, wie und mit welcher Qualität in deutschen Krankenhäusern das gesetzlich geforderte Entlass- und Überleitungsmanagement umgesetzt wird. Die Befragungen des Sachverständigenrates (SVR 2012) und des Deutschen Krankenhausinstituts (Blum et al. 2007) zeigen je nach detaillierter Fragestellung eine Umsetzungsrate von 78,2% (SVR: Durchführung eines systematischen Entlassungsmanagements), 71,7% (DKI: klare personelle Zuständigkeit für die Entlassungsplanung), 63,9% (DKI: Entlassungsgespräche durch ÄD und PD) und 25% (DKI: Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung). Demgegenüber stehen die in diesem Beitrag anhand verschiedener Studien aufgezeigten von Patienten erlebten Probleme beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.

Seit 2009 berichten knapp 50% der vom Picker Institut befragten Patienten von Problemen bei der Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus. Als häufigste Probleme werden die unzureichende Aufklärung über Nebenwirkungen der häuslichen Medikation, die nicht ausreichende Information der Angehörigen über Hilfen zur Genesung sowie die unzureichende Aufklärung über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten berichtet. Zugleich berichten mit 15% deutlich weniger Patienten über Probleme bzgl. des subjektiven Behandlungserfolgs. Die durchschnittliche Rücklaufquote von 55% und eine niedrige Quote fehlender Antworten weisen auf eine gute Praktikabilität und hohe Akzeptanz des Picker-Fragebogens hin. Daran wird auch deutlich, dass den Patienten die Rückmeldung ihrer Erfahrungen mit der Versorgung während ihres Krankenhausaufenthaltes wichtig ist. Wie von Stahl et al. (2012) erörtert, ist für die Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass ältere Patienten die Versorgung durch die Ärzte des Krankenhauses sowie das Essen und das Aufnahmeverfahren positiver beurteilen als jüngere Patienten. Zudem werden in Abhängigkeit vom selbst eingeschätzten Gesundheitszustand die Aspekte ‚Aufklärung und Information vor und nach einem operativen Eingriff‘, ‚Vorbereitung auf die Entlassung‘ und ‚Subjektiver Behandlungserfolg‘ bei schlechterer Gesundheit kritischer beurteilt. Vor diesem Hintergrund sollte bei Nutzung von Patientenbefragungsdaten im Rahmen des Qualitätsmanagements darauf geachtet werden, die Ergebnisse unter Berücksichtigung dieser Effekte zu bewerten.

Dass Patientenbefragungen zur Beurteilung der Versorgungsqualität eine wichtige Informationsquelle sind, wird heute kaum noch in Frage gestellt. Beispielsweise sollen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137a SGB V in den Verfahren Kataraktoperation, Konisation sowie Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie ab 2014 neben der Erfassung medizinischer Indikatoren auch Patientenbefragungen durchgeführt werden. Eine Beurteilung der Umsetzungsqualität des Entlassungsmanagements in Deutschland aus Sicht der Patienten ist derzeit jedoch nur eingeschränkt möglich. Die präsentierten Daten des Picker Instituts zeigen wichtige Problemaspekte bei der Entlassung aus dem Krankenhaus auf. Es fehlen jedoch valide Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements, die für alle Krankenhäuser einheitlich erhoben und im Sinne des Public Reporting veröffentlicht werden. Ein Qualitätswettbewerb im

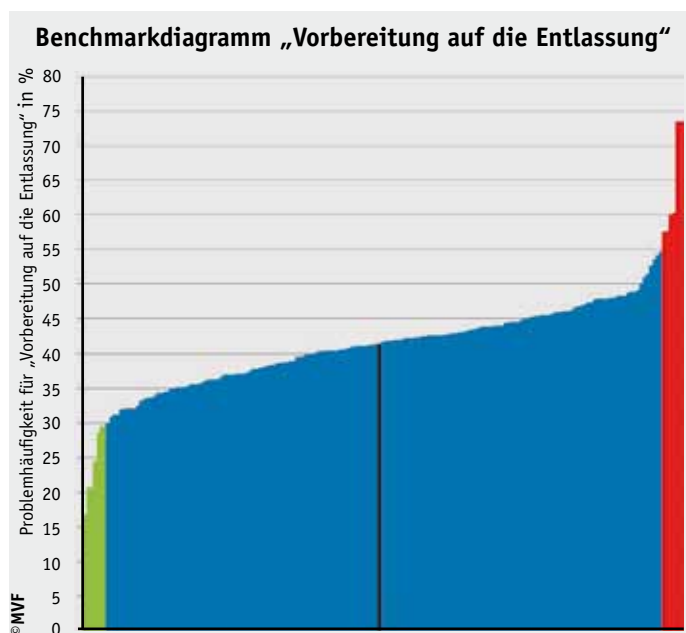


Abb. 2: Benchmarkdiagramm für den Faktor ‚Vorbereitung auf die Entlassung‘ für 180 Krankenhäuser; Schwarzer Balken = „Durchschnittsklinik“ mit 41,3% Problemhäufigkeit.

Gesundheitswesen kann nur auf Grundlage transparenter Qualitätsindikatoren zu Qualitätsverbesserungen führen - diese Erkenntnis ist nicht neu. Als eine positive Entwicklung schließen sich immer mehr Krankenhäuser freiwilligen Qualitätsinitiativen an, die auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen und/oder sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren veröffentlichen. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen nicht darauf warten bis im Rahmen einer einheitlichen externen Qualitätssicherung die Versorgungsqualität an den Sektorengrenzen mit validen Indikatoren erhoben wird. Die Ergebnisse der eigenen Patientenbefragung kann jedes Krankenhaus veröffentlichen und so der gelebten Patientenorientierung Ausdruck verleihen. Diese Transparenz ist ein wichtiger Meilenstein bei der Verbesserung der Versorgungsqualität hin zu einer wirklich patientenzentrierten Versorgung sowohl innerhalb als auch an den Grenzen der verschiedenen Sektoren. Die Qualitätskategorien für eine gute medizinische Versorgung aus Sicht der Patienten sind auch schon längst bekannt (Ruprecht 2000: 9):

- Ungehinderter Zugang zur Versorgung,
- Respekt vor individuellen Bedürfnissen und Werten,
- Koordination der einzelnen Versorgungsleistungen,
- Information, Aufklärung und Mitbestimmung bei Diagnose und Therapie,
- Leibliche Pflege und körperliches Wohlbefinden, vor allem adäquate Schmerzbehandlung,
- Emotionale Unterstützung und Minderung von Angst,
- Einbeziehung von Familie, Angehörigen und Freunden sowie
- Kontinuität beim Wechsel der Versorgungssektoren (z.B. gute Vorbereitung auf die Entlassung beim Krankenhausaufenthalt). <<

## Quality of discharge management

According to book V of the social law (§ 11, para. 4) statutory insured persons are entitled to a care management to solve problems with transition between health care sectors. Hospital discharge planning is a hospital benefit mandated by law (§ 39, para. 1 social law book V). About 75% of German hospitals declare to operate a systematic discharge management. Nevertheless there is a need for data and transparency about the quality of the realized discharge planning. The rehospitalization rate is examined as one possible quality indicator. Both the surveys of the Commonwealth Fund and the results of the Picker Institute Germany show that 50 to 60% of the patients report problems and negative experiences with hospital discharge. Valid event-orientated patient surveys are an important source of information about the current quality of care. But for the comprehensive evaluation of the quality of discharge planning we need significant structure-, process- and outcome-indicators on the basis of the expert's standard in nursing.

## Keywords

hospital discharge planning, continuity of care, cross-sectoral quality in health care, rehospitalization, survey of patients, patients' experiences

## Autorenerklärung

Sylvia Jung und Katja Stahl haben die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse selbst durchgeführt. Die Erhebung der Daten wurde durch das Picker Institut Deutschland durchgeführt.

### Dr. Sylvia Jung

ist Dipl.-Psychologin mit dem Schwerpunkt Organisationspsychologie und promovierte in Public Health zu dem Thema ‚Implementierung von Versorgungsinnovationen in Krankenhäusern‘. Ab 2009 hat sie mit dem Unternehmen IPC Consulting - Implementierung, Prozesse, Change Organisationen im Gesundheitswesen bei der Prozessoptimierung sowie bei Implementierungs- und Veränderungsprojekten begleitet. Seit November 2012 leitet sie die Stabsstelle Projektmanagement am Klinikum Frankfurt Höchst GmbH. Kontakt: [sylvia.jung@klinikumfrankfurt.de](mailto:sylvia.jung@klinikumfrankfurt.de)



### Dr. rer. medic. Katja Stahl

ist ausgebildete Hebamme und studierte in Bremen und Aberdeen, Schottland, Pflege- und Hebammenwissenschaft und promovierte in Gesundheitswissenschaft zu dem Thema „Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern“. Seit 2006 ist sie für das Picker Institut Deutschland gGmbH tätig, einem gemeinnützigen Unternehmen mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung aus Patientensicht zu verbessern. Aktuell leitet sie dort die Produktentwicklung und Forschung. Kontakt: [stahl@pickerinstitut.de](mailto:stahl@pickerinstitut.de)



Christiane Haupt  
Christian Günster

# Statistische Risiko- modelle: Anwendungsmöglichkeiten zur Optimierung der Patientenversorgung

Das Gesundheitssystem steht angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels vor der Frage, wie die Ressourcenallokation effizient und gerecht gestaltet werden kann. Nur 20% der Versicherten sind für 81,2% der Krankenhaus-, Arzneimittel- und Arztausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verantwortlich (1). Etwa 5% der Patienten verursachen 50% der Inanspruchnahme (Abb. 1). Fast die Hälfte dieser Ausgaben entfällt auf Krankenhausbehandlungen. Diese sind in vielen Fällen unvermeidbar und dienen der Sicherheit und guten Behandlungsqualität von Patienten. Ein häufiger Grund für Leistungsanspruchnahme ist das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Zu den 10 häufigsten Gründen für eine Krankenhausaufnahme gehören Diagnosen wie Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Hypertonie und Typ-2-Diabetes (1). Die akute Verschlechterung chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz führt oft zur Einweisung in ein Krankenhaus. Das Risiko einer Krankenhausaufnahme steigt deutlich an, wenn mehrere chronische Erkrankungen bei einer Person zeitgleich vorliegen. Um das Risiko einer Person einschätzen zu können, werden Risikoprädiktionsmodelle entwickelt (predictive modelling). Die Zielsetzung von Risikomodellen ist, (Wieder-) Aufnahmen im Krankenhaus zu vermeiden, die Entstehung von Krankenhauskosten zu verhindern und mit einer intensiven, kostengünstigeren, medizinischen Intervention bessere Gesundheitsoutcomes für den Patienten zu erreichen (2). Risikomodelle können viele Informationen aus den Leistungssektoren und Stammdaten parallel berücksichtigen und können sowohl für die Vorhersage von Krankenhausaufenthalten aus beliebigem Anlass als auch wegen spezifischer Erkrankungen eingesetzt werden.

>> In Großbritannien und den USA ist deshalb die Anwendung von Prädiktionsmodellen im Gesundheitswesen insbesondere zur Vorhersage von Krankenhauswiederaufnahmen verbreitet (3). So hat der NHS (National Health Service) in Großbritannien ein Modell zum Risiko für Wiedereinweisungen (PARR – Patients at Risk for Rehospitalization) entwickelt, das eine Stratifizierung von Risikopopulationen für besondere Versorgungsformen ermöglichen soll (3).

Das besondere dieses Modells ist zum einen die Fokussierung auf Wiederaufnahmen - Erstaufnahmen werden also nicht berücksichtigt

## Zusammenfassung

Der effiziente und gerechte Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen kann im Bereich der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, die vermeidbar wären, gesteuert werden. Krankenhausaufenthalte verursachen ein Drittel der Leistungsausgaben und können insbesondere bei multimorbiden Patienten mit chronischen Erkrankungen, die aufgrund einer akuten Verschlechterung einer chronischen Erkrankung stationär aufgenommen werden müssen, partiell verhindert werden.

Zur Identifizierung von Patienten, die in besonderem Maße von Versorgungsangeboten profitieren können, mit denen eine Verschlechterung bestehender Erkrankungen und mit ihnen eine Krankenhausaufnahme vermieden werden kann, wurde ein Prädiktionsmodell zur individuellen Vorhersage der Krankenhausaufnahmewahrscheinlichkeit LOH („likelihood of hospitalization“) mit Routinedaten von 12 Millionen AOK-Versicherten entwickelt. Dieses Modell weist im Vergleich sehr zufriedenstellende Gütekriterien auf und wird (in einer Vorläuferversion) in Baden-Württemberg im Projekt PraCMan“ und in der aktuellen Endversion ALOH-A 2.0 (Allgemeine LOH- und Ausgabenprädiktion) in einzelnen AOKen eingesetzt.

## Schlüsselwörter

Risikoprädiktion, Krankenhausaufnahme, LOH, Routinedaten

- und zum anderen die Nutzung medizinischer Befunddaten. Hier wird ausgenutzt, dass die betrachteten Personen bereits stationär behandelt wurden und darum klinische Daten aus den vorausgegangenen Krankenhausaufenthalten vorliegen.

In Deutschland wurden verschiedene Verfahren zur Erstellung von Prädiktionsmodellen erprobt und entwickelt, zum Beispiel von Wolik zu Data Mining Verfahren (4), jedoch werden diese Modelle bislang kaum in der Praxis zur Prävention oder im Versorgungsmanagement eingesetzt.

Ebenso wurden amerikanische Modelle an deutsche Routinedaten adaptiert, wie die Case Smart Suite, die von DxCG/ Verisk Health als CSSG (Case Smart Suite Germany) angeboten wurde.

International wurden Disease und Case Management Projekte initiiert, die das Voranschreiten von Erkrankungen verzögern oder verhindern sollen bzw. ggf. je nach Erkrankung eine Heilung beschleunigen sollen. Die Ergebnisse der Evaluationen dieser Programme sind sehr heterogen, jedoch profitieren tendenziell besonders Patienten von solchen Angeboten, die ein hohes Risiko für Leistungsanspruchnahme haben (5).

Risikoprädiktionsmodelle zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme lassen sich mit Krankenkassendaten entwickeln.

Eine prädiktionsgestützte Fallauswahl für Maßnahmen des Versor-

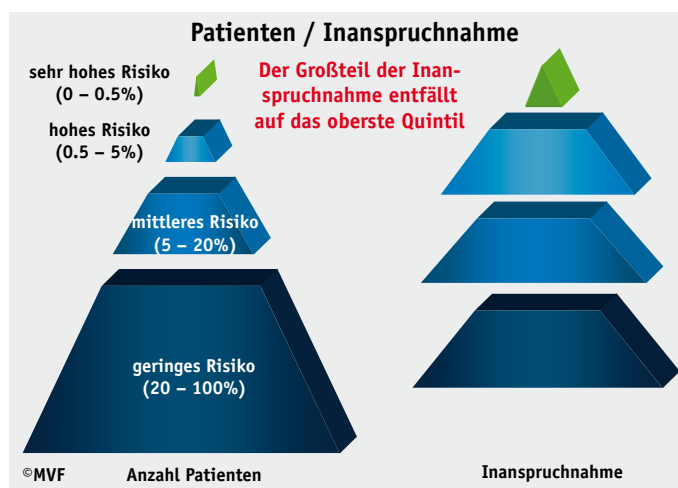


Abb. 1: Anteil der Inanspruchnahme.

gungsmanagements erfolgt dabei durch die individuell vorhergesagte Likelihood of Hospitalization (LOH).

Andere Modelle wie Hochkostenmodelle erwiesen sich für den Ansatz, Inanspruchnahme zu verringern, als nicht effizient, da Hochkostenfälle meist durch teure Erkrankungen wie Blutgerinnungsstörungen oder teure Therapien wie die Gabe von Blutgerinnungsmitteln oder durch Akutereignisse wie Polytraumatisierungen entstehen und somit häufig unvermeidbar sind.

Vor diesem Hintergrund hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) ein Vorhersagemodell für Krankenhausaufenthalte entwickelt, das auf die Patientenversorgung in Deutschland Bezug nimmt, das sowohl Erst- als auch Wiederaufnahmen zum Gegenstand der Vorhersage macht, das auf einem sehr großen Datensatz der AOK-Versicherten erarbeitet wurde und das im Wesentlichen routinemäßig vorliegende Leistungsdaten einer Krankenkasse auswertet.

### Neues Vorhersagemodell für Krankenhausaufnahmen

Das Risikoprädiktionsmodell des WIdO zur Berechnung der individuellen Krankenhausaufnahmewahrscheinlichkeit ist auf einer Zufallsstichprobe von 12 Millionen anonymisierten und über 3 Jahre durchgehend versicherten AOK-Versicherten erstellt worden. Berücksichtigt werden Abrechnungsdaten aus der ambulanten und stationären Versorgung, Arzneimittel und Stammdateninformationen wie Alter, Geschlecht und Pflegestufe. Dabei wurden Klassifikationssysteme für ambulante und stationäre Diagnosen (auf ICD-Basis), für Arzneimittel (auf ATC-Basis) und andere wie Regionalfaktoren oder Einteilungen in akute und chronische Erkrankungen entwickelt.

Mittels einer logistischen Regression wurde der Einfluss der Patienten-dispositionen und deren vorangehender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf das Risiko einer Krankenhausbehandlung überprüft.

Das entwickelte Prädiktionsmodell weist jedem eingelesebenen Versicherten dessen persönliche Wahrscheinlichkeit zu, in den nächsten zwölf Monaten stationär aufgenommen zu werden (Erst- und Wiederaufnahme). Dabei liegt die individuelle Likelihood of hospitalization zwischen 0 und 1, sprich zwischen 0-100 Prozent.

Die Gütekriterien Varianzaufklärung, Sensitivität und der positive prädiktive Wert PPV (positive predictive value berücksichtigt zusätzlich die Falschpositiv-Rate) erreichen für das allgemeine Modell gute Werte: das R-Quadrat liegt bei 0,20, die Sensitivität bei 0,14 und der PPV bei 0,58. Ein PPV von 0,58 sagt aus, dass 58% der vorhergesagten Krankenhausaufnahmen auch eingetreten sind.

Das vom WIdO entwickelte Modell ALOH-A 2.0 und die CSSG-AOK 0.8 von Verisk Health erreichen hohe Gütekriterien, wobei das aktuellere Modell ALOH-A 2.0 höhere Werte erzielt (Tab. 1).

Bezogen auf Morbiditätsgruppen (Herzinsuffizienz, Diabetes, KHK, Asthma, COPD und Depression) ergeben sich erwartungskonform insbesondere höhere Sensitivitäten und Varianzaufklärungen, nochmals ge-

Gütekriterien der Risikoprädiktionsmodelle		
Gütemaß	CSSG 0.8	ALOH-A 2.0
PPV	0,57	0,59
Sensitivität	0,11	0,13
max. rescaled R-Quadrat	0,17	0,20

Tab. 1: Gütekriterien der Risikoprädiktionsmodelle.

Gütekriterien der Risikoprädiktionsmodelle					
Morbiditätsgruppe	Anzahl	LOH	Max-R2	PPV	Sensitivität
Asthma	5,3 %	0,21	0,22	0,61	0,23
COPD	6,0 %	0,34	0,18	0,61	0,36
Depression	10,8 %	0,27	0,17	0,58	0,26
Diabetes Typ I	1,8 %	0,36	0,17	0,61	0,38
Diabetes Typ II	14,4 %	0,30	0,15	0,59	0,26
Herzinsuffizienz	7,8 %	0,40	0,13	0,59	0,39
KHK	11,9 %	0,34	0,13	0,58	0,31
KHK mit Vorg.	3,5 %	0,38	0,15	0,61	0,38

Tab. 2: Gütekriterien für das Risikoprädiktionsmodell ALOH-A 2.0 für einzelne Morbiditätsgruppen.

steigert bei der Auswertung des obersten Quintils der vorhergesagten Werte. Der Anstieg der Sensitivität ist dadurch bedingt, dass in Morbiditätsgruppen homogenere Versicherte mit höherer Hospitalisierungsrate zusammengeführt werden.

Im Gesamtdatensatz sind sowohl Versicherte enthalten, die in den vorangegangenen 2 Jahren keinerlei Inanspruchnahme hatten, als auch Schwerkranke. In den Teilpopulationen der Morbiditätsgruppen sind nur Personen enthalten, die im Analysezeitraum wegen ihrer chronischen Erkrankung in Behandlung waren. Für die Herzinsuffizienz liegen diese Werte dann bei der Sensitivität bei 0,39 und der PPV bei 0,59. Die durchschnittliche vorhergesagte Krankenhausaufnahmewahrscheinlichkeit bei Herzinsuffizienten liegt bei 40 Prozent, Odds Ratios für die Einflussfaktoren wurden allgemein und speziell für Morbiditätsgruppen ermittelt.

Bei der Auswahl der in der Regression berücksichtigten Variablen gaben Gütekriterien und Signifikanz den Ausschlag. Schrittweise wurden Variablen eliminiert, die keine zusätzliche Aufklärung der Varianz beisteuern konnten. Andere Informationen, die mithilfe der Routinedaten und öffentlich zugänglicher Informationen aufbereitet werden konnten, wurden auf ihre Effizienz getestet. Im Modell verblieben nur Informationen, die zur Varianzaufklärung beitrugen. Beispielsweise konnte kein Effekt des Versorgungsgrades in einer Region auf die LOH zur Verbesserung des Modells festgestellt werden.

### Einsatz im Case Management

Die noch vom WIdO und Verisk Health gemeinsam entwickelte CSSG 0.8-AOK wurde von der AOK Baden-Württemberg und der Universität Heidelberg ab 2009 im Projekt PraCMan („Hausarztpraxis-basiertes Case-Management für chronisch kranke Patienten mit hohem Hospitalisationsrisiko“) eingesetzt. Dieses Modell benutzt eigene, von Verisk Health entwickelte, proprietäre Klassifikationssysteme für ärztliche Diagnosen und Medikamentengaben.

Dieses LOH-Modell konnte bereits in einer Pilotstudie zur Fallauswahl für ein Hausarztpraxis-basiertes Case Management angewendet werden (6). Dabei zeigte sich, dass insbesondere multimorbide ältere Patienten identifiziert wurden, die sich nach klinischen Kriterien potenziell für ein Case Management eignen (7). Zusätzlich zeigte sich, dass der Filterbildung eine herausragende Rolle zukommt, denn nicht alle Hochrisikopatienten sind gleichermaßen bereit und fähig, aktiv an einem intensivierten Versorgungsmodell teilzunehmen. Die teilnehmenden Hausärzte bewerteten das Angebot einer Vorselektion von Versicherten durch ein prädiktives Modell zudem überwiegend positiv. Im Rahmen einer Evaluationsstudie zu hausarztpraxis-basiertem Case Management

bei multimorbiden Patienten (PraCMan) wurde daher eine kombinierte Fallauswahl durch Einsatz der CSSG-AOK und der klinischen Beurteilung durch Ärzte praktiziert (8); eine Vorstellung der Güte des CSSG-Modells erfolgt in einem späteren Artikel (in Vorbereitung).

## Praktische Anwendung

Das eigenständige WIdO-Modell in der Version 2.0 wurde im Dezember 2011 fertiggestellt. Erste Hinweise deuten darauf hin, dass der Einsatz effizient ist. Zur Anwendung des WIdO-Modells werden Routinedaten aus 8 Quartalen benötigt, eine Eingrenzung der Versicherten erfolgt dann über die Definition des Versorgungsmanagements, die vorgibt, Versicherte mit welcher Erkrankung eingeschlossen werden sollen und wie die Ansprache erfolgt (beispielsweise über den Hausarzt). Die Auswahl der Erkrankung kann über Erkrankungshäufigkeiten erfolgen, die Auswahl der Pilotregion über die Lokalisation erhöhter allgemeiner oder indikationsspezifischer LOH-Durchschnittswerte. Um auf aktuelle Veränderungen bei den Patienten, insbesondere auf die Verschlechterung des Gesundheitszustandes schnell reagieren zu können, sollten die Vorhersagewerte quartalsweise aktualisiert werden.

Zusätzlich zur Berechnung der Krankenhausaufnahmewahrscheinlichkeit wird ein Filter gebildet, der Ein- und Ausschlusskriterien definiert. In Zusammenarbeit mit Medizinern wird dabei spezifiziert, welche exakte Definition die Zielerkrankung der Intervention hat, beispielsweise ob nur Typ-2- oder auch Typ-1-Diabetiker angesprochen werden sollen und welche sonstigen Erkrankungen vorliegen müssen bzw. nicht vorliegen dürfen. Ein häufiges Ausschlusskriterium für Interventionen, die einen hohen interaktiven Anteil direkt mit dem Patienten aufweisen, ist beispielsweise das Vorliegen einer Demenz. Dennoch ist es sinnvoll, in einer Einzelfallentscheidung vor Ort von den allgemeinen Auswahlkriterien abzuweichen.

Eine Evaluation der praktischen Anwendung des Vorhersagemodells erfordert einen langen Zeitraum von der Auswahl der Versicherten bis zur Ansprache, dem Start und Ende der Intervention und einem Nachbetrachtungszeitraum von mindestens einem Jahr.

Der Mindest-Nachbetrachtungszeitraum ist relativ lang, da einige Interventionen wie beispielsweise die Verbesserung der medikamentösen, leitliniengerechten Einstellung Herzinsuffizienter zunächst über die steigende Zahl verordneter Medikamente zu einem Anstieg der Inanspruchnahmekosten führt und es dauert, bis teure Krankenhausaufnahmen vermieden werden.

Eine Evaluation des Modells ist zu diesem Zeitpunkt zeitlich nicht möglich.

Die Einhaltung des Datenschutzes wird an verschiedenen Stellen

gewährleistet.

So arbeitet das WIdO bei der Modellerstellung ausschließlich mit anonymisierten Daten, in den AOKen findet kein allgemeines Screening statt (in Baden-Württemberg wurden die Prädiktionsmodelle nur für HzV-Patienten angewandt). Datenschützer vor Ort in den AOKen und bei Studien in den Gremien der Teilnehmer (wie die Ethikkommission) entscheiden über das Vorgehen.

## Diskussion

Mit dem vorgestellten LOH-Modell wurde auf der methodischen Basis einer multiplen logistischen Regression ein valides, auf Leistungsdaten einer Krankenkasse beruhendes Prädiktionsmodell für zukünftige Krankenhauseinweisungen entwickelt.

Ein Vergleich mit anderen vorliegenden Modellen zeigte höhere oder gute Gütekriterien (soweit vergleichbar).

Der PPV-Wert ist für die Bewertung der Eignung des Modells im Versorgungsmanagement wichtiger als die Sensitivität (Richtig-Positiv-Rate). Wenn als Beispiel das Mammographie Screening betrachtet wird, wird dort bei 4 von 5 Frauen ein Brustkrebs erkannt, was einer Sensitivität von 80% entspricht. Zugleich wird bei deutlich mehr Frauen ein Brustkrebs gemutmaßt, die nicht an Brustkrebs erkrankt sind. Das Mammographie Screening hat einen schlechten PPV, weil mehr Befunde Falsch-Positiv sind als Richtig-Positiv (Vierfeldertafel).

Bei der Prädiktion von Krankenhausaufenthalten ist diese Korrektur wichtig, weil eine vorsorgliche Überschätzung des LOH-Wertes die Sensitivität verbessert, aber zu mehr falschen Vorhersagen eines Krankenhausaufenthaltes führt. Die PPV-Spezifität gibt an, welcher Anteil der positiven Vorhersagen richtig positiv ist und ist deshalb in diesem Zusammenhang als wichtiger einzustufen als die Sensitivität.

Die präventive Anwendung des WIdO-Modells und die Überführung der LOH-Vorhersagewerte in Interventionen werden derzeit in Einzelanwendungen entwickelt.

Grundsätzlich weist die Prädiktion künftiger Krankenhausaufnahmen einige methodische Limitationen auf, insbesondere, da sich nicht alle Krankenhausaufenthalte andeuten: wer einen Herzinfarkt erleidet, kann zuvor gesundheitlich beeinträchtigt gewesen sein, kann einen Arzt aufgesucht haben, muss aber weder zuvor Beschwerden gehabt haben noch, wenn er sie hatte, damit einen Arzt konsultiert haben. Zudem fehlen in den Vorhersagemodellen mittels Routinedaten medizinische Parameter und verhaltens- und personenspezifische Risikofaktoren für Erkrankungen, die für bestimmte Krankheiten als maßgeblicher Faktor für eine Krankenhausaufnahme gelten. Dennoch führt die Eingabe von 488 Variablen zu einer komplexen Einbeziehung unterschiedlichster

## Literatur

- (1) Gerste B und Günster C, Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, S. 315-384. In: Günster C, Klose J, Schmacke N, (Hrsg.) Versorgungsreport 2012, Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, Kapitel 21, Bettina. Schattauer Verlag Stuttgart
- (2) Curry, Billings, Darin, Dixon, Williams, Wennberg, Predictive risk project, Literatur review, King's fund, June 2005.
- (3) Case finding algorithms for patients at risk of re-hospitalisation PARR1 and PARR2, Billings, Mijanovich, Dixon, Curry, Wennberg, Darin, Steinort, King's Fund, February 2006.
- (4) Wolik A, Predictive modeling, Bestimmung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten mithilfe von Data Mining Verfahren, S. 286-315 In Rebschläger U (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2008.
- (5) Bodenheimer, Krumbach, Understanding Health Policy: A Clinical Approach, 5th edition. New York, 2009.
- (6) Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecsenyi J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CRD32009100316]. BMC Health Serv Res 2010; 10: 112
- (7) Freund T, Kunz CU, Ose D, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Patterns of multimorbidity in primary care patients at high risk of future hospitalization. Popul Health Manag 2012 Feb 7. [Epub ahead of print]
- (8) Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Baldauf A, Gerlach FM, Szecsenyi J. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. Trials 2011, 12: 163 doi: 10.1186/1745-6215-12-163

Kombinationsmöglichkeiten dieser Klassifizierungen.

Diese Kombinationsmöglichkeiten übersteigen die Möglichkeiten der händischen oder teilautomatisierten Auswahl bei weitem, da Versicherte aus Sicht eines innovativen Versorgungsmanagements dann ein hohes Risiko zur Leistungsanspruchnahme haben, wenn sich dies aus einer Kombination mehrerer Merkmale statistisch ableiten lässt. Es sind nicht unbedingt die Patienten, die eine oder mehrere chronische Erkrankungen haben oder die in der Vergangenheit einen hohen Leistungsbedarf hatten oder die im Krankenhaus waren, die in kurzer Zeit (also innerhalb eines Jahres) stationär aufgenommen werden.

Auf Grundlage von Routinedaten werden Informationen zu der Aussage aggregiert, für wen die Krankenhausaufnahme wahrscheinlich ist. Im Ausblick für die Anwendung des für den Einsatz im AOK-System konzipierten Vorhersagemodells wird die Vermeidung von Krankenhausaufnahmen anvisiert. Vorversuche und rückwirkende Betrachtungen sind abgeschlossen, in kleinem Rahmen erfolgt bereits eine Anwendung. In einer Intervention des Versorgungsmanagements einem Bundesland soll das Modell 2013 flächendeckend eingesetzt werden. Die anschließende Evaluation des Modells nach der Intervention und der Nachlaufzeit für die Evaluation wird wichtige Hinweise auf die Effizienz liefern. <<

## Statistical Risk Models: Applicability for the Optimization of Patient Care

The efficient and equitable use of health care resources can be controlled in the field of prevention of avoidable hospitalizations. Hospitalizations cause a third of all health care costs and can partly be prevented, especially for patients suffering from chronic, multiple diseases who need to be hospitalized due to an acute deterioration of their health.

To identify patients who can participate in a measure of healthcare management with the aim of avoiding a deterioration of pre-existing diseases and thus preventing a hospital admission, a prediction model has been developed. The model can individually predict the probability of a hospital admission LOH („likelihood of hospitalization“) based on routine data of 12 million AOK insureds. By comparison, this model has very satisfactory performance criteria. A previous version is used in Baden-Württemberg in the project „PraCMan“ and the current final version ALOH-A 2.0 (General LOH and expenditure prediction) is used in several AOKs.

### Keywords

Predictive modelling, hospitalization, likelihood of hospitalization, administrative data

## Autorenerklärung

Haupt und Günster sind für das Wissenschaftliche Institut der AOK tätig. Eine externe finanzielle und/oder inhaltliche Unterstützung erfolgte nicht.

### Dipl.-Psych. Christiane Haupt

ist wiss. Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Institut der AOK. Dipl.-Psych. Studium in Marburg (Vertiefungsfach Arbeits- und Organisationspsychologie, Zusatzqualifizierung Wirtschaftspsychologie, Forschungsvertiefung Methodik). 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Greifswald. 2006-2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem privaten Institut im Gesundheitswesen in Hamburg, seit 11.2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO und dort für leistungsbereichübergreifende Analysen der AOK-Versicherten zuständig.

Kontakt: [christane.haupt@wido.bv.aok.de](mailto:christane.haupt@wido.bv.aok.de)



### Dipl. Math. Christian Günster

ist Projektbereichsleiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK.

Geboren 1966. Studium der Mathematik und Philosophie in Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der AOK tätig. Im Forschungsbereich Krankenhaus Leitung des Projektbereichs Krankenhaus-Analysen. Mitglied der Sachverständigengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 17b Abs. 7 KHG. Seit 2006 Projektbereichsleiter Integrierte Analysen. Mitherausgeber des Versorgungs-Reports.

Kontakt: [christan.guenster@wido.bv.aok.de](mailto:christan.guenster@wido.bv.aok.de)



Prof. Dr. Uwe May  
Cosima Bauer, M.A.  
Frederic Grande, M.A.

## Erstattungsfähigkeit der Nikotinersatztherapie im Rahmen der GKV

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Mechthild Dyckmans (FDP), forderte aktuell in einem Interview der „Berliner Zeitung“ zum Jahreswechsel 2013 die GKV-Erstattungsfähigkeit der Nikotinersatztherapie zur Raucherentwöhnung. Sie verwies in ihrer Begründung nicht zuletzt auf einen gesundheitsökonomischen Effekt: Die Einsparungen der GKV durch verminderte Behandlungskosten für erfolgreich entwöhnte Ex-Raucher. Rauchen ist in Deutschland das bedeutendste vermeidbare Gesundheitsrisiko für eine Vielzahl schwerwiegender Krankheiten und gleichsam die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Der volkswirtschaftliche Schaden beträgt nach dem Drogenbericht der Bundesregierung rund 21 Mrd. Euro jährlich. Unter den Ansätzen zur Krankheits- und somit Krankheitskostenvermeidung ist neben der Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen selbst die Verringerung der Raucherquote - medizinisch wie ökonomisch - von Bedeutung. Zu den effektivsten Hilfen bei der Raucherentwöhnung zählt die medikamentöse Unterstützung mittels der Nikotinersatztherapie (NET). Die aktuellen Rahmenbedingungen im Kontext des GKV-Systems lassen eine Kostenerstattung der NET derzeit jedoch nicht zu. Unter Betrachtung aller im Sozialrecht und in der gesundheitspolitischen Praxis zur Anwendung kommenden Kriterien einer GKV-Erstattungsfähigkeit bei Arzneimitteln sollte dies kritisch hinterfragt werden.

>> Die gesellschaftliche und politische Debatte zu den Risiken und Folgen des Tabakkonsums hat in den vergangenen Jahren in Deutschland an Dynamik gewonnen. Trotz erster Erfolge, insbesondere im Bereich des Nichtrauchererschutzes, besteht jedoch weiterhin ein Nachholbedarf beim Schutz und der Betreuung der Raucher selbst. Therapeutische Angebote und organisierte Unterstützung für aufhörwillige Raucher sind im System der GKV rar gesät. Von den rund 16 Mio. Rauchern in der Bundesrepublik möchten fast zwei Drittel möglichst zeitnah mit dem Rauchen aufhören. Ohne medizinische Unterstützung gelingt dies drei von 100 Rauchern. Durch die Anwendung der NET steigt die Quote auf 20 von 100, was eine Verdopplung der Erfolgsaussichten im Vergleich zu Placebo darstellt. Der medizinisch-therapeutische Nutzen der NET ist durch mehr als 100 klinische Studien belegt. Darüber hinaus haben wissenschaftliche Studien eine hohe Kosteneffektivität der NET gezeigt, und zwar insbesondere bei Patienten, die bereits an tabakbedingten Vorerkrankungen leiden. Dass die NET im Rahmen der Erstattung innerhalb des GKV-Systems momentan dennoch keine Rolle spielt, wird regelmäßig damit begründet, dass eine solche – losgelöst von den sachlich-inhaltlichen Argumenten

### Zusammenfassung

Die Raucherentwöhnung mithilfe der Nikotinersatztherapie (NET) weist sowohl medizinisch-therapeutisch als auch ökonomisch eine hohe Effektivität auf. Ungeachtet dessen ist eine Erstattung der NET im Rahmen der GKV derzeit nicht vorgesehen, was regelhaft mit der aktuellen Rechtslage begründet wird, die dem entgegenstehe. So wird die NET in die beiden in § 34 SGB V genannten Erstattungsausschlüsse einbezogen, die auf der einen Seite sog. Lifestyle-Präparate sowie andererseits rezeptfreie Arzneimittel, die nicht in die OTC-Ausnahmeliste aufgenommen wurden, betreffen. Bei Betrachtung der in Deutschland etablierten sowie in anderen Ländern gebräuchlichen Kriterien einer Priorisierung/Rationierung von Leistungen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung zeigt sich jedoch, dass ein Erstattungsausschluss der medikamentösen Raucherentwöhnung diskussionswürdig erscheint. Auch durch die Betrachtung der NET im Lichte der pharmapolitischen Prämissen des AMNOG lässt sich eine Aufnahme in den Leistungsumfang der GKV begründen.

### Schlüsselwörter

Tabakkonsum; Kosten des Rauchens; Nikotinersatztherapie; Kosteneffektivität; Lifestyle-Präparate; OTC-Ausnahmeliste; Kriterien zur Beurteilung der Erstattungsfähigkeit; AMNOG; DMP

- aufgrund der aktuellen Rechtslage nicht möglich sei.

Nachfolgend werden Ergebnisse verschiedener Forschungsansätze zusammengeführt, die seitens der Autoren in den zurückliegenden Jahren durchgeführt oder wissenschaftlich begleitet wurden. Die gesundheitspolitischen Aspekte, die in diesem Kontext diskutiert werden, sind z. T. in ein Gutachten der Autoren eingeflossen, das durch die Initiative Raucherentwöhnung gefördert wurde (siehe Autorenerklärung).

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Evidenz der NET und deren gesundheitsökonomischer Nutzen sind in der Fachwelt insbesondere seitens des G-BA, des IQWiG und der WHO anerkannt. Kontrovers diskutiert werden hingegen die gesundheitspolitischen Implikationen dieser Erkenntnisse, die in diesem Beitrag thematisiert werden.

### Sozialrechtlich-ordnungspolitischer Sachstand

Aktuell stehen einer Erstattung der NET zwei Regelungen innerhalb des § 34 SGB V entgegen: Erstens sind sog. Lifestyle-Präparate, zu denen die Raucherentwöhnung gemeinsam mit u.a. Sexualstimulanzien und haarwuchsfördernden Mitteln gezählt wird, nicht erstattungsfähig. Grundlage war die Absicht des Gesetzgebers, Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV auszuschließen, wenn bei ihrer Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht und deren Einsatz im Wesentlichen durch die Art der persönlichen Lebensführung bedingt ist. Zweitens sind rezeptfreie Arzneimittel von der Erstattung ausgeschlossen, mit Ausnahme von Medikamenten, die bei schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden und dabei Therapiestandard sind. Diese sind in der sog. OTC-Ausnahmeliste aufgeführt.

Die NET wird derzeit in beide Erstattungsausschlüsse einbezogen. Aus dem Sozialgesetzbuch selbst sowie aus der Rechtsprechung und der gesundheitspolitischen Praxis sind jedoch Kriterien ableitbar, die eine Erstattungsfähigkeit der NET möglich erscheinen lassen. Nicht zuletzt durch zwei Beschlüsse des G-BA, der die Teilerstattung von Raucherentwöhnungsmedikamenten im Rahmen der DMPs COPD und Asthma empfiehlt, wird die Frage nach der Bindungswirkung der Lifestyle-Regelung, aber auch ihre Sinnhaftigkeit und Systemkonformität aufgeworfen.

Der Leistungsanspruch der Versicherten im Hinblick auf Arzneimittel wird im Allgemeinen durch bestimmte sozialrechtliche Regelungen eingeschränkt. Laut § 12 SGB V müssen die medizinischen Leistungen wirtschaftlich, ausreichend, zweckmäßig und notwendig sein. Diese weitgehend unbestimmt bleibenden Rechtsbegriffe werden durch materielle Kriterien konkretisiert (vgl. Abb. 1).

Im Folgenden werden diese vor dem Hintergrund der pharmapolitischen Diskussion der Frage einer etwaigen Erstattungsfähigkeit der NET näher beleuchtet.



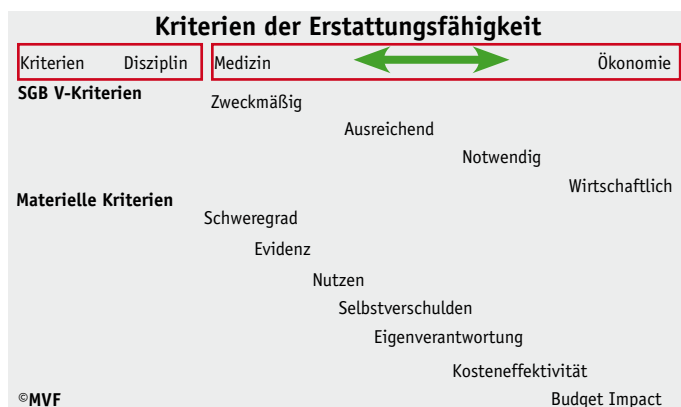


Abb. 1: Kriterien der Erstattungsfähigkeit.

Ein materielles Kriterium zur Beurteilung medizinischer Leistungen im Kontext des SGB V ist der medizinische Schweregrad einer Erkrankung. Im deutschen Sozialrecht findet dieses Kriterium seinen Niederschlag u.a. bei den Kriterien zur Aufnahme in die OTC-Ausnahmeliste, in der auf schwerwiegende Erkrankungen abgestellt wird. Die Nikotinabhängigkeit selbst, die bei rund 70 bis 80 % aller Raucher vorliegt, mindestens aber die durch sie unmittelbar verursachten Folgeerkrankungen wie COPD, KHK und Lungenkrebs, dürften jedoch nicht den geringfügigen Erkrankungen zuzuordnen sein.

Des Weiteren ist der Nachweis klinischer Evidenz ein bedeutendes Kriterium im Hinblick auf die Bewertung von Arzneimitteln und dient als Basis von Nutzenbewertungen und Wirtschaftlichkeitsanalysen. Die Evidenzlage der NET ist als positiv zu bewerten. Dies wird von allen relevanten Institutionen in Deutschland ebenso wie international bestätigt, nicht zuletzt vom IQWiG, G-BA sowie von der WHO, die die Anwendung der NET empfehlen. In vielen europäischen Gesundheitssystemen, beispielsweise dem britischen NHS, wird die Raucherentwöhnung mittels NET erstattet und deren ärztliche Verordnung politisch gefördert. In Frankreich, und seit 2011 in den Niederlanden, werden medikamentöse Therapien zur Raucherentwöhnung in die Erstattung einbezogen.

Zudem werden Nutzen bzw. Zusatznutzen mehr und mehr als zentrales Kriterium für Entscheidungen zur Erstattung und Preisbildung von Gesundheitsleistungen angesehen. Dies wurde nicht zuletzt durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) weiter aufgewertet. Die vorliegenden klinischen Studien sowie gesundheitsökonomischen Expertisen weisen der NET einen erheblichen patientenrelevanten Nutzen bzw. Zusatznutzen gegenüber dem ungestützten Tabakentzug („cold turkey“) zu, was sich in Form harter Endpunkte manifestiert: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Lebenserwartung nehmen nach erfolgreichem Rauchausstieg zu.

Die Frage, ob eine Erkrankung selbstverschuldet ist oder den Betroffenen schicksalhaft trifft, stellt dabei regelhaft kein Kriterium für Leistungsausschlüsse im GKV-System dar. Abgesehen davon, dass die Abgrenzung zwischen Selbstverschulden und Schicksal in der Praxis häufig unter gerechtigkeithethischen Gesichtspunkten nicht möglich ist, kann dem entgegengehalten werden, dass Volkskrankheiten wie Diabetes, KHK oder zahlreiche Erkrankungen des Bewegungsapparats vielfach verhaltensbedingt und somit selbstverschuldet sind. Es würde den Solidargedanken und die gesamte Praxis der Gesundheitsversorgung in Frage stellen, wenn das Kriterium des (fehlenden) Selbstverschuldens zum Maßstab einer Leistungspflicht in der GKV erhoben würde.

Das Fehlen einer zweckmäßigen therapeutischen Alternative mit vergleichbarem Nutzen-Risiko-Profil ist ein Kriterium, das die Erstattungsfähigkeit einer Behandlungsmöglichkeit begünstigt. Im Fall der

NET steht eine im Hinblick auf das therapeutische Ergebnis adäquate Alternative nicht zur Verfügung. Die NET ist unter den genannten Bedingungen als Therapiestandard im Rahmen der Raucherentwöhnung nikotinabhängiger Patienten anzusehen.

Ein weiterer Punkt betrifft das Kriterium der Eigenverantwortung. Mit Blick auf die Tabakabhängigkeit wird dieses mithin bemüht und gegen die Erstattungsfähigkeit der NET angeführt. Darüber hinaus wird argumentiert, dass Raucher bereits aufgrund der eingesparten Kosten für Zigaretten ihre Raucherentwöhnungsmedikamente selbst finanzieren könnten. Rein rechnerisch trifft diese Aussage zu. Übersehen wird dabei aber, dass Raucher ebenso wie andere Patienten und GKV-Versicherte im Allgemeinen kaum bereit zu sein scheinen, für Arzneimittel dieser Art finanzielle Eigenverantwortung zu übernehmen. Die Erfahrungen nach dem Erstattungsausschluss der OTC-Präparate im Jahre 2004 haben gezeigt, dass Patienten auch auf wirksame und aus ärztlicher Sicht wichtige Medikamente verzichten, wenn diese nicht von der GKV erstattet werden. Noch ausgeprägter tritt dieses Phänomen im Hinblick auf die NET zutage, da hier zusätzlich zur finanziellen eine psychologische Hürde durch die Abhängigkeit zu überwinden ist. Dass es sich hier um eine behandlungsbedürftige Suchterkrankung handelt, ist mittlerweile weitverbreiteter Konsens. So sind psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Tabak in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme separat aufgeführt.

Darüber hinaus ist die Kosteneffektivität medizinischer Maßnahmen als Entscheidungskriterium zu berücksichtigen. Regelmäßig tritt dabei die Entscheidungssituation auf, dass ein gewünschter Zusatznutzen nur mit einem finanziellen Mehraufwand erreichbar und eine Abwägung zu treffen ist, ob Zusatznutzen und -kosten in einem angemessenen Verhältnis stehen. Mit Blick auf die NET tritt die besondere Situation auf, dass bereits bei einer mittelfristigen Perspektive, d.h. innerhalb von drei Jahren, den Mehrausgaben für die medikamentöse Raucherentwöhnung Einsparungen bei Gesundheitskosten gegenüber stehen, die die Investition (Erstattung der NET) übertreffen. Es handelt sich hierbei um den günstigsten Fall einer Kosteneffektivität, der – ökonomisch betrachtet – für die GKV eine sog. dominante Strategie darstellt: Eine Therapie mit NET ist einem Rauchausstieg ohne NET sowohl auf der Nutzen- als auch auf der Kostenseite überlegen.

Außerdem kann der sog. Budgetimpact als eigenständiges Kriterium für eine Erstattungsfähigkeit herangezogen werden. Laut § 35b SGB V ist bei der „(...) wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft angemessen zu berücksichtigen“. Auch im Zusammenhang mit einer möglichen Erstattung der NET wird auf die erheblichen Mehrausgaben für die GKV verwiesen, die vor dem Hintergrund der derzeitigen finanziellen Situation nicht vertretbar seien. Bei dieser Überlegung werden jedoch zwei Aspekte übersehen: Auf der einen Seite führt die NET - wie oben beschrieben - nicht zu Mehrausgaben, sondern zu Einsparungen in der GKV, die schon auf mittlere Sicht realisierbar sind. Auf der anderen Seite erscheinen die kurzfristig anfallenden Kosten durch die Erstattung der Medikamente mit Blick auf die aktuelle Finanzsituation der Kassen als angemessen. Selbst wenn der Gesamtmarkt der NET-Präparate in Deutschland von den Krankenkassen erstattet würde, wären damit für die GKV Kosten von rund 22 Mio. Euro verbunden. Dies entspräche einem Anteil von 0,085 % der GKV-Arzneimittelkosten bzw. 0,0013 % der GKV-Gesamtausgaben. Zum Vergleich der Dimensionen: Der GKV-Markt für Lipidsenker, deren Anwendung ebenso wie die Raucherentwöhnung u.a. der Prophylaxe von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dient, beläuft sich pro Jahr auf rund 1 Mrd. Euro.

Letztlich stellen die Geringfügigkeit einer Erkrankung sowie des finanziellen Aufwands, der mit einer Therapie assoziiert ist, ein Kriterium dar, um die Erstattungsfähigkeit von Leistungen in Frage zu stellen. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass der Versicherungsgedanke und die Absicherung eines Existenzrisikos in den genannten Fällen nicht zum Tragen kämen. Die für den Patienten entstehenden Kosten im Falle eines Selbstkaufs von NET-Präparaten belaufen sich für einen Therapieversuch auf ca. 240 Euro. Dieser Betrag mutet jedoch nicht als geringfügig an und stellt - wie die fehlende Akzeptanz der NET im Selbstkauf vermuten lässt - gerade bei Menschen mit niedrigem Einkommen eine finanzielle Barriere dar. Dass das Gros der Raucher an einer Suchterkrankung leidet, spricht zudem gegen das Argument der Geringfügigkeit der Erkrankung. Ebenso kann mit Blick auf die tabakassoziierten Folgeerkrankungen wie KHK oder Lungenkrebs nicht von Geringfügigkeit gesprochen werden.

Zusammenfassend scheint keines der benannten Prüfkriterien als Grundlage für einen Erstattungsausschluss der NET geeignet zu sein.

### Erstattungsfähigkeit der NET im Lichte des AMNOG

Ergänzend zu den bisherigen Ausführungen soll nachfolgend im Sinne eines Exkurses überlegt werden, wie sich eine Bewertung der NET unter den Spielregeln des AMNOG, sprich der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V, darstellen würde. Ziel dieses Gedankenexperimentes ist es, Nutzen- und Kosteneffektivität der NET auf Basis der vom Gesetzgeber aktuell definierten Anforderungen zu demonstrieren und hieraus Schlussfolgerungen für deren Erstattungsfähigkeit zu ziehen.

Mit dem AMNOG ist zum 1. Januar 2011 ein neues System der Erstattungspreisbildung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen in Kraft getreten, die nunmehr eine Nutzenbewertung durchlaufen müssen. Auf dieser Grundlage erfolgt in einem zweiten Schritt innerhalb eines halben Jahres die Vereinbarung von Erstattungsbeträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer. Im Rahmen dieses Prozesses hat Letztgenannter spätestens bei Markteinführung des Produktes dem G-BA ein sog. Nutzendossier vorzulegen, auf dessen Grundlage dieser eine Nutzenbewertung durchführt oder etwa das IQWiG mit einer solchen beauftragt. Darin hat der Hersteller den Nutzen eines Medikamentes als patientenrelevanten therapeutischen Effekt, insbesondere hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Verkürzung der Krankheitsdauer, der Verlängerung des Überlebens, der Verringerung von Nebenwirkungen oder einer Verbesserung der Lebensqualität darzulegen. Das Nutzendossier soll darüber hinaus Angaben erhalten über die zugelassenen Anwendungsgebiete, den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zu einer vom G-BA definierten zweckmäßigen Vergleichstherapie, die Anzahl der Patienten und Patientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht, die Kosten der Therapie für die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung.

In dem fiktiven Fall, dass die NET einer Nutzenbewertung im Sinne des AMNOG unterzogen würde, hätte der Hersteller ein Nutzendossier im oben beschriebenen Sinne vorzulegen.

Aus der Perspektive der Krankenkassen stellt sich eine Erstattungsfähigkeit der NET als zwiespältig dar, da sowohl die Versorgungsaspekte als auch potentielle Einsparungen mittelfristiger Natur sind. Sie treten somit aus kurzfristiger Sicht hinter die Zwänge des im Kassenwettbewerb gegebenen Beitragssatzdrucks zurück. Auf der anderen Seite ist dabei jedoch zu bedenken, dass vor dem Hintergrund derzeitiger Milliardenüberschüsse im GKV-System gerade mittelfristige Einsparungen ein Wettbewerbsvorteil in einer sich in Zukunft verschärfenden Wett-

Prüfkriterien		
Kriterium	Erläuterung	Konkretisierung bei NET
Schweregrad	Priorität der Maßnahme steigt mit Schweregrad der Erkrankung	Nikotinsucht als Erkrankung mit schwerwiegenden Folgeerkrankungen
Evidenz	Wissenschaftlicher Beleg des klinischen Effekts / Wirksamkeit	Verdoppelung der Erfolgswahrscheinlichkeit des Tabakentzugs
Nutzen	Patientenrelevanter Nutzen	Gewinn von Lebensjahren und Lebensqualität
Selbstverschulden	Abnehmende Priorität bei selbstverschuldeten Erkrankungen	Eingeschränkte Selbstbestimmung durch Abhängigkeit
Therapeutische Alternativen	Therapeutische Alleinstellung begünstigt Erstattungsfähigkeit	Ergänzung, aber kein Ersatz durch Verhaltenstherapie
Eigenverantwortung Subsidiarität	Gesundheitliche Vorsorge und Eigenverantwortung sollen in der GKV gefördert werden	Indikation und Patientenmentalität stehen Eigenverantwortung entgegen
Kosteneffektivität	Verhältnis des erzielten Nutzens zu den Kosten für die GKV	Dominante Strategie: Zusatznutzen bei gleichzeitiger Einsparung
Budget Impact	Finanzielle Zusatzbelastung der GKV	Kurzfristig marginale Mehrausgaben; mittelfristig Einsparungen
Eigenfinanzierbarkeit Geringfügigkeit	Geringfügige Ausgaben sind dem Einzelnen zumutbar	Therapiekosten sind für den Einzelnen nicht geringfügig und stellen eine Barriere dar

Tab. 1: Prüfkriterien als Grundlage für einen Erstattungsausschluss der NET.

bewerbungssituation sein könnten. In der Politik sowie bei Krankenkassen herrscht aber die Befürchtung vor, mit der Öffnung der GKV für die Raucherentwöhnung ein Einfallstor für andere Indikationen zu öffnen und gleichzeitig eine Kostenlawine in Gang zu setzen. Sowohl die klinische Evidenzlage als auch die Kosteneffektivität der NET lassen jedoch eine objektivierbare Differenzierung bzw. Abgrenzung der Erstattungsfrage in Relation zu anderen Indikationen und Präparategruppen zu. Ein Argument, das darüber hinaus im Zusammenhang mit der Diskussion um die Tabakprävention zumindest unterschwellig mitschwingt, sind mögliche Einnahmeausfälle bei der Tabaksteuer. Es ist hier aber zu postulieren, dass es auf der einen Seite ethisch nicht vertretbar erscheint, Gesundheit und Leben von Rauchern mit Steuereinnahmen aufzuwiegen. Auf der anderen Seite wäre dies auch rein finanzmathematisch nicht rational, da nach realistischen Schätzungen der zu erwartende Steuerausfall im Falle einer Förderung der NET im Rahmen der GKV nur etwa 1 % des Tabaksteueraufkommens ausmachen würde.

### Fazit und gesundheitspolitischer Ausblick

Weder die in Deutschland etablierten noch darüber hinaus in anderen Ländern gebräuchlichen Kriterien einer Priorisierung/Rationierung von Leistungen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung deuten auf Anhaltspunkte für einen Ausschluss der medikamentösen Raucherentwöhnung mittels NET aus der Erstattung hin. Die NET erscheint damit wirtschaftlich, ausreichend, zweckmäßig und notwendig im Sinne der Vorgaben des SGB V und der in Deutschland praktizierten Auslegung dieser sozialrechtlichen Kriterien. Auch die Betrachtung der NET im Lichte

der neuen pharmapolitischen Prämissen des AMNOG liefert Denkanstöße und Argumente, die eine Aufnahme in den Leistungsumfang der GKV möglich und sinnvoll erscheinen lassen.

Nicht zuletzt sollte die Relation von kurzfristigen Ausgaben zu mittelfristig erzielbaren Einsparungen aus Kassensicht dafür sprechen, die Erstattungsfähigkeit in Betracht zu ziehen. Bereits nach drei Jahren kann sich die Investition in die NET - insbesondere mit Blick auf die Vermeidung kassenindividueller Zusatzbeiträge - auszahlen.

Um eine Erstattungsfähigkeit der NET zumindest bei vorerkrankten Rauchern herzustellen, ist zu überlegen, dem G-BA im Rahmen der Lifestyleregulierung des § 34 SGB V die Kompetenz einzuräumen, Indikationen zu definieren, in denen Raucherentwöhnungsmittel verordnungsfähig sind. In diese Richtung zielt auch die Auffassung des Gesetzgebers bei Einführung der Lifestyleregulierung im Jahr 2004, nach der eine Abgrenzung zu Arzneimitteln, bei denen eine medizinisch notwendige diagnostische oder therapeutische Wirkung im Vordergrund steht, in der Arzneimittel-Richtlinie vorgenommen werden kann. Damit die verschreibungsfreie NET von diesem Schritt profitieren kann, wäre uno actu eine Aufnahme in die OTC-Ausnahmeliste erforderlich. Ein weiterer, z. T. schon beschrittener Weg besteht darin, dass der G-BA für die NET im Rahmen von DMP eine Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit beschließt. Für die Indikationen COPD und Asthma ist dies bereits geschehen. Einer Umsetzung stehen jedoch nach wie vor die o.g. Bedenken - insbesondere in der Politik und bei den Krankenkassen - entgegen. <<

## Reimbursement of Nicotine Replacement Therapy within the statutory health insurance system (GKV)

Smoking dehabituatation by Nicotine Replacement Therapy (NRT) presents both medical-therapeutically and economically a high effectiveness. In spite of that a reimbursement of NRT within the GKV system is currently not provided, regularly justified with the current legal situation. Therefore NRT is included in both reimbursement exclusions mentioned in § 34 SGB V, which concern on the one hand so called lifestyle compounds and on the other hand over-the-counter pharmaceuticals, that are not on the OTC list of exceptions. Looking at the criteria of prioritization / rationing of benefits within public health care, which are established in Germany and common in other countries; is showing that an exclusion from reimbursement of NRT seems to be worthy of discussion. Looking at NRT in the light of the premises of the so called AMNOG can also justify an inclusion into the scope of benefits of GKV

### Keywords

Smoking related costs; Nicotine Replacement Therapy; Cost-effectiveness; lifestyle drugs; OTC list of exceptions; Criteria to evaluate the ability of reimbursement; AMNOG; DMP

## Autorenerklärung

Die Initiative Raucherentwöhnung ist ein Zusammenschluss der Unternehmen GSK Consumer Healthcare, Johnson & Johnson und Novartis Consumer Health, organisiert im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) mit dem Ziel, die Akzeptanz der Raucherentwöhnung und der Nikotinersatztherapie zu stärken. Das beschriebene Forschungsprojekt wurde von der Initiative Raucherentwöhnung finanziell gefördert. Das Gutachten ist abrufbar unter [www.may-bauer.de](http://www.may-bauer.de)

### Prof. Dr. rer. pol. Uwe May

ist Inhaber einer Professur für Gesundheitsökonomie mit Schwerpunkt Pharmakoökonomie an der Hochschule Fresenius, Mitbegründer der May und Bauer - Konzepte im Gesundheitsmarkt und langjähriger Lehrbeauftragter im Studiengang Consumer Health Care der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Von 1995 bis 2011 war er als Abteilungsleiter im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller für die Bereiche Gesundheitsökonomie sowie Selbstmedikation verantwortlich.

Kontakt: [uwe.may@hs-fresenius.de](mailto:uwe.may@hs-fresenius.de)



### Cosima Bauer, M.A.

ist Politikwissenschaftlerin und Verwaltungsrechtlerin. Nach Politikeinblicken in Berlin und Brüssel war sie von 2005 bis 2011 im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller für die Bereiche Arzneimittelversorgung und Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig. Sie ist Mitbegründerin der Unternehmensberatung May und Bauer - Konzepte im Gesundheitsmarkt und gibt als Lehrbeauftragte an der Hochschule Fresenius und im Studiengang Consumer Health Care der Charité Universitätsmedizin ihre praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen weiter.

Kontakt: [bauer@may-bauer.de](mailto:bauer@may-bauer.de)



### Frederic Grande, M.A.

studierte Medizin-Ökonomie an der Rheinischen Fachhochschule Köln sowie Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Nach studienbegleitenden Einblicken in das Krankenhausmanagement sowie die epidemiologische Forschung ist er seit August 2012 bei der May und Bauer GbR im Rahmen von Projekten zu Fragestellungen aus den Bereichen Market Access, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung sowie Gesundheitspolitik tätig.



## Mit einem leistungsstarken Morbiditätsmanagement zum Erfolg

Aktivierende Gesundheitsberatung durch Experten



Die MedicalContact AG unterstützt als verlässlicher und transparent arbeitender Servicepartner Krankenversicherungen bei deren Versorgungsmanagement.

Unsere Morbiditätsprogramme fördern auf zielgruppenspezifischen Beratungs- und Interventionsleveln das Selbstmanagement der Versicherten. Sie tragen gleichermaßen dazu bei, die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Versicherten zu verbessern und Leistungsausgaben einzusparen.



### Fallmanagement

Direkte Steuerung und besonders engmaschige Unterstützung unter Berücksichtigung des gesamten Lebensumfeldes, auch durch Hausbesuche



Proaktives, strukturiertes und regelmäßiges indikationsbezogenes  
**Coaching**



Präventions-, lebensphasen- oder versorgungsbezogene  
**Information**  
durch Reminding/Kampagnen plus Inbound

