

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Franz Knieps, Vorstand
des BKK Dachverbands
e. V.: „Es gibt keinen
ökonomiefreien Raum“

„Vom Innovations-Optimismus zum -Realismus“ (Glaeske)
„Mehr Daten für Versorgungsforschung“ (Münchberg)
„Alterszahnheilkunde defizitär“ (Hilbert/Mittermeier)

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

05/13 6. Jahrgang

Editorial

Avantgarde und Best-Practice 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Es gibt keinen ökonomiefreien Raum“ 6

Interview mit Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands e. V.

Redaktion

„Praxisnetze weiter kollektivvertraglich“ 13

Auszug aus DGIV-Gutachten von Prof. Dr. Eberhard Wille zu DMP/IV

„Eine Herausforderung im Klinikalltag“ 16

Interview mit Prof. Dr. Thomas Wilke (IPAM) über die „A-TRIP“-Studie

„Datenschatz für das gesamte Gesundheitssystem“ 18

Interview mit Prof. Dr. rer.nat. Christian Franken, Vorstand Pharmazie von DocMorris

Zahlen - Daten - Fakten

Hyperaktives Unterfranken? 14

Standards

Impressum 2

KOMMENTAR

Prof. Dr. Gerd Glaeske 18

„Vom Innovations-Optimismus über den -Skeptizismus zum -Realismus“

Prof. Dr. Bertram Häussler 19

„Die Fünfte Hürde ist kein Schmuckstück“

Dr. Nikolaus Scheper 22

„Versorgungsevaluation“ vs. teurer Pharmastudien

WISSEN

Gabriele Faber-Heinemann

Ein Resümee nach fünf Jahren winDiab 24

Ein Statusbericht zur Forschung zur Versorgung von Diabetes-Patienten in diabetologischen Schwerpunktpraxen

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 29 - 32

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

Redaktion

Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

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

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:

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

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint sechsmal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 90 Euro. Jahresvorschusspreis
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 urheber-
rechtlich 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 unzu-
lässig. In der unaufgeforderten

Zusendung von Beiträ-
gen und Informationen
an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zu-
gesandten Beiträge bzw.
Informationen in Datenbanken
einzustellen, die vom Verlag oder
Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IWV),
Berlin. Verbeitete Auflage: 6.494
(IWV 3. Quartal 2013)



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/IGES-Institut/Kassen-
ärztliche Vereinigung Bay-
erns/Novartis Pharma GmbH/
MedicalContact AG/Pfizer
Deutschland GmbH/Vivantes -
Netzwerk für Gesundheit

WISSENSCHAFT

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

Mehr Daten für Versorgungsforschung 33

Mit Blick auf eine bessere Datengrundlage für die Versorgungsforschung hat der Gesetzgeber ein neues Datentransparenzverfahren eingeführt. Zukünftig wird das DIMDI einer Reihe von nutzungsberechtigten Institutionen anonymisierte Daten der Krankenkassen zur Verfügung stellen. Mit ihrer Hilfe sollen Erkenntnisse über die Qualität der Versorgung gewonnen werden, um beispielsweise politische Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützen zu können. Nach Aufbau des neuen Informationssystems durch das DIMDI kann mit einer ersten Nutzung von Daten noch im Jahr 2013 gerechnet werden.

Prof. Dr. Martin Wehling

Warum ist die Verschwendungsmedizin gefährlich für Patienten? 37

Deutschland hat ein sehr teures Gesundheitssystem, das sich durch Verschwendung und geringe Effizienz auszeichnet; neben den Kosten der Verschwendung, die u.a. zur unnötigen Leistungsverknappung führen kann, ist aber auch die Gefährdung von Patienten durch unnötige Eingriffe sowohl in Diagnostik als auch Therapie von großer Relevanz. Unnötige CT-Untersuchungen erhöhen z.B. das Tumorrisiko, invasive Verfahren wie der Herz-katheter, Operationen und Vollnarkosen haben eine prozedurale Morbidität und Mortalität z.T. bis in den Prozentbereich, und nosokomiale Infektionen treten bei 3,5-15% hospitalisierter Patienten auf, also auch bei solchen die nicht hospitalisiert sein müssten.

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Patientenrelevante Endpunkte aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung 41

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten sowie die Nachsorge. Dabei unterliegen alle zu Lasten der GKV erbrachten Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V. Die populationsorientierte Verteilung der Morbidität (ungefähr 20% der Versicherten binden etwa 80% der Leistungen) bedeutet im Umkehrschluss, dass ungefähr 80% der Versicherten faktisch keine oder nur sehr wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Darauf muss ein Finanzierungsmodell ebenso Rücksicht nehmen (falsche Preissignale) wie die politisch zu verantwortende Gestaltung eines wirksamkeitsbasierten Leistungsrahmens. Dies unterstreicht die Notwendigkeit zu prüfen, welche Leistungen kollektiv finanziert werden sollen.

Dr. Thomas Hilbert / Dr. Dirk Mittermeier

Die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohner(innen) in Bremem - eine Befragung 45

Verbesserung der Mundgesundheit und Intensivierung der zahnärztlichen Versorgung für Bewohnerinnen und Bewohner in Altenpflegeheimen und in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind seit vielen Jahren ein Thema zwischen zahlreicher Veröffentlichungen und Gegenstand politischer Initiativen. Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) haben 2010 ein gemeinsames Konzept vorgelegt. Nahezu alle Autoren gehen von einer defizitären zahnärztlichen Versorgung in diesen Einrichtungen aus.

BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



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

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

**INSIGHT**HEALTH™



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Avantgarde und Best-Practice

Titelinterview mit Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes e. V.

> S. 6 ff.

„Wir werden die Avantgarde vertreten und als solche den Diskussionsprozess anstoßen.“ „Als Dachverband sind wir diesbezüglich in einer sehr viel komfortableren Situation, da wir nun direkten Zugang zu den Kassen haben. Von daher könnte der Best-Practice-Ansatz eine ganz andere Erfolgchance haben.“ Dies sind nur einige Aussagen von Franz Knieps, Vorstand des neuen BKK Dachverbandes, im Titelinterview. Es ist sehr lesenswert.

Hier spricht ein erfahrener Fachmann, der das System aus den verschiedenen Perspektiven genau kennt. Knieps ist ein typischer Seitenwechsler (vorher war er: Geschäftsführer Politik des AOK-Bundesverbandes, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium und Partner in einer Unternehmens- und Politikberatung), wie es sie in unserem Gesundheitssystem einige gibt und wahrscheinlich noch mehr geben sollte.

Interviews mit Prof. Dr. Thomas Wilke, Institut für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik - IPAM, und Prof. Dr. Christian Franken, Vorstand Pharmazie und Chefapotheker von DocMorris

> S. 16 f., 18 f.

Professor **Wilke** gibt einen Zwischenstand seiner Studie zur Versorgung schwerer Nierenfunktionsstörungen im Klinikalltag. Offenbar ist es so, dass ein großer Teil der Patienten eine Therapie erhält, die nicht dem entspricht, was Leitlinien und Fachinformationen empfehlen. Und Professor **Franken** erläutert Möglichkeiten, die bei DocMorris vorliegenden Patientendaten für bessere Versorgung und für die Versorgungsforschung zu nutzen.

Kommentare

Die Professoren **Glaeske** und **Häussler** (den ich hiermit ganz herzlich mit dem IGES-Institut im Praxisbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ begrüßen möchte) diskutieren am Beispiel neuer Arzneimittel, wie innovationsfreundlich bzw. -feindlich das deutsche Gesundheitssystem ist. Dr. **Scheper** vom Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Diabetologen (winDiab) fordert einen „Versorgungsforschungscnt“.

> S. 20 ff.

Zahlen - Daten - Fakten

Bensing u.a. zeigen die regionalen Unterschiede der Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung) auf. Es gibt deutliche regionale Schwerpunkte.

> S. 14 ff.

Wissen

Faber-Heinemann zieht ein Resümee zur Versorgung von Diabetes-Patienten in diabetologischen Schwerpunktpraxen und fasst die Arbeit des wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Diabetologie (winDiab) zusammen.

> S. 24 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Münchberg u.a. geben einen Überblick über das Verfahren der Datentransparenzverordnung aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

> S. 33 ff.

Wehling untersucht geringe Effizienz im Gesundheitssystem und Ressourcenverschwendung und empfiehlt u.a. eine unabhängige, stichprobenweise Indikationsprüfung.

> S. 37 ff.

Rebscher erläutert patientenrelevante Endpunkte aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist die schriftliche Fassung seines Vortrages auf der letzten MVF-Fachkonferenz.

> S. 41 ff.

Hilbert und **Mittermeier** stellen Defizite in der zahnärztlichen Versorgung in Heimen fest, die je nach Einrichtungstyp unterschiedlich sind.

> S. 45 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, eine interessante Lektüre.
Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski



Vertrauen Sie Ihre Gesundheit einer der führenden Krankenkassen Deutschlands an. Die Deutsche BKK bietet Ihnen herausragenden Service, Top-Leistungen und Top-Tarife.

Telefon (0 18 02) 18 08 65* www.deutschebkk.de

*6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz; maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen.

Willkommen in der Leistungskasse



FOCUS MONEY

**TOP
Krankenkasse**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

FOCUS MONEY

**TOP
Service**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

FOCUS MONEY

**TOP
Zusatzleistungen**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

FOCUS MONEY

**TOP
Gesundheits-
förderung**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

FOCUS MONEY

**TOP
ambulante/integrierte
Versorgung**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

FOCUS MONEY

**TOP
Prävention**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

FOCUS MONEY

**TOP
Wahltarife**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

FOCUS MONEY

**TOP
Transparenz**

Ausgabe 49/2012

Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

**TOP
KRANKENKASSE**
bundesweit geöffnet

FOCUS-MONEY 21/13
GKV-Studie: Deutschlands größter Kunden-Leistungsvergleich

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

**TOP
KRANKENKASSE FÜR
FAMILIEN**
bundesweit geöffnet

FOCUS-MONEY 21/13
Datenbasis:
gesetzlichekrankenkassen.de

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

**TOP
KRANKENKASSE FÜR
BERUFSEINSTEIGER**
bundesweit geöffnet

FOCUS-MONEY 21/13
Datenbasis:
gesetzlichekrankenkassen.de

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

**TOP
KRANKENKASSE FÜR
SELBSTÄNDIGE**
bundesweit geöffnet

FOCUS-MONEY 21/13
Datenbasis:
gesetzlichekrankenkassen.de

Titelinterview mit Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands e.V.

„Es gibt keinen ökonomiefreien Raum“

„Jetzt hilft Knieps den Betriebskassen für zunächst fünf Jahre, das wieder aufzubauen, was er als Spitzenbeamter eingerissen hat“, schrieb die FAZ in ihrem Online-Portal. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem Ex-Geschäftsführer Politik des AOK-Bundesverbandes, danach Leiter der Abteilung „Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und nach seinem Ausscheiden aus dem BMG Partner der Unternehmens- und Politikberatung Wiese Consult über politische, ökonomische und soziale Grundsatzfragen, die er in seinem neuen Job als Vorstand des neugegründeten BKK-Dachverbands vorantreiben möchte.

>> Sehr geehrter Herr Knieps, die Betriebskrankenkassen fürchteten als Kassenart Nr. 3 nach AOK und Ersatzkassen in der (gesundheits-)politischen Wahrnehmung marginalisiert zu werden und gründeten einen neuen Dachverband. Ihre Wahl zum Vorstand dieses Verbandes hat viele in der Szene überrascht. Was reizt Sie eigentlich an dieser Aufgabe?

Der BKK Dachverband ist ein eingetragener Verein - das heißt, alle BKK, die bei uns Mitglied sind, wollen diesen Verband. Sie haben sich bewusst für mich als Vorstand entschieden. Ich bin ja nun schon einige Wochen in diesem Amt, habe schon einige BKK vor Ort besucht und stelle fest, dass ich zum einen außerordentlich freundlich und kollegial begrüßt werde, und dass zum anderen vor Ort die Nähe zu den Unternehmen gelebt wird. Außerdem ist es eine Rückkehr in ein Tätigkeitsfeld, das ich sehr gut kenne, wenn auch bei einer anderen Kassenart. Der Unterschied ist: Dieser Verband wird neu aufgestellt und ich freue mich, hier die Strukturen und Prozesse so gestalten zu können, dass sich die Kassenart BKK - vermittelt durch ihre Interessenvertretung Dachverband - als gefragter Gesprächspartner und Impulsgeber für die „Gesundheitsszene“ in der Hauptstadt etablieren kann.

Wie kann denn überhaupt die Effizienz und der Erfolg eines Dachverbandes gemessen werden?

Vordergründig betrachtet wird von unseren Mitgliedern natürlich zuallererst auf die Umlage geachtet: Was kostet unser Verband im Vergleich zu jener, welche die Betriebskrankenkassen dem Spitzenverband zahlen müssen. Das wäre jedoch eine sehr vordergründige Betrachtung. Weit wesentlicher ist die Frage, welche Rolle der neue BKK Dachverband im Politikgeschehen spielen wird und auch, wie viel Gehör er finden wird.

Das im Vergleich zu anderen Verbänden, wie dem Spitzenverband Bund oder auch dem AOK-Bundesverband.

Es wird darauf ankommen, wie laut und durchdringend die Stimme der Betriebskrankenkassen, gebündelt über den BKK Dachverband, in Zukunft sein wird. Die klassische Verbandsarbeit misst sich aber auch daran, wie schnell unsere Mitglieder das Neueste aus dem Politikgeschehen Berlins erfahren und wie gut die Qualität der Einschätzung sowie der Prognosen sein wird. Aber auch, welchen Ruf unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Politik und bei anderen Verbänden sowie Vertragspartnern haben.

Das ist ein ganzes Bündel eher weicher Faktoren. Doch zählt am Ende nicht das, was unterm Strich steht, wenn gefragt wird: Hat das Invest wirklich etwas gebracht?

Die Betriebskrankenkassen haben selbst gespürt, dass es so wie bisher nicht mehr weitergehen konnte. Sonst hätten sie den neuen

Dachverband gar nicht erst gegründet.

Der alte Bundesverband in Essen war einfach auch zu weit weg von der Politik.

Die Betriebskrankenkassen machten hier die gleichen Erfahrungen wie alle anderen Akteure im Gesundheitswesen: Die Politik hat sich nach Berlin verlagert und ist wesentlich zentraler geworden, als das in der Bonner Republik je der Fall war, in der mit München, Hamburg, Köln und Frankfurt auch noch andere Zentren politisch relevant waren.

Gab es auch andere Gründe?

Selbstredend. Die Betriebskrankenkassen wollten mehr Mitsprache im Verband - und zwar direkt, nicht nur vermittelt über die Landesverbände. Ihr verständliches Hauptinteresse war es, als Kasse - ob als große oder kleinere - in ihrer ganzen Vielfalt wahrgenommen zu werden. Das hat auch seine Tücken, denn unser Dachverband ist einer, dessen Mitglieder sich gegenseitig Konkurrenz machen. Auch die Philosophie, welche Art von Wettbewerb man will, ist sehr unterschiedlich. Das liegt allein schon daran, welche unterschiedlichen Kassen wir vereinigen: So haben beispielsweise fast alle DAX-Unternehmen eigene Betriebskrankenkassen, aber auch familiengeführte mittelständische Firmen. Schon allein dadurch treffen sehr unterschiedliche Welten im Verband aufeinander.

Es wird schwierig werden, eine gemeinsame Botschaft zu formulieren.

Sicher. Aber die Betriebskassen haben andererseits erkannt, dass sie von der Politik marginalisiert werden, wenn sie diese gemeinsame Botschaft nicht haben. Das kenne ich noch sehr gut von der anderen Seite des Tisches. Hier habe ich die Gespräche mit den unterschiedlichen Akteuren innerhalb des BKK-Lagers gerade aufgenommen, denn es gibt natürlich unterschiedliche Interessenlagen, die einerseits austariert, aber eben auch gebündelt werden müssen. Beispielsweise hat die Deutsche BKK, übrigens zweitgrößte BKK in unserem Dachverband, kürzlich in Ihrem Medium ihre Interessenlage ausführlich dargelegt - der BKK Dachverband vertritt jedoch 89 BKK, die alle den berechtigten Anspruch haben, dass wir ihre Interessen ebenfalls im Auge haben. Jedoch bin ich zuversichtlich, dass es genügend große Schnittmengen gibt, um mit einer BKK-Stimme und gemeinsamen Botschaften in der Hauptstadt Gehör zu finden.

Wohl wahr. Sie waren damals auf Politikseite mit dabei, als der Spitzenverband eingesetzt wurde, der letztlich die einzelnen Verbände schwächte. Jetzt sind Sie genau bei einem solchen Einzelverband und haben in der neuen Welt, die sie damals mit schufen, zu leben.

Demnächst wird hier in der Ecke dieses Raums ein Geschenk mei-

ner Kinder hängen - ein überdimensionaler Plüsch-Elchkopf, der ein Schild mit einem Sponti-Spruch umhängen hat, der da lautet: „Die schärfsten Kritiker der Elche waren früher selber welche.“ Doch Spaß beiseite: Die Erwartungshaltung an den Spitzenverband Bund war es, dass dieser umfassend die Interessen aller Krankenkassen vertritt. Das hat sich jedoch nur zum Teil realisieren lassen. Das liegt auch daran, dass all jene Themen, die wirklich wettbewerbsrelevant sind, Kassen und die Kassenarten für sich selbst reklamieren und der Spitzenverband Bund dem nur zu gern nachkommt. Darum ist der Spitzenverband beispielsweise nicht sprachfähig zu wichtigen Themen wie Risikostrukturausgleich, Prävention, betrieblicher Gesundheitsförderung und einer differenzierten Ausgestaltung dieser Angebote.

Weil gerade bei diesen Themen die Kassenarten spezifisch angesprochen werden müssen.

Genau. Das trifft gerade auf die betriebliche Krankenversicherung mit ihrer traditionellen Herkunft mit ihrer jeweiligen Nähe zu Trägerbetrieben zu. Diese Betriebsnähe wird in Zeiten des demografischen Wandels immer wichtiger, weil die deutsche Wirtschaft ein erhebliches Interesse daran haben muss, ihre Belegschaften fit zu halten.

Das kann eine große Chance für die BKK werden.

Darum werden wir in dieses Thema in Zukunft massiv investieren, um es als Alleinstellungsmerkmal im Kassenwettbewerb zu nutzen.

Hand aufs Herz: War der Spitzenverband eine so tolle Idee?

Ja und Nein. Im Vergleich zum Status quo ante schon. Damals waren acht Verbände aktiv, die in einem permanenten Sitzungsmarathon ständig um sich selbst kreisten, was ich damals mal als einen immerwährenden Reichstag bezeichnet habe. Das waren Gremien, die keine Entscheidungen mehr fällen konnten, sich gegenseitig blockierten und eine schier unendliche Zeit aufgewandten, um politische Positionen zu erarbeiten. Sie konnten eigentlich nur abgeschafft werden.

Weil die Politik gerade in Reformprozessen handlungsfähige Partner braucht?

Exakt. Wenn es beispielsweise um die Schließung einer Kasse mit anschließender Haftung geht, braucht die Politik eine Institution, die aus sich heraus fähig ist, solche Fälle zu managen. Das war die alte Struktur eben nicht, die auf Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Verbände fußte und nicht einmal eigene Mitarbeiter hatte. Genau das hat sich geändert. Wenn man nur mal die Rolle des GKV-Spitzenverbandes bei der Abwicklung nach Schließung der CITY BKK und dann bei der BKK für Heilberufe sieht, dann hat sich diese Institution schon bewährt. Ich glaube aber auch, dass dadurch die Stimme der GKV als Ganzes kräftiger geworden ist. Das zeigen auch die Auseinandersetzungen zwischen dem Spitzenverband und der KBV oder dem Spitzenverband und der pharmazeutischen Industrie. Von daher macht es nach wie vor Sinn, einen solchen Spitzenverband zu haben.

Sonst kein Einspruch?

Doch. Was ich heute etwas anders sehe (nicht nur weil ich jetzt hier bezahlt werde), ist die Struktur darunter. Es gibt zu viele Kassen, als dass man auf eine intermediäre Ebene zwischen Einzelkasse und Spitzenverband Bund verzichten könnte. Gerade unsere Mitglieder beklagen sich, dass der Spitzenverband doch sehr weit weg ist von der betrieblichen Praxis. Meine ersten Gespräche, die ich mit dem Vorstand und mit Mitarbeitern des Spitzenverbandes geführt habe, drehten sich darum auch genau um das Thema, wie man die Kassen besser einbinden kann.



Sie waren auf der Politikseite, davor auf Seiten der AOK, danach auf der Beratungsseite und nun wieder auf Verbandsseite. Wie hat sich denn dadurch Ihre Sichtweise verändert?

Man lernt immer dazu. Ich habe mal von einem großen Erwachsenenbildner der Universität Augsburg gelernt, dass Probleme immer dreidimensional sind, die Sichtweise auf ein Problem indes immer zweidimensional. Dadurch sieht der Betrachter immer nur den Ausschnitt eines Problems. Geht man aber um dieses Problem herum, sieht man auf einmal Dinge, die man vorher einfach nicht wahrnehmen konnte. Genau diese Erfahrung habe ich durch den Wechsel von der AOK zum BMG und vom BMG zur Beratungstätigkeit gemacht, wo wir viele Kunden aus der Industrie hatten. Mich hat schon beeindruckt, wie groß die Distanz zwischen den politischen Gesetzmäßigkeiten und den Gesetzmäßigkeiten ist, nach denen beispielsweise ein Weltkonzern in der pharmazeutischen Industrie tickt.

Versteht man die jetzt besser als vorher?

Auf jeden Fall. Doch umgekehrt versteht die Industrie jetzt auch die Politik besser - hoffe ich zumindest.

Es müsste eigentlich mehr solche Seitenwechsler wie Sie geben, damit das System als solches besser funktionieren kann.

Ich hatte mich schon im BMG dafür ausgesprochen, ein Trainee-programm unter Einbeziehung der Gesundheitswirtschaft und der Verbände zu schaffen. Doch dann kamen die Antikorruptionsbeauftragten und sagten, das ginge nicht. So etwas halte ich für absurd. Warum soll nicht ein Mitarbeiter, der später Nutzenbewertungsregeln für die Industrie aufstellt, sich ansehen, wie ein Medikament entwickelt wird, welche Studien wann aufgelegt werden und vor allem welche Zeiträume es braucht, bis erste wissenschaftlich valide Erkenntnisse über ein Produkt gewonnen werden können? Klar weiß man das aus der Theorie, doch erst, wenn man einmal solche Prozesse in einem Unternehmen erlebt hat, ahnt man, wie vulnerabel das Geschäft der Entwicklung eines neuen Arzneimittels ist. Genauso sollte ein Mitarbeiter im BMG, der später für das Vertragsarztrecht zuständig ist, mal eine Arztpraxis von innen gesehen und beispielsweise den Aufwand einer Abrechnung kennengelernt haben.

Oder in einer Klinik das DRG-System verstehen lernen.

Ich habe mal etwas scherzhaft zu einem früheren Mitarbeiter gesagt: „Sie machen das Gesetz so, dass man es ohne Ihre Kommentare niemals verstehen kann.“ Ähnlich ist das ärztliche Honorar- oder das DRG-System. Da kenne ich heute niemanden mehr, der das versteht, früher kannte ich wenigstens noch zwei, drei.

Andererseits ist sicher die mögliche Korruption eine ständige Gefahr. Brauchen wir nicht Standards, wie man mit solchen Interessenkonflikten umgehen kann?

Die brauchen wir sicher. Das Ganze muss auch transparenter werden. Darum habe ich damals im Ministerium eingeführt, dass es über jedes Gespräch einen kurzen Vermerk oder eine kurze Information an den Vorgesetzten zu geben hat, woraus hervorgeht, wer wann über was mit wem geredet hat. Das gleiche galt auch für Gesetzgebungs- und Formulierungsvorschläge. Ich weiß genau, wie bequem es ist, wenn man Verbände anruft, die schnell mal ein paar Vorschläge machen, aus denen man sich etwas aussuchen kann. Das kann man auch machen, muss dann aber jeden Satz, der in einen politischen Abstimmungsprozess gegeben wird und der nicht originär von einem BMG-Mitarbeiter stammt, als solchen - und zwar mit Quellenangabe - kennzeichnen.

Wer kontrolliert das dann?

Das macht ein guter Amtschef, wie es beispielsweise der verstorbene Staatssekretär Dr. Schröder war. Dazu muss der Amtschef natürlich wissen, wo der Hase im System und im eigenen Haus läuft. Das ist ein echtes Problem, denn eine neue Administration braucht immer ein bis zwei Jahre, bis sie überhaupt das eigene Haus verstanden hat.

Kehren wir zur BKK-Landschaft zurück. Ist sie denn heute noch so gefordert wie früher? Oder sind diese vielen, oft kleinen Kassen nicht Relikte aus der Vergangenheit, die nur noch eine Zeit lang mitgeschleppt werden?

Solange sich Versicherte bewusst für eine solche Kasse entscheiden, haben diese ein Existenzrecht.

Diese Meinung haben Sie nun nicht immer vertreten.

Stimmt. Meine ehemalige Chefin hat immer von rund 50 Kassen geredet, doch diese Zahl fand ich immer ziemlich willkürlich. Für mich ist entscheidend, ob eine Kasse leistungsfähig ist, ihr Service überzeugt und ob sie alleine oder in Kooperation mit anderen ihre Marktbedeutung durch Vertragsgestaltung im Wettbewerb umsetzen kann. Wenn Sie das nicht kann, sehe ich sie als nicht erforderlich an. Und wenn sie einfach nur eine Kopie einer anderen ist, braucht man sie ebenfalls nicht.

Auch Sie hatten damals immer einmal Zahlen geäußert, auf die es hinauslaufen würde.

Das würde ich heute nicht mehr tun. Man hat erlebt, dass der Fusionsprozess ins Stocken geraten ist. Diese Prozesse kommen letztlich nur unter Druck zustande, ganz selten aus Weitsicht oder weil man so gut zusammenpasst. Fusioniert wird doch erst in dem Moment, an dem der Druck steigt, weil die Beitragsausstattung des Fonds nicht mehr ausreichend ist und möglicherweise eine Unterdeckung droht.

Andererseits bedeutet schiere Größe nicht unbedingt gleich Servicequalität.

Stimmt, wenn ich mir so ansehe, worüber sich die Versicherten im BMG oder im Petitionsausschuss beschwert haben. Die haben sich selten über kleine Krankenkassen beschwert, sondern in der Regel über die großen und hier vor allem über deren Beschaffungsentscheidungen und Hilfsmittelbewilligungen.

Sie hatten vorher die Chancen angesprochen, die ein BKK-System gerade in der nächsten Zukunft haben kann, wenn es darum geht, die Bedeutung des Menschen als Arbeitskraft zu thematisieren. Vielleicht auch, um damit den Gesundheitsgedanken über die reine Gesundheit - über den SGB V hinaus - auszuweiten.

Der Gesetzgeber hat doch die Schnittstellen zu anderen sozialen Systemen geschaffen. Dazu zähle ich beispielsweise die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Hier brauchen die Kassen einen größeren Gestaltungsspielraum. Ich habe selten erlebt, dass die Politik, wenn eine Kasse ein überzeugendes Konzept entwickelt hat, dagegen geschossen hat. Wer aktiv wird, wird eigentlich vom Gesetzgeber nicht bestraft, was bei der Aufsicht manchmal ein bisschen anders aussieht. Warum sollten wir zum Beispiel in der Perspektive nicht Gruppentarife anbieten können? Bis 1988 stand in der Reichsversicherungsordnung, dass man die Beitragshöhe bei Unternehmen nach der Gefährdungsklasse differenzieren kann; und auch die Unfallversicherung kennt dieses System. Warum sollte man nicht einmal Experimente in diesem Bereich unternehmen?

In Form von Bonus- und Malusystemen?

Eher Bonus. Wer seinen Gesundheitszustand durch aktive betriebliche Gesundheitsförderung oder durch Präventionsmaßnahmen verbessert, bekommt Geld zurück. Doch hier stehen wir ganz am Anfang der Überlegungen, doch kann ich mir hier durchaus eine Entwicklungsperspektive vorstellen.

Und wenn man über den SGB V hinausgeht?

Ich denke da beispielsweise an das SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In diesem Sozialgesetzbuch finden sich viele mustergültige Gedanken zur Kooperation von Sozialversicherungsträgern mit Dritten. Wenn wir das, was man daraus ableiten könnte, in der Krankenversicherung mit Leben füllen könnten, wären wir schon einen großen Schritt weiter.

Dann würden wir vielleicht auch eine andere politische Diskussion bekommen, die ganz handfeste Folgen für die Auslegung und Ausgestaltung des SGB V hätte.

Ich habe in unterschiedlichen Positionen immer wieder kritisiert, dass die Philosophie der Steuerung des Gesundheitswesens immer der Optimierung von Subsystemen folgt, statt auf einen Gesamtnutzen für das Gesamtsystem zu achten. So wird der Wirtschaftlichkeitsbegriff auf das einzelne Arzneimittel, die einzelne ambulante Behandlung oder die einzelne Krankenhausbehandlung bezogen, anstatt zu beachten, dass durch eine etwaige Einsparung in einem Subsystem die Lasten auf ein anderes System verschoben werden, wobei die Kosten unter Umständen sogar noch größer werden können.

Was wäre ein probater Ansatz?

Wir müssen versuchen, zu einer integrativen Betrachtungsweise zu kommen. Nur so wird man den Gesetzgeber dazu bekommen, dass er nicht mehr wie bisher eine Abfolge von Subsystemen zu optimieren

versucht, sondern stärker das Gesundheitssystem als System wahrnimmt und gesamthaft zu steuern versucht.

Könnte der Dachverband Träger und Motor dieses Gedankens sein?

Zumindest werde ich mich diesbezüglich in die Gremien des Dachverbands einbringen. Die ersten Diskussionen mit Vorstandsmitgliedern und Abteilungsleitern des Dachverbandes hatte ich schon.

Sie sprechen da auch ein generelles Problem an, das das AMNOG mit seiner doch sehr eindimensionalen Nutzensicht nur entfernt streift.

Was auch daran liegt, dass meist die nötigen Daten fehlen, die bisher sektoral, kassen- oder auch kassenartenbezogen erfasst werden. Somit werden nötige Studien der Versorgungsforschung, wenn nicht unmöglich gemacht, wohl aber sehr erschwert. Darum werde ich mich - ich weiß, dass da auch Überzeugungsarbeit in den eigenen Reihen erforderlich ist - dafür einsetzen, die Datenlandschaft der BKK besser nutzen zu können.

Können Sie sich vorstellen, dass es einen gemeinsamen Versorgungsforschungs-Datensatz der BKK gibt, wie ihn Prof. Dr. Bertram Häussler im vorletzten Titelinterview als Public Use-File gefordert hat?

Ich kann mir einen solchen Datensatz gut vorstellen.

Gibt es als ersten Schritt eine Art Überblick, an welchen Versorgungsforschungsprojekten die verschiedenen BKK arbeiten?

Den versuchen wir zu erhalten. Auch wenn bei uns noch nicht alle Betriebskrankenkassen Mitglied sind, zur Zeit sind es 89 von 109 möglichen.

Es kommt ja auch auf die Versicherungszahl an, die dahintersteht.

Sicher. Aber selbst wenn die eine oder andere BKK nicht mitmachen sollte, ist es auch nicht so schlimm. Die absolute Hundertprozentquote - das habe ich im BMG lernen müssen - ist niemals zu erreichen. Wer das versucht, legt sich die Latte immer zu hoch und springt ebenso regelmäßig unten durch. Dafür bekommt man nun mal keinen Applaus.

Was sind Ihre ersten Schritte als Chef des neuen Dachverbands?

Wir werden als Erstes eine Positionierung und eine Öffentlichkeitsarbeitsstrategie entwickeln. Der Verband steht nun einmal für die betriebliche Krankenversicherung und muss das in Wort und Tat ausdrücken können. Die AOK hat es da etwas einfacher: Da macht Dr. Hermann von der AOK Baden-Württemberg einen eigenen Hausarztvertrag und trotzdem stehen alle AOK als die große Hausarztfreundin da. Dass in diesem Stuttgarter Vertrag auch die Bosch-BKK mitmacht, nimmt man doch kaum zur Kenntnis.

Die Bosch BKK ist ja auch kein originärer Partner dieses Vertragskonstrukts.

Sie bringt aber durchaus eigene Ideen ein. Gerade bei der Ausgestaltung der Arzneimittelsteuerung ist viel Expertise der Bosch BKK eingeflossen.

Es gibt aber auch andere nicht so aktive BKK: Wie hält es ein Verband mit Best Practice?

Ich teile die Philosophie nicht, dass in einem Verband der Schlechteste oder der Langsamste das Gesamttempo bestimmt. Wer immer versucht, auch noch den Schlechtesten mitzuschleifen, gibt sich und sein

Ziel auf. Darum tun wir das nicht. Wir werden die Avantgarde vertreten und als solche den Diskussionsprozess anstoßen.

Sie wollen auch eine Best-Practice-Kultur entwickeln?

Warum nicht? Die könnten wir auf einer internen Plattform darstellen, damit man nicht gleich alle Zahlen und Fakten nach außen tragen muss. Dennoch kann man die Erfolgsfaktoren veröffentlichen, um zu verdeutlichen, was warum gut läuft und was warum nicht. Die Idee des Best-Practice ist aber nichts Neues. Schon der Bundesverband hatte im Jahr 2006 ein großes Projekt, das damals von McKinsey unterstützt wurde. Hier wurde eruiert, in welchen Bereichen welche der Mitgliedskassen einen Best-Practice-Ansatz haben. Das Problem des Bundesverbandes war es damals, dass die nahezu wasserdichte Schicht der Landesverbände zwischengeschaltet war. Von daher war es für den Bundesverband ganz schwierig, mit den Kassen direkt in Kontakt zu kommen, sich mit ihnen auszutauschen und auch die Best-Practice-Ansätze transparent zu machen. Als Dachverband sind wir diesbezüglich in einer sehr viel komfortableren Situation, da wir nun direkten Zugang zu den Kassen haben. Von daher könnte der Best-Practice-Ansatz eine ganz andere Erfolgchance haben.

Vor wenigen Tagen gab es ein Gerichtsbeschluss des LSG NRW, der den Finanzausgleich 2013 des Morbi-RSA in Teilen revidiert hat, zu dem Sie sich als neuer Chef des BKK Dachverbands zu Wort gemeldet haben. Sie führten in einer Pressemitteilung an, diese Korrektur sei nicht weitgehend genug.

Es ging bei diesem Beschluss um die sogenannte Annualisierung, also die Berücksichtigung des Todeszeitpunktes. Das stellt aber nur eine Facette der Debatten um den Risikostrukturausgleich dar. Es gibt seit Jahren wissenschaftliche Berichte des Beirates, die klipp und klar auf andere Methodenfehler hinweisen - wie bei der Erfassung des Krankengeldes, der Verwaltungsausgaben und der Abbildung des Finanzstatus insbesondere kleinerer Kassen, wenn beispielsweise ein Hochleistungs- oder Hochkostenfall auftritt. Deshalb sollte man, wenn man schon dran geht einen Methodenfehler zu beseitigen, alle erkannte Mängel beseitigen. Doch da bin ich Realist: Die Debatte um den Risikostrukturausgleich ist eine Debatte um Geld zwischen Krankenkassen und wird immer interessegeleitet sein.

Mit was rechnen Sie also?

Wenn das Bundesversicherungsamt Revision einlegt, wird die Politik handeln müssen. Dann wird sich das BMG die Gesamtproblemlage ansehen und dies mit den Krankenkassen erörtern müssen. Kommt dabei kein Konsens zu Stande, wird der Knoten politisch durchgeschlagen werden.

Bei den konträren Positionen der Kassen rechnen Sie mit einem Konsens?

Ich würde ihn begrüßen. Die Verbände der Krankenkassen sollten gegebenenfalls unter externer Moderation der Politik einen gemeinsamen Vorschlag machen, was indes einige meiner Kollegen etwas anders sehen. Aber erinnern wir uns: Zu Beginn der Amtszeit von Ulla Schmidt hat es auch einen gemeinsamen Vorschlag der alten Kassenverbände gegeben. Dort wurde niedergeschrieben, wie der Weg in Richtung Morbi-RSA in der Zeitperspektive und inhaltlich aussehen könnte. So viel Überzeugungskraft wie damals müssten wir doch eigentlich heute auch haben - bei allen real existierenden Interessengegensätzen.

Und wenn nicht?

Dann wird die Politik ein solch heißes Eisen eher zögerlich anpacken und wahrscheinlich durch Gerichte in allerletzter Sekunde gedrängt werden, eine Notlösung finden. Das kann es aber doch nicht sein, oder? Wenn wir mehr als eine Notlösung haben wollen, müssen wir schon gemeinsam einen Vorschlag machen.

Sehen Sie das als wirklich möglich an? Die Macht des Geldes ist doch sehr beharrlich.

Sicher. Doch jeder weiß, dass er schon morgen auf der Verliererseite stehen kann. Es nützt keinem etwas, ein überragender Gewinner dieses Spiels zu sein, wenn auf der anderen Seite einigen Kassen das Geld fehlt, und sie möglicherweise geschlossen werden müssen. Dann sind auf einmal diejenigen, die zuvor die Gewinner waren, auf einmal im Haftungsverbund und damit doch wieder die Zahler. Von daher muss man sich sehr genau überlegen, wie man einigermaßen stabil die Interessen möglichst vieler vertreten kann.

Was nun nicht heißt, dass man damit die Maximalinteressen Einzelner vertreten kann.

Das wird sicher nicht funktionieren. Dass ein Herr Baas von der TK oder der Chef einer wirklich gut gehenden Betriebskrankenkasse ein anderes Interesse haben als die Bundesknappschaft oder beispielsweise die Deutsche BKK, wie Herr Stein im letzten Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“ erklärt hat, ist doch klar. Aber dennoch sehe ich durchaus die Bereitschaft, in eine Diskussion einzutreten.

Ein solcher Konsens würde das System sicher verbessern helfen.

Wir sind nicht dazu da, primär Finanzstreitigkeiten zu regeln, sondern die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Wenn dieser Fokus aus dem Blickfeld gerät, weil man sich mal wieder über den Risikostrukturausgleich streitet, finde ich das ziemlich unbefriedigend.

Eigentlich wäre ein Konsens zu Versorgungsqualität und Versorgungsmanagement wesentlich interessanter und zielführender, denn beides leidet, wenn durch ungenaue RSA-Zuweisungen zu wenig Geld vorhanden ist. Müsste nicht eine Diskussion angeschoben werden, welchen Wert eine gute Versorgung der klassischen Versorgerkassen beigemessen werden muss?

Der Wert ist da. Nur die Betrachtungsweise ist durch die jährliche Betrachtungsweise die falsche.

Müsste man nicht auch die Berichterstattung und das Controlling-System ändern, um langfristige Effekte der Versorgung nachweisen zu können?

Das haben gut geführte Kassen längst getan. Die öffentliche Berichterstattung auf der Basis von Statistiken - KV 45 insbesondere - ist dem nur noch nicht gefolgt. Dazu kommt, dass es immer noch ein manipulationsanfälliges Instrument ist; soll heißen: Wer versiert buchen kann, ist in der GKV im Vorteil. Darum nützt es auch herzlich wenig, allein Daten, die man aus dem RSA bekommt, als Versorgungsdaten zu interpretieren. Erschwerend kommt hinzu, dass bei KV 45 immer eine relativ kleine Zeitperiode - ein Quartal, bestenfalls mal ein Jahr - betrachtet wird. Wie soll man da feststellen, ob sich das, was über Jahre hinweg beispielsweise in ein Diabetikerprogramm investiert wurde, gerechnet hat oder nicht? Die kurzfristige kameralistische Betrachtungsweise ist sicher eines der zentralen Probleme unseres Gesundheitssystems. Damit bin ich bei der Rechtsaufsicht, bei der ich oft nicht den Eindruck habe, dass sie die Philosophie des Risikostrukturausgleichs

richtig verstanden hat, leider (noch) nicht durchgedrungen. Die genehmigt Selektivverträge nämlich nur, wenn ein „return of investment“ innerhalb eines Jahres vorliegt. Das ist völlig absurd.

Sie hält sich sicher akkurat an den Gesetzestext.

Als ich im BMG saß und Herr Hecken beim BVA, haben wir über diese Probleme geredet. Dann wurde das Gesetz zumindest systemfreundlich interpretiert.

Mit seinem Nachfolger im Amt, Herrn Dr. Gaßner, kann man nicht reden?

Ich weiß es noch nicht, ich denke aber schon. Ich habe Herrn Dr. Gaßner als konstruktiven Kollegen kennengelernt. Wenn man schon dabei ist, kann man gleich mit überlegen, ob nicht auch das Haushaltsrecht des SGB V renoviert werden muss. In der Politik habe ich dazu die Bereitschaft erlebt, völlig unabhängig von der parteipolitischen Orientierung. Damals hat die hessische Sozialministerin Lautenschläger dafür plädiert, mehr handelsrechtliche Buchführungsvorschriften einzuführen, Prof. Lauterbach auf der anderen Seite ebenso. Das ist in der Politik nicht umstritten.

Wie bekommt man ein solches Thema voran?

Indem man es öffentlich thematisiert und eigene Vorschläge macht, was wie geändert werden könnte.

Ist die Innovation auf Kassenseite durch die Rechtsaufsicht oder die Form der Rechtsaufsicht behindert?

Die unterschiedlichen Aufsichtszuständigkeiten und vor allem die unterschiedlichen Aufsichtspraktiken sind für uns seit Langem ein Dorn im Auge. Kein Wunder auch, denn es kann einer Kasse wie der Siemens BKK durchaus passieren, dass sie einen Selektivvertrag schließt, den das BVA prima findet, aber dann in jedem Bundesland jeder Landesaufsicht vorstellen muss, wovon zum Beispiel die Hälfte zustimmt, die andere dagegen nicht. Ebenso kann es passieren, dass die AOK Baden-Württemberg bei ihrer Landesaufsicht einen Vertrag ohne Probleme genehmigt bekommt, während der gleiche Vertrag mit der gleichen Philosophie und den gleichen Steuerungsansätzen eine unserer Kassen beim Bundesversicherungsamt nicht genehmigt wird. Das ist auf Dauer nicht hinnehmbar.

Sie hatten in der Vergangenheit der Bundesregierung einen Vorschlag gemacht, wie eine funktionale Aufsichtsteilung aussehen könnte: Für Finanzsachen sollte der Bund zuständig sein, der auch den RSA abwickelt.

Die ganze Debatte um echte oder gefühlte Finanzautonomie ist eine Scheindebatte, denn für die Versorgungsfragen sind nun mal die Länder zuständig. Das hieße dann aber auch, dass an dieser Stelle alle Länder - bis auf einige wenige - aufrüsten müssen. Denn nicht jedes Bundesland hat eine so funktionsfähige Verwaltung wie Bayern oder Nordrhein-Westfalen. Selbst in größeren Bundesländern gibt es nicht einmal ein eigenes Referat im entsprechenden Ministerium. Davon zu unterscheiden ist die Frage nach regional differenzierten Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich oder die Rückkehr zur Beitragssatzautonomie der einzelnen Kassen. Hier kann ich mir durchaus Veränderungen vorstellen.

Wenn einige Bundesländer nicht einmal ein eigenes Referat haben, wird das nicht funktionieren.

Nie. Die da beschäftigten Menschen sind völlig überfordert, wenn

sie alle Versorgungsverträge ansehen müssen. Wer aber Versorgungskompetenz als Land reklamiert, muss auch entsprechende Leute mit der nötigen Kompetenz haben. Alleine schon von daher plädiere ich für eine Veränderung der Aufsicht. Das setzt natürlich auch voraus, dass sich Bundes- und Länderaufsichten nicht nur zweimal im Jahr zusammensetzen, sondern ein permanent funktionsfähiges Netzwerk bilden. Aber auch das kann man aus Unternehmen lernen, dass unterschiedliche Standorte durchaus in einer gemeinsamen Philosophie zusammenarbeiten können.

Wenn denn ein gemeinsames Wollen dahinter vorhanden ist. Was würden Sie denn einer neuen Bundesregierung als wichtigste Schlüsselthemen empfehlen?

Vor allem würde ich empfehlen, einen Fahrplan für die gesamte Legislaturperiode zu erstellen. Meine Erfahrung hat mich gelehrt, dass man einen Prioritätenplan braucht; und dann die Konsequenz, diesen auch nacheinander abzuarbeiten.

Natürlich sieht Ihr Prioritätenplan anders aus als von manchen Politikern oder von mancher Partei. Was steht bei Ihnen ganz oben?

In meiner Hierarchie steht die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ganz oben. Das bedeutet Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten, und Abbau von Unterversorgung in sozial benachteiligten und ländlichen Gebieten. Das ist sicher das schwierigste Thema, aus dem sich wiederum andere Fragen und Problemfelder ableiten.

Bildet sich das denn nicht bestens im BKK-System ab? Man kann sich doch gut vorstellen, dass in schwächer versorgten Gebieten die BKK neben den AOKen die Treiber sind.

Betriebskrankenkassen haben in der Regel im ländlichen Raum keinen hohen Marktanteil, da sie aufgrund der betrieblichen Herkunft klassische Krankenkassen in meist urbanen Ballungsgebieten sind. Doch haben wir durchaus auch kleinere Kassen, die eher in strukturschwachen Gebieten oder in eher ländlichem Raum zu Hause sind. Generell aber spüren die BKK im Vergleich zu den AOK den Druck der Unterversorgung nicht so extrem, weil diese eben einen stärkeren Anteil in den ländlich strukturierten Gebieten haben. Doch damit haben sie auch einen Kostenvorteil, denn die Leute auf dem Land nehmen weniger medizinische Leistung in Anspruch. Ob das immer eine Frage der Notwendigkeit und des mangelnden Angebotes ist, ist eine andere Frage.

Ob das nun Angebots-indizierte oder eben nicht-indizierte Nachfrage ist, ist wahrlich die Frage. Doch kommen wir zum Themenfeld Rabattverträge. Sind diese Verträge für Sie sinnvoll?

Das Rabattthema ist nun nicht spezifisch BKK-typisch. Doch sollte man immer nach den Folgen fragen, unabhängig von der Kassenart. Wie geht der Versicherte mit dem Rabattsystem um? Was erlebt er in der Apotheke? Dann würde ich noch ein bisschen weiter gehen und fragen: Was hat denn das Gesamtsystem davon? Sicher können durch Rabattverträge durchaus nennenswerte Einsparbeträge erzielt werden. Auf der anderen Seite wird dadurch die Zukunft der Generikaindustrie bedroht, gerade im mittelständischen Bereich. Es kann durchaus sein, dass mit dem Rabattvertrag kurzfristig gespart wird, doch das Gesamtsystem langfristig verteuert wird, weil irgendwann nur noch drei oder vier internationale Konzerne den Markt dominieren.



Auch eine Änderung der Sichtweise, die Sie erfahren haben?

Durchaus. Ich war aber schon zu AOK-Zeiten skeptisch, ob die kurzfristige Betrachtungsweise die richtigen Ergebnisse bringt. Mein Anliegen war und ist es, das System zu stabilisieren. Außerdem bin ich im sogenannten rheinischen Kapitalismus sozialisiert worden: Ich habe gelernt, dass das Strangulieren der Gegenseite nicht gut ist, denn langfristig braucht man echte Partner.

Ist das nicht auch ein fast zwingender Ausfluss der Ökonomisierung im Gesundheitswesen.

Beim Thema Ökonomisierung bin ich vorsichtig. Das Wort gefällt mir einfach nicht; und zwar deshalb nicht, weil es den Eindruck schürt, als gäbe es einen ökonomiefreien Raum im Gesundheitswesen. Das stimmt jedoch nicht, denn jede Entscheidung im Gesundheitswesen hat nicht nur eine ethische, sondern immer auch eine ökonomische Dimension.

„Das Strangulieren der Gegenseite ist nicht gut, denn langfristig braucht man echte Partner.“

Hat nicht die Politik einen erheblichen Einfluss darauf, wie sie bestimmte Trends fördert?

Die Politik reagiert letztlich nur darauf, was die Akteure des Systems tun oder eben nicht tun. Der Arzneimittelbereich ist insoweit ein besonderer Bereich, weil man hier mit einfachen Maßnahmen relativ schnell Einsparungen erzielen kann. Wenn man das DRG-System oder die ärztliche Honorierung verändern will, braucht man dagegen viele Umsetzungsschritte und einen langen Atem. Eine sichtbare Einsparung erlebt man da in der Regel nicht in einer Legislaturperiode. Im Arzneimittelbereich kommt noch dazu, dass die Industrie bei der Politik ein ganz miserables Image hat. Das beginnt bei der Frage, ob ein öffentliches System die hohe Renditeerwartung einer Branche befriedigen muss, die deutlich über der von anderen Branchen liegt. Hinzu kommen die zersplitterte Verbandslandschaft der pharmazeutischen Industrie und deren - nach meiner Ansicht - schlechte Kommunikation.

Alle stellen sicher zu wenig dar, welchen Wert die Produkte für die Gesamtversorgung haben.

Und jedes Unternehmen erzählt nach Betroffenheit der Politik etwas anderes. Mir fehlen die Metabotschaften. Es wurde über Jahre hinweg

versäumt, eine solide Kommunikation aufzubauen, dafür strapaziert man seit Jahren immer dieselben Untergangsszenarien. Politiker haben schon so oft gehört, dass morgen die Sonne nicht mehr scheinen wird, und ebenso erlebt, dass die Sonne doch wieder aufgeht. Wenn diese Metapher allzu sehr gebraucht wird, wirkt sie eben selbst dann nicht mehr, wenn man objektiv nachweisen kann, dass man zu bestimmten Bedingungen einfach nicht mehr konkurrenzfähig produzieren kann.

Welche Möglichkeiten hat denn die Pharmabranche, verlorenes Vertrauen wieder aufzubauen?

Sie muss eine wirklich gute Kommunikationsstrategie entwickeln, die über Jahre durchgehalten wird. Das hat beispielsweise die chemische Industrie exzellent hinbekommen. Vor 20 Jahren war das Image der chemischen Industrie durch diverse Chemieunfälle irgendwo zwischen Drogen- und Waffenhandel angesiedelt. Eine wirklich konsequente, langfristige Kommunikations- und Umweltschutzpolitik hat das geändert. Nun weiß ich aber auch, dass das Umfeld der Gesundheitspolitik ein anderes als jenes der Chemie ist, weil viel mehr - und oft selbst verschuldete - „Aufreger“ durchs System jagen.

Ist das nicht eine Frage der Rolle, die die Industrie spielen will?

Die Pharmaindustrie hat die eigene Rolle in der Vergangenheit als reiner Zulieferer verpackter Chemie definiert. In Wirklichkeit aber verkauft sie doch gar kein chemisches Produkt, sondern die mit diesem Produkt mögliche Behandlungsstrategie bis hin zum Versorgungskonzept. Hinzu kommt eine verfahrenere gesellschaftspolitische Situation, weil die Kassen die pharmazeutische Industrie nahezu als „Klassenfeinde“ betrachtet. Da sitzen quasi beide in ihren jeweiligen Gräben und schießen ziemlich unkontrolliert und unkoordiniert auf die jeweils andere Seite. Besser wäre doch eine Kommunikation miteinander, die auf dem aufbaut, was der eine für den anderen leisten kann. Es gibt doch keine Branche, in der es so viele medizinische Expertise gibt wie in der pharmazeutischen Industrie, nun bräuchte sie eine bessere Kommunikation und Versorgungsforschung, die das evident belegt, was die Industrie versprechen kann.

Wären da die BKK und die Industrie nicht die besten Partner?

Warum nicht? Doch bisher wollen Pharmafirmen den Kassen Versorgungsmanagementkonzepte verkaufen, die man eigentlich gar nicht als solche bezeichnen kann - die sind zum großen Teil einfach nicht stimmig, sondern nur darauf ausgelegt, den Marktanteil zu erhöhen oder wenigstens zu festigen. Dabei wäre es für Kassen überhaupt kein Problem, wenn die Industrie ihre Pillen in einem interessanten Konzept an den Mann bringt, wenn denn nicht nur eine Win-, sondern eine Win-Win-Situation dahinter stehen würde.

Ihr Rat?

Die Pharmaindustrie muss mehr in stimmige Konzepte für gute Versorgungsansätze investieren, die den Versicherten und damit den Kassen wirklich helfen. Dann gewinnen alle.

Was kann der BKK-Dachverband selbst in Sachen Versorgungsforschung vorantreiben?

Das hängt davon ab, inwieweit wir die Vertragskonstruktionen der Selektivverträge in der Arzneimittelversorgung, aber auch jene der ambulanten Behandlung mit einer standardisierten Evaluation für die Versorgungsforschung nutzbar machen können. Das wird der Schwerpunkt des BKK-internen Bereichs Versorgungsforschung sein. Ich denke, dass wir uns je nach politischer Entwicklung darauf einstellen müssen,

dass Preisverhandlungen von der Ebene des GKV-Spitzenverbandes aus Governance-Gründen auf eine Ebene darunter verlagert werden. Wer das will, muss auch dafür sorgen, dass die Instrumente, mit denen der Nutzen des Systems gemessen werden kann, mit den richtigen Daten gefüttert werden können.

Haben Sie eine Zeitlinie geplant?

In den nächsten ein, zwei Jahren müssten entsprechende Aufträge an die Wissenschaft erteilt werden, damit solche Instrumente, die wirklich als Steuerungsinstrumente für die einzelnen Kassen taugen, entwickelt werden können. Dazu braucht es aber erst einmal eine Art Pflichtenheft für Selektivverträge, für Preisvereinbarungsverträge usw.

Die AOK hat dafür ein eigenes WiDO, die TK ein WINEG.

Nun wird der BKK Dachverband so schnell kein eigenes wissenschaftliches Institut aus dem Boden stampfen können. Stattdessen werden wir ein wissenschaftliches Netzwerk schaffen, möglicherweise sogar über die Grenzen der Kassenarten hinaus. Wir kooperieren bereits heute mit anderen unternehmensnahen Krankenversicherungen wie der IKK oder der Knappschaft. Meine Vorstellungen gehen dahin, ein Versorgungsforschungskonzept in einem Netzwerk von 5 bis 10 Instituten zu erarbeiten, die mit uns bevorzugt kooperieren.

Gibt es denn ein Konzept für Versorgungsforschung des BKK Dachverbands?

Noch nicht, dafür ist der Verband noch zu jung. Der BKK Dachverband ist aber für dieses Thema federführend innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Dr. Roland Leuschner, der stellvertretende Abteilungsleiter Versorgungsmanagement koordiniert diese Aktivitäten, die zusammen mit dem BMBF und dem BMG laufen.

Ihr Vertrag läuft über fünf Jahre. Was haben Sie sich vorgenommen?

Das erste Jahr ist ein Jahr des Aufbaus. Daran arbeiten derzeit 15 Mitarbeiter, wobei ich die Perspektive 50+ habe. Das ist aber nicht so einfach, denn gute Mitarbeiter muss man erst einmal gewinnen. Das Aufbaujahr wird durch die Wahlen überlagert, denn damit werden politische Grundentscheidungen für die kommenden vier Jahre getroffen. Und schon bei diesen wollen wir gehört werden. Ich möchte erreichen, dass man uns fragt. Erste Gespräche mit politischen Akteuren waren da ganz positiv. Die freuen sich, wenn es eine neue innovative Stimme gibt. Danach wird das Thema Gruppenverträge für betriebliche Prävention angegangen. Und in der Perspektive der Best-Practice-Ansatz.

Wer hat denn zur Zeit den größten Einfluss auf die Politik?

Der AOK-Bundesverband. Davon wollen wir ein Stück erobern. Ich mache mir aber keine Illusionen, denn die sind sechsmal größer als wir. Aber die AOK vertritt ja auch rund 40 Prozent der Versicherten dieser Republik. Dennoch wollen wir uns für eine Vielfalt unterschiedlicher Ideen einbringen, für die das BKK-System steht und ein Teil der GKV-Kultur darstellt. Darum werden wir der Politik deutlich machen, dass es Sinn macht, auf unterschiedlichen Wegen mit unterschiedlichen Organisationen zu agieren. Dazu brauchen wir schon diese fünf Jahre.

Herr Knieps, Danke für das Gespräch. <<

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

Versorgungskonzepte nach ihrem Integrationsgrad						
Vielfalt der Indikationen / Umfang der Sektoren	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Sektoren
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische, partiell indikationsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung IV				
+ Indikationen		vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V				
Alle Indikationen		indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung III				sektor- und indikationsübergreifende Versorgung VI

Tab. 1: Eigene Darstellung Wille in Anlehnung an Baumann, M. 2006, S. 206.

Gutachten: Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) in die integrierte Versorgung

Praxisnetze weiter im kollektivvertraglichen Bereich

Über mögliche „Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme in die integrierte Versorgung“ hat Prof. Dr. Eberhard Wille, der stellvertretende Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ein Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) erstellt. Sein Fazit: Es gibt durchaus Optionen, aber auch Hindernisse, die einer zielorientierten Verzahnung von DMP mit integrierten Versorgungsformen entgegenstehen; wobei - Status heute - letztere zu überwiegen scheinen.

>> Zwar zeichnet sich in der deutschen Gesundheitsversorgung nach Ausführungen Willes schon seit geraumer Zeit ein Trend zu einer zunehmenden Kooperation unter den Ärzten ab, doch während die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung und ihre besondere Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen in Politik und Wissenschaft außer Frage stünden, zeichnen laut Wille die jüngsten Entwicklungen im Bereich der besonderen Versorgungsformen und die Ergebnisse von Befragungen bei Krankenkassen und Krankenhäusern ein eher ernüchterndes Bild. So sind die Verträge zu den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V mit Auslaufen der Anschubfinanzierung ohne die Berücksichtigung von Betriebskrankenkassen, deren umfangreiche Fremddabschlüsse die (Vertrags-) Zahlen nach oben verzerren würden, von 2008 bis 2009 um ca. 25% zurückgegangen und stagnierten anschließend (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 438ff.) Wille: „Unter dem Blickwinkel einer sektorenübergreifenden Versorgung vermögen diesen Rückgang auch nicht die Zunahme von Verträgen und Ausgaben bei der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V oder die recht kontinuierliche Entwicklung der DMP zu kompensieren, es sei denn, diese besonderen Versorgungsformen bilden integrale Bestandteile eines umfassenderen sektorübergreifenden Versorgungskonzeptes.“

Das jedoch tun sie eben zum großen Teil nicht. Den Integrationsgrad der in Deutschland verbreiteten Versorgungskonzepte lässt sich - wie Wille in einer Tabelle synoptisch aufzeigt - mit Hilfe der beiden zentralen Kriterien Umfang der Leistungssektoren und Vielfalt der einbezogenen Indikationen weitgehend idealtypisch bestimmen und klassifizieren. Dabei nimmt der Integrationsgrad des Versorgungskonzeptes mit dem Umfang der Leistungssektoren und der Vielfalt der einbezogenen Indikationen, d.h. in Tabelle 1 von links oben nach rechts unten, tendenziell zu. Den geringsten Integrationsgrad weist in diesem Schema eine sektorspezifische Versorgung auf, die sich auf eine Indikation beschränkt, was laut Wille z.B. für ein DMP gelte, das sich eben nur auf einen Leistungssektor erstrecke. Die sektorspezifische Versorgung kann auch mehrere oder alle in ihren Bereich fallenden Krankheitsbilder einschließen; so ermöglicht beispielsweise der § 73c SGB V neben einzelnen Bereichen auch die Einbeziehung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung. Gleiches gelte auch für die hausarztzentrierte Versorgung oder für Versorgungskonzepte, die sich nur aus Hausärzten zusammensetzen. Die hausarztzentrierte Versorgung

kann darüber hinaus auch einen integralen Bestandteil einer fach- und sektorenübergreifenden Versorgung bilden.

Die besonderen Versorgungsformen und mit ihnen die wettbewerblichen selektiven Verträge vermochten laut Wille zwar das stark verkrustete System des deutschen Gesundheitswesens etwas aufzulockern, die Aufbruchstimmung, die 1998 bei den Modellvorhaben und den Strukturverträgen sowie 2004 bei den integrierten Versorgungsformen aufkam, sei aber zwischenzeitlich verloren gegangen. Wille: „Die Krankenkassen messen derzeit dem Preiswettbewerb und mit ihm reinen Kostensenkungen eine größere Bedeutung zu als dem Versorgungs- bzw. Qualitätswettbewerb mit innovativen, wettbewerblich orientierten Konzepten.“

Angesichts der Stagnation bei der integrierten Versorgung und den wettbewerblich orientierten selektiven Verträgen taucht vielfach die Forderung nach einer erneuten finanziellen Förderung auf. Nach Auslaufen der finanziellen Anreize für die DMP und die integrierten Versorgungsformen Ende 2008 ermöglicht § 87b Abs. 2 SGB V ab Anfang 2012 für „vernetzte Praxen“ bzw. „Praxisnetze“ ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, um damit „der kooperativen Behandlung von Patienten ... angemessen Rechnung zu tragen“. Obgleich diese Gesetzesinitiative zur Förderung kooperativer Behandlungen in die richtige Richtung weise, besteht für Wille zum einen Zweifel, was ihre Umsetzbarkeit betrifft, und zum anderen Bedenken, ob und inwieweit hiervon die Versorgungsnetze mit einem hohen Integrationsgrad profitieren. Zunächst erfolge die finanzielle Förderung der Praxisnetze aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, so dass sich diese für den Rest der Vertragsärzte, d.h. für die weit überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte, entsprechend reduzieren. Wille: „Es stellt insofern eine korporative Herausforderung für die KVen dar, eine qualitativ ausgewiesene Minderheit zu Lasten der Mehrheit finanziell besser zu stellen.“ Zudem bilde die Kooperation mit Leistungserbringern aus anderen Leistungsbereichen, d.h. vor allem Krankenhäusern, zwar ein Kriterium für die Auswahl der förderungswürdigen Praxisnetze, aber keine zwingende Bedingung. Es liege daher nahe - und wohl auch im Interesse der KVen -, dass die Förderung der Praxisnetze auch wettbewerblich im kollektivvertraglichen Bereich bleibt. Willes Vermutung: „Daraus folgt, dass gerade die Netze mit einer sektorübergreifenden Orientierung und/oder einem hohen Integrationsgrad nicht in den Genuss dieser Regelung kommen.“ <<

INSIGHT Health-Analyse zeigt ADHS-Versorgung mit regionalen Besonderheiten

Hyperaktives Unterfranken?

Wie eine aktuelle Analyse des Informationsdienstleisters INSIGHT Health zeigt, gibt es regionale Unterschiede in der medikamentösen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS. Die ADHS-Hochburg nach Tagestherapiedosen (DDD) pro Kopf ist Unterfranken.

>> ADHS gilt als eine der häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters. Charakteristisch für das Krankheitsbild ist ein ausgeprägt unaufmerksames und impulsives Verhalten, vor allem in Gruppensituationen, gepaart mit Unruhe und einem übermäßigen Bewegungsdrang. Kinder, die unter dieser Störung leiden, können sich nicht richtig konzentrieren und sind mitunter demotiviert oder auch aggressiv. Oftmals sind Konflikte in Familie, Schule und Ausbildung die Folge. Die Erkrankung ist damit häufig nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Umfeld belastend.

Das Robert Koch-Institut spricht davon, dass bei etwa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen bereits ADHS diagnostiziert wurde. Bei weiteren fünf Prozent liegen Hinweise auf eine Störung vor, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen. Ebenso nimmt die Häufigkeit der Erkrankung mit sinkendem Sozialstatus zu. Die ersten Symptome treten in der Regel bei Kindern oft schon im Säuglingsalter auf. Bei bis zu der Hälfte der Personen mit der Diagnose ADHS bleiben die Symptome im Erwachsenenalter bestehen (RKI, 2008).

Änderungen in der ADHS-Diagnostik ergeben sich aus der im Mai 2013 erschienenen Neufassung des DSM-V. Es ist die fünfte Auflage des von der American Psychiatric Association herausgegebenen Klassifikationssystems „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, welches eine zentrale Grundlage zur Klassifikation psychischer Erkrankungen bildet. Zur Diagnosestellung ADHS ist es in Zukunft ausreichend, dass die Symptome bis zum zwölften Lebensjahr das erste Mal auftreten. Im DSM-IV musste dies bereits bis zum siebten Geburtstag erfolgt sein.

Auch wird im DSM-V erstmalig der Tatsache Rechnung getragen, dass ADHS nicht ausschließlich eine Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen ist, sondern auch Erwachsene darunter leiden. ADHS ist demnach eine bei Erwachsenen anerkannte Störung.

„Generation ADHS“?

Das Thema ADHS ist seit längerem verstärkt in der Diskussion und verliert nicht an Aktualität, wie beispielsweise der im Januar publizierte Arztreport 2013 der Barmer GEK belegt. Dort ist u. a. davon die Rede, dass in Deutschland eine „Generation ADHS“ heranwächst. In Zahlen ausgedrückt konstatiert die Barmer GEK, dass unter Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre die Zahl diagnostizierter ADHS zwischen 2006 und 2011 von 2,92 auf 4,14 Prozent geklettert sei. Auch berichtet die Barmer GEK von einer Versorgungsdichte für das Jahr 2011 von rund 862 Tagesdosen je 1.000 Personen über alle Altersgruppen (2009 sowie 2010: 893). Ebenso weist der Report regionale Versorgungsschwerpunkte aus (Dr. Schlenker: „Würzburg ist ADHS-Welthauptstadt“, außerdem zählen 6 der 13 Kreise mit den bundesweit höchsten Diagnoseraten zu Unterfranken).

Die vorliegende Untersuchung greift die Analyse der Barmer GEK zu regionalen Besonderheiten in der Arzneimittelversorgung bei ADHS auf. Die Datengrundlage der Analyse von INSIGHT Health bildet eine nahezu Vollerhebung der im Zeitraum 2010 bis Juni 2013 über Apothekenrechenzentren abgerechneten GKV-Rezepte.

Die Daten liegen im Unterschied zur Studie der Barmer GEK für alle gesetzlichen Krankenkassen vor. Ein wesentlicher Erkenntnisbeitrag liegt demnach in der Verwendung eines repräsentativen, krankenkassenübergreifenden Datensatzes. Es liegen zudem hochaktuelle Daten vor, so dass bereits Aussagen für den Zeitraum bis Juni 2013 getroffen werden können. Somit ist ein nahezu direktes Abbild der aktuellen Versorgungsrealität im ambulanten Bereich der GKV möglich. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass die regionale Zuordnung nicht über den Wohnort des Patienten, sondern den Ort der abgebenden Apotheke erfolgt.

Wie die aktuelle Analyse von INSIGHT Health zeigt, wurden im Zeitraum Juli 2012 bis Juni 2013 rund 870 definierte Tagestherapiedosen (DDD) an ADHS-Medikamenten je 1.000 Versicherte über die GKV abgerechnet. Dies entspricht über 60 Mio. DDD bzw. 2 Mio. Packungen zu einem Ausgabenvolumen in Höhe von rund 100 Mio. Euro nach Apothekenverkaufspreisen (ohne Berücksichtigung von Herstellerabschlägen, Rabatten und Zuzahlungen). Die aktuell ermittelten Verbrauchswerte liegen damit im Bereich der Vorjahreswerte. Somit kann für den Zeitraum von 2010 bis Juni 2013 kein (weiterer) Anstieg der Versorgungsintensität bezogen auf die ambulant-medikamentöse ADHS-Therapie konstatiert werden (vgl. Abb. 1).

Im Zeitraum 2003 bis 2008 ist der Apothekeneinkauf von ADHS-Tabletten und -Kapseln jährlich um durchschnittlich 12,4 Prozent gestiegen, im Zeitraum 2008 bis 2010 um jährlich 2,2 Prozent. Seitdem stagniert die Zahl (Quelle: NPI, INSIGHT Health).

Aktuell werden drei Wirkstoffe zur Therapie von ADHS eingesetzt. Neben den etablierten Wirkstoffen Methylphenidat (u. a. bekannt als „Ritalin“) und Atomoxetin („Strattera“) ist in dieser Analyse auch schon der jüngst im Juni 2013 eingeführte Wirkstoff Lisdexamfetamin („Elvanse“) berücksichtigt.

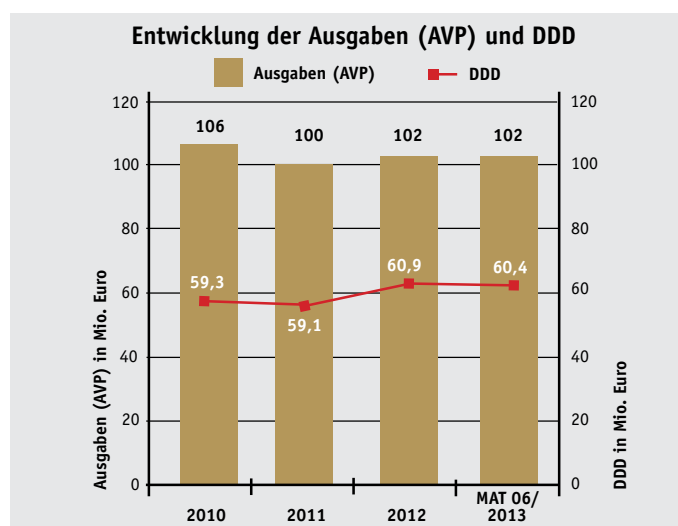


Abb. 1: Entwicklung der Ausgaben (AVP) und DDD für ADHS-Arzneimittel im Zeitraum 2010 bis 06/2013; Quelle: regioMA (INSIGHT Health).

Weiterführende Analysen zeigen, dass die Methylphenidat-Verordnungen im Kalenderjahr 2012 zugelegt haben. Dieser Anstieg ist allerdings ausschließlich auf das Mitte 2011 neu zugelassene Methylphenidat-haltige Medikament zur Behandlung Erwachsener (Medikinet adult) zurückzuführen. Bei den anderen Methylphenidat-Produkten ist ein Rückgang zu beobachten.

Unterfranken: die ADHS-Hochburg

Hinsichtlich der Versorgung mit ADHS-Präparaten zeigen sich deutliche regionale Schwerpunkte (vgl. Abb. 2). Die Analyse zielt auf die Darstellung der Versorgung der unter 20-jährigen GKV-Versicherten ab. Deshalb wurde das Produkt zur alleinigen Behandlung Erwachsener ausgeschlossen.

Wie sich zeigt, ist Unterfranken der KV-Bezirk mit der höchsten medikamentösen Versorgungsdichte bei ADHS. Hier entfallen auf einen unter 20-jährigen GKV-Versicherten ca. 10 Tagesdosen an Methylphenidat, Atomoxetin bzw. Lisdexamfetamin, was der mit Abstand höchste Wert aller Regionen ist. Weitere Regionen mit hoher Versorgungsintensität sind die KV-Bezirke Aachen (ca. 8 DDD), Oberfranken (7), Linker Niederrhein (7), Lüneburg (7) und Rheinhessen (6). Die geringste Versorgungsdichte kann im KV-Bezirk Darmstadt allokiert werden (2), gefolgt von den Bezirken Frankfurt am Main (2), München (3) und Reutlingen (3).

Die in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Regionen mit über- bzw. unterdurchschnittlicher Versorgungsintensität decken sich auch weitgehend mit den Ergebnissen der Barmer GEK. Dies trifft bspw. im Falle von Unterfranken und Darmstadt zu, also den KV-Bezirken mit dem höchsten und dem niedrigsten Pro-Kopf-Wert. Interessanterweise grenzen diese beiden Regionen direkt aneinander. Eventuell spielen Patientenwanderungen über die KV-Regions- und -Bezirksgrenzen hinweg in diesem Kontext eine Rolle.

Die möglichen Gründe für die überdurchschnittliche Versorgungsdichte in Unterfranken sind vielschichtig und auch schon breit in der Öffentlichkeit diskutiert. So könnten die hohen Zahlen darauf zurückzuführen sein, dass Würzburg als Zentrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt. Das Institut „Nervenkliniken - Klinik, Poliklinik und Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“, welches zum Universitätsklinikum Würzburg gehört, ist bekannt für seine ADHS-Forschung. Dort werden schon seit den 90er Jahren vor allem Kinder mit Methylphenidat medikamentös behandelt (vgl. z. B. Spiegel-Beitrag vom 24.6.2013). Experten sind trotz der vergleichsweise höheren Zahlen nicht beunruhigt, da u. a. die Diagnosezahlen insgesamt ansteigen und damit kontinuierlich eine vermutlich bestehende diagnostische Lücke geschlossen würde (vgl. z. B. SZ vom 2.2.2013). Ebenso sei erwähnt, dass ADHS bis 2011 im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) geführt wurde, weshalb Ärzte und Krankenkassen möglicherweise in den letzten Jahren vermehrt auf die Diagnosestellung geachtet haben.

Fazit und Ausblick

Es kann abschließend festgehalten werden, dass sich über die gesamte GKV regionale Schwerpunkte der ambulant-medikamentösen ADHS-Therapie identifizieren lassen. Diese decken sich weitgehend mit den im Ärztereport 2013 veröffentlichten Ergebnissen der Barmer GEK.

Rückblickend kann für die letzten drei Jahre weder eine deutliche Ausdehnung der medikamentösen ADHS-Therapie noch ein restriktiveres Ordnungsverhalten der Ärzte konstatiert werden. Eine mögliche Interpretation wäre, dass die anhaltende öffentliche Diskussion um das Thema ADHS zumindest zu einer Stagnation der Verordnungen geführt

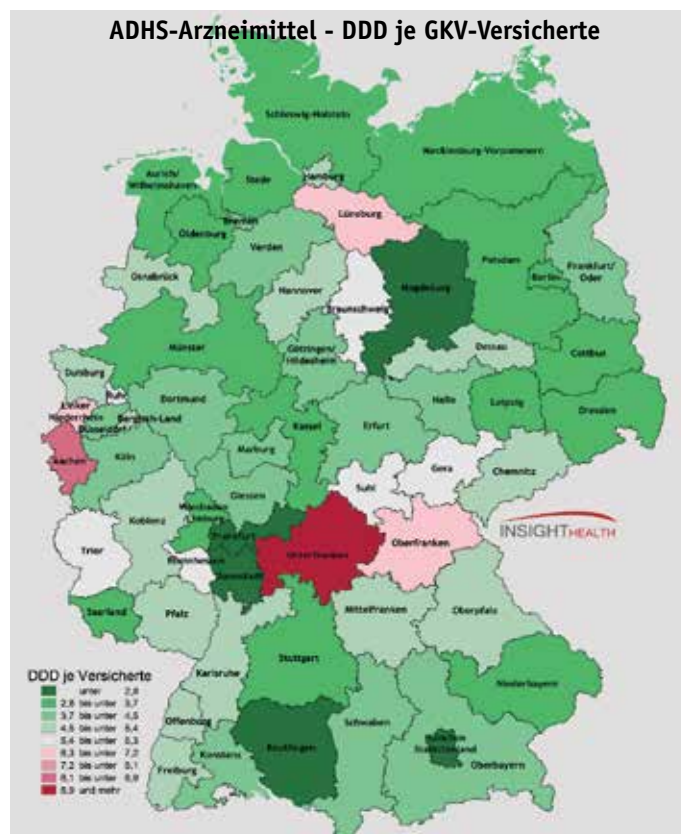


Abb. 2: ADHS-Arzneimittel - DDD je GKV-Versicherte unter 20 Jahre im Zeitraum MAT 06/2013 (Juli 2012 bis Juni 2013) nach KV-Bezirken; Quellen: regioMA (Insight Health), GKV-Versichertenstatistiken (INSIGHT Health).

hat. Eine weitere, dass die zuvor bestehende Versorgungslücke nun seit drei Jahren gefüllt ist. Derartige Schlussfolgerungen ohne die eingehende Betrachtung weiterer Faktoren können allerdings nur mit großer Vorsicht gezogen werden.

Spannend in diesem Kontext ist zudem die Frage, ob die Änderungen in der Diagnoserichtlinie DSM-V zu Änderungen im Ordnungsverhalten führen werden. So scheint auf Basis der vorliegenden Daten die gesteigerte Ordnungspraxis an Erwachsene, die bis April 2011 nur off-label therapiert wurden, eine mögliche Folge zu sein.

Eine weitere Forschungsfrage ist die nach der Entwicklung des Alters der Erstmedikation. Laut Leitlinie soll die Arzneimitteltherapie sowohl im Falle von Methylphenidat als auch von Atomoxetin nicht vor dem siebten Lebensjahr begonnen werden. Zumindest einige der unter 6-Jährigen erhalten dennoch nach den anonymisierten Patientendaten von INSIGHT Health ein ADHS-Präparat.

Interessant wären zudem Therapieverlaufsanalysen, bei denen sowohl Therapieumstellungen als auch die Therapiedauer in Abhängigkeit von den Wirkstoffen Methylphenidat und Atomoxetin untersucht werden könnten. Hieraus ließen sich gegebenenfalls Hinweise zur relativen Vorteilhaftigkeit eines Therapieansatzes in der Versorgungspraxis ableiten.

Eine weitere Unbekannte ist die Entwicklung des im Juni 2013 neu zugelassenen Wirkstoffes Lisdexamfetamin. Nach der Nutzenbewertung durch das IQWiG, die Ende August erfolgt ist, ergibt sich kein Beleg für einen Zusatznutzen im Vergleich zu Atomoxetin. Hauptkritikpunkt hierbei war die fehlende Einbindung in den Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, die in der Regel psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen umfasst (vgl. IQWiG-Berichte Nr. 186 „Lisdexamfetamin-dimesilat – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V“, Stand: 29.08.2013). Es wird interessant zu beobachten sein, ob sich das Ordnungsverhalten auf Basis dieses Bewertungsergebnisses (die Zusatznutzenbewertung seitens des G-BA steht noch aus) ändern wird. <<

Autoren/Kontakt:
Christian Bensing/Dr. André Kleinfeld*
unter Mitarbeit von Mareen Hirsch und Konstantin Knüll

Interview mit Prof. Dr. Thomas Wilke (Institut für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik - IPAM)

„Eine Herausforderung im Klinikalltag“

Zur initialen medikamentösen Therapie von Patienten mit einer venösen Thromboembolie bzw. Lungenembolie (VTE) sind in Deutschland niedermolekulare und unfractionierte Heparine (NMH und UFH), Fondaparinux oder neue orale Antikoagulantien (NOACs) zugelassen. Leiden die Betroffenen gleichzeitig unter einer schweren Einschränkung ihrer Nierenfunktion, besteht zumindest bei einigen Wirkstoffen das Risiko einer Akkumulation mit einem daraus folgenden höheren Blutungsrisiko. In Leitlinien und Fachinformationen wird das Problem adressiert - die Umsetzung im Klinikalltag war bisher allerdings nicht untersucht. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit Professor Dr. Thomas Wilke, dessen Institut (www.ipam-wismar.de) sich dem Thema im Rahmen der nichtinterventionellen Studie „A-TRIP“ unter Unterstützung des Unternehmens Leo Pharma angenommen hatte. Leo Pharma bietet das NMH Tinzaparin („innohep“) an. Wilke beschreibt im Interview einen Zwischenstand der Studie, deren Ergebnisse noch 2013 publiziert werden sollen.

>> Herr Prof. Wilke, wie hoch ist die Inzidenz schwerer Nierenfunktionsstörungen bei Patienten, die akutstationär mit einem VTE-Ereignis in Deutschland behandelt werden?

Dazu gab es bislang überraschenderweise nur sehr rudimentäre Daten. Es existieren einige allgemeine epidemiologische Untersuchungen zur Relevanz schwerer Nierenfunktionsstörungen, die in der Regel mit einer glomären Filtrationsrate von unter 30ml/min gleichgesetzt wird. So zeigt eine 2006 von Kim et al. publizierte Metaanalyse eine Inzidenz von 9,1 %, das von Monreal et al. (2006) veröffentlichte RIETE-Register zeigt 5,6 %. Zur Real-Life-Behandlung dieser Patienten existierten keine validen Daten.

Welches Patientenkollektiv konnten Sie untersuchen?

Wir haben in der Studie in fünf deutschen Akutkliniken sämtliche Patientenakten aus den letzten fünf Jahren, die mit einem VTE-Ereignis in Verbindung standen, analysiert. Das waren insgesamt ca. 5.200 stationär behandelte VTEs.

Sie haben in Ihrer Untersuchung den Anteil an VTE-Patienten mit Nierenfunktionsstörungen ermittelt. Wie gingen Sie methodisch vor?

Erst einmal ist wichtig zu sagen, wie wir Nierenfunktionswerte bestimmt haben. Aus den Patientenakten lagen uns Serum-Kreatininwerte vor. Auf deren Basis ist man bei der Bestimmung der GFR auf Schätzformeln angewiesen (sogenannte eGFR - estimated GFR) - das war bei unserer Studie so, ist aber auch nicht anders in der klinischen Praxis. Da gibt es mehr als eine Formel, so dass der ausgewiesene Anteil schwer nierenfunktionsgestörter Patienten auch von der verwendeten Formel abhängt. Wir haben 4 verschiedene Methoden zugrunde gelegt: MDRD (Modifikation of Diet in Renal Disease); Ansatz von Cockcroft Gault; Ansatz von Cockcroft Gault an den BMI angepasst, CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration).

Hinzu kommt, dass mehrere Nierenfunktionswerte während eines stationären Aufenthaltes vorliegen sollten - die Frage ist auch hier, ob wir von Punktzinidenz (mindestens eine eGFR <30 ml/min) oder von in der Literatur so bezeichneter persistenter schwerer Nierenfunk-



tionsstörung (eGFR <30 ml/min für mindestens 72 Stunden) sprechen. Wiederum haben wir beide Szenarien analysiert.

Wie stark waren die Nierenfunktionsstörungen in dem Patientenkollektiv, das Sie untersuchen konnten, ausgeprägt?

Je nach Schätzmethode weisen ca. 40 bis 55 % der VTE-Patienten an mindestens einem stationären Aufenthaltstag eine mäßig eingeschränkte Nierenfunktion (eGFR <60 ml/min) auf; nach verbreiteter Meinung und Fachinformationen (FI) ist dies eine Region, in der die Antikoagulation nur noch vorsichtig anzuwenden ist. Mindestens 5 % der VTE-Patienten weisen eine schwere Nierenfunktionsstörung (eGFR <30 ml/min) auf, davon ca. ein Drittel mit einer eGFR <15ml/min. Ca. 30-50 % der schweren Nierenfunktionsstörungen können als persistent bezeichnet werden, was nicht bedeutet, dass die anderen irrelevant sind. Akkumulation von mindestens täglich

verabreichten Antikoagulantien ist ganz entscheidend von der Nierenfunktion des konkreten Tages abhängig.

Wie wird sich die Zahl der Patienten mit Nierenfunktionsstörungen Ihrer Einschätzung nach künftig entwickeln?

Patienten mit einer mindestens mäßig eingeschränkten Nierenfunktion (eGFR < 60 ml/min) waren in unserer Studie durchschnittlich 15 Jahre älter als Patienten, deren Nierenfunktionsbereich >60 ml/min war. Es ist bekannt, dass der durchschnittlich behandelte Patient, und ganz sicher auch VTE-Patient, in den nächsten Jahren älter wird; nahezu automatisch steigt damit die Relevanz des Nierenfunktionsthemas.

Worauf ist bei der initialen medikamentösen Therapie von Patienten mit Nierenfunktionseinschränkung zu achten?

Ich bin Versorgungsforscher und kein Kliniker, insofern kann ich nur wiedergeben, was Leitlinien und Fachinformationen empfehlen. Für VTE-Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (eGFR <30ml/min) lassen sich bezüglich der initialen Antikoagulationstherapie, je nach eingesetztem Wirkstoff, folgende Fachinformationsempfehlungen ableiten:

- Kontraindiziert bzw. Anwendung nicht empfohlen (Certoparin, Nadroparin, Reviparin, Fondaparinux),
- Anwendung ab einer GFR <15 ml/min nicht empfohlen (Rivaroxaban),
- Überwachung der anti-Xa-Aktivität (Tinzaparin, Dalteparin),
- Überwachung der anti-Xa-Aktivität und Dosisreduktion auf ½ der normalen gewichtsdaptierten Dosis (Enoxaparin),
- Präzise Kontrolle der Antikoagulationswerte durch Messung der „aktivierten partiellen Thromboplastinzeit (aPTT)“ (UFHs).

Wird im klinischen Alltag diesen Empfehlungen gefolgt?

Im Detail muss ich hier noch um etwas Geduld bitten, denn wir werten gerade unsere Studiendaten aus - diese sind noch nicht publiziert. Soviel aber schon vorab: Es scheint eine Herausforderung im Klinikalltag zu sein, den obigen Empfehlungen zu folgen - ein ganz bedeutender Anteil der Patienten erhält aktuell eine Therapie, die nicht FI-konform ist.

Welche möglichen Konsequenzen kann dies für die Patienten haben.

Es gibt eine Reihe von Studien, die zeigen, dass eine schwere Nierenfunktionseinschränkung zu einer erhöhten Akkumulation von (zumindest) einigen NMHs führt (unter anderem Nagge et al. 2002; Krawitz et al. 2005; Crowther and Lim 2007; Lim 2008; Spencer et al. 2009; Schmidt et al. 2009). Insbesondere für die Anwendung von Enoxaparin liegen auch Untersuchungen vor, die auf ein erhöhtes Blutungsrisiko für Patienten mit schwerer Nierenfunktionseinschränkung hinweisen, zumindest soweit diese eine nicht-angepasste therapeu-

tische Dosierung erhalten (Lim et al. 2006; Barras et al. 2008; Lim 2008; Barras et al. 2010a). Es ist also das Blutungsrisiko, das bei zu hoher Dosierung und Akkumulation steigt, zum anderen ist es das Rezidivrisiko eines VTE-Ereignisses, das bei nicht hinreichender Antikoagulationstherapie erhöht ist.

Gibt es eine Möglichkeit, die Patienten mit geringem Aufwand vor diesen möglichen Risiken zu schützen?

Fachinformationen umzusetzen ist sicher im Klinikalltag nicht einfach, aber praktische Probleme können kein Grund sein, Arzneimittel nicht fachinformationskonform einzusetzen: bei unserem Thema geht es um die Auswahl richtiger Medikamente, ihre richtige Dosierung (teilweise mit begleitender Gewichtsmessung der Patienten) und begleitende Laboruntersuchungen. Kommt ein Krankenhaus zum Ergebnis, dass die begleitenden Prozesse bei der Arzneimittelgabe, also z.B. eine verlässliche, nicht auf Schätzungen basierende Gewichtsmessung jedes Patienten, eine regelmäßige Nierenfunktionsmessung nebst Prüfung der Arzneimittelgabe/-dosis vor dem Hintergrund der Nierenfunktionswerte, nicht darstellbar sind, muss es Prozesse anpassen. Das kann auch der Einsatz anderer Arzneimittel sein, die weniger kontrollaufwendig sind, wenngleich Gewichts- und Nierenfunktionswertmessungen bei diesem Patientenkontext nicht vermeidbar sein werden.

Herr Prof. Wilke, Danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

JETZT ANMELDEN

12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung zusammen mit dem

Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Kongressthema: Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren

Track 1: Versorgungsforschung – die vierte Säule der Gesundheitsforschung

Track 2: Versorgungsforschung bei muskuloskelettalen Erkrankungen und Unfällen:
Status quo und zukünftiger Bedarf

Track 3: Nutzen- und Risikobewertung von Medizinprodukten und Arzneimitteln

Track 4: Methoden für die Versorgungsforschung

Track 5: Freie Themen

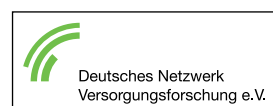
Informationen und Anmeldung: <http://dkvf2013.de>

Preise: 155 bis 290 Euro

Ausgerichtet von



in Kooperation mit



23. bis 25.
Oktober 2013

ICC Berlin

Interview mit Prof. Dr. rer.nat. Christian Franken, Vorstand Pharmazie und Chefapotheker von DocMorris

„Datenschatz für das gesamte Gesundheitssystem“

Was hat eine Versandapotheke wie DocMorris mit Versorgungsforschung zu tun? Mehr als man denken könnte, wie Prof. Dr. rer. nat. Christian Franken, der Chefapotheker von DocMorris im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ erklärt. Denn die von den Niederlanden aus operierende Versandapotheke hat ein großes Prä: über 2 Millionen Patientenhistorien!

>> Herr Prof. Franken, Sie und Ihre Funktion als Chefapotheker von DocMorris gibt es wirklich, wie Ihr Vorstandskollege Max Müller bei der Vorstellung des Apothekenbusses in Berlin ausdrücklich betonte.

Meine Funktion und mich gibt es wirklich. Auch wenn das manche Kreise nicht wahrhaben möchten. Das tun sie natürlich nicht grundlos, sondern weil sie DocMorris damit quasi absprechen wollen, eine richtige Apotheke zu sein.

Was ist DocMorris?

Eine waschechte Apotheke. Wir haben alle nötigen Lizenzen und werden durch die niederländischen Behörden überwacht, deren Richtlinien im Übrigen weitaus höher sind als die in Deutschland. Denn in den Niederlanden trägt jeder Apotheker und so auch ich eine Mitverantwortung bei der Arzneimitteltherapie, ein Modell, das wir in Deutschland übrigens auch ganz gerne sähen.

Stichwort Discounter.

Natürlich gibt es Gruppen, die uns als Discounter oder gar als Apothekenoutlet sehen. Dieses Image müssen wir ändern.

Indem Sie einen Bus durch unterversorgte Gegenden touren lassen?

Exakt. Doch darf man diesen Apothekenbus jenseits seiner sicherlich existenten Publikumswirksamkeit, zu der viele Apotheker vor Ort beitragen, nicht als singuläre Maßnahme sehen, sondern in einem Kontext verstehen. Nicht von ungefähr haben wir zuerst eine klare Vision für die Apotheke 2020 formuliert und auch publiziert. Der Apothekenbus ist dabei nichts weiter als ein kommunikatives Vehikel, mit dem wir über das Thema Mangelversorgung auch das Metathema Versorgungskonzept adressieren wollen, um dafür ein besseres Verständnis zu schaffen.

Wird dieser Bus nicht mehr als PR-Blase, denn als Konzept gesehen?

Sicher besteht die Gefahr. Der Apothekenbus ist durchaus ein wichtiges Instrument, das auf das Thema der Versorgung der ländlichen Bevölkerung fokussiert. Entscheidend ist aber, dass das Thema der Arzneimittelversorgung überhaupt öffentlich stattfindet. Über derartige Versorgungskonzepte spricht doch außerhalb unserer Fachkreise niemand.

Um was geht es Ihnen denn als real existentem Chefapotheker?

Mir geht es in erster Linie um Versorgungsqualität. Diese muss aber erst einmal dokumentiert werden, damit sie nachher gemessen, gemonitort und schlussendlich auch beurteilt werden kann. Doch dazu müssen wiederum erst einmal die nötigen Standards geschaffen werden. Und zwar am besten mit Hilfe von Systemen, die flächendeckend in einer messbaren hohen Qualität und Effizienz einsetzbar sind.



Wie wollen Sie Versorgungsmanagement adressieren? Letzteres hat ein Patient wohl noch nie gehört.

Stimmt. Aber mit dem Thema Beratung ist er sehr wohl in Kontakt gekommen. Wenn man dieses Thema plastisch erklärt, kann man Interesse hervorrufen, sich auch über weiterführende Themen zu informieren, wie etwa Rabattarzneimittel oder Medikation. Wir müssen bei all dem, was wir tun, dafür sorgen, dass wir mit unseren Kunden und Patienten in einer adäquaten Art und Weise kommunizieren. Was beileibe nicht trivial ist. Dabei hilft uns aber, dass wir diese ganz gut kennen.

Wie gut?

Sehr gut. Wir haben Daten von über zwei Millionen Kunden, die natürlich komplett nach deutschen und niederländischen Datenschutzrichtlinien gesichert sind. Durch diesen Datenschatz kennen wir jeden Kunden in seiner Historie bis hin zur allerersten Bestellung. Von dieser Erfahrung partizipiert jeder Kunde.

Wie?

Durch Beratung, durch Sicherstellung, durch aktives Nachfragen unseres kontinuierlich geschulten Fachpersonals. Gegenüber unseren Kunden nehmen wir das Thema Versorgungsmanagement zwar nicht in den Mund, reden lieber über synonyme Begriffe, die Laien oder auch die Publikumspresse besser verstehen, die aber summa summarum in eine adäquate Versorgung münden. Für Fachleute ist das nichts anderes als ein stringentes Medikationsmanagement, gestützt auf einen anonymisierten Datenschatz, der in seiner Qualität Erkenntnisse liefert, von denen dann alle Patienten bei der pharmazeutischen Betreuung profitieren. So etwas kann eigentlich niemand anders als wir anbieten; sowohl patientenindividuell, als auch in einer ganzheitlichen Versorgungsstruktur.

Warum das?

Unsere Betreuung beginnt, sobald ein Kunde oder Patient mit uns zum ersten Mal in Kontakt tritt. Doch diese Betreuung hört nicht auf, sobald dieser sein Medikament hat. Wir kommunizieren immer aktiv, wenn wir etwas als kritisch werten. Im schlimmsten Fall stoppen wir den Versorgungsprozess, falls Leib und Leben in Gefahr sind, was bei Falschmedikationen oder Wechselwirkungen durchaus der Fall sein kann. Hier haben wir übrigens viel von den Amerikanern gelernt. Ihre Art und Weise, mit der sie Patienten auch im Rahmen einer Arzneimittel-Therapie coachen und steuern, ist schon erstaunlich. Dazu wird der gesamte Kontaktverlauf dokumentiert und archiviert, wobei die Einzeldaten natürlich nur dem einzelnen Patienten zugänglich sind. Die kann dieser übrigens jederzeit einsehen. Wir schicken sie ihm auf Wunsch auch ausgedruckt per Post zu - kostenlos versteht sich. Der Patient kann die Daten damit jederzeit einsehen, es sind ja auch seine

Daten. Doch in der Masse liegt uns die Gesamtheit aller Daten nach strikten Datenschutzrichtlinien anonymisiert vor und stehen uns für unsere Versorgungsforschung zur Verfügung.

Sie wollen Patientensteuerung und -coaching etablieren?

Definitiv wollen wir diesen Schritt gehen. Unser Ziel ist es dafür zu sorgen, dass der Patient auf seiner ärztlich verordneten Therapie bleibt, dazu brauchen wir Unterstützung von anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen, die mit uns zusammenarbeiten wollen. Die Frage ist nur: Allein oder in Partnerschaft mit anderen, machen werden wir es auf jeden Fall. Doch wie auch immer: Dazu müssen wir erst einmal eruieren und festlegen, wann sich ein Patient außerhalb oder innerhalb eines gewissen Toleranzrahmens bewegt, wann sein Arzt kontaktiert werden muss und wann nicht, nach welchen Leitlinien vorgegangen werden muss und – das ist absolut entscheidend: Welche Parameter definiert, dann gemessen, analysiert und ausgewertet werden müssen, um eine stringente Steuerung zu ermöglichen.

Diese Parameter besitzen Sie bereits?

Sicher. Diese Parameter haben wir nach Risikoanalysen gebildet. Nun müssen wir aber betrachten, ob die auch stimmen und ob man die auch „draußen“ einsetzen kann. Wir tun das schon heute im Sinne unserer Patienten, doch ob man diese Parameter adaptiert im öffentlichen Bereich einsetzen kann, ist eine ganz andere Frage. Hier strecken wird die Hand zu öffentlichen Apotheken aus, die einen hervorragenden Job machen: Wir möchten gerne unsere Daten im Rahmen eines Multichannelansatzes mit denen anderer Apotheken kombinieren, denn nur so wird dem Patienten wirklich geholfen.

Würden Sie anderen Apothekern Ihr System zur Verfügung stellen?

Klar. Die Frage ist, ob Apotheker das wollen. Für jeden Patienten und das gesamte Gesundheitssystem würde das Sinn machen, denn durch höhere Compliance und Adhärenz werden Kosten reduziert. Wenn man für einen derartigen Ansatz den nötigen Atem hat, denn so etwas muss man dann nicht nur ein Quartal, sondern vier bis Jahre durchführen.

Wie werden solche Zwischenfälle qualifiziert?

Es gibt immer Schweregrade und relevante Arzneimittel-Interaktionen. Diese hat die Wissenschaft in Einzelfällen und Kohorten herausgearbeitet, doch müssen diese Erkenntnisse in die Versorgungsrealität übersetzt werden. Hier können wir einen wertvollen Beitrag leisten.

Traut man das einem Versandhändler zu?

Hier schließt sich wieder der Kreis. Wir müssen daran arbeiten, unser Image zu ändern. Doch nicht nur wir: Der Medikamentenversand an sich hat es schlichtweg versäumt, seinen USP herauszuarbeiten und dann in die Waagschale zu werfen. Denn letzten Endes kann es der Gesellschaft und der Politik nur um eines gehen. Nämlich um die Frage: Wie kann ein Versorgungssystem im Bereich der Arzneimittel – und natürlich auch Hilfsmittel und was sonst noch dazu gehört – flächendeckend zukunftsfähig garantiert werden. Wobei ich dazu sagen möchte: Wir haben es in puncto Qualität leichter, weil wir von einem Standort aus flächendeckend hochwertigste Systeme und erprobtes Qualitätsmanagement einsetzen können.

Herr Prof. Franken, Danke für das Gespräch.
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Michelangelo Buonarroti

1475 – 1564

(kombinierte Architektur
und Bildhauerei mit Malerei)

Lieber Michelangelo, wir vernetzen uns mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Für eine bessere Versorgung von Patienten arbeiten wir Hand
in Hand mit Partnern aus Wissenschaft, Medizin oder Politik.
Gemeinsam entwickeln wir nachhaltige Lösungen für das höchste
Gut des Menschen: Gesundheit.

Gesundheit braucht (zukunftsarbeit)

Janssen-Cilag GmbH

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson



Prof. Dr. Gerd Glaeske

hat kürzlich den Innovationsreport der TK aufgelegt, in dem dezidiert zu Innovationen Stellung bezogen wurde. Glaeske ist seit 1999 Professor für Arzneimittelanwendungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Leiter der Forschungseinheit Arzneimittelberatung und Arzneimittelinformation sowie seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen. Er ist ebenso Mitglied im wissenschaftlichen Beirat von MfV.

„Vom Innovations-Optimismus über den -Skeptizismus zum -Realismus“

>> Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind eindeutig: Die Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den therapeutischen Fortschritt berücksichtigen. Nun stehen aber zum Zeitpunkt der Markteinführung für neue Arzneimittel nur eher eingeschränkte Informationen zum Patientennutzen zur Verfügung, was vor allem mit den „künstlichen Bedingungen“ in Zulassungsstudien zusammenhängt: Strikte Ein- und Ausschlusskriterien und ein sorgfältiges ärztliches Monitoring spiegeln nicht unbedingt die Versorgungsrealität in der ambulanten oder stationären Arzneimittelbehandlung von unselektierten Patientengruppen wider (in den meisten Zulassungsstudien findet sich ein höherer Männer- als Frauenanteil, es werden kaum ältere und multimorbide Patienten eingeschlossen und nicht einmal in der onkologischen Indikation wird ein Vergleich gegen den derzeitigen Therapiestandard gewählt). Die frühe Nutzenbewertung nach dem AMNOG ist daher für bestimmte Arzneimittelgruppen, z.B. für die Onkologika, nicht der Weisheit letzter Schluss, „Nachbewertungen“ können nach Vorliegen neuer Erkenntnisse nötig werden und sind auch im Gesetz auf Anforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen (siehe § 35 b). Betrachtet man nämlich den Lebenszyklus von als Innovationen gepriesenen neuen Arzneimitteln, so können im Verlaufe der Anwendung solcher neuen Mittel nicht nur weitere neue Studiendaten zu Wirksamkeit und Nutzen, sondern auch wichtige Hinweise zur Therapiesicherheit anfallen, wie beispielsweise zu dem 2010 in den Handel gebrachten Herzmedikaments Dronedaron („Multaq“), zu dem im Jahre 2011 ein ROTE HAND Brief wegen schwerwiegender unerwünschter Wirkungen vom Hersteller Sanofi Aventis an die Ärztinnen und Ärzte verschickt werden musste. Die Folge: Die Verordnungen brachen ein (Abb. 1, Windt et al., 2013). Dagegen wird z.B. das positiv bewertete Arzneimittel Brilique (Wirkstoff Ticagrelor) mit einem stetig wachsenden Anteil verordnet (Abbildung 2, Windt et al., 2013) Ein positiv durchlaufener AMNOG-Prozess ist eben eine gute „Eintrittskarte“ für den lukrativen GKV-Markt: Value for Money and Money for Value!

Der Umgang mit Arzneimittelinnovationen

Innovation ist eben nicht Innovation – dies ist nicht immer allen Ärztinnen und Ärzten bewusst. So wird unterschieden zwischen therapeutischen, technologischen (andere Zubereitungsformen wie z.B. Pflaster für Patienten, die nicht mehr gut schlucken können) und ökonomischen Innovationen (v.a. Me-too und Scheininnovationen), vor allem mit den Mitteln der ersten und bedingt mit den Mitteln der zweiten Gruppe kann ein therapeutischer Fortschritt verbunden sein. Ärztinnen und Ärzte gehen durchaus unterschiedlich mit der Verordnung neuer Arzneimittel um: So ist z.B. die Zeit bis zur ersten Verordnung nach Markteinführung bei Spezialisten kürzer als bei Allgemeinmedizinern (Garjon et al., 2012), die Aktivitäten von Pharmareferenten, die den Ärztinnen und Ärzten vor

allem neue und teure Mittel „in die Feder drücken“ sollen, ist in diesem Zusammenhang unübersehbar. Das Ergebnis einer Befragung niedergelassener Fachärzte in Deutschland war, dass 39% (n=81) der Befragten gern neue Medikamente verschreiben, weil nach ihrer Meinung die Patienten schnell von neuen Entwicklungen profitieren sollten, 56% (n = 116) verordnen lieber gut bewährte Präparate und beobachten die Verordnungsentwicklung neuer Arzneimittel erst einmal mit kritischer Aufmerksamkeit. Von denjenigen, die mit Vorliebe neue Medikamente verschrieben, würden 69 % (n = 56) das Ausbleiben der Pharmavertreter als Verlust empfinden, und 80 % (n = 65) sahen keine Alternativen zum Außendienst der pharmazeutischen Unternehmer. (Lieb et al., 2010; ähnlich auch Mason 2008). Dies verdeutlicht, dass das Pharma-Marketing einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Markteinführung und -durchdringung neuer Arzneimittel ausübt. Eine zum Zeitpunkt der Markteinführung frühzeitige und unabhängige Arzneimittelinformation, in der die bisher bekannten Erkenntnisse unter dem Aspekt von Pro oder Contra gegenübergestellt werden, erscheint daher notwendig und sinnvoll, um eine qualitativ hochwertige Versorgung auch mit neuen Arzneimittel zu sichern – schließlich waren in einer Bewertungsstudie für Arzneimittel aus den Jahren 2010 und 2011 nur 2 von 23 positiv klassifiziert worden (Windt et al., 2013) Finanzielle Anreize im Rahmen von „Anwendungsbeobachtungen“ dürfen nicht dazu verführen, Patienten unnötig auf nur vermeintlich bessere Arzneimittel umzustellen - solche gekauften Verordnungen können Patientinnen und Patienten oft mehr schaden als nutzen.

Die Marktakzeptanz neuer Arzneimittel im europäischen Vergleich

Nach Daten von IMS Health erreichen Innovationen in Deutschland wie auch in Großbritannien weniger schnell größerer Marktanteile als

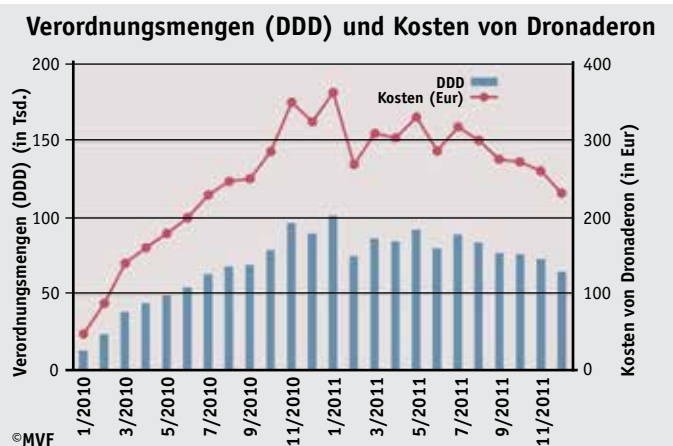


Abb. 1: Verordnungsmengen (DDD) und Kosten von Dronedaron (TK 2010-2011).

in Frankreich, Italien und Spanien (IMS Health, 2010). Unabhängig davon, ob sich dieser Vergleich nur auf Arzneimittel mit einem therapeutischen Fortschritt bezieht, haben Analysen des Arzneimittelmarktes immer wieder gezeigt, dass ein vorsichtiger Umgang mit Innovationen in den meisten Indikationen gerechtfertigt ist – ein Grund dafür, weshalb nun in den Arztinformationen seit dem Jahr 2012 neue Arzneimittel mit einem schwarzen Dreieck (▼) gekennzeichnet werden. Damit soll die besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung solcher Mittel erreicht werden. So zeigte sich z.B. bei neuen Biopharmazeutika, einer Gruppe von Arzneimitteln, deren Bedeutung innerhalb der Innovationen immer weiter zunimmt, dass in den ersten zehn Jahren nach der Zulassung bei 29% der Mittel schwerwiegende unerwünschte Wirkungen aufgetreten waren, die zu einer Veränderung in den Fachinformationen geführt haben (Giezen et al., 2008). Solche Erkenntnisse können künftig auch über Versorgungsstudien gewonnen werden, die im § 35 b erwähnt sind und die vom G-BA nachgefordert werden dürfen, wenn im Rahmen der Frühbewertung das Ausmaß eines potenziellen Zusatznutzens unklar bleibt.

Schließlich: Eine besonders überfällige Innovation wäre ein AMNOG-ähnlicher Prozess für Medizinprodukte und Hilfsmittel, die im Rahmen der GKV eingesetzt werden. Die Diskussion über den notwendigen

Nachweis eines patientenorientierten Nutzens und der Innovationsklassifikation solcher Mittel hat gerade erst ansatzweise begonnen, es sollte möglichst schnell zu einem Medizinproduktemarktneuordnungsgesetz (MPMNOG). <<

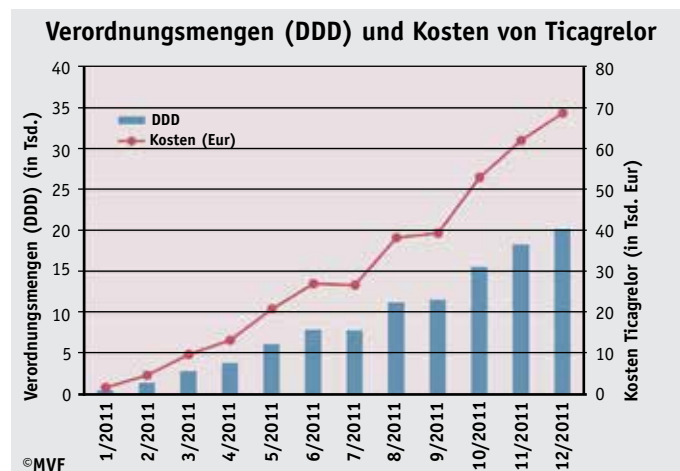


Abb. 2: Verordnungsmengen (DDD) und Kosten von Ticagrelor (TK 2010-2011).



Prof. Dr. Bertram Häussler

hat den „Arzneimittelatlas“ im Auftrag des vfa erarbeitet und vorgestellt, auch hier wird zu Innovationen Stellung bezogen. Häussler wurde 2002 zum Honorarprofessor an der Technischen Universität Berlin ernannt, an der er das Fach „Ökonomik der pharmazeutischen Industrie“ lehrt. Er ist seit 1990 Geschäftsführer und seit 2006 Vorsitzender der Geschäftsführung des IGES-Instituts, Berlin.

„Die Fünfte Hürde ist kein Schmuckstück“

>> Wozu ist die forschende pharmazeutische Industrie da? Sie soll neue Arzneimittel entwickeln, testen und ggf. auf den Markt bringen. Wozu soll sie neue Arzneimittel auf den Markt bringen? Damit die Gesundheit der Menschen verbessert wird. Was ist das Problem? Dass die Preise für patentgeschützte Arzneimittel von den Krankenkassen als „zu hoch“ erachtet werden; sie befürchten, dass ihre Ausgaben dadurch außer Kontrolle geraten und sehen daher teure Innovationen in der Versorgungsrealität lieber nicht so gerne.

Wie war die Lösung bisher? Die verordnete Menge an neuen und teuren Arzneimitteln wurde gering gehalten, obwohl das offizielle Flaggschiff der Gesundheitspolitik die Bildung von Festbeträgen war und damit auf den Preis („reference prices“) zielte. Insider wissen, dass neue Arzneimittel immer schnell verfügbar waren, aber ihre Anwendung sehr zögerlich erfolgte. Direkt belegen dies vergleichende Studien, wie sie z. B. von Patricia Danzon durchgeführt wurden. Indirekt kann man dies daran ablesen, dass die verordneten Mengen vieler Arzneimittel nach Anlauf des Patentschutzes in die Höhe schnellen.

Dreh- und Angelpunkt dieser Politik waren die niedergelassenen Ärzte, die durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressdrohungen vielfach davon abgehalten wurden, ausgabenintensive Innovationen zu verordnen, um ihr Budget nicht zu belasten. Die Klage der Industrie, dass in Deutschland Innovationen nicht beim Patienten ankämen, war häufig berechtigt.

Mit dem AMNOG sollte der Preis neuer Arzneimittel nunmehr direkt ins Zentrum der Politik gerückt werden. Es sollte auch Schluss sein mit der Praxis, die Verantwortung für die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen denjenigen zuzuschieben, die diese gar nicht tragen können: Patienten und vor allem Ärzten (wobei dies einigen Funktionären nicht als Problem erschien).

Bekanntlich wird seit Einführung des AMNOG der Preis, den die Krankenkassen zu bezahlen haben, in Abhängigkeit vom nachgewiesenen Zusatznutzen zwischen pharmazeutischem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband vereinbart (über das Vehikel des Rabatts). Die Kassen bezahlen also nur noch den Preis, den sie – gemessen an der therapeutischen Verbesserung und dem Preisniveau der Vergleichstherapie – für vertretbar halten. Mit jedem Abschluss einer Verhandlung bestätigt der GKV-Spitzenverband demnach die Wirtschaftlichkeit der Verordnung für Patientengruppen bzw. Subgruppen mit bestimmten Erkrankungen, für die ein Zusatznutzen festgestellt wurde. Dies kommt der berühmten „Vierten Hürde“ recht nahe, die viele Jahre von vielen gefordert wurde. Damit dies auch kontrollierbar bleibt, stellt der GBA mit jedem Beschluss nicht nur den Zusatznutzen fest, sondern auch die Anzahl von Patienten, die davon profitieren. Ihre Zahl wird auf der Basis von epidemiologischen Studien bzw. Modellen ermittelt und in dieser Höhe von der GKV akzeptiert. Für diese Anzahl von Menschen wird implizit angenommen, dass das Geld der Kassen wirtschaftlich eingesetzt wird.

Morbiditätsorientierte Arzneimittelplanung / Zusatznutzen / Grad der Ausschöpfung					
Wirkstoff	Indikation mit Zusatznutzen laut Beschluss des G-BA	Patienten mit festgestelltem Zusatznutzen pro Jahr	Ausgeschöpfter ZN (berechnete Patienten)*	Nicht ausgeschöpfter ZN (Differenz)	Grad der Ausschöpfung
Ticagrelor	Instabile Angina pectoris (IA) / Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI)	237.675	18.774	218.901	8%
Tela-, Boceprevir	Therapieerfahrene oder therapie-naive Patienten mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 1)	46.000	4.694	41.306	10%
Abirateron	Progredientes „metastatic castration-resistant prostate cancer“ nach Docetaxel-Therapie, keine weitere Docetaxel-Therapie möglich	5.355	1.645	3.710	31%
Belimumab	Zusatztherapie bei erwachsenen Patienten mit aktivem Autoantikörper-positiven systemischen Lupus erythematodes (SLE) mit ineffektiver Standardtherapie	7.000	1.241	5.759	18%
Pirfenidon	Idiopathische pulmonale Fibrose	6.000	360	5.640	6%

Abb. 2: Berechnete Patienten mit und ohne Versorgung durch ausgewählte Wirkstoffe, denen ein Zusatznutzen bescheinigt worden ist (Bezugsjahr: 2012); Legende: *) Zahl der Patienten, die mit den verordneten Mengen rechnerisch versorgt werden könnten. Quellen: Auszug aus der „morbiditätsorientierten Arzneimittelplanung der GKV“, G-BA. IGES-Berechnungen auf der Basis von G-BA, Nationaler Verordnungsindex (INSIGHT Health) und offizieller Verordnungsempfehlungen.

Der Gesetzesbegründung zum AMNOG ist zu entnehmen, dass auch verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen und für die Versorgung der Versicherten geschaffen werden sollten. Ohne dass es jemand groß bemerkt und so genannt hätte, wurde mit dem AMNOG der Einstieg in eine „morbiditätsorientierte Bedarfsplanung“ für Arzneimittel vollzogen, der für Krankenhausleistungen und ambulante ärztliche Leistungen bereits Routine ist. Mit jedem Beschluss des G-BA zur frühen Nutzenbewertung wächst die Liste, auf der verzeichnet ist, welche Wirkstoffe für welche Patienten in welchen „therapeutischen Gebieten“ (Indikationen) jährlich bekommen werden oder bekommen sollen, wenn die Regeln der „evidenzbasierten Medizin“ und der Wirtschaftlichkeit eingehalten werden. In der Tabelle sind einige Wirkstoffe aufgeführt, die einen Zusatznutzen für wenigstens eine Patientengruppe attestiert bekommen haben und seit wenigstens einem Jahr verordnet werden konnten.

Vor diesem Hintergrund besteht also kein Anlass mehr, die Verantwortung an die niedergelassenen Ärzte zu delegieren. Mit dem Instrument der Verhandlung des Erstattungsbetrages sollte vielmehr die GKV in die Lage versetzt werden, diese Verantwortung zu übernehmen. Der Gesetzgeber hat daher auch vorgegeben, dass Verordnungen eines „verhandelten“ Arzneimittels für Patienten mit Zusatznutzen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen werden sollen, damit die Ärzte auch tatsächlich aus der Verantwortung kommen. Sie müssten sich also nur noch um die ärztliche Aufgabe der Indikationsstellung kümmern. Damit sind sie von der persönlichen Haftung (!) für die Wirtschaft-

lichkeit ihrer Verordnungen befreit und damit auch von der Bürde der stillen Rationierung, die sie nicht tragen können und sollten.

Alles gut? Von wegen. Die Herausnahme von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Ausnahme und erfolgt nicht automatisch, sondern muss von den Herstellern durch die Einräumung zusätzlicher Rabatte „erkauft“ werden. Und selbst dort, wo sie vereinbart wurde, werden die Hürden, die vor einer Verordnung aufgebaut werden, nicht beseitigt. Die Verordnungen der oben zitierten Beispiele sprechen eine deutliche Sprache. Wenn man von diesen die verordneten Mengen betrachtet und daraus die Zahl der Patienten berechnet, die damit versorgt werden könnten, ergibt sich ein eindeutiges Bild, das sich auch nicht ändern würde, wenn man weitere Wirkstoffe heranziehen würde: Der Anteil der Patienten, die von einem Zusatznutzen profitieren können und sollen, liegt bei zehn Prozent und erreicht selten fünfzig Prozent.

Man mag nun einwenden, dass sich der Einsatz dieser Wirkstoffe im Lauf der Zeit schon noch erhöhen wird. Wir glauben aber, dass in diesen Zahlen zu erkennen ist, dass die „alte“, mengenbegrenzende Hürde aus der Zeit vor dem AMNOG weiterhin wirksam ist und als „Fünfte Hürde“ übersprungen werden muss. Bei den Ärzten scheint noch nicht angekommen zu sein, dass die Verordnung von „verhandelten“ Arzneimitteln nicht zu ihren Lasten geht, dass für sie sogar in gewissem Sinn eine medizinische und ethische Verbindlichkeit besteht, das bessere Präparat den nutznießenden Patienten auch zur Verfügung zu stellen.

Diese „Fünfte Hürde“ ist kein Schmuckstück und könnte beseitigt werden, wenn man es denn wollte. <<



Dr. Nikolaus Scheper

ist Arzt für Allgemeinmedizin, Vorstandsmitglied im Bundesverband der niedergelassenen Diabetologen Deutschlands (BVND) sowie Gründungsgesellschafter des gemeinnützigen Wissenschaftlichen Institutes der niedergelassenen Diabetologen (windiab). Er ist Mitinhaber der Praxis Dres. Scheper & Schneider in Marl und mit dieser Mitglied im „Marler Ärztenetz“ (MAN) sowie Mitglied im Netz „Pro-Gesund“ der Bundesknappschaft. Seine Praxis ist ebenso Akademische Lehrpraxis der Ruhruniversität Bochum.

„Versorgungsevaluation“ vs. teurer Pharmastudien

>> Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Diabetes mellitus Typ 2 ist endlich mit 90%igem Konsens verabschiedet! Auf den ersten Blick scheint das ein Erfolg zu sein und da eine Leitlinie ohnehin nur einen Behand-

lungskorridor für 80% unserer Patienten vorgibt, könnte man ja zur Tagesordnung übergehen; aber weil m.E. der Schein trügt, schauen wir doch mal auf die 10% dieser Leitlinie, die nicht im Konsens verabschiedet wurden.

Dabei handelt es sich um Medikamente und Behandlungsoptionen, für die es auf Grund der noch nicht sehr langen Verfügbarkeit nur eine mindergradige Evidenz gibt. Und damit sind wir schon mitten im Kern des Problems angekommen: Deutschland und sein Gesundheitswesen haben ein Evidenzproblem. Schon lange zieht sich durch die Beschlüsse der medizinsystemrelevanten Körperschaften ein extrem unterschiedliches Verständnis von Evidenz. Und auf dem unterschiedlichen Evidenzbegriff basieren die Sondervoten der übrigen 10% dieser NVL: Einerseits gibt es die Gruppierung um IQWiG, DEGAM und die AkdÄ, die unter Evidenz nur das höchste Niveau - RCT - versteht. Andererseits gibt es die Ärzte und Behandler, die den Sackett'schen Evidenzbegriff in seiner Vielfalt („bestverfügbare Evidenz“) konsequent im Alltag anwenden, um die ihnen anvertrauten Patienten mit Hilfe aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nach bestem Wissen und nach neuesten Erkenntnissen zu versorgen.

Dabei stehen die wirklich Betroffenen, die uns anvertraut sind, im Abseits: auf Grund dieser NVL haben interessierte Betroffene und Patientenvertreter große Sorgen und Ängste, gepaart mit entsprechender Verunsicherung um eine zukünftige adäquate Behandlung geäußert. Die damit möglicherweise verbundenen negativen Folgen in der Patientenbetreuung bleiben abzuwarten. Es bleibt zu hoffen, dass langjährige Bemühungen um Motivation im Rahmen unzähliger Schulungskurse und -veranstaltungen nicht auf diese Weise zunichte gemacht wurden.

Nach vielen Begegnungen und Diskussionen in den letzten Jahren kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass es sich bei der Reduktion des Evidenzbegriffs ausschließlich auf das höchste Niveau in letzter Konsequenz um den Einstieg in Zuteilungsmedizin handelt; denn insbesondere für die Versorgung des größten Teils der von uns haus- und fachärztlich betreuten Patienten, gibt es überhaupt keine höhergradige Evidenz: So liegt die Altersgrenze bei den Einschlusskriterien für klinische Studien - RCT - gemeinhin um die 70 bis 75 Jahre. Und somit haben wir nach den Kriterien z.B. des IQWiG, der DEGAM und der AkdÄ für viele etablierte Behandlungsmethoden chronischer Erkrankungen, die ja vor allem unsere älteren Patienten betreffen, keine hinreichende Evidenz. Und doch werden diese Patienten behandelt. Und sie werden gut behandelt! Übrigens auch von Ärzten, die der DEGAM oder der AkdÄ nahestehen; aber das geht nur unter Einsatz aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten - häufig ohne höchstgradige Evidenz. Im Übrigen gibt es für einen Großteil von insbesondere gerne auch in der Hausarztpraxis eingesetzten Medikamenten zur Behandlung von anderen akuten und chronischen Erkrankungen nach den Vorstellungen von IQWiG und Nahestehenden keine hinreichende Evidenz: NSAR in der Behandlung degenerativen Gelenkerkrankungen im Alter, Statine bei älteren Menschen und/oder Frauen, Sulfonylharnstoffe in der Behandlung des Diabetes mellitus ... Ja, man muss sogar die Frage aufwerfen, ob die Substanzen, die als Referenzsubstanzen bei Nutzenbewertungen zu Grunde gelegt werden, nach heutigen Kriterien überhaupt zugelassen würden.

Man könnte diesen innerärztlichen Streit, der im Übrigen aus volkswirtschaftlichen und finanzpolitischen Gründen in die Medizin getragen worden ist, ignorieren, wenn es nicht um das Wohl und die Lebensqualität der uns Ärzten anvertrauten Menschen ginge. Wir Ärzte haben uns den Inhalten des hippokratischen Eides verpflichtet und es muss uns Ärzten möglich sein und bleiben, die uns um Rat fragenden Patienten nach bestmöglicher Kenntnis zu versorgen. Dabei dürfen finanzielle Aspekte - Sozialgesetzbuch hin oder her - keine dominierende Rolle spielen. Aber genau das passiert: Zutei-

lung und Rationierung, wissenschaftlich durch staatliche und somit lenkbare Institutionen legitimiert. Institutionen wie das IQWiG haben einen politisch motivierten Auftrag. Hätten sie diesen nicht und dürften sie sich nach rein wissenschaftlichen Kriterien unabhängig äußern und die Sackett'sche Evidenz in ganzer Breite anwenden, fielen ihre Bewertungen wohl anders aus. Dass die großen, von der pharmazeutischen Industrie finanzierten Studien ausschließlich auf Zulassung ausgerichtet sind und der tatsächliche Nutzen eines Medikamentes allenfalls ein positiver Begleiteffekt ist, schlägt sich in der Qualität dieser Studien nieder und ist in diesem Kontext auch ein in der Zukunft anzugehendes Problem.

Es bleibt zu hoffen, dass die Protagonisten aus der Medizin den Spagat zwischen einer menschlichen und natürlich wissenschaftlich untermauerten Versorgung einerseits bei gleichzeitig bestehendem Diktat des immer unersättlicher werdenden Staates zum Sparen andererseits schaffen. Dieses erscheint vor dem Hintergrund immer häufiger auftretender chronischer Erkrankungen bei einer immer älter werdenden Bevölkerung dringend geboten. Vielleicht unmöglich? Oder doch machbar?

Vielleicht ist der Weg, den eine kleine hochmotivierte Gruppe von niedergelassenen Ärzten in der Diabetologie gewählt hat, in diesem Kontext hilfreich: Jedes neu für ihre Fachdisziplin auf den Markt kommende Medikament wird über einen Zeitraum von einem Jahr im praktischen Einsatz im Rahmen der Indikationen evaluiert und hinsichtlich seines Nutzens, seiner Verträglichkeit und seiner Wirksamkeit bewertet. Anschließend wird das Ergebnis dieser Versorgungsevaluation publiziert. Ein sehr pragmatischer und effizienter Ansatz und eine kostengünstige Alternative zu teuren Pharmastudien, deren Fragestellungen häufig den Anforderungen und Bedürfnissen der Verordner und Patienten nicht entsprechen und genügen. Momentan wird dieses Projekt von diesen Ärzten exklusiv für sich ohne Sponsorengelder finanziert. Eine solche Versorgungsevaluation, die auch für die Politik nicht uninteressant sein dürfte, wäre in der Breite leicht mit einem sog. „Versorgungsforschungscents“, einer minimalen Abgabe - z.B. 0,1% des Verkaufspreises eines jeden in Deutschland verkauften Medikamentes - zu finanzieren.

Zurück zur Nationalen Versorgungsleitlinie: Bei aller inhaltlichen Auseinandersetzung ist das Zustandekommen dieser Leitlinie im Diskurs aller betroffenen Gruppen ein guter Schritt, um eine dauerhafte Versorgung unserer Patienten auf einem guten Niveau mit guter Lebensqualität sicher zu stellen. Dabei stellt sich natürlich die Frage, ob diese NVL eher therapeutische Freiheit oder Beliebigkeit fördert. Diese Frage wird in den nächsten Monaten und Jahren durch die Realität im ärztlichen Alltag beantwortet werden. Das wird aber nur dann zielführend sein, wenn in der Breite eine Rückbesinnung auf den Sackett'schen Evidenzbegriff gelingt, der nicht Beliebigkeit sondern therapeutische Freiheit mit verantwortlichem Umgang der Ärzte mit ihren Patienten ermöglicht.

Wir Ärzte sollten uns nicht von der Politik in eine kontroverse Diskussion über Sinn und Unsinn von Evidenzgraden in der Wissenschaft verstricken lassen, sondern die Feigenblattfunktion dieser Diskussion als Vehikel zur Einsparung von finanziellen Ressourcen in einem ohnehin unterfinanzierten Gesundheitswesen immer wieder demaskieren. Die Möglichkeiten der breiten Information haben sowohl unsere ärztlichen Standes- und Fachorganisationen als auch die großen Patientenverbände. Dieses gemeinschaftliche Auftreten muss zukünftig noch besser als bisher genutzt werden.

Denn ein nächstes Projekt steht schon auf der Agenda: der Nationale Diabetesplan. <<

Forschung zur Versorgung von Diabetes-Patienten in diabetologischen Schwerpunktpraxen:

Ein Resümee nach fünf Jahren winDiab

Neben der Mehrzahl von Patienten mit Typ-1 Diabetes werden mittlerweile auch Patienten mit einem komplexeren Typ-2 Diabetes, Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom sowie schwangere Patientinnen mit einem vorbestehenden Diabetes oder einem Gestationsdiabetes in diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSPen) behandelt und geschult. Um Erkenntnisse über die Prozesse und Ergebnisse daraus zu gewinnen, wurde vor fünf Jahren ein wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologie mit dem Namen winDiab von Diabetologen selbst gegründet. Seitdem wurden eine Reihe von konkreten und praxisrelevanten Fragestellungen spezifisch für diese Versorgungsebene untersucht und diese Evaluierungen, Spots, Jahresberichte und Register konnten von mehr als 100 DSPen mit fast 160 Diabetologen und ihren Teams in ihrem Praxisalltag durchgeführt werden. Die Ergebnisse haben direkten Einfluss auf die praktische Arbeit der DSPen, denn sie werden in der Kommunikation mit Kostenträgern genutzt und führen zu Änderungen bei der Positionierung von DSPen in der diabetologischen Szene. Auch zukünftig soll die Arbeit von winDiab dazu beitragen, dass die notwendige Bandbreite an diagnostischen und therapeutischen Optionen für die Behandlung von Patienten verfügbar bleibt. Dieser Artikel stellt die Arbeit von winDiab und die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen, die in den letzten fünf Jahren durchgeführt wurden, zusammenfassend dar. Gleichzeitig ist er eine Positionsbeschreibung der DSPen und zeigt auf, wie deren Beitrag bei der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Diabetologie sein kann.

>> Die Betreuung von Diabetes-Patienten hat in Deutschland in den letzten fünfzehn Jahren einen tiefgreifenden Wandel erlebt. Während vor diesem Zeitpunkt Patienten mit Diabetes mellitus Typ-1 (T1DM) oder Typ-2 (T2DM) und ausgeprägten Folgeerkrankungen sowie Patienten mit einem diabetischem Fußsyndrom (DFS) und schwangere Patientinnen mit einem vorbestehenden oder einem Gestationsdiabetes (GDM) in universitären Einrichtungen, Krankenhäusern oder allgemeinen internistischen Praxen behandelt wurden, kam es Mitte der 90er Jahre zu einer Veränderung in der spezialisierten Betreuung: Durch die Etablierung von diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSPen) wanderte die Betreuung dieser Versorgungsbereiche von der Klinik in die niedergelassene Versorgung.

Dabei ist bis heute die Definition einer DSP nicht einheitlich: Von der normalen Diabetespraxis mit einem Diabetologen und einer Diabetesberaterin bis hin zu großen ambulanten Diabeteszentren mit drei und mehr Ärzten und einem beachtlichen Personalstamm gibt es die unterschiedlichsten Modelle von DSPen. Eine durchschnittliche DSP betreut etwa 1.000 Diabetes-Patienten im Quartal, mit einer Bandbreite von 400 bis zu 4.500 Patienten im Quartal (s. Jahresbericht winDiab 2013; www.windiab.de).

Bis vor fünf Jahren war wenig über die Arbeit und das Leistungsspektrum der DSPen bekannt, denn es gab weder zuverlässige Angaben zur Anzahl von Patienten noch zur Güte der Behandlung. Die Gründe dafür sind vielfältiger Natur und liegen insbesondere darin, dass

- die akademisch angesiedelte Versorgungsforschung (VSF) andere wissenschaftliche Ziele und Themen verfolgt, als sie bei der Forschung zur Versorgung der Patienten von Interesse sind,
- die Patienten aus der Versorgungsebene 3 (Klinik) in die Ebene 2 (DSP) wanderten, dies aber nicht forschungsmäßig begleitet wurde,
- es keine Struktur gab, die eine eigenständige Forschung auf dieser Ebene organisierten konnte.

Gründung von winDiab

Durch Gründung des wissenschaftlichen Institutes der niedergelassenen Diabetologie (winDiab) durch elf niedergelassene, diabetologisch tätige Ärzte im Jahr 2008 änderte sich die Situation. winDiab ist eine gemeinnützig tätige GmbH, an die sich inzwischen 110 DSPen mit fast 160 Diabetologen als Partnerpraxen angeschlossen haben.

Um Partnerpraxis bei winDiab werden zu können, müssen bestimmte Kriterien wie z.B. ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem erfüllt werden.

Die Partnerpraxen finanzieren die Projekte von winDiab mit ihrem Jahresbeitrag (900 Euro pro Diabetologe, Staffellung bei mehreren Diabetologen); das Jahresbudget von winDiab beträgt ca. 125.000 Euro. Aufgrund dieser Art der Finanzierung kann winDiab völlig unabhängig von finanziellen Interessen anderer im Gesundheitswesen wirtschaftender Institutionen arbeiten, so gibt es keinerlei Förderung durch die pharmazeutische Industrie.

Das Ziel von winDiab ist es, die Arbeit der DSPen zu evaluieren und die Vielzahl an Fragestellungen zu beantworten, die sich aus der täglichen Arbeit an und mit den Patienten ergeben. Alle Projekte von winDiab werden unentgeltlich von einem Beirat begleitet, um die eigene Arbeit kritisch durch andere Akteure aus der diabetologischen Szene begleiten zu lassen.

Positionierung von winDiab

Der Alltag als niedergelassener Arzt bringt viele Fragen zum Krankheitsgeschehen und zur Therapie mit sich, bei gleichzeitig geringen Möglichkeiten, sich wissenschaftlich damit auseinanderzusetzen. Kenntnisse zu diesen Fragestellungen sind aber für die Implementierung von Leitlinien und neuen Therapien von essentieller Bedeutung.

Was die einzelne Praxis nicht leisten kann, nämlich die Überprüfung der eigenen Arbeit nach wissenschaftlichen Kriterien und die Durchführung von qualifizierten Untersuchungen, ist durch winDiab möglich geworden. Dadurch unterstützt winDiab den Anspruch der Ärzte an sich selber als Akademiker.

Die Arbeit von winDiab ergänzt die wissenschaftliche Grundlagenforschung und die klinische Forschung um ein wichtiges Element: Die Forschung zur Versorgung von Diabetes-Patienten in der Alltags-Re-

Abkürzungsverzeichnis

DSF - Diabetisches Fußsyndrom, DSP - Diabetes-Schwerpunktpraxis, GDM - Gestationsdiabetes, KV - Kassenärztliche Vereinigung, T1DM - Typ-1 Diabetes, T2DM - Typ-2 Diabetes, winDiab - wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Diabetologie, VSF - Versorgungsforschung

alität. Die Ergebnisse dieser Forschung müssen an die anderen Forschungsebenen im Sinne eines geschlossenen Kreislaufes zurückgemeldet werden, um gemeinsam eine Optimierung der Behandlung von Patienten mit Diabetes zu erreichen (Abb. 1). Bisher fand wissenschaftlicher Transfer nur in eine Richtung statt, (Top down) und es fehlte die Rückkopplung (bottom up).

Die Ergebnisse der winDiab-Studien haben mittlerweile die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft erhalten, wo diese Art der Forschung und deren Ergebnisse wahrgenommen und zitiert werden. Gleichzeitig werden die Ergebnisse auch von Kostenträgern akzeptiert, insbesondere wegen des konsequenten Verzichts auf Pharmasponsoring. Als deutschlandweites Netzwerk von DSPen liefert winDiab seinen Partnern nicht zuletzt die Möglichkeit, die Zahlen und Ergebnisse der eigenen Praxis mit denen der Kollegen kritisch zu vergleichen (externes Benchmarking).

Projekte von winDiab

Neben regelmäßig wiederkehrenden Projekten wie Jahresbericht und Patientenbefragung werden praxisrelevante Fragestellungen in der Diabetologie mit Hilfe von SPOTs, Studien und Registern beantwortet. Nachfolgend werden alle Projekte der vergangenen fünf Jahre kurz vorgestellt.

Der Jahresbericht

Zur Darstellung der Leistungsfähigkeit der DSPen und zur Ermittlung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Praxen wird einmal jährlich eine zusammenfassende Darstellung von Kenndaten erstellt (Jahresbericht 2013 ist auf www.windiab.de verfügbar). Die Jahresberichte charakterisieren die teilnehmenden DSPen hinsichtlich ihrer Größe, der Anzahl von betreuten Patienten, der durchgeführten Schulungen u.v.m. und sind damit eine Informationsquelle zur Morbidität der Patientenkollektive und zur Schulungsrealität in DSPen. Die Erstellung der Jahresberichte über die letzten fünf Jahre ermöglicht eine Auswertung der Querschnitts-Zahlen im Längsschnitt über die Zeit hinweg. Die wichtigste Erkenntnis daraus ist, dass die Zahl der in den DSPen behandelten Patienten in den vergangenen fünf Jahren kontinuierlich angestiegen ist, im Mittel um 8% pro Jahr, was bedeutet, dass sich die Zahl der in den DSPen zu betreuenden Patienten innerhalb von zehn Jahren verdoppeln wird.

Patientenbefragungen

Die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung und Betreuung in den Partnerpraxen wird durch jährliche, durch die Geschäftsstelle von winDiab organisierten Patientenbefragungen ermittelt. Insgesamt zeigt sich über die vergangenen fünf Jahre eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit den Teams, was wiederum ein wichtiger Teil des Qualitätsmanagements ist.

Spots und Studien

Erstaunlich viele Fragestellungen in der praktischen Diabetestherapie sind bisher nicht oder nicht gut untersucht worden. Dieser Mangel an belastbarem Zahlenmaterial wird auch von Krankenkassen und der Gesundheitspolitik kritisiert, denn für viele Planungen und Modellrechnungen fehlen schlicht die notwendigen Angaben. winDiab hat Methoden entwickelt, um mit einem überschaubaren Aufwand in den Partnerpraxen Daten zu spezifischen Fragestellungen zu erfassen und auszuwerten. Mit regelmäßigen SPOTs (= Kurzerhebungen) werden kleinere, aber praxisrelevante Fragestellungen beantwortet. Dazu er-

halten die Partnerpraxen vorbereitete Erhebungsbögen, die so gestaltet sind, dass es selbst im betriebsamen Praxisalltag möglich ist, die erforderlichen Daten zu erfassen und anschließend über die winDiab-Homepage in eine Datenbank einzustellen.

Eine wichtige Frage war z.B. die nach dem tatsächlichen täglichen Insulinbedarf der Typ-2-Patienten im Hinblick auf die Kostenkalkulation für neue und teure Medikamente. Während die offizielle „Daily Defined Dosis“ (DDD) 40 Einheiten Insulin für eine durchschnittliche Typ-2-Insulintherapie beträgt, wurde mit dem SPOT „Realität der Insulintherapie“ (1) ein täglicher Bedarf von im Mittel 68 Einheiten ermittelt. Etwa 20% der Patienten haben einen täglichen Bedarf von 100 Einheiten und mehr, damit liegen die Kosten für eine Insulintherapie nicht mehr bei 1,21 Euro, sondern bei mehr als 3 Euro pro Tag, ein wichtiger Unterschied, der bei der Bewertung von alternativen Therapiemöglichkeiten wie Inkretine berücksichtigt werden muss.

Mit einem SPOT wurde ermittelt, wie viele Patienten aufgrund diabetesbedingter Folgekomplikationen ohne die Versorgungsebene DSP in einem Krankenhaus hätten behandelt werden müssen - eine wichtige Frage in Bezug auf die Bedeutung der Versorgungsebene DSP. Eine Hochrechnung der erhobenen Daten ergab, dass im Durchschnitt 480 solcher Fälle pro Jahr und Praxis in die DSPen überwiesen wurden, was bei 600 DSPen vergleichbarer Größe in Deutschland fast 300.000 Fällen entspricht (2). Dieser Spot gibt zudem Anhaltspunkte dafür, welche Kosten durch die Arbeit der DSPen eingespart werden.

Ein weiterer Spot untersuchte die „Kommunikation an der Schnittstelle Hausarzt - Diabetologe“ (3). Dabei wurde erfragt, was die Patienten bei Erstüberweisung in eine DSP an Informationen mitbringen, um Doppeluntersuchungen und Ressourcenverschwendung zu vermeiden. Die Ergebnisse zeigten, dass fast die Hälfte dieser Patienten ohne Diagnosen, Laborwerte oder einen definierten Behandlungsauftrag in die DSPen kamen, fast 30% hatte keine Angaben zu ihren Medikamenten dabei und jeder Zehnte kam ohne überhaupt irgendeine Information.

Ein aktueller SPOT hat die Alltagsrealität der Pumpentherapie ermittelt (4). Während die Zufriedenheit der Patienten mit dieser Therapieform hoch ist (97% positiv), nutzt nur ca. die Hälfte der Patienten die Features, die moderne Insulinpumpen bieten. Nichtsdestoweniger ist die Stoffwechsellage bei vielen Patienten trotz Pumpentherapie nicht optimal. Gemeinsam mit dem Forschungsverbund Diabetes wurde untersucht, wie hoch die psychische Belastung von Diabetes-Patienten bedingt durch ihre Erkrankung ist (5). Die PADIS-Studie hat bestätigt, dass sich ein höherer Anteil an Patienten mit Diabetes im Alltag überfordert fühlt.

Register

Das Anlegen und Führen eines Registers eignet sich als methodischer Ansatz, um durch eine standardisierte Dokumentation Erkenntnisse aus dem Versorgungsalltag der Patienten zu gewinnen, z.B. zu den Ergebnissen von Schwangerschaften bei Diabetes oder zur Wirksamkeit neuer Medikamente.

GestDiab

Mit dem Schwangerschaftsregister „GestDiab“ führt winDiab die inzwischen größte Erhebung zu Diabetes und Schwangerschaft in Deutschland durch. Mittlerweile sind die Daten von mehr als 5.000 Schwangerschaften erfasst worden (6), mit der Haupteckdaten, dass nur ca. die Hälfte der jungen Mütter postpartal einen normalen Glukosestoffwechsel aufweist und damit eine hohe Diabetesgefahr bei diesen jungen (20- bis 40-jährigen) Frauen besteht.

In einer aktuellen Untersuchung zur Versorgungsrealität werden die Auswirkungen der neuen Leitlinie zum Gestationsdiabetes (GDM) analysiert, um zu evaluieren, ob durch die Vorgabe, allen Schwangeren ein Blutzuckerscreening auf GDM anzubieten, die Diagnose GDM früher und damit leitliniengerecht gestellt wird. Dieses Projekt wird, erstmalig in der Geschichte von winDiab, von der wissenschaftlichen Fachgesellschaft „Deutsche Diabetes Gesellschaft“ (DDG) finanziell unterstützt.

InkreDiab

Unter dem Projektnamen „InkreDiab“ wurde die Wirksamkeit von GLP-1-Analoga und DPP-4-Inhibitoren untersucht (7), um die Wirksamkeit dieser neuen Medikamentenklasse zu evaluieren. Die Ergebnisse zeigen, dass bei 50% der Patienten die Therapie mit diesen Medikamenten nach drei Monaten beendet wird und dass die Wirksamkeit dieser Medikamente bei Patienten recht unterschiedlich ist, ohne dass sich klare prädiktive Vorhersageindikatoren dafür ergeben haben.

Trotzdem erlauben die Ergebnisse es, einen neuartigen Denkansatz zu verfolgen: Wenn zukünftig ein Patient in die Praxis kommt und auf ein solches Medikament eingestellt wird, ermöglicht ein „Kalkulator“ nach Eingabe von Alter, aktuellem HbA1c und BMI eine Aussage dazu, mit welcher Wahrscheinlichkeit welche Absenkung im HbA1c und BMI bei diesen individuellen Patienten zu erwarten ist, eine Aussage die für den Arzt und den Patienten von Relevanz ist. In Anbetracht der Tagestherapiekosten der in den letzten Jahren auf den Markt gekommenen Medikamente und den Einsparbemühungen der Gesundheitspolitik wird es zukünftig immer wichtiger werden, Evaluierungen der Wirksamkeit solcher neuen Produkte unter Alltagsbedingungen durchzuführen (DrugDiab). Im Gegensatz zu klinischen Studien, wo ein (hoch-) selektioniertes Probandenpotenzial untersucht wird, werden im Praxisalltag ALLE Patienten therapiert, d.h. auch all diejenigen, die wegen ihres Alters, Begleiterkrankungen, Schwangerschaft etc. in keine Studie aufgenommen werden. Deshalb wird winDiab für jede neue antidiabetische Medikamentenklasse eine solche Evaluation etablieren; aktuell wurde unter dem Projektnamen SGDiab ein Register für SGLT 2-Inhibitoren gestartet.

ICDiab

Diabetologen müssen alle Diagnosen eines jeden Patienten als ICD-Kode dokumentieren, eine Aufgabe, die relativ zeitaufwändig ist. ICD-Kodes beschreiben die Morbidität der Patienten und zeigen den Handlungsbedarf auf. Jede DSP übermittelt pro Quartal 10.000 bis 40.000 ICD-Kodes in einem standardisierten Datenformat zur Abrechnung an die jeweilige KV. Kritisch diskutiert wurde und wird die Kodierqualität und der Sinn dieser Arbeit. Was geschieht mit all den Informationen/Angaben, die aufwändig erfasst werden?

Für das Projekt „ICDiab“ hat winDiab ein einfach zu handhabendes Controlling-Tool entwickelt, welches die für die Diabetestherapie relevanten ICD-Kodes am Ende eines Quartals aus der Abrechnungsdatei in den DSPen herausfiltert. Diese Daten werden anschließend per Email in einer verschlüsselten Form an winDiab übermittelt und dort in eine Datenbank eingepflegt. Eine Analyse der ICD-Kodes von >100.000 Patienten ermöglichte die Darstellung von Morbiditäts- und Co-Morbiditätsprofilen (Abb. 2) (8) und erlaubte Aussagen zur Qualität der Kodierung in der individuellen Praxis im Vergleich zum Gesamtkollektiv, sowohl im einzelnen Quartal als auch über alle Quartale hinweg. Eine korrekte Kodierung unterstützt die DSP im Falle von Regressforderungen, da sie eine gute Transparenz der geleisteten Arbeit und des betreuten Patientenkollektives ermöglicht. Solche Aussagen sind zudem wichtig für die Ressourcenplanung z.B. bei Vertragsverhand-

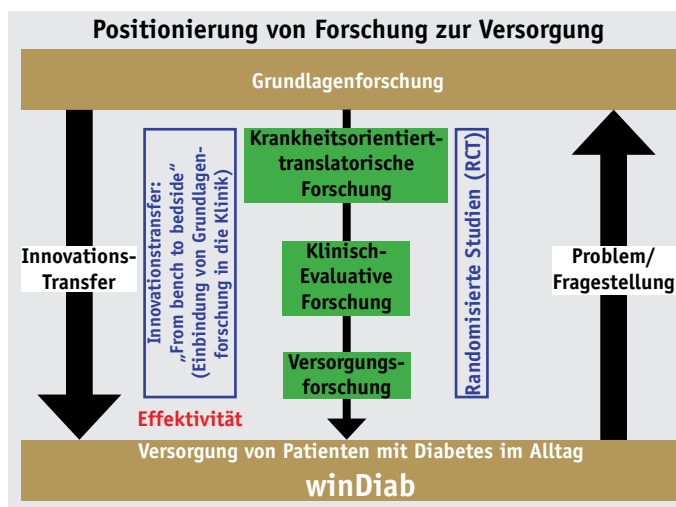


Abb. 1: Positionierung von Forschung zur Versorgung von Patienten mit Diabetes im gesamten Forschungsverbund (modifiziert nach Schrappe/Scriba).

lungen; es können z.B. belegbare Zahlen angegeben werden, wie viele Patienten mit einem DFS in den DSPen behandelt werden. Das Projekt ICDiab hat dazu geführt, dass winDiab einen Selektiv-Vertrag mit der Barmer GEK abgeschlossen hat: Unter dem Projektnamen „DiabCheck“ (s.u.) wird ein Pilotprojekt durchgeführt, bei dem die Versicherten dieser Krankenkasse eine optimierte ambulante Behandlung in winDiab-Partnerpraxen erfahren können. Auch andere DSPen können an diesem Projekt teilnehmen, sofern sie die winDiab-Kriterien erfüllen.

Struktur der winDiab-Partnerpraxen

In den Jahresberichten von winDiab gibt es Angaben zu den Strukturen in den Partnerpraxen. Die Berücksichtigung dieser Daten ist deshalb wichtig, weil sie zeigen, welche „Realität“ bei allen winDiab-Untersuchungen beschrieben wird. Von den ca. 1.100 DSPen in Deutschland (Quelle: Summe aller auf den Homepages der KVen in Deutschland aufgelisteten DSPen) sind ca. ein Zehntel Partnerpraxen von winDiab. Dabei sind dies die DSPen, die ein dokumentiertes Qualitätsmanagement nachweisen und/oder sich als Schwerpunktpraxis DDG Stufe 1 oder 2, Diabetologicum qualifiziert haben und sich schwerpunktmäßig mit der Betreuung der hier interessierenden Patientenkollektive beschäftigen. Nichtsdestoweniger gilt es deutliche regionale Unterschiede zu berücksichtigen, die meisten Partnerpraxen kommen aus Nordrhein, Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz. Die Einschränkungen gilt es bei Interpretation aller winDiab-Daten zu berücksichtigen, auch wenn durch die Vielzahl von Patienten, die in den winDiab-Partnerpraxen behandelt werden (fast 100.000 pro Quartal, s. Jahresbericht 2013), wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen als repräsentativ betrachten.

Auf die Frage, warum nicht mehr DSPen Partner bei winDiab sind, lautet die Standardantwort der dazu befragten Kollegen: Wegen der Kosten! Auch mangelndes wissenschaftliches Interesse und der Arbeitsaufwand für die Untersuchungen werden genannt.

Forschung ist teuer!?

Analysiert man aus einem eher ungewöhnlichen Blickwinkel, wie teuer eine der bisher acht winDiab-Publikationen (ohne die Jahresberichte), so betragen diese ca. 80.000 Euro pro Publikation. Darin

enthalten sind alle Kosten, die im Laufe eines Projektes anfallen. Strukturkosten wie Geschäftsstelle, Durchführung der Projekte, Datenauswertungen, Erstellen der Berichte, das Führen der Register etc. Die Kosten sind deshalb relativ niedrig, weil der erhebliche Aufwand für die eigentliche Datenerfassung von den Partnerpraxen selber getragen wird. Hier gilt es auch deutliche Limitationen darin zu sehen, wie viel Arbeitszeit man für solche „akademischen“ Fragestellungen aufwenden kann. Nichtsdestoweniger wäre es interessant zu wissen, wie „effizient“ andere wissenschaftliche Strukturen in der Diabetologie arbeiten und wie hoch deren Kosten pro Publikationen sind.

Es gibt natürlich methodische Schwächen bei dem Ansatz von winDiab: Fehlendes Monitoring der Rohdaten und zu geringes epidemiologisches Know-how führen zu Begrenzungen der Aussagekraft der Daten, was in Anbetracht des engen Finanzierungsrahmens zurzeit nicht anders darstellbar ist. Gleichzeitig liegt jedoch eine erhebliche Stärke darin, dass die Ergebnisse aller Studien und Projekte den Alltag der Patientenbetreuung an einem nicht-selektionierten Patientenkollektiv widerspiegeln - mit anderen Worten: Die winDiab-Ergebnisse zeigen die Realität, wie sie ist und nicht, wie wir sie uns wünschen!

Forschung zur Versorgung in der Praxis gestern, heute und morgen

Daten sind erst mal nur Daten, sie müssen interpretiert und adressiert werden, um aus den Ergebnissen die richtigen Konsequenzen zu ziehen. Aus diesem Grunde nutzt der Berufsverband der niedergelassenen Diabetologen (BVND) die von winDiab gelieferten Daten als Support für seine Arbeit, auch wenn winDiab eine eigenständige Institution ist, die zwar inhaltlich mit dem BVND kooperiert, aber grundsätzlich aus eigenem Antrieb heraus agiert. Auch andere Akteure des Gesundheitssystems wie Krankenkassen und Gesundheitspolitiker können Nutzen bzw. Konsequenzen aus den gewonnen Erkenntnissen ableiten.

Um es ganz bewusst zu wiederholen: Alle Untersuchungen von winDiab werden aus eigener Kraft geplant, organisiert, finanziert, ausgewertet und publiziert. Es stellt sich aber die Frage, ob dies so bleiben kann oder ob es in Zukunft notwendig ist, dass Konzept zu ändern, um qualitativ bessere und quantitativ größere Projekte durchführen zu können?

winDiab deckt eine relevante Lücke in der bisherigen Forschungslandschaft ab. Dies muss anerkannt und die Konsequenzen daraus abgeleitet werden, das gilt insbesondere für die Finanzierung der Arbeit von winDiab. Alle Daten, die winDiab generiert, sind nicht nur für die DSPen relevant, sondern für alle in der Gesundheitspolitik engagierten Organisationen. Wir fordern deshalb eine offene Diskussion zur Finanzierung von Forschung der Versorgung von Diabetespatienten.

In Anbetracht der hohen Kosten, die für die Versorgung von Diabetes-Patienten in Deutschland anfallen (dies sind viele Milliarden Euro pro Jahr und die DSPen sind an der „Verteilung“ der Gelder aktiv beteiligt), möchten wir hiermit den „Versorgungs-Cent“ anregen: Wenn von jedem Euro, der für die pharmakologische Therapie ausgegeben wird, „ein Cent“ für die Forschung zur Versorgung bereitgestellt würde, wäre diese Forschung der Versorgung von Patienten finanziert. Wir wagen die These, dass eine solche, unabhängige Forschung zu erheblichen Einsparungen im Gesundheitssystem führen würde; so würden Untersuchungen der Wirksamkeit von neuen Therapien / Medikamenten in der Realität (im Vergleich zu Ergebnissen von RCTs) Hinweise zu deren wirklichen Benefit liefern und wir könnten ermitteln, welche

Prozentualer Anteil von diabetesbed. Folgeerkrankungen

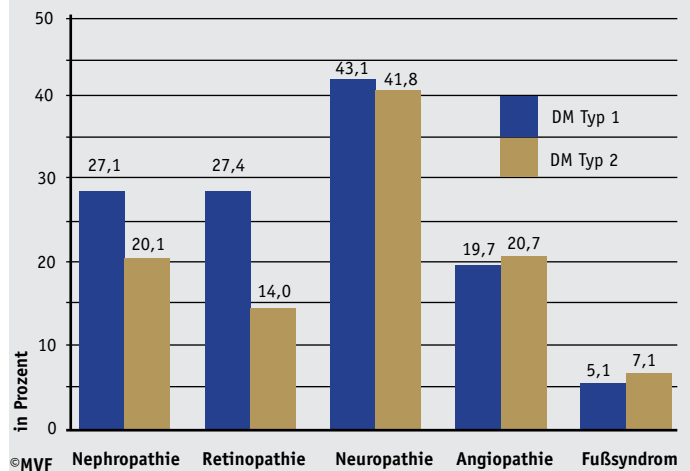


Abb. 2: Prozentualer Anteil von diabetesbedingten Folgeerkrankungen bei 24.187 Patienten mit Typ-1 Diabetes und bei 74.468 Patienten mit Typ-2 Diabetes.

Patienten konkret profitieren würden. Fehlversorgungen könnten auf diese Weise frühzeitig vermieden werden.

Die bisherigen Bemühungen von winDiab, eine eigenständige Finanzierung aus unabhängigen Quellen, z.B. über die Gesundheitspolitik zu schaffen, waren nicht erfolgreich. Es gibt bisher im Rahmen der Finanzierung von wissenschaftlicher Arbeit keine Fördertöpfe für die Forschung zur Versorgung, weil diese schlicht in keine der üblichen Kategorien passt. Es gilt abzuwarten, ob die Gesundheitspolitik den Wert solcher Forschung mehr anerkennt und bereit ist, dafür Gelder zur Verfügung zu stellen.

winDiab hat erheblich dazu beigetragen, dass die Bedeutung der zweiten Versorgungsebene in der Diabetesbehandlung mittlerweile von der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik gesehen und anerkannt wird, denn der durch die Arbeit von winDiab ermöglichte Erkenntnisgewinn bleibt nicht auf der theoretischen Ebene „hängen“, sondern zielt auf eine unmittelbare Rückkopplung in die Betreuungsebene, z.B. bei Präsentation der Ergebnisse in den lokalen Qualitätszirkeln. Solch eine unmittelbare Rückkopplungsmöglichkeit ist für die praktisch tätigen Diabetologen im Sinne einer konstanten Verbesserung ihrer Arbeit und Qualitätskontrolle wichtig, verlangt aber auch die Bereitschaft, der eigenen Arbeit kritisch gegenüber zu stehen, um im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses daraus konstruktive Aktivitäten abzuleiten und in der Praxis umzusetzen.

Zusammenfassung und Ausblick

Diabetologie findet heutzutage überwiegend ambulant statt, deshalb muss die Forschung zur Versorgung auch in den DSPen erfolgen. winDiab hat in den letzten fünf Jahren belegt, dass eine Reihe von relevanten Fragestellungen durch eine eigenständige Initiative der DSPen beantwortet werden kann und hat damit in diabetologischen Kreisen einen hohen Bekanntheitsgrad erreichen können.

Die Leistungsfähigkeit von winDiab ist nicht nur aus finanziellen Gründen limitiert, die Diabetologen und deren Teams in den Praxen können in Anbetracht ihrer Arbeitsbelastung durch die Patientenversorgung nur ein sehr begrenztes Zeitkontingent für solche Untersuchungen aufbringen. Wenn mehr und qualitativ bessere Untersuchungen durchgeführt werden sollen, bedingt dies eine gewisse finanzielle Kompensation der DSPen.

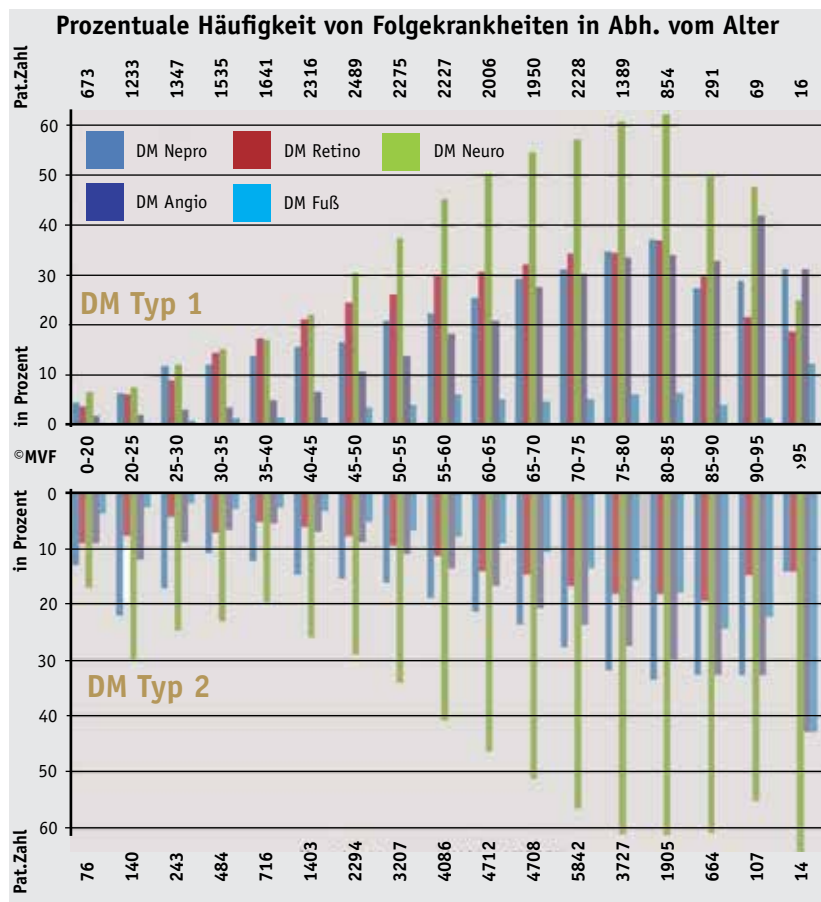


Abb. 3-4: Prozentuale Häufigkeit von Folgekrankheiten bei Typ-1- bzw. Typ-2-Diabetes in Abhängigkeit vom Alter.

Auf die diabetologische Versorgungslandschaft kommen in den nächsten Jahren erhebliche Herausforderungen zu:

- eine ständig steigende Zahl von Diabetes-Patienten, die in den DSPen behandelt werden müssen,
- diese Patienten stellen gleichzeitig eine „Negativselektion“ dar, denn es sind diejenigen, die aufgrund ihrer diabetischen Folgeer-

krankungen einer besonders intensiven Behandlung und Betreuung bedürfen.

- Gleichzeitig geben zunehmend niedergelassene Diabetologen aus Altersgründen ihre Praxis auf, ohne dass adäquat junge Kollegen nachrücken.
- Die Dokumentations-Anforderungen (z.B. ICD-Kodierung) steigen sukzessive an zulasten der Zeit, die pro Patient aufgewendet werden kann,
- bei sinkender oder auch nur konstant bleibender Vergütung steigt der ökonomische Druck weiterhin an.

Gerade in solch einem Umfeld wird es immer wichtiger werden, anhand von belastbaren Daten die Effektivität und Effizienz der in der ambulanten Diabetologie eingesetzten Diagnostik und Therapie zu belegen. Nur wenn zusätzliches Geld zur Verfügung steht, kann eine adäquate Forschung zur Versorgung geleistet werden. Wir sind davon überzeugt, dass die Evaluierung der Arbeit von DSPen durch winDiab in einem erheblichen Maße dazu beigetragen hat:

- neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu generieren,
- die Arbeit der DSPen darzustellen und dabei deren Selbstwahrnehmung zu verbessern und nach außen zu vertreten,
- die Anerkennung der ambulanten Diabetologie in der DDG zu stärken,
- deren Position in der Versorgungslandschaft zu festigen,
- die Position der Diabetologie im Gesundheitswesen insgesamt mehr in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken.

Durch eine bessere Anbindung und Zusammenarbeit mit der akademischen Welt wollen wir die Qualität der Arbeit von winDiab weiter verbessern, den Ansatz von winDiab konsequent weiterentwickeln und besser als bisher in die diabetologische Forschungslandschaft integrieren. winDiab ist deshalb an einer engeren Zusammenarbeit mit akademischen Einrichtungen im Bereich der Diabetologie und der Versorgungsforschung interessiert.

von: Gabriele Faber-Heinemann*

* Geschäftsführerin winDiab - wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen gemeinnützige GmbH

Literatur

1. Faber-Heinemann G, Hess E, Hess G, von Hübbenet J, Kaltheuner M, Krakow D, Lederle M, Molinski M, Nitzsche G, Reuter HM, Scheper N, Simonsohn M, Heinemann L. Realität der Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes in Deutschland: Daten aus 41 Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel & Herz 5:357-361, 2008
2. Molinski M, Kiwitt-Kortemeier C, Hess E, Hess G, von Hübbenet J, Kaltheuner M, Krakow D, Lederle M, Nitzsche G, Reuter HM, Scheper N, Simonsohn M, Faber-Heinemann G, Heinemann L. Patienten-Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen anstelle von Krankenhauseinweisungen: Daten aus 45 Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 18:163-167, 2009
3. von Hübbenet J, Weber D, Kaltheuner M, Krakow D, Molinski M, Scheper N, Simonsohn M, Faber-Heinemann G, Heinemann L. Umfang der Kommunikation bei der Schnittstelle Hausarzt - Diabetologische Schwerpunktpraxis: Vergleich von DMP-Patienten vs. Nicht-DMP-Patienten. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 19:255-259, 2010
4. Reichert D, Weber D, Kaltheuner M, Scheper N, Faber-Heinemann G, Heinemann L. Realität der Insulinpumpentherapie in Diabetesschwerpunktpraxen: Daten von 1142 Patienten aus 40 diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz (in press) 2013
5. Petrak F, Joschko A, Kaltheuner M, Scheper N, von Hübbenet J, Heinemann L, Faber-Heinemann G. Psychische Belastungen und Therapieadhärenz von Patienten mit Diabetes in DSPen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 20:7-14, 2011
6. Adamczewski H, Weber D, Heinemann L, Kaltheuner M. GestDiab 2008: Betreuung von Schwangerschaften in diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 19:99-109, 2010
7. winDiab. Klinische Wirksamkeit von DPP-4-Inhibitoren und GLP-1-Analoga bei Patienten mit Typ 2-Diabetes mellitus in der Versorgungsrealität: Daten aus 38 diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 21:357-368, 2012
8. Weber D, von Hübbenet J, Heckermann S, Faber-Heinemann G, Hess E, Hess G, Kaltheuner M, Krakow D, Lederle M, Molinski M, Nitzsche G, Reichert D, Reuter H-M, Scheper N, Simonsohn M, Heinemann L. Morbiditätsprofile von Diabetes-Patienten: Analyse der ICD-Kodierungen von 105.156 Patienten aus 65 diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 20:357-367, 2011

DGbV-Serie „Telematik zur Patientenselbststeuerung“

Telematik zur Patientenselbststeuerung: Nutzen für Patienten

Chancen durch Telematik zur Patientenselbststeuerung (TzP) entstehen zunächst und vor allem für den Patienten. Bevor wir jedoch über Nutzen von TzP für Patienten reden, sollten wir uns kurz klar machen, worin solcher Nutzen überhaupt bestehen kann. Patienten sind per Definition krank, also ist eine Nutzenkategorie: weniger Krankheit durch TzP, oder – nach der Krankheitsdefinition des Brockhaus – weniger Störungen des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Patienten sind aber auch Bürger und insbesondere Versicherte, also ist eine andere Nutzenkategorie: weniger Kosten für Gesundheit und Krankheitsbehandlung, geringere oder weniger schnell steigende Krankenkassenbeiträge.

>> Telematik hilft dem Patienten schon ganz zu Beginn, bei der Auswahl eines Arztes seines Vertrauens. Gleiches wiederholt sich bei jeder Überweisung zu einem Facharzt einer für ihn „neuen“ Fachrichtung oder bei einer Klinikeinweisung. Spezielle Portale insbesondere der Krankenkassen schaffen hier Transparenz über die Einschätzung anderer Patienten bei niedergelassenen Ärzten, bzw. über die Qualität bei Kliniken. Dieses Wissen sollte dem Patienten eine erhöhte Sicherheit geben und damit zu seinem Wohlbefinden beitragen. Ebenso kann er sich auch über Ärztenetze und ihre eventuell besonderen Leistungen in seiner Region informieren und damit schon frühzeitig einen Arzt aufsuchen, bei dem die Kommunikation mit Kollegen anderer Fachrichtungen oder auch die fachbereichsübergreifende Einhaltung von Leitlinien gewährleistet sind.

Telematik allein bewirkt gar nichts. Wenn wir über konkreten Nutzen reden, müssen wir also auf Effekte achten, bei denen Telematik Diagnose- und Therapieprozessen zu mehr Effektivität und Effizienz verhilft. Wir hatten ferner in dieser Serie auch schon festgestellt, dass Art und Umfang eines sinnvollen Telematik-Einsatzes von der Indikation, bzw. den Indikationen des Patienten abhängt. Angesichts der Menge möglicher Indikationen bzw. Indikationskombinationen, die die Medizin kennt, ist es nun völlig unmöglich diese alle hier systematisch zu behandeln. Wir haben deshalb den Ansatz gewählt, exemplarisch einige Effekte darzustellen in der Hoffnung, daraus die meisten Nutzenarten durch Rekombination generieren zu können.

Beginnen wir mit der Therapie. In aller Regel wird der Patient die Therapie seiner Krankheit nicht allein steuern, sondern seinen Steuerungsbeitrag im Rahmen der von seinem Arzt - seinen Ärzten - gegebenen

Therapiekorridoren leisten, ein kranker Mensch ist nicht autonom. Trotzdem hat er - wie Gigerenzer und Gray sagen - als Staatsbürger das Recht, die grundlegenden Tatsachen von Diagnose und Behandlung zu kennen, und er hat eine eigene Verantwortung, Entscheidungen über seine Gesundheit auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz zu treffen.

Dazu ein Beispiel: Die Behandlung eines Typ 1 Diabetikers könnte wie folgt verlaufen: einmal pro Quartal besucht der Patient seinen Diabetologen, mit diesem bespricht er die festgelegten - elektronisch erfassten und übermittelten Vitalparameter (z.B.: Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, Rauchen) und trifft mit ihm eine Zielvereinbarung in Form von Korridoren für die Vitalparameter zuzüglich einer Dosierung seiner Medikation. Die Erfassung der Parameter erfolgt entweder über direkt ans System angeschlossene Messgeräte (z.B. Waage oder Blutzuckermessgerät) oder durch eine Eingabe auf dem Smartphone. Gerade die Verbreitung von Smartphones hat die Handhabung entsprechender Systeme sehr vereinfacht und damit die Akzeptanz erhöht, auch wenn die Grundfunktionalität sich nicht geändert hat. Der Patient hat dann die „Aufgabe“ seine Vitalparameter im vereinbarten Zielkorridor zu halten und ggf. die Medikation anzupassen. Die Überwachung wird dabei abgestuft erfolgen: Routinemeldungen, etwa per SMS, kann das System selbst an den Patienten senden. In kritischen Fällen wird ein Telematik-Zentrum sich telefonisch einschalten oder auch direkt den Arzt informieren. In der Regel steht auch ein Call Center mit medizinischer Kompetenz im Hintergrund bereit, um auf Fragen des Patienten in jedem Fall schnell reagieren zu können.

>> Fortsetzung auf Seite II

Kommentar

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun ist es also soweit. Die Bundestagswahl 2013 ist gelaufen und die Verantwortlichen für die nächsten Jahre sind genannt.

Wir von der DGbV wünschen uns, dass die gewählten PolitikerInnen es mit der Bürgerorientierung, dem Empowerment und dem Shared Decision Making ernst nehmen und endlich dementsprechend handeln.

Wir müssen im Versorgungsmanagement deutlich mehr ambulant als stationär umsetzen und in der Telemedizin bei den Volkskrankheiten die Möglichkeiten der neuen Medien und des Internets zu mehr Transparenz und Wissen über die eigene Krankheit nutzen.

Die Schulpolitiker der Länder sollten ernsthaft über ein Fach „Gesundheit“ nachdenken und zwar ab der 1. Klasse der Grundschule.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine angenehme Spätsommerzeit.

Mit herzlichen Grüßen



Dr. John N. Weatherly
Präsident der DGbV

Dr. John N. Weatherly
DGbV- Präsident

Termine

AG „65 Plus“

Auftaktveranstaltung

Leitung: Karsten Köhler, Rudolf Bals
22. Oktober 2013, 12:00 – 16:00 Uhr

Thema: Multimorbidität und Polypharmakotherapie im Alter

AG Versorgungsanalysen

Leitung: Ch. Luley, Ch. Traupe
14. November 2013, 10:00 – 16:00 Uhr

AG Vertrags- und Finanzierungsmanagement

Leitung Dr. J. N. Weatherly
27. November 2013, 13:00 – 17:00 Uhr

AG Versorgungsprozesse

Leitung: M. Knetsch
12. Dezember 2013, 13:00 – 17:00 Uhr
Themen: Der ambulante und stationäre Versorgungsprozess im Bereich Diabetes - Wie sieht die Versorgungsrealität beim Bürger aus? Die Analyse von Versorgungsprozessen aus gesundheitsökonomischer Sicht

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

>> Fortsetzung von Seite I

Dieses Beispiel ist insoweit typisch für den Telematik-Einsatz, als der Arzt mit dem Patienten gemeinsam den Rahmen festlegt, der Patient dann innerhalb dieses Rahmens selbstständig steuert. Der Nutzen für den Patienten entsteht, weil er in einem solchen Verfahren durch die kurzen Feedback-Zyklen (ggf. mehrfach täglich statt einmal pro Quartal) höher motiviert ist, zeitnah auf seine Vitalparameter zu achten und seine Dosierung genauer und wiederum sehr zeitnah dem Bedarf anpassen kann. Als Resultat sind seltenere Entgleisungen und damit seltenere Klinikaufenthalte zu erwarten. Auch die Zahl seiner Arbeitsunfähigkeitstage sollte eher kleiner werden. Bei älteren Patienten kann das soweit reichen, dass ihnen ihre Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit länger erhalten bleibt.

Eine telematische Überwachung kann auch dazu beitragen, dass ein Patient länger zu einer selbständigen Lebensführung in seiner eigenen Wohnung befähigt wird. Für viele ältere Patienten bedeutet das eine deutliche Erhöhung ihrer Lebensqualität.

Nutzen entsteht natürlich auch beim Arzt, weil dieser anhand der Verläufe die Reaktionen auf Interventionen durch Therapie oder Verhalten ein sehr gutes und direktes Feedback auch auf Therapiemisserfolge erhält. Schleichende Verschlechterung von Parametern oder Symptomen können - auch automatisch - früher erkannt werden, es kann schneller gegengesteuert werden. Ebenso kann bei schwankenden Werten - etwa Blutdruck - schneller, eventuell sogar regelbasiert, reagiert werden. Praxisbesuche des Patienten werden auf relevante Fälle reduziert, dann hat der Arzt auch Zeit, das wiederum ist durchaus zum Nutzen des Patienten: er spart Zeit durch weniger sinnlose Arztbesuche und bei relevanten Arztbesuchen hat der Arzt auch Zeit für ihn.

Die Anforderung der Systeme, dass Ziele eingegeben werden müssen, hilft indirekt auch, die Compliance der Ärzte mit Leitli-

nien zu erhöhen. Insgesamt sollte dadurch das Vertrauen der Patienten steigen und das Arzt-Patientenverhältnis eher besser werden.

Natürlich bietet sich über das Internet auch die Möglichkeit Patientenschulungen am System durchführen zu können - eine Möglichkeit die von Unternehmen seit langem zur internen Weiterbildung ihrer Mitarbeiter genutzt wird. Der Nutzen für den Patienten liegt hier vor allem darin, dass er zeitlich nicht gebunden ist und die Schulung auch zu Hause abrufen kann.

Soziale Netzwerke oder andere Internet-gestützte Systeme sind auch Medien, die den Gedankenaustausch innerhalb von Selbsthilfegruppen erleichtern und damit zur Intensivierung beitragen können. Für seltene Krankheiten, die denen innerhalb einer begrenzten Region statistisch nur sehr wenige Kranke anzutreffen sind, können solche Medien auch die Bildung von Selbsthilfegruppen überhaupt erst ermöglichen.

Generell ist das Internet ein Medium, über das auch Beratungen laufen können. Ein Vorteil dabei ist, dass diese vollständig anonym laufen können. Dies könnte manche Patienten motivieren früher Rat zu suchen, die Einstiegsschwelle ist niedriger, besonders in Fällen bei denen die Krankheit besondere Diskretion erfordert oder dem Patienten peinlich ist. Auch als Erstkontakt in unterversorgten Gebieten oder für Patienten mit eingeschränkter Mobilität kann eine Online-Beratung als Einstieg sinnvoll sein. Verallgemeinernd kann man sagen, wenn eine Beratungskompetenz eher selten nachgefragt wird (zum Beispiel Beratung bei seltenen Krankheiten oder auch in selten vorkommenden Sprachen) bietet sich eine Online-Beratung mit ihrer darüber möglichen Bündelung und Zentralisierung von Spezialkompetenzen an. Nichtsdestotrotz wird man im weiteren Verlauf dem Patienten oft raten müssen einen Arzt physisch aufzusuchen, insbesondere wenn weitergehende Untersuchungen wie etwa Laborwerte nötig werden.

Ein Beispiel für eine sehr weitgehende Therapieunterstützung bietet deprexis von der GAIA AG. „deprexis“ ist ein in der EU zugelassenes, CE-zertifiziertes Medizinprodukt zur Behandlung der Depression. Es handelt sich dabei um ein Onlineprogramm für Patienten mit Depressionen bzw. depressiven Symptomen, auch bei anderen Grunderkrankungen, das computerbasiert u.a. die effektivsten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) vermittelt. deprexis simuliert einen individuellen Dialog zwischen Experte und Nutzer, es enthält unter anderem:

- Arbeitsblätter und Übungen zum Download und Ausdrucken
- 35 Hörspiele
- Zusammenfassungen für jeden Themenbereich
- Regelmäßige Stimmungsabfragen zur Nachverfolgung der eigenen Fortschritte
- Eine Cockpit-Funktion, die es dem Therapeuten erlaubt, die Fortschritte des Patienten nachzuverfolgen und bei Bedarf per integrierter Email-Funktion in Kontakt mit dem Patienten zu treten.

In einer Reihe von Studien ist die Wirksamkeit nachgewiesen. Bei diesem Beispiel für Telematik zur Therapieunterstützung liegt der Nutzen für den Patienten darin, dass er mit dem System - natürlich in Absprache mit seinem Therapeuten - viel zeitintensiver arbeiten kann und umgekehrt auch der Therapeut für den direkten Kontakt mehr Zeit bekommt. Angesichts des Mangels an Therapeuten auch darin, dass sich die vorhandenen auf die kritischen Fälle konzentrieren können.

In die gleiche Richtung zielen Anwendungen, bei denen körperliche Übungen des Patienten per Video überwacht werden und ein System ihm Hinweise zur richtigen Ausführung gibt. Dadurch wird das Einüben falscher Haltungen durch aktive Hinweise zur Selbstkorrektur frühzeitig vermieden und der Erfolg der Therapie tendenziell größer.

Ein bisher noch nicht angesprochener Zusatznutzen durch TzP für Ärzte und Pati-

Literatur

- Gigerenzer, G., & Muir Gray, J. A. (Eds.). (2011). Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020. Cambridge, MA: MIT Press.
- Loskill, H.; Wolf, T.: Chancen und Risiken von Telematik zur Patientenselbststeuerung. In: Monitor Versorgungsforschung, 1/2012, S. I.
- Berger, T.; Hammeth, K.; Gubser, N.; Andersson, G.; Caspar, F.: Internet based Treatment of Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Guided with Unguided Self-Help. Cognitive Behavior Therapy. Vol. 40, No. 4, pp. 251-266, 2011.
- Schmidt-Kaehler, Sebastian, MPH: Gesundheitsberatung im Internet: Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften ‚Doctor of Public Health‘ (Dr.PH). Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, School of Public Health – WHO Collaborating Center.

enten ergibt sich immer dann, wenn mehrere Ärzte denselben Patienten behandeln, also vor allem bei multimorbiden Chronikern. Hier können über Telematik-Systeme Lücken in der Informationsübermittlung (etwa Gesamtmedikation) geschlossen werden, Wechselwirkungen aller Art können früher erkannt werden, wenn der Patient in relevanten Fällen auch seine Nahrungsaufnahme oder etwa Nahrungsergänzungsmittel in einem Online-Tagebuch dokumentiert. Durch Telematik-Unterstützung kann der Patient damit selber dazu beitragen, Schwächen im Informationsaustausch durch heterogene Systeme zu vermindern. Die gleichen Überlegungen gelten natürlich auch, wenn in die Arzt-Patienten-Beziehung andere medizinische Leistungserbringer wie etwa Physiotherapeuten oder auch Apotheker einbezogen werden.

Setzt man ferner voraus, dass eine frühe Diagnose und damit frühzeitige Therapie den Krankheitszustand von Patienten verbessert - was in der Regel der Fall sein wird-, so ist Früherkennung ein weiteres Feld für Patientennutzen durch TzP. Telematische Hilfsmittel können dazu beitragen, Krankheiten früher zu erkennen. Ein Beispiel dafür ist der Amsler Gitter Test als Frühwarnung bei beginnender Makula-Degeneration, den jeder Patient problemlos zu Hause am Bildschirm durchführen kann. Hier wird es sicher noch viele neue Entwicklungen geben, die dem Patienten helfen, erste Ideen über seine Krankheit zu entwickeln und dem Arzt gerade bei sehr seltenen Krankheiten, die kaum oder gar nicht zu seinem Erfahrungsbereich gehören, helfen früh mögliche Wege zu sehen und gezielt diagnostisch weiter verfolgen zu können.

Der Nutzen für Patienten entsteht auch dadurch, dass Wissen von Selbsthilfegruppen schneller und breiter verfügbar wird. Hier kann durchaus ein Wissensrückfluss von Patienten zu Ärzten entstehen, etwa wenn im Rheumabereich Ärzte lernen, sensibler mit Krankheitsfolgen wie Gelenkdegenerationen umzugehen. Indirekt entsteht auch Nutzen - ökonomischer Nutzen - für Patienten dadurch, dass durch flächendeckenden Einsatz von TzP in den geeigneten Indikationen die Krankheitskosten insgesamt sinken werden, vor allem durch vermiedene Komplikationen und eine bessere Steuerung von Risikofaktoren. Dies sollte sich für alle Versicherten - also auch für Patienten - in niedrigeren Krankenkassenbeiträgen niederschlagen.

von:
Prof. Dr. Thomas Wolf

Nächste Folgen

Nutzen von Telematik zur Patientenselbststeuerung für Ärzte und nichtärztliche Therapeuten | Checklisten für die Nutzenbewertung von TzP aus Sicht von Ärzten und nichtärztlichen Therapeuten | Risiken und Gefahren von Telematik zur Patientenselbststeuerung | Telematik zur Patientenselbststeuerung und Datenschutz | Die Rolle von Beratern im Gesundheitswesen in Hinblick auf Telematik zur Patientenselbststeuerung

Ausgaben und Produktionsausfälle vermeidbar:

Gesundheitspolitisches Tauziehen gefährdet innovativen Präventionsansatz

Die bisherigen jahrelangen Anläufe zu einem Präventionsgesetz sind ein gesundheitspolitisches Trauerspiel. Scheitert das Gesetz im Bundesrat, auf das man seit rund zehn Jahren angesichts der zunehmenden Zahl chronischer und verhaltensabhängiger Krankheiten vergeblich wartet, würde damit auch die darin formulierte und dringend notwendige „Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“ dem Ränkespiel der Parteien zum Opfer fallen.

>> Ein solcher gesetzlicher Anspruch auf Förderung von Patientenkompetenz wird schon seit Jahren von der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGBV), Berlin, gefordert, so Dr. med. Klaus Meyer-Lutterloh, Vizepräsident der Gesellschaft. Nicht alle Versicherten und Patienten können ohne Hilfestellung wie zum Beispiel Coaching dem Anspruch des bestehenden Gesetzes gerecht werden. Mitverantwortung für ihre Gesundheit durch entsprechende Lebensführung, Mitwirkung an Vorsorge, Krankenbehandlung und Rehabilitation übernimmt nur ein Teil der Patienten. Rund die Hälfte der chronisch Kranken verhält sich zurzeit nicht therapiegerecht.

Die Förderung der Therapietreue von Patienten mit chronischen Erkrankungen würde helfen, die Ausgaben und Produktionsausfälle in Höhe von insgesamt 38 bis 75 Milliarden

Euro in Deutschland pro Jahr zu vermeiden.

Für die Wirtschaft ließen sich mit einer optimierten Therapiebegleitung der Patienten bis zu 20 Milliarden Euro unnötige Kosten einsparen, wie eine 2012 von Booz und Bertelsmann veröffentlichte Studie belegt.

Gleichwohl tragen die Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im vorliegenden Gesetzentwurf wegen der Beschränkung auf die gesetzliche Krankenversicherung der Komplexität des Themas als gesamtgesellschaftliche Aufgabe keinesfalls ausreichend Rechnung, räumte Meyer-Lutterloh ein. Um diesem Aspekt gerecht zu werden, bedarf das Gesetz dringend einer intensiven Überarbeitung.

Als völlig widersinnig bezeichnete Meyer-Lutterloh zudem die nachträgliche Verquickung des Präventionsgesetzes mit Antikorruptionsparagrafen. Damit würde der

ursprüngliche Zweck des Gesetzes verwässert, Etikettenschwindel betrieben und ein Scheitern provoziert.

Mehr zum Thema auf der DGBV-Website: <http://dgbv-online.de/positionen/kommentar-zur-vision-und-mission.html>)

Missionstatement

„Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGBV) begleitet und entwickelt Konzepte für Verbesserungen des Versorgungsmanagements im deutschen Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Komplexität des gesamten Systems und der wichtigen Rolle der Bürger, also der Versicherten und Patienten. Die DGBV ist unabhängig, fachübergreifend und gemeinnützig.“

Neuer Bachelor-Lehrgang zum Wintersemester 2013/14:

„Zertifizierter Coach“

Zum Wintersemester bietet die SRH FernHochschule Riedlingen den neuen Bachelor-Studiengang „Prävention und Gesundheitspsychologie“ an.

>> Dieser Studiengang greift aktuelle Entwicklungen in Wirtschaft und Gesellschaft auf, die eine Zunahme des Gesundheitsbewusstseins und des Präventionsgedankens zur Folge haben. So beschäftigt er sich u.a. mit den Auswirkungen des Arbeitsklimas auf die Mitarbeiter und mit den Möglichkeiten der Vorbeugung von Burnout oder Depression. Absolventen dieses Studiengangs können z.B. im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder in Coaching- und Beratungsstellen tätig werden. Zur persönlichen Profilbildung stehen den Studierenden drei Spezialisierungen „Gesundheits- und Patientencoaching“, „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ sowie „Führung und Gesundheit“ zur Wahl.

Der Lehrgang „Zertifizierter Patientencoach“ der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGbV) bereitet seine Teilnehmer auf das breite Themenspektrum des „Gesundheits- und Patientencoachings“ vor. Es besteht die Möglichkeit, im Rahmen einer individuellen Anerkennungsprüfung, sich einzelne Module des Lehrgangs „Zertifizierter Patientencoach“ auf ein späteres Bachelor-Studium

der „Prävention und Gesundheitspsychologie“ an der SRH FernHochschule Riedlingen anrechnen zu lassen.

Weitere Informationen:

- NEWSTAND Management Akademie Berlin / Heerstraße 12-14, 14052 Berlin / Tel. 030 - 45 475 820 / Fax 030 - 45 475 821 / E-Mail: info@newstand.de / Dr. John N. Weatherly (Geschäftsführer)
- SRH FernHochschule Riedlingen / Lange Straße 19, 88499 Riedlingen / Tel. 0 73 71 - 93 15-0 / Fax 0 73 71 - 93 15-15 / E-Mail: joachim.merk@hs-riedlingen.de / Prof. Dr. Joachim Merk (Leiter der Bachelor-Studiengänge „Wirtschaftspsychologie“ sowie „Prävention und Gesundheitspsychologie“)

Neue Publikation aus der Schriftenreihe der DGbV

Leuchttürme, Praxisbeispiele und Erfahrungen aktiver Patientenbeteiligung für Akteure im Versorgungsmanagement

Herausgeberinnen: Heidemarie Marona, Dr. Silvia Petak-Opel

Die Vorstellung, dass Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen keinesfalls ohne oder gar gegen die betroffenen Patienten, Versicherten und Bürger produziert werden können, ist inzwischen unstrittig. Bürger und Patienten zu Beteiligten zu machen, ist daher nach wie vor eine zentrale Forderung. Ihre Umsetzung geht alle innovativen Beteiligten im Gesundheitswesen an! Beispiele ausgewählter Projekte und Initiativen diverser Akteure fasst die neue Publikation „Leuchttürme aktiver Patientenbeteiligung“ zusammen, die bis Ende des Jahres bei edition winterwork erscheinen wird. Leuchttürme können und sollen, so die Metapher, Navigationshilfe sein und als Beispiele guter Praxis dienen. Ein fernöstliches Zitat dazu lautet: „Am Fuße des Leuchtturms herrscht Finsternis“. Dass dieses für das Thema Patientenbeteiligung nicht so bleibt, kann nur durch viele kleine und große Leuchttürme verhindert werden. In diesem Sinne soll das Buch Anregungen für die Entwicklung und Umsetzung vieler Initiativen zur Verbesserung der Patientenorientierung und Patientenbeteiligung in Deutschland liefern mit der Vision, im deutschen Gesundheitswesen tatsächlich die Belange der Patienten und Bürger in den Mittelpunkt zu stellen.

von: Heidemarie Marona (Beratung für Patientenorientierung im Gesundheitswesen und Leitung der AG-Bürger und Patientenbelange) sowie

Dr. med. Silvia Petak-Opel (Ansprechpartnerin für Patientenbelange der MSD SHARP & DOHME GmbH und Stellvertretende AG Leitung der AG Bürger und Patientenbelange).



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

Weitere Infos: <http://www.dgbv-online.de>

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



Name/Vorname _____

Aufgabe/Funktion _____

Firma/Organisation _____

Straße _____

PLZ Ort _____

E-Mail _____

Datum _____ . _____ . 2013

Unterschrift _____

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

Mehr Daten für Versorgungsforschung

Auf Basis der Erkenntnisse von Versorgungsforschung können Entscheidungen über Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getroffen und eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung erreicht werden. Entsprechende Analysen werden durch umfangreiche, verlässliche und nachvollziehbare Daten erleichtert. Um die Datenlage in Deutschland zu verbessern, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Voraussetzungen geschaffen, Daten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auch für Zwecke der Versorgungsforschung nutzen zu können. Dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) obliegt die Aufgabe, diese Daten aufzubereiten und zur Verfügung zu stellen. Zur Nutzung der Daten sind neben der gemeinsamen Selbstverwaltung auch Institutionen wie beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie Hochschulen berechtigt. Ob die beabsichtigte Verbesserung der Versorgungsforschung tatsächlich realisiert werden kann, muss nach Beginn des Datentransparenzverfahrens kritisch hinterfragt werden. Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Überblick über das neue Verfahren gegeben werden.

>> Die Versorgungsforschung als grundlagen- und problemorientierte, fachübergreifende Disziplin strebt die Beschreibung und kausale Erklärung der Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie ihrer Rahmenbedingungen an. Darauf aufbauend sollen Versorgungskonzepte entwickelt werden, deren Umsetzung begleitend erforscht und unter Alltagsbedingungen evaluiert wird. Typische Fragestellungen der Versorgungsforschung betreffen beispielsweise den Nutzen neuer Diagnostik-Methoden, die Anwendung innovativer Arzneimittel oder Unterschiede in der medizinischen Versorgung. Unabdingbare Voraussetzung für die Versorgungsforschung ist das Vorliegen ausreichender, verlässlicher und nachvollziehbarer Versorgungsdaten. Die Krankenkassen in Deutschland erheben zwar umfangreiche Daten zur Arzneimittelverordnung, zu ambulanten und stationären Diagnosen sowie zu Leistungsausgaben, stellen diese jedoch nicht bzw. nur unzureichend für eine systematische Versorgungsforschung zur Verfügung, obwohl entsprechende Bestimmungen zur Datentransparenz bereits im Jahr 2004 vom Gesetzgeber erlassen wurden. Aus Sicht des Gesetzgebers wurden die geltenden Regelungen von der Selbstverwaltung nur ansatzweise umgesetzt und er ist im Jahr 2011 davon ausgegangen, dass auf Basis der bestehenden Regelungsstruktur mit einer adäquaten Umsetzung durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch weiterhin nicht zu rechnen ist (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 5. September 2011).

Zusammenfassung

Mit Blick auf eine bessere Datengrundlage für die Versorgungsforschung hat der Gesetzgeber ein neues Datentransparenzverfahren eingeführt. Zukünftig wird das DIMDI einer Reihe von nutzungsberechtigten Institutionen anonymisierte Daten der Krankenkassen zur Verfügung stellen. Mit ihrer Hilfe sollen Erkenntnisse über die Qualität der Versorgung gewonnen werden, um beispielsweise politische Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützen zu können. Nach Aufbau des neuen Informationssystems durch das DIMDI kann mit einer ersten Nutzung von Daten noch im Jahr 2013 gerechnet werden.

Schlüsselwörter

Datentransparenzverordnung, Versorgungsforschung, Versorgungsdaten, GKV-VStG, Bundesversicherungsamt, Morbi-RSA, DIMDI

Die Datentransparenzverordnung

Um die gewünschte Datentransparenz zu erreichen, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz am 1. Januar 2012 das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Umsetzung der Transparenzregelungen anstelle der Selbstverwaltung zu übernehmen und per Rechtsverordnung Detailregelungen zur erforderlichen Kompetenz der verantwortlichen Stellen, zu Finanzierungsfragen und datenschutzrechtlichen Anforderungen verbindlich vorzugeben.¹ Darüber hinaus hat der Gesetzgeber im GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum einen beschlossen, dass die bereits im GKV-System vorhandenen Daten des Risikostrukturausgleichs als Grundlage dienen sollen, zum anderen soll die Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz öffentlichen Stellen zugewiesen werden. Mit der Bereitstellung von pseudonymisierten Daten des Risikostrukturausgleichs durch die öffentlichen Stellen verfolgt die Bundesregierung das Ziel, durch eine „nachhaltig verbesserte Datengrundlage für die Entscheidungsprozesse (z.B. Nutzen- und Kostenanalyse) und für die Versorgungsforschung (z.B. Längsschnittdaten zum Versorgungsgeschehen über längere Zeiträume bezüglich bestimmter Fragestellungen) einen effizienteren Ressourceneinsatz im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen“.

Das Bundesministerium für Gesundheit ist seiner Aufgabe nachgekommen und hat im Rahmen einer Rechtsverordnung am 10. September 2012 Näheres zur Wahrnehmung, Durchführung und Finanzierung der Aufgaben der Datentransparenz festgelegt (Datentransparenzverordnung). Als verantwortliche öffentliche Stelle ist das DIMDI vorgesehen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben hat das DIMDI sowohl eine Vertrauensstelle als auch eine Datenaufbereitungsstelle einzurichten. Im Hinblick auf die jeweiligen Tätigkeiten hat es sicherzustellen, dass diese beiden Organisationseinheiten sowohl räumlich als auch organisatorisch und personell eigenständig geführt werden. Dies soll durch Trennung der Räume und der Datenverarbeitungsstrukturen, insbesondere der für die Datenverarbeitung genutzten Anlagen, gewährleistet werden. Personelle Eigenständigkeit soll beispielsweise dadurch erreicht werden, dass Beschäftigte nur für die Aufgabe der Vertrauensstelle oder der Datenaufbereitungsstelle eingesetzt werden dürfen und Beschäftigte, die in der Vertrauensstelle tätig sind oder waren, für die gesamte Dauer ihres Beschäftigungsverhältnisses nicht in der Datenaufbereitungsstelle tätig sein dürfen und umgekehrt.

1 Neuregelung von §§ 303a bis 303e durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) vom 22. Dezember 2011. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011, Teil I Nr. 70.

Beide Organisationseinheiten werden zukünftig jährlich vom Bundesversicherungsamt Daten des Risikostrukturausgleichs erhalten. Nach Eingang der Daten von den Krankenkassen prüft das Amt diese auf Vollständigkeit und Plausibilität und übermittelt der Datenaufbereitungsstelle des DIMDI die Morbi-RSA-Daten ohne Pseudonyme. Diese werden vom Bundesversicherungsamt an die Vertrauensstelle des DIMDI übermittelt, welche die Liste der temporären Pseudonyme in permanente Pseudonyme überführen wird. Damit soll ein bundesweit eindeutiger, periodenübergreifender Bezug der Daten zu einem Versicherten für alle Leistungsbereiche ermöglicht werden und so schrittweise eine Datenbasis entstehen, mit der auch über längere Zeiträume Versorgungsanalysen möglich sind. Auf jeden Fall ist jedoch auszuschließen, dass durch die Verarbeitung und Nutzung der pseudonymisierten Daten eine Reidentifikation erfolgen beziehungsweise auf einzelne Versicherte als Person zurückgeschlossen werden kann. Die permanenten Pseudonyme werden schließlich der Datenaufbereitungsstelle übergeben und danach bei der Vertrauensstelle gelöscht. Die Datenaufbereitungsstelle verknüpft die ihr von der Vertrauensstelle übermittelte Liste der permanenten Pseudonyme mit den vom Bundesversicherungsamt übermittelten Daten, bereitet diese für die gesetzlich erlaubten Zwecke auf und stellt sie den Nutzungsberechtigten zur Verfügung. Der Ablauf des gesamten Verfahrens ist in Abbildung 1 skizziert.

Damit das Ziel erreicht werden kann, eine bessere Datengrundlage für die Versorgungsforschung bereitzustellen und dadurch Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterstützen, wurde der Kreis der Nutzungsberechtigten deutlich erweitert. So sind heute beispielsweise auch der Gemeinsame Bundesausschuss, der oder die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zur Nutzung befugt. Alle berechtigten Institutionen und Personen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Von besonderer Bedeutung bleiben in diesem Zusammenhang Hochschulen und sonstige Einrichtungen, die unabhängige wissenschaftliche Forschung betreiben. Sie waren und sind ebenfalls nutzungsberechtigt, sofern die Daten auch tatsächlich wissenschaftlichen Vorhaben dienen. Von der Möglichkeit

der Datennutzung insbesondere durch die unabhängige Forschung verspricht sich der Gesetzgeber die für die zukünftige Steuerung des Gesundheitssystems notwendigen wissenschaftlichen Analysen (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 5. September 2011).

Die Nutzung der Daten aus dem Morbi-RSA setzt eine Antragstellung beim DIMDI voraus. Im Antrag ist der Zweck der Datennutzung anzugeben, wobei der Gesetzgeber bereits mehrere Zweckbestimmungen in § 303e Abs. 2 SGB V erlassen hat, für die die Daten insbesondere zur Verfügung stehen sollen. Bei jeder Anfrage einer berechtigten Institution hat die Datenaufbereitungsstelle zu prüfen, ob der Zweck diesem Nutzungskatalog entspricht und ob der geforderte Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck erforderlich sind. Die genannte Übersicht sieht folgende Zweckbestimmungen vor:

1. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
2. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Planung von Leistungsressourcen (z.B. Krankenhausplanung),
4. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, Analysen des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
5. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
6. Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

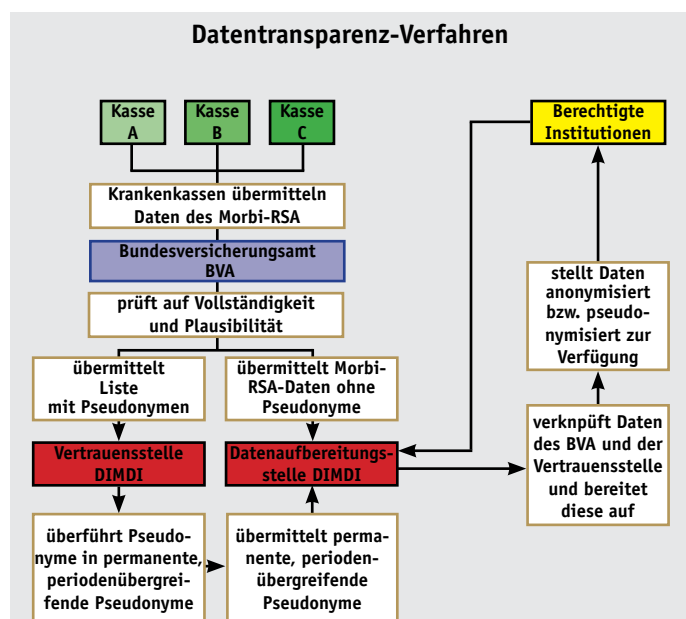


Abb. 1: Neues Verfahren der Aufbereitung von Daten gemäß der Datentransparenzverordnung (eigene Darstellung).

Nutzungsberechtigte
Spitzenverband Bund der Krankenkassen
Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen
Krankenkassen
Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen
Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene
Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder
Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung
Hochschulen und sonstige wissenschaftliche Einrichtungen
Gemeinsamer Bundesausschuss
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Institut des Bewertungsausschusses
Patientenbeauftragte(r) der Bundesregierung
Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Verbraucherzentrale Bundesverband
AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
Zuständige oberste Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweilige nachgeordnete Bereiche und übrige oberste Bundesbehörden
Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesapothekerkammer
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Tab. 1: Nutzungsberechtigte Organisationen und Personen gemäß § 303e Abs. 1 SGB V (eigene Darstellung).

Über entsprechende Anträge wird das DIMDI in der Regel innerhalb von zwei Monaten schriftlich oder elektronisch durch Verwaltungsakt entscheiden, wobei Nutzungsgebühren für die Antragsteller anfallen. Bei einer positiven Entscheidung stellt die Datenaufbereitungsstelle den Nutzungsberechtigten die Daten grundsätzlich anonymisiert und zusammengefasst zur Verfügung. Drei Optionen sind dabei möglich: Zum einen können fiktive Strukturdatensätze bereitgestellt werden, mittels derer die Nutzungsberechtigten Auswertungsprogramme erstellen können, mit denen die Datenaufbereitungsstelle wiederum die Originaldaten auswertet und den Nutzungsberechtigten die Ergebnisse übermittelt. Zum anderen kann die Datenaufbereitungsstelle selbständig Auswertungen erstellen und die Ergebnisse übermitteln oder den Nutzungsberechtigten standardisierte Datensätze zur Verfügung stellen. Falls der Nutzungszweck nicht durch anonymisierte Daten erreicht werden kann, ist das DIMDI auch befugt, ausnahmsweise Einzeldatensätze pseudonymisiert bereitzustellen. Bedingung ist in diesem Fall, dass betroffene Versicherte nicht wieder identifiziert werden können und die pseudonymisierten Einzeldatensätze nur in den Räumen der Datenaufbereitungsstelle zur Verfügung gestellt werden.

Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Das neue Datentransparenzverfahren baut auf der Nutzung bereits vorhandener Daten des Risikostrukturausgleichs auf, die von den Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt geliefert werden müssen, um die Verteilung der Krankenkassenbeiträge an die einzelnen Krankenkassen bestimmen zu können. Die in diesem Zusammenhang erhobenen Daten sind umfangreich und beinhalten beispielweise Angaben zum Alter, dem Geschlecht, zu ambulanten und stationären Diagnosen, zu Arzneimittelverordnungen und Leistungsausgaben, aber auch zu einer möglichen Erwerbsminderung, zu der Anzahl der Tage mit Krankengeldanspruch oder zu der Anzahl der Tage, in denen der Versicherte in einem Disease-Management-Programm eingeschrieben war (Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes zum morbiditätsorientierten RSA).

Für die Verwendung in Projekten der Versorgungsforschung kommt dem Umfang der Datensätze eine besondere Bedeutung zu. Gleiches gilt für die Anzahl der erfassten Versicherten, denn bei der Vollerhebung im Rahmen des Risikostrukturausgleichs werden alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und somit rund 70 Millionen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger einbezogen. Diese Umstände, verbunden mit der Tatsache, dass die Daten im Laufe der Jahre auch für Längsschnittanalysen aufbereitet werden sollen, kommen dem Ziel des Gesetzgebers entgegen, eine verbesserte Datengrundlage für Entscheidungsprozesse und für die Versorgungsforschung zu schaffen und letzt-

lich einen effizienteren Ressourceneinsatz im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen.

Kritisch zu hinterfragen ist jedoch die Aktualität der Datensätze des Morbi-RSA, die zum Zeitpunkt der Bereitstellung durch das DIMDI bereits wenige Jahre alt sind. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass die ambulanten und stationären Diagnosen entscheidend von der Qualität der Kodierung gemäß der ICD-10- und OPS-Diagnoseklassifikationen abhängen, die immer wieder Gegenstand von Diskussionen ist (vgl. Schramm/Kugler 2012: 74 - A109). Ferner fehlen Angaben zum Leistungserbringer, sodass Analysen zur Qualität der Versorgung auf dieser Ebene nicht möglich sind.

Erhebliche Kritik wird zudem an dem Umstand geübt, dass das bislang in den Morbi-RSA-Daten erfasste Regionalmerkmal - d.h. die Zuordnung des Versicherten zu seinem Wohnort - zukünftig nicht mehr erhoben wird (vgl. Ozegowski 2012). Regionale Aspekte können somit nicht in die Analysen der Versorgungsforschung einfließen.

Ausblick

Mit der Übertragung der neuen Aufgaben haben beim DIMDI die Arbeiten zur Einrichtung der Vertrauensstelle und der Datenaufbereitungsstelle begonnen. Dazu zählen neben der Einstellung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch Baumaßnahmen und Änderungen an der Infrastruktur des Rechenzentrums. Nach Auskunft des DIMDI befindet sich das neue Informationssystem noch im Aufbau (vgl. im Internet unter www.dimdi.de) und das Institut bestimmt mit dem Bundesversicherungsamt und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, wie die Daten übermittelt werden sollen. Insbesondere muss ein Verfahren etabliert werden, um die jährlichen in jahresübergreifende Pseudonyme zu überführen. Ferner entwickelt das DIMDI ein Antragsformular, einen Kriterienkatalog für die Bearbeitung von Anträgen, Prüfverfahren, einen Nutzungsvertrag und eine Gebührenordnung.

Seit dem 1. Februar 2013 liegen Versorgungsdaten aus den Jahren 2009 und 2010 beim DIMDI vor. Auf dieser Basis soll eine erste Betriebsstufe in der zweiten Jahreshälfte 2013 erreicht werden und ab diesem Zeitraum die Möglichkeit der Nutzung von Daten für die Versorgungsforschung durch Dritte gegeben sein. <<

Literatur

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 5. September 2011: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG). Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/6906.

Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 06.02.2012. Im Internet unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/rechtsgrundlagen.html> (zugegriffen am 11. September 2013).

Datentransparenzverordnung vom 10. September 2012 (BGBl. I S. 1895).

Ozegowski, S. (2012): Petition 37108 - Forschung - Regionalmerkmal zur Unterstützung der Versorgungsforschung. Petition eingereicht beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags am 17.10.2012.

Schramm, A./Kugler, J. (2012): Analyse der ambulanten Kodierqualität in Sachsen und Thüringen anhand von Routinedaten der AOK PLUS - die Verwendung des Z-Zusatzkennzeichens in der Diagnosedokumentation. In: Gesundheitswesen 2012, 74 - A109.

<http://www.dimdi.de/static/de/datentransparenz/index.htm> (zugegriffen am 11. September 2013)x

More data for the analyses of healthcare provision

In order to get better data for analyses of healthcare provision German legislature has introduced a new process on transparent health data. DIMDI will make available to several organisations anonymised data from health insurance funds. By these data quality of healthcare will be assessed, thereby promoting the development of the statutory health insurance system in Germany. After implementation of the new information system DIMDI will enable usage of data as of 2013.

Keywords

German ordinance on transparent health data, Analyses of healthcare provision, Healthcare data, GKV-VStG, Federal social insurance authority, Morbi-RSA, DIMDI

Autorenerklärung

Die Autoren sind Partner bzw. Mitarbeiter des Beratungsunternehmens May und Bauer GbR - Konzepte im Gesundheitsmarkt. Zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Arbeit war Frank Münchberg Mitarbeiter des Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH). Die Arbeit erfolgte eigenverantwortlich ohne finanzielle Unterstützung Dritter.

Dr. Frank Münchberg

ist Diplom-Biologe und seit April 2013 Partner des Beratungsunternehmens May und Bauer GbR - Konzepte im Gesundheitsmarkt. Zuvor war er als langjähriger Mitarbeiter des Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller im Bereich Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Er unterrichtet an der Hochschule Fresenius sowie im Studiengang Consumer Health Care der Charité-Universitätsmedizin.

Kontakt: muenchberg@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.

Kontakt: grande@may-bauer.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



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



Prof. Dr. Martin Wehling

Warum ist die Verschwendungsmedizin gefährlich für Patienten?

Deutschland ist ein reiches Land, trotz der Finanzkrise und ihren globalen Folgen. Es leistet sich das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt - nach den USA und den Niederlanden¹. Trotzdem werden die Menschen hier nicht älter als in Ländern mit wesentlich billigeren Systemen, wie z.B. dem in Schweden. Die Lebenserwartung bei Geburt lag 2009 in Deutschland bei 80,3 Jahren, in 13 europäischen Ländern war sie größer, am größten in der Schweiz mit 82,3 Jahren². Es ist unbestritten, dass der Fortschritt Geld kostet und Innovationen langfristig nicht immer sinnvoll sein müssen - zumindest am Anfang der Einführung ist das nicht immer genau zu estimieren. Aber hier liegt das Problem ganz anders: Es sind nicht die Innovationen, die das System so teuer machen, obwohl das gerne behauptet und daher besonders kritisch gesehen wird, sondern die unkontrollierte Anwendung von Techniken und Abläufen, die oft sogar schon veraltet sind.

>> Das Grundproblem ist die Zugangs- und Bedarfssteuerung für medizinische Leistungen, bzw. ihre Abwesenheit aus medizinischer Sicht. In den vergangenen 40 Jahren vervielfachte sich die Zahl und mengenmäßige Anwendung komplexer Diagnose- und Therapieverfahren, die fast immer einen großen technischen Aufwand und sehr teure andere Komponenten, wie Operationssäle oder Arzneimittel einschließen. So gab es 1984 in Deutschland 56797 diagnostische Herzkatheteruntersuchungen, 2008 845172³. Deutschland ist im OECD-Vergleich das Land mit den meisten Koronarinterventionen, Brusterhaltungs-, Hüftgelenkersatz- und Leistenbruchoperationen⁴.

Wer sagt nun, welcher Patient welche Verfahren bekommen soll und wer nicht? Dass diese Entscheidung eine ausschließlich ärztliche sein sollte, liegt auf der Hand. Ärzte sollten sich am Patientenwohl und nur an diesem orientieren, und anhand vorliegender Studien, Erfahrungen, Leitlinien und anderen Empfehlungen in dessen Sinne entscheiden. So ist der ärztliche Beruf nach allen Normen definiert; der hippokratische Eid, der zwar keine echte, direkte Rechtswirksamkeit mehr hat, aber die Grundlage des ärztlichen Berufsrechts ist, schreibt dies mittelbar eben in dieser Berufsordnung vor.

Das Patientenwohl scheint in der Medizin nicht mehr vorrangig zu sein

Dieses Primat des Patientenwohls in der Medizin scheint nicht mehr zu funktionieren, zumindest gibt es gravierende Indizien dafür. Neben dem oben genannten Faktum der hohen Gesamtkosten bei mangelnder Effizienz sprechen zahlreiche Detailuntersuchungen für einen verschwenderischen Einsatz hochteurer Verfahren, bei gleichzeitiger Verkümmern „einfacher“ Verfahren. Zahlreiche Analysen in westlichen Industrieländern, vor allem aus den USA (die in diesem Punkt noch schlimmer sind als Deutschland) belegen eindrücklich, dass mindestens 25% der hochteuren Verfahren nicht oder nicht zwingend

Zusammenfassung

Deutschland hat ein sehr teures Gesundheitssystem, das sich durch Verschwendung und geringe Effizienz auszeichnet; neben den Kosten der Verschwendung, die u.a. zur unnötigen Leistungsverknappung führen kann, ist aber auch die Gefährdung von Patienten durch unnötige Eingriffe sowohl in Diagnostik als auch Therapie von großer Relevanz. Unnötige CT-Untersuchungen erhöhen z.B. das Tumorrisiko, invasive Verfahren wie der Herzkatheter, Operationen und Vollnarkosen haben eine prozedurale Morbidität und Mortalität z.T. bis in den Prozentbereich, und nosokomiale Infektionen treten bei 3,5-15% hospitalisierter Patienten auf, also auch bei solchen die nicht hospitalisiert sein müssten. Eine Angebotsverknappung als Abhilfe erscheint angesichts vorhandener Überkapazitäten illusorisch, eine unabhängige Indikationsprüfung, auch stichprobenweise, als aussichtsreicher.

Schlüsselwörter

Verschwendungsmedizin, unnötige Kosten, Patientengefährdung, Indikationsprüfung

indiziert sind⁵. In einer früheren Analyse hat der Autor aus diesem Durchschnittsverschwendungswert für das deutsche System, das einen Jahresgesamturnsatz von etwa 300 Milliarden EUR hat, eine Verschwendungssumme von 60 Milliarden EUR abgeleitet.^{6,7}

Die Liste besonders verschwendungslastiger Verfahren ist lang, und wird in Einzelatbeständen gegenwärtig in zahlreichen Veröffentlichungen in Printmedien und Rundfunk angeprangert (z.B.⁸). Spitzenreiter sind hierbei die interventionelle Kardiologie (München hat z.B. mehr Herzkatheterplätze als Schweden, fast nirgendwo sonst werden so viele Defibrillatoren implantiert und Vorhöfe thermisch abgetragen wie hier), Rückenoperationen, Knie- und Hüftoperationen, radiologische Bildgebungsverfahren (MRT, CT, PET-CT), aber auch hochteure Krebstherapien mit geringen Endpunkteffekten; so hat sich die Lebenserwartung bei inoperablem Pankreasarcarinom durch komplexe Chemotherapien in den letzten zehn Jahren nur um wenige Wochen bis Monate verlängert⁹. Die Liste (siehe auch Fußnoten ^{6, 7}) ist fast beliebig lang, hat aber in ihren Positionen ein Grundthema: Sie enthält fast nur sehr hoch vergütete Verfahren, die eben die oben erwähnten Charakteristika haben: Große technische Investitionen, hohe Unterhaltskosten oder teure Präparate sind regelhaft die entscheidenden Argumente für die hohen Vergütungen, die diese Verfahren erzielen.

Folgen der Ressourcenverschwendung

Diese Ressourcenverschwendung hat zwei gravierende Folgen:

1. Die oben genannte Belastung des Systems mit immensen Kosten, in deren Folge Rationierungsmaßnahmen fast zwangsweise auftreten
2. Unnötig (Übersorgung) durchgeführte Untersuchungen oder Eingriffe gefährden den Patienten, können zu Komplikationen einschließlich solchen mit Todesfolge führen.

Ad 1: Die Kostenexplosion, die Rationierungsversuche haben Irrwege erzeugt und über fragwürdige Beurteilungsmethoden, deren Exponent das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist, zu einer Bedarfsregulierung über ungezielte Sanktionen, wie Nichterstattung durch gesetzliche Krankenkassen, zu unangemessenen Rationierungen und schlichten Fehlentscheidungen geführt, die mit der ärztlichen Behandlungsfreiheit fundamental kollidieren, z.B. den Entzug der Erstattung von Atorvastatin 2007¹⁰ mit nachfolgendem Patientenschaden (Verdopplung der Hospitalisationen durch erzwungene Umstellung auf Simvastatin¹¹). Die Unterversorgung ist besonders gravierend in Bereichen, die „einfach“, also ohne große

Maschinen, zu diagnostizieren und therapieren sind, also den Volkskrankheiten wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Osteoporose uvm. Das Erfolgsmodell anderer, kostengünstigerer Länder zielt genau auf eine Besserung in diesen Bereichen, die sehr kosteneffizient ist und viel unnötiges Leiden durch Prävention verhindern lässt. Das jahrelang debattierte Präventionsgesetz ist 2010 zunächst begraben worden, die Wiederaufnahme der Bemühungen 2013 ist nicht besonders vielversprechend; dieses politische Debakel markiert einen Meilenstein in der Festigung des hier angeprangerten Verschwendungssystems.

Ad 2: Eine unnötige CT-Untersuchung erhöht das Krebsrisiko um 0,08%¹², auf etwa 10.000 diagnostische Herzkatheteruntersuchungen kommen bei abnehmender Tendenz etwa 4 Todesfälle¹³; im Qualitätsreport 2010 von AQUA wird bei reiner Diagnostik sogar eine Krankenhausmortalität von 1% angegeben¹⁴. Die Mortalität einer Narkose wird mit 0,4:100.000 angegeben und ist bei Begleiterkrankungen deutlich höher¹⁵. Hinzu kommen Operationsfolgen, die den Patienten kränker machen als er vor dem Eingriff war, und z.B. über 80% der Rückenoperationen überflüssig erscheinen lassen¹⁶. 3,5% der Patienten auf Allgemeinstation, 15% der Patienten auf Intensivstation bekommen eine nosokomiale Infektion¹⁷. Diese Liste ließe sich beliebig verlängern, zeigt aber ohne Zweifel, dass es in der Medizin nichts umsonst gibt, und hierbei neben den materiellen Kosten (Geld) die „Kosten“ an Komplikationen, Nebenwirkungen einschließlich von Todesfällen stehen. Diese „Kosten“ lassen sich nur über den Patientennutzen balancieren, der aber bei überflüssigen Verfahren offensichtlich fehlt; so ist ja die Überflüssigkeit definiert.

Hieran erkennt man, dass die Verschwendung in der Medizin nicht nur Geld kostet, das an anderer Stelle fehlt, an der dann Patienten wegen Unterversorgung Schaden nehmen, sondern auch direkt zum Schaden von Patienten beiträgt.

Es lohnt sich daher, die Ursachen der Verschwendung zu definieren, nicht nur um Geld zu sparen, sondern auch und gerade zum Schutz der Patienten.

Mechanismen der Verschwendung

Um die Mechanismen der Verschwendung zu verstehen, müssen wir kurz die Anreizsysteme in der Medizin betrachten: Hierbei sind grundsätzlich der ambulante vom stationären Bereich zu trennen. Eine der wichtigsten Ursachen der Verschwendung ist die hohe Vergütung technisch-operativer Verfahren, und die völlig unangemessen niedrige Vergütung intellektueller Leistungen oder einfacher Verfahren; letztere werden unter dem Begriff „denkende Medizin“ zusammengefasst, wobei hierzu auch die unbeliebten Verfahren wie Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung, aber auch die Arzneimittelverordnung gehören. Letztere ist die überhaupt wichtigste therapeutische Maßnahme des Arztes und umfasst 90 % aller therapeutischen Interventionen. Therapie aber ist das eigentliche Ziel der Medizin! Hierfür wird übrigens gar kein Geld ausgegeben (Keine Ziffer in der GOÄ für die Arzneimittelverordnung, schon gar nicht für eine qualifizierte Verordnung, die eine längere Beschäftigung mit dem Patienten erfordert, z.T. über eine Stunde¹⁸).

Die Ursache der Überbewertung technisch-operativer Maßnahmen liegt in der offensichtlichen Betonung technischer Maßnahmen als grundsätzlich fortschrittsträchtig, die hohen Anschaffungs- oder Betriebskosten, die erfolgreiche Lobbyarbeit von Medizingeräteherstellern, die heute wesentlich größere Verschwendungstreiber als die Pharmaindustrie sind, und nicht zuletzt auch die erfolgreiche Lobbyarbeit

der entsprechenden ärztlichen Berufsvertreter. Es ist schließlich nicht verwunderlich, wenn (cum grano salis) Fachärzte in diesen technisch-operativen Bereichen (z.B. Radiologen) wesentlich mehr einnehmen, nämlich 402.204 Euro, als z. B. Allgemeinärzte (180.582 Euro¹⁹).

Im ambulanten Bereich sind die Privatpatienten nach wie vor die interessanten Klienten, da ihre Kassen sehr unkritisch auch unsinnige Leistungen mangels Prüfung bezahlen; sie sind daher hier als besonders gefährdet einzustufen. Aber alle Patienten sind Opfer der Überbewertung technischer Leistungen im ambulanten Bereich, hier insbesondere durch radiologische Verfahren, ambulante Eingriffe oder - soweit ambulant durchgeführt - invasiv-kardiologische Verfahren, da hier auch von gesetzlichen Kassen höhere Entgelte anerkannt werden.

Während im ambulanten Bereich (noch, das kann sich mit Verbreitung der medizinischen Versorgungszentren ändern) die Ärzte in Personalunion wirtschaftlich und ärztlich verantwortlich sind, hat im stationären Bereich eine besonders bedenkliche Entwicklung stattgefunden. Hier hat eine fast flächendeckende Trennung der wirtschaftlichen und ärztlichen Verantwortlichkeiten dazu geführt, dass Ärzte als leitende Angestellte Weisungen der wirtschaftlichen Geschäftsführung ausführen sollen, oder sanktioniert werden. Die Details dieser Abhängigkeit sind in den „modernen“ Chefarztverträgen geregelt, die heute fast nur noch eine Umsatzbeteiligung in Form von „Zielvereinbarungen“ enthalten, die den gesamten Umsatz der Klinik, also auch die Kassenpatienten betrifft. 2011 hatten nur noch 51% der Chefarzte einen „alten“ Vertrag mit Liquidationsrecht, Tendenz stark fallend²⁰. Über diese Knebelung, die auch rigoros zur Anwendung kommt („Ihre Klinik hat leider das Umsatzziel X nicht erreicht, vertragsgemäß kürzen wir ihre Zielvereinbarungsvergütung auf Y“), werden in die Verschwendungsförderung jetzt nicht mehr nur die Privatpatienten, sondern auch die Kassenpatienten einbezogen. Während also in den Kliniken früher über die Liquidationsberechtigung des Chefarztes „nur“ Privatpatienten bezüglich unnötiger Verfahren gefährdet waren, wurde dieses lukrative Prinzip jetzt auf alle Patienten ausgedehnt. Salopp gesagt: Also hat die Bedrohung endlich bald alle Patienten erreicht = klassenlose Gesellschaft.

Im stationären Bereich hat also ein angestellter Chefarzt mit „neuem“ Vertrag nur die Wahl, die Umsatzerwartungen der ökonomischen Geschäftsführung zu erfüllen oder Einkommen zu verlieren. Ein guter Arzt zu sein, ist unter diesen Umständen nicht nur schwierig, sondern auch teuer - und zwar für den Arzt.

Hier liegt ein Rechtsbruch vor.

In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, dass bei in einer GmbH oder AG angestellten Ärzten ein offener Rechtsbruch (also keine Rechtsverletzung, wie z.B. bei einem Diebstahl, sondern eine Unvereinbarkeit unterschiedlicher Rechtsnormen) vorliegt: Eigentlich dürfte ein Arzt nicht in einer GmbH oder AG arbeiten, da sein Berufsrecht ihm vorschreibt (s.o.), dass an erster Stelle seiner Willensbildung das Patientenwohl steht, während das GmbH und AG Recht die Gewinnerzielung als erstes grundsätzliches Gebot des Handelns sieht. Dem Autor ist unklar, warum dieser offensichtliche Rechtsbruch in Deutschland noch nicht thematisiert oder gerichtlich geklärt wurde.

Selbst eine Anstellung in einer gGmbH kann problematisch sein, da auch die Erzielung eines neutralen Ergebnisses in der Medizin mit der oben beklagten Beugung des Patientenwohls einhergehen kann: In diesem Konstrukt wird also zwar postuliert, dass es nicht erste Absicht ist, einen Gewinn zu erzielen, aber einen Verlust soll es auch nicht geben. Nun hat aber niemand jemals unzweifelhaft festgestellt, dass die hochkomplizierte Krankenhausmedizin mit nicht oder unzureichend vergüteten Innovationen unbedingt kostendeckend arbeiten kann. Zumindest für Universitätsklinika muss daher postuliert werden, dass ein

Gewinn den Einsatz innovativer Therapie indikativ fast ausschließt, denn ihrem Wesen nach hinken Erstattungsprozesse den Innovationen immer hinterher und erzielen Kostendeckung regelhaft erst später. Natürlich wäre es eine Revolution und unerwünscht, wenn man in innovativen Kliniken das Defizit zum Leistungsindikator erklären würde, aber die angestrebte Kostendeckung in Universitätsklinik oder großen anderen Maximalversorgungskliniken erscheint unter diesen Bedingungen als ein fast abenteuerliches Konstrukt.

Abhilfen

Das Problem des Gesundheitswesens in Deutschland liegt darin, dass jeden Tag ein anderer kommt, der weiß wie es zu sanieren sei. Kontinuität ist daher eine Grundvoraussetzung für einen langfristigen Umbau. Es sollte aber jedem klar sein, dass der Abbau der Verschwendung nicht nur aus ökonomischen Gründen dringend notwendig ist. Trotzdem wären die ökonomischen Folgen auch direkt in Patientenwohl umzumünzen, weil die freiwerdenden Mittel die fragwürdigen Prozesse zur Rationierung in einer teurer werdenden Fortschrittsmedizin zumindest aufhalten könnten, nach Meinung des Autors um immerhin etwa zehn Jahre (s. Fußnoten 6 und 7). Die freiwerdenden Mittel müssten vor allem in die wesentlich effektivere Prävention als die jetzige Verwendung in der „Zuspätmedizin“ umgelenkt werden.

Die Freisetzung der verschwendeten Mittel kann nur über eine Zugangs- und Vergütungskontrolle erfolgen. Während bis jetzt jede Absenkung der Vergütung technischer Leistungen („Punktwertverfall“) mit einer Leistungsausweitung verbunden war²¹ (ein Schelm, der Böses dabei denkt), ist dieses Mittel also nur in Verbindung mit einer konsequenten Zugangskontrolle wirksam. Hierbei ist es illusorisch, jetzt noch in Deutschland das „schwedische Modell“ einzuführen, das bei einer verfügbaren Spitzenmedizin aber nur sehr begrenzte Kapazitäten vorhält und von der Hoffnung lebt, dass nur die kränksten Patienten Zugang bekommen und dann auch am meisten profitieren; die Wartezeiten für einen elektiven Eingriff waren bei 4 mal so vielen Patienten in Schweden wie in Deutschland länger als 4 Monate²². Der Abbau der Überkapazitäten als primäre Maßnahme erscheint hier illusorisch; der Autor favorisiert eine konsequente, entweder flächendeckende oder stichprobenartige Sanktionierung der Indikationsstellung. Hierbei dienen entweder die jetzt schon praktizierte Genehmigungspflicht von elektiven Eingriffen wie Zahnsanierungen oder die retrospektive, regressbewehrte Indikationsprüfung in Stichproben (Modell Medizinischer Dienst der Krankenkassen MDK) als Vorlagen. Entscheidend wird sein, dass die Prüfer selbst wirtschaftlich völlig unabhängig sind. Dass es Probleme gibt, diese Prüfer zu finden und ihre Vergütung zu finanzieren, liegt auf der Hand. Daran führt aber letztlich auch im Sinne der Patientensicherheit kein Weg vorbei. Es hat noch

Literatur

1. OECD-GESUNDHEITSDATEN 2012. Deutschland im Vergleich. www.oecd.org/.../BriefingNoteDEUTSCHLAND2012inGerman.pdf, besucht 3.6.2013
2. European Commission Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,_1994_and_2009_%28years%29-de.png&filetimestamp=20120712141531, besucht 3.6.2013
3. Van Buren F. 25. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland *Kardiologie* 2010 · 4:502–508
4. OECD MANAGING HOSPITAL VOLUMES, GERMANY AND EXPERIENCES FROM OECD COUNTRIES April 2013, http://www.managing-hospital-volumes.de/cms/medium/20/ManagingHospitalVolumes_GermanyandExperiencesfromOECDCountries.pdf, besucht 3.6.2013
5. Davies SM, Geppert J, McClellan M, et al. Refinement of the HCUP Quality Indicators. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2001 May. (Technical Reviews, No. 4.) APPENDIX 8, Literature Tables for Utilization and ACSC Indicators. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43841/>, besucht 3.6.2013
6. Wehling M. Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Teil 1. *Monitor-Versorgungsforschung* 2009, 2(6): 46-51
7. Wehling M. Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Teil 2. *Monitor-Versorgungsforschung* 2010, 3(1): 33-39
8. Pennekamp J. Unnötige Eingriffe In der OP-Fabrik. *FAZ* 11.8.2012, <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unnoetige-eingriffe-in-der-op-fabrik-11852366.html>, besucht 3.6.2013
9. Choi M, Kim R, Saif MW. What options are available for refractory pancreatic cancer? *JOP*. 2012 Mar 10;13(2):163-5.
10. Wehling M. Eine Bedrohung für Patienten. *FAZ* 21.3.2007
11. Bestehorn K, Greiner W. Effects of the introduction of fixed prices for statins on lipid levels in Germany. *J Publ Health*. 2008;16:215–219
12. Brenner DJ, Elliston CD. Estimated radiation risks potentially associated with full-body CT screening. *Radiology* 2004, 232:735–738
13. West R, Ellis G, Brooks N; Joint Audit Committee of the British Cardiac Society and Royal College of Physicians of London. Complications of diagnostic cardiac catheterisation: results from a confidential inquiry into cardiac catheter complications. *Heart*. 2006 Jun;92(6):810-4
14. AQUA Qualitätsreport 2009, <http://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2009/AQUA-Qualitaetsreport-2009.pdf>, besucht 3.6.2013
15. Gottschalk A, Van Aken H, Zenz M, Standl T. Ist Anästhesie gefährlich? *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(27): 469-74
16. Techniker Krankenkasse Deutschland hat Rücken – Der TK-Rückenreport <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/445838/Datei/3918/Medienservice-Maerz-2012-TK-Rueckenreport.pdf>, besucht am 3.6.2013
17. Daschner F HYGIENE Hysterie in Deutschland. *Dtsch Arzteblatt* 2012, 109, A1314
18. Wehling M, Gladisch R Arzneimitteltherapie im Alter: erste Erfahrungen aus der gerontopharmakologischen Ambulanz *Dtsch med Wochenschr* 2009; 134(21): 1121-1123
19. GKV-Umsätze, Vetter M. DAS EINKOMMEN DER ÄRZTE Was letztlich übrig bleibt *Dtsch Arzteblatt* 2009, 106, A1318
20. Schoder J Vergütung Chefärzte-Brief 2012, 1, 1 <http://www.iww.de/index.cfm?pid=1314&pk=151450&spid=1296&spk=1284&sfk=18>, besucht 3.6.2013
21. Busse R. Vortrag Ambulante Versorgung III: Vergütung, vom 7.2.2013 http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CdcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mig.tu-berlin.de%2Ffileadmin%2Fa38331600%2F2012.teaching.ws%2FMiG_2%2F2013.02.07__RB__Amb3_Verguetung.pdf&ei=9r6sUb-BMYjNswaarIHgDg&usq=AFQjCNFbU1s-aB1QIuhs0BwGp_PU0uH45A&bvm=bv.47244034,d.Yms, besucht 3.6.2013
22. OECD Health at a Glance 2011: OECD Indicators http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en, besucht 3.6.2013
23. Wehling M. Guideline-driven polypharmacy in elderly, multimorbid patients is basically flawed: there are almost no guidelines for these patients. *J Am Geriatr Soc* 59, 376-377, 2011
24. Veit C, Hertle D, Bungard S, Trümner A, Ganske V, Meyer-Hofmann B. Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, 2012. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_03/120817_PM_58_Anlage_Gutachten_BQS_01.pdf, besucht 3.6.2013

nie geklappt, in einem rein wirtschaftlichen Anreizsystem die Nutznießer durch reine Appelle davon abzubringen es auszunutzen, eine wirklich bittere Pille in einem besonders ethischen Bereich wie der Medizin. Aber die Ärzte sind nur teilweise die treibenden Kräfte, noch schlimmer sind die nichtärztlichen Treiber der Verschwendung, die die medizinischen Folgen weder abschätzen können, noch sich dann dafür verantwortlich halten. Die Ärzte haben bei Beanstandungen allerdings immer den „schwarzen Peter“, und zwar ganz allein. Die Kontrolleure werden zwar Leitlinien verpflichtet sein, aber deren Anwendung im Einzelfall ist fast nie kochbuchmäßig und bedarf einer individualisierten Adaptation²³, was einerseits die Anforderungen an diese Personen hoch hängt, aber andererseits auch Spielräume lässt. Erst die Praxis wird zeigen, welche juristischen Fallstricke ein derartiges Sanktionswesen mit sich bringt, aber der MDK existiert auch seit vielen Jahren ohne in Prozessen zu ersticken. Völlig reibungslos wird diese Kontrolle von Ärzten durch Ärzte nicht verlaufen, aber es erscheint als wahrscheinlich, dass die Ärzte die Drohung des Regresses als Argument den wirtschaftlichen Direktoren entgegenhalten können, wenn diese die Auslastung technischer Kapazitäten wider ärztliche Ratio einfordern. Es wäre schließlich auch ein Mittel dagegen, die Inanspruchnahme des Arztes bei Nichteinhaltung von Zielvereinbarungen dem Arzt anzulasten und so ein Mittel gegen die sachfremde und patientengefährdende Umsatzbeteiligung des Arztes.

Pay-for-performance-Modelle lassen sich gut, aber nicht ausschließlich im präventiven Bereich (z.B. Vergütung nach dem messbaren Erfolg bei der Blutdruckeinstellung richten) anwenden und sollten die Umschichtung in den präventiven Bereich unbedingt begleiten und fördern, auch wenn nach einem Gutachten erstellt im Auftrag des BMG noch Unklarheiten herrschen und daher zunächst andere Möglichkeiten der Steuerung ausgeschöpft werden sollten²⁴.

Die rationale und effektive Medizin der Zukunft wird um Bewertungsverfahren zum Verhalten der Ärzte, und zwar auch der einzelnen Ärzte und vor allem in der Einzelfallbetrachtung, nicht herum kommen. Eine unregulierte Selbstbedienungsmentalität, getrieben von oft nicht-

Why is Wasting of Medical Resources Dangerous for Patients?

The German health care system is excessively expensive and characterized by wasting and limited efficacy. As a result of wasting extremous expenditures are seen leading to segmental shortages and rationing, but another serious consequence is the endangerment of patients by unnecessary interventions both in diagnostics and therapy. „Luxury“ CT-scans may cause cancer, invasive procedures such as cardiac catheterizations, surgery and general anaesthesia expose procedural morbidity and mortality which may reach the percent range, and nosocomial infections are to be seen in 3.5-15% of hospitalized patients including those who were hospitalized without stringent reasons. Just reducing capacities in the system does not appear to be feasible as excessive capacities have already been installed; an independent assessment of indications, including that by random samples, is considered to be more promising.

Keywords

Wasting of medical resources, unnecessary expenditures, patient endangerment, assessment of indications

ärztlichen wirtschaftlichen Interessen in vielen Bereichen, kann nicht die Grundlage ärztlichen Handelns bleiben.

Es ist erfreulich, dass die Medien das Thema „unnötige Medizin“ zunehmend aufgreifen, wobei aber naturgemäß die „spektakulären“ Fälle im Vordergrund stehen und das Systematische an diesem Problem nicht umfassend dargestellt wird. Patienten meiden dann einzelne, gerade besonders im Fokus stehende Bereiche, ohne die an jeder Ecke lauernde Gefahr richtig einschätzen zu können.

Vom Patientenwohl darf das System nicht nur reden, es muss es auch meinen und zum ultimativen Ziel machen. <<

Autorenerklärung

Martin Wehling ist alleiniger Autor des Beitrages und hat ihn in allen Abschnitten selbst erarbeitet. Eine finanzielle Unterstützung von dritter Seite erfolgte nicht.

Prof. Dr. Martin Wehling

ist Professor für Klinische Pharmakologie a.d. Univ. Heidelberg in Mannheim. Seit 1995 ist er Ordinarius für Klinische Pharmakologie und war von 1998 bis 2001 Vorstandsmitglied der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg. 2004 bis 2006 war er Direktor der Discovery Medicine/Experimental Medicine bei AstraZeneca R&D (Sabbatical). Seit 2007 ist er wieder in Mannheim als Ordinarius für Klinische Pharmakologie und Direktor am Institut für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg.

Kontakt: martin.wehling@medma.uni-heidelberg.de



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Patientenrelevante Endpunkte aus Sicht der GKV

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten sowie die Nachsorge. Dabei unterliegen alle zu Lasten der GKV erbrachten Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V. Die populationsorientierte Verteilung der Morbidität (ungefähr 20% der Versicherten binden etwa 80% der Leistungen) bedeutet im Umkehrschluss, dass ungefähr 80% der Versicherten faktisch keine oder nur sehr wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Darauf muss ein Finanzierungsmodell ebenso Rücksicht nehmen (falsche Preissignale) wie die politisch zu verantwortende Gestaltung eines wirksamkeitsbasierten Leistungsrahmens. Dies unterstreicht die Notwendigkeit zu prüfen, welche Leistungen kollektiv finanziert werden sollen. Dabei müssen medizinische Verfahren, Produkte und Arzneimittel hinsichtlich ihres Effektes (idealerweise des patientenrelevanten Nutzens) bewertet werden, um sie in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen oder gegebenenfalls auszuschließen.

>> Zur Beurteilung der Wirksamkeit von medizinischen Verfahren oder Produkten werden diese unter Studienbedingungen erprobt und der resultierende Effekt gemessen. Zur Messung dieser Effekte bedient man sich definierter Endpunkte. Im Bereich der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln hat der Gesetzgeber erstmals konkret vorgegeben, welche Aspekte Endpunkte zur Messung der Effekte abdecken müssen (§35b SGB V). Es handelt sich dabei um

- Verbesserung des Gesundheitszustands
- Verkürzung der Krankheitsdauer
- Verlängerung der Lebensdauer
- Verringerung der Nebenwirkungen
- Verbesserung der Lebensqualität

Im Design von Studien ist dabei zu fordern, dass sorgfältig zwischen dem primären Endpunkt, für den die notwendige Teilnehmeranzahl berechnet wurde und weiteren sekundären Endpunkten, die vor Beginn der

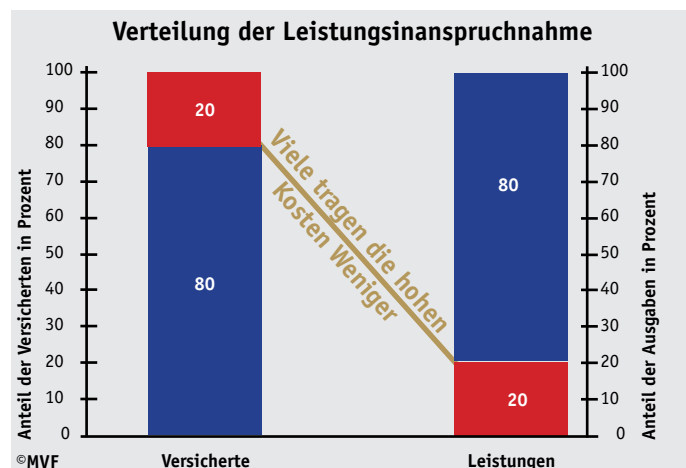


Abb. 1: Verteilung der Leistungsanspruchnahme in der Versichertenpopulation. Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassung

Aufgrund der populationsorientierten Verteilung der Morbidität (ungefähr 20% der Versicherten binden etwa 80% der Leistungen) in der Versicherungsgemeinschaft, im Zusammenspiel mit der einkommensabhängigen Umlagefinanzierung kommt der Wirksamkeit der, von der GKV angebotenen Leistungen, eine hohe Bedeutung zu. Die Wirksamkeit der Leistungen wird in entsprechenden Studien durch Messung definierter Endpunkte bestimmt. Die Sichtweise der GKV auf diese Endpunkte wird von der jeweiligen Beurteilungsperspektive und dem dazugehörigen Zeitpunkt im Produktzyklus bestimmt. So sind bei der Entscheidung über die Aufnahme einer Leistung in den allgemeinen Leistungskatalog der GKV, zunächst nur die Endpunkte aus den entsprechenden Zulassungsstudien verfügbar und ihre Verwendung folgerichtig. Diese bilden jedoch nur die maximale Wirksamkeit einer Leistung in einem hochselektierten Patientenkollektiv ab. Um die spätere Wirksamkeit in der realen Versorgungssituation zu beurteilen, bedarf es weiterer Versorgungsforschung. Hier sind Endpunkte, die sich aus den administrativen Daten der Leistungserbringer oder Kostenträger bestimmen lassen ein kostengünstiger Weg um den Nutzen einer Leistung im Alltag zu messen. Bei beiden Perspektiven gilt es den Nutzen vornehmlich aus der Sicht des Patienten zu beurteilen, wobei dieser stärker als bisher in den Prozess der Definition der Endpunkte einbezogen werden sollte.

Schlüsselwörter

Patientenrelevante Endpunkte, Gesetzliche Krankenversicherung, Morbidität, Leistungskatalog

Untersuchung definiert und festgelegt wurden, unterschieden wird. Gegen die Betrachtung weiterer Endpunkte, die sich erst im Verlauf der Studie ergeben haben, ist nur dann nichts einzuwenden, wenn deutlich gemacht wird, dass es sich hierbei um rein explorative Analysen handelt, die der Bestätigung in weiteren Studien bedürfen. Des Weiteren sollten immer solche Endpunkte gewählt werden, die einen für den Patienten relevanten Nutzen messen. So ist es beispielsweise legitim, in der Bewertung von Koronarstents die Durchflussraten einige Wochen oder Monate nach Implantation zu bestimmen. Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um einen Surrogatparameter. Die patientenrelevanten Endpunkte wären hier Überlebenszeit oder das Ausbleiben einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Dies ließe sich zum Beispiel durch eine verringerte Reinfarktrate oder eine verringerte Notwendigkeit von stationärer Behandlung (weniger Krankenhaustage) abbilden bzw. messen.

Wie irreführend die oben erwähnten Surrogatparameter sein können verdeutlicht eine Studie, in der der Einsatz von β -Interferonen bei multipler Sklerose untersucht wurde. Hier wurde die Anzahl der Krankheitsschübe und die Anzahl der radiologisch nachweisbaren Läsionen gemessen und die Verringerung beider Messwerte als Surrogat für die verbesserte Lebensqualität bzw. die Veränderung des Gesundheitszustandes verwendet. Es zeigte sich jedoch später bei einer retrospektiven Analyse, dass die anhand der Surrogatparameter vermutete Verbesserung der Lebensqualität sich mit den Disability Scores, die die tatsächlichen Fähigkeiten der Patienten im alltäglichen Leben maßen, nicht nachweisen ließ (Shirani 2012). Aber auch wenn die Endpunkte prospektiv definiert, patientenrelevant und valide gemessen worden sind, ist die jeweilige Beurteilungsperspektive für die Auswahl der Endpunkte und des Messverfahrens von entscheidender Bedeutung.

Frühe Nutzenbewertung - Erbringung einer Leistung zu Lasten der GKV

Dabei gibt es im Versorgungszusammenhang der GKV verschiedene Perspektiven. Eine davon ist die Sicht der GKV als Kollektiv. Hier steht die Frage nach der Aufnahme von Leistungen in den allgemeingültigen Leistungskatalog der gesamten GKV im Vordergrund. Die zu untersuchen-

den Leistungen stehen hier zumeist in einer sehr frühen Phase ihres Produktzyklus.

Zur Bewertung stehen in dieser Phase vornehmlich Daten und Erkenntnisse aus den entsprechenden Zulassungsstudien zur Verfügung. Diese sind in der Mehrzahl der Fälle als Randomized Controlled Trial (RCT) angelegt. Solche Studien werden vom Hersteller initiiert, um die Zulassungskriterien, Wirksamkeit und Sicherheit seines Produktes nachzuweisen. Dabei wählt der Hersteller verpflichtend ein Studiendesign, das die maximale interne Evidenz abbildet. Das Maximum an interner Validität wird dabei in der Regel durch eine nur schwach ausgebildete externe Validität erkaufte.

Die Einschlusskriterien dieser Studien müssen so gewählt werden, dass Versuchs- und Kontrollgruppe hochgradig homogen und vergleichbar sind. Idealtypisch handelt es sich somit um Probanden, die bis auf eine isolierte, zu untersuchende Erkrankung relativ „gesund“ sind, also wenig bis gar keine Komorbidität aufweisen. Die gewählten Behandlungsprotokolle werden im Rahmen dieser aufwändigen, personalintensiven und teuren Studien minutiös eingehalten und jede kleinste Abweichung protokolliert.

Der Auswahl oder Definition der Erfolgsparameter bzw. Endpunkte sind bei diesen Untersuchungen nur durch den resultierenden Aufwand Grenzen gesetzt. Jedoch ist jede Studie konzeptionell nur auf einen primären Endpunkt ausgerichtet, für den die notwendige Teilnehmerzahl rekrutiert werden muss. Daneben sind weitere, sogenannte sekundäre Endpunkte möglich. Alles was messbar ist kann in den entsprechenden Studienprotokollen vorgegeben und konsekutiv abgefragt bzw. bestimmt werden. Das gilt insbesondere für unmittelbar vom Patienten wahrgenommene Parameter wie Schmerzintensität, Lebensqualität und Ability Scores. Da die Daten primär zur Nutzenmessung erhoben werden, ist auch der Erhebungszeitpunkt frei wählbar. Insbesondere ist die Erhebung hier nicht an Abrechnungszeiträume oder Rechnungsstellung gebunden. Alle diese Eigenschaften machen den RCT zu diesem frühen Zeitpunkt der Produktvermarktung zu einer sinnvollen, wertvollen und unverzichtbaren Entscheidungshilfe. Die Validität der zu den einzelnen Parametern gefundenen Aussagen ist, angesichts der hochselektierten und homogenen Gruppe der Studienteilnehmer, extrem hoch. Im Ergebnis ist die interne Validität solcher Untersuchungen optimiert, die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kollektive, also die externe Validität, aber niedrig. Bei der Auswahl der Endpunkte wird der Leistungsanbieter solche Endpunkte bevorzugen,

mit denen eine maximale Wirksamkeit dargestellt werden kann. Darüber, inwieweit dies die tatsächlichen Patienteninteressen abbildet, kann in jedem einzelnen Fall sicher gestritten werden. Aber auch hinsichtlich der Gewichtung von Endpunkten gibt es Unterschiede zwischen Patienten und medizinischen Experten. So hat das IQWiG in einem Pilotprojekt zur Depression festgestellt: „Für Patientinnen und Patienten, die an einer Depression leiden, ist es wichtiger, dass sie überhaupt spürbar auf eine Therapie ansprechen, als dass sie durch sie vollständig genesen. Bei Ärztinnen und Ärzten, die Menschen mit dieser Erkrankung behandeln, ist es genau umgekehrt: Remission hat bei ihnen Vorrang vor Ansprechen.“ (IQWiG 2013). Um den patientenrelevanten Nutzen zu erhöhen, ist in Zukunft eine verstärkte Einbeziehung der Patientenperspektive in die Studienplanung unverzichtbar.

Abgrenzung des RCT zur Versorgung im Alltag

Zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Aufnahme einer Leistung in den Leistungskatalog der GKV sind vornehmlich Daten aus RCT verfügbar, diese bilden somit häufig die Grundlage der Entscheidung. Nachdem eine Leistung zu Lasten der GKV für GKV-Versicherte erbracht werden darf, wandelt sich in der Alltagsversorgung die Beurteilungsperspektive. Behandelt werden häufig nicht mehr streng umschriebene einheitliche Patientenkollektive, sondern „normale“ GKV-Versicherte mit einem bunten Strauß aus Komorbiditäten im „normalen“ Behandlungsprozess, der im Einzelfall erheblich von den Studienbedingungen der RCT abweichen wird. So zeigt sich, dass in der Versorgung von onkologischen Patienten das in der „richtigen“ Welt behandelte Kollektiv deutlich älter ist als die Probanden in den meisten Zulassungsstudien (Hutchins: 1999). Eine Analyse der mit Biologika behandelten Patienten, die unter Rheumatoider Arthritis leiden, zeigt, dass nur ungefähr ein Drittel der versorgten Patienten die Einschlusskriterien der jeweiligen RCTs erfüllt hätten. Das von der GKV versorgte Kollektiv weicht also in der Zusammensetzung im Regelfall erheblich von dem Kollektiv ab, an dem die Wirksamkeit und Sicherheit nachgewiesen wurde. Konsekutiv liegt auch die in diesem Patientenkreis gefundene Wirksamkeit unter der, die in klinischen Studien bestimmt wurde. Diese unter Real-World-Bedingungen gefundenen Effekte sind aber die, die für die langfristige Bewertung durch die Kostenträger von Bedeutung sind.

Messung von Effekten im Versorgungsalltag - Non Interventional Studies

Die Beurteilung von Effekten unter Alltagsbedingungen entspricht der Perspektive, die eine Krankenversicherung im Auge haben muss, wenn sie selektiv Verträge für ihr Versichertenkollektiv abschließt. Denn unter

Sicht der GKV auf Endpunkte im Kollektiv		
Kollektive Sicht: RCT		
RCT		Endpunkte (Bsp.)
Studienziel	Nachweis der max. Wirksamkeit unter Idealbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprechraten • Rezidivraten • Überlebenszeiten • Schmerzintensität • Lebensqualität • Gehstrecke • Alles, was medizinisch sinnvoll ist
Einschlusskriterien	eng	
Behandlungsprotokoll	standardisiert	
Erfolgsparameter	optimiert	
Kontext	experimentell	
Forschungs-/Studentyp	Klassische RCT (Placebo) Arzneimittelzulassungsstudien (Phase II und III)	

Abb. 2: Grundzüge von Randomized Controlled Trials (RCT). Quelle: Eigene Darstellung.

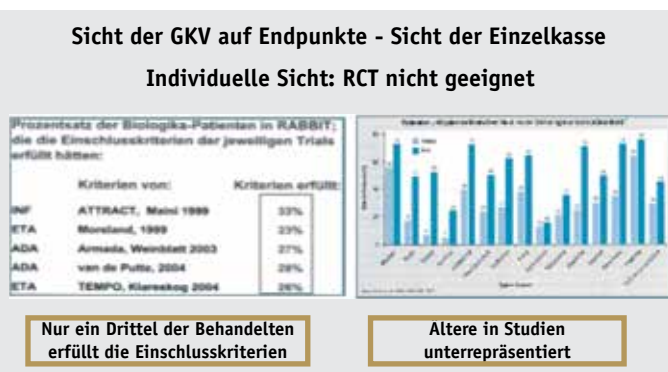


Abb. 3: Vergleich der Studienpopulation mit den Behandelten Versicherten. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Darstellungen von Prof. Augustin.

diesen Bedingungen muss sich die zu kontrahierende Leistung bewähren und ihre Effizienz beweisen. Um diese Effekte zu messen bedarf es Non Interventional Studies, also eine Messung der Versorgungsform in der Routineversorgung.

Das Design ist hier auf die Messung der Effekte im Alltag abgestimmt. Die Einschlusskriterien für die Versorgung sind sehr weit gefasst und die Behandlung erfolgt unter Alltagsbedingungen, mit allen üblichen Abweichungen vom vorgesehenen Standardbehandlungsprotokoll, sowie den durch die zahlreichen Komorbiditäten bedingten Parallelbehandlungen. Die resultierende Inhomogenität der Behandlungsgruppe macht die Definition einer Kontrollgruppe zu einer Herausforderung.

Erschwerend kommt bei Selektivverträgen einzelner Kassen mit Herstellern oder Anbietern hinzu, dass sich eine Randomisierung auf Behandlungsgruppe oder Kontrollgruppe zur Messung von Effekten durch das SGB V verbietet. Es ist nach dem Gleichbehandlungsgrundsatz schlicht nicht statthaft, einem Patienten eine wirksame Behandlung vorzuenthalten. Darüber hinaus sind Krankenkassen aus Kostengründen häufig gezwungen, ihre Analysen auf Sekundärdaten zu gründen. Es handelt sich dabei um Daten, die zur Abrechnung von den Leistungserbringern an die Krankenkasse gesendet werden. Dies sind hauptsächlich Diagnose- und Prozedurendaten, aber auch Verordnungsdaten (codierte Beschreibung der Leistung), Erbringungszeitpunkte sowie die jeweils in Ansatz gebrachten Rechnungssätze. Wenn auf eine kostensteigernde Zusatzerhebung von Primärdaten verzichtet werden soll, ist somit der verfügbare Datenkranz stark eingeschränkt und auch die Erhebungszeitpunkte sind durch die Leistungsanspruchnahme bzw. Rechnungsstellung definiert. Es lassen sich aber auch auf dieser stark eingeschränkten Datengrundlage patientenrelevante Endpunkte definieren (Glaeske 2010). Dies sind beispielsweise die Anzahl von Wiederaufnahmen ins Krankenhaus nach einem Eingriff, die Anzahl von Arzneimittelverordnungen, Verordnete Hilfsmittel, die

Anzahl von Patienten, die eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben, oder auch der Anteil der Versicherten, die nach einem Eingriff kontinent geblieben sind.

Bei der Auswahl der bewertungsrelevanten Endpunkte werden hier durch die Krankenkassen, nicht zuletzt aufgrund des erheblichen ökonomischen Wettbewerbsdrucks, häufig Kostendaten in den Vordergrund gerückt. Auch hier muss sicher die Frage gestellt werden, ob dies die Interessen des Patienten immer in geeigneter Weise abbildet.

Praktische Anwendung der NIS im Kassenalltag

Bei der Messung von Effekten unter Real-World-Bedingungen wird somit weniger der isolierte Effekt einer Leistung bzw. Verordnung als vielmehr der Effekt dieser spezifischen Leistung im Gesamtkontext aller Behandlungen des Patienten bewertet. Konkret bedeutet dies, dass auch ein brillant durchgeführter operativer Eingriff durch beispielsweise ein partielles Vorenthalten oder Versagen von Leistungen nachgelagerter Versorgungsstufen sein patientenbezogenes Outcome nicht belegen kann.

Gemessen wird ein solcher Effekt bevorzugt im Vergleich zu einer geeigneten Kontrollgruppe. Da sich aus den oben genannten Gründen eine Randomisierung von Versicherten auf eine Behandlungsgruppe und eine Kontrollgruppe verbietet, verwendet die DAK-Gesundheit ein Analysetool auf der Grundlage des Propensity Score Matching Modells. Dabei wird aus einer geeigneten Zielpopulation retrospektiv jedem Versicherten, der eine vertraglich vereinbarte Leistung erhielt, ein mathematisch/statistischer Zwilling zugeordnet, der mit der gleichen Wahrscheinlichkeit Empfänger dieser Leistung war, sie aber eben gerade nicht gewählt hat. Auf diese Weise erhält man zur Auswertung eine dem Vertragskollektiv in Bezug auf die zur Bildung des Propensity Scores verwendeten Parameter gleichartige Kontrollgruppe aus den administrativen Daten der Krankenkasse. Diesen Ansatz verfolgt die DAK-Gesundheit bei allen Vertragsmodellen, aber auch, um die Wirkung ihrer strukturierten Behandlungsprogramme zu messen. Dieser Weg findet in der Versorgungsforschung, aber auch in der

Sicht der GKV auf Endpunkte - Sicht der Einzelkasse		
Individuelle Sicht: NIS		
NIS		Endpunkte (Bsp.)
Studienziel	Wirksamkeit im Alltag	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederaufnahmen Krankenhaus • Anzahl Verordnungen • Hilfsmittel • Reha-Quote • „Inkontinenz“-Quote • Kosten (stationär, ambulant, Verordnungen) • Wenig bis keine zus. Erhebungen (fehlende Kontrolle)
Einschlusskriterien	weit	
Behandlungsprotokoll	flexibel	
Erfolgparameter	patientenrelevant	
Kontext	Routineversorgung	
Forschungs-/Studentyp	Comparative Effectiveness / Versorgungsforschung (pragmatic RCT)	

Abb. 4: Grundzüge von Non Interventional Studies (NIS); Eigene Darstellung.

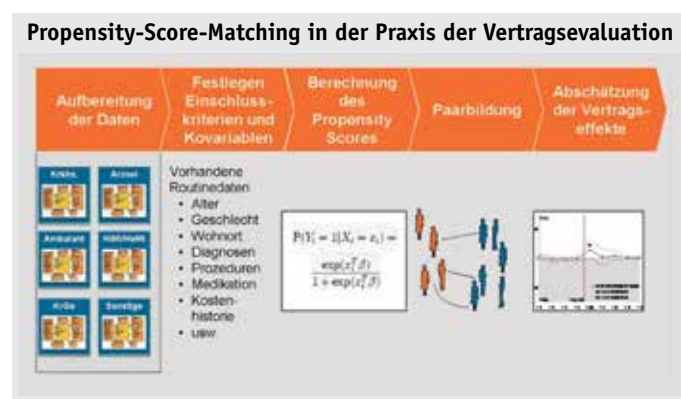


Abb. 5: Matchingmodelle. Quelle: Eigene Darstellung.

Literatur

Glaeske, Gerd; Rebscher, Herbert; Willich, Stefan N, Versorgungsforschung: Auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen Dtsch Arztebl 2010; 107(26): A-1295 / B-1142 / C-1122.

Hutchins Laura F. et al, .Underrepresentation of Patients 65 Years of Age or Older in Cancer-Treatment Trials, N Engl J Med 1999; 341:2061-2067

IQWiG (7.6.2013). Wie sich die Präferenzen von Patienten ermitteln lassen. IQWiG erprobt Analytic Hierarchy Process (AHP) / Methode ist geeignet und könnte Bestandteil von Kosten-Nutzen-Bewertungen werden. Verfügbar unter https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/wie_sich_die_praeferenzen_von_patienten_ermitteln_lassen.3661.html

Shirani, Afsaneh et al, Association Between Use of Interferon Beta and Progression of Disability in Patients With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis“. JAMA. 2012;308(3):247-256

Stock, Stephanie; Redaelli, Marcus, Grenzen gesundheitsökonomischer Evaluation, in: MVF 2012, S. 32

empirischen Sozialforschung breite Anwendung und Akzeptanz und wurde schon als „derzeitiger Goldstandard“ für die Analyse von Versorgungsprozessen im Alltag einer populationsorientierten Versorgung definiert.

Eine beispielhafte Darstellung einer solchen risikoadjustierten Erfolgsmessung mittels Propensity-Score-Matching zeigt Abbildung 6: Risikoadjustierte Erfolgsmessung (illustratives Beispiel). Ausgehend von einer retrospektiven Betrachtung vor dem Programmstart, um die Homogenität und damit die Güte des Matchings nachzuweisen (idealerweise Verlauf entlang der 0-Linie, enges Konfidenzintervall), wird die Konsequenz nach Intervention (hier das aktive Versorgungsmanagement) über die Quartale analysiert.

Zum Programmstart zeigen sich signifikante Mehrausgaben für die Vertragsgruppe, was sich durch eine intensiviertere zielgerichtete Behandlung in eben dieser Gruppe beim Programmstart erklären ließe. Diesen signifikanten Mehrausgaben stehen im zweiten und dritten Folgequartal (in diesem fiktiven Verlauf) Einsparungen gegenüber, die zum einen die Mehrausgaben nicht kompensieren und zum anderen höchstwahrscheinlich zufällig sind (Konfidenzintervall über und unter 0-Linie).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist stets zu hinterfragen, ob Unterschiede zwischen den Vertrags- und Kontrollgruppen versorgungsbedingt sind oder ob Unterschiede durch nicht berücksichtigte Störgrößen (Confounder) verursacht sind, die zwischen den Gruppen nicht gleich verteilt wurden. Hierzu bedarf es gegebenenfalls weitergehender Morbiditätsanalysen oder Einzelleistungsanalysen (DRG, ICD, OPS, EBM etc.), um „schief-verteilte“ Einflussgrößen zu identifizieren.

Innerhalb der DAK-Gesundheit ist es mit diesem Ansatz gelungen, in kurzer Zeit auch komplexe Vertragskonstrukte in der Versorgungswirklichkeit zu bewerten und hier, ohne eine Randomisierung in der Leistungsgewährung, die kausalen Effekte neuer bzw. alternativer Versorgungsformen nach den für Versicherte und Krankenkasse relevanten Auswirkungen zu bewerten. Zurzeit stellt somit das retrospektive Propensity-Score-Matching für die DAK-Gesundheit den „Goldstandard“ in der Bewertung neuer Versorgungsangebote dar, den es fortwährend zu verbessern gilt, bis gegebenenfalls neue Analyseansätze eine andere Ausrichtung erforderlich machen.

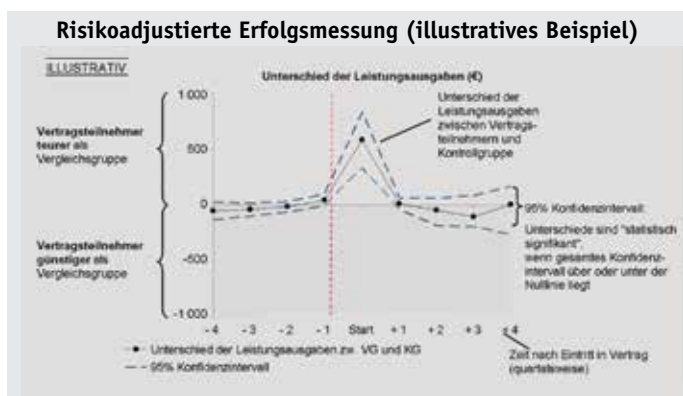


Abb. 6: Risikoadjustierte Erfolgsmessung (illustratives Beispiel). Quelle: Eigene Darstellung.

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

ist Vorsitzender des Vorstandes der DAK - Unternehmen Leben.

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



Foto: DAK/Wigger

Patientrelevant endpoints through the eyes of a German sickness fund

Due to the distribution of morbidity within the insured population (20% of insurees contribute for 80% of the expenses), in conjunction with a wage-based pay-as-you-go financing, proven effectiveness of the services covered by the statutory health insurance is paramount. Proven effectiveness is established through appropriate (clinical) trials, by measurement of defined endpoints. The view of the statutory health insurance companies onto these endpoints depends on the position of a service within its product cycle. Early in the product cycle when a service aims for approval of coverage by the statutory health insurances, the only endpoints available stem from registration trials and consequently it is correct to use them in this context. The restriction of endpoints utilized in registration trials is that these trials (and thus their endpoints) are designed to prove the maximum effectiveness in a highly selected patient population. To estimate the effect of a service for all relevant insurees (i.e. an unselected general patient population) further non interventional trials in a „real world“ setting are needed. To estimate the effectiveness of services under these conditions, the use of endpoints derived from administrative claims data has proven to be both valuable and cost effective. In either of these two approaches, the benefit has to be evaluated from the patients perspective, thus patients should be involved in the process of the definition of relevant endpoints to a higher degree than in recent years.

Keywords

patient relevant endpoints, statutory health insurance, morbidity, services provided through statutory health insurance

Zusammenfassung

Bei der Definition patientenrelevanter Endpunkte ist der Zeitpunkt der Bestimmung in Bezug auf den Produktzyklus zu berücksichtigen. Zu einem frühen Zeitpunkt werden hier die Endpunkte überwiegen, die es dem Hersteller oder Anbieter ermöglichen, die maximale Wirksamkeit seiner Leistung darzustellen. Später, wenn es darum geht, den Effekt der Leistung unter Alltagsbedingungen zu bestimmen, wird die Auswahl häufig durch die freie Verfügbarkeit der administrativen Kassendaten und eine Fokussierung auf die Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkassen eingeschränkt.

In beiden Fällen bleibt zu konstatieren, dass das Hauptaugenmerk in der Mehrzahl der Fälle eben nicht auf dem Patienten liegt, sondern andere definieren, was patientenrelevant sei. Hier sollte in Zukunft der Patient besser als bisher eingebunden werden. Eine Herausforderung aus Sicht der Krankenversicherung wird es dabei sein, das Spannungsfeld zwischen Patientenpräferenz (im Sinne der „kranken Leistungsempfänger“) und Versichertenpräferenz (im Sinne von „gesundem Financier“ der Leistungen) allgemeinverträglich aufzulösen. <<

Dr. med. Thomas Hilbert
Dr. med. dent. Dirk Mittermeier

Die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohner(innen) in Bremen - eine Befragung

Verbesserung der Mundgesundheit und Intensivierung der zahnärztlichen Versorgung für Bewohnerinnen und Bewohner in Altenpflegeheimen und in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind seit vielen Jahren ein Thema inzwischen zahlreicher Veröffentlichungen (1) und Gegenstand politischer Initiativen (2). Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) haben 2010 ein gemeinsames Konzept vorgelegt (3). Nahezu alle Autoren gehen von einer defizitären zahnärztlichen Versorgung in diesen Einrichtungen aus. Der zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamts Bremen untersuchte im Jahr 2006 in zwei Bremer Pflegeeinrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner und ermittelte den bestehenden zahnmedizinischen Behandlungsbedarf. Bei über 30% der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner wäre damals eine zahnärztliche Intervention dringend erforderlich gewesen (4).

>> Im Anschluss an diese Untersuchung fanden unter Beteiligung mehrerer Institutionen, darunter auch Krankenkassen, Gespräche statt, zu denen die Zahnärztekammer Bremen eingeladen hatte, mit dem Ziel eines Modellprojektes in einigen heimstationären Einrichtungen. Leider blieb diese Initiative ergebnislos, weil sich die Beteiligten nicht auf eine Finanzierung verständigen konnten.

Im September 2011 beschlossen die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen (KZV) und das Gesundheitsamt Bremen eine Parallelbefragung sowohl der niedergelassenen Zahnärzte im Land Bremen als auch aller heimstationärer Einrichtungen. Einerseits sollte der Leistungsumfang erfasst werden, den Zahnärzte gegenwärtig für und in heimstationären Einrichtungen erbringen. Andererseits sollten die qualitativen Einschätzungen der heimstationären Einrichtungen zur gegenwärtigen zahnärztlichen Versorgung und zum Behandlungsbedarf erfragt werden.

Beide Befragungen sollten klären, ob und wie die beklagten Defizite sich konkret im Land Bremen darstellen und welche Schlussfolgerungen sich daraus ableiten ließen.

Methode

Die KZV versandte im September 2011 als Anlage zu einem Rundschreiben einen Fragebogen an alle 309 Zahnarztpraxen im Land Bremen. Das Gesundheitsamt versendete Ende November 2011 per E-Mail einen Fragebogen an alle heimstationären Einrichtungen im Land Bremen. an insgesamt 181 von der Heimaufsicht zur Verfügung gestellte E-Mail-Anschriften. Beide Fragebögen enthielten sowohl qualitative als auch quantitative Fragen. Die Einrichtungen hatten zudem die Möglichkeit aus Sicht ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Behandlungsbedarfe, Hinderungsgründe für zahnärztliche Versorgung und Vorschläge in Textform anzugeben.

Zusammenfassung

Das Gesundheitsamt Bremen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen haben Ende 2011 in einer parallelen Befragung von Pflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte und von Zahnarztpraxen im Land Bremen den Stand der zahnärztlichen Versorgung erhoben. 58% der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Einrichtungen konnten einbezogen werden, 28% der Zahnarztpraxen in Bremen beteiligten sich. Die Sicht der Einrichtungen und die Sicht der Zahnärzte wurden gegenübergestellt. Im Ergebnis sind Defizite festzustellen, die sich aber nach Einrichtungstyp unterscheiden. Es werden mehrere Handlungsansätze zur Verbesserung der Versorgung vorgestellt.

Schlüsselwörter

Zahnärztliche Versorgung, Pflegeheime, Einrichtungen für Behinderte

Die Befragung der Einrichtungen durch das Gesundheitsamt war anonym. Anzugeben war jeweils der Typ der Einrichtung - ob Altenpflegeheim oder Einrichtung für Behinderte - und der Ort der Einrichtung. Anzugeben war auch die Zahl der Bewohner zum Zeitpunkt der Befragung.

Die Befragungsaktion der KZV führte zu 86 ausgefüllten Fragebögen, das entspricht einer Rücklaufquote von 27,8%. Bei der Befragung der Einrichtungen kamen 77 ausgefüllte Fragebögen zum Gesundheitsamt zurück (Rücklaufquote 42,5%).

Die Abschnitte 3 und 4 beschreiben die Ergebnisse der Befragung des Gesundheitsamtes Bremen. In Abschnitt 5 wird das Ergebnis der Befragung der KZV dargestellt, gefolgt von Schlussfolgerungen aus beiden Befragungen im Abschnitt 6.

Quantitative Ergebnisse

In die Auswertung wurden alle Fragebögen einbezogen, die bis zum 30.12.2011 beantwortet im Gesundheitsamt eintrafen.

Von den 77 ausgefüllten Fragebögen stammen 55 aus Altenpflegeeinrichtungen und 22 aus Einrichtungen der Behindertenhilfe. Geantwortet haben somit deutlich mehr als die Hälfte der 97 Altenpflegeeinrichtungen im Land Bremen und etwa ein Viertel der 84 Einrichtungen für Behinderte (5). Eine exakte Rücklaufquote lässt sich für die Einrichtungen für Behinderte leider nicht darstellen, weil bei der Auswertung erkennbar wurde, dass verantwortliche Ansprechpartner für mehrere Einrichtungen in ihrer Trägerschaft gemeinsam geantwortet haben. Zweitens werden beispielsweise Außenwohngruppen und Wohngemeinschaften teilweise als Teil des stationären Wohnens bei einem Träger definiert, teilweise aber auch als unabhängige Einheiten. Drittens ist die Abgrenzung zwischen den Wohn- und Betreuungsformen in der Behindertenhilfe weniger eindeutig als in der Altenhilfe.

Die Zahl der Bewohner der Einrichtungen zum Zeitpunkt der Befragung ist hingegen eindeutig darzustellen.

Die ausgefüllten Fragebögen repräsentieren 4.981 Bewohnerinnen und Bewohner beider Einrichtungstypen. In Altenpflegeeinrichtungen stehen im Land Bremen ca. 6.900 Plätze zur Verfügung (6), in Einrichtungen für Behinderte ca. 1.660 Plätze (7). Das bedeutet, dass geschätzt 58% der

.....

- 1: so zuletzt Nitschke, I., Kaschke, I., Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Bundesgesundheitsbl. 2011 - 54: 1073 - 1082; weitere Literatur bei den Verfassern
- 2: Zahngesundheit von älteren, pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen. Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion Die LINKE, Drs. 17/6563 (11.07.2011)
- 3: KZBV und BZÄK (Hrsg.), Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Berlin, 2010
- 4: Klasen, B. und Hilbert, Th., Mundgesund und zahnärztliche Versorgung in Bremer Alten- und Pflegeheimen, Gesundheitsamt Bremen 2007
- 5: Angabe aus dem Referat 50, Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen

Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen (4.025 Personen) und ebenfalls geschätzt knapp 58% der Bewohner in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (956 Personen) im Land Bremen mittelbar einbezogen werden konnten (Tab. 1). Platzzahl und aktuelle Belegung können voneinander abweichen.

Zahnärztliche Versorgung der Bewohner

Mit Frage 3 sollte festgestellt werden, wie viele Bewohner der Einrichtungen mindestens einmal jährlich zahnärztliche Betreuung haben, in Frage 5 wurde ermittelt, wie viele Bewohner sich zum Zeitpunkt der Umfrage in zahnärztlicher Behandlung befanden. Bei Frage 7 sollte angegeben werden, bei wie vielen Bewohnern die Mitarbeiter der Einrichtungen dringenden zahnärztlichen Betreuungs- und Behandlungsbedarf gesehen haben.

Von den 4.981 einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern haben immerhin 2.972 (fast 60%) mindestens einmal im Jahr einen Behandlungskontakt zu Zahnärzten. Zum Zeitpunkt der Umfrage befanden sich 613 Personen (12,3%) in zahnärztlicher Behandlung. Dringender und nicht realisierter oder realisierbarer Behandlungsbedarf wurde für insgesamt 316 Personen (6,3%) berichtet.

Die Differenzierung zwischen Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Behinderte liefert auffallende Unterschiede: Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlung erscheint in den Einrichtungen für Behinderte besser. Mehr als Dreiviertel (78,9%) der Bewohnerinnen und Bewohner haben mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Zahnarzt. Gleichzeitig wird aber auch ein höherer dringender Behandlungsbedarf berichtet (Abb. 1).

Versorgung in den Einrichtungen

Frage 4 zielte auf die Anwesenheit von Zahnärzten in den Einrichtungen. Vorgegeben waren die Antwortmöglichkeiten „regelmäßiger Turnus“, „nur auf Anforderung“ und „nie“.

19 Einrichtungen (25%) berichteten über einen regelmäßigen Besuch durch Zahnärzte („regelmäßiger Turnus“) in mindestens jährlichen, teilweise häufigeren Abständen. In 39 Einrichtungen erscheint ein Zahnarzt auf Anforderung (51%). 23 Einrichtungen erklärten, ein Zahnarzt komme nie ins Haus (40%). Mehrfachnennungen kamen in der Kombination „regelmäßiger Turnus“ und „auf Anforderung“ vor, weil in 4 Einrichtungen beides zutraf.

Befragungs-Design				
	Anzahl	Anteil in der Befragung	alle vorhandenen Plätze	durch die Befragung erfasste Plätze
in der Befragung erfasste Bewohner	4.981		8.590	
• davon Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen	4.025	80,8%	6.895	58,4%
• davon Bewohner in Behinderteneinrichtungen	956	19,2%	1.660	57,6%
Gesamt		100%		

Tab. 1: Vollständig ausgefüllt waren 72 Fragebögen. In fünf Fragebögen war lediglich eine einzelne Frage ausgelassen worden. Aus der Stadt Bremen antworteten 63 Einrichtungen, 12 aus Bremerhaven, zwei Fragebögen waren örtlich nicht zuzuordnen, aber vollständig ausgefüllt.

Wieder zeigt sich ein erheblicher Unterschied zwischen Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Behinderte. Demnach erklären sich Einrichtungen für Behinderte als deutlich schlechter versorgt: Nur zwei der 22 Einrichtungen erhalten auf Anforderung einen Zahnarztbesuch, 20 aber nie (Abb. 2). Das ist kein Widerspruch zu den Angaben bei Frage 3, sondern bringt zum Ausdruck, dass die zahnärztliche Versorgung von den in der Regel kleinen Einrichtungen für Behinderte anders organisiert wird.

Nur 3 der erfassten 55 Altenpflegeheime berichteten, überhaupt keinen Hausbesuch durch Zahnärzte zu erhalten.

In Frage 6 war die Einschätzung der Einrichtungen zur Angemessenheit der zahnärztlichen Versorgung erbeten. Das Ergebnis schließt logisch an Frage 4 an. Eine deutliche Mehrheit von 33 der 55 antwortenden Altenpflegeeinrichtungen hält die zahnärztliche Versorgung für angemessen. Dieses Ergebnis ist überraschend. Bei den Einrichtungen für Behinderte zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Nur 7 von 22 Einrichtungen halten die zahnärztliche Betreuung für angemessen und bedarfsgerecht (Abb. 3).

Aktivitäten der Einrichtungen

In den Fragen 10, 11 und 12 ging es um die Erfassung des Zahnstatus bei Aufnahme neuer Bewohnerinnen und Bewohner, um Bekanntheit der vor Neuaufnahme behandelnden Zahnärzte und um die Frage, ob sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen aktiv um den Kontakt zu einem Zahnarzt bemühen, wenn die vorher behandelnde Praxis nicht (mehr) zur Verfügung steht. Die gemeinsame Klammer um diese drei Fragen ist die Herangehensweise der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter an Aspekte der Mundgesundheit.

Bei der Erfassung des Zahnstatus ergab sich aus den dazu eingegangenen 76 Antworten ein uneinheitliches Bild.

In 46% der Einrichtungen wird der Zahnstatus bei Einzug neuer Bewohner immer oder häufig erfasst. In 39% der Einrichtungen ist das selten oder nie der Fall. Differenziert nach Einrichtungstypen und im Vergleich der relativen Häufigkeit der Nennungen wird erkennbar, dass in Einrich-

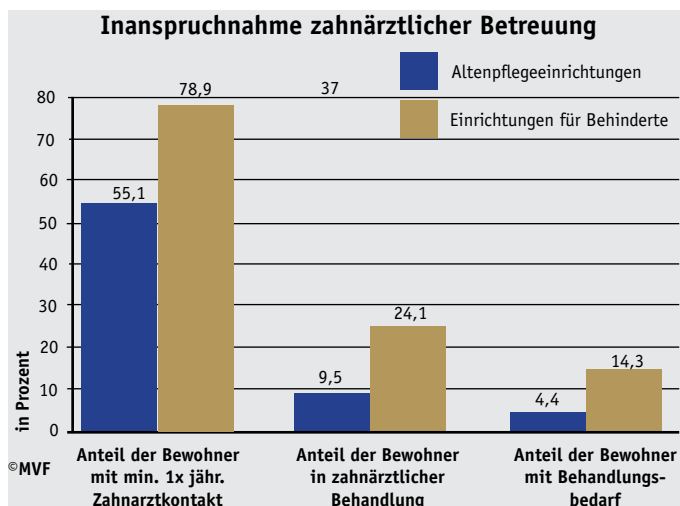


Abb. 1: Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuung und Behandlung nach Einrichtungen (Bewohner in Altenpflege N = 4.025, Bewohner in Einrichtungen für Behinderte N = 956).

- 6: ohne Tagespflegeeinrichtungen, ohne reine Wohnheime. Kurzzeitpflegeplätze sind eingeschlossen. Statistisches Landesamt Bremen, Jahrbuch 2011, S. 191 und ergänzende Information aus dem Referat 52, Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Stand 2011
- 7: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.), Lebenslagen in Bremen, 2009, S. 231

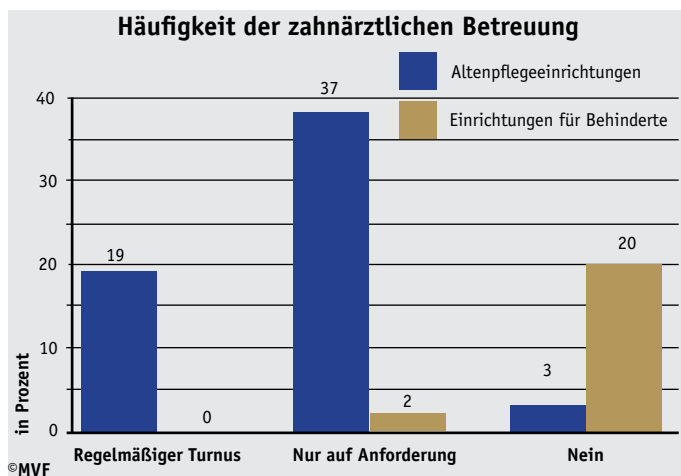


Abb. 2: Häufigkeit der zahnärztlichen Betreuung in der Einrichtung durch „Hausbesuche“.

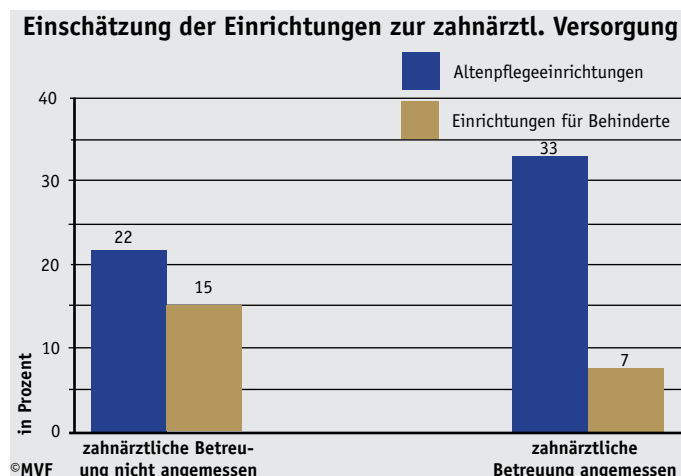


Abb. 3: Einschätzung der Einrichtungen zur zahnärztlichen Versorgung.

tungen für Behinderte der Zahnstatus seltener erfasst wird (Abb. 4). Ob die vor Aufnahme behandelnden Zahnärzte (Frage 11) bekannt waren oder bekannt sind, wurde von 76 Einrichtungen nicht weniger uneinheitlich beantwortet. Alle Varianten zwischen „immer“ und „nie“ kommen vor (Abb.5). Die Abweichung zwischen den beiden Einrichtungstypen ist nur gering.

Als Besonderheit ist zu vermerken, dass keine Einrichtung der Behindertenhilfe angab, den vor Aufnahme behandelnden Zahnarzt nicht zu kennen.

Die Antworten auf Frage 12 (Aktive Kontaktaufnahme mit einer Zahnarztpraxis) zeigten ein einheitliches Bild für beide Einrichtungstypen. 76 erfasste Einrichtungen stellen immer oder häufig für ihre Bewohnerinnen und Bewohner den Kontakt zu einer zahnärztlichen Praxis her, wenn die vorherige Zahnarztpraxis nicht mehr zur Verfügung steht. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, weil Einrichtungen für die Organisation ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung verantwortlich sind. Nur eine Einrichtung der Behindertenhilfe antwortete mit „manchmal“.

Qualitative Ergebnisse der Befragung

Behandlungsbedarf

Die Einrichtungen hatten in Frage 8 die Möglichkeit, den aktuell vorhandenen, aber aus ihrer Sicht häufig nicht realisierbaren Behandlungsbedarf inhaltlich in bis zu drei Stichworten zu beschreiben. 44 Einrichtungen nutzten diese Möglichkeit und machten 109 Angaben, darunter auch 7 Einrichtungen, die zuvor bei Frage 6 die zahnärztliche Versorgung für angemessen erklärt hatten. Als Behandlungsbedarf wurden am häufigsten Prothesenanpassungen, professionelle Reinigung von Gebiss und Prothesen und die Extraktion kariöser Zähne genannt (Tab. 2).

Gründe für Nichtbehandlung

Eine weitere Frage war, welche Faktoren tatsächlich eine adäquate zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern verhindern. Dazu waren ebenfalls bis zu drei Stichworte möglich. 58 Einrichtungen machten insgesamt 131 Angaben. Es antworteten auch Einrichtungen, die die zahnärztliche Betreuung für angemessen hielten. Das ist kein Widerspruch, da es auch bei adäquater zahnärztlicher Versorgung immer Bewohner gibt, die trotz dringendem Bedarf aus verschiedenen Gründen nicht behandelt werden können.

Es liegt nahe, die Gründe für Nichtbehandlung in drei Gruppen einzuordnen: Zum einen handelt es sich um bewohnerbezogene Gründe, die sich aus individueller gesundheitlicher Situation und pflegerischer Problematik ableiten lassen. Eine zweite Gruppe bilden Gründe, die aus Sicht der Einrichtungen mit Zahnarztpraxen und der Herangehensweise von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Verbindung zu bringen sind. Die

dritte Gruppe bilden Gründe, die als eher systembedingt anzusehen sind und nicht unmittelbar mit dem Zustand von Bewohnern zu erklären oder inadäquatem Vorgehen durch Zahnarztpraxen anzulasten sind (Tab. 3).

Patientenbezogene Hindernisse überwiegen deutlich mit 64% der Nennungen, gefolgt von „systembedingten“ Gründen mit knapp 23%. Zahnarztbezogene Gründe werden in nur 13% der Nennungen angeführt.

Am häufigsten wurden Kostengründe als Behandlungshindernis angegeben, wobei sowohl Kosten der eigentlichen Behandlung - vor allem Zahnprothetik - als auch Kosten für Patiententransporte zu zahnärztlichen Praxen genannt wurden.

Demenz und Immobilität sind vor allem von Altenpflegeeinrichtungen genannte personenbezogene Hindernisse, Immobilität wird jedoch auch von Einrichtungen für Behinderte genannt. Ablehnung von Behandlung wegen fehlender Einsicht in die Notwendigkeit oder wegen fehlender Beschwerden kommt in beiden Einrichtungstypen vor, Ängste spielen vor allem in Einrichtungen für Behinderte eine Rolle.

Die Bemerkung einer Altenpflegeeinrichtung, „der Zahnarzt könne doch nur schauen“ zeigt eine resignative Haltung, die auch bei manchen anderen Hinderungsgründen mitschwingt.

Bei den zahnarzt- oder praxisbezogenen Hindernissen werden Aspekte der Barrierefreiheit der Praxis genannt, fehlende technische Hilfen zum Patiententransfer, fehlende Möglichkeiten zur Behandlung unter Narkose, aber auch fehlende Akzeptanz geistig behinderter oder psychisch sehr auffälliger Patienten. Die Ablehnung von Behandlung bezieht sich laut Auskunft der Einrichtungen überwiegend auf hohen zeitlichen Aufwand und auf abgelehnte „Hausbesuche“ in Einrichtungen.

Veränderungswünsche und Verbesserungsvorschläge der Einrichtungen

Bei dieser abschließenden Frage war die Zahl der möglichen Stichworte nicht vorgegeben. Die Fragebögen enthalten 100 Angaben aus 59 Einrichtungen. Geantwortet haben auch hier zahlreiche Einrichtungen, die ihre zahnärztliche Betreuung für angemessen und bedarfsgerecht halten (Tab. 4).

12 Einrichtungen haben explizit mitgeteilt, dass sie sich zahnärztlich gut versorgt fühlen und keine Wünsche offen bleiben.

Als häufigster Wunsch werden Besuche in den Einrichtungen genannt (26%). Der Wunsch nach mehr und häufigeren Besuchen wird auch von 8 Einrichtungen geäußert, die sich als zahnärztlich gut versorgt erklären.

Das verbindet sich mit dem Wunsch nach Erstberatung und Erhebung des Zahnstatus von Bewohnern (9%).

Auch die Anregung nach mehr Einsatz mobiler Geräte in Einrichtungen und das Interesse an Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der

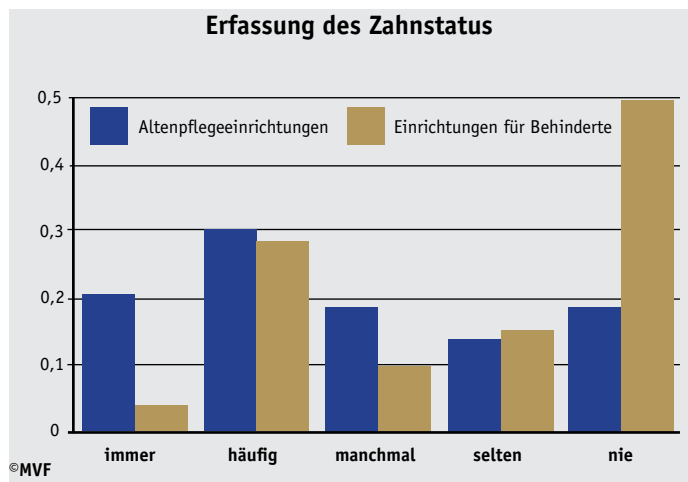


Abb. 4: Erfassung des Zahnstatus bei Aufnahme nach Einrichtungstyp (relative Häufigkeit der Nennungen, N = 76).

Einrichtungen ergänzen im Grunde die Kategorie „Hausbesuch“.

Auf die Bedürfnisse einer speziellen Bewohnerschaft zielen die Wünsche nach mehr Empathie, Geduld und Verständnis und die Anregung zu Fortbildungen für Zahnärzte zu Behinderungsarten und psychiatrischen Krankheitsbildern (zusammen 15%).

Der Wunsch nach rollstuhl- und behindertengerechten Praxen und nach Behandlungsmöglichkeiten unter Narkose (zusammen 10%) passt zu den entsprechenden Gründen für Nichtbehandlung.

Unter den weiteren Vorschlägen finden sich beispielsweise Wünsche an die Adresse der Kostenträger, Wünsche nach mehr Engagement von Angehörigen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, nach flexiblen Terminen in Zahnarztpraxen und mehr Zeit in den Praxen. Etwas außergewöhnlich, aber durchaus plausibel ist der Wunsch eines Altenpflegeheims nach einem Behandlungsstuhl „als Spende oder Geschenk“.

Ergebnisse der Befragung der KZV im Land Bremen zur zahnärztlichen aufsuchenden Betreuung in Bremer Alten- und Behinderteneinrichtungen

Bereits in der Vergangenheit gab es von der Zahnärztekammer Bremen und von der KZV im Land Bremen initiierte Versuche, die zahnärztliche „aufsuchende Betreuung“ von Bewohnern in Alten- und Behinderten-Pflegeeinrichtungen in Bremen zu organisieren. Dies geschah unter der Prämisse, dass an dieser Stelle Defizite bestehen. Eine entsprechende, allerdings nicht repräsentative Untersuchung aus dem Jahr (Klasen, Hilbert, 2007) lag für Bremen vor.

Nicht nur das angenommene Vorliegen eines Versorgungsdefizits in die-

Bedarf	Häufigkeit	Anteil
Anpassung von Prothesen	25	22,9%
Prof. Reinigung von Gebiss und/ oder Prothesen	25	22,9%
Entfernung von kariösen Zähnen	24	22,0%
Anfertigung neuer Prothesen	15	13,8%
Behandlung kariöser Zähne	8	7,3%
Kontrollen, Prophylaxe	6	5,5%
andere Behandlungsmaßnahmen	4	3,7%
Aufklärung und Beratung	2	1,8%
Gesamt	109	100%

Tab. 2: Behandlungsbedarf aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der befragten Einrichtungen (N = 109 Nennungen aus 44 Einrichtungen).

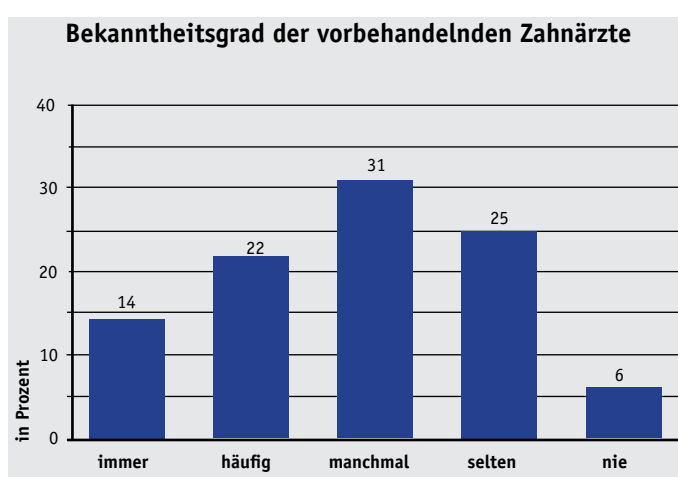


Abb. 5: Bekanntheitsgrad der vorbehandelnden Zahnärzte bei Aufnahme in die Einrichtung (beide Einrichtungstypen, N = 76).

sem Bereich, sondern auch die Tatsache, dass der demografische Wandel eine solche Situation zukünftig noch weiter verstärken wird, macht ein Handeln auch aus zahnärztlicher Sicht notwendig.

Ein neuer Versuch, zunächst die bestehende Situation zu analysieren und dann für ein „Modell Bremen“ die Weichen zu stellen, wurde zusammen mit dem Gesundheitsamt Bremen seit Herbst 2011 unternommen. Hierzu wurden zunächst die Einrichtungen durch das Gesundheitsamt und die zahnärztlichen Praxen durch die KZV in einer Fragebogenaktion zu diesem Thema befragt.

Gründe	Häufigkeit	Anteil
1. bewohnerbezogene Gründe		
Demenz	25	19,1%
Behandlung nicht gewünscht, keine Einsicht in Behandlungsnotwendigkeit	17	13,0%
Immobilität	16	12,2%
Angst vor dem Zahnarzt und der Behandlung	13	9,9%
Ablehnung einer Zahnprothese	4	3,1%
Risiken von Nichtbehandlung vom Bewohner oder Angehörigen nicht erkannt	2	1,5%
andere bewohnerbezogene Gründe (z.B. keine Schmerzen, schwere psychiatrische Krankheitsbilder, schlechter Allgemeinzustand)	7	5,3%
Gesamt	84	66,1%
2. „systembedingte“ Gründe		
hohe Kosten befürchtet	29	22,1%
Risiko von Nichtbehandlung vom Pflegepersonal nicht erkannt	1	0,8%
Gesamt	30	22,9%
3. zahnarztbezogene oder praxisbezogene Gründe		
„Hausbesuch“ oder Behandlung abgelehnt	6	4,6%
Praxen nicht barrierefrei, Patiententransfer nicht möglich	6	4,6%
andere Behandlungshindernisse (z.B. Vollnarkose nicht möglich)	5	3,8%
Gesamt	17	13,0%
Alle	131	100%

Tab. 3: Gründe für Nichtbehandlung (N = 131 Angaben aus 58 Einrichtungen).

Der Fragebogen der KZV wurde an 309 Zahnarztpraxen in Bremen versandt, der Rücklauf betrug 86 (= 27,8 %). Nachgefragt wurden im Fragebogen die Aktivitäten, die die jeweiligen Praxen in Alten- und Behinderteneinrichtungen bisher unternommen haben. Es ist dabei davon auszugehen, dass nur jene Praxen geantwortet haben, die tatsächlich in nennenswertem Umfang bereits in der Vergangenheit zahnärztliche Leistungen in den entsprechenden Einrichtungen erbracht hatten.

Von den Rückmeldern (86) erklärten sich in unserem Fragebogen 57 bereit, zukünftig (und weiterhin) in Alten- und Behinderteneinrichtungen eine aufsuchende Betreuung anzubieten, 42 bekundeten ihre Bereitschaft, darüber hinaus auch am Aufbau einer flächendeckenden Betreuung organisatorisch mitzuwirken.

Die bisher von den Praxen durchgeführten Leistungen entsprechen einem eingeschränkten Leistungskatalog, beinhalten in den meisten Fällen jedoch Leistungen aus dem Leistungsbereich Prothetik.

Nur in 5 Fällen finden die behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte in den betreuten Einrichtungen einen „Behandlungsraum“ vor, also einen Raum, in dem separat Behandlungen durchgeführt werden können – was jedoch nicht heißt, dass in diesem Raum eine zahnärztliche Behandlungseinheit vorhanden ist.

31 Praxen besuchen eine Einrichtung oder einzelne Bewohner in regelmäßigen Abständen, bei 46 Praxen erfolgt der Besuch in Begleitung einer Zahnmedizinischen Fachangestellten/Zahnarthelferin.

In allen Fällen wurden von den zahnärztlichen Behandlern in der Einrichtung bereits Schulungen für das Pflegepersonal durchgeführt.

Der zeitliche Aufwand für alle 59 Praxen, die bereits Leistungen in den genannten Einrichtungen erbringen, wird mit 263 Stunden pro Monat (Summe aller Praxen) angegeben, die Zahl der betreuten Patienten mit 335 pro Monat (Summe aller Praxen) angegeben.

Anregungen, Vorschläge, Wünsche und Kommentare der Einrichtungen		
Bedarf	Häufigkeit	Anteil
regelmäßige „Hausbesuche“ durch Zahnärzte	26	26%
mehr Empathie, Zeit, Geduld und Verständnis in den Praxen für bestimmte Bewohnerkreise	9	9%
Beratung von Bewohnern und (Erst)Erhebung des Zahnstatus	9	9%
Einsatz mobiler Geräte in der Einrichtung	8	8%
rollstuhl- und behindertengerechte Praxen mit technisch adäquater Ausstattung	8	8%
mehr und schnellere Kostenübernahmen durch Krankenkassen (Patiententransport, Reinigung, Behandlung)	6	6%
Fortbildung für Zahnärzte über spezielle Behinderungsarten / psychiatrische Krankheitsbilder	6	6%
Fortbildung und Beratung für Mitarbeiter der Einrichtung	4	4%
mehr Behandlungen unter Vollnarkose	2	2%
andere Vorschläge	10	10%
keine Wünsche offen, Einrichtung zahnärztlich gut versorgt	12	12%
Alle	100	100%

Tab. 4: Anregungen, Vorschläge, Wünsche und Kommentare der Einrichtungen (N = 100 Nennungen aus 59 Einrichtungen).

Die Frage nach dem als angemessen erachteten Faktor für eine Mehrbeanspruchung bei Abrechnung der geltenden Leistungspositionen wurde von 48 Praxen beantwortet (Tab. 5). Das Ergebnis ist eindeutig.

Festzuhalten ist, dass von einem Teil der Bremer Zahnarztpraxen bereits heute für Bremer Alten- und Behinderteneinrichtungen zahnärztliche Leistungen in der aufsuchenden Betreuung erbracht werden, obwohl die Vergütung durchgängig als unzureichend eingeschätzt wird.

Der Nutzen eines organisierten Betreuungskonzepts für Patienten liegt in dem relativ geringen Aufwand für prophylaktische Leistungen, die aber - wie in der Zahnheilkunde häufig - einen hohen Nutzeffekt erreichen.

Besondere Bedeutung hat für den genannten Personenkreis die Betreuung im Leistungsbereich „Zahnersatz“. Mit großem Aufwand werden Versicherte prothetisch versorgt, dabei können sie auch aufwändigere Versorgung wählen, und das manchmal unter erheblichem Einsatz finanzieller Mittel. Die hochwertigen Versorgung bedürfen aber einer ständigen Kontrolle und Betreuung, um eine angestrebte nachhaltige Funktionalität zu erreichen. Sehr häufig gehen mit dem Eintritt in eine Pflegeeinrichtung die notwendigen Informationen (Art der Versorgung, Pflege der vorhandenen Versorgung, „Handling“ der vorhandenen Versorgung, Kontrollbedarf der vorhandenen Versorgung) mit dem Verlust des bisher gewohnten „Hauszahnarzt“- Kontaktes verloren. Die Pflegekräfte in den Einrichtungen sind häufig nicht geschult im Umgang mit den teilweise diffizilen zahnprothetischen Werkstücken. Unterbleibt die für diese Versorgung notwendige Betreuung, geht häufig die Funktionalität verloren, die Versorgung wird vorzeitig unbrauchbar und eine Neuversorgung scheitert dann oft an fehlender Kooperationsfähigkeit des Patienten, an der Finanzierbarkeit oder an der Einsicht für eine Neuversorgung. Es bleibt nur mehr der „Griff zum Pürrierstab“, der im Übrigen auch für die Pflegeeinrichtung manchmal der bequemste Weg zu sein scheint: Nur die Küche muss - polemisch formuliert - über die neue Darreichungsform des Essens unterrichtet werden.

Über den Zusammenhang zwischen Mundgesundheitszustand und Ernährungsverhalten besteht sicherlich Konsens, über die Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und allgemeiner Gesundheit (Pneumonie-Risiko, Parodontitis erhöht das Risiko von Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes/bakterielle Infektionen erzeugen Insulin-Resistenz, erhöhtes Alzheimer-Risiko/Demenz) wird derzeit ausgiebig berichtet. Das Risiko verdoppelt sich mindestens bei mäßiger bis schwerer Parodontitis, umgekehrt erhöhen altersassoziierte Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 aber auch das Risiko für eine Parodontitis mit weiteren negativen Auswirkungen auf die Grunderkrankung.

Eine dem Aufwand angemessene Vergütung ist für diesen Versorgungsbereich zur Zeit nicht vorgesehen. Von den Kostenträgern wird aber immer wieder behauptet, die Leistungen für Besuche in Pflegeeinrichtungen seien bereits in der Gesamtvergütung berücksichtigt und enthalten. Dennoch werden Leistungen - wie die Befragung ausweist - in nicht unerheblichem

Für die Abrechnung als angemessen angesehener Faktor	
Einschätzung	Anteil
Faktor 0 = Kassenleistung	0
Faktor 3-4-fach	39
Faktor 4-5-fach	6
Faktor mehr als 5-fach	3
N	48

Tab. 5: Abrechnung als angemessen angesehener Faktor.

Umfang erbracht - aber dabei steht der Gedanke des Gemeinwohlinteresses im Vordergrund. Es bleiben die besonderen Schwierigkeiten bei der Versorgung dieses Personenkreises unbeachtet: höherer Zeitaufwand, deutlich höherer Personalaufwand und besondere Planungsgrundsätze, die nicht immer mit den Vorgaben der GKV vereinbar sind. Finanzierungsprobleme und Probleme mit dem Genehmigungsverfahren bedeuten einen administrativen Mehraufwand in den Praxen. Die Finanzierung von Prophylaxemaßnahmen bei Erwachsenen ist nicht gesichert.

Diskussion und Bewertung der Ergebnisse

Die Befragung der Einrichtungen vermittelt nicht den Eindruck einer generell und flächendeckend defizitären zahnärztlichen Betreuung von Altenpflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte. Allerdings werden Ansatzpunkte für Verbesserungen deutlich, die für die Einrichtungstypen unterschiedlich ausfallen.

Zunächst überrascht der im Vergleich zu Einrichtungen für Behinderte doch recht hohe Grad an Zufriedenheit mit der zahnärztlichen Betreuung in Altenpflegeheimen. Das ist sicher nicht gleichbedeutend mit optimaler zahnärztlicher Versorgung aller Bewohnerinnen und Bewohner. Die Textantworten zu aktuellen Behandlungsbedarfen und Hinderungsgründen machen das Spannungsfeld deutlich zwischen dem eigentlich Erforderlichen und Wünschenswerten und den realen Möglichkeiten zahnärztlicher Versorgung bei schwer- und schwerstpflegebedürftigen Bewohnern, besonders wenn Demenz und/ oder Immobilität hinzukommen.

Der im Gegensatz zur Untersuchung in zwei Einrichtungen im Jahr 2006 (8) jetzt beschriebene Behandlungsbedarf bei nur 4,4% der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, ist kein Widerspruch zum damaligen Ergebnis von 30%. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen haben jetzt den Behandlungsbedarf aus ihrer pflegerischen Sicht geschätzt, während es sich 2006 um eine fachzahnärztliche Befunderhebung handelte, die logischerweise zu einer schärferen Sicht auf die Defizite führte.

Das zweite überraschende Ergebnis ist der mit 78,9% hohe Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen für Behinderte mit mindestens einmal jährlichem Zahnarztkontakt. Das übertrifft sogar den für die deutsche Allgemeinbevölkerung ermittelten Wert der 4. Deutschen Mundgesundheitsstudie, nach der 66,2% der Jugendlichen und 76,1% der Erwachsenen einmal jährlich einen Zahnarztbesuch durchführen (9). Auch dass sich zum Zeitpunkt der Befragung nahezu ein Viertel der Bewohner dieser Einrichtungen in zahnärztlicher Behandlung befanden, spricht sehr dafür, dass es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchaus gelingt, ihre Bewohner an Zahnarztpraxen anzubinden. Das ist kein Widerspruch zum berichteten Behandlungsbedarf, der im Fall einzelner Patienten trotz zahnärztlicher Versorgung höher als realisierbar sein kann.

Aus der Perspektive beider Befragungen ergeben sich folgende konkrete Ansatzpunkte:

- Es sollte zum Standard aller Einrichtungen unabhängig vom Einrichtungstyp gehören, bei Neuaufnahmen von Bewohnern routinemäßig die bislang behandelnde Zahnarztpraxis zu erfragen und zu dokumentieren.
- Die Erhebung des Zahnstatus sollte bei Aufnahme in eine Einrichtung ebenfalls zur Routine gehören und Bestandteil der Gesamteinschätzung der gesundheitlichen Situation und des Pflegebedarfes werden. Diese Empfehlung richtet sich gleichermaßen an Pflegeheime und Einrichtungen für Behinderte. Es geht dabei nicht um eine detaillierte zahnärztliche Befunderhebung, sondern um eine orientierende Inspektion des Mundraumes und des Gebisses. Der Zusammenhang der Mundgesundheit mit der Ernährung von Bewohnern ist erwiesen. Der nationale Exper-

tenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung“ verlangt zu seiner Umsetzung auch die Erfassung aller Umstände, die zu einem Risiko für Mangelernährung werden können, wozu eindeutig der Zahnstatus gehört (10).

- In Pflegeheimen wird das wegen der personellen Ausstattung mit Fachkräften aus Altenpflege und Krankenpflege leichter umsetzbar sein als in Einrichtungen für Behinderte. In einigen dieser Einrichtungen arbeiten jedoch auch Pflegefachkräfte; sie können dieses Ziel verfolgen. Eine weitere Möglichkeit bietet sich an bei der Erstvorstellung in einer Zahnarztpraxis. Aus dem Befund abgeleitete Handlungshinweise und praktische Tipps zur Zahn- und Mundpflege einzelner Bewohner sollten immer direkt an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen vermittelt werden.
- Zu empfehlen ist in allen Einrichtungen der Einsatz der Fortbildungs- und Lern-CD „Gesund im Alter – auch im Mund“ der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (11).
- Hausbesuche in Einrichtungen mit Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit stellen eine weitere Handlungsoption dar, die in gewissem Umfang in Bremen bereits praktiziert wird. Zwar ist eine optimale Lösung aller zahnmedizinischen Probleme damit nicht erreichbar, aber die positiven Berichte und Erfahrungen aus Einrichtungen, in denen mobile Behandlung stattfindet, sprechen eine klare Sprache.

Der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit stößt nicht nur an individuelle Grenzen bei schwerstpflegebedürftigen oder mehrfach behinderten Bewohnern, sondern ist auch eine schwer zu lösende organisatorische Frage für Zahnarztpraxen und für Einrichtungen und abhängig von der Zahl zahnärztlich zu betreuender Bewohner. Nur gelegentliche und vereinzelt Behandlungen in einer Einrichtung sind – gemessen am personellen und technischen Aufwand mobiler Behandlung – nicht effektiv. In großen Einrichtungen im Altenpflegebereich könnte die Bündelung von Terminen in Absprache mit Zahnarztpraxen zu mehr Effektivität bei Hausbesuchen mit mobiler Behandlung führen. Sinnvoll wäre dazu eine verlässliche Kooperation zwischen der Einrichtung und einer Zahnarztpraxis („Heimzahnarzt“). Dafür gibt es auch im Ergebnis der Befragung zu erkennende Beispiele in Bremen. Leider verfügen nicht alle Einrichtungen über für mobile Behandlung geeignete räumliche Voraussetzungen. Die Option des Hausbesuches mit mobiler Behandlung gibt es auch für Einrichtungen für Behinderte, sie ist jedoch aufgrund der in der Befragung erkennbaren spezifischen Bewohnerprobleme schwerer zu realisieren. Zum Beispiel sind Intubationsnarkosen nicht durchführbar, was aber auch für Altenpflegeheime gilt. Im Land Bremen gibt es laut Internetseite der Zahnärztekammer immerhin 23 allgemein-zahnärztliche Praxen und 10 mund- und kieferchirurgische Praxen, in denen die Behandlung Behinderter in Narkose möglich ist. Noch wesentlich mehr Praxen weisen sich selbst als rollstuhl- (105) und behindertengerecht (62) aus (12).

Vermutlich verfügen aber längst nicht alle dieser Praxen über die nötige technische Ausstattung (beispielsweise Patientenlifter), um auch schwerst- und mehrfach behinderte Patientinnen und Patienten adäquat behandeln zu können. Das wäre von Seiten der Zahnärztekammer oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu überprüfen.

.....

8: Klasen und Hilbert, 2007

9: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Kurzfassung, S. 16 – 17, November 2006

10: Deutsches Netzwerk für Qualitätentwicklung in der Pflege (DNQP, Hrsg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück, Selbstverlag, 2009

11: <http://www.dgaz.org/gesund-im-alter.html>

Möglicherweise lassen sich zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und entsprechend ausgestatteten Zahnarztpraxen noch mehr Kooperationen anbahnen.

Ob alle Einrichtungen für Behinderte und ihre Mitarbeiter ausreichend gut informiert sind über Praxisstruktur und technische Ausstattung von zahnärztlichen Praxen in Bremen und die Möglichkeiten und Grenzen zahnmedizinischer Interventionen, muss offenbleiben. Auch umgekehrt stellt sich die Frage, wie gut Zahnärztinnen und Zahnärzte Struktur und Aufgaben der Behindertenhilfe in Bremen kennen. Ein systematischer Informationsfluss zwischen Behindertenhilfe und Zahnärztekammer/KZV, aber auch zu den Altenpflegeeinrichtungen ist in jedem Fall empfehlenswert, um Informationsdefizite und wechselseitige Fehlerwartungen zu minimieren.

Das häufig genannte Problem von Kosten und Kostenübernahme hat mindestens zwei Aspekte.

Zum einen ist nicht von der Hand zu weisen, dass optimale zahnärztliche Versorgung mehr Geld kostet, als viele ältere und pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen oder ihre Angehörigen aufzubringen in der Lage sind. Das betrifft vor allem die zahnprothetische Versorgung. Die vorgesehenen Festzuschüsse für Zahnersatz sind häufig nicht ausreichend, auch wenn nach § 55 (2) SGB V immer doppelte Festzuschüsse gewährt werden würden (13).

Zum anderen ist die von zahnärztlicher Seite häufig beschriebene unzulängliche Vergütung für die sehr zeitintensive und schwierige Betreuung und Behandlung Pflegebedürftiger und behinderter Menschen - sei es in der Praxis oder beim Hausbesuch - eine nachvollziehbar hohe Hürde.

Die aus beiden Aspekten resultierende mögliche Unterversorgung ist also auch ein Systemproblem, über dessen Lösung nicht im Land Bremen entschieden werden kann, das aber auch immer wieder in Gesprächen mit den Kostenträgern nach SGB V thematisiert werden muss.

Die jüngsten gesetzlichen Änderungen in der Neufassung des Versorgungs-Strukturgesetzes (VStG - §87 2i) und im Rahmen des Pflege-neuauausrichtungsgesetzes (PNG - § 87 2j) geben Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Im VStG sind neue Leistungspositionen zur aufsuchenden Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht mehr selbst die Zahnarztpraxis aufsuchen können, eingefügt worden. Diese neuen Leistungen stehen ab 1. April 2013 zur Verfügung. Die Änderungen durch das PNG beziehen sich auf § 87 SGB V, dem ein Absatz 2j hinzugefügt wird und auf § 119 b SGB V. Dort heißt es sinngemäß, dass im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche Leistung für die zahnärztliche Betreuung in Heimen vorzusehen ist (14). Als Voraussetzung hierfür müssen zunächst bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarungen abgewartet werden.

Dr. med. Thomas Hilbert

ist Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene im Gesundheitsamt Bremen. Medizinstudium in Stuttgart und Freiburg, Promotion in Freiburg. Facharzt für Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Seit 1983 im Gesundheitsamt Bremen. Leiter des Sozialmed. Dienstes für Erwachsene und stv. Leiter des Gesundheitsamtes. Kontakt: Thomas.Hilbert@gesundheitsamt.bremen.de



Dr. med. dent. Dirk Mittermeier

ist Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Land Bremen. Nach Studium und Promotion in Hamburg ist er seit 1977 als niedergelassener Zahnarzt in Bremen tätig. Er ist seit 1984 Mitglied des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Land Bremen. Seit 2005 ist er der hauptamtliche Vorsitzende. Kontakt: dmittermeier@kzv-bremen.de



Dental care in nursing homes and in institutions for handicapped people in Bremen in the view of institutions and dentists - result of two surveys

Public Health Office and Association of Sick Fund Dentists in Bremen carried out a two parallel surveys in 2011 to analyze the present provision of dental care in nursing homes and in institutions for handicapped persons. 58% of the residents could be included, 28% of the dentists' practises in Bremen participated in the survey. Views and positions of the institutions and of the dentists were compared. As a result gaps in dental care were identified which were different between nursing homes and institutions for handicapped people. Some options for the improvement of the present situation are presented.

Keywords

dental care, nursing homes, institutions for handicapped people

Autorenerklärung

Dr. Thomas Hilbert ist Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene im Gesundheitsamt Bremen. Dr. Dirk Mittermeier ist Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen. Beide haben diesen Beitrag im Februar 2013 verfasst. Die Daten wurden mit Unterstützung von Frau Felicitas Jung, MPH, Gesundheitsamt Bremen ausgewertet. Finanzielle Unterstützung war nicht erforderlich, Interessenkonflikte bestehen nicht.

Damit ist im Grundsatz ein erster Schritt zu einer verbesserten zahnmedizinischen Betreuung dieser Versicherten gegangen worden.

Bei unseren Betrachtungen bleibt unbeachtet, dass der tatsächliche Bedarf an zahnmedizinischer Betreuung Pflegebedürftiger weitaus größer wäre, würde der Anteil an Versicherten, die daheim durch ambulante Pflegedienste oder durch Angehörige gepflegt werden, mit berücksichtigt. Nach der Pflegestatistik 2011 leben 30% (6.806) der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen, 70% (15.915) der Pflegebedürftigen leben in der eigenen Wohnung, von denen 39% (6.222) durch Pflegedienste betreut werden (15). Die zahnmedizinische prophylaktische und therapeutische Versorgung aller Pflegebedürftigen stellt eine besondere Herausforderung für die Zukunft dar. <<

-
- 12: <http://www.zaek-hb.de/de/praxis-suchen.html>
 13: www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0505500, siehe auch Festzuschussrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Allgemeiner Teil, Abs. 4 (www.g-ba.de/downloads/62-492-575/FZ-RL_2011-11-24.pdf)
 14: Bundesgesetzblatt 2012, Teil I, Nr. 51 (29.10.2012), S. 2260
 15: Statistisches Landesamt Bremen, Statistisches Jahrbuch 2012, S. 228 - 236

innohep®

die ein-malige Thrombose-therapie



Die abgebildete Person ist ein Modell.

Besonders geeignet für Ihre niereninsuffizienten Patienten

- Wirksam bei 1x täglicher Gabe – auch in der Therapie
- Keine Wirkstoff-Kumulation, keine Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz¹
- Gleiches Dosierschema für alle Patienten
- Zugelassen zur Therapie der Lungenembolie

¹ keine Dosisreduktion bei Patienten mit einer Kreatinin-Clearance ≥ 20 ml/min

innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Fertigspritzen Inj.lsg., **innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Durchstechfl. Inj.lsg. (Therapie)**

Wirkstoff: Tinzaparin-Natrium

Zus.: 1 ml Inj.lsg. enth.: Tinzaparin-Natrium 20.000 Anti-Xa I.E.. Sonst. Bestandt.: Natriummetabisulfid, Natriumhydroxid, Wasser f. Inj.zwecke. **-Durchstechfl.** zusätzl.: Benzylalkohol. **Anwend.:** Behandl. v. Venenthromb. u. thromboemb. Erkr. einschl. tiefer Venenthromb. u. Lungenemb. **Gegenanz.:** Überempf. ggü. Tinzaparin/Heparin, sonst. Bestandt., akt. od. bek. Abnahme d. Blutplättchenzahl, unkontroll. schw. arter. Bluthochdr., infek. Entzünd. d. Herzinnenhaut, Blutung/Blutungsneig. (auf ganz. Körp. bezog. od. örtl. begr.), stark beeinträcht. Leber-/Bauchspeicheldr.funkt., Magen-/Darmgeschw., OP a. Gehirn, Rückenmark, Augen, Lumbalpunktion, Spinal-/Epiduralanästh., Schlaganfall aufgr. v. Hirnblut. od. cerebr. Aneurysmen, Netzhauterkr., Glaskörperblut., droh. Frühgeburt, i.m.-/ i.v.-Injektion. **Vorsicht b.:** älteren Pat., bösart. Tumor, m. Blutungsneig., Nieren-/Harnleiterstein., gleichz. Behandl. mit Ser.-Kaliumsp. erh. Med. od. d. Blutgerinnung beeinfluss. Arzneim., z.B. ASS, Asthma od. Empfindl. ggü. Sulfiten (k. Anw. wg. Natriummetabisulfidgeh.). **Schwangersch.:** Behandl. durch entspr. erfähr. Arzt. Kontraindiziert: Schwangere m. künstl. Herzklappen, droh. Frühgeburt, Epiduralanästh.. **Stillz.:** Vorsicht: Nur begr. Erfahrung. **-Durchstechfl.** zusätzl.: Keine Anw. wg. Benzylalk. b. Neugeb. **Nebenw.:** Häufig: Blutungen (Haut, Schleimhäute, Wunden, Magen-Darm-/Urogenitaltr.), Blutergüsse, Schmerzempfinden an Inj.stelle, Erh. Ser.-Kaliumkonz. u. Leber-/Blutfettwerte. **Gelegentl.:** Abfall d. Thrombozytenzahl. **Selten:** Hautschäd., plötzlich auftret. allerg. Reakt. (anaphylakt. Reakt., anaphylakt. Schock), allerg. Reakt., vorübergeh. Haarausfall. **Schwerwiegende Nebenwirkungen:** Blutungen i. Gehirn, Bauchfell, aus d. Gebärmutter, Schwellung v. Zunge, Lippen, Gesicht. **Schwere Hautreakt./-schäd., Priapismus. Sehr selten:** Aldosteronmangel, insb. b. Pat. mit Nierenfunktionsstör./Diabetes mellitus. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup. Örtl. Vertreter: LEO Pharma GmbH, Frankfurter Straße 233, A3, D-63263 Neu-Isenburg, Telefon: 06102/201-0, Telefax: 06102/201-200, www.leo-pharma.de.

innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Fertigspritzen Inj.lsg.: Packungen mit 6, 10, 30 (Bündelpackung 5 x 6) Fertigspritzen zu 0,5 ml (10.000 Anti-Xa I.E.), 0,7 ml (14.000 Anti-Xa I.E.), 0,9 ml (18.000 Anti-Xa I.E.). AP: 10 Fertigspritzen zu 0,5 ml/0,7 ml/0,9 ml.

innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Durchstechflaschen Inj.lsg.: 1, 10 Durchstechflaschen zu 2 ml (N1). AP: 10 Durchstechflaschen zu 2 ml.

Stand: Januar 2012

