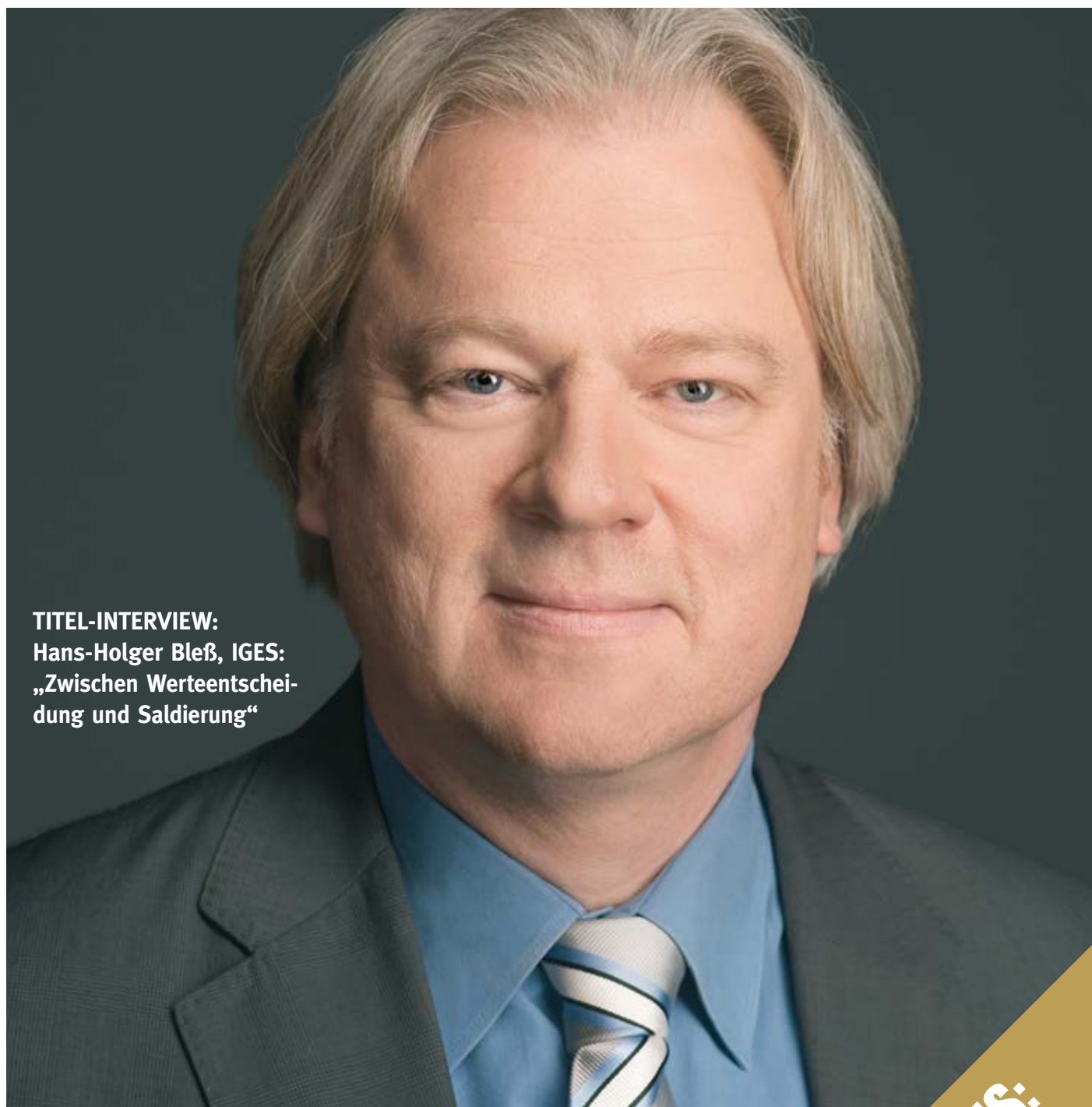


VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Hans-Holger Bleß, IGES:
„Zwischen Werteentscheidung und Saldierung“

„Bewertung komplexer Innovationen“ (Nagels)

„Wenn Patienten Überweisungen fordern“ (Moßhammer)

„Was wollen Patienten?“ (Harms)

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

05/14 7. Jahrgang

Editorial

Patienten im Mittelpunkt?

4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Zwischen Werteentscheidung und Saldierung“

6

Titelinterview mit Hans-Holger Bleß (IGES) und Dr. Thomas Müller (G-BA)

Redaktion

Conjoint Analysis ist „prinzipiell geeignet“

16

Aggregierte Endpunkte für das Effizienzgrenzen-Konzept

„Verbundversorgung feiert 10-jähriges Jubiläum“

24

Ambulantes Operieren in Berlin-Brandenburg

„Enge Kooperation erforderlich“

28

Computertechnische Unterstützung und Logistik des Medikationsmanagements

Zahlen - Daten - Fakten

Zahlen und Fakten zum GKV-Arzneimittelmarkt

14

Standards

Impressum 2

News 18, 21, 23

Rezension 30

Kommentar 20, 22

WISSENSCHAFT

Mia Reinwald / Dr. Frank Wartenberg

Apps für Patienten – neue Wege in der Versorgung

35

Das mobile Zeitalter hat in den Gesundheitsbereich Einzug gehalten. Mehr als 16.000 Apps für Patienten sind allein im iTunes Store in den USA verfügbar. Ein Großteil dieser Apps dient der Information der Patienten und ist auf Prävention und gesunde Lebensführung ausgerichtet. Die Downloadzahlen zeigen allerdings, dass nur wenige der vorhandenen Apps tatsächlich häufig genutzt werden. Patienten fällt es im unübersichtlichen Markt schwer, nützliche und funktionale Apps zu finden, besonders wenn deren Funktion über den Lifestylebereich hinaus medizinisch relevante Felder betrifft. Hinzu kommt, dass gerade ältere Personen, die von Gesundheitsapps profitieren könnten, mit Mobilgeräten wenig vertraut sind. Doch der Markt entwickelt sich schnell. So gibt es bereits Portale, die die fachliche Bewertung von Gesundheitsapps erlauben. Zudem werden erste Schritte in Richtung einer teilweisen Regulierung des Marktes unternommen.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 31 - 34 sowie die Beilage von spectrumK

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Dr. Fred Harms / Prof. Dr. Dorothee Gänshirt
Peter Stegmaier

39

Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen: Was wollen Patienten?

Die Kommunikation mit chronisch kranken Menschen erfordert eine hohe Kommunikationsfähigkeit. Kommunikation kann nicht bedeuten, halbherzig auf potentielle – und häufig marginale – Vorteile eines Medikamentes hinzuweisen in der Hoffnung, dass der Patient freudig zugreift. Vielmehr sollten intelligente Kommunikationskonzepte integrierte therapeutische Lösungen darstellen. Patienten beim Selbstmanagement der Erkrankung zu helfen, bedeutet, ihnen Informationen zukommen zu lassen, die empathisch sind und auf die wirklichen alltäglichen Probleme eingehen. Neben dem Arzt und Apotheker ist der chronisch kranke Patient selbst die Person, die den größten Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Ein Großteil der Patienten hat dies bereits erkannt und fordert daher das gleiche Mitspracherecht bei therapeutischen Entscheidungen wie ihre Ärzte und Apotheker.

Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH

46

Dr. biol. hum. Dagmar Gröber-Grätz, MPH

Wenn Patienten Überweisungen fordern – eine Analyse von Einzelinterviews mit Hausärzten

Der Wunsch oder die Forderung einer Überweisung kommt häufig vor und finde häufig vor dem Behandlungszimmer statt. Es wurden verschiedene Gründe von Forderungen einer Überweisung identifiziert (z. B. aufgrund der Präferenz von oder Forderung durch Spezialisten). Außerdem konnte der Umgang der Hausärzte mit dem Wunsch oder Forderung einer Überweisung mit zahlreichen Verhaltensweisen attribuiert werden (z. B. Verweigerung, Hinterfragung, Ausstellung bei Insistieren des Patienten oder aus juristischen oder zeitlichen Gründen). Überweisungen auf Wunsch oder Forderung können vom Patienten initiiert oder vom Arzt (mit-)initiiert sein. Sie finden im oder vor dem Behandlungszimmer statt. Die Abgrenzung zu Überweisungen im Rahmen von indizierten Kontrolluntersuchungen erscheint schwierig. Die meisten der hier präsentierten Aussagen von Hausärzten beziehen sich vermutlich auf Patienten aus der Sprechstunde. Ob sich diese Aussagen unterscheiden von Aussagen über Patienten, die Überweisungen vor dem Behandlungszimmer wünschen (und sie dort erhalten), bleibt somit offen.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH

51

Dr. Ursula Kramer, MBA

Krankenkassen-Apps: Hintergründe, Status quo und Herausforderungen

Die Marktdurchdringung von Smartphones und damit Gesundheits-Apps auch bei älteren Nutzern steigt stetig. Eine Bestandsaufnahme derzeit existierender Krankenkassen-Apps zeigte, dass der Fokus derzeit auf universell ausgerichtete, primärpräventive Apps gelegt wird. Apps zur Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten mit spezifischen chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma) liegen nicht vor. Damit ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass es auch hier zu einem „healthy user effect“ kommt, da ohnehin gesundheitsbewusste und tendenziell eher einkommensstarke Bevölkerungsschichten einen Nutzen ziehen und präventive Rationalisierungspotenziale unzureichend ausgeschöpft werden.

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

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

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

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

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

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

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind 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 unaufgeführten

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

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IWW),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.585
(IWW 2. Quartal 2014)



Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen



Dr. Christopher Hermann
AOK Baden-Württemberg, Stuttgart



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH
Universitätsmedizin Greifswald



Franz Knieps
BKK Dachverband, Berlin



Roland Lederer
INSIGHT Health Management GmbH,
Waldems-Esch



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzteschaft, Berlin



Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher
Hochschule Neubrandenburg



Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund
A. M. Neugebauer
IFOM, Private Universität
Witten/Herdecke



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
DAK Gesundheit, Hamburg



Prof. Dr. Matthias Schrappe
Köln



Prof. Dr. Stephanie Stock
Universität zu Köln



Dr. Thomas Trümper
PHAGRO, Frankfurt



Bitte entnehmen Sie die Kontaktdaten der Beiräte dem MVF-Portal. Die Redaktion leitet Anfragen gerne an die Beiräte weiter.

Praxisbeirat

vertreten durch



Nordost

Harald Moehlmann



arvato
BERTELSMANN

Dr. Jens Härtel



Ihrer Gesundheit zuliebe
Deutsche BKK

Gerhard Stein



Boehringer
Ingelheim

Dr. Marco Penske



DocMorris
Meine neue Apotheke

Prof. Dr. Christian
Franken



FRESENIUS
KABI

Frank Lucaßen



IGES

Prof. Dr. Bertram
Häussler



KVB

Stephan Spring



Lilly

Dr. Thomas M.
Zimmermann



NOVARTIS

Dr. Andreas Kress



MedicalContact AG

Prof. Dr. Stephan
Burger



OptiMedis AG

Helmut
Hildebrandt



Pfizer

Ralph Lägel



SANOFI

Prof. Dr. med. W.
Dieter Paar



Vivantes

Prof. Dr. Dr. Alfred
Holzgreve





**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Patienten im Mittelpunkt?

MVF-Titelinterview mit **Hans-Holger Bleß**, Bereichsleiter Versorgungsforschung im IGES-Institut, und **Dr. Thomas Müller**, Abteilungsleiter Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses. > S. 6 ff.

Ein grundsätzliches, schwieriges Problem: Um Arzneimittel und Therapien zu bewerten und zu vergleichen, muss man „Ergebnisse mit unterschiedlichen Effektrichtungen und in unterschiedlichen Kategorien wie Überleben, Morbidität, Lebensqualität und unerwünschter Wirkungen zu einem Gesamtergebnis zusammenführen.“ Solche Entscheidungen muss der Patient mit seinem Arzt treffen. Auf Systemebene kann man dazu Befragungsansätze wie die Conjoint Analyse und den Analytic Hierarchy Process heranziehen. Das IQWiG hält die Conjoint Analyse dafür prinzipiell für geeignet. Dazu Müller: Es kann „keinen Algorithmus geben, weder im Sinne einer Rechenmethodik noch einer empirischen Befragung“. Der G-BA trifft hier eine Werteentscheidung auf der Grundlage der Evidenz und der Stellungnahmen. „Diese individuellen Werteentscheidungen können nicht einer Mehrheit folgen.“ Dagegen Bleß: Diese Entscheidungen trifft ein Gremium von Leuten, „die von der Erkrankung nicht direkt betroffen sind und die Patienten nicht repräsentieren.“ „Die im Verfahren so hochgehaltene Patientenrelevanz wird durchgehend paternalistisch entschieden, anstatt den Patienten einzubeziehen und zu befragen.“ Das ist der Einstieg in ein hochinteressantes und tiefgehendes Gespräch zur Arbeit des G-BA und zur Weiterentwicklung des AMNOG.

Zum Ergebnis des Pilotprojektes des IQWiG zur Erprobung von Conjoint Analyse (**Prof. Axel Mühlbacher**) und Analytic Hierarchy Process (**Prof. Maarten IJzerman**) unser Report. > S. 16 ff.

Zu den Erfahrungen nach fast vier Jahren AMNOG und zu dessen Weiterentwicklung auch die Kommentare von **Dr. Christian Rybak** und **Prof. Dr. Klaus Nagels**. > S. 20,22

Wissenschaftliche Beiträge

Reinwald und **Wartenberg** untersuchen die wachsende Anzahl von Apps für Patienten im US-Markt und übertragen zentrale Ergebnisse auf Deutschland. Der Markt für Patienten-Apps ist zurzeit sehr intransparent und schwach reguliert. Es gibt allerdings für Gesundheitsapps, die über den Lifestylebereich hinaus medizinisch relevant sind, Anfänge einer Regulierung und erste Nutzenbewertungen, um eventuell Kostenerstattungen durch Krankenkassen zu erreichen. > S. 35 ff.

Harms, Gänshirt und **Stegmaier** betrachten die Kommunikation mit chronisch kranken Menschen mit dem Ziel, das Selbstmanagement der Patienten zu unterstützen. Kommunikationskonzepte sollten expliziter Bestandteil therapeutischer Entscheidungen und Lösungen sein. Aktive Patienten fordern ein stärkeres Mitspracherecht in den Institutionen des Gesundheitswesens. > S. 39 ff.

Moßhammer und **Gröber-Grätz** untersuchen die von Patienten häufig geäußerten Wünsche bzw. Forderungen an Hausärzte, Überweisungen zu erhalten, und wie Hausärzte damit umgehen. > S. 46 ff.

Scherenberg und **Kramer** präsentieren eine Bestandsaufnahme von Krankenkassen-Apps. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um universell ausgerichtete, primärpräventive Anwendungen. Apps zur Unterstützung des Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Asthma fehlen noch. > S. 51 ff.

Ich wünsche Ihnen schöne Herbstmonate und, wie immer, interessante Lektüre.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

*QR-Code und Link: **KongressSpecial 1/2014 „Innovation 2014“**



*http://www.monitor-versorgungsforschung.de/kongresse/spezial/kongress-special_1_2014

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™

Titelinterview mit Hans-Holger Bleß (IGES) und Dr. Thomas Müller (G-BA)

„Zwischen Werteentscheidung und Saldierung“

Dr. Thomas Müller, Leiter der Abteilung Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses, hat Pharmazie und Medizin in Berlin studiert und war zuletzt als Direktor der Zentralapotheke und Leiter der Medizinischen Beschaffung des Universitätsklinikums Rostock AÖR auch zuständig für den Einkauf von Arzneimitteln. Müller, der beim Bundesausschuss verantwortlich ist für die interne Vorbereitung aller Arzneimittelbewertungen, kennt Hans-Holger Bleß, beim IGES-Institut zwar eigentlich Bereichsleiter Versorgungsforschung, doch uneigentlich mit sehr vielen Arzneimitteldossiers direkt oder indirekt befasst ist, sehr gut: In ihrer Arbeit treffen die Beiden regelmäßig aufeinander, doch mit recht unterschiedlichen Ansichten rund um das AMNOG-Geschehen, wie im Doppelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ recht deutlich wird.

>> Vor rund zweieinhalb Jahren hat das IQWiG ein zweiarmliges Pilotprojekt gestartet: Zwei Teams sollten die Einsatzmöglichkeiten zweier ökonomischer Modelle – einerseits den Analytic Hierarchy Process (AHP), andererseits die Conjoint Analysis (CA) – in zwei verschiedenen Indikationen analysieren. Vor rund einem Jahr wurde durch das IQWiG das Arbeitspapier zur AHP von Prof. Jizerman, Universität Twente, vor wenigen Wochen nun das von Prof. Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg, zur CA veröffentlicht. Bei der Veröffentlichung des CA-Papiers schrieb das IQWiG: „Die Methode der Conjoint Analysis ist prinzipiell geeignet, um herauszufinden, welche Präferenzen Patientinnen und Patienten bei Therapiezielen haben.“ Herr Müller, unter welchen Prämissen können Sie sich vorstellen, dass der G-BA diese beiden oder eines der beiden Modelle anerkennt, um Patientenpräferenzen in den AMNOG-Prozess stärker als bisher berücksichtigen zu können?

Müller: Hierzu muss man wissen, dass das ein methodischer Vorschlag ist, der aus dem Bereich der Kosten-Nutzen-Bewertung kommt, in dem der QALY sowie die Effizienzgrenze die beiden wesentlichen Ansätze sind. In beiden Ansätzen benötigt man ein aggregiertes Nutzenmaß und dazu wiederum eine Methodik, welche die verschiedenen Endpunkte und Effekte von Wirkstoffen und Therapien zusammenführt. Die Conjoint Analysis und der Analytic Hierarchy Process sind Befragungsansätze, aus deren Ergebnissen mit Hilfe von statistischen Methoden ein Gesamtmaß gebildet wird.

Bleß: Ergänzend sollte man aber erwähnen, dass der G-BA im Zuge des AMNOG-Verfahrens die Kosten-Nutzen-Bewertung noch nicht ein einziges Mal praktiziert hat.

Müller: Der Gesetzgeber hat die Kosten-Nutzen-Bewertung ans Ende des AMNOG-Verfahrens gesetzt. Sie kann durchgeführt werden, ist es aber noch nicht, weil weder ein pharmazeutischer Unternehmer noch der GKV-SV eine solche beantragt haben.

Was halten Sie denn nun von der Methodik an sich?

Müller: Ich stehe diesen statistischen Methoden eher skeptisch gegenüber, da jedwede Patientenpräferenz immer eine individuelle Wertentscheidung ist. Wir sollten aufpassen, dass individuelles Krankheitserleben nicht mit statistischen Methoden in eine Art – aus meiner Sicht nicht sachgerechte – Mehrheitsentscheidung überführt wird.

Bleß: Dennoch sind gerade solche Wertentscheidungen verfahrensimmanent, da Ergebnisse mit unterschiedlichen Effektrichtungen und

in unterschiedlichen Kategorien wie Überleben, Morbidität, Lebensqualität und unerwünschte Wirkungen zu einem Gesamtergebnis saldiert werden müssen.

Müller: Im G-BA werden keine abstufenden Wertungen vorgenommen oder gar Hierarchien von Endpunkten gebildet.

Würden Sie ein Beispiel nennen?

Müller: Bei der Beschlussvorbereitung stellen wir Endpunkte nebeneinander, wie es der Gesetzgeber in der Arzneimittelnutzenverordnung gefordert hat. Es kann zum Beispiel durchaus sein, dass bei der einen Erkrankung für den Patienten ein Monat längeres Überleben und bei der anderen dagegen die Vermeidung oder Linderung von Juckreiz entscheidend ist. Das lässt sich nicht gegeneinander aufrechnen.

Das heißt doch im Umkehrschluss, dass es dem G-BA nicht um die Frage geht, ob in einer Erkrankung das Überleben wichtiger ist als die Lebensqualität.

Müller: Nur für den Fall, dass wir erkennen, dass ein Wirkstoff bezogen auf einen Endpunkt positive Effekte und bei einem anderen negative, also gegenläufige Effekte hat, prüft der G-BA, ob das auch im Gesamtergebnis abgebildet werden muss. Der G-BA berücksichtigt dies dann, indem saldiert wird. Die positiven und negativen Effekte insgesamt werden betrachtet und im Gesamtergebnis abschließend bewertet.

Dieses Saldieren hört sich wie eine exakte Wissenschaft an. Doch in Wirklichkeit wird man wohl Äpfel und Birnen „saldieren“.

Müller: Genau aus diesem Grunde kann es keinen Algorithmus geben, weder im Sinne einer Rechenmethodik noch einer empirischen Befragung, die das IQWiG mit diesen beiden Modellversuchen erprobt hat.

Für den G-BA ist und bleibt dieses Procedere auch eine individuelle Werteentscheidung, die auf der Grundlage der Evidenz und der Stellungnahmen getroffen werden muss.

Bleß: Wobei diese individuelle Werteentscheidung ein Gremium von Leuten trifft, die von der Erkrankung nicht direkt betroffen sind und die Patientensicht nicht repräsentieren. Im Gegenzug sind zumindest die entscheidenden Einrichtungen von den Folgen ihrer Entscheidungen betroffen.

Das verstehe einmal einer: Auf der einen Seite hält das IQWiG und auch der G-BA die höchste Evidenzlatte in Form von RCT-Studien hoch und auf der anderen Seite werden sozusagen eminentbasierte Indivi-

„Diese individuelle Werteentscheidung trifft ein Gremium von Leuten, die von der Erkrankung nicht direkt betroffen sind und die Patientensicht nicht repräsentieren.“
Hans-Holger Bleß

dualentscheidungen getroffen. Das ist schon eine arg große Spreizung.

Müller: Das Plenum des G-BA hat die Aufgabe, neue Wirkstoffe auf einer abstrakten Populationsebene zu bewerten, um Preisverhandlungen auf einer Evidenzbasis vorzubereiten. Das muss man abgrenzen von einer individuellen Entscheidung auf Arzt-Patienten-Ebene – diese wird vom G-BA in keiner Weise eingeschränkt. Jeder Patient überlegt sich höchst individuell gemeinsam mit seinem Arzt, welche Therapie für ihn in seiner ganz speziellen Situation infrage kommt.

Bleß: Damit trifft aber der Patient gemeinsam mit dem Arzt lediglich für sich eine Werteentscheidung.

Müller: Genau. Deshalb will ja der G-BA dem Arzt und dem Patienten möglichst gute und entscheidungsrelevante Informationen über alle zu erwartenden Effekte zur Verfügung stellen. Bei einer onkologischen Therapie kann es eine Chance geben, dass ein Patient mit einem speziellen Medikament beispielsweise sieben Monate länger zu leben hat, womit aber auch bestimmte Nebenwirkungen einhergehen. Diese Abwägungs-Entscheidung muss in jeder solchen Therapiesituation vom Arzt und Patienten immer wieder aufs Neue getroffen werden.

Bleß: Das wäre das Ideal. Doch so kommt man nie zu einer Gruppenentscheidung.

Müller: Der Bundesausschuss steht vor der Herausforderung, Produkte zu bewerten, um auf Basis dieser Beschlüsse Preise zu definieren. Fertigarzneimittel in der GKV haben eben nur einen Preis für alle Patienten. Hier sehen wir durchaus die Schwierigkeit, die verschiedenen Effekte zu aggregieren, um zu einem einheitlichen Bewertungsergebnis und darauf aufbauend zu einem einheitlichen Erstattungsbetrag zu kommen. Dieses Bewertungsergebnis ersetzt aber in keinem Fall die individuelle Therapieentscheidung.

Bleß: Aber genau das ist doch der Ansatz des IQWiG mit der Conjoint-Analyse oder dem AHP. Hierin stecken gerade die bislang ungenutzten Möglichkeiten der Präferenzmessung.

Müller: Und der Ansatz des NICE ist eben der QALY. Wir haben in Deutschland noch keinen Algorithmus nach dem NICE-Vorbild mit einem ICER und einer QALY-Berechnung. Wie wir hier verfahren, ist eine Art Gegenrechnen: Wenn die Evidenz sowohl zum Schaden als auch zum Nutzen signifikant ist, wird saldiert.

Jetzt rechnen Sie auf einmal doch gegen, wo Sie gerade gesagt haben, es gibt keinen Algorithmus.

Müller: Das liegt an den Kategorien der Nutzenverordnung. Der Gesetzgeber hat drei positive Kategorien vorgegeben, wobei „Heilung“



Dr. Thomas Müller, G-BA

in der höchsten Kategorie „erheblicher Zusatznutzen“ genannt wird. Es gibt hier keine Skala von 1 bis 100, sondern ein semiquantitatives Vorgehen. Qualitative Merkmale wie „nachhaltige“, „besonders ausgeprägte“, „moderate“ oder „geringe“ Effekte werden saldiert. Insgesamt gibt es im G-BA eine sehr gefestigte Position, dass empirische Befragungen die so getroffenen Werteentscheidung nicht ersetzen können. Ich bin auch sehr skeptisch, ob man die mögliche Breite der individuellen Werteentscheidungen überhaupt so statistisch verarbeiten kann wie naturwissenschaftliche Evidenz.

Bleß: Der G-BA trifft normative Entscheidungen, die auf eine Kohorte replizieren, die im Prinzip Gesamtdeutschland umfasst. Darum müsste sich der Bundesausschuss doch im Endeffekt auch entsprechender Instrumente bedienen, die diese Mehrheit statistisch erfassen könnten. Das Treffen reiner Individualentscheidungen ist mir hier ein bisschen zu wenig.

Müller: Hier muss ich deutlich widersprechen. Diese individuellen Werteentscheidungen können nicht einer Mehrheit folgen. Eine Werteentscheidung kann der G-BA dem einzelnen Patienten eben nicht abnehmen.

Aber der G-BA macht das doch paternalistisch für alle Patienten. Wäre es da nicht besser, einen Mehrheitsentschluss über eine Conjoint-Analyse oder eine andere statistische Methode zumindest versuchen zu wollen?

Müller: Diese Forschungsrichtung ist sicher wichtig, um informierte Entscheidungen treffen zu können. Empirische Forschung, wie Patienten Krankheiten werten, halte ich für essenziell. Dieses Vorgehen ist

gerade auch als valide Basis für die Patientenvertretung im Bundesausschuss wertvoll. Dennoch: Wenn man mit statistischen Methoden herausbekommt, dass beispielsweise 70 Prozent der Befragten der Meinung sind, dieser oder jener Endpunkt sei besonders wichtig, kann das nicht gleichzeitig bedeuten, dass deswegen die anderen Endpunkte, die der Gesetzgeber fordert, zu vernachlässigen sind. Denn für 30 Prozent der Patienten können genau die anderen Endpunkte wertvoll sein. Das ist dann keine Entscheidung, die der G-BA paternalistisch trifft.

Herr Bleß, Sie haben beim Stichwort „paternalistisch“ gezeitet.

Bleß: Ja, weil die im Verfahren so hochgehaltene Patientenrelevanz durchgehend paternalistisch entschieden wird, anstatt den Patienten einzubeziehen und zu befragen. Wir erstellen im IGES Institut seit Jahren eine ganze Reihe von solchen Präferenzmessungen, wozu wir meistens die Discrete-Choice-Analyse nutzen, die wiederum eine Variante der Conjoint-Analyse ist. Dabei machen wir im Prinzip genau das, was auch der G-BA macht: Wir messen Saldierungs- und Abwägungsentscheidungen, aber eben aus der Patientenperspektive. Dabei wird

erfasst, welche Nebenwirkungen in Kauf genommen werden, um welchen positiven Effekt zu erreichen und natürlich werden dazu negative und positive Effekte in den Saldo genommen. Diese Präferenzmessung beantwortet genau die Frage, die Herr Müller ausgeführt und die sich der G-BA ständig zu stellen hat.

Welche denn?

Bleß: Es gibt immer unterschiedliche Nutzenaspekte bei der Bewertung eines neuen Arzneimittels, beispielsweise einen geringfügigen Effekt in der Lebensqualität, in der Mortalität oder in der Morbidität. Daher lautet die Frage: Was wird aus dreimal geringfügig? Wird daraus ein beträchtlich oder ein erheblich?

Die ganz ehrliche Antwort?

Bleß: Wir wissen es nicht, wenn wir die Patienten nicht befragen. Auch bei anderen Fragen müssen wir passen, wenn wir auf die Sicht der Patienten verzichten, beispielsweise wie Wirkung und Nebenwirkung zu verrechnen sind. Oder wie man die krankheitsbezogene Lebensqualität – die ja ihrerseits bereits Dimensionen beinhaltet, die die Morbidität beschreiben – ohne Redundanzen in die Saldierung einbezieht. Aber es ist im Verfahren nun einmal ein aggregiertes Gesamtmaß vorgesehen und sei es für eine Teilpopulation. Daher muss immer eine solche Abwägungsentscheidung getroffen werden, aber sie wird zur Zeit halt paternalistisch ausgeübt.

Es wird übrigens auch paternalistisch darüber entschieden, was denn patientenrelevant ist und was nicht.

Bleß: Exakt. Das gilt insbesondere für die sogenannten Surrogate wie etwa die Zeit des progressionsfreien Überlebens bei Krebserkrankungen oder das dauerhafte virologische Ansprechen (SVR) bei Virus-erkrankungen.

Da erklärt das IQWiG immer wieder, dass dies methodisch nicht validiert und deswegen nicht patientenrelevant sei.

Bleß: Mich stört diese auf die Methodik reduzierte Blickweise. Der Patient wird auf dem Papier ins Zentrum des Verfahrens gestellt, doch es sind Dritte, die darüber entscheiden, was dem Patienten wichtig zu sein hat und was nicht, und wie er sich zu entscheiden und was wie zu bewerten hat.

Ihre Meinung zu AHP und CA?

Bleß: Ich denke, dass Analysen, die mit diesen Instrumenten gemacht werden können, sehr wohl auch in der frühen Nutzenbewertung genutzt werden können und schon jetzt genutzt werden sollten, um genau jene Saldierungsentscheidungen wesentlich valider treffen zu können. Denn bisher gibt es, wie Herr Müller ausgeführt hat, eben keine erkennbare Methodik für die Saldierung, die obendrein und abweichend vom ansonsten sehr transparenten Verhalten des G-BA absolut intransparent erfolgt.

Wären denn die Lösungsansätze, die das IQWiG in Spiel gebracht hat, ein probater Ansatz?



Hans-Holger Bleß, IGES-Institut

Bleß: Das IQWiG hat zumindest einen Rechenalgorithmus für den Nutzen, doch bleibt auch hier die Saldierung eine im Verborgenen stattfindende Abwägungsentscheidung. Doch der G-BA hat sich diesem Rechenalgorithmus sowieso nicht genähert, sondern sich den Spielraum eröffnet, den der Wortlaut der Rechtsverordnung lässt. Wobei ich die Begrifflichkeiten nicht als semiquantitativ bezeichnen würde, es handelt sich um semantische Tautologien. Was heißt denn genau wenn „gering“ als „moderat aber nicht geringfügig“ definiert wird, was hilft es, wenn „beträchtlich“ mit „deutlich“ erläutert wird oder „erheblich“ mit „großer Verbesserung“? Diese Ungenauigkeit gibt

eigentlich jedweden Spielraum, ob ein Effektmaß nun moderat, gering, geringfügig oder was auch immer ist. Da ist der Spielraum doch recht groß, was aber per se nicht schlecht sein muss.

Warum?

Bleß: Weil der G-BA dadurch noch andere Aspekte mit einbeziehen kann, als das ein purer Rechenalgorithmus leisten kann. Doch da, wo saldiert wird im Namen des Patienten, würde ich mir schon wünschen, dass der Patient auch mit einbezogen und dessen Stimme gehört wird, indem man ihn befragt – und genau dafür ist die Methodik ausgereift genug.

Müller: Der Gesetzgeber hat für den G-BA eine sehr intensive Patientenbeteiligung vorgesehen. Es gibt sowohl die themenbezogenen Patientenvertreter als auch die ständigen, alle arbeiten sehr intensiv im AMNOG-Verfahren mit. Doch muss ich bezüglich der hier diskutierten Modelle warnen und bremsen: Der Gesetzgeber fordert im AMNOG eine evidenzbasierte Entscheidung. Dabei bezieht er sich auf naturwissenschaftliche Evidenz und nicht auf die Patienten-Präferenz. Das, was sie machen, ist doch zum Teil reine Meinungsforschung. Und damit etwas ganz anderes als evidenzbasierte Medizin mit aus validen Studien ablesbaren Effekten.

Das nennt man einen Konflikt.

Müller: Genau. Der G-BA muss eine evidenzbasierte Entscheidung treffen, bei der die Patientenpräferenz eine Rolle spielen kann, aber eben nicht die ausschlaggebende. Eben weil sie eher ein Meinungsbild und kein naturwissenschaftliches Ergebnis ist. Ich bin als Mediziner skeptisch, ob man hier Mehrheitsentscheidungen tatsächlich treffen kann. Ich stimme Ihnen zu, dass man mit der Patientenpräferenz bestimmte Effekte besser erfassen kann, wie beispielsweise in der MS-Therapie die Spastik, die für den Patienten im Alltag sehr einschränkend sein kann. Wenn mit Hilfe solcher Analysen derartige Effekte reproduzierbar und damit valider erfasst werden können, ist das auch für den Bundesausschuss relevant. Derartige Erkenntnisse darf man, um das Wort zu gebrauchen, nicht paternalistisch abtun. Doch noch einmal: Die Wertung, die Meinungsbildung an sich erfüllt nicht die harten Anforderungen der evidenzbasierten Medizin. Da muss der G-BA einer klaren Linie folgen.

BERLINER

AUS DER PRAXIS – FÜR DIE PRAXIS

PFLEGEKONFERENZ

am 11. und 12. November 2014
im dbb forum berlin

Erfahren Sie mehr und diskutieren Sie mit namhaften Vertretern aus der Gesundheits- und Familienpolitik sowie mit Experten und unterschiedlichen Teilnehmergruppen aus dem Bereich Pflege.



Manuela Schwesig
Bundesministerin für Familie,
Senioren, Frauen u. Jugend
(angefragt)



Dr. Norbert Blüm
Bundesminister a. D.



Karl-Josef Laumann
Beauftragter der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen
u. Patienten sowie Bevollmächtig-
ter für Pflege



Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin für Gesundheit und
Verbraucherschutz der Hansestadt
Hamburg (angefragt)



Mario Czaja
Senator für Gesundheit und
Soziales von Berlin



Prof. Dr. Ursula Lehr
Vorsitzende, Bundesarbeitsge-
meinschaft der Senioren-Organisa-
tionen BAGSO e. V.



Dr. Gerd Landsberg
Geschäftsführendes Präsidial-
mitglied Deutscher Städte- und
Gemeindebund



Jens Spahn
Gesundheitspolitischer Sprecher
der CDU/CSU-Fraktion im dt.
Bundestag (angefragt)



Thomas Isenberg
Gesundheitspolitischer Sprecher
der SPD-Fraktion im Berliner
Abgeordnetenhaus



Andreas Westerfellhaus
Präsident deutscher Pflegerat
DPR



Franz Knieps
Vorstand BKK Dachverband



Jürgen Hohnl
Geschäftsführer IKK e.V.

**VERLEIHUNG
MARIE-SIMON-
PFLEGEPREIS**



MARIE SIMON
PFLEGEPREIS

in Kooperation mit



DStGB
Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Auszeichnung innovativer Pflegeprojekte

Veranstalter
spectrumK GmbH
Spittelmarkt 12
10117 Berlin

Veranstaltungsort
dbb forum berlin
Friedrichstr. 169/170
10117 Berlin

Organisationsbüro
Tel. +49 (0)30 21 23 36-153 / -154
Fax +49 (0)30 21 23 36 39 157
info@berliner-pflegekonferenz.de

Weitere Informationen unter
www.berliner-pflegekonferenz.de
www.marie-simon-pflegepreis.de

Dann muss das viel beschworene „lernende System“ AMNOG eben lernen, mit derartigen ökonomischen Modellen, die schon mit hoher wissenschaftlicher Professionalität daherkommen, entsprechend umzugehen. Wenn ich die mit Pilotstudien zu AHP und CA vom IQWiG beauftragten Professoren mit dem von Ihnen, Herr Müller, verwandten Begriff „Meinungsforschung“ konfrontieren würde, springen die im Karree.

Müller: Wenn denn validierte Verfahren wie Conjoint-Analysen, Discret-Choice-Experimente oder der Analytic Hierarchic Process Hinweise geben können, die denen der evidenzbasierter Medizin entsprechen, sollte man sie verwenden. Der G-BA nimmt in den beschriebenen Fällen, in denen sich positive und negative Effekte gegenüberstehen, auf der Grundlage von Werteabschätzungen eine Saldierung vor. Das kann auch zu Mehrheitsentscheidungen führen, auch wenn diese bisher ausgesprochen selten sind – der weitaus größte Teil der Beschlüsse sind bisher einstimmig und mit Zustimmung der Patientenvertretung gefasst worden. Diese Entscheidung gilt dann für die jeweilige Patientengruppe und ist Basis der Preisverhandlung. Der einzelne Arzt und sein Patient sind aber nicht daran gebunden, sondern müssen ihre eigene Entscheidung treffen.

Bleß: Die zentrale methodische Herausforderung ist immer die Auswahl einer repräsentativen Befragungsgruppe. Das können je nach Aufgabenstellung von einer bestimmten Krankheit betroffene Patienten sein, oder eine Versichertengemeinschaft, weil das diejenigen sind, die die Kosten zu tragen haben. Auch muss die Auswahl der Fragen so erfolgen, dass keine Übergewichtung einzelner Aspekte einen Bias erzeugt, indem sie redundant sind und praktisch mehrfach einfließen. Das erfordert ein feines Gefühl und viel Erfahrung. Die Methodik an sich ist nicht das Problem, denn die ist inzwischen sehr ausgereift, weil sie seit langem auch jenseits des Gesundheitswesens verwendet wird, um letztlich eine Zahlungsbereitschaft von Menschen bezüglich einzelner Attribute von Produkten zu ermitteln.

Typischerweise bei Autos.

Bleß: Oder für Ökosiegel auf der Waschmaschine, selbst dafür gibt es Discrete-Choice-Experimente. Was aber nichts anderes heißt, als dass diese Instrument seit langem validiert sind und inzwischen Goldstandard sind. Nur eben noch nicht im Gesundheitsbereich.

Doch wie stellen Sie sicher, dass nicht eine sozusagen theoretische Meinung abgefragt wird.

Bleß: Bei einer Erkrankung werden zunächst die Betroffenen ausgewählt, weil nur sie in der Lage sind, eine Werteentscheidung zu treffen. Das ist viel schwieriger für einen Gesunden, der dies abstrakt tun muss. Ebenso werden die Fragen intern validiert und genau darauf geachtet, dass es keine Redundanzen gibt, damit hinterher die Gewichtung stimmt. Ebenso gibt es Pilotvorstufen, bei denen kleine Panels befragt werden, um zu sehen, ob die ausgewählten Fragen für die angewandte Methode auch geeignet sind, um verwertbare Aussagen zu bekommen. Danach erst wird die Studie durchgeführt und die Ergebnisse statistisch ausgewertet. Das ist so gestaltet, dass den einzelnen Attributen eine Bewertung zukommt, und so auch das Gesamtmaß von verschiedenen Aspekten bewertet werden kann.

Müller: Die Herausforderung an den G-BA ist, nicht nur die Patientenperspektive sondern auch die Versichertenperspektive einzunehmen.

men. Diesen Konflikt erleben wir in fast jeder Arzneimittelbewertung, indem die themenbezogenen Patientenvertreter bestimmte Effekte aus ihrer ganz eigenen Sicht betrachten und diese Meinung – auch sehr nachvollziehbar – deutlich einbringen, beispielsweise zu leichten Hyperglykämien bei Diabetes. Dann ist es tatsächlich keine leichte Aufgabe, in einem auf Pluralität basierenden Gremium wie dem G-BA eine Gesamtperspektive zu finden. Insofern sind die Kriterien, die der Gesetzgeber in der Arzneimittelnutzenverordnung nennt, sehr hilfreich. Die Einteilung in leichte Nebenwirkungen, mittelmäßige und schwere mag etwas grob sein, aber man kann nach differenzierter Betrachtung der ersten 80 AMNOG-Ergebnisse deutlich erkennen, dass es bei den Produkten große Unterschiede gibt. Und die werden eben auch abgebildet.

Sie sagten, es gebe keine einzige richtige Kosten-Nutzen-Bewertung und schon gar keine Gesamtnutzen-Bewertung über verschiedene Arzneimitteltherapien hinweg. Wie will man denn da je hinkommen?

Müller: Das ist eine gute Frage. Meine Meinung ist, dass wir dazu noch eine umfangreiche Diskussion brauchen.

Die wollen wir ja gerade mit anstoßen.

Müller: Die ist auch nötig, wenn wir uns die aktuelle Entwicklung bei Arzneimittelpreisen vor Augen halten, bei denen einige Orphans Jahrestherapiekosten-„Schallgrenzen“ von bis zu einer Million Euro schon erreicht haben. Ich bin davon überzeugt, dass wir auch in Deutschland mittelfristig einen methodischen Ansatz brauchen, um Kosten und Nutzen und Preise in einen fairen Ausgleich zu bringen. Aus meiner Sicht müssten hierzu allerdings mehr Ökonomen – und nicht nur Gesundheitsökonominnen – und deren Instrumente hinzugezogen werden.

Warum nicht nur Gesundheitsökonominnen?

Müller: Weil es bei der Frage nach einem fairen Preis nicht nur um QALYs und Effizienzgrenzen geht, sondern auch um volkswirtschaftliche Fragen. Denn hier müssten künftig auch Diskussionen geführt werden zur Schaffung einer Balance zwischen Preis und Aufwendungen für Studien, aber auch Anreize gegeben werden für Forschung und Entwicklung. Und gleichzeitig dürfte dem GKV-System nicht zu viel Geld entzogen werden, damit es nicht instabil wird.

Wäre da nicht das QALY-Konzept ein probater Ansatz?

Müller: Ich halte weder das QALY-Konzept noch die Effizienzgrenze für ausreichend. Denn bei beiden fehlt die volkswirtschaftliche Gesamtperspektive, außerdem nehmen beide Methoden dem Gesetzgeber nicht die Werteentscheidung ab für die Frage, was ein fairer und akzeptabler Preis ist. Dazu müsste der Gesetzgeber erst einmal die nächsten, viel weiterführenden Schritte machen, was aber nicht abzusehen ist. Im Moment kann ich nicht einmal erkennen, dass wir in die Kosten-Nutzen-Bewertung einsteigen. Wir hatten immerhin gerade die Meldung, dass die 50. Erstattungsbeitragsverhandlung erfolgreich abgeschlossen wurde. In dieser Hinsicht ist der Ansatz des Gesetzgebers zur Zeit jedenfalls recht erfolgreich.

Bleß: Ich würde auch vorhersagen, dass der Gesetzgeber erst mal weiter abwartet, was die Selbstverwaltung aus den bisherigen Rahmenvorgaben macht. Das war schon immer so, und es gibt derzeit auch keinen dringlichen Grund, das mit dem AMNOG installierte Prinzip

.....
„Die Herausforderung an den G-BA ist nicht nur die Patientenperspektive, sondern auch die Versichertenperspektive einzunehmen.“

Dr. Thomas Müller



Caring and Curing

Leben retten und Gesundheit verbessern – das ist unser Ziel

Die Entwicklung bahnbrechender neuer Medikamente steht für Novartis an erster Stelle. Sie schaffen neue Behandlungsmöglichkeiten für bislang unerfüllte medizinische Bedürfnisse der Patienten.

Patienten und ihre Bedürfnisse können jedoch sehr unterschiedlich sein. Deshalb bietet Novartis neben innovativen Medikamenten auch Möglichkeiten zur Krankheitsvorbeugung sowie Generika an und verbessert den Zugang zu medizinischer Versorgung.

wieder zu verlassen. Ob man wirklich ein indikationsübergreifendes Gesamtmaß des Nutzens braucht, möchte ich auch hinterfragen. Aus der reinen Nutzenperspektive heraus muss ich die Heilung einer Mittelohrentzündung nun mal nicht mit der Lebensqualität von onkologischen Patienten vergleichen. Denn diese Art von Information ist aus der Nutzendimension heraus sinnbefreit, nicht aber aus jener der Preisfindung. Auch möchte ich hinterfragen, ob wir uns nach dem QALY-Konzept sehnen sollten, weil wir ganz schnell bei der Frage anlangen, was ein Lebensjahr kosten darf.

Das ist eine Frage, die in Deutschland sicherlich ohnehin sehr schwer zu führen sein wird.

Bleß: Aber wenn, sollte sie in der Gesellschaft geführt werden und ganz sicher nicht von HTA-Behörden. Wir sehen schon im Methodenpapier der Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG, dass da ein kleines bemerkenswertes Kapitelchen drin ist, das sich „Zumutbarkeit der Kostenübernahme“ nennt. Das ist noch sehr zurückhaltend befüllt, aber letztlich wird damit bei jeder Errechnung eines Preises die letzte Konsequenz adressiert: Was ist, wenn das Rechenergebnis dazu führt, dass die GKV die Ausgaben nicht stemmen kann? Wenn diese letzte Konsequenz einmal eintritt, steigen wir in eine neue Ära der Allokationsentscheidungen ein. Dann geht eine ethische Wertedebatte los, die ich ungern beim IQWiG oder beim G-BA verortet sehen, sondern immer in der Gesellschaft verankern würde. Von daher ist die bislang ausgeübte Verhandlungslösung wahrscheinlich nicht das schlechteste, weil vom G-BA die Evidenz im Verhältnis zum Nutzen eingespielt wird. Dabei können die Verhandlungspartner natürlich alle möglichen anderen Aspekte mit einbeziehen, sei es das Versorgungsangebot, der Versorgungsbedarf und andere Effekte.

Es gibt aber auch ganz andere Aspekte, die den Preis bilden und die Einfluss auf Kosten haben.

Bleß: Sicher. Bei der Preisbildung ist zuallererst die Anzahl der Patienten wichtig, die versorgt werden. Dabei gehe ich einmal davon aus, dass Entwicklungskosten eines Arzneimittels relativ vergleichbar sein werden, egal, ob nun 100 Patienten oder 100.000 Patienten damit versorgt werden.

Aber was ist die Folge?

Bleß: Bei einer kleinen Patientengruppe hat das neue Arzneimittel hohe inkrementelle Kosten und somit eine schlechte Kosteneffizienz. In der Logik der QALY kann das dazu führen, dass Menschen mit seltenen Erkrankungen nicht mehr versorgt werden, weil die Pharmaunternehmen die Kosten nicht einpreisen können, die sie eigentlich brauchen. Das hat das NICE erkannt und verlässt darum bei Orphans die indikationsübergreifende Bewertung.

Müller: Diese Problematik des QALY und die Entwicklung in UK sehe ich genauso.

Bleß: Was die Kosten anbetrifft, haben wir zudem im Moment die reine Kostenträgerperspektive und nur die sogenannten direkten (Krankheits-)Kosten betrachtet.

Aber was ist mit den gesellschaftlichen Kosten?

Bleß: Es gibt Indikationen, ich nenne mal als Beispiel das Rheuma,

bei denen ein Großteil der finanziellen Krankheitslast auf der Gesellschaft oder anderen Kostenträgern lastet. Und zwar aufgrund von Arbeitsunfähigkeiten, Verrentungen und Pflege. Es ist eine ganz schwierige Situation, wenn die gesetzliche Krankenversicherung einen fairen Preis bilden soll, wobei sie eigentlich von dem finanziellen Nutzen gar nicht profitiert, weil die Einsparung ganz woanders verortet ist. Doch genau das wäre in der Kosten-Nutzen-Bewertung vorgesehen, dass die Perspektive der indirekten Kosten auf Antrag des G-BA mit einbezogen werden kann.

Wurde das schon mal gemacht?

Bleß: Nein.

Müller: Noch nicht. Das ist letztlich vom Gesetzgeber zwar so angelegt, aber die allermeisten Verfahren enden mit der Preisverhandlung. Die Stufe, von der wir hier reden, würde nach der Preisverhandlung kommen. Doch das hat bisher weder ein Unternehmer noch der GKV-SV beantragt.

Wie steht es denn in England mit der Zufriedenheit mit dem QALY?

Müller: Da gibt es paradoxe Effekte. Beispielsweise ermöglichen neue Produkte in der Onkologie oft einige Monate mehr Lebenserwartung, teilweise verbunden mit schlechterer Lebensqualität. Das führt dann dazu, dass die Produkte im QALY-Konzept so hoch bepreist werden, dass die finanzielle Grenze, die in England gesetzt worden ist, überschritten wird. Das wiederum hat dazu geführt, dass die Politik in England einen ergänzenden „Onkologie-Fonds“ aufgesetzt hat. Zusätzlich dazu wurde bereits vor längerer Zeit eine „End-of-Life-Regelung“ implementiert, welche die QALY-Grenze im onkologischen Bereich prolongiert. Doch generell muss man ganz klar feststellen, dass das QALY-Konzept dazu führt, dass einige neue Arzneimittel der Bevölkerung nicht zur Verfügung stehen. In Deutschland gibt es in der Onkologie überhaupt keine Einschränkungen. Bei uns werden keine Produkte aus Kostengründen vom Markt befördert, während das in den Ländern, die QALY einsetzen, sehr wohl der Fall ist.

Was aber anscheinend keinen großen gesellschaftlichen Widerstand auszulösen scheint.

Müller: Das kann ich nicht sicher beurteilen, gehe aber davon aus, dass es in England dazu Diskussionen gibt und die neue Regierung genau aus diesem Grund einen Onkologiefonds aufgelegt hat. Es gab gerade eine Veröffentlichung dazu, dass die durchschnittlichen medianen Überlebenszeiten der Krebspatienten in England im europäischen Vergleich schlechter sind. Dass das nun mit dem QALY zusammenhängt, würde ich jetzt nicht behaupten wollen, aber es ist deutlich festzustellen, dass in der Onkologie das QALY-Konzept nun einmal zu Einschränkungen führt, während England in anderen Bereichen wie Antibiotikagabe oder auch Hepatitis-Therapie interessanterweise auch sehr hohe Kosten akzeptiert, wenn es um sehr viele gewonnene Lebensjahre mit einer hohen Lebensqualität geht. Zumindest sind die Bewertungen des NICE recht positiv in diesen Bereichen.

Bleß: Wir haben am IGES Institut gerade intern eine vergleichende Analyse in der Onkologie erstellt. Dabei haben wir verglichen, was die G-BA und was die NICE-Sprachpraxis ausmacht. Ich fand diesen vertiefenden Blick wichtig, weil sich immer wieder einige Leute nach

„Gesamt betrachtet ist erkennbar, dass die Nutzenbewertung des NICE weniger rigide ist als die des IQWiG. Auch wird entspannter mit dem Thema der Surrogate umgegangen.“
Hans-Holger Bleß

dem NICE sehen. Gesamt betrachtet ist erkennbar, dass die Nutzenbewertung des NICE weniger rigide ist als die des IQWiG. Auch wird entspannter mit dem Thema der Surrogate umgegangen. Will heißen: Generell wird in England schneller ein Nutzen anerkannt. Doch dann kommt die harte Schwelle der ökonomischen Betrachtung, durch die einige Produkte nicht in die Versorgung gelangen. Davon sind etliche Produkte betroffen, denen der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen zuerkannt hat. Im Saldo haben wir gesehen, führt das deutsche Prinzip viel stärker dazu, dass gerade die onkologischen Produkte wirklich beim Patienten ankommen, als das in England der Fall ist.

Was ist mit der gesellschaftlichen Akzeptanz?

Bleß: Ich nehme an, dass fehlende Akzeptanz das NICE dazu gebracht hat, das QALY-Prinzip durch den onkologischen Fonds oder auch im Bereich der Orphan Drugs zu verletzen. Das QALY-Prinzip kennt eigentlich keine Ausnahmen, da es ja gerade den Anspruch hat, indikationsübergreifend gültig zu sein.

Dennoch belohnt das QALY-System Innovationen bis zu einem bestimmten Maß, eben 70.000 oder 100.000 Pfund oder Dollar oder was auch immer. Bei uns wird immer nur einen Abschlag diskutiert.

Müller: Nehmen wir eine Blinddarmoperation: Ein zehnjähriger Patient kommt frühzeitig zu einem guten Operateur und wird 80 Jahre alt. Im QALY-System hätte man dann 70 gewonnene Lebensjahre multipliziert mit einem angenommenen Wert von 40.000 Pfund, die dem Operateur dann zustehen würden. Das Beispiel zeigt gut, dass die QALY-Methodik bei der Preisbildung zu abwegigen Ergebnissen führen kann. Arzneimittel zur Hepatitis-Therapie werden deswegen so positiv von NICE bewertet, weil die Patienten geheilt werden.

Sie sagten: geheilt?

Müller: Ich weiß, dass man da verschiedener Auffassung sein kann. Wenn kein Virus mehr nachweisbar ist, sich keine Leberzirrhose entwickelt und keine Lebertransplantation erforderlich ist, kann man von Heilung sprechen. Die Nachhaltigkeit des Effekts muss aber noch abgewartet werden. Wenn man das nun auf gewonnene gute Lebensjahre extrapoliert, belohnt das QALY-Konzept diese Innovation. Anders dagegen in der Onkologie, in der ein Patient oft nur noch eine sehr kurze Lebensspanne bei schlechter Lebensqualität hat. Hier sieht die Rechnung dann ganz anders aus: Etwa 1 Monat mal 40.000 Pfund mal 0.001. Wenn ich diesen Preis nun ins Verhältnis setze zu dem Preis des Arzneimittels, dann schneiden diese Produkte im QALY-System eher schlecht ab. Deswegen kann man pauschal nicht sagen, dass Innovationen in dem einen oder in dem anderen System besser oder schlechter abschneiden. Der Vergleich mit Deutschland ist auch schwierig, weil es bei uns überhaupt noch keine gesellschaftliche Diskussion oder gar einen Konsens dazu gibt, wo eine mögliche Grenze wäre.

Herr Bleß, Sie haben in Ihrem Beitrag „Was gelernt und noch zu lernen ist“ in „Market Access & Health Policy“ (Ausgabe 05/14) geschrieben, dass dem G-BA und dem IQWiG eine Güterabwägung fremd sei. Das AMNOG-Verfahren ist – so heißt es in diesem Beitrag – „vorrangig darauf ausgerichtet, Fehler erster Art – also falsch positive Bewertungen – zu vermeiden. Hierbei werden allerdings Fehler zweiter Art – also zu Unrecht aberkannter Zusatznutzen – in Kauf genommen.“ Hiervon sind insbesondere Hersteller betroffen, die vor der Situation

stehen, dass die Studien, die mit der Zulassungsbehörde vereinbart wurden, vor dem IQWiG und dem G-BA keine Berücksichtigung finden. Ein zu Unrecht aberkannter Zusatznutzen kann ja durchaus negative Folgen für Patienten entwickeln und müsste von daher ebenfalls dringlich zu vermeiden sein.

Bleß: Gerade durch die Anwendung der Regelung der evidenzbasierten Medizin wird darauf geachtet, dass keine falsch positiven Aussagen gemacht werden.

Also einem Produkt einen Nutzen zuzusprechen, den es hinterher dann gar nicht hat.

Bleß: Exakt. Wenn ich mir aber die Entscheidungskriterien von Zulassungsbehörden anschau, dann gibt es da noch mehr in der Waagschale. Die Zulassungsbehörde hat einerseits zwar auch den Wunsch nach Evidenz, auch nach patientenrelevanten Endpunkten, aber sie betrachtet immer auch den vorhandenen Medical Need – also den Bedarf an einer Innovation in einer bestimmten Indikation. Damit stellen die Zulassungsbehörden die Frage, wie es zu bewerten ist, dass der Bevölkerung ein neues Arzneimittel zur Verfügung gestellt wird. Das findet seinen Gipfel in der bedingten Zulassung, die ganz offiziell besagt, dass das Fehlen an Evidenz niedriger zu bewerten ist als der Bedarf der Population an diesem neuen Arzneimittel.

Auch hier findet eine Güterabwägung zwischen zwei Werten ab.

Bleß: Durchaus. Worauf ich aber hinauswill, ist, dass das Zulassungsverfahren im Gegensatz zu G-BA und IQWiG diese Güterabwägung kennt. Im Bereich des Conditional Approval hat der G-BA seinen Spielraum auch genutzt, um keinen Widerspruch zu anderen Behörden herbeizuführen, aber dem Verfahren an sich ist das fremd. Ebenso könnte man einen patientenrelevanten Schaden anrichten, wenn der G-BA einen Zusatznutzen aberkennt und ein Arzneimittel beispielsweise dann vom Markt geht. Ich würde mir manchmal wünschen, dass das Verfahren zugesteht, sich auch irren zu können. Das ist gar nicht anders möglich, was alleine schon an den niedrigen Ergebnissicherheiten liegt. Wenn ich einen Hinweis auf einen Nutzen habe, dann ist die

Möglichkeit eines Irrtums doch immanent. Und dazu muss man immer abwägen, was kann ich an Schaden anrichten, wenn ich diesen Zusatznutzen nicht gewähre. Doch diese Abwägungsentscheidung fehlt mir in diesem ganzen Verfahren.

„Dabei muss der G-BA laut Gesetzgeber evidenzbasiert entscheiden und in Hinblick auf das solidarisch finanzierte GKV-System dafür sorgen, dass das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird.“

Dr. Thomas Müller

Müller: Das resultiert aus den unterschiedlichen Aufgabenstellungen. Bei der Zulassung geht es primär um die Produktsicherheit und den Konsumentenschutz. Es gilt zu vermeiden, dass Produkte auf den Markt kommen, die nicht sicher sind und keine gute Qualität haben. Wenn es um Wirksamkeitseffekte, also um die positiven Effekte auf die Therapie geht, setzt die Zulassungsbehörde teilweise niedrigere Hürden an als der Bundesausschuss bei seiner Nutzenprüfung. Der G-BA prüft, ob neue Produkte besser sind als der Standard. Dabei muss der G-BA laut Gesetzgeber evidenzbasiert entscheiden und in Hinblick auf das solidarisch finanzierte GKV-System dafür sorgen, dass das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird. Diese Aufgabe kann die Zulassungsbehörde mit ihren ganz anderen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht erfüllen.

Die Herren Bleß und Müller, vielen Dank für das Gespräch. << Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

INSIGHT Health-Analyse

Daten und Fakten zum GKV-Arzneimittelmarkt

In diesem Beitrag sollen anhand ausgewählter Kennzahlen Schlaglichter auf den GKV-Arzneimittelmarkt geworfen werden. Neben Aussagen zum Gesamtmarkt werden auch einzelne Teilaspekte, wie z.B. die regionalen Marktanteile verschiedener Segmente näher beleuchtet. Ebenfalls für verschiedene Marktsegmente werden die Top-Konzerne des Jahres 2013 dargestellt. Zusammen mit weiteren Daten gibt die von INSIGHT Health durchgeführte Analyse einen Einblick in das aktuelle Marktgeschehen.

>> Bei dem Versuch der Darstellung und Interpretation relevanter Kennzahlen des deutschen GKV-Arzneimittelmarktes wird dessen Komplexität ersichtlich. Denn im Gegensatz zu anderen Märkten wird dieser durch politische Eingriffe und somit durch zahlreiche Regulierungsmaßnahmen beeinflusst. Zudem ist die Arzneimittelversorgung der Versicherten gegensätzlichen Interessen der am Arzneimittelmarkt beteiligten Akteure unterworfen. Diesen stehen verschiedene Instrumente wie der Abschluss von Rabattverträgen oder Verträge zur Integrierten Versorgung zur Verfügung. Der Einsatz dieser Instrumente sowie das Ausmaß der Anwendung beeinflussen letztlich das Marktgeschehen und sind somit stets im Zusammenhang mit den dargestellten Marktdaten zu sehen.

In der vorliegenden Analyse werden ausschließlich in öffentlichen Apotheken abgerechnete GKV-Verordnungen von Fertigarzneimitteln (ohne Zubereitungen) abgebildet. Bei der Interpretation der Umsatzzahlen ist zudem zu beachten, dass diese ohne Abzug von Rabatten und Zuzahlungen dargestellt werden.

GKV-Arzneimittelmarkt wächst weiter

Betrachtet man den gesamten GKV-Fertigarzneimittelmarkt, so waren im Jahr 2013 mehr als 6.500 Wirkstoffe und über 26.500 Produkte verfügbar. Mit ca. 688 Mio. Verordnungen und einem Umsatz (nach AVP - Apothekenverkaufspreis) von über 33,6 Mrd. Euro lagen die Zahlen für 2013 deutlich über dem Vorjahresniveau. Zudem kann von einer weiteren Steigerung ausgegangen werden, da bereits bis einschließlich Juli 2014 über 410 Mio. Packungen mit einem Umsatz (nach AVP) von 20,8 Mrd. Euro zu Lasten der GKV verordnet wurden. Neben der Tatsache, dass steigende Verordnungszahlen für steigenden Umsatz sorgen, spielt auch die verordnete Packungsgröße eine Rolle. Der prozentuale Anteil der größten verordneten Packungsgröße N3 lag 2011 noch bei 46 Prozent und ist im Jahr 2013 auf 49 Prozent gestiegen (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

Beim Wechsel von der Gesamtmarkt- auf die Wirkstoffebene fällt die Gruppe der Biopharmazeutika ins Auge. Diese verzeichnen einen Umsatzanteil (nach AVP) von über 17 Prozent in den Jahren 2012 und 2013 bei gleichzeitig geringem Verordnungsanteil (2 Prozent) am Gesamtmarkt.

Allein unter den Top 10-Wirkstoffen (nach Umsatz AVP) befinden sich mit Adalimumab, Interferon beta-1a und Etanercept drei Vertreter dieser Gruppe. Steigende Verordnungen, Umsätze und hochpreisige Arzneimittel lassen den Schluss zu, dass die GKV-Ausgaben im Bereich Arzneimittel trotz zahlreicher Instrumente zur Dämpfung des Ausgabenanstiegs voraussichtlich weiter ansteigen. Allerdings ist hier nochmals anzumerken, dass in dieser Analyse Rabatte unberücksichtigt bleiben.

Ost-West-Vergleich: Patent vs. Generika

Um der Heterogenität des GKV-Arzneimittelmarktes Rechnung zu tragen, werden im Folgenden die beiden Marktsegmente patentgeschützter und generischer Wirkstoffe betrachtet. Dabei wird deutlich, dass neben den Rabattverträgen vor allem das Ordnungsverhalten der Ärzte einen wesentlichen Einfluss auf die regionale Gesundheitsversorgung ausübt. Dieses Ordnungsverhalten wird nicht zuletzt durch die Informationspolitik seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen beeinflusst (vgl. Kleinfeld/Luley, in: MVF 02/2014).

Bei Betrachtung des patentgeschützten Marktes lassen sich deutliche regionale Unterschiede erkennen (vgl. Abb. 1). Der Marktanteil patentgeschützter Arzneimittel in der KV Westfalen-Lippe liegt im Jahr 2013 bei 4,9 Prozent, in Bremen sogar nur bei 4,5 Prozent. Im Gegensatz dazu beträgt der Anteil in der KV Brandenburg 7,7 Prozent und ist damit ca. 1,6-mal höher. Die Betrachtung des generikafähigen Marktes (Altoriginale und Generika) zeigt wenig regionale Differenzen. Die Marktanteile nach Verordnungen von Generika für das Jahr 2013 liegen zwischen 84,0 Prozent in der KV Baden-Württemberg und 87,8 Prozent in der KV Nordrhein. In diesem Marktsegment zeigen sich im zeitlichen Verlauf steigende Generikaanteile in allen KV-Regionen (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Die vorliegenden Abbildungen machen deutlich, dass ein hoher Verordnungsanteil patentgeschützter Arzneimittel nicht zwangsläufig bedeutet, dass auch mehr Altoriginale verordnet werden. Vielmehr müssen regionale Unterschiede im patentgeschützten Markt unabhängig von Daten

zum generikafähigen Markt betrachtet werden.

Facharztgruppen: Mehr Verordnungen = mehr Umsatz?

Unterschiedliche Marktanteile in den oben dargestellten Marktsegmenten beruhen nicht zuletzt auch auf dem Ordnungsverhalten der Ärzte. Somit ist die Betrachtung der Ordnungszahlen einzelner Facharztgruppen in Kombination mit deren Umsätzen lohnenswert. Die verordnungsstärkste Facharztgruppe stellt mit einem Anteil von über 50 Prozent im Jahr 2013 die der Allgemeinärzte und praktischen Ärzte dar. Mit 24 Prozent Verordnungsanteil folgen die Internisten, die mit 31 Prozent Umsatzanteil (nach AVP) nahezu den der Allgemeinärzte (35 Prozent) erreichen (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

Ein Erklärungsansatz für die unterschiedlichen Verordnungs- und Umsatzanteile lässt sich in den ATC-Klassen (Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem) der verordneten Produkte finden. So hat im Jahr 2013 die ATC1-Klasse „L“ (nach EphMRA) der antineoplastischen und immunmodulierenden Substanzen mit 17,5 Prozent den größten Anteil am Umsatz (nach AVP) erzielt (vgl. Abb. 2). Hierfür sind im Wesentlichen die als Blockbuster geltenden Biopharmazeutika, wie die Interferone und Anti-TNF-Präparate verantwortlich (vgl. Kleinfeld/Pieloth/Knull, in: MVF 03/2014). Biologika der ATC1-Klasse „L“ werden insbesondere von Internisten verordnet, und zwar nahezu zehn Mal so häufig wie von Allgemeinärzten. Daher lässt sich trotz erheblich geringerer Ordnungszahlen der relativ hohe Umsatzanteil der Internisten zumindest teilweise erklären (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

Im Gegensatz zu den antineoplastischen und immunmodulierenden Substanzen sinken die Umsatzanteile aller anderen Top 5 ATC-Klassen im Vergleich von 2012 zu 2013. Bei den ATC-Klassen „N“ (Nervensystem) und „C“ (Kardiovaskuläres System) ist der Umsatzrückgang im Vergleich zu 2011 besonders deutlich.

Top-Player im Pharmamarkt

Wer steckt hinter den Milliardenumsätzen im GKV-Arzneimittelmarkt? Angesichts der vielen Fusionen und dynamischen Entwicklungen umsatz-

starker Produkte fällt es schwer, den Überblick zu behalten. Wir zeigen hier die zehn umsatzstärksten Pharmakonzerne in alphabetischer Reihenfolge bezogen auf das Jahr 2013. Zusammengekommen besitzen diese einen Anteil von rund 44 Prozent des gesamten GKV-Umsatzes (nach ApU – Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmer) in Höhe von 21,2 Mrd. Euro. Verglichen zum Vorjahr ist der Gesamtumsatz (ApU) um knapp 744 Mio. Euro gestiegen, wobei die 10 umsatzstärksten Konzerne zu 60 Prozent an diesem Anstieg beteiligt sind (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

Analog zur regionalen Betrachtung lohnt sich auch hier neben der Darstellung des Gesamtmarktes eine Auflistung der Top-Konzerne nach Marktsegmenten. Im Jahr 2013 waren der Novartis-Konzern und das Unternehmen Sanofi-Aventis in beiden Segmenten sowie im Gesamtmarkt vertreten (vgl. Tab. 1). Zum Novartis-Konzern gehören u.a. die beiden Generikahersteller Hexal und 1 A Pharma, die möglicherweise durch den Gewinn zahlreicher Rabattvertragsausschreibungen den Konzern auch im Generikasegment unter die Top-Unternehmen bringen. Gleiches gilt für Sanofi-Aventis mit seiner Generikatochter Zentiva (ehemals Winthrop). Es gilt auch hier zu beachten, dass weder die Zwangsrabatte noch die nicht veröffentlichten Rabatte innerhalb der Verträge mit den Krankenkassen berücksichtigt sind.

Im patentgeschützten Markt befinden sich mit Boehringer Ingelheim, Berlin-Chemie und Gilead drei Unternehmen, die sich 2013 weder im Gesamtmarkt noch im Generikasegment unter den Top-Konzernen behaupten können. Auch unter diesem Aspekt wird es spannend sein zu beobachten, wie sich die Verhältnisse im Jahr 2014 und darüber hinaus entwickeln, insbesondere, da Patentabläufe einiger Biopharmazeutika bevorstehen und einzelne Unternehmen Produkte mit Blockbuster-Potenzial erfolgreich auf dem Markt platziert haben.

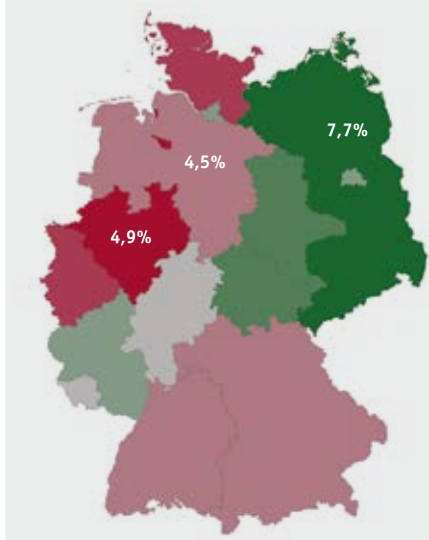
Fazit

Die gezeigten Kennzahlen und Analysen sollen einen kleinen Überblick über die Lage und Trends im GKV-Fertigarzneimittelmarkt geben. Sie wurden aus einer Vielzahl an Marktdaten ausgewählt und stehen repräsentativ für eine Fülle an Analysemöglichkeiten und Schlussfolgerungen. Nachdem für diesen Beitrag vornehmlich Daten aus dem Jahr 2013 herangezogen wurden, sollen in einer Folgeanalyse unter Berücksichtigung der Daten für 2014 die Kennzahlen aktualisiert werden, um damit Trendaussagen zu manifestieren oder auch zu revidieren. <<

Autoren/Kontakt:

Kathrin Pieloth, Matthias König, Konstantin Knüll*.

Marktanteile patentgeschützter Wirkstoffe am gesamten Arzneimittelmarkt



Marktanteile Generika am generika-fähigen Arzneimittelmarkt

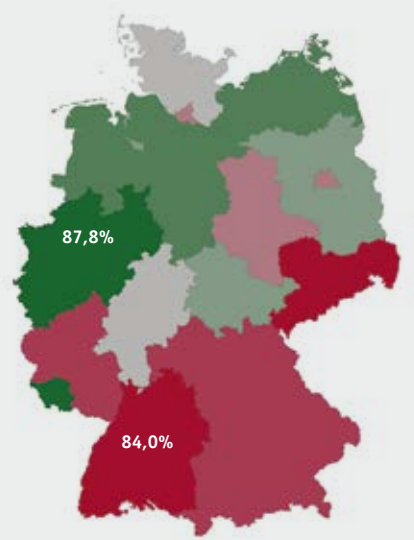


Abb. 1: Anteile patentgeschützter und generischer Wirkstoffe. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), Marktanteile nach Verordnungen der abgerechneten GKV-Rezepte im Jahr 2013, Generika vs. generikafähiger Markt (Generika + zugehörige Altoriginale) bzw. patentgeschützte Arzneimittel vs. gesamter Arzneimittelmarkt.

Umsatzanteile nach ATC1-Klassen

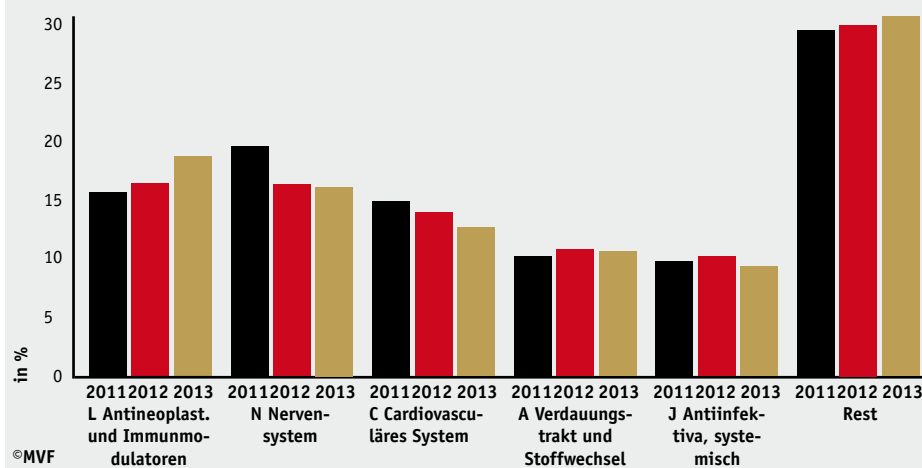


Abb. 2: Marktanteile der umsatzstärksten ATC1-Klassen in den Jahren 2011 bis 2013. Quelle: NVI (INSIGHT Health), Umsatzanteile auf Basis AVP ohne Abzug von Rabatten und Zuzahlungen.

Top-10-Pharmakonzerne in Deutschland, alphabetisch

Gesamt	Generika	Patent
Abbott	Actavis	Abbott
Bayer	Krka (TAD)	Bayer
Glaxo SmithKline	Medac	Boehringer Ingelheim
Johnson & Johnson (Janssen Cilag)	Mylan Laboratories	Gilead
Merck Sharp & Dohme	Neuraxpharm	Johnson & Johnson (Janssen Cilag)
Novartis	Novartis (Hexal, 1A Pharma)	Menarini (Berlin-Chemie)
Pfizer	Sanofi-Aventis (Zentiva)	Merck Sharp & Dohme
Sanofi-Aventis	Stada (Aliud)	Novartis
Stada	Teva (ratiopharm, ABZ Pharma)	Pfizer
Teva	Torrent (Heumann, Heunet)	Sanofi-Aventis

Tab. 1: Alphabetische Auflistung der Top-Pharmakonzerne (teilweise mit Herstellerbezeichnung) nach Umsatz (ApU) ohne Abzug von Rabatten am GKV-Fertigarzneimittelmarkt 2013 in der Gesamtbetrachtung sowie in den Marktsegmenten Generika und patentgeschützte Arzneimittel. Quelle: NVI (INSIGHT Health), Jahr 2013.

Aggregierte Endpunkte für das Effizienzgrenzen-Konzept

Conjoint Analysis „ist prinzipiell geeignet“

Die Methode der Conjoint Analysis (CA) ist prinzipiell geeignet, um herauszufinden, welche Präferenzen Patientinnen und Patienten bei Therapiezielen haben. Um sie bei Kosten-Nutzen-Bewertungen breit einzusetzen, müssen allerdings noch einige, vor allem methodische Fragen geklärt werden. Das ist Ergebnis eines kürzlich (immerhin nach knapp 2,5 Jahren seit der Beauftragung) veröffentlichten Pilotprojekts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nach dem Analytic Hierarchy Process (AHP) ist CA die zweite Methode, die das Institut von externen Sachverständigen – Prof. Jizermann (AHP) und Prof. Axel Mühlbacher (CA) – hat erproben lassen.

>> Das IQWiG hat in zwei Pilotprojekten und in zwei unterschiedlichen Indikationen die beiden international am weitesten verbreiteten Methoden getestet, mit denen sich Patientenpräferenzen ermitteln lassen. Den Bericht zum Analytic Hierarchy Process (AHP), vorgelegt von Prof. Maarten IJzerman (Universität Twente) hatte das IQWiG bereits im Juni 2013 vorgestellt, nun liegt auch das seit langem erwartete Arbeitspapier zur CA vor, mit dessen Ausarbeitung Prof. Axel Mühlbacher von der Hochschule Neubrandenburg beauftragt worden war. Dieser hatte seine Ausarbeitung schon vor rund 1,5 Jahren dem IQWiG überstellt, doch immer wieder wurden Änderungen verlangt.

Das IQWiG hatte die beiden Pilotaufträge natürlich nicht grundlos vergeben. Sondern wohlwissens, dass es mit seinem zu Beginn des AMNOG-Prozesses unverlangt vorgelegten Effizienzgrenzen-Konzept an Grenzen gestoßen ist, die bislang unlösbar waren. Denn Effizienzgrenzen konnte man bisher entweder nur für einen aggregierten Endpunkt oder für ein einzelnes Zielkriterium wie etwa Mortalität (Sterblichkeit), Morbidität (Symptome und Beschwerden) oder Lebensqualität abbilden. Erschwerend kommt hinzu, dass oftmals nur Daten für einzelne Zielkriterien vorliegen. Was bisher aber gar nicht möglich war, war die Bildung von Effizienzgrenzen für verschiedene patientenrelevante Endpunkte und deren Zusammenführung zu einer Gesamtbewertung, was die Fachleute „aggregieren“ nennen. Dazu aber müssen die Einzelergebnisse gewichtet werden.

Das wird im AMNOG-Verfahren (s. Interview mit Müller und Bleß ab S. 6) auch gemacht, doch bisher rein paternalistisch oder auch eminenzbasiert durch die Mitglieder des Unterausschusses Arzneimittel des G-BA, die jeder für sich individuell ohne jedweden Algorithmus Werteentscheidungen für die Gesamtheit der GKV-Versicherten treffen. Das könnte man aber auch anders machen, indem man eben die Präferenzen von Patienten und Patientinnen heranzieht. Denn diese sind gewissermaßen die „Endverbraucher“ von medizinischen Maßnahmen. Deshalb werden sie international schon länger in die Bewertungen von Nutzen und Kosten ein-

bezogen, nur eben noch nicht in Deutschland.

In Deutschland ist das gesamte AMNOG-Verfahren transparent, annähernd alles, bis auf das „Geheimmodul 5“ jedes Arzneimitteldossiers, wird online veröffentlicht. Die einzige Ausnahme ist die im G-BA-Unterausschuss Arzneimittel von den „Bänken“ des G-BA getroffene Werteentscheidung, die bislang alles anderes als systematisch, transparent und nachvollziehbar ist. Mit den quantitativen Ansätzen wie CA oder AHP könnte sich das ändern, wenn sie denn vom G-BA anerkannt und genutzt werden würden.

Sowohl Erkrankte als auch Behandelnde werden befragt

Mit Hilfe einer wahlbasierten Variante der CA (Discrete-Choice-Experiment) haben die beauftragten Wissenschaftler rund um Mühlbacher sowohl an chronischer Hepatitis C (HCV) Erkrankte als auch an deren Versorgung beteiligte Experten befragt – zuerst in getrennten Fokusgruppen, danach mithilfe von Fragebögen. Teilgenommen haben insgesamt 326 Patientinnen und Patienten sowie 21 Ärztinnen und Ärzte.

In den Fragen ging es um verschiedene Dimensionen von Nutzen und Schaden: Wirksamkeit (z. B. Virusfreiheit), Vermeiden von Nebenwirkungen (z.B. Magen-Darmbeschwerden) sowie Aufwand (z.B. Häufigkeit der Spritzen) und Dauer der Therapie.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten sich 18 Mal zwischen zwei fiktiven Therapiealternativen entscheiden, die sich aus verschiedenen Therapieeigenschaften (Attribute) zusammensetzten und nach den Ausprägungen (Level) unterschieden.

Die Ausprägungen der insgesamt sieben Attribute wurden vielfach variiert und immer wieder neu kombiniert: Während in einem solchen Szenario Therapie A 48 Wochen und Therapie B 24 Wochen dauerte, die Wahrscheinlichkeit für Magen-Darmbeschwerden bei 35% (A) und 25% (B) lag, nahm Therapie A im nächsten Szenario mit 12 Wochen nur halb so viel Zeit in Anspruch wie B (24 Wochen), allerdings war diesmal das Risiko für die gastrointestinalen Nebenwirkungen mit 25% bei A deutlich niedriger als bei B mit 45%.



„Wenn es darum geht, Endpunkte zu gewichten, könnte man die CA einsetzen“, Andreas Gerber-Grote, Leiter des Ressorts Gesundheitsökonomie im IQWiG.

Patientenpräferenzen versus Expertenurteil

Analysiert man die Ergebnisse aller dieser Wahlentscheidungen mithilfe logistischer Regressionsmodelle, ist es möglich, die relative Bedeutung (Gewichtung) der einzelnen Therapieattribute abzuleiten. So lässt sich beispielsweise errechnen, wie viel höher die Heilungschance (Virusfreiheit) sein muss, damit Patientinnen und Patienten ein bestimmtes höheres Risiko für mehr oder stärkere Nebenwirkungen in Kauf nehmen.

Vergleicht man die Auswertung für Patienten und Ärzte, so zeigt sich, dass die Rangfolge der Therapieziele weitgehend deckungsgleich ist. Allerdings gibt es Unterschiede in der Stärke der Gewichtung: Auf Rang 1 steht bei beiden Gruppen die „anhaltende Virusfreiheit“. Wenn sie aber eine Therapie auswählen sollen, ist die Virusfreiheit bei den Ärztinnen und Ärzten noch stärker ausschlaggebend als bei den Patientinnen und Patienten.

Patientinnen und Patienten können CA handhaben

Nach diesem Pilotprojekt beurteilt das IQWiG die CA – wie zuvor schon den AHP – als grundsätzlich geeignete und handhabbare Methode.



„Mit Geschick und Ausdauer:
erfolgreich im Beruf bei der **AOK**.“

Elke Baumer, AOK – Die Gesundheitskasse

Sie möchten zeigen, was Sie können. Sie möchten Ihre Talente entfalten, Ihre Stärken beweisen, Ihre Ideen einbringen. Als herausragende Größe im Gesundheitswesen bereiten wir Sie bestens auf einen spannenden Berufsweg vor: mit viel Verantwortung und ausgezeichneten Entwicklungsperspektiven.

Die AOK Nordost sucht für den Unternehmensbereich Versorgung – Strategie und Programme – befristet auf 18 Monate am Standort Berlin einen

Mitarbeiter (m/w) Versorgungsprogrammentwicklung

Ihre Aufgaben

Sie entwickeln Konzepte für indikationsbezogene Versorgungsprogramme zur Steigerung von Potenzialen. Weiterhin gestalten Sie die Programminhalte und kommunizieren und verhandeln die Parameter mit den Vertrags- bzw. Kooperationspartnern. Darüber hinaus analysieren Sie die Entwicklungen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung wirtschaftlicher, medizinischer und politischer Kriterien und leiten Strategien und Maßnahmen für ganzheitliche Versorgungskonzepte ab.

Ihre Qualifikation

- Sie verfügen über einen Studienabschluss Master oder Diplom in der Fachrichtung Wirtschafts-, Sozial- oder Rechtswissenschaft oder in Medizin.
- Kenntnisse über Versorgungsstrukturen sind wünschenswert.
- Gestaltungswille, Innovationsfreudigkeit, Analytische Fähigkeiten, Konzeptionsstärke und Kommunikationsfähigkeit.

Ihre Vorteile

- Sinn- und verantwortungsvolle Aufgaben, mit denen Sie die Qualität der Versorgung erhöhen
- Viel Gestaltungsfreiraum bei Ihrer täglichen Arbeit
- Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung
- Gute Möglichkeiten, Beruf, Familie und Privatleben zu vereinbaren
- Leistungsgerechte Bezahlung nach BAT/AOKNeu
- Betriebliche Altersversorgung, Weiterbildungsmöglichkeiten und die üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes

Für nähere Informationen zum Aufgabengebiet steht Ihnen Frau Petra Riesner (0800 265080-22839) gern zur Verfügung.

Schwerbehinderte Bewerber und Bewerberinnen werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt berücksichtigt.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung bis zum **17. Oktober 2014** unter Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins per E-Mail oder an unsere Anschrift.

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Unternehmensbereich Personal

Frau Kerstin Hoy

Pallasstraße 25

10781 Berlin

E-Mail: bewerbungen@nordost.aok.de



„Patientinnen und Patienten kommen damit zurecht, und das Verfahren liefert brauchbare Ergebnisse. Wenn es darum geht, Endpunkte zu gewichten, könnte man die CA also einsetzen“, sagt Andreas Gerber-Grote, Leiter des Ressorts Gesundheitsökonomie im IQWiG.

Während die CA mit mehrdimensionalen Szenarien arbeitet, stellt der AHP jeweils paarweise Vergleiche an (z. B. Dauer der Therapie versus Nebenwirkungen). „Für die CA könnte man also sagen, das Verfahren ist näher an den Entscheidungssituationen, wie sie in der realen Welt vorkommen. Die Attribute werden hier immer in einem Bündel bewertet“, erläutert Gerber-Grote. Mit der Anzahl der Attribute wachse aber die Komplexität der Entscheidung. Betrachte man – wie bei der AHP – jeweils nur zwei Attribute, sei das für die Befragten transparenter.

Vor dem breiten Einsatz: Methodische Fragen klären

„Beide Pilotprojekte waren erfolgreich. Aber bevor wir CA oder AHP bei der Bewertung breit einsetzen können, gibt es noch eine ganze Reihe von Herausforderungen, und die sind vor allem methodischer Art“, gibt der stellvertretende Institutsleiter Stefan Lange zu bedenken.

Vorab müsste geklärt werden, wer befragt werden soll: Patienten, Ärzte oder – wie in Großbritannien – eine Stichprobe der Allgemeinbevölkerung? In jedem Fall müsste es eine Übereinkunft geben, wie repräsentativ die Auswahl der Befragten sein muss. Und man müsste festlegen, welcher Grad von Genauigkeit erforderlich ist, das heißt wie belastbar die Ergebnisse sein müssten. „Denn je höher die Ansprüche hier sind, desto mehr Menschen muss man befragen, umso größer wird der Aufwand. Anders als bei klinischen Studien gibt es bislang auch noch keine Standards, wie man die Fallzahl planen muss“, so Lange weiter. <<

Detailergebnisse

Mit diesem Pilotprojekt konnten die mit dem CA-Verfahren zu untersuchenden Fragestellungen beantwortet werden:

- Für Patienten zeigte es sich als machbar, patientenrelevante Endpunkte über ein Discrete-Choice-Experiment zu gewichten. Damit ist es grundsätzlich möglich, dieses Verfahren der Präferenzmessung einzusetzen. Insbesondere kann es angewandt werden, um Gewichte für patientenrelevante Endpunkte zu bestimmen, die im Konzept der Effizienzgrenze berücksichtigt werden sollen.
- Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die Linearitätsannahme mit diesem Verfahren geprüft werden kann. Die approximative Kardinalskalierung kann so für die Berechnung nutzenwertbasierter Effizienzgrenzen auf Grundlage klinischer Effektmaße untersucht werden.
- In Subgruppenanalysen konnte für 5 % der untersuchten Variablen statistisch signifikante Unterschiede in der Gewichtung der Attribute festgestellt werden. Allerdings bleibt zum einen unklar, ob es sich um einen Zufallsbefund handelt. Zum anderen ist die Interpretation der Ergebnisse im Rahmen des Pilotprojekts insofern unklar, da der Einfluss auf tatsächliche Wahlentscheidungen bei Therapiealternativen nicht überprüft wurde.
- Im Abgleich von Patientenpräferenzen und Expertenurteil war die Reihenfolge für 4 der 7 Attribute gleich; jedoch wich die Höhe der Gewichtung in weiteren Attributen voneinander ab. Wie sich dies auf tatsächliche Therapieentscheidungen auswirken würde, war aber nicht Gegenstand dieses Pilotprojekts und kann daher nicht beantwortet werden.

Gewichtung der Patientenpräferenzen

Im vorliegenden DCE zur Therapie der chronischen Hepatitis C wurden 7 Attribute berücksichtigt. Die Koeffizienten (Gewichte) wurden ermittelt und in Odds Ratios (OR) überführt; mit den ORs wird das Chancenverhältnis ausgedrückt, dass die Wahlentscheidung auf einem bestimmten Attribut beruht im Verhältnis dazu, dass die Wahlentscheidung auf allen anderen Attributen beruht. Es ergaben sich die Gewichtungen in folgender Rangfolge für die Attribute:

- „anhaltende Virusfreiheit 6 Monate nach Therapieende“ (Koeffizient: 0,804, 95 %-KI [0,753; 0,855], OR: 2,235, 95 %-KI [2,123; 2,351]),
- „Anwendungshäufigkeit der Medikamente“ (Koeffizient: 0,297, 95 % KI [0,251; 0,342], OR: 1,345, 95 % KI [1,285; 1,408]),
- „Dauer der antiviralen Therapie“ (Koeffizient: 0,250, 95 %-KI [0,204; 0,296], OR: 1,284, 95 %-KI [1,226; 1,344]),
- „Wahrscheinlichkeit von psychischen Nebenwirkungen“ (Koeffizient: 0,186, 95 % KI [0,140; 0,232], OR: 1,204, 95 % KI [1,150; 1,261]),
- „Wahrscheinlichkeit von Magen-Darbeschwerden“ (Koeffizient: 0,123, 95 % KI [0,078; 0,169], OR: 1,131, 95 % KI [1,081; 1,184]),
- „Wahrscheinlichkeit von Hautproblemen und/oder Haarausfall“ (Koeffizient: 0,105, 95 %-KI [0,060; 0,151], OR: 1,111, 95 %-KI [1,062; 1,163]) und
- „Anhalten grippeähnlicher Symptome nach der Injektion“ (Koeffizient: 0,105, 95 % KI [0,060; 0,151], OR: 1,111, 95 % KI [1,062; 1,163]).

DDG und diabetesDE fordern Berücksichtigung weiterer Patientengruppen

>> Vor kurzem hat das IQWiG den Vorbericht zum Auftrag D12-01 „Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung (CGM) mit Real-Time-Messgeräten bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus“ des G-BA veröffentlicht: Die Meta-Analyse der berücksichtigten Studien ergab dabei einen Beleg für den Nutzen von CGM bei Erwachsenen. Die DDG, diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, die Arbeitsgemeinschaft Diabetologische Technologie und die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie begrüßen in einer gemeinsamen Stellungnahme die positive Bewertung der Studienevidenz hinsichtlich der

Nutzung von CGM speziell zur Verbesserung des HbA1c-Wertes sowie der Verringerung von schweren oder schwerwiegenden Unterzuckerungen bei Menschen mit Typ-1-Diabetes. „Der Einsatz von Systemen zum kontinuierlichen Glukosemonitoring bedarf aber einer umfassenderen Betrachtung, die unter anderem auch den diabetologischen Versorgungsalltag miteinbezieht“, so Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel, Präsident der DDG.

Von der GKV werden die Kosten für CGM-Systeme bislang nur im Einzelfall auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen

Dienst der Krankenkassen (MDK) übernommen. „Der nun festgestellte Nutzen von CGM-Systemen insbesondere bei Erwachsenen und eingeschränkt bei Kindern liefert unserer Ansicht nach die Basis für eine Kostenübernahme bei all den Patienten, bei denen eine Indikation besteht und bei denen eine Verbesserung ihrer Situation durch den Einsatz von CGM erreicht werden kann“, fordert Prof. Dr. rer. nat. Lutz Heinemann, Vorsitzender der AG Diabetologische Technologie (AGDT) der DDG und Mitunterzeichner der gemeinsamen Stellungnahme. <<

Ärztliche Zweitmeinung: der Rat, der Klarheit schafft



Ein Arztbesuch hat eine Diagnose erbracht, die für den Patienten lebensverändernd oder sogar lebensbedrohlich ist? Eine Operation scheint unvermeidlich? Für diese Krankheitsfälle bietet die Deutsche BKK die Möglichkeit, bei kompetenten Experten eine Zweitmeinung einzuholen. Die Kosten übernimmt die Deutsche BKK.



Achim Kolanoski,
Vorstandsvorsitzender
Deutsche BKK

In den deutschen Krankenhäusern ist laut offiziellen Angaben die Zahl der Operationen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Im Jahr 2013 wurden rund 18,8 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt, das waren 2,3 Prozent mehr als 2011. Seit 2010 hat sich die Zahl der Operationen an der Wirbelsäule

mehr als verdoppelt. Seit 2010 nimmt Deutschland europaweit den Spitzenplatz bei der Zahl der Hüft- und Kniegelenkoperationen ein. „Natürlich gibt es Fälle, in denen orthopädische Operationen zwingend erforderlich sind“, sagt Achim Kolanoski, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK, „aber die Erfahrungen, die unsere Versicherten mit unserem erprobten Zweitmeinungsverfahren machen, sind durchweg sehr positiv.“ Danach lassen sich circa 80 Prozent der Eingriffe vermeiden, wenn zur Klärung der Diagnose vor Operationen eine zweite Expertenmeinung zurate gezogen wird.

Schonendere, weniger riskante und ebenso erfolgversprechende alternative Behandlungsmethoden wurden gefunden – ein großer Gewinn für die Patienten.

Inzwischen können unsere Versicherten seit drei Jahren das Zweitmeinungsverfahren in Anspruch nehmen.

Die ärztliche Zweitmeinung ist eine vertrauensbildende Maßnahme, die den Betroffenen umfassend und ausgewogen informiert. Das gibt den Patienten Sicherheit, sich für oder gegen eine bestimmte Therapie zu entscheiden. Jeder Patient hat das Recht, die Meinung eines zweiten Experten einzuholen. „Die ermutigenden Rückmeldungen unserer Versicherten zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Wir werden diesen Service kontinuierlich auf weitere Krankheitsbilder ausweiten. Für die Deutsche BKK ist die Zweitmeinung ein wichtiger Baustein in einem modernen, hochwertigen und wirksamen Versorgungsmodell“, so Achim Kolanoski.



Ihrer Gesundheit zuliebe

Deutsche BKK

- Telefon: (0 18 02) 18 08 65*
- Internet: www.deutschebkk.de
- E-Mail: info@deutschebkk.de
- Flatratennutzer: (0 53 61) 183 183

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



Dr. iur. Christian Rybak

ist Partner bei der Ehlers, Ehlers & Partner Rechtsanwalts-gesellschaft mbB

Herausforderung: Verfahrensfairness und Transparenz

>> Nach nahezu vier Jahren AMNOG, früher Nutzenbewertung und nachfolgender Preisverhandlung darf das geltende System als etabliert bezeichnet werden. Naturgemäß gehen die Meinungen über die Frage auseinander, ob es sich um einen Erfolg oder eher um eine wirtschaftliche, administrative und emotionale Belastung ohne „Zusatznutzen“ handelt – je nachdem, von welcher Seite aus das Instrument der frühen Nutzenbewertung betrachtet wird. Während einerseits von einer großen Erfolgsstory gesprochen wird, sind die Probleme, die mit diesem Verfahren verbunden sind, auf der anderen Seite nach wie vor unübersehbar. Und gerade in der jüngsten Vergangenheit hat die Vielzahl neuer Konstellationen – sei es im Rahmen von Kombinationspräparaten oder auch im Hinblick auf Indikationserweiterungen bereits bekannter Wirkstoffe – für erhebliche Verunsicherung gesorgt.

Ziel der Systematik ist es, scheinbare Innovationen von echten Neuheiten mit Mehrwert für den Patienten abzugrenzen. Die frühe Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V ist damit im Grundsatz ein sinnvolles Instrument, um Qualität einerseits, aber auch Wirtschaftlichkeit und Effizienz andererseits zu gewährleisten. Auch die bewusste Entscheidung für eine Verhandlungslösung und gegen eine originäre staatliche Preisfestlegung ist richtig, wenngleich die mit der Verhandlung verbundenen Probleme und Schwierigkeiten unübersehbar sind. Trotz aller formalen Transparenz sind die Entscheidungsprozesse für die betroffenen Unternehmen häufig aber nicht oder nur wenig nachvollziehbar, was nicht nur einer erhöhten Akzeptanz des Verfahrens als solchem abträglich ist, sondern auch in rechtsstaatlicher Hinsicht noch immer erhebliche Fragen aufwirft. Insofern bedarf es der kritischen Nachfrage, ob nicht nur Scheininnovationen von echten Neuheiten differenziert werden, sondern ob nicht vielmehr die bestehende Bewertungsmethodik dazu führt, dass ebenso auch Innovationen der Weg in den Markt versperrt bleibt, weil aufgrund der Bewertung des Wirkstoffs eine wirtschaftliche Vermarktung unter Umständen gar nicht mehr möglich ist. Dies gilt nicht zuletzt für die konkrete Verhandlungssituation. Für die Preisverhandlung und –findung ist eine Vielzahl von Faktoren maßgeblich, die für den pharmazeutischen Unternehmer nicht immer klar erkennbar sind. Ob und inwieweit sich ein festgestellter Zusatznutzen tatsächlich auch in einem entsprechenden Preis niederschlägt, ist nicht immer mit der notwendigen Klarheit nachzuvollziehen und sorgt daher verständlicherweise nicht selten für Irritationen. Gerade die jüngsten Diskussionen um eine Erweiterung bzw. Modifizierung der frühen Nutzenbewertung haben aber gezeigt, dass das bestehende System noch längst nicht perfekt ist und daher kontinuierlicher Verbesserungsbedarf gegeben ist. Vor allem in rechtlicher Hinsicht werfen dabei einige Punkte Zweifel auf, die es auch in Zukunft zu diskutieren gilt. Insofern erscheint es richtig, dass die zunächst eingeführte Bewertung von Bestandmarktwirkstoffen durch den Gesetzgeber korrigiert wurde, da die hierbei entstandenen Fragen nicht in zufriedenstellender Weise rechtlich gelöst werden konnten oder auch nur ansatzweise hätten gelöst werden können.

Die Herausforderungen der Zukunft liegen insbesondere in der Schaffung und Gestaltung eines vollständig transparenten Verfahrens, das letztendlich auch die Interessen der betroffenen Unternehmen berücksichtigt – auch, um die schnelle Einführung von Innovationen in den Markt zu gewährleisten. Ziel einer Nutzenbewertung nämlich kann es

nicht sein, dass Unternehmen aus rein wirtschaftlichen Erwägungen gezwungen werden, einen Markteintritt in Deutschland gar nicht zu wagen, sondern sich stattdessen auf andere Märkte zu verlegen. Hierfür ist es erforderlich, noch mehr als bisher dem Grundsatz der Transparenz entsprechend nachvollziehbare Entscheidungskriterien aufzustellen und anhand dieser Kriterien den tatsächlichen Zusatznutzen eines Präparates bzw. Wirkstoffs zu ermitteln. Zum Grundsatz der Transparenz gehört es allerdings auch, dass die jeweiligen Verfahrensschritte für den Betroffenen nachprüfbar sind und er die Möglichkeit haben muss, seine Rechte effektiv zu wahren. Es darf mit Recht bezweifelt werden, ob hierfür die bestehende Möglichkeit der Stellungnahme im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ausreichend ist. Dies ist schon deshalb fraglich, da dem Aspekt der Chancengleichheit nicht Rechnung getragen wird, da insbesondere der GKV-Spitzenverband als wesentlicher Akteur an mehreren Stellen des Verfahrens beteiligt ist, während das Verfahren selbst für die betroffenen Unternehmen regelmäßig ein „Buch mit sieben Siegeln“ bleibt und hier lediglich auf die öffentliche Anhörung verwiesen wird. Dies aber ist einem fairen, transparenten und nachvollziehbaren Verfahren letztendlich abträglich. Auch ist zweifelhaft, ob im Hinblick auf das Recht auf effektiven Rechtsschutz eine Überprüfung der einzelnen Verfahrensschritte erst nach Abschluss des gesamten Verfahrens – nämlich nach der Entscheidung der Schiedsstelle – möglich ist. Schon im Hinblick auf den zeitlichen Aspekt ist dies für die betroffenen Unternehmen regelmäßig unzumutbar und kommt in der Praxis vor allem auch deutlich zu spät. Auch dieser Umstand ist daher zwingend erörterungsbedürftig und sollte bei den künftigen Diskussionen eine wesentliche Rolle spielen. Dies gilt auch für die nachgelagerten Preisverhandlungen selbst. Die hier bestehende Informationsasymmetrie führt zu einer deutlichen Benachteiligung der betroffenen Unternehmen, was letztendlich weder vom Gesetzgeber beabsichtigt gewesen ist, noch für das Verfahren selbst sinnvoll ist. Zudem erscheint es dringend erforderlich, die Frage der Wirtschaftlichkeit des Erstattungsbetrags einer klaren Regelung zuzuführen, um die hier bestehenden Konfliktpunkte einer sinnvollen Lösung zuzuführen.

Alles in allem dürfen aber die bestehenden Probleme und Verunsicherungen nicht dazu führen, dass das Verfahren der Nutzenbewertung als solches in Frage gestellt wird. Zweifelsohne handelt es sich um ein sinnvolles Instrument, das allerdings trotz der Etablierung des Systems mit erheblichen Problemen, Unsicherheiten und Fehlern behaftet ist, die es im Rahmen der künftigen Debatte zu korrigieren gilt. Der Begriff des „lernenden Systems“, der gerne gebraucht, leider allerdings häufig auch missbraucht oder zumindest falsch verstanden wird, mag der Sache nach richtig sein, darf jedoch nicht damit gleichgesetzt werden, dass es sich um ein Experimentierfeld handelt, das beliebig gestaltbar wäre. Der Grundsatz der Verlässlichkeit, der Aspekt des Vertrauensschutzes aber auch der Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit von Entscheidungen, die erhebliche Auswirkungen nicht nur für das Unternehmen selbst, sondern auch für den Patienten und die Versorgungssicherheit haben, müssen in jedem Falle gewährleistet sein und sind oberstes Prinzip. Der bisher geltende Rechtsrahmen ist diesen Anforderungen leider nicht in jedem Falle gerecht geworden, so dass schon aus rechtlichen Gründen eine Präzisierung nicht nur ratsam, sondern vielmehr auch notwendig ist. <<

Integrierte Versorgung nach dem FPZ KONZEPT

Deutschland den Rücken stärken

Deutschland bleibt bei der Behandlung von Schmerzpatienten hinter den Möglichkeiten moderner Therapiekonzepte zurück. Bestes Beispiel dafür sind Rückenschmerzen. Mit 49,2 Millionen Betroffenen sind sie Volkskrankheit Nummer eins und Kostentreiber für Gesundheitssystem und Volkswirtschaft. Viele negative Effekte sind vermeidbar. Auf der Basis des FPZ Konzeptes wurden bereits über 250.000 Patienten in Deutschland behandelt.

>> Deutschland hat bei der Versorgung seiner Schmerzpatienten immer noch großen Nachholbedarf. Am Beispiel der Indikation Rückenschmerzen werden die gesundheitsökonomischen Konsequenzen deutlich: Behandlungskosten in Höhe von zehn Milliarden Euro stehen beinahe drei Mal so hohe indirekte Kosten (28 Mrd. Euro) gegenüber, verursacht beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentungen. Nach Daten der Barmer geht beinahe jeder vierte Fehltag (23,5%) auf Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) und damit vor allem auf Rückenschmerzen zurück (*BARMER Gesundheitsreport 2008. Rückengesundheit, S. 48*).

Mit dem FPZ KONZEPT zu einer besseren Versorgung der Rückenschmerzpatienten

Vor diesem Hintergrund muss es Ziel einer verbesserten Versorgung sein, die Chronifizierung von Schmerzen durch eine frühzeitige Behandlung möglichst zu verhindern. FPZ ist ein herausragendes Beispiel dafür, wie Menschen mit Rückenschmerzen durch ein integriertes Versorgungskonzept besser und in der Summe zu geringeren Kosten als in der Regelversorgung behandelt werden können.

Das Netzwerk von FPZ besteht aus mehr als 1.600 Leistungserbringern (Allgemeinärzte, Spezialisten und Schmerztherapeuten) und über 200 Behandlungszentren. Wichtigstes Prinzip des Modells ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit: Bei der Behandlung arbeiten verschiedene Fachdisziplinen auf Augenhöhe zusammen. Gemeinsames Ziel ist dabei die Heilung des Patienten. Mit großem Erfolg: Bereits über 250.000 Patienten wurden nach dem FPZ Konzept behandelt, davon mehr als 50.000 im Rahmen der Integrierten Versorgung. Eine Vielzahl gesetzlicher Krankenkassen und privater Krankenversicherungen hat bereits Verträge mit dem Expertennetzwerk von FPZ abgeschlossen.

SO LÄUFT DIE BEHANDLUNG NACH DEM FPZ KONZEPT AB

Wenn ein Patient zu einem eingeschriebenen Hausarzt, Schmerzspezialisten oder einem eingebundenen Facharzt (in der Regel ein Orthopäde) kommt, entscheidet dieser mit Unterstützung einer Online-Plattform über den weiteren Behandlungsweg. Dieser ist in drei Ebenen unterteilt. Die Therapie eher leichter Fälle erfolgt durch den Hausarzt. Schwere oder sehr schwere Fälle werden an einen Facharzt beziehungsweise Schmerztherapeuten überwiesen. Ihre Behandlung durch verschiedene Fachdisziplinen verläuft koordiniert und oftmals auch in einem FPZ Rückenzentrum.

Dort wird dann das FPZ KONZEPT in drei Maßnahmen aufgegliedert, die systematisch aufeinander aufbauen: Den Ausgang bildet die Analyse der Rückenschmerzen. Auf Basis der Analyseergebnisse wird für jeden Patienten ein maßgeschneidertes Therapieprogramm entwickelt. Es besteht aus einem Intensiv- und einem weiterführenden Programm. Regelmäßige Folgeanalysen dokumentieren die Fortschritte und ermöglichen die kontinuierliche Optimierung der Therapie.

Abb. 1: Interdisziplinarität als Grundprinzip der integrierten Versorgung nach dem FPZ KONZEPT: das Modell der drei Ebenen

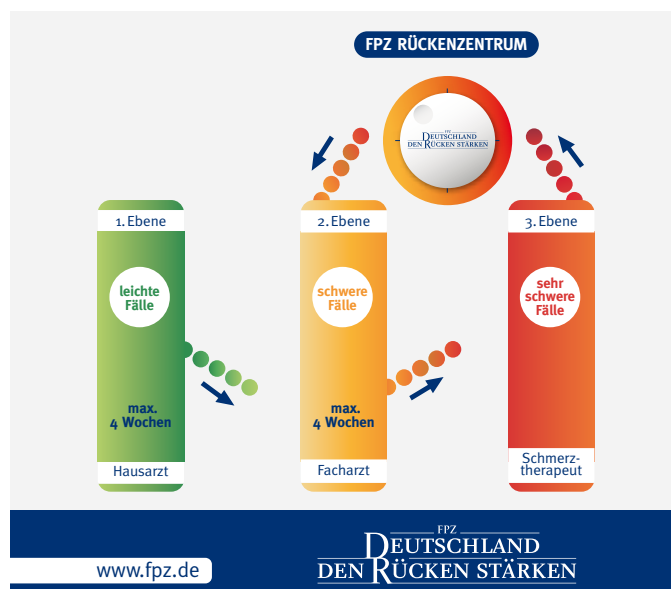
FPZ WIRKT – DATEN DOKUMENTIEREN DEN BEHANDLUNGSERFOLG

Die Wirksamkeit des FPZ KONZEPTS belegen die Evaluationsdaten aus den Rückenzentren: Kraft und Leistungsfähigkeit der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur verbessern sich bei den Patienten in drei Monaten um durchschnittlich 30 bis 50 Prozent. 91 Prozent aller muskulären Dysbalancen und Asymmetrien lassen sich innerhalb von sechs Monaten vollständig beseitigen. Nacken- und Rückenschmerzen verbessern sich bei 93,5 Prozent aller Patienten, jeder Zweite erlangt völlige Beschwerdefreiheit. Die Lebensqualität steigt um 22 Prozent (*Denner A.: Analysegestützte medizinische Trainingstherapie für die Wirbelsäule: Methoden, Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung. Orthopädische Praxis 11/9935. Jahrgang: 714-720. S. 718/719, ML Verlag*). Auch können längerfristig die Aufwendungen im Bereich der ambulanten und stationären Leistungen, der Heilmittel und des Krankentagegeldes verringert werden (*T. Daschner, F. Tschubar: Manuelle Medizin 2006, 44:308-312, S. 311, Online publiziert: 10. August 2006. Springer Medizin Verlag 2006*).

FPZ HAT EINEN GESUNDHEITSÖKONOMISCHEN NUTZEN

Über den individuellen Patientennutzen hinaus wird auch der gesundheitsökonomische Mehrwert deutlich: Dadurch, dass Chronifizierungen wirksam vermieden werden, können Arbeitgeber durch die Einbindung des FPZ KONZEPTS in das Betriebliche Gesundheitsmanagement messbar die Krankenfehltag senken. Und weil FPZ dabei ist, ein bundesweites Netzwerk zu etablieren, wird es in Zukunft einen noch größeren Beitrag für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft leisten. Damit kann FPZ für viele Patienten die richtige Antwort auf ihre bislang ungelösten Rückenschmerzprobleme sein.

DAS MODELL DER „3 BEHANDLUNGSEBENEN“





Univ.-Prof. Dr. Dr. Klaus H. Nagels

ist seit 2010 an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth Professor für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Bewertung komplexer Innovationen erfordert Maßnahmen zur Sicherung der Entscheidungsqualität

>> Vor kurzem schrieb Clemens Hong im NEJM (N England J Med 2014; 491 – 493) über die zunehmende Einsicht von Kennern des amerikanischen Gesundheitssystems, dass der Einsatz von Teams, die auf die Behandlung komplexer Fälle spezialisiert sind (CCM, Complex Care Management Teams) einen wesentlichen Beitrag für die Lösung von Kosten- und Qualitätsdefiziten des Systems darstellen können. Komplexe Fälle bedürfen entsprechender Handhabung, um die Ergebnisqualität zu steigern. Eine naheliegende Schlussfolgerung, die zunehmend durch Evidenz untermauert wird. Eine Einsicht aus der Versorgung, die sich auch auf den Themenbereich Innovationsmanagement und medizinischer Fortschritt übertragen lassen könnte. Das Spannungsfeld ergibt sich angesichts knapper Ressourcen aus den unausweichlichen Allokationsentscheidungen, die vor dem Hintergrund komplexer Innovationen zu treffen sind. Dabei sind existierende Lösungen im Sinne einer zweckmäßigen Vergleichstherapie oder -diagnostik gegenüber dem Potenzial von Innovationen abzuwägen. In der Vergangenheit hat ein Zusammenspiel von Regulation und Marktphänomenen diesen Prozess vorangetrieben haben, und zwar mit dem Ergebnis dass viele pharmazeutische Präparate ohne Zusatznutzen entweder im Zuge des Selektionsprozesse vom Markt verschwunden sind oder nur eine unbedeutende Position einnehmen. In vielen Ländern hat man sich entschlossen, diese Funktionselemente zu institutionalisieren (z.B. NICE, GBA/IQWiG). Dies geschah aus der Motivation heraus den Selektionsprozess effizienter und kürzer zu gestalten. Abgesehen davon, dass wie auch immer geartete Institutionen immer auch Transaktionskosten mit

sich bringen, stellt sich die Frage, wie es um die Entscheidungsqualität dieser Institutionen bestellt ist. Innovationen und medizinischer Fortschritt werden komplexer, denn sie ergeben sich immer häufiger aus der Konvergenz multidisziplinärer Wissensströme und Technologien. Komplexität ist durch eine Vielzahl von Abhängigkeiten und Verbindungspunkten gekennzeichnet. Dies gilt auch für sogenannte personalisierte Medizin, die eher eine durch zunehmende diagnostische Auflösung präziser werdende Medizin ist. Hat man mehr Pixel, kann man auch Details und komplexe Abhängigkeiten erkennen. Die Herausforderungen im Umgang mit solch komplexen Innovationen liegen vor allem in der Einschätzung ihres Potenzials und ihrer zukünftigen Bedeutung. Hier schließt sich auch der Kreis zu den CCM-Teams. Es reicht eben wie in der Beurteilung komplexer klinischer Fälle nicht aus, allein eine Entscheidung auf der Basis von Studienergebnissen aus der Vergangenheit zu fällen, die beispielsweise das IQWiG strukturiert und gut aufbereitet hat. Vor diesem Hintergrund müssen sich auch Entscheidungsgremien wie z.B. der G-BA dem Thema Qualitätssicherung stellen, damit die mittel- und langfristige Entscheidungsqualität umfassender untersucht werden können. Untersuchungen zu Faktoren von volkswirtschaftlichem Wachstum haben gezeigt, dass die wirtschaftliche Prosperität von Volkswirtschaften mit der Fähigkeit korreliert, erfolgreich mit komplexen Produkten umzugehen bzw. diese hervorzubringen. Die Hypothese liegt nahe, dass diese Einsichten nicht nur für die Gesundheitswirtschaft, sondern auch mit Blick auf das Produkt Gesundheit eine gewisse Bedeutung haben könnten. <<

Chirurgen fordern faire Beurteilung ihrer Forschung

>> Bei der leistungsorientierten Vergabe von Geldern an Universitäten, bei Habilitationsverfahren und Forschungsanträgen bis hin zum Chefarztposten soll der Quotient aus Zitaten und wissenschaftlichen Artikeln zukünftig nicht mehr zählen. Das hofft zumindest die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Der bibliometrische Indikator sei jahrelang als völlig untaugliches Evaluationsinstrument insbesondere auch in der Chirurgie eingesetzt worden, so die DGCH, und dürfe nicht länger als Messlatte für Wissenschaftler dienen. Stattdessen fordert die DGCH einen fairen Vergleich unter Forschern, der aber andere Ansätze erfordert. Die Fachgesellschaft sieht darin die Chance für einen Wandel am Wissenschaftsstandort Deutschland.

Die Karriere von Wissenschaftlern hing bislang stark davon ab, ob renommierte

Fachzeitschriften ihre Forschungsergebnisse publizieren. Rang und Einfluss der Zeitschriften drücken sich im sogenannten „Journal Impact Factor“ aus – ursprünglich als Orientierungshilfe für Bibliothekare entwickelt. Den Punktwert aktualisiert regelmäßig der Medienkonzern Thomson Reuters.

„Es ist nicht länger vertretbar, dass auf Basis eines solchen Index etwa eine Milliarde Euro Steuergelder für leistungsorientierte Mittel an Kliniken fließen“, sagt Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH. Insgesamt schütten die Länder jährlich mehr als drei Milliarden Euro an medizinische Fakultäten aus. Deutschland könne es sich nicht leisten, seine Wissenschaftler jahrelang anhand ungeeigneter Kriterien zu bewerten, meint DGCH-Präsident Prof. Dr. med. Peter Vogt, Direktor der Klinik

für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Auch wenn es darum geht, medizinische Lehrstühle oder Chefarztstellen zu besetzen, wenn die Länder Gelder für Sonderforschungsbereiche verteilen oder wenn akademische Zentren finanziert werden – überall dort galt der Impaktfaktor zuletzt immer mehr als Qualitätsgarant. Das ändert sich jetzt. Anstoß dazu gibt ein Positionspapier der AWMF: Die AWMF kritisiert die Dominanz des Impaktfaktors bei der Evaluation medizinischer Forschungsleistungen. Das Papier benennt stattdessen alternative Kriterien: Unabhängige Gutachten, normierte Zitationsraten, die Höhe eingeworbener Forschungsgelder, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und auch den Nutzen von Forschung. <<

„Die von uns erwartete Festlegung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren kann nicht geliefert werden“

>> Mit einem Grußwort von Bundesgesundheitsminister Gröhe und zwei überaus interessanten Plenumsvorträgen wurde die immerhin schon 6. Qualitätskonferenz des G-BA eröffnet, zu der wieder über 500 Besucher begrüßt werden konnten. Zwei Plenarveranstaltungen und zwölf vertiefende Fachforen boten Gelegenheit, sich über aktuellste Entwicklungen und Trends in der medizinischen Qualitätssicherung zu informieren und auszutauschen.

Ein Schwerpunkt der Veranstaltung war die von der Politik geforderte Steigerung der Transparenz über die Qualität in der stationären und ambulanten Versorgung. Qualitätsergebnisse sollen künftig auch bei der Krankenhausplanung berücksichtigt und mit finanziellen Anreizen belohnt werden. Zahlreiche Referenten setzten sich mit den möglichen Effekten auseinander, denn sobald Qualitätsergebnisse finanzierungsrelevant werden, haben sie Einfluss auf Versorgungsstrukturen.

Doch recht schnell wurde klar, dass der Begriff Qualität zwar zentral, wichtig und von allen konsentiert ist, doch die nötige Definitionsarbeit dessen, was unter Qualität im Gesundheitswesen zu verstehen ist, und vor allem, ob und wie Qualität und mühsam erarbeitete Qualitätsindikatoren überhaupt sinnvoll in der Bedarfsplanung einzusetzen sind, noch aussteht.

Zum einen lobte Gröhe zwar die Arbeit des G-BA bei den diversen Qualitäts-Offensiven wie der Hygienequalität zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, der Weiterentwicklung der G-BA-Richtlinie zur Qualitätssicherung bei der Dialyse oder der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Doch mahnte er andererseits an, dass der Bundesausschuss auch weiterkommen müsse in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Gröhe: „Hier gilt es vor allem auch noch einige technische Hürden zu nehmen, um die Behandlungsqualität über die Grenzen der stationären und ambulanten Versorgung hinweg betrachten zu können. Hier brauchen wir eine klare Einschätzung, welche Voraussetzungen notwendig sind, um weiter voranzukommen.“

Weil in der Bund-Länder AG bereits feststehe, dass Qualitätsaspekte künftig stärker als bisher bei Steuerungsentscheidungen und bei der Vergütung berücksichtigt werden sollen, werde „die Qualität als Planungskriterium gesetzlich verankert“. Dazu bräuchten die Länder Kriterien, mit Hilfe derer sie die Qualität der Krankenhäuser verlässlich beurteilen können. Das werde „eine ganz wichtige Auf-

gabe für den G-BA sein, diese Indikatoren mit der gebotenen Aussagekraft zur Verfügung zu stellen“. Hier habe - so Gröhe - der G-BA bereits gute Vorarbeit geleistet: „Wenn es darum geht, planungsrelevante Qualitätskriterien zu bestimmen, liegen viele notwendige Erkenntnisse der externen stationären Qualitätssicherung bereits vor. Dieser Informationsschatz kann meines Erachtens noch besser genutzt werden“, gab der Bundesminister seiner Hoffnung Ausdruck.

Datenschatz sucht neue Aufgabe

Wenn er da mal nicht grob enttäuscht wird. Das liegt nicht an der schieren Zahl der Daten an sich: Für diesen „Datenschatz“ wurden alleine im Jahr 2013 in den deutschen Krankenhäusern immerhin 3,2 Millionen Datensätze zu 434 unterschiedlichen Qualitätsindikatoren in 30 verschiedenen stationären Leistungsbereichen erhoben, von der Gallenblasenentfernung über Bypass-Operationen über Transplantationen bis hin zur Dekubitusprophylaxe. „Die Zahl der Qualitätsindikatoren, die Krankenhaus-individuell jährlich in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen sind, ist inzwischen auf 290 angestiegen“, erklärte Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. Darüber hinaus seien ebenfalls im Jahr 2013 bundesweit rund 3.000 Vertragsärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen worden, um zu analysieren, was die Qualität ihrer Leistungen in bestimmten Bereichen – zum Beispiel in der bildgebenden Diagnostik – anbelangt.

Das ist sicher alles schön und gut, wenn sich denn Versorgung nur im Akutbereich abspielen würde, denn rund 80% aller Qualitätsanstrengungen beziehen sich auf diesen Bereich, währenddessen die Realität dominiert wird durch die Versorgung von Chronikern und Multimorbiden, die sich einfach nicht an Sektorengrenzen halten wollen. Klakow-Franck: „Was wir machen können, ist die Qualitätssicherung der einzelnen Prozeduren in einem Krankenhaus, mit Fokus auf die Akutversorgung, aber wir können damit keine regionale Versorgungsplanung betreiben.“

Doch angesichts einer wachsenden Zahl multimorbider, chronisch kranker Patienten wird es nun einmal immer wichtiger, nicht nur die operative Akutversorgung, sondern auch eine daran anschließende sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu erfassen und zu

belohnen. Hier brachte Prof. Dr. med. Matthias Schrappe (Interview dazu in der kommenden Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“) in seinem Planungsvortrag den Begriff der „Area Indikatoren“ ins Spiel, die in der Lage wären die künftigen Aufgaben in einer von Chronikern und multiplen Morbiditäten geprägten Versorgungslandschaft abzubilden. Doch ist der G-BA schon bei der bisherigen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die Schrappe eher in einer transsektoralen sieht, in den vergangenen Jahren nicht groß weitergekommen, was sich wohl auch in den nächsten nicht viel ändern wird.

Nun soll der Bundesausschuss nach Willen der Politik mit Unterstützung des neuen Qualitätsinstituts aber auch noch planungsrelevante Qualitätsindikatoren aussuchen beziehungsweise neu entwickeln, und ebenso Qualitätskriterien für Sicherstellungszuschläge und vieles mehr zuarbeiten.

Genau hier sieht Klakow-Franck Probleme. „Wir haben einen großen Datenschatz“, gibt sie dem Gesundheitsminister durchaus recht. Doch könnte man damit „nur sehr bedingt die neuen Erwartungen, die an uns herangebracht werden, erfüllen“, will heißen: Mit dem bestehenden, mit viel Arbeit und enormen zeitlichen Aufwand (vor allem auch bei Krankenhäusern und Ärzten) erarbeiteten Indikatorenset kann nach Meinung von Klakow-Franck „die neue Anforderung an qualitätsorientierte Krankenhausplanung und -vergütung in einer sinnvollen Art und Weise zu ermöglichen, mit unserem vorhandenen Indikatorenset nicht erfüllen“. Klakow-Franck: „Der Minister vertrat die Vorstellung, dass das aus dem bestehenden Qualitätsindikatorenset möglich ist, das sehen Prof. Schrappe und ich überhaupt nicht so, dafür müssen wir unser Qualitätsindikatorenset (QIS) erst weiterentwickeln, damit darauf Planungsentscheidungen der Länder basieren können.“

Ein großes Problem dabei ist, was für die bestehenden Indikatoren eben nicht gilt, die höchstens in diverse Krankenhaus-Bewertungsportale einfließen, aber bisher (dazu gibt es allerdings einen Vorschlag des Spitzenverbands Bund zur „qualitätsorientierten Versorgung“) keinerlei negativen Einflüsse haben: Dieses neue QIS muss justizierbar sein, denn deren Anwendung in der Bedarfs- und Vergütungsplanung kann im Zweifel auch dazu führen, dass die eine oder andere Fachabteilung oder gar ein ganzes Krankenhaus vom Netz gehen muss. <<

von:
Peter Stegmaier, MVF

Ambulantes Operieren in Berlin-Brandenburg

Verbundversorgung feiert 10-jähriges Jubiläum

Vor fast genau zehn Jahren schloss die Berliner BKK-VBU mit der Park-Klinik Weißensee, dem Unfallkrankenhaus Berlin und dem HNO-Verbund Berlin einen Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV). Mittlerweile ist daraus die Verbundversorgung Berlin-Brandenburg geworden, ein stattliches medizinisches Netzwerk, an dem permanent gearbeitet, und das ständig weiterentwickelt wird.

>> Im Gegensatz zum Sommer 2004 besteht die Verbundversorgung Berlin-Brandenburg heute aus acht Krankenhäusern, vier Ärztenverbänden, sieben ambulanten Operationszentren und 73 Krankenkassen. 164 Chirurgen und Orthopäden, 161 HNO-Ärzte, 131 Gynäkologen, 117 Augenärzte, 150 Hausärzte und mehr als 150 Anästhesisten und Pathologen bilden derzeit den Pool, aus dem die Verbundversorgung ihr medizinisches Know how schöpft. Viele der teilnehmenden Krankenkassen sind gleichzeitig auch Mitglied der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte (BKK VAG Mitte).

Bessere Versorgung, bessere Betreuung

Die Verbundversorgung hat es sich auf die Fahnen geschrieben, Patienten interdisziplinär und sektorenübergreifend zu versorgen und ihnen damit eine bessere Behandlungs- und Betreuungsqualität zu ermöglichen. Dazu ist es notwendig, Versorgungsprobleme auszuräumen und zu beseitigen. Gemeint ist vor allem die oftmals fehlende leitliniengestützte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, die fehlende qualitätsgeleitete Behandlung von Versicherten, eine Segmentierung der Versorgungsbereiche, falsche finanzielle Anreize im Krankenhaus und fehlende Anreize im ambulanten Bereich.

Patienten der Verbundversorgung profitieren zum einen von einer höheren Qualität ihrer Behandlung. Denn: Eine abgestimmte Dokumentation und vereinbarte Behandlungsstandards zwischen allen Therapeuten ermöglichen eine individuell passgenaue Versorgung. Unnötige Doppeluntersuchungen gehören der Vergangenheit an. Von Vorteil ist aber auch die Betreuung während der Behandlung:

- kurze Wartezeiten auf OP-Termine,
- eine detaillierte Aufklärung über einen unbürokratischen Therapieablauf,
- eine aktive Einbindung in alle Behandlungsschritte,
- ein fester Ansprechpartner in der Klinik und
- eine Unterbringung bevorzugt in Zweibettzimmern.

Die früh eingeleitete, begleitende Qualitätssicherung zeigt, dass man auf dem richtigen Weg ist. So enthüllte eine neuere, für 2013 in Auftrag gegebene Umfrage vor kurzem, dass die Patienten sehr zufrieden sind. Beispiel HNO: Der Eingriff wurde im Schnitt mit der Note 1,2 bewertet, 97,9 Prozent der Patienten würden sich in der Praxis erneut operieren lassen, 99,4 Prozent würde diese Praxis weiterempfehlen. Auch bei den chirurgisch-orthopädischen Eingriffen sahen die Patienten nur wenig Verbesserungsbedarf. Das reichte für eine Gesamtnote von 1,3. Hier würden sich 98,5 Prozent der Patienten wieder in der Praxis operieren lassen und 99,1 Prozent würde diese Praxis auch weiterempfehlen.

Teilnahmevoraussetzung für Versicherte ist, dass ihre Krankenkasse der Verbundversorgung beigetreten ist, und sie selbst einen Arzt der Verbundversorgung kontaktieren und über eine Einschreibung ihre Teilnahme erklären. Die Verbundversorgung Berlin-Brandenburg ist seit September auch online über eine eigene Website erreichbar: Auf www.verbundversorgung.de können sich Versicherte über die Vorteile informieren. Sie erfahren dort auch, ob ihre Krankenkasse daran teilnimmt, ob es in ihrer Nähe einem zu ihrem Problem passenden Verbundarzt gibt, wie genau die Einschreibung abläuft und welche Ansprechpartner ihnen weiterhelfen können.

Das Herzstück ist die Patientensteuerung

Bei der Verbundversorgung wird die Patientensteuerung gemeinsam von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern wahrgenommen. Dabei leiten niedergelassene Ärzte Patienten mit operationsbedürftigen Erkrankungen nur an Verbundärzte für ambulante Operationen oder an beteiligte Kliniken für stationär erforderliche Operationen weiter. Alle Behandler arbeiten fachübergreifend und medizinisch sinnvoll zusammen. Operationen erfolgen – wo immer möglich und vertretbar – ambulant oder teilstationär, wo unumgänglich stationär in den Kliniken des Verbundes. Patienten, die nach der Operation noch eine

Nacht im OP-Zentrum verbringen, werden teilstationär oder „ambulantPlus“ behandelt.

Zum Behandlungsspektrum gehören nicht nur Operationen: Auch die Chemotherapie bei Brustkrebs, die Hyposensibilisierung bei Allergien und die Behandlung von Schlafapnoe sind Teil des Repertoires der Verbundversorgung. Eine Hyposensibilisierung, also ein Toleranzaufbau gegenüber Stoffen, auf die Allergiker überempfindlich reagieren, erfolgte von 2010 bis 2013 in fast 500 Fällen. Bei der Schlafapnoe arbeiten teilnehmende Fachärzte und schlafmedizinische Zentren eng zusammen. Sie untersuchen in Schlaflaboren, ob sich ein Verdacht auf Schlafapnoe bestätigt und welche Therapie dagegen sinnvoll ist.

Innerhalb der Verbundversorgung ist die Servicestelle Vertragspartner der CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH für die Dokumentation und Abrechnung zuständig. Zudem unterstützt eine von CONVEMA entwickelte Software zur Onlineabrechnung, die sogenannte WebSolution, niedergelassene Verbundärzte und Operationszentren bei der Abrechnung. Die Servicestelle ist auch Ansprechpartner für Krankenkassen und Versicherte, wenn für anstehende Operationen eine Zweitmeinung eingeholt werden soll. Dabei wählt die Servicestelle oder die Krankenkasse geeignete Patienten über eine Analyse der Krankenhausverordnung aus. Letzten Endes fällt dann in einem Gespräch zwischen dem Versicherten und dem Arzt der Verbundversorgung die Entscheidung, ob eine Operation ambulant, im Rahmen von ambulantPlus oder stationär durchgeführt wird.

AmbulantPlus mit steigender Tendenz

Bis Ende 2008 gab es für Verträge zur Integrierten Versorgung eine Anschubfinanzierung aus dem kollektivvertraglich vereinbarten Gesamtbudget der ambulanten und stationären Versorgung. Zum Zeitpunkt der Einstellung der Finanzierung waren nach Angaben der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V noch 6.407 IV-Verträge in Kraft. Danach konnten nur noch Organisationen überleben,



Wir schaffen Verbindungen.

OECKL. Taschenbücher des Öffentlichen Lebens.

Bundesärztekammer Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe BAGS. IQWiG
NAV-Virchow-Bund Kassenärztliche Bundesvereinigung
Berufsverband der Pharmaberater e.V. Bundesapothekerkammer
Qualitätssicherung in der Medizin Interessenverband kommunaler Krankenhäuser
Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V. **Krankenkassen**

Professionelle politisch-gesellschaftliche Kommunikation braucht die richtigen Kontakte. Seit 1950 stellt der OECKL die relevanten Akteure des öffentlichen Lebens vor, in Deutschland und Europa. Ihr zuverlässiger Pfadfinder im Behörden-Dschungel.



Buch



CD



Online



Adress-Services

 **FESTLAND VERLAG**

Postfach 2005 61 · 53135 Bonn · Tel. (0228) 3620 21 · Fax (0228) 3517 71
verlag@oeckl.de · www.oeckl.de

die sich selbst tragen konnten – die Verbundversorgung Berlin-Brandenburg gehörte dazu.

Die Fallzahlentwicklung von 2010 bis 2013 – also die Zeit nach dem Ende der Anschubfinanzierung –, enthüllt bei den Augen-Fällen einen mehr oder weniger starken Anstieg bei den ambulantPlus-Fällen bei einem gleichzeitigen Rückgang der stationären Fälle. Bei den HNO- und den chirurgisch-orthopädischen Fällen zeigt sich im Bereich ambulantPlus ein Anstieg und im stationären Bereich ein leichter Rückgang. Für gynäkologische Fälle ist der Bereich ambulantPlus nicht vorgesehen, im stationären Bereich zeigt sich – wie auch bei den übrigen Verbänden – ein Rückgang.

Die ambulantPlus-Fälle steigen somit bei allen relevanten Verbänden, das heißt bei Chirurgen und Orthopäden, HNO-Ärzten und Augenärzten, tendenziell an. Das größte Fallaufkommen zeigt sich bei den Chirurgen/Orthopäden, das kleinste bei den Augenärzten. Die Gesamtfallzahl über alle Verbände und ohne Berücksichtigung der Art der Behandlung blieb über die Jahre weitgehend stabil und lag 2013 bei etwa 6.300 Fällen.

Die Gesamtkostenentwicklung der einzelnen Verbände verlief im Zeitraum 2010 bis 2013 parallel zur Entwicklung der Gesamtfallzahl. Während sich bei den Gynäkologen und HNO-Ärzten ein rückläufiger Trend abzeichnete, war es bei den Augenärzten und den Chirurgen/Orthopäden genau umgekehrt. Die zuletzt genannte Gruppe verursachte mit knapp 3,5 Millionen Euro im Jahr 2013 auch die höchsten Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung (Abb. 1). Die Kostenentwicklung bei ambulantPlus stieg ähnlich an wie die Fallzahlentwicklung in diesem Bereich (Abb. 2).

Die TOP 10 der Operationen führen im Zeitraum von 2010 bis 2013 der Katarakt mit 2.442 Operationen, die Arthroskopie mit 2.295 Operationen und die Adenotomie mit 2.191 Operationen an (Tab 1).

Der Verbund soll zur Regel werden

Krankenkassen profitieren durch die Teilnahme an der Verbundversorgung zunächst qualitativ über eine bessere Behandlung und Betreuung ihrer Versicherten. So lässt sich zum Beispiel durch das Zweitmeinungsverfahren gegebenenfalls eine stationäre Operation verhindern. Das Angebot der Verbundversorgung kann sich durchaus positiv auf die Versichertenbindung auswirken, sofern die Krankenkasse von den Versicherten im Prozess als hilfreich und förderlich wahrgenommen wird. Daneben soll sich die Verbundversorgung

für Krankenkassen auch rechnen. So ergeben sich finanzielle Vorteile zum einen durch Operationen, die teilstationär/ambulantPlus im Verbund statt stationär in der Regelversorgung durchgeführt werden. Zum anderen gelten für stationäre Operationen in Kliniken des Verbundes abgesenkte KH-Basisfallwerte im Vergleich zu stationären Operationen in der Regelversorgung. So zeigt sich für 2012 beispielhaft für die Verbundversorgung ein Einsparpotenzial beim Verschluss einer Hernie (Eingeweidebruch) von über 650 Euro, bei der Korrektur eines Kniebinnenschadens (Arthroskopie) und der Korrektur eines Hallux Valgus (Hammerzeh) von jeweils über 600 Euro pro Fall.

Innerhalb der vier Fachverbände diskutieren die Verantwortlichen laufend darüber, ob neue Bereiche in die Verbundversorgung aufgenommen werden sollen. Dabei

geht es in erster Linie um Themen, die zwar schon in den Kliniken abgebildet sind, im ambulanten Sektor in der Regelversorgung aber noch nicht angeboten werden. Für Operationen gilt auch hier die Verbundparole: Ambulant, wann immer möglich, stationär nur, wenn unumgänglich. << von:

Holger Wannewetsch, Berlin

Pos	OP	Anzahl
1	Katarakt	2.442
2	Arthroskopie	2.295
3	Adenotomie + Paukenröhrchen	2.191
4	Nasenmuschelhyperplasie	2.104
5	Varizen	1.077
6	Fettgewebstumore (Entfernung)	927
7	Tonsillotomie + Schnarchen	941
8	Tumorentfernungen	875
9	Nasenseptumdeviation + Nasennebenhöhlensanierung	873
10	Leistenbruch	834

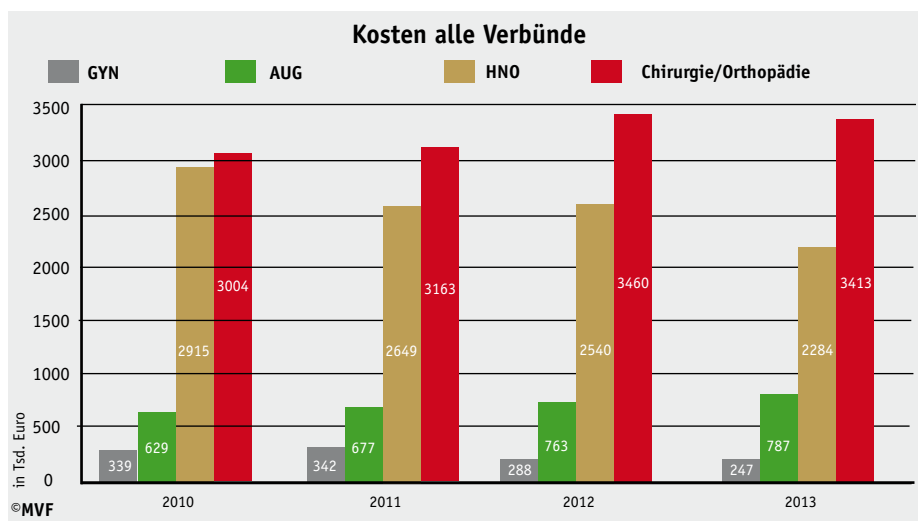


Abb. 1: Kosten alle Verbände.

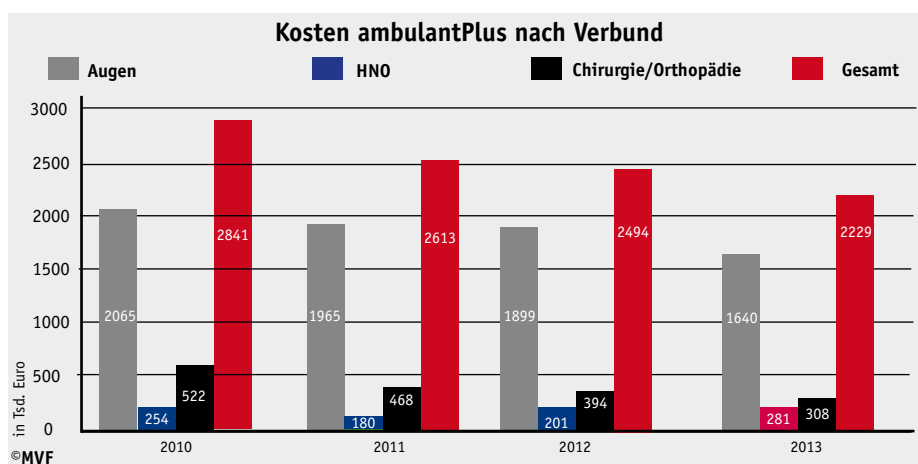


Abb. 2: Kosten ambulantPlus nach Verbund.



Real Life Evidence

Über 30 Jahre Versorgungsforschung

Wir forschen mit dem Ziel, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgung stetig zu optimieren.

Mit hoher Sach- und Methodenkompetenz und einem interdisziplinären Team von über 100 Expertinnen und Experten bietet IGES innovative Forschung.

Wir liefern Ihnen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, praxisnahe Schlussfolgerungen und aktuelle Perspektiven für die Versorgung von morgen.

Ihr Ansprechpartner: Hans-Holger Bleß · Bereichsleiter Versorgungsforschung
Tel.: +49 30 230 809 348 · Hans-Holger.Bless@iges.de

IGES Institut · Friedrichstraße 180 · 10117 Berlin · www.iges.de

Herausragende Expertise in der Analyse von Primär- und Sekundärdaten.

Unser methodisches Repertoire reicht von Experteninterviews und großen Patientensurveys über Delphi-Verfahren bis hin zu Propensity-Score- und retrospektiven Kohortendesigns auf Basis von Daten des Sozialversicherungssystems.

Computertechnische Unterstützung und Logistik des Medikationsmanagements

„Enge Kooperation erforderlich“

Das Medikationsmanagement hat eine längere Vorgeschichte, die Mitte der 1990er Jahre begann und mit so unterschiedlichen Themen wie Pharmazeutische Betreuung, arzneimittelbezogene Probleme, Pharmakovigilanz, Disease-Management-Programme, Arzneimitteldokumentation und elektronische Gesundheitskarte verbunden war. Kernaufgabe aller dieser Bemühungen war immer der Umgang der Ärzte, Apotheker und Patienten mit dem Arzneimittel und die Minimierung der damit verbundenen Risiken.

>> In Anlehnung an verfügbare Definitionen in der Apothekenbetriebsordnung von 2013 bzw. einem ABDA-Grundsatzpapier von 2014 kann Medikationsmanagement folgendermaßen definiert werden:

„Ein Medikationsmanagement umfasst die wiederholte, computergestützte und systematische Analyse der Gesamtmedikation, einschließlich der Selbstmedikation, auf Basis eines Medikationsprofils zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Therapie-treue durch Identifizierung und Lösung von arzneimittelbezogenen Problemen in enger Kooperation zwischen Arzt, Apotheker und Patient.“

Die Therapie begleitende Dokumentation der von einem Patienten angewendeten rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimittel bildet die unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass unter Nutzung spezieller Softwareprogramme verschiedene Checks zur Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit durchgeführt werden können. Dazu gehören die Prüfung auf Interaktionen und auf unbeabsichtigte Doppelverordnungen ebenso wie die gezielte Nachfrage bei etwaigen unerwünschten Arzneimittelwirkungen, auf die z.B. Probleme mit der Compliance hindeuten können. Derartige Softwareprogramme für eine strukturierte Patientenbetreuung sind für die Apotheken bereits entwickelt, können aber prinzipiell auch in Arztpraxen eingesetzt werden. Umfassende Prüfungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit sind aber nur möglich, wenn ein Zugang zu den dokumentierten Arzneimittel-daten gegeben ist. Die Prüfergebnisse bedürfen jedoch immer der fachlichen Bewertung durch Ärzte und Apotheker, idealerweise in enger Kooperation.

Die Komplexität der Arzneimitteltherapie ist vor allem bei chronisch kranken und damit oft auch älteren Menschen eine häufige Ursache für arzneimittelbedingte Schäden, die zumindest teilweise vermieden werden können. Medikationshistorien als die gebräuchlichste Form der individuellen Arzneimitteldokumentation dienen in diesem Zusammenhang zur

Überprüfung der Medikation eines konkreten Patienten auf so genannte arzneimittelbezogene Probleme wie zum Beispiel Interaktionen, Compliance-Probleme, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und andere. Ein sekundäres Anliegen ist die Datenaufbereitung für eine epidemiologisch abgesicherte Evidenz, die das Wissen über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln, einschließlich der ökonomischen Konsequenzen, erhöht und in künftige Therapieentscheidungen einfließen kann. Unter Berücksichtigung allgemein akzeptierter Prinzipien des Datenschutzes sollte die Arzneimitteldokumentation deshalb als unverzichtbarer Bestandteil eines umfassenden Betreuungsprogramms aufgefasst werden, mit dessen Hilfe die individuelle Arzneimitteltherapie durch die Reduzierung möglicher Risiken optimiert wird.

Ganz allgemein lassen sich die Nutzeffekte einer systematischen Arzneimitteldokumentation im Rahmen von strukturierten Betreuungskonzepten folgendermaßen definieren:

1. Datenarchivierung bzw. Erinnerungsfunktion
2. Kontinuierliches Monitoring der Therapie
3. Beurteilung der Anwendungsdauer und der Compliance
4. Identifikation von arzneimittelbezogenen Problemen
5. Optimierung der individuellen Therapie
6. Epidemiologischer Erkenntnisgewinn

Die rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimittel werden in einer chronologischen Arzneimittelhistorie für jeden einzelnen Patienten bei Verordnung durch den Arzt oder bei der Abgabe in der Apotheke gespeichert. Daraus wird rechnergestützt das Medikationsprofil entwickelt, das in einem Fenster alle gleichzeitig angewendeten Arzneimittel nach Indikation sortiert über einen Zeitraum von sechs Monaten ausweist. Durch automatisierte Checks der ständig fortgeschriebenen Arzneimittelhistorie mit Hilfe spezieller Softwareprogramme können Risiken der Arzneimitteltherapie vorausschauend erkannt und vermieden, aber auch Kosten gespart werden.

Voraussetzung zur Durchführung dieser Checks ist wiederum, dass zuvor die so genannten Stammdaten eines Patienten erfasst wurden, mit denen die Verordnungs- bzw. Anwendungsdaten laufend abgeglichen werden. Dazu zählen neben Alter und Geschlecht und gegebenenfalls Gewicht auch Allergien oder Unverträglichkeiten, die bei früheren Therapien aufgetreten sind. Die gegenwärtig verfügbare Software erlaubt dabei die routinemäßige Prüfung folgender Fragestellungen, die gleichzeitig auch die wichtigsten Hauptgruppen von arzneimittelbezogenen Problemen darstellen:

- absolute und relative Kontraindikationen
- dokumentierte Arzneimittel- und Nahrungsmittelallergien,
- Arzneimittel- und Nahrungsmittelinteraktionen,
- Dosierung (EDM/TDM und ggf. Dosisanpassung),
- Applikationszeiten und -intervalle sowie
- etwaige unerwartete Neuverordnungen, die auch Ausdruck einer versehentlichen Fehlverordnung sein können.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine möglichst vollständige Erfassung der Arzneimitteldaten zwar wünschenswert ist, die einzelnen Prüffunktionen aber auch bei unvollständigen Datenbeständen ausgeführt werden können. Der potenzielle Nutzen der Arzneimitteldokumentation wird dann aber nicht in vollem Umfang ausgeschöpft.

Medikationsprofile

Medikationsprofile und die für die regelmäßigen Checks notwendige Software kann in der ambulanten wie in der klinischen Betreuung von Patienten eingesetzt werden. Besonders chronische Patienten weisen häufig ein komplexes Medikationsregime auf, das nicht nur eine bereits bestehende, sondern auch die neu angesetzte Therapie berücksichtigen muss. Bei therapeutisch induzierten Veränderungen der bisherigen Medikation können sowohl neue unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten als auch Interaktionen den ange-

strebten Therapieerfolg in Frage stellen. Dies gilt grundsätzlich für alle Patienten, die mit Arzneimitteln behandelt werden, ist aber für Hochrisikopatienten, z.B. Patienten mit Niereninsuffizienz, Immunsuppression, Krebserkrankungen, neurologischen Erkrankungen oder auch unter einer Intensivtherapie von besonderer Bedeutung. Die rechtzeitige Erkennung der genannten arzneimittelbezogenen Probleme und die Einleitung einer im Behandlungsteam abgestimmten Intervention können dazu beitragen, fatale Folgen für den Patienten zu vermeiden und eventuelle Folgekosten einer arzneimittelbedingten Morbidität zu reduzieren.

Ein klinisch-pharmazeutisches Arzneimittelmonitoring auf der Station eines Krankenhauses basiert ebenfalls auf den Informationen, die über die Medikationshistorie erfasst und im Medikationsprofil graphisch dargestellt werden. Dabei ist es hilfreich, wenn bei der Krankenhausaufnahme die zur Zeit angewendeten Arzneimittel bereits in dokumentierter Form vorliegen. Das Monitoring beinhaltet hier zusätzlich zur Erfassung und Dokumentation der Patientenstammdaten, die für die individuelle Arzneimitteltherapie relevant sind, auch klinische Laborparameter. Medikationsveränderungen nach Krankenhausentlassung sind ebenfalls zu dokumentieren, so dass die Weiterbehandlung sicher gewährleistet wird. Sofern im Anschluss kein kontinuierliches Monitoring erfolgt, sollten die dokumentierten Arzneimittelanwendungen in regelmäßigen Abständen im Sinne eines Medication Reviews überprüft und nicht mehr erforderliche Arzneimittel in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten abgesetzt werden. Diese regelmäßige Medikationsüberprüfung hat sich vor allem auch in Altenpflegeheimen als zweckmäßig erwiesen.

Medikationsplan

Ein einheitlicher Medikationsplan wurde erstmals in Zusammenhang mit dem „Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung“ der ABDA und KBV (sog. ABDA-KBV-Modell, jetzt ARMIN) vorgeschlagen. Dieses gemeinsam von Ärzten und Apothekern getragene Konzept sieht u. a. eine gemeinsame Betreuung eines chronisch Kranken mit 5 oder mehr Arzneimitteln gleichzeitig für mindestens ein Jahr durch einen Arzt und einen Apotheker vor. Auch in der hausärztlichen Leitlinie „Multimedikation“ wird das Führen eines aktuellen Medikationsplanes vorgeschlagen, was wiederum voraussetzt, dass Medikationspläne im Therapieverlauf aktualisiert werden können. Dies sollte

aber aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht handschriftlich im ausgedruckten Medikationsplan erfolgen. Deshalb wurde in den Medikationsplan ein Barcode integriert, der alle wichtigen Datenfelder des Medikationsplanes enthält und mit handelsüblichen Scannern ausgelesen und nach erfolgter Aktualisierung am Rechner wieder zusammen mit dem neuen Medikationsplan ausgedruckt werden kann.

Der Medikationsplan dient demnach in erster Linie der Information des Patienten, aber auch des behandelnden Arztes bzw. des betreuenden Apothekers, sofern diese keine eigene Arzneimitteldokumentation für den Patienten angelegt haben. In den Rechner eingelesen stellt der einheitliche Medikationsplan die Basisdaten für eine strukturierte Medikationsanalyse zur Verfügung, indem die einzelnen in die Software integrierten Prüfschritte (auf Interaktionen, Kontraindikationen, Doppelverordnungen, Dosierung usw.) darauf zugreifen und die Ergebnisse auf dem Bildschirm präsentieren.

Ergebnisse und bisherige Erfahrungen

Die auch kostenrelevante Nutzenkomponenten einer Arzneimitteldokumentation ergeben sich aus folgenden Einzelschritten, bei denen grundsätzlich auf die gespeicherte Medikationshistorie zurückgegriffen werden muss:

- Berücksichtigung bestehender Kontraindikationen (Allergien, Begleiterkrankungen etc.)
- Vermeidung versehentlicher Fehlerverordnungen durch Abgleich mit zuvor verordneten Arzneimitteln, einschließlich unzureichender Stärken und Darreichungsformen,
- Erkennung und Ausschluss von Doppelverordnungen,
- Einschätzung der Patientencompliance über die Abstände der Rezepteinlösung,
- Überprüfung der individuellen Dosierung (soweit angegeben oder vom Patienten erfragbar),
- Erkennung und Vermeidung schwerwiegender Interaktionen mit klinischen Konsequenzen,
- Aufnahme von AM-Unverträglichkeiten, die zum Medikationsabbruch geführt haben, als Patientenmerkmal, um eine künftige Wiederverordnung zu vermeiden.

Ein Zusatznutzen, der aus einer Aggregation und pharmakoepidemiologischen Verwertung der dokumentierten Arzneimitteldaten zu erwarten ist, kann hingegen nur dann realisiert werden, wenn eine anonymisierte Zusammenführung relevanter Daten unter Wahrung

der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gewährleistet ist.

Da vor dem Hintergrund immer knapper bemessener Mittel im Gesundheitswesen und der Einführung von DRG in Krankenhäusern wirtschaftliche Steuerungsprozesse auch im stationären Bereich an Bedeutung gewinnen, kann die pharmakoökonomische Auswertung der Medikationsprofile einen Beitrag zu einem pharmakoökonomischen Controlling leisten. Folgende Aussagen können grundsätzlich getroffen werden, sofern entsprechende Auswertungsroutine in der Software hinterlegt sind:

- Ermittlung der Arzneimittelkosten pro Patient und Tag,
- Ermittlung der Arzneimittelkosten pro Behandlungsphase,
- Ermittlung des Arzneimitteleinsatzes pro Station oder Klinik.

Diskussion und Ausblick

Die prinzipielle Verfügbarkeit von Medikationsprofilen und einer Software, die im Hintergrund einen kontinuierlichen Abgleich der Daten für die Checks zur Arzneimitteltherapiesicherheit erlaubt, garantiert noch nicht, dass diese Checks regelmäßig durchgeführt und die Therapie auch tatsächlich optimiert wird. Dazu sind nicht nur eine enge Kooperation von Arzt, Apotheker und Patient erforderlich, sondern auch zielführende gesundheitspolitische Entscheidungen. In diesem Zusammenhang muss an erster Stelle die bislang nicht erfüllte Forderung nach einer verpflichtenden Dokumentation der angewendeten Arzneimittel auf der elektronischen Gesundheitskarte genannt werden.

Haupthinderungsgrund ist in erster Linie der Hinweis der Ärzte auf einen unzureichenden Datenschutz für die betroffenen Patienten bei gleichzeitiger Ablehnung der Transparenz, die eine Dokumentation aller verordneten und angewendeten Arzneimittel mit sich bringt. Solange ein genereller Zugriff auf die Arzneimitteldaten nicht gegeben ist, müsste deshalb überlegt werden, ob Medikationsprofile Ärzten oder auch anderen Apotheken zur Verfügung gestellt werden können, sei es als Papierausdruck oder in elektronischer Form. Wichtig für die weitere Diskussion ist aber vor allem, dass Arzneimitteldokumentation und Medikationsmanagement ihren Zweck nicht erfüllen, wenn sie nicht in entsprechende softwaregestützte Betreuungsprogramme eingebunden ist, die dem üblichen Betreuungs- und Beratungsablauf so gut wie möglich angepasst sein müssen, um praktikabel zu sein.

Ein systematisch durchgeführtes Medika-

tionsmanagement kann Kosten sparen, indem es den Therapieerfolg verbessert und vor allem Schäden vom Patienten abwendet, die durch unsachgemäße Anwendung entstehen können. Die Kosteneinsparung zu beziffern ist schwierig, weil vermiedene Kosten nur mit Hilfe von Modellrechnungen grob geschätzt werden können. Summen von einer bis drei Milliarden Euro pro Jahr werden zwar genannt, können aber nicht belegt werden.

Dennoch muss immer wieder betont wer-

den, dass IT-gestützte Prozesse nicht nur Probleme lösen, sondern auch neue Probleme schaffen können, so dass immer eine begleitende Risikoforschung und Qualitätssicherung erfolgen muss. Auch die Patienten lassen sich nicht entsprechend der vorgesehenen Abläufe standardisieren: Die Mehrheit wird wahrscheinlich mit Hilfe geeigneter Softwareprogramme gut und auch besser als bisher betreut werden können. Gleichzeitig muss allen Beteiligten genügend Spielraum gelassen werden,

um auf individuelle Besonderheiten reagieren zu können bzw. über individuelle Sonderfälle zu neuen Erkenntnissen zu gelangen. <<

von:

Prof. Dr. Marion Schaefer
Institut für Klinische Pharmakologie,
Charité Universitätsmedizin Berlin
(gekürzter Vortrag, gehalten bei der Arbeits-
gemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS
am 21.8.2014, Berlin)

Ethik und Recht in Medizin und Biowissenschaften

Hrsg.: Elger, Biller-Andorno, Rütsche
**Ethik und Recht in Medizin und Bio-
wissenschaften**

Verlag: De Gruyter, 2014

300 Seiten

ISBN: 978-3-11-028462

Preis: 49,95 Euro



nales Nierenversagen hat und dringend eine neue Niere benötigt.

Nun entspinnen sich rechtliche wie ethische Fragen, denen nachgegangen wird: Wann ist ein Mensch tot? Wer ent-

scheidet über eine Organspende? Wie sind Organe zuzuteilen? Bastami und Biller-Andorno arbeiten die ethische Dimension auf, während in den nachfolgenden drei Beiträgen die rechtliche Situation aus der Sicht des Schweizer Rechts (von Bernhard Rütsche und Nadja D'Amico), des deutschen Rechts (von Tade Matthias Spranger) und des österreichischen Rechts (von Christian Kopetzki) dargestellt wird.

Besonders spannend wird es in dem Teil, in dem es um „Wirtschaftlichkeit in der Medizin“

geht. Ein 80-jähriger österreichischer Patient erleidet eine leichte Hirnblutung, wird in ein Spital eingewiesen, das nach Fallpauschalen (ähnlich DRG) abrechnet. Nach 13 Tagen wird er entlassen und muss neu eingeliefert werden, worauf die Ärzte auf eine Heimaufnahme drängen, weil sie befürchten, der Patient könne sich zum „Langlieger“ entwickeln, mit negativen finanziellen Implikationen für das Krankenhaus.

In der ethischen Beurteilung beschreibt Biller-Andorno gemeinsam mit Caroline Clarinval die Auswirkungen der Ökonomisierung der Medizin und ihre Einflüsse auf die Versorgungsgerechtigkeit. In ihren Empfehlungen plädieren die Autoren für einen adäquaten Umgang mit ökonomischen Zielen, die im Dienste „einer patientenorientierten, für alle zugänglichen, finanziell auch längerfristig leistbaren Gesundheitsversorgung“ liegen müssten. <<

Qualitätsverbesserung in europäischen Gesundheitssystemen

Autorin: Weckert

**Qualitätsverbesserung in
europäischen Gesundheitssystemen**

Verlag: Nomos, 2014

399 Seiten

ISBN: 978-3848712700

Preis: 88 Euro



Staaten trotz einiger Unterschiede in der Anfangsphase der Normierung ärztlicher Praktiken grundsätzlich ähnlich verlief, nahm die Entwicklung und Einführung von Qualitätsindika-

toren trotz einer zeitlichen Parallele sehr unterschiedliche Wege. So entstanden die deutschen Indikatoren auf Initiative der Ärzteschaft, während – so Weckert weiter – die französischen eine Reaktion der staatlichen Zentraladministration auf die Forderung von Patienten und Journalisten nach mehr Transparenz und größerer Patientensicherheit gewesen seien.

Ernüchternd liest sich Weckerts Gesamtfazit, wenn sie schreibt, dass die Faktoren, die

zur Entstehung einer Qualitätsverbesserung geführt hätten, in beiden Ländern auf der politischen Ebene immer im Zusammenhang mit den Finanzierungsproblemen der beiden Gesundheitssysteme und dem Scheitern traditioneller Kostendämpfungsmodelle zu sehen seien, indes das Thema Qualität selbst nie im Mittelpunkt der Debatte gestanden hätte: Qualität sei immer nur „Mittel zum Zweck“. <<

PUBHEF bei De Gruyter

>> Ab 2015 wird die Zeitschrift Public Health Forum (PUBHEF) bei De Gruyter herausgegeben. Das bislang vom Verlag Elsevier GmbH publizierte Journal wurde 1993 gegründet und richtet sich sowohl an Forschende als auch an Praktiker in diesem Gebiet. <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Kerndatensatz liegt DNVF-Mitgliedern zur Abstimmung vor

Register für Register: Die Metadaten sind konsentiert

Register sind eine wesentliche Grundlage für die Versorgungsforschung. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) hat daher vielfältige Aktivitäten zur Förderung von Registern initiiert. Aktuell wird gemeinsam mit der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF) der Aufbau eines Registers für Register und Kohorten, als Registerportal, betrieben. Im Registerportal sollen standardisierte Informationen zu Registern und Kohorten bereitgestellt werden. Damit verfolgen DNVF und TMF drei Ziele: Transparenz zu schaffen, Qualität der Vorhaben zu verbessern sowie Austausch zu fördern.

>> In einem ersten Schritt wurde der Datensatz zur Beschreibung von Registern und Kohorten – die Metadaten – in einem Konsensverfahren festgelegt. Die Metadaten sollten einerseits alle relevanten Informationen für eine zutreffende und weiterführende Beschreibung von Registern und Kohorten enthalten. Andererseits sollten die Metadaten auf einen Kerndatensatz beschränkt sein, um den Aufwand zu ihrer Erfassung und Pflege möglichst gering zu halten.

Zehn Betreiber von unterschiedlichen Registern, Mitglieder der Arbeitsgruppe Register des DNVF sowie der Arbeitsgruppe IT-Infrastruktur und Qualitätsmanagement der TMF formulierten daher in einem Workshop zunächst ihre Vorstellungen zum Datensatz. Vertreten waren u. a. klinische und epidemiologische Krebsregister, Register aus Verbundforschungsprojekten und Register seltener Erkrankungen. Die Vorschläge der Expertinnen und Experten wurden ergänzt um Merkmale aus benachbarten Vorhaben wie dem Deutschen Biobanken-Register und dem Deutschen Register Klinischer Studien. Damit war mit fast 200 Merkmalen ein weites Rahmen für die Metadaten abgesteckt. In einem Delphi-Verfahren mit zwei Bewertungsrounds wurden die Expertinnen und Experten jeweils um eine Bewertung der Vorschläge hinsichtlich ihrer Berücksichtigung im Kerndatensatz gebeten.

Schließlich konnten sich 26 Merkmale aus neun Modulen qualifizieren:

- Allgemeine Angaben zum Register (11 Merkmale),

- Finanzierung und Ressourcen des Registers (1),
- Struktur des Registers (3),
- Probanden im Register (3),
- Merkmale im Register (1),
- Dienstleistungen des Registers (4),
- Datenschutzkonzept des Registers (1),
- Ethikkommission (1),
- Verknüpfung mit Biomaterialbanken (1).

Diese Auswahl wurde aufbereitet und den Mitgliedern des DNVF zur Kommentierung zugeleitet. Die Anmerkungen aus insgesamt 13 Rückmeldungen wurden anschließend in den Merkmalsatz eingearbeitet. Das Ergebnis liegt momentan den im DNVF zusammengeschlossenen Fachgesellschaften zur Abstimmung vor.

Mit der Festlegung der Metadaten zur Beschreibung von Registern und Kohorten in einem Registerportal haben DNVF und TMF einen wichtigen Beitrag zum Aufbau einer zentralen Infrastruktur der patientenorientierten Forschung in Deutschland geleistet. Gleichzeitig wurden Verständnis und Konsens für dieses Vorhaben geschaffen. Die konkrete Umsetzung in eine Online-Plattform ist dann allerdings eine nationale Aufgabe und bedarf einer angemessenen und nachhaltigen Finanzierung für Inbetriebnahme und Betrieb, Akquisition und Datenmanagement sowie Weiterentwicklung und Ausbau.

Derzeit ist noch offen, über welchen Weg die Umsetzung geschaffen werden kann. Alle Interessierten und Verantwortlichen sind aufgerufen, sich an der Realisierung des Registerportals zu beteiligen. <<

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, Ihnen das Programm des 2. DNVF-Forums Versorgungsforschung vorstellen zu können, das der DNVF-Vorstand gemeinsam mit der BÄK und der KBV zum Thema „Patientenzentrierung versus Ökonomisierung?“ geplant hat.

Weiterhin stellen wir das vielfältige Fortbildungsangebot im Rahmen der DNVF-Spring-School 2015 kurz vor, eine Anmeldung zur DNVF-Spring-School 2015 wird ausschließlich online ab Anfang Oktober möglich sein.

Als neues Mitglied im DNVF begrüßen wir den BKK Dachverband e.V. Damit ist neben der BARMER GEK und der Techniker die dritte Krankenkasse im Netzwerk vertreten. Das große Interesse an unserem Netzwerk spiegelt sich auch an der erfreulich wachsenden Anzahl an persönlichen Mitgliedern wieder.

Wichtig ist es über die Stellungnahme „Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Versorgungsforschung“ zu informieren, die wir im Zusammenhang mit dem Innovationsfond erstellt haben. Weiterhin informieren wir Sie über das Registerportal und den erarbeiteten Kerndatensatz, der gerade unseren Mitgliedern zur Abstimmung vorliegt. Die Qualität von Registern und Kohorten ist ein zentrales Anliegen des Netzwerks, und wir sind der AG Register und im Besonderen Herrn Prof. Jürgen Stausberg für sein Engagement sehr dankbar. Ebenso bedeutsam ist es uns, Sie über unsere Stellungnahme zum IQWiG-Methoden-Papier zu informieren. Für die Versorgungsforschung ist das Zielkriterium der Patientenzufriedenheit bei der Definition des patientenrelevanten Nutzens bzw. Schadens sehr wichtig.

Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer
Vorsitzender DNVF



Prof. Dr. Prof. h.c.
Edmund A.M. Neugebauer

Safe the Date

14. Deutscher Kongress für
Versorgungsforschung
07.-09.10.2015 in Berlin

DNVF

Das Programm der dritten Spring-School steht

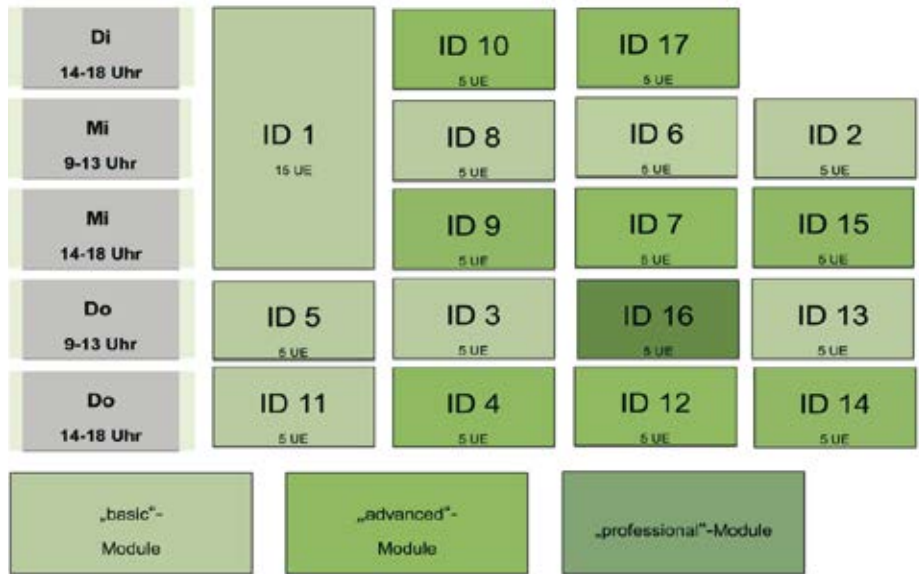
DNVF-Spring-School 2015 in Bonn

Anfang März 2015 findet im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn die 3. DNVF-Spring-School statt. Das Programm der Spring-School wurde in Kooperation mit den Arbeitsgruppen des Netzwerks sowie den externen Referentinnen und Referenten vom wissenschaftlichen Beirat der Spring-School erstellt. Insgesamt 17 Module werden an den zweieinhalb Tagen angeboten.

>> Neben einem Einführungsmodul in die Versorgungsforschung, das 15 Unterrichtseinheiten umfasst und eineinhalb Tage dauert, können die weiteren Module (jeweils fünf Unterrichtseinheiten - UE) individuell je nach Interesse und Voraussetzungen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern modular zusammengestellt werden. Ausführliche Beschreibungen der einzelnen Seminarmodule stehen auf der DNVF-Webseite zur Verfügung. Die 17 Module sind als „basic“, „advanced“ bzw. „professional“ gekennzeichnet, dies gibt eine erste Orientierung, inwieweit keine, geringe oder spezifische Voraussetzungen erforderlich sind. Darüber hinaus sind die Modulhalte und die Teilnahmevoraussetzungen den Modulbeschreibungen zu entnehmen.

Ein wichtiges Ziel der DNVF-Spring-School ist die Möglichkeit zum Austausch, Kennenlernen und zur Diskussion. Ausreichende Pausen während der einzelnen Module bieten hierzu Gelegenheit; ebenso der Vortragsabend am 04.03.15, bei dem Prof. Dr. Matthias Schrappe zum Thema „Linearität versus Komplexität: ist die Versorgungsforschung reif für die politische Arena?“ referiert und das anschließende Get-Together, zu dem alle DNVF-Spring-School-Teilnehmer und Referenten herzlich eingeladen sind.

Die Teilnahmegebühren für das Modul „Einführung in die Versorgungsforschung“ sowie die anderen Module entnehmen Sie bitte der Tabelle. MitarbeiterInnen an Universitäten und (Fach-)Hochschulen sowie Studierende (Promotionsstudierende sind ausgeschlossen) können zu einer ermäßigten Gebühr teilnehmen. <<



UE = Unterrichtseinheiten

Seminarmodule der DNVF-Spring-School 2015

Pos	Titel	ReferentInnen
ID 1	Einführung in die Versorgungsforschung und methodische Grundlagen	N. Ernstmann, C. Holmberg, A. Icks, T. Meyer, N. Scholten, A. Timmer
ID 2	Organisationsbezogene Versorgungsforschung	M. Wirtz, L. Ansmann
ID 3	Patient-Reported Outcomes: Entwicklung von Fragebögen – konzeptuelle und methodische Grundlagen	E. Farin-Glattacker, M. Koller
ID 4	Patient-Reported Outcomes: Anwendung von Fragebögen, Interpretation von Ergebnissen und Umsetzung in der Praxis	E. Farin-Glattacker, M. Koller, M. Klinkhammer-Schalke
ID 5	Experimentelle und quasi-experimentelle Forschungsdesigns	C. Kowalski
ID 6	Komplexe Interventionen: Entwicklung und Evaluation	R. Möhler
ID 7	Komplexe Interventionen: Herausforderungen bei der Synthese publizierter Daten in systematischen Reviews	R. Möhler
ID 8	Definition und Planung von Registern	J. Stausberg, P. Knaup-Gregori
ID 9	Einsatz und Betrieb von Registern	J. Stausberg, E. Neugebauer, U. Kieschke, R. Lefering, C. Veit
ID 10	Routinedaten in der Versorgungsforschung: Pol. Rahmenbedingungen, Nutzbarkeit, Linkage und praktische Beispiele	G. Glaeske, F. Hoffmann
ID 11	Gesundheitsökonomische Evaluation: methodische Grundlagen	D. Müller, S. Stock
ID 12	Gesundheitsökonomische Evaluation: methodische Herausforderungen	N. Chernyak, C.-M. Dintsios, A. Gerber-Grote
ID 13	Narrative Interviews als qualitative Methoden in der Versorgungsforschung	C. Holmberg, G. Lucius-Hoene
ID 14	Teilnehmende Beobachtung	C. Güthlin, C. Holmberg
ID 15	Forschungswerkstatt Qualitative Methoden – Gemeinsame Interpretation von empirischem Material in der Gruppe	T. Meyer, M. Stamer
ID 16	Pragmatic Trials (Pragmatische Studien)	H.-J. Trampisch, N.N.
ID 17	Analyse von Strukturgleichungsmodellen	M. Wirtz

Teilnahmegebühren

Bis zum 04.01.2015 gilt ein Frühbucherrabatt (grüne Preise)	Modul Einführung in die VF (15 UE)	Sonstige Module (5 UE)nen
Regulär	700 Euro 780 Euro	275 Euro 305 Euro
Ermäßigt MA Uni & (Fach-) Hochschule	330 Euro 370 Euro	120 Euro 140 Euro
Ermäßigt Studierende	185 Euro 205 Euro	75 Euro 80 Euro

2. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 05.11.2014 in Berlin

Patientenzentrierung versus Ökonomisierung

Das 2. DNVF-Forum Versorgungsforschung findet am 05.11.2014 bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin statt. Gemeinsam mit KBV und Bundesärztekammer (BÄK) wurde ein spannendes Programm geplant.

>> Am Vormittag steht zunächst das Thema „Patientenzentrierung“ im Mittelpunkt. Der Präsident der BÄK, Herr Prof. Montgomery, wird das Programm mit dem Referat „Ist die Arzt-Patientenbeziehung in Gefahr?“ eröffnen. Es folgen Beiträge von Prof. Härter (Hamburg) zur „Patientenzentrierten Medizin – alles nur Vertrauenssache?“, Frau Prof. Ernstmann (Köln) „Warum Gesundheitskompetenz steigern?“ und von Prof. Schrappe (Köln) zum Thema „Qualitätsmessung im Gesundheitswesen in Zukunft patientenbezogen?“

Die Beiträge werden gemeinsam mit den Referentinnen und Referenten, den Teilnehmern und eingeladenen Vertretern der Förderer (BMG, BMBF, DFG, G-BA) diskutiert. Gleiches gilt für die Referate, die sich am

Nachmittag der Frage widmen, welche Beiträge die Versorgungsforschung dazu leisten kann, das Konzept der „Wirtschaftlichkeit“ künftig verantwortungsvoll zu gestalten. Herr Dr. Graf v. Stillfried (Berlin) wird den Nachmittag mit seinem Referat „Verantwortungsvoller Umgang mit dem Konzept der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen – eine Einführung“ eröffnen. Es folgt ein Beitrag von Frau Prof. Becker (Marburg) zur Frage „Was ist unwirtschaftliches Ordnungsverhalten – Anforderungen an die Versorgungsforschung“ sowie ein Beitrag von Herrn Tauscher (München), der die Diskussion dieser Frage mit „Empirischen Referenzwerten jenseites des Fachgruppendurchschnitts“ anstößt.

Der zweite Themenblock endet mit einem

Beitrag von Herrn Kapitza (München) zum Thema „Ökonomisierung als gemeinsamer Entwicklungsprozess? – Thesen zu den patientenorientierten Auswirkungen der Zusammenarbeit ärztlicher und kaufmännischer Führungskräfte im Klinikbetrieb“.

Die Veranstaltung wird von dem DNVF-Vorsitzenden Prof. Neugebauer (Witten/Herdecke) und dem Vorstandsmitglied Herrn Prof. W. Hoffmann (Greifswald) moderiert. <<

Hinweis

Die Teilnahme an den DNVF-Foren steht allen Mitgliedern des DNVF e.V. offen, dies schließt die Mitarbeiter bzw. Mitglieder der DNVF-Mitgliedschaften, -institute, -organisationen ein.

DNVF-Stellungnahme zum IQWiG-Methoden-Papier

DNVF kritisiert Streichung der Patientenzufriedenheit

Das IQWiG hatte im Juni den Entwurf für den nächsten Überarbeitungsschritt seiner Allgemeinen Methoden vorgelegt und zur Abgabe von Stellungnahmen eingeladen.

>> Unter der Koordination von Prof. Dr. Antje Timmer (Oldenburg) und Frau Dr. Lena Ansmann (Köln) hat das DNVF eine Stellungnahme verfasst. Problematisch sieht das DNVF insbesondere die Streichung des Zielkriteriums der Patientenzufriedenheit bei der Definition des patientenrelevanten Nutzens bzw. Schadens. Zwar stimme man zu, dass es teilweise berechtigte Kritik an der Nutzung von Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator und damit auch Maß für die Bewertung von Maßnahmen (z.B. Deckeneffekte, hohe Subjektivität) gibt, aber einige Kritikpunkte lassen sich durch die Erfassung von Patientenerfahrungen anstatt der generellen Zufriedenheit umgehen. Patientenerfahrung bezieht sich dabei auf bewertungsfreie Berichte von Patienten zu Ereignissen, z.B. Information, Versorgungsorganisation etc.

Die Stellungnahme sowie die Punkte, die dringlich für die Beibehaltung bzw. Stärkung von Patientenzufriedenheit und -erfahrung bei der Bewertung medizinischer Interventionen sprechen, finden Sie auf der DNVF-Webseite. <<

Link

>> www.dnvf.de >> Publikationen & Download >> Stellungnahmen

Zahlen und Fakten

BKK Dachverband neues Mitglied im DNVF

Der BKK Dachverband e.V., der Anfang 2013 als politische und fachliche Interessenvertretung der betrieblichen Krankenversicherungen in Deutschland gegründet wurde, ist neues Mitglied.

>> Der BKK Dachverband vertritt 94 Betriebskrankenkassen und 4 BKK Landesverbände, die insgesamt rund 10 Millionen Versicherten, vertreten. Neben der BARMER GEK und der Techniker Krankenkasse ist der BKK Dachverband die dritte gesetzliche Krankenversicherung, die sich im Netzwerk für die Versorgungsforschung einbringt. Gespräche mit anderen Krankenversicherungen laufen. Die Picker Institut Deutschland gGmbH wurde ebenfalls im September ins Netzwerk aufgenommen. Das deutsche Institut wurde 1998 als Tochter des amerikanischen Picker Institute Inc. gegründet und ist seit 2011 Tochtergesellschaft des Picker Institute Europe in England. Die Anzahl der persönlichen Mitglieder (s. Abb.) ist im September auf 70 gestiegen, nachdem der DNVF-Vorstand der Aufnahme weiterer sechs natürlicher Personen zugestimmt hat. <<

Mitglieder-Entwicklung 2006 - 2014



DNVF veröffentlicht Stellungnahme zur Versorgungsforschung

Stellungnahme zu Qualität, Nutzen und Wirksamkeit

Vor dem Hintergrund des geplanten Innovationsfonds und der Mittel, die für die Versorgungsforschung bereitgestellt werden, hat das DNVF e.V. eine Stellungnahme zu Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Versorgungsforschung erstellt. Das DNVF hofft, dass sich der Innovationsfond positiv auf die Qualität, den Nutzen und die Wirksamkeit der Versorgungsforschung auswirkt.

>> Welche Voraussetzungen hierfür geschaffen werden sollten, wird in der Stellungnahme dargelegt. Hier sind die wichtigsten Forderungen zusammengefasst:

1. Versorgungsrelevante Fragestellungen

- Variante 1: Die Ausschreibung gibt bereits konkrete versorgungsrelevante Fragestellungen vor, die in einem Konsensprozess erarbeitet werden.
- Variante 2: Die Versorgungsrelevanz der Fragestellung muss bei der Antragstellung dargelegt und von z.B. Organisationen der Selbstverwaltung „bescheinigt“ oder im Begutachtungsprozess „bewertet“ werden.

2. Methodische und praktische Angemessenheit des Studiendesigns

- Variante 1: Gutachter sind so auszuwählen, dass diese die methodische Angemessenheit und die praktische Umsetzung des Forschungsdesigns, der Instrumente und Datenerhebung beurteilen können.
- Variante 2: Beim Begutachtungsprozess wird die methodische Angemessenheit vom Gutachter beurteilt, zusätzlich müssen die Antragsteller bereits im Antrag nachweisen, dass Kooperationen mit betroffenen/involvierten Interessensver-

bänden/Stakeholdern, Fachgesellschaften, Organisationen der Selbstverwaltung existieren, die eine Prüfung der Praktikabilität der Datenerhebung im Rahmen des Projektes zugesagt haben und den Zugang ermöglichen. Checklisten für die Begutachtung der methodischen und praktischen Angemessenheit sollten bereitgestellt werden und für den Antragsteller transparent sein.

3. Nachhaltige Qualitätssicherung durch Strukturförderung

- Strukturförderung von Zentren/Lehrstühlen für Versorgungsforschung an Universitäten und (Fach-)Hochschulen.
- Bereitstellung von Informationen über qualifizierte Fort- und Weiterbildungsangebote für Versorgungsforscher, ggf. Verpflichtung der Antragsteller, Qualifizierungsnachweis vorzulegen.

4. Verbesserung des Zugangs und der Qualität von Versorgungsdaten

- Strukturförderung einer institutionellen Einrichtung, die Versorgungsdaten sammelt, die Qualität prüft und sichert, Qualitätsstandards entwickelt und die Daten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen an For-

scher weiterleitet.

- Einrichtung eines zentralen Instituts (Trustcenter), Verbesserung der Datenqualität und des Zugangs zu Daten durch den Gesetzgeber.
- Verpflichtung der Sozialversicherungsträger, die Daten an diese Institution weiterzuleiten und Qualitätsstandards einzuhalten.

5. Transparenz- und Diskursgebot zur Förderung des gesellschaftlichen Nutzens

- Strukturförderung einer Datenbank Versorgungsforschung Deutschland und Verpflichtung der Projektnehmer, die Projekte zu registrieren und Ergebnisse in der Datenbank zu veröffentlichen bzw. auf vorhandene Veröffentlichungen in der Datenbank zu verlinken.
- Verpflichtung der Projektnehmer, die Ergebnisse zu publizieren und auf mindestens einer wissenschaftlichen Tagung zur Diskussion zu stellen.
- Bereits im Projektantrag sind die möglichen versorgungsrelevanten Konsequenzen, die aus dem Projekt folgen können, aufzuzeigen. Der Ergebnisbericht ist an alle relevanten Entscheider und Player zu adressieren. <<

Interesse am DNVF?

- Ich interessiere mich für das Programm der DNVF-Spring-School 2015.
- Ich interessiere mich für das 2. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 05.11.14 in Berlin.
- Ich interessiere mich für eine persönliche Mitgliedschaft.
- Wir interessieren uns für die Mitgliedschaft als Gesellschaft/Institution/Organisation o.ä.
- Wir interessieren uns für eine fördernde Mitgliedschaft.

Gesellschaft/Institution/Organisation _____

Name/Vorname/Titel _____

Adresse _____

Email _____

Termine

09.-11.10.14, Hannover

18. Chirurgische Forschungstage der Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

<http://www.forschungstage2014.de/>

10.-11.10.14, München

Dreiländerkongress für kardiologische Rehabilitation- ACUTE meets REHAB

<http://www.dgpr-dreilaenderkongress.de/>

10.-14.10.14, Hamburg

Jahrestagung 2014 der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

<http://www.haematologie-onkologie-2014.com/haupt/>

22.-25.10.14, Hamburg

Deutscher Schmerzkongress 2014

<http://deutscher-schmerzkongress2014.de/>

28.-31.10.14, Berlin

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie der DGU, DGOOC, BVOU und DGOU

<http://www.dkou.de>

Dipl.-Volksw. Mia Reinwald
Dr. Frank Wartenberg

Apps für Patienten – neue Wege in der Versorgung

Immer mehr Menschen nutzen Mobilgeräte wie Smartphones, Tablets oder Laptops in ihrer Freizeit. Sie verwenden dabei häufig mobile Applikationen, sogenannte Apps. Apps gibt es für eine Vielzahl von Einsatzgebieten. Genutzt werden sie zum Suchen nach Informationen, Kommunizieren mit Freunden und Gleichgesinnten oder zu Unterhaltungszwecken. Auch im Gesundheitssektor wird eine wachsende Anzahl von Apps angeboten. Das IMS Health Institute for Healthcare Informatics hat in einer Studie 2013 den Status quo der mobilen Apps im Healthcare Bereich untersucht, die speziell für Patienten entwickelt wurden. Die Studie fokussiert zwar auf den US-amerikanischen Markt, zentrale Ergebnisse sind jedoch auf andere Länder übertragbar. So gilt in Deutschland wie in den USA: Der Markt für Patienten-Apps ist zurzeit noch intransparent und schwach reguliert. Aufgrund der speziellen Anforderungen von medizinischen Apps, sieht man aber bereits Anfänge einer institutionalisierten Regulierung. So belegen erste Apps ihren Nutzen in randomisierten kontrollierten Studien, um sich für die Riege der Medizinprodukte, und somit vielleicht bald für eine Kostenerstattung durch Krankenkassen, zu empfehlen.

>> Zum Erhebungszeitpunkt der Studie im Juni 2013 gab es allein in den USA im englischsprachigen iTunes-Store mehr als 43.000 Apps, die großräumig den Themen Gesundheit und Fitness zugeordnet werden konnten. Allerdings waren nur knapp mehr als 23.000 Apps tatsächlich Gesundheitsapps mit gesundheitsrelevanten Funktionen. Etwa zwei Drittel dieser Anwendungen zielen auf den Endverbraucher bzw. Patienten ab, ein Drittel ist für medizinisches Fachpersonal gedacht. Die IMS Studie beschränkte sich bei der Evaluierung des Marktes auf die etwas mehr als 16.000 Apps, die für den Patienten entwickelt wurden. Diese Apps sind größtenteils kostenlos oder für einen geringen Betrag herunterzuladen. Einige spezialisierte Apps sind allerdings deutlich teurer, sie können bis zu 100 US-Dollar kosten.

Gesundheitsapps für Patienten haben im Allgemeinen eine oder mehrere der folgenden Funktionen, die sich auf verschiedene Aspekte von Gesundheit beziehen können (siehe Abb. 1). Sie können beispielsweise informieren, coachen, dokumentieren und bereiten Information graphisch auf, sie können auf Basis gesammelter Daten den Patienten anleiten, als Erinnerung oder Alarm fungieren und als Kommunikationsplattform dienen.

Zusammenfassung

Das mobile Zeitalter hat in den Gesundheitsbereich Einzug gehalten. Mehr als 16.000 Apps für Patienten sind allein im iTunes Store in den USA verfügbar. Ein Großteil dieser Apps dient der Information der Patienten und ist auf Prävention und gesunde Lebensführung ausgerichtet. Die Downloadzahlen zeigen allerdings, dass nur wenige der vorhandenen Apps tatsächlich häufig genutzt werden. Patienten fällt es im unübersichtlichen Markt schwer, nützliche und funktionale Apps zu finden, besonders wenn deren Funktion über den Lifestylebereich hinaus medizinisch relevante Felder betrifft. Hinzu kommt, dass gerade ältere Personen, die von Gesundheitsapps profitieren könnten, mit Mobilgeräten wenig vertraut sind. Doch der Markt entwickelt sich schnell. So gibt es bereits Portale, die die fachliche Bewertung von Gesundheitsapps erlauben. Zudem werden erste Schritte in Richtung einer teilweisen Regulierung des Marktes unternommen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsapps, Mobile Applikationen, Patientenapps, mobile Healthcare

Der weitaus größte Teil der Apps, ungefähr 11.000 und damit sechzig Prozent aller Apps mit Zielgruppe Patient, dient der Information. So gibt es beispielsweise Anwendungen, die eine Liste der verschiedenen Fachärzte inklusive Kontaktdaten, Erfahrungsberichten und Bewertungen je nach Standort bereitstellen oder neueste Informationen zu bestimmten Erkrankungen oder Therapiegebieten liefern. Andere Funktionalitäten sind deutlich seltener in Apps anzutreffen. Apps, die den Patienten zu einem bestimmten Verhalten anleiten und coachen, thematisieren häufig das Abnehmen oder begleiten die Patienten durch optimierte Trainingspläne zu mehr Fitness und Sport. Mit einer Anzahl von 5.000 Apps wird die Funktion der Dokumentation von Informationen ebenfalls häufig angeboten. Besonders verbreitet sind in diesem Bereich Apps, die die sportlichen Betätigungen tracken und analysieren, beispielsweise Laufapps, die die Anzahl der absolvierten Läufe, die verbrannten Kalorien und häufig auch die Laufrouthen speichern und auswerten können. In diesem Segment gibt es zudem zahlreiche indikationsspezifische Applikationen. Weit verbreitet sind Diabetes-Apps, die bei Diabetikern die Aufnahme von Kalorien, Zucker und Getränken sowie den Blutdruck, den Puls und weitere Parameter speichern. Häufig wird dabei auch in unterhaltsamer Weise motiviert, wie beispielsweise bei der App „mySugr“, bei der ein sogenanntes Diabetesmonster das Tracken der Informationen kommentiert.

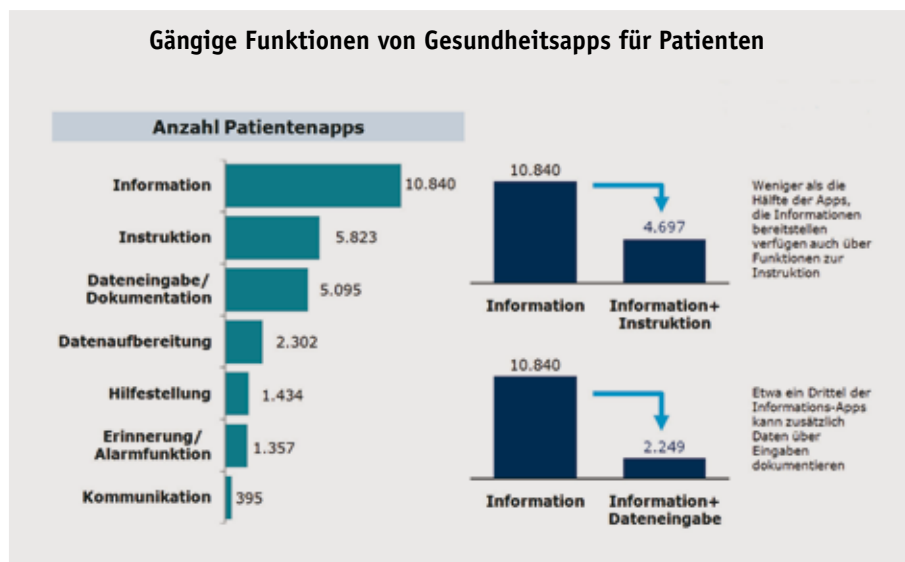


Abb. 1: Gängige Funktionen von Gesundheitsapps für Patienten (IMS Health).

Apps entlang des Behandlungspfades: Fokus auf Prävention und gesunde Lebensführung

Eine Einordnung der Apps entlang des Behandlungspfades aus Sicht des Patienten zeigt ein interessantes Bild (siehe Abb. 2). Der mit Abstand häufigste durch Apps abgedeckte Bereich ist Prävention und die Unterstützung eines gesunden Lebensstils. Annähernd 9.000 der Patienten-Apps sind in diesem Bereich anzusiedeln, wobei Anwendungen zu Diät und Fitness den mit Abstand größten Teil dieser Gruppe ausmachen. So gibt es zahlreiche Apps, die die Kalorienzahl von Lebensmitteln abrufen und die Kalorienaufnahme des Nutzers zählen. Auch Raucherentwöhnungs-Apps haben sich etabliert. Sie führen den zukünftigen Nichtraucher durch Motivationsprogramme zum Verzicht auf das Rauchen, eine App bietet sogar Hypnosesitzungen an. Mit 200 bis 900 Anwendungen pro Bereich sind die späteren Stationen des Behandlungspfades wie Selbstdiagnosen, die Suche nach Behandlern, diagnosebezogene Funktionen, Verschreibungen und Compliance deutlich seltener durch Apps abgedeckt.

Gerade im Bereich Selbstdiagnosen zeigt sich auch eine fundamentale Schwäche der Apps. In einer neuen Publikation von Wissenschaftlern der Universität Pittsburgh vom April 2013 wurden vier Apps untersucht, die angeben, schwarzen Hautkrebs anhand eines Bildes der Hautveränderung diagnostizieren zu können. Tatsächlich schickte nur eine dieser Apps das Bild der entsprechenden Hautveränderung zu einem Dermatologen und hatte dadurch eine positive Trefferquote von 98%. Die anderen Apps haben die bösartige Veränderung in 30 bis 90% der Fälle nicht entdecken können. Aufgrund dieses Risikos bei Diagnostik-Apps plant die US-amerikanische Arzneimittelzulassungsbehörde (FDA, Food and Drug Administration)¹ eine Regulierung solcher Apps, sofern sie als Medizinprodukt (medical device) eingesetzt werden können.² Dies betrifft drei verschiedene Gruppen von Apps:

- Erstens Apps, die direkt als Diagnose-Gerät genutzt werden können, wie die oben genannte Anwendung zu schwarzem Hautkrebs.

- Die zweite Gruppe sind Apps, die eine Therapie- oder Dosisempfehlung aussprechen, beispielsweise zur Planung einer Bestrahlungstherapie.
- Die dritte Gruppe sind Apps, die entweder direkt als Medizinprodukt fungieren, z.B. als EKG, oder die an ein anderes Medizinprodukt angeschlossen werden können und dessen Daten weiterleiten oder kontrollieren können. In diese Gruppe fallen beispielsweise Apps, die an eine Insulinpumpe angeschlossen sind und die Gabe des Insulins kontrollieren können. Andere Gesundheitsapps, die mehr im Lifestylesegment angesiedelt sind, sollen nur in Einzelfällen einen Zulassungsprozess durchlaufen.

Schwerpunkte bei Zielgruppen

Von den zurzeit 16.000 im iTunes-Store erhältlichen Apps für Patienten sind knapp 2.000 für ein bestimmtes Therapiegebiet entwickelt worden. Mehr als ein Viertel dieser Apps wird im Bereich psychologische Erkrankungen und Verhaltensstörungen eingesetzt. So gibt es beispielsweise eine App, in der die Nutzer ihre Gemütslage eingeben und tracken können. Weitere wichtige Therapiegebiete für Apps sind Augen- und Ohrenerkrankungen sowie endokrine, metabolische und ernährungsassoziierte Krankheiten.

Etwas 1.500 weitere Apps sind demographischen Gruppen zugeordnet (Abb. 3). Die wichtigsten Zielgruppen sind hierbei Frauen und Kinder. Bei den Frauen sind mehr als 80% der Apps mit Themen rund um die Schwangerschaft assoziiert. So bieten Schwangerschafts-Apps beispielsweise Infos zu den jeweiligen Stadien der Schwangerschaft mit Bildern der Entwicklungsschritte des Kindes oder Tipps zu Ernährung und Verhalten zu bestimmten Zeitpunkten der Schwangerschaft. Auch Foren für den Austausch mit anderen Müttern werden angeboten. Obwohl die Gruppe der Senioren stark von Gesundheitsapps profitieren könnte, sind Apps für diese Zielgruppe aufgrund der geringen mobilen Durchdringung kaum vorhanden. Die wenigen Apps, die es für den Seniorenbereich gibt, dienen vorwiegend der Planung und Koordination von Pflegeaktivitäten unter Familienangehörigen.



Abb. 2: App-Verteilung entlang des Behandlungspfades (IMS Health).

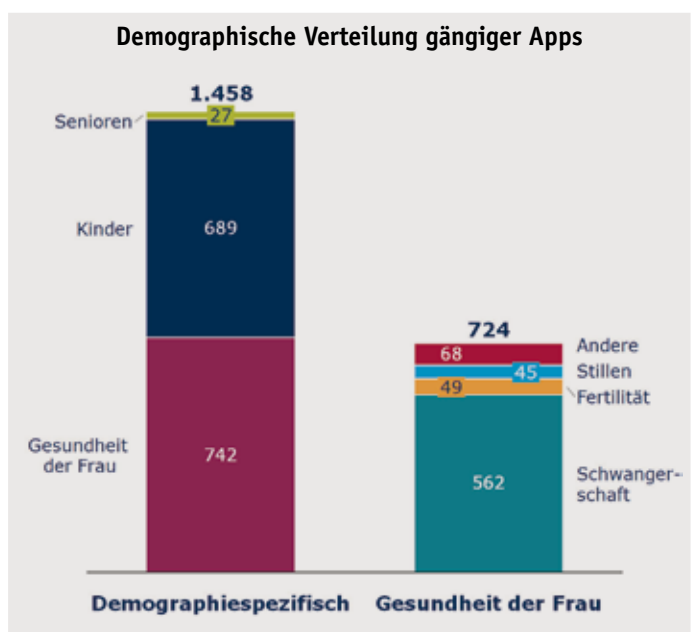


Abb. 3: Demographische Verteilung gängiger Apps (IMS Health).

Noch keine dauerhafte Nutzung von Healthcare Apps

Trotz des bereits jetzt zahlreichen und rapide zunehmenden Angebots von Gesundheitsapps werden nur einige wenige der vorhandenen Apps tatsächlich von vielen Nutzern heruntergeladen und verwendet. So machten nur fünf Apps, das entspricht nicht einmal 1% der Apps, einen Anteil von 15% der 660 Mio. Downloads gesundheitsrelevanter Apps im US Google Play Store 2013 aus. Diese starke Konzentration im Markt für Gesundheitsapps hat verschiedene Gründe.

Ein wichtiger Grund für die zögerliche Durchsetzung ist die Unsicherheit über Qualität und Leistung der vorhandenen Apps. Im Moment scheinen oftmals diejenigen Apps heruntergeladen zu werden, die bereits von vielen Usern genutzt und für gut befunden werden. Apps mit wenigen Nutzern werden oft gar nicht erst ausprobiert, da aussagekräftige Bewertungen von Inhalt und Funktionalität fehlen. In den Appstores unterliegen die Apps keiner Kontrolle und ein Großteil der Apps verfügt über einen nur begrenzten Funktionsumfang. Um Nutzern die Beurteilung der Apps dennoch zu erleichtern, gibt es bereits Bestrebungen, Apps durch unabhängige Instanzen auf ihre Funktionalität zu prüfen und zu bewerten. So ist zum Beispiel Großbritannien schon relativ weit mit der Bewertung von Patienten-Apps. Der National Health Service (NHS) hat eine Internetseite eingerichtet, auf der in einer sogenannten Library Apps, die vom NHS begutachtet und als klinisch sicher eingestuft wurden, aufgelistet werden.³ Für diese Liste untersucht der NHS, ob die App relevant für die Bevölkerung ist, ob die angebotene Information aus einer sicheren und glaubwürdigen Quelle stammt und ob die App mit den Datenschutzgesetzen im Einklang steht. Er lässt gegebenenfalls von Ärzten prüfen, ob die App medizinisch unbedenklich ist. Die Nutzer können in dieser Library auch die jeweiligen Apps bewerten und kommentieren. Auch in den USA gibt es erste Ansätze, Apps zu verifizieren. So gibt es beispielsweise ein privates Portal, in dem Ärzte Gesundheitsapps bewerten und empfehlen.⁴ Die Nutzer können dort sehen, welcher Arzt die jeweilige App wie bewertet hat.

Für die langsame Durchsetzung von Gesundheitsapps ist ebenso die Altersstruktur der Nutzer von Mobilgeräten verantwortlich. Vornehmlich junge Menschen sind im Umgang mit Apps auf mobilen Endgeräten vertraut⁵ und daher auch die fleißigsten Gesundheitsapp-Nutzer. Ältere und multimorbide Patienten mit mobilen Apps anzusprechen, ist dagegen schwierig. Die schnell

ansteigenden Zahlen der Nutzer von Mobilgeräten über 65 Jahren werden die App-Landschaft im Gesundheitsbereich allerdings zu ihren Gunsten verändern.

Aber auch Ärzte haben einen Einfluss auf die Nutzung von Apps durch ihre Patienten. Häufig selbst mit der Vielfalt und variierenden Qualität der Apps überfordert, tun sie sich mit Empfehlungen für ihre Patienten schwer. Zwar können Ärzte in den USA bereits auf geprüfte Apps für ihre Patienten zurückgreifen, dennoch herrscht unter Ärzten noch Unsicherheit darüber, wie man Apps empfiehlt oder sogar verschreibt, obwohl das Verschreiben von Apps in den USA und auch in Großbritannien bereits möglich ist.⁶ Was die Kostenerstattung von Apps durch die Krankenkassen angeht, so sind die USA weltweiter Vorreiter. Die Kosten für die Diabetes Management App BlueStar wird in den USA von einzelnen privaten Krankenkassen erstattet.⁷ Für alle anderen Apps zahlt der Patient, wie auch in Deutschland, selbst. Wenn es um die Erstattung von Kosten für weitere Apps geht, sind die Krankenversicherungen allerdings auch in den USA zurückhaltend. Es fehlen ausreichend aussagekräftige Studien, die den medizinischen Nutzen der Apps belegen, lautet die Argumentation der Versicherungen. Die Diabetes-App Blue Star ist die App, für die bislang die meisten randomisierten kontrollierten Studien zum Nutzen vorliegen. Ein weiterer Punkt, der Ärzte beim Empfehlen von Apps zögern lässt, sind Bedenken hinsichtlich der Datensicherheit. Apps speichern und analysieren medizinische und andere personenbezogene Daten der Patienten und interagieren mit dem Internet. Das sorgt für Verunsicherung, vor allem wenn solide Prüfungen der Apps fehlen.

Fazit

Gesundheitsapps sind beliebt und in steigender Anzahl für Patienten verfügbar. Sie können sehr nützliche Begleiter im Patientenalltag sein und medizinisch sinnvolle Funktionen über den gesamten Behandlungspfad des Patienten, in einer bestimmten Indikation oder für eine bestimmte Patientengruppe erfüllen. Die Tatsache, dass die Apps gerade durch Mobilgeräte ein ständiger Begleiter für die Patienten sind, macht ihren Reiz besonders für chronisch kranke Patienten aus. Das Potenzial der Gesundheitsapps wird bislang aber nur begrenzt genutzt. Der unübersichtliche Markt an Angeboten macht es den Patienten schwer, die für sie richtige und medizinisch nützliche App zu finden. Auch die Rolle der Ärzte ist in diesem Umfeld noch ausbaufähig. Sie können häufig die Verlässlichkeit und den Nutzen der Apps für ihre Patienten

Literatur

1. Wolf JA, Moreau JF, Akilov O, et al. Diagnostic Inaccuracy of Smartphone Applications for Melanoma Detection. *JAMA Dermatol.* 2013;149(4):422-426. doi:10.1001/jamadermatol.2013.2382.
2. FDA (U.S. Food and Drug Administration) 2014: Mobile Medical Applications: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ConnectedHealth/MobileMedicalApplications/ucm255978.htm>
3. NHS (National Health Service) 2014: Health App Library: <http://apps.nhs.uk/>
4. iMedicalApps, App Portal, <http://www.imedicalapps.com/>
5. Pew Research Center, April 2014, "Older Adults and Technology Use"; Available at: <http://www.pewinternet.org/2014/04/03/older-adults-and-technology-use/>
6. Good T 2012, Why doctors aren't prescribing health apps to patients; <http://www.kevinmd.com/blog/2012/03/doctors-prescribing-health-apps-patients.html>
7. Waltz E 2014, BlueStar, the First Prescription-Only App; <http://spectrum.ieee.org/biomedical/devices/bluestar-the-first-prescription-only-app>

Weitere verwendete Literatur:

IMS Health 2013: Patient Apps for Improved Healthcare: From Novelty to Mainstream; available for download at www.imshealth.com

Charani et al., *BMC Medicine* 2014: Do smartphone applications in healthcare require a governance and legal framework? It depends on the application!; <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/29>

European Commission 2014: Green paper on mobile Health: http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc_id=5147

nicht ohne großen Aufwand beurteilen. Gerade bei Apps, die über medizinisch relevante Funktionen verfügen, ist eine unabhängige Prüfung durch glaubwürdige Institutionen daher unerlässlich. Die üblichen Bewertungen von anderen Nutzern in Internetportalen reichen hier nur begrenzt aus. Doch der Markt entwickelt sich kontinuierlich und wird durch unabhängige Bewertungsportale für Patienten zunehmend transparenter. Bei den medizinisch relevantesten und komplexesten Apps, denjenigen die als Medizinprodukt agieren, ist ebenfalls eine Marktentwicklung sichtbar. So ist bei diesen Apps neben der Verschreibung auch die Kostenerstattung mittlerweile eine realistische Option, zumindest in den USA. <<

Patient Apps for Improved Healthcare

Mobile applications have become widely available in the healthcare sector. More than 16.000 healthcare apps for patients are available for download from the U.S. Apple iTunes app store. To date, most efforts in app development have been in the overall wellness category with diet and exercise apps accounting for the majority. An assessment finds that only a small fraction of the healthcare apps available today are frequently used by patients. The complex and unregulated market makes it difficult for patients to find functional apps, especially when looking for apps in medically relevant areas. But the market is developing fast. Internet portals are emerging that allow healthcare professionals to evaluate and rate apps so that patients are guided better in choosing the right app.

Keywords

Healthcare apps, mobile applications, patient apps, mobile healthcare

Autorenerklärung

Die Autoren arbeiten bei der IMS Health GmbH & Co. OHG in Deutschland. Der Beitrag beinhaltet zentrale Ergebnisse der Studie des IMS Institute for Healthcare Informatics.

Dipl.-Volksw. Mia Reinwald

ist Business Development Manager, Central Europe bei IMS Health. Sie ist seit Anfang 2012 bei IMS Health tätig, zunächst im Commercial Effectiveness Services (CES) Consulting für Central Europe, danach als Business Analyst und Referentin der Geschäftsleitungen Central Europe und East Europe. Sie ist Diplom-Volkswirtin und hat in Tübingen und Genf studiert.

Kontakt: mreinwald@de.imshealth.com



Dr. Frank Wartenberg

ist seit Januar 2010 Vorsitzender der Geschäftsführung von IMS Health Deutschland und seit Januar 2011 zusätzlich President Central Europe (D-A-CH) sowie Geschäftsführer in Österreich. Davor verantwortete er als Vice President und Practice Leader Commercial Effectiveness EMEA alle Beratungsleistungen um das Thema Vertrieb und Marketing in Europa, Middle East und Afrika.

Kontakt: fwartenberg@de.imshealth.com



Prof. Dr. Dr. Fred Harms
 Prof. Dr. Dorothee Gänshirt
 Peter Stegmaier

Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen: Was wollen Patienten?

Die große, allen entwickelten Gesellschaftssystemen drohende Herausforderung ist die demographische Entwicklung. Seit Jahren ist bekannt, dass die Populationen in den westlichen Ländern immer älter werden. Waren im Jahre 1950 nicht einmal 10 Prozent unserer Bevölkerung älter als 65 Jahre, so sind im Jahre 2025 fast 25 Prozent der Menschen in West-Europa über 65 Jahre alt. Damit wird die Altersstruktur ähnlich sein, wie in Florida, von den Amerikanern liebevoll „God’s Waiting-Room“ genannt.

>> Haben wir zu viele oder zu wenige Gesundheitsdienstleister? Gestaltet sich unsere medizinische Versorgung effizient. oder verspielen wir unsere Zukunft? Brauchen wir mehr Innovationen oder mehr generische Ansätze? Soll der Staat gar alles regeln? Kann und muss nicht jeder Einzelne mehr Verantwortung - auch finanzieller Art - übernehmen? Diese und ähnliche Fragen werden seit Jahren kontrovers diskutiert, wobei die jeweiligen Antworten nicht unterschiedlicher sein könnten.

Dabei ist die Ausgangslage mehr als eindeutig. Im 19. Jahrhundert starben 80 Prozent aller Menschen an Infektionskrankheiten, 1930 waren es noch immerhin knapp 50 Prozent. Im Gegensatz dazu, versterben seit 1980 nur noch 1 Prozent aller Menschen in Deutschland an diesen Akuterkrankungen. Somit bleibt zu konstatieren, dass die Akutversorgung gelernt ist und auch funktioniert (bis auf wenige Ausnahmen, die die Medien immer gern strapazieren, um pauschal das gesamte Gesundheitswesen und seine Beteiligten zu diskreditieren). Doch: Die Menschen sterben immer noch. Allerdings hat sich der Grund dafür in nur einem halben Jahrhundert komplett gewandelt: nicht mehr Kriege, Epidemien oder Verletzungen bilden das Gros der letalen Ereignisse, sondern chronische Erkrankungen, an denen inzwischen 9 von 10 Menschen in den Industriestaaten versterben.

25 Prozent aller Menschen in Deutschland leiden an chronischen Krankheiten. Schätzungsweise 7 Millionen leiden an chronischen Rückenschmerzen, 6 Millionen an Kniegelenksarthrose, 4 Millionen an Polyarthrose und 1,5 Millionen an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. 3,5 Millionen Menschen leiden an einer behandlungsbedürftigen Depression, 1,4 Millionen an Demenz, 1.2 Millionen an Morbus Alzheimer, 800.000 an Schizophrenie. 300.000 Menschen erleiden pro Jahr einen Herzinfarkt, alle 2 Minuten ereignet sich ein Schlaganfall, jedes Jahr nimmt die Anzahl der Typ 2-Diabetiker in der Größe einer Stadt wie Karlsruhe zu und europaweit verstirbt

Zusammenfassung

Chronisch kranke Patienten sind zunehmend Experten ihrer Erkrankung und demzufolge sind die Anforderungen an das Niveau von Gesundheitsinformationen hoch. Daher ist eine Information nur dann eine relevante Information, wenn sie dem Patienten bei der Bewältigung der Erkrankung hilft – entweder psychisch oder physisch. Aktuelle Publikationen aus der Versorgungsforschung zeigen, dass die Fähigkeit zum Selbstmanagement der Patienten direkt durch die Informationen, die sie erhalten und verstehen, beeinflusst werden kann. Vor allem bei Patienten mit einem hohen subjektiven Leidensdruck ist bekannt, dass basierend auf patientenrelevanten Gesundheitsinformationen diese Patienten ihr Gesundheitsverhalten bei einer entsprechenden kontinuierlichen Unterstützung dauerhaft ändern können. Die Kommunikation mit chronisch kranken Menschen erfordert allerdings eine hohe Kommunikationsfähigkeit. Kommunikation kann nicht bedeuten, halbherzig auf potentielle – und häufig marginale – Vorteile eines Medikamentes hinzuweisen in der Hoffnung, dass der Patient freudig zugreift. Vielmehr sollten intelligente Kommunikationskonzepte integrierte therapeutische Lösungen darstellen. Patienten beim Selbstmanagement der Erkrankung zu helfen, bedeutet, ihnen Informationen zukommen zu lassen, die empathisch sind und auf die wirklichen alltäglichen Probleme eingehen. Neben dem Arzt und Apotheker ist der chronisch kranke Patient selbst die Person, die den größten Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Ein Großteil der Patienten hat dies bereits erkannt und fordert daher das gleiche Mitspracherecht bei therapeutischen Entscheidungen wie ihre Ärzte und Apotheker (Cope 1+2). Alle Institutionen des Gesundheitswesens sind somit aufgefordert Patienten mit chronischen Erkrankungen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen

Schlüsselwörter

Selbstmanagement, Patienten-Empowerment, Adhärenz versus Non-Adhärenz, Patientenfuchs, Cope 1+2, Gesundheitskommunikation, chronische Erkrankungen, Typ 2 Diabetes, Herz-Kreislauf, Krebs, Rheuma

jedes Jahr eine Stadt mit der Ausdehnung von Hamburg an Krebs. Auf Grund der Geriatriisierung unserer Gesellschaft werden sich innerhalb der nächsten 20 Jahre die Anzahl der Krebs- und der Alzheimerpatienten verdoppeln bzw. die Anzahl der Pflegebedürftigen wahrscheinlich verdreifachen: Statistisches Bundesamt (2008), Demenzreport (2011), International Agency for Research on Cancer (IARC) (2012).

Ob man sich allerdings auf die Vorhersagen diverser Experten verlassen kann, bleibt immer ein wenig fraglich. Als man beispielsweise im Jahre 1990 die relevanten Meinungsbildner bis hin zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) befragt hat, wie viele Menschen im Jahre 2025 an Diabetes erkrankt sein werden, prognostizierte man ein Anzahl von 200 Millionen. Diese Zahl war bereits im Jahre 2005 erreicht. In der Presstenotiz der International Diabetes Federation (IDF) vom 14. November 2013 geht man jetzt von fast 600 Millionen Erkrankten für das Jahr 2035 aus.

Dieses entspricht im Vergleich zur Ausgangsprognose einem zusätzlichen Plus in der Höhe der gesamten Bevölkerung der Vereinigten Staaten von Amerika inklusive Kanadas: WHO - Global Burden of Disease (2012), IDF News 2013).

Trotz dieser, sich im Vergleich vor noch wenigen Jahrzehnten absolut geänderten Morbidität und Mortalität versucht das Gesundheitssystem seit Jahren und Jahrzehnten unter dem Einsatz eines Multimilliarden-Invests mit dem im Akutbereich gut funktionierenden Versorgungsansatz der zur Epidemie angewachsenen chronischen Krankheiten zu begegnen. Und: versagt! Nur zugeben traut sich das keiner. Schuld daran sind weder die Kassen, noch die Ärzte oder andere Heilberufler, die jeder für sich das Beste für ihre Patienten wollen. Schuld ist vielmehr ein überkommener (nicht falscher!) Versorgungsansatz, der eben im Akutbereich prächtig funktioniert, aber der nicht Eins zu Eins auf chronische Erkrankungen übertragbar ist.

Akut- versus Chronikerversorgung

Worin liegt der entscheidende Unterschied zwischen der Akut- und der Chronikerversorgung? Ein distinktives Merkmal ist das Ausmaß des Einflusses, den der Patient auf seine Heilung oder seinen Therapieerfolg hat. Bei akuten Erkrankungen hat der Patient vergleichsweise wenig eigenen Einfluss auf seine Genesung. Er ist zum Beispiel auf ein wirksames Antibiotikum oder auf einen guten Operateur angewiesen. Bei diesen klassischen Beispielen muss der Arzt seine Patienten im Wesentlichen darüber aufklären, was vor allem die Medizin für den Patienten tun kann. Die weitere Kommunikation besteht im Prinzip darin, dem Patienten zu erklären, was er über die ärztlichen Therapiemaßnahmen hinaus zu tun oder zu lassen hat – eine Vorgehensweise, die im Falle der Akutversorgung absolut angemessen ist und sich bewährt hat. Die Rolle des Patienten: Er hat einzig und alleine die Entscheidung, ob er entsprechend behandelt werden möchte oder auch nicht.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich jedoch die Bedarfslagen grundlegend verändert. Heute kommen vor allem Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, Typ 2-Diabetes und COPD (oder einer Mischung davon, spricht Multimorbidität) in unsere Arztpraxen und Krankenhäuser. Das führt dazu, dass vor allem die Hausärzte bis zu 75% ihrer Zeit nur für diese drei Erkrankungen aufbringen müssen. Neu an diesem Morbiditätssetting ist, dass nicht der Arzt, sondern der Patient selbst den größten Einfluss auf seinen Therapieerfolg hat.

Beispiel Typ 2-Diabetes – eine Krankheit wird zur Epidemie

Heute zählt die Bundesrepublik Deutschland, Österreich und die Schweiz rund 8,5 Millionen Patienten mit Typ 2 Diabetes. Weitere 6 Millionen sind noch gar nicht diagnostiziert. Läuft die Entwicklung so weiter, werden in 20-25 Jahren zwischen 20 bis 25 Prozent der Erwachsenen in diesen Ländern Diabetiker sein. Daher wird das deutsche Gesundheitssystem im Jahre 2030 bis 2035 alleine für Typ 2 Diabetes und Adipositas wahrscheinlich so viel Geld aufbringen müssen, wie derzeit für das gesamte Gesundheitssystem investiert wird. Nach neuen Berechnungen der American Diabetes Association (ADA) verursacht Diabetes pro Jahr mehr Kosten, als sämtliche Kriege (Afghanistan, Irak etc.) gegen den Terrorismus. Die volkswirtschaftlichen Schäden, die Diabetes jedes Jahr in den Vereinigten Staaten von Amerika anrichtet, werden als höher beziffert, als die Kosten, die durch den Hurricane Katrina verursacht wurden (FAZ 2010).

Die International Diabetes Federation (IDF) schätzt, dass weltweit mehr als 6 Prozent aller Menschen an Diabetes leiden. Epidemiologisch betrachtet hat Diabetes damit inzwischen den Status einer globalen Epidemie erreicht. In Europa verursacht diese Erkrankung jedes Jahr direkte Gesundheitskosten in Höhe von 100 Milliarden Euro. Weitere rund 50 Milliarden entstehen durch indirekte Kosten, die auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Verlust an Produktivität, erhöhte Invalidität und Sterblichkeit zurückzuführen sind. Der Global Risks Landscape Assessment Report des Weltwirtschaftsforums 2009 sieht chronische Erkrankungen wie Diabetes daher als signifikante Risikofaktoren für die Weltwirtschaft an. In den vergangenen Jahren stieg vor allem die Zahl der an Diabetes Typ 2-Erkrankten merklich an. Nach Schätzungen der IDF sind mittlerweile rund 12 Prozent der Deutschen, Österreicher bzw. Schweizer von Diabetes betroffen. 80

bis 90 Prozent von ihnen sind Typ 2-Diabetiker. Während in den 60er Jahren fast ausschließlich ältere Menschen an Typ 2 Diabetes erkrankten, sind es heute auch zunehmend junge Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Alleine in den Vereinigten Staaten von Amerika waren in den letzten fünf Jahren 30 Prozent der neu diagnostizierten Typ 2 Diabetiker nicht älter als 30 (Global Risks Landscape Assessment Report 2009, HRSA 2012).

Einer der größten Risikofaktoren in diesem Zusammenhang ist Übergewicht. Etwa 15 bis 20 Prozent der Jugendlichen in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind übergewichtig. Bei 8 Prozent ist das Übergewicht krankhaft (Adipositas). 85 Prozent dieser jungen Menschen werden voraussichtlich ihr gesamtes Leben an Übergewicht leiden. Ein nicht unerheblicher Teil wird bereits in jungen Jahren an Typ 2-Diabetes erkranken. Das erste Mal in der Geschichte der modernen Medizin kommen wir damit an einen Punkt, an dem ein Teil der jungen Generation eine geringere Lebenserwartung hat als die Generation ihrer Eltern. Denn: Drei Viertel aller Diabetiker sterben an den Folgen eines Herzinfarktes; Schlaganfälle treten bei Diabetikern viermal häufiger, Depressionen und Parkinson etwa doppelt so oft auf, wie in der Normalbevölkerung. Und: Das Risiko einer Demenz steigt dreifach, bei zusätzlichem Bluthochdruck elffach. Aber auch die Auswirkungen der mikrovaskulären Veränderungen sind dramatisch: So wird alleine in Deutschland alle 15 Minuten eine durch Diabetes bedingte Amputation durchgeführt. In der Summe sind dies jährlich rund ebenso viele Amputationen, wie im letzten Jahr des Zweiten Weltkrieges an Soldaten vorgenommen wurden (Robert Koch Institut 2012, WHO 2013).

In den Jahren seiner Erkrankung (so denn keine Komplikationen auftreten) sieht der Diabetiker laut Daten der Barmer GEK seinen behandelnden Arzt 44.7 mal pro Jahr und verbringt dabei ca. 4 Stunden – wenn es gut läuft – mit dem Diabetesteam. Dennoch: Den großen Rest des Jahres mit seinen noch verbleibenden 364 Tagen und 20 Stunden bleibt der Diabetiker alleine mit seiner Krankheit. In dieser Zeit sind es die vielen kleinen alltäglichen Entscheidungen – über seine Ernährung, die Bewegung, den Umgang mit Stress, die Einnahme von Medikamenten und vieles mehr –, die darüber entscheiden, wie eine chronische Krankheit von der Diagnose bis zum Tod verläuft. Der Arzt, das gewählte Therapieregime (wenn es denn angenommen wird) und die verschriebenen Medikamente (wenn sie denn genommen werden) können nur entscheidende Weichen stellen, doch „gehen“ muss der Patient seinen eigenen Weg selbst (Barmer GEK 2011, Stegmaier/Harms 2013).

Selbstmanagement (Empowerment) der Patienten gefragt

Diabetes ist eine Selbstmanagement-erkrankung. Die IDF führt den Behandlungserfolg bei Diabetikern zu 90 Prozent auf das Verhalten der Patienten zurück. Um möglichst lange und gesund leben zu können, müssen Diabetiker nicht nur die Zusammenhänge zwischen Erkrankung, Ernährung und körperlichem Training kennen. Sie müssen auch die mit einer chronischen Krankheit verbundene seelische Belastung bewältigen, ihren Diabetes stets überwachen und die medikamentöse Behandlung in Eigenregie durchführen. Den meisten Menschen fällt es allerdings schwer den Anforderungen bei Typ 2-Diabetes über längere Zeit gerecht zu werden. In einer der umfassendsten Untersuchungen über Diabetes-Selbstmanagement („Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) Studie“) gaben nur etwa 1/3 der Patienten an, die Umstellung der Ernährung und Bewe-

gung bzw. den täglichen Umgang mit der Erkrankung erfolgreich zu managen (Peyrot et al. 2005, Gänshirt 2012, HRSA 2012).

www.patientenfuchs.de

Das Schulungskonzept zur Selbstmanagementbetreuung, das beispielsweise durch die European Health Care Foundation innerhalb von zehn Jahren entwickelt und evaluiert wurde, lehnt sich an den Empowerment-Ansatz des Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC), University of Michigan, USA an. Diese Betreuungsmethode gilt als Goldstandard in der Selbstmanagementbetreuung von Diabetes-Patienten. Die Philosophie des Empowerments, welche hinter dem Selbstmanagement steht, hat sich in den letzten Jahrzehnten in zahlreichen internationalen Studien als erfolgreich erwiesen. Bei einer Umfrage unter zertifizierten amerikanischen Diabetes Educators, bei der 12 Betreuungskonzepte bewertet werden sollten, gaben 98 Prozent der Therapeuten an, das ihnen das Empowermentkonzept am meisten bei der Schulung ihrer Patienten geholfen habe (Anderson et al. 2005, 2006).

Die Philosophie des Schulungsansatzes basiert auf der These, dass Patienten ihren Diabetes nur dann erfolgreich meistern können, wenn sie entsprechende psychologische Fähigkeiten haben, um notwendige Änderungen in ihrem persönlichen Verhalten, in ihren sozialen Beziehungen und gegenüber Institutionen, die ihr Leben beeinflussen, zu erkennen und umzusetzen. Außerdem wird davon ausgegangen, dass die für das Diabetes-Selbstmanagement nötigen Verhaltensänderungen vom Patienten selbst und nicht durch die medizinische Fachkraft definiert werden müssen. Der Empowermentansatz versucht den Patienten die nötigen Informationen, Hilfsmittel und die psychologische sowie soziale Unterstützung zukommen zu lassen, damit diese informierte, persönlich sinnvolle und realistische Selbstmanagemententscheidungen treffen können.

Die erforderlichen Voraussetzungen fallen dabei in zwei Hauptbereiche: Der erste Bereich betrifft das Wissen über die chronische Erkrankung. Der zweite gleichermaßen wichtige Bereich umfasst die Selbsterkenntnis und die psychologischen Fähigkeiten. Eine chronische Erkrankung und deren Behandlung berühren dabei körperliche, emotionale, geistige und spirituelle Sphären des Lebens eines Patienten. Eine effektive Selbstmanagementschulung muss daher den Einfluss der Erkrankung auf alle diese Bereiche berücksichtigen (Harms/Gänshirt 2005/2009, Gänshirt/Harms 2009, Stegmaier/Harms 2013).

Adherence/Non-Adherence

Der Begriff Adherence stammt aus dem Englischen und bedeutet direkt übersetzt so viel wie Zuverlässigkeit. Non-Adherence wird verschieden definiert. Definitionen von Non-Adherence variieren in der Literatur von der Weigerung der Patienten, einer ihnen vorgeschlagenen Therapie zuzustimmen, über einen vorzeitigen Abbruch der Therapie, bis hin zum Versäumen von Arztterminen. Die European Health Care Foundation (EUHCF) definiert Adherence als „Mitarbeit bzw. Kooperation des Patienten bei einer medizinischen Behandlung durch die Einhaltung der durch den Arzt bzw. den Patienten definierten Verhaltensregeln“. Somit zeigt die Adherence den Grad der Übereinstimmung des Verhaltens der Patienten im Hinblick auf einen sinnvoll formulierten medizinischen Rat an. Soviel zur Theorie.

Patienten bilden sich allerdings ihre eigenen Vorstellungen von ihren Erkrankungen und entwickeln als „medizinische Laien“ so ge-

nannte „Laienhypothesen“, die oftmals nicht mit dem ärztlichen Rat übereinstimmen, jedoch durchaus eine dominierende Rolle bei individuellen Verhaltensentscheidungen spielen. Viele Patienten experimentieren beispielsweise mit ihren Arzneimitteln, indem sie die Dosis verändern, Medikamente absetzen oder sie nur bei akutem Bedarf einnehmen. Das tun sie aber meist nur deshalb, weil keiner ihnen in einer verständlichen Art und Weise erklärt, was an einer Therapie wichtig ist. Die wesentlichen Ursachen der Non-Adherence sind insbesondere auf die unzureichende Information der Patienten zurückzuführen (Harms/Gänshirt 2005/2009, Gänshirt 2012, Stegmaier/Harms 2013).

Allgemein beklagt man bei Patienten mit chronischen Erkrankungen von jeher eine niedrige Adhärenz – in der Regel wird hierfür der Patient selbst verantwortlich gemacht, selten sucht man den Fehler bei den Heilberuflern. Ärzte sind jedoch meist noch so sozialisiert, dass sie sich irrtümlich für den Therapieerfolg ihrer Patienten verantwortlich fühlen. Somit versuchen sie ihre Patienten zu bestimmten Verhaltensänderungen zu überreden oder diese sogar zu „verordnen“. Die meisten Patienten können diese Vorschläge jedoch alleine nur schwer oder gar nicht umsetzen. In der Folge sind die Ärzte frustriert und beklagen die fehlende Motivation ihrer Patienten. Die Patienten sind gleichermaßen frustriert, weil sie die Erwartungen ihrer Ärzte nicht erfüllen und ihre Gesundheitsziele nicht erreichen können.

Dieses Scheitern auf beiden Seiten zieht sich wie ein roter Faden durch unsere Bemühungen und spiegelt einen Kardinalfehler wider: Wir wenden das falsche Konzept an. Das Konzept, das bei der Akutversorgung funktioniert hat, implizierte, dass der Heilberufler vordefiniert, was für den Patienten richtig ist. Der Patient wird dann dahingehend beeinflusst, diese Empfehlung umzusetzen. Mit dieser Strategie möchte man die Konformität der Patienten erhöhen. Tatsächlich muss der erwachsene Patient jedoch in seinem Alltag selbstständig Entscheidungen für seine Gesundheit fällen, die ein hohes Maß an Eigenverantwortung (Selbstmanagement) voraussetzen – also hier ist das Gegenteil von konformem Verhalten gefragt.

Die EUHCF hat in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung an der Sigmund-Freud-Universität in Wien errechnet, dass die nicht vorhandenen Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten mit einer chronischen Erkrankung innerhalb der fünf großen Indikationen innerhalb der fünf großen Länder innerhalb der EU im letzten Jahr Kosten in Höhe von mehr als 200 Mrd. Euro verursacht haben. In Deutschland entstehen nach diesen Schätzungen etwa 13 Prozent aller Krankheitskosten alleine durch Non-Adherence.

Cope 1+2 Studien (Cooperation with Patients in Europe)

Chronisch kranke Menschen sind zunehmend Experten ihrer Erkrankung und demzufolge sind die Anforderungen an das Niveau von Gesundheitsinformationen in diesem Falle hoch. Daher ist eine Information nur dann eine relevante Information, wenn sie dem Patienten bei der Bewältigung der Erkrankung hilft – entweder psychisch oder physisch. Wir wissen aus eigenen, vorangegangenen Untersuchungen, dass die Fähigkeit zum Selbstmanagement der Patienten direkt durch die Informationen, die sie erhalten und auch verstehen, beeinflusst werden kann. Vor allem von Patienten mit einem hohen subjektiven Leidensdruck wissen wir, dass basierend auf patientenrelevanten Gesundheitsinformationen diese Patienten

ihr Gesundheitsverhalten bei einer entsprechenden kontinuierlichen Unterstützung dauerhaft ändern können.

Die Kommunikation mit chronisch kranken Menschen erfordert allerdings eine hohe Kommunikationsfähigkeit. Kommunikation kann nicht bedeuten, halbherzig auf potenzielle – und häufig marginale – Vorteile eines Medikamentes hinzuweisen in der Hoffnung, dass der Patient freudig zugreift. Vielmehr sollten intelligente Kommunikationskonzepte integrierte therapeutische Lösungen darstellen. Patienten beim Selbstmanagement der Erkrankung zu helfen bedeutet, ihnen Informationen zukommen zu lassen, die empathisch sind und auf die wirklichen alltäglichen Probleme eingehen. Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister sind somit aufgefordert ihren Patienten auf gleicher Augenhöhe zu begegnen. Sie müssen erkennen, dass eine hierarchische Beziehung bei chronischen Erkrankungen einem besseren Therapieerfolg im Wege steht. Nicht umsonst ist die Kommunikationsfähigkeit des Arztes ein unabhängiger Prognosefaktor im Hinblick auf den weiteren Verlauf einer chronischen Erkrankung (Zolnierek K, DiMatteo 2009, Harms/Gänshirt 2009, Gänshirt 2012).

Patienten mit Typ 2 Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs (Cope 1) bzw. mit Rheuma (Cope 2) wurden in der Zeit von 2008 bis 2013 befragt. Die Patienten füllten dabei Fragebögen in Arztpraxen – bei Diabetologen, Internisten und Onkologen –, bei Patientenveranstaltungen, bei Patientenorganisationen und in der Universität aus. Der Fragebogen enthielt Multiple-Choice-Tests, Bewertungs- und offene Fragen.

Primäres und sekundäres Studienziel

Primäres Studienziel war die Evaluierung folgender Parameter:

- die Wünsche und Bedürfnisse chronisch kranker Menschen in Bezug auf Gesundheitsinformationen
- der Einfluss von Gesundheitsinformationen auf das Gesundheitsverhalten

Sekundäres Studienziel war:

- eine Basis zur Darstellung eines Kommunikationskonzeptes für chronisch kranke Patienten mit Typ 2 Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs und Rheuma zu erarbeiten.

Cope 1 Studie (Typ 2 Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs)

Insgesamt nahmen 780 Patienten in Deutschland an der Befragung teil. Mehr als die Hälfte der Patienten (57%) war älter als 60 Jahre, 58% der Patienten waren Männer; die meisten Teilnehmer waren verheiratet (66%) und lebten in einem 2-Personen-Haushalt (61,3%). Fast die Hälfte der Patienten (46%) hatte einen Hauptschulabschluss. Die Mehrheit der Teilnehmer war entweder pensioniert (56%) oder angestellt (32,4%); 81% waren gesetzlich krankenversichert.

52% der Patienten litten unter Diabetes, 33,9% hatten ein Herz-Kreislaufleiden und 14,5% waren Krebspatienten. Die Mehrheit der Patienten mit mehr als einer Erkrankung litt an Diabetes und einer Herz-Kreislaufkrankung (24,6%). Die Patienten mit Diabetes bzw. einer Herz-Kreislaufkrankung waren vor 5-10 Jahren (30%), oder vor mehr als 10 Jahren diagnostiziert worden (30%), während die Mehrheit der Krebspatienten (64,8%) innerhalb der letzten 5 Jahre diagnostiziert worden war. Was die Wahrnehmung ihrer Erkrankung betrifft, so empfanden 95% der Krebspatienten, 75% der Herz-Kreis-

laufpatienten und 65% der Diabetespatienten ihre Erkrankung als gefährlich oder sehr gefährlich.

Bedürfnis nach Information und Unterstützung bei chronischen Erkrankungen

80% der Patienten mit einer chronischen Erkrankung äußerten neben dem Gespräch mit dem Arzt das Bedürfnis nach weitergehenden Gesundheitsinformationen. Die wichtigsten Themen neben Ernährung und Bewegung sind Informationen über die Nebenwirkungen von Medikamenten (75%), die Risiken dieser Nebenwirkungen (72%) bzw. alternative Behandlungsmethoden (75%).

Nicht einmal 20% der Patienten sind in Phasen eines hohen subjektiven Leidensdrucks der Meinung, dass das Internet eine relevante Unterstützung leistet. Aus Sicht der Patienten sind diese Informationen in der Regel zu oberflächlich, da sie nur in Ausnahmefällen konkrete Fragen patientenrelevant beantworten (94%). Vor allem die Richtigkeit und die Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen hat eine hohe Priorität (97%). Darüber hinaus betonen die Patienten, dass nur die Informationen hilfreich sind, die den täglichen Umgang mit der Erkrankung erleichtern (93%). Außerdem befürworten die Patienten, dass entsprechende Patienten-Informationen durch eine unabhängige Organisation – wie z.B. eine Stiftung oder Universität – kontrolliert sein sollten (93%).

Wir fragten die Patienten, wie viel Vertrauen sie zu Gesundheitsinformationen aus verschiedenen Quellen haben und wie gut ihnen diese Informationen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung helfen. Offensichtlich korreliert der Grad des Vertrauens mit dem Grad der Unterstützung, die die Patienten durch die entsprechende Information erfahren. Das meiste Vertrauen bringen Patienten ihren Ärzten entgegen (Hausärzte 72%, Fachärzte 91%). Von ihnen fühlen sie sich am besten unterstützt, gefolgt von Apothekern (48%), anderen Patienten bzw. Freunden und Familie (45%). Die Gruppe, der das geringste Vertrauen entgegengebracht wird und die am wenigsten

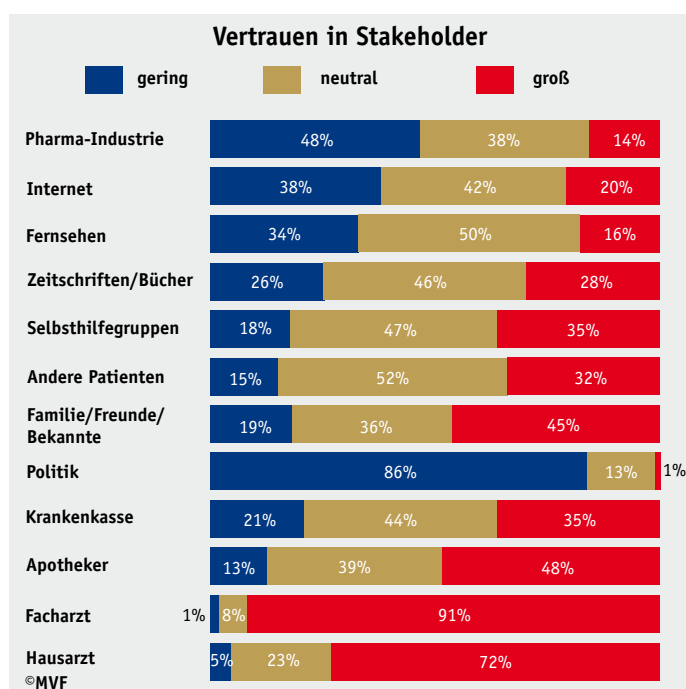


Abb. 1: COPE 1 - Wie groß ist das Vertrauen in die folgenden Gruppen, wenn sie Fragen zu Ihrer Erkrankung haben? (n=723).

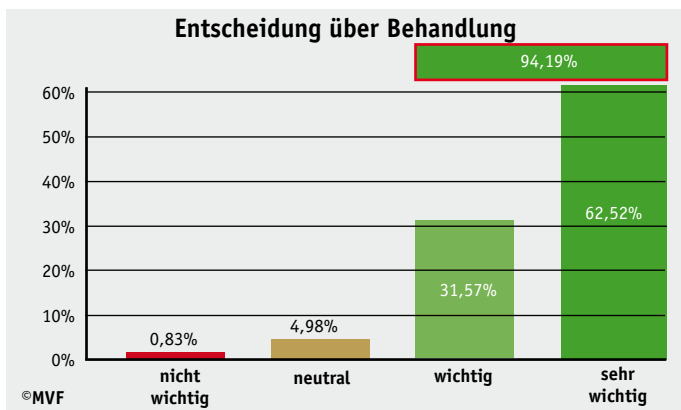


Abb. 2: COPE 1 - Wie wichtig ist es, dass Sie und Ihr Arzt gleichberechtigt über Ihre Behandlung entscheiden können? (n=723).

Unterstützung leisten, waren die pharmazeutische Industrie (14%) bzw. die Politik (1%).

Die Mehrheit der Teilnehmer (77%) gab an, dass die Zeit, die sie mit ihrem Arzt verbringen eigentlich ausreicht, um die grundsätzlichen Fragen und Probleme zu besprechen, dennoch hätten 81% der Teilnehmer gerne zusätzliche Unterstützung neben den üblichen Arztbesuchen. Den größten Unterstützungsbedarf sehen die Patienten im Bereich Ernährung und Bewegung bzw. Anwendung, Wirkung und Nebenwirkung von Arzneimitteln. Was die Einstellung der Patienten zu Arzneimitteln betrifft, so gaben die meisten Patienten an, dass Medikamente lebensrettend sein können (88,2%). Nur wenige Patienten (20%) sind der Meinung, dass Medikamente eher schaden als nützen. Vor allem im Hinblick auf die Frage: „Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie genauso viel über Ihre Medikamente erfahren wie Ihr Arzt“, sagten 91% der Patienten, dass dies für sie wichtig bzw. sehr wichtig sei. Auch halten es 94% der Menschen mit einer chronischen Erkrankung für wichtig bzw. sehr wichtig, dass sie die Thera-

pieentscheidungen gleichberechtigt mit ihrem Arzt treffen (Abb. 2).

COPE 2 Studie (Rheuma)

Insgesamt wurden 334 Patienten befragt. 96% sind deutsche, österreichische oder schweizerische Staatsbürger. Das mittlere Alter der Patienten betrug 64,5 Jahre, 60% der Patienten waren über 60

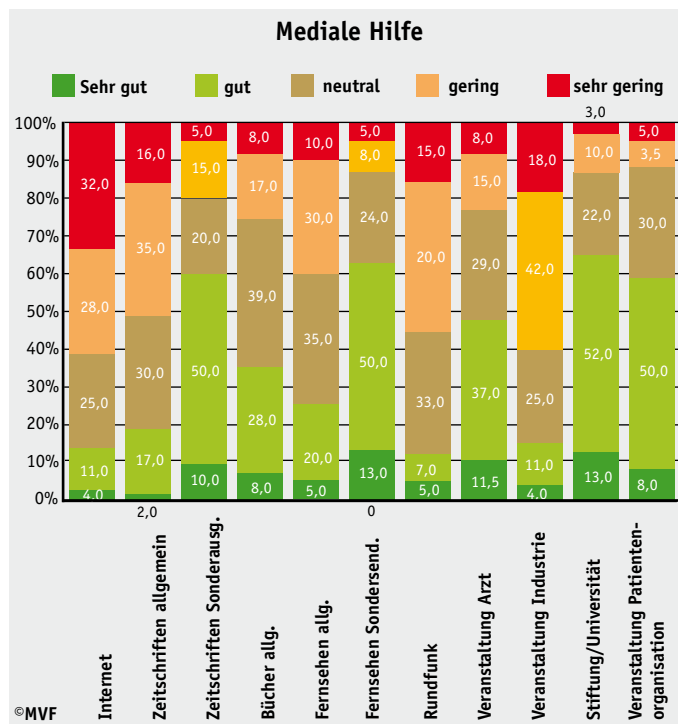


Abb. 3: COPE 2 - Wie gut haben Ihnen folgende Medien bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung geholfen? (n=329).

Literatur

- Anderson RM Funnell MM (2005) The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators. 2nd edition. American Diabetes Association.
- Anderson RM (2006) Helping Patients succeed in meeting challenges of effective diabetes self-management. Power-Pac C.E., New York.
- Barmer GEK (2011) Arztreport - Auswertung zu Daten bis 2009.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011) Demenzreport.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2010): Diabetes in Deutschland - Eine Krankheit wird zur Epidemie. Verlagsbeilage, 29. Oktober 2010.
- Gänshirt D, Harms F (2008) Compliance Management. Monitor Versorgungsforschung 02:44-47.
- Gänshirt D (2012) Selbstmanagement bei Diabetes. DAZ 4: 18-20.
- Global Risks Landscape Assessment Report (2009)
- HRSA-Report: U.S. Department of Health and Human Services (2012)
- Harms F, Gänshirt D (2005) Gesundheitsmarketing. Patientenempowerment als Kernkompetenz. Lucius und Lucius Verlag, Stuttgart.
- Harms F, Gänshirt D, Ahlert B (2009) Das Informationsbedürfnis von Krebspatienten. Monitor Versorgungsforschung 04:32-36.
- IDF (2013) - Pressemitteilung 14.11.2013. <http://www.themenportal.de/sport/anstieg-der-diabeteserkrankungen-betrifft-alle-laender-18370>
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2012) Globoscan.
- Peyrot M, Rubin RR, Laitinen T et al (2005) Psychological problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. Diabet Med 22:1379-1385.
- Robert Koch Institut (2012) Übergewicht und Adipositas in Deutschland.
- Statistisches Bundesamt (2013) Sterbetafel 2009-2011.
- Statistisches Bundesamt (2008) Demographischer Wandel in Deutschland.
- Stegmaier P, Harms F (2013) Von der Versorgung zur Befähigung zum Selbstmanagement. Monitor Versorgungsforschung 03: 23-28.
- Szabo L (2011) USA Today / American Diabetes Association (ADA): Report: Diabetes costs USA more than wars and disasters.
- WHO (2012) - Global Burden of Disease.
- WHO (2013) Obesity and overweight.
- Zolnierek K, DiMatteo M (2009) Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. Med Care: 47(8): 826-834.

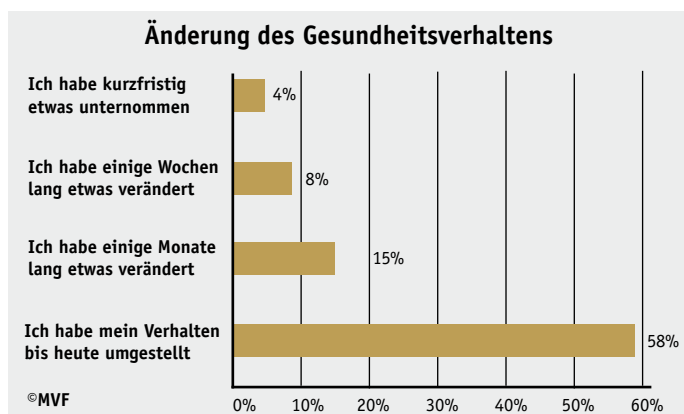


Abb. 4: COPE 2: War das eine einmalige Aktion oder haben Sie langfristig etwas an Ihrem Gesundheitsverhalten geändert? (n=289).

Jahre alt. Die Mehrheit der Patienten (70%) war weiblich, 56% waren verheiratet. Circa die Hälfte lebt in einem 2-Personen-Haushalt. Die meisten Patienten (84%) hatten niedrige Schulabschlüsse und waren entweder pensioniert (50%) oder berufstätig (40%). 100% der Patienten litten unter Rheuma, davon 89% unter Rheumatoider Arthritis. 92% unter chronischen Schmerzen. Bei 42% der Patienten bestand die Krankheit bereits mehr als 10 Jahre, bei 34% 5 bis 10 Jahre und bei 20% 2 bis 5 Jahre. 65% der Patienten gaben an, dass die Erkrankung ihre Lebensqualität stark bis sehr stark beeinträchtigt.

Wir fragten die Patienten, wie viel Vertrauen sie zu Gesundheitsinformationen verschiedener Institutionen haben und wie sehr ihnen diese Informationen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung helfen. Beide Aspekte betreffend sind Patienten am zufriedensten mit Veranstaltungen von unabhängigen Institutionen wie Stiftungen oder Universitäten (65%). Über das gleiche subjektive Ansehen aus der Sicht der Menschen mit einer chronischen Erkrankung (Rheuma) verfügen Fernsehsondersendungen zu speziellen Gesundheitsthemen (63%) bzw. Sonderausgaben von Zeitschriften (60%). Auch Veranstaltungen, die z.B. durch Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen (58%) initiiert werden, genießen eine hohe Kreditibilität. Deutlich dahinter rangieren die Bemühungen, die durch Ärzte angeboten werden. Gerade einmal die Hälfte der Patienten (48%) vertritt die Meinung, dass diese Angebote dabei helfen, den täglichen Umgang mit der Erkrankung zu erleichtern.

Die Informationsangebote der pharmazeutischen Industrie werden als absolut ungenügend angesehen. Nur 15% der Patienten sehen hier eine Unterstützung. Ähnliches gilt für das Internet. Dieses wird zwar als sinnvoll erachtet, wenn es darum geht sich einen allgemeinen Überblick zu verschaffen (73%). Bei individuellen Fragen z.B. in Zeiten eines hohen subjektiven Leidensdrucks versagt dieses Instrument, da spezielle Patientenportale in der Regel nicht zur Verfügung stehen, obwohl hier ein hoher Bedarf existiert (Abb. 3).

81% der Patienten hatten bereits einmal ihr Gesundheitsverhalten aufgrund einer patientenrelevanten Information geändert. In den meisten Fällen betraf dies Ernährungsumstellungen (25%) oder Bewegung (27%). 20% der Patienten haben zu Hause einen Gesundheitstipp umgesetzt, 21% suchten z.B. wegen einer bestimmten Information ihren Arzt oder Apotheker auf und 5% der Teilnehmer haben das Rauchen aufgegeben. Bei der Mehrheit der Patienten lag dies mehr als 1 Jahr zurück. Zudem haben 58% (Schweiz im Vergleich 75%) der Patienten das veränderte Gesundheitsverhalten bis zum Tage der Umfrage beibehalten (Abb. 4).

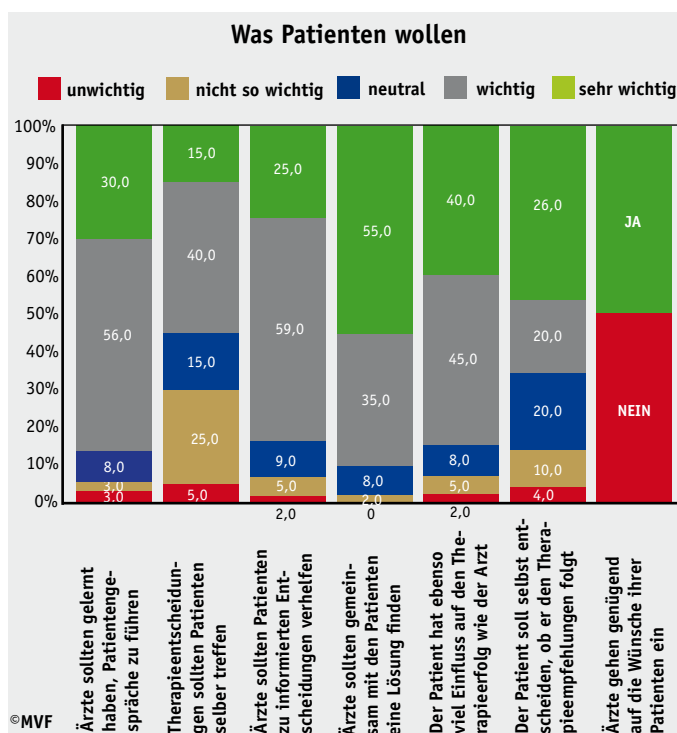


Abb. 5: COPE 1+2: Was wollen Patienten von Ihren Ärzten? (n=976).

Was erwarten Patienten von ihren Ärzten (COPE 1+2)?

Was die Beziehung zu ihren Ärzten angeht, so wünschen sich 86% der Patienten, dass diese es gelernt haben, wie man Patientengespräche richtig führt. 84% der Menschen mit einer chronischen Erkrankung sind der Meinung, dass die Ärzte dem Patienten dabei helfen sollten, informierte Entscheidungen im Hinblick auf die eigene Erkrankung zu treffen. 90% der Patienten vertreten die Meinung, dass Ärzte gemeinsam mit dem Patienten eine Lösung in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung finden müssen. Dieses steht im Widerspruch zur Realität. Nur die Hälfte der Diabetiker, Herz-Kreislauf- und Rheumapatienten vertreten aus ihrer subjektiven Sicht heraus die Ansicht, dass ihre Ärzte entsprechend auf die Wünsche und Bedürfnisse eingehen. Nur in der Onkologie waren die Ergebnisse deutlich besser. Hier waren fast 70% der Patienten der Meinung, dass die Ärzte sich intensiv mit den Problemen der Patienten auseinandersetzen (Abb. 5).

Fazit

Die Fähigkeit zur Förderung des Selbstmanagements von Patienten mit einer chronischen Erkrankung erfordert ein umfassendes Betreuungskonzept, das alle Heilberufler inklusive der Patientenorganisationen, Krankenkassen bzw. der Industrie gleichermaßen einschließt. Vor allem in der Kommunikation mit den Patienten gilt es umzudenken. Es geht nicht mehr nur um die bloße Verordnung von Medikamenten, sondern um ein grundsätzliches Verständnis für die Einstellungen, Sorgen und Bedürfnisse der Erkrankten.

Falls wir den Patienten nicht in den Mittelpunkt des Interesses stellen, entwickeln sich die fünf großen Volkskrankheiten, die 88% der derzeitigen Ausgaben verursachen - unabhängig vom menschlichen Leid - zur Klimakatastrophe unserer Volkswirtschaft.

Um es ganz deutlich auszudrücken: Wir sind nicht in der Lage die Gesundheits-Schlachten der Zukunft mit den Waffen von gestern zu schlagen. Falls wir das nicht einsehen, dann wird die Glorie der Vergangenheit zum Stolperstein der Zukunft. Wir benötigen somit einen Zusammenschluss der „Klassenbesseren“, die bewusst ein wenig auf ihre eigenen Partikularinteressen zur aktiven Zukunftssicherung unseres Gesundheitssystems verzichten können. Immerhin sind wir, die zur Zeit die Geschicke unseres Systems in verantwortlicher Position leiten, nichts anderes als die chronisch kranken Menschen der Zukunft. Das ist zwar bitter, entspricht allerdings der Realität. Immerhin ist ebenso jeder Dritte, der diesen Beitrag liest, angehender Krebspatient. <<

Self-management of chronic disease: needs and requirements?

During the last decades the requirements of our health care system underwent a radical change. Today's patients are predominantly suffering from cardiovascular diseases, type 2 diabetes, COPD or a mixture thereof – that is multimorbidity. As a result general practitioners need to spend 75% of their time only for these three diseases. However, what is new is, that not the physician but the patient has the most significant influence on therapeutical success. What this means to us, is depicted in our Cope 1 and 2 study – namely from the patients' point of view.

Keywords

self-management, patient-empowerment, Adherence versus Non-Adherence, patientfox, Cope 1+2, healthcare communication, chronic diseases, type 2 diabetes, heart-diseases, cancer, rheumatism

Autorenerklärung

Harms und Gänshirt haben Honorare für Vorträge, Beratung und Gutachten erhalten, die sie für Partner der Industrie, für Anstalten des öffentlichen Rechts, für Stiftungen und Vereine erstellt haben. Das Projekt Cope1+2 wurde in Teilen von der Merck, Sharp & Dohme Foundation, Whitehouse Station, NJ, USA unterstützt. Die vorliegende Arbeit erfolgte jedoch ohne finanzielle Unterstützung.

Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD

ist Mitglied der New York Academy of Sciences, der American Association for the Advancement of Science, des High-Technology Entrepreneur Post-Graduate Programms und der Society for Marketing Advances. Er ist Leiter des Instituts für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung der Sigmund-Freud-Universität in Wien und Vize-Präsident der European Health Care Foundation (EUHCF). Kontakt: fharms@euhcf.org



Prof. Dr. Dorothee Gänshirt

ist Geschäftsführende Präsidentin der European Health Care Foundation. Sie ist Mitglied der European Medical Writers Association, der American Association for the Advancement of Science und der New York Academy of Sciences. Sie ist Professorin für Gesundheitskommunikation, Leitung Institut für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung der Sigmund-Freud-Universität Wien. Kontakt: dgaenshirt@euhcf.org



Peter Stegmaier

ist Chefredakteur von „Monitor Versorgungsforschung“, „Market Access & Health Policy“ und „Monitor Pflege“. Er war Redakteur und Mitglied der Chefredaktion einer Marketing-Zeitschrift des Süddeutschen Verlags, danach Geschäftsleiter von Kommunikationsagenturen im Bereich Health.

Kontakt: stegmaier@m-vf.de



Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH
Dr. biol. hum. Dagmar Gröber-Grätz, MPH

Wenn Patienten Überweisungen fordern – eine Analyse von Einzelinterviews mit Hausärzten

Aktuelle Daten einer Querschnittuntersuchung mit Überweisungspatienten von 29 Hausarztpraxen in Deutschland lassen vermuten, dass rund ein Viertel der Überweisungen auf Wunsch oder Forderung der Patienten stattfindet [1]. Informationen über solche Überweisungen in Deutschland beruhen hauptsächlich auf Meinungsbeiträgen und Erfahrungsberichten. Im offenen Internetsuchdienst Google finden sich zahlreiche Treffer zum Thema, vor allem in gesundheitsbezogenen Publikumsveröffentlichungen und medizinischen Allgemeinpublikationen („medical tribune“, „Ärztezeitung“, etc.). Hiernach werden mitunter Überweisungen ausgestellt, ohne dass ein Arzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat [2-3]. Derartige Überweisungen können zu einer Überversorgung führen und somit die Patientensicherheit gefährden sowie die ärztlichen und solidarisch finanzierten Ressourcen belasten. Aufgrund der spärlichen wissenschaftlichen Datenlage für das deutsche Versorgungssystem war es das Ziel der vorliegenden Arbeit Erfahrungen und Meinungen von Hausärzten im Rahmen der aktiven Forderung von Patienten einer Überweisung zu explorieren.

>> Die vorliegende Analyse des Textmaterials der 22 Leitfragen gestützten Interviews bezieht sich auf den Themenbereich „Arzt-Patient-Kontakt“ mit Fokus „Aktive Forderung des Patienten einer Überweisung“. (Die Frage im Leitfragenkatalog lautete: „Wie gehen Sie mit der Situation um, wenn Patienten aktiv eine Überweisung fordern?“). Berücksichtigt wurden außerdem Äußerungen mit dem Terminus „Wunschüberweisungen“ oder „Überweisungen auf Wunsch“. Ergebnisse dieser Studie zum Themenbereich „Arzt-Facharzt-Kontakt“ wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht [6].

Ergebnisse

Aus dem Textmaterial wurden drei Hauptkategorien mit jeweiligen Unterkategorien gebildet (siehe Tabelle 3).

Die Hauptkategorien (im Fließtext als Überschrift gekennzeichnet) und ihre Unterkategorien werden im Folgenden ausgeführt:

Quantitative Einschätzungen

Der überwiegende Anteil aller Überweisungen würde an der Anmeldung auf Wunsch des Patienten ausgestellt. Angaben zum Anteil

Zusammenfassung

Hintergrund: Hausärzte nehmen bei Überweisungen zum Gebietsarzt durch ihre koordinierende Funktion eine zentrale Rolle ein. Der Praxisalltag zeigt, dass Patienten Überweisungen von ihrem Hausarzt auch wünschen bzw. fordern. Bisher liegen kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu Überweisungsforderungen vor und darüber wie Hausärzte mit solchen umgehen. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Studie „Interaktion“ des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg Erfahrungen und Meinungen zu diesem Sachverhalt aus der Perspektive von Hausärzten exploriert. **Methode:** Zweiundzwanzig leitfadengestützte Einzelinterviews mit Hausärzten aus Heidelberg, Ludwigsburg, Tübingen und Ulm. Computergestützte inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring. **Ergebnisse:** Der Wunsch oder die Forderung einer Überweisung komme häufig vor und finde häufig vor dem Behandlungszimmer statt. Es wurden verschiedene Gründe von Forderungen einer Überweisung identifiziert (z. B. aufgrund der Präferenz von oder Forderung durch Spezialisten). Außerdem konnte der Umgang der Hausärzte mit dem Wunsch oder Forderung einer Überweisung mit zahlreichen Verhaltenweisen attribuiert werden (z. B. Verweigerung, Hinterfragung, Ausstellung bei Insistieren des Patienten oder aus juristischen oder zeitlichen Gründen). **Schlussfolgerung:** Überweisungen auf Wunsch oder Forderung können vom Patienten initiiert oder vom Arzt (mit-)initiiert sein. Sie finden im oder vor dem Behandlungszimmer statt. Die Abgrenzung zu Überweisungen im Rahmen von indizierten Kontrolluntersuchungen erscheint schwierig. Die meisten der hier präsentierten Aussagen von Hausärzten beziehen sich vermutlich auf Patienten aus der Sprechstunde. Ob sich diese Aussagen unterscheiden von Aussagen über Patienten, die Überweisungen vor dem Behandlungszimmer wünschen (und sie dort erhalten), bleibt somit offen.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Allgemeinmedizin, Wunschüberweisung, Überweisung, Qualitative Studie

Methode

• Studiendesign

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit Einzelinterviews gewählt. Hierfür wurde vorab ein Leitfragenkatalog mit verschiedenen Themenbereichen auf Basis der Literatur und Erfahrungen der Autoren zusammengestellt.

• Rekrutierung der Hausärzte

Die Rekrutierung erstreckte sich auf Hausärzte in den Regionen Tübingen, Ulm, Heidelberg und Ludwigsburg. In Tübingen und Ulm wurden 10 Lehrärzte telefonisch kontaktiert. Alle stimmten einem Interview zu (je 5). In Heidelberg und in Ludwigsburg wurden 85 Hausärzte angeschrieben. Von diesen erklärten sich 21 Ärzte bereit, an der Studie teilzunehmen (16 in Heidelberg, 5 in Ludwigsburg); von diesen wurden 12 Ärzte (9 in Heidelberg, 3 in Ludwigsburg) für ein Interview ausgewählt. Die Auswahl der Ärzte erfolgte nach dem Prinzip der maximalen strukturellen Variation [4], um möglichst verschiedene Merkmale (z. B. Einzel- und Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder Tätigkeit in der Stadt oder auf dem Land) zu berücksichtigen (siehe Tabelle 1 und 2).

• Datenerhebung

Insgesamt wurden 22 leitfadengestützte Einzelinterviews im Zeitraum Juli bis Oktober 2009 in den Praxisräumen der Hausärzte durchgeführt. Die Interviews dauerten jeweils 45-60 Minuten und wurden mit Einverständnis der Befragten auf Tonträger aufgezeichnet.

• Datenanalyse

Alle Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet [5]. Die Textanalyse erfolgte computer-gestützt durch die Autoren: Im Konsensusverfahren wurden aus den Antworten der Ärzte deduktive (theoriegeleitet anhand der Leitfragen) und induktive (aus dem Textmaterial heraus) Kategorien abgeleitet. Im nächsten Schritt erfolgte die Bildung von Unterkategorien im Konsensusverfahren (siehe Tabelle 3). Aus allen Kommentaren einer Unterkategorie wurden bis zu drei prägnante Zitate ausgewählt (siehe Tabelle 4).

der Überweisungen, der auf Wunsch der Patienten stattfindet, liegen bei 30 und 70%;

Gründe

Medien (z. B. Fernsehen oder Internet) oder das soziale Umfeld (z. B. Nachbarn), der Hausarztvertrag und die Präferenz des Spezialisten (z. B. Dermatologe, Urologe, Orthopäde) wurden als Gründe für Forderungen von Überweisungen genannt. Einige Interviewte äußerten, dass Überweisungen, die Patienten wünschen oder anfordern, aus wirtschaftlichen Gründen von Spezialisten initiiert würden.

Umgang

Eine Reihe von Verhaltensweisen konnte eruiert werden. Hierunter fallen beispielsweise unterschiedliches praxis-internes Dokumentieren oder das (Nicht-)Mitgeben von Befunden durch den Arzt bei Forderung einer Überweisung, das Verweigern von gewünschten Überweisungen, das Erläutern (im Sinne von Erklären) oder das Hinterfragen des Arztes bezüglich der Notwendigkeit solcher Überweisungen und das Zustimmung bei Nachvollziehbarkeit. Einige Ärzte berichteten, dass sie die Forderung oder den Wunsch einer Überweisung aus „juristischen Gründen“ oder aus „Zeitmangel“ erfüllen würden. Überweisungen auf Wunsch würden auch ausgestellt, um negative Folgen zu vermeiden; explizit wurde das „Vergraulen“ von Patienten bei Nicht-Überweisung genannt. Für detaillierte Informationen siehe Tabelle 4.

Diskussion

Soziodemographische Daten der interviewten Hausärzte	
Mittleres Alter in Jahren (Spannweite)	
Frauen	47 (38-57)
Männer	56 (45-68)
Gesamt	53 (38-68)
Mittlere Berufserfahrung in Jahren (Spannweite)	
Frauen	7 (3-17)
Männer	21 (5-34)
Gesamt	15 (3-34)

Tab. 1: Soziodemographische Daten der interviewten Hausärzte. Im Kollektiv befanden sich 9 Frauen und 13 Männer.

Praxisdaten der interviewten Ärzte	
Praxisumfeld	Anzahl der Praxen
In der Stadt	9
Im städtischen Umkreis von 20 km	8
Auf dem Land	5
Praxisform	
Einzelpraxis	4
Gemeinschaftspraxis	13
Praxisgemeinschaft	5
Patientenanzahl/Quartal	
< 500 Patienten	2
500-1000 Patienten	3
1001-1500 Patienten	5
> 1500 Patienten	12

Tab. 2: Praxisdaten der interviewten Ärzte.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen vermuten, dass Überweisungsforderungen ein relevantes Phänomen an der Schnittstelle von Hausarzt und Gebietsarzt sind. Es wird deutlich, dass das Thema viele Facetten aufweist. Die drei Hauptkategorien sollen im Folgenden diskutiert werden.

Quantitative Angaben

„Der Hauptprozentsatz der Überweisungen“ würde vor dem Behandlungszimmer (und zwar auf Wunsch der Patienten) ausgestellt werden. Im Jahre 2004 wurde im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) die Praxisgebühr eingeführt und mittlerweile wieder abgeschafft. Um nicht erneut 10 Euro beim Facharzt bezahlen zu müssen, benötigten Patienten eine Überweisung vom Hausarzt. Die Auswirkungen der Einführung der Praxisgebühr auf die Überweisungshäufigkeit ist in der Promotionsarbeit von Dahmen in Hausarztpraxen in Nordrhein-Westfalen untersucht worden: Patienten forderten nach Einführung der Praxisgebühr häufiger Überweisungen vom Hausarzt [7]. Ob sich diese überwiegend vor dem Behandlungszimmer abspielten, ist unklar. Welchen Stellenwert „beim Hauptprozentsatz der Überweisungen“ Routineüberweisungen ausmachen und ob eine Rücksprache der medizinischen Fachangestellten mit dem Arzt bezüglich dieser Patienten erfolgt, geht aus den vorliegenden Daten nicht hervor.

Die Einschätzungen der Hausärzte zur Häufigkeit (siehe Tabelle 4) von geforderten Überweisungen sind beträchtlich und durchaus realistisch. Bösner et al. vermuten aufgrund der Ergebnisse der einleitend zitierten Querschnitterhebung in 29 deutschen Hausarztpraxen, dass sogar rund 70% aller Überweisungen von Patienten (mit-)initiiert werden [8]. Ob Überweisungen an der Anmeldung, von denen die Rede in den vorliegenden Ergebnissen ist, allein vom Patienten gefordert werden, eine Würdigung des medizinischen Sachverhalts durch den Arzt vorliegt/fehlt oder bei fehlender Indikation ausgestellt wird, bleibt ebenso offen.

In der Querschnitterhebung von Rosemann et al. zum Thema „Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt“ wurden die Überweisungen von 26 deutschen Hausärzten gesichtet. In gut 5% der „di-

Kategorien aus 22 Interviews zum Thema „Wunsch/Forderung“	
Hauptkategorie	Unterkategorie
Quantitative Einschätzungen	<ul style="list-style-type: none"> an der Anmeldung allgemein
Gründe von Forderungen	<ul style="list-style-type: none"> durch Medien und soziales Umfeld beeinflusst durch hausarztzentrierte Versorgung bedingt Präferenz des Spezialisten (Urologe, Orthopäde, Dermatologe) auf Initiative der Fachärzte (aus wirtschaftlichen Gründen)
Umgang mit Forderungen	<ul style="list-style-type: none"> Ausstellung der Überweisung bei Insistieren des Patienten Verweigerung/Ablehnung Hinterfragung Erklärung Ausstellung der Überweisung aus zeitlichen Gründen Zustimmung bei Nachvollziehbarkeit Zustimmung aus „juristischen Gründen“ Unterschiedliche Dokumentation bei Wunschüberweisungen Mitgabe von Befunden bei Wunschüberweisung Vermeidung Patienten zu verlieren zur Förderung der Arzt-Patient-Beziehung

Tab. 3: Kategorien aus 22 Interviews mit Hausärzten zum Thema „Wunsch/Forderung der Patienten einer Überweisung“. Details siehe Tabelle 4.

Äußerungen von Hausärzten zum Thema Wunsch oder Forderung einer Überweisung		
Hauptkategorien	Unterkategorien	Beispielzitate
Quantitative Einschätzungen	• an der Anmeldung	... Überweisen tue ich diejenigen Patienten, die entweder mit dem direkten Wunsch einer Überweisung kommen oder wo ich selber keine weitere Abklärung machen kann ... Ich denke der Hauptprozentatz der Überweisungen wird vorne [an der Anmeldung] ausgestellt auf Wunsch des Patienten. Ich schätze etwa 70%. 30% machen wir hier im Raum [Behandlungszimmer] (HA 4)
	• allgemein	(...) also ich würde sagen, in meiner Praxis ist die Anzahl der Wunschüberweisungen, bei etwa 30 Prozent. (HA 15)
Gründe von Forderungen	• durch Medien und soziales Umfeld beeinflusst	Die [Patienten] kommen so fordernd, weil sie schon „geeicht“ sind, also nach dem Frühstücksfernsehen. Die Medien und die Nachbarn, die sagen dann halt: da musst du unbedingt ein Kernspin machen lassen. (HA 7) (...) durch die Medien gefördertes Denken (...), die meisten schauen dann im Internet und Fernsehen nach, das könnte ein Bandscheibenvorfall sein oder so was. Und dann wollen die gleich zum Facharzt, gleich CT und Kernspin und so. (HA 11)
	• durch hausarztzentrierte Versorgung bedingt	Jetzt bei dem Hausarztvertrag werben wir die Patienten, dass sie zum Hausarzt gehen und dass sie sich vom Hausarzt die Überweisung holen zu den Fachärzten. Und das ist ein gewünschtes Verhalten sowohl von uns natürlich, als auch von den Krankenkassen und jetzt kann ich das natürlich nicht übermäßig bestrafen, dadurch, dass ich Überweisungen verweigere. (HA 22)
	• Präferenz des Spezialisten (Urologe, Orthopäde, Dermatologe)	(...) also ich biete ja auch Hautscreenings an. Wenn jemand aber sagt, nee, er möchte lieber zum Hautarzt gehen wegen diesem Leberfleck, dann gebe ich ihm eine Überweisung. (HA 2) ... wenn die dann sagen: mir brennt's beim Wasserlassen, dann sag ich, deshalb müssen sie aber nicht zum Urologen. (...) bei den Patienten merkt man schon sehr, dass der Trend zum Facharzt zu gehen, schon groß ist. (HA 7) Also das ist zum Beispiel meistens dann der Orthopädie. (...) weil es halt der Orthopäde sein muss, dann muss es halt der Orthopäde sein. Der macht auch nichts anderes als ich, aber die Patienten sind beruhigt. (HA 14)
	• auf Initiative der Fachärzte (aus wirtschaftlichen Gründen)	Die Wiedereinbestellung von Patienten ist sicherlich ein Produkt der Tatsache, dass sich speziell in der Stadt XY viele Fachärzte niedergelassen haben und die ihre Scheinzahlen brauchen, weil sie ihre Geräte abbezahlen müssen. (HA 3) ... Kontrolluntersuchungen von Urologen, die die Patienten jedes Viertel Jahr wegen Mikrohämaturie untersuchen lassen wollen, auch aus wirtschaftlichen Gründen... (HA 12) ... Und wenn ich merke, das ist wirklich nur eine Kontrolle, um einen Schein zu bekommen, dann sage ich dem Patienten schon „also ich finde es eigentlich nicht nötig (...). Es reicht nächstes Jahr wieder“. (HA 18)
Umgang	• Ausstellung der Überweisung bei Insistieren des Patienten	(...) aber wenn jetzt jemand wirklich insistiert, dann kann ich die Überweisung kaum verweigern. Also, wir sind dann auch großzügig. (HA 22) Und wenn es mir einleuchtet, dann kriegt er die Überweisung, und wenn es mir nicht einleuchtet, dann sage ich ihm das, und wenn er sie dann immer noch will, dann kriegt er sie meistens. (HA 13)
	• Verweigerung/Ablehnung	Es kommen auch sehr viele, die sagen, also ich habe Rückenschmerzen, jetzt will ich mal ein MRT machen. Dann sage ich nein, das tut mir leid, wir machen jetzt zuerst mal (...). (HA 14) Also ich muss ganz konkret sagen, dass ich erst einmal eine Überweisung abgelehnt habe, weil ich das nicht für sinnvoll gehalten habe ... (HA 9) (...) und dann gibt es natürlich schon auch Leute, zum Beispiel sehr viel unserer türkischen Mitbürger, die, weil sie erkältet sind und Kopfweg haben, ein Schädel-CT haben wollen. Und dann muss man halt sagen, so und jetzt warten sie erstmal ab ... (HA 14)
	• Hinterfragen	(...) Ich versuche zumindest mal nachzufragen, warum sie jetzt zu dem Facharzt wollen. (HA 13) (...) ich versuche halt abzuklären, ob die Überweisung wirklich notwendig ist ... (HA 14) (...) Ich frage erstens, was der eigentliche Anlass ist und ich frage zweitens, zu welchem Kollegen sie sich eigentlich begeben wollen und warum gerade zu dem. (HA 15)
	• Erklärung	(...) Und dann versucht man halt zuerst einmal dem Patient zu erklären, dass das völlig unnötig ist ... (HA 14) (...) Also, ich versuche bei Wunschüberweisungen dem Patienten zu erklären, wenn ich denke, es ist wirklich gar nicht nötig. (HA 18)
	• Ausstellung der Überweisung aus zeitlichen Gründen	(...) die Patienten sehe ich meistens gar nicht. Die kommen vorne an den Tresen, zahlen ihre 10 Euro und sagen: „Ich brauche jetzt eine Überweisung“. Es ist zwar nicht im Sinne des Erfinders, aber aus Zeitmangel macht man das halt. (HA 11)
	• Zustimmung bei Nachvollziehbarkeit	... er hat dieses und jenes Problem und er möchte das noch mal fachärztlich abgeklärt haben ... Ja, wenn ich das nachvollziehen kann, dann überweise ich das auch. (HA 10) ... Wunschüberweisung: ja, solange es für mich nachvollziehbar ist. Es muss natürlich nachvollziehbar sein. (HA 17)
	• Zustimmung aus „juristischen Gründen“	Wenn er aber dann sagt, er möchte trotzdem unbedingt eine Überweisung, dann mache ich es in der Regel. Einfach auch aus juristischen Gründen. (HA 18)
	• Mitgabe von Befunden bei Wunschüberweisungen	(...) also, bei Wunschüberweisung nicht [keine Mitgabe von Befunden], wenn die Patienten die Überweisung vorne holen. Aber ansonsten, wenn ich jetzt jemand wohin schicke und ich habe schon Vorbefunde, dann gebe ich die auch mit. (HA 11)
	• Vermeidung Patienten zu vergraulen	(...) also, bei Wunschüberweisung nicht [keine Mitgabe von Befunden], wenn die Patienten die Überweisung vorne holen. Aber ansonsten, wenn ich jetzt jemand wohin schicke und ich habe schon Vorbefunde, dann gebe ich die auch mit. (HA 11)
	• zur Förderung der Arzt-Patient-Beziehung	(...) Ich bin da nicht stur. Ich bin da offen [gegenüber einer vom Patienten geforderten Überweisung]. Ich finde das bindet eher einen Patienten, wenn man da großzügiger ist. (...) Ich glaube, das fördert die Arzt-Patient-Beziehung. (HA 17)

Tab. 4: Äußerungen von Hausärzten zum Thema Wunsch oder Forderung einer Überweisung. HA (arabische Ziffer) – interviewter Hausarzt (interne Nummerierung eines Interviews); HZV – Hausarztzentrierte Versorgung.

rekten Überweisungen“ (also Überweisungen, bei denen eine persönliche Konsultation stattgefunden hat) waren die Hausärzte der Meinung „eigentlich gegen die Überweisung zu sein“ [8]. In der Querschnittuntersuchung von Schneider et al. in 13 deutschen Hausarztpraxen unterschieden sich „Patienten mit Tresen-Überweisung“ (n=307) von Patienten aus der Sprechstunde (n=977) bezüglich psychischer Erkrankungen (Depression, Angst- und Panikstörung, somatoforme Störung) nicht [9].

Gründe

Es konnten eine Reihe von Gründen, die zu Forderungen von Überweisungen führen, detektiert werden. Die Beeinflussung durch Medien ist plausibel und entspricht den Erfahrungen des praktizierenden Autors; sie wird zudem in Einzelinterviews mit Hausärzten zum Thema „Hausärztliches Image im gesellschaftlichen Wandel“ erwähnt [10]: Insbesondere jüngere Patienten, die mit dem Internet vertraut sind, verschaffen sich Informationen über ihre Erkrankungen oder Symptome. Auch der von den interviewten Ärzten erwähnte Punkt zur Beeinflussung durch ihr soziales Umfeld (z. B. durch Nachbarn) ist nachvollziehbar.

Mit der Erwähnung der HZV (hausarztzentrierte Versorgung) wurde ein „System bedingter“ Grund angesprochen. Dies ist insofern relevant, da die an der HZV teilnehmenden Versicherten nur mit Überweisung durch ihren Hausarzt einen Gebietsarzt aufsuchen dürfen. Ein weiterer Steuerungsmechanismus von Überweisungen in Deutschland ist durch strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) gegeben.

Aus dem hier vorliegenden Material wird deutlich, dass Patienten auch bei banalen Erkrankungen wie beispielsweise unkomplizierten Harnwegsinfekten, den Spezialisten, in diesem Fall Urologen, präferieren. Manche Patienten unterschätzen hier wohl generell die Fertigkeiten eines Hausarztes. Diese Vermutung und obiger Sachverhalt (des obersten Stellenwerts der Diagnosestellung durch den Spezialisten) spiegeln sich in der Aussage wider, „dass es eben der Orthopäde sein muss“, der bei muskuloskelettalen Beschwerden präferiert wird. Die Überweisungen zum Orthopäden scheinen insofern

relevant, weil mindestens 35% aller Patienten den Orthopäden mit Überweisung vom Hausarzt aufsuchen [11].

Auch würden Hausärzte mit Überweisungen, die von Seiten der Gebietsärzte angefordert werden, konfrontiert werden. Die Einzelmeinungen hierzu implizieren mögliche betriebswirtschaftliche Gründe und eine fehlende medizinische Indikation.

Umgang

Die vielen Unterkategorien zum Umgang zeigen, dass Hausärzte sich differenziert mit den jeweiligen Patienten auseinandersetzen (müssen).

Welche Folgen das Ausstellen von Überweisungen bei Insistieren des Patienten haben kann, verdeutlichte eine Befragung von 160 britischen Hausärzten vor bereits mehr als 20 Jahren: Hier zeigte sich, dass die Gesamtzahl an Überweisungen zunimmt und dass eine höhere Überweisungsrate (bezogen auf die Gesamtkonsultationen in einer Praxis in einem definierten Zeitraum) assoziiert war mit jenen Hausärzten, die über stärkeren „Druck vonseiten des Patienten“ bezüglich einer Überweisung berichteten [12].

Der Umgang mit Forderungen von Überweisungen beinhaltet außerdem die Verweigerung/Ablehnung und Hinterfragung sowie die Erklärung des Hausarztes über etwaige Unnötigkeit. Verständlicherweise scheinen solche Auseinandersetzungen mit den Patienten im Praxisalltag aus zeitlichen Gründen aber nicht immer von den Hausärzten zu leisten zu sein.

Hinter der „Zustimmung aus juristischen Gründen“ verbirgt sich vermutlich die Absicherung oder Angst des Hausarztes, dass in (seltenen) Fällen eben doch eine Überweisung indiziert sein könnte. Leider konnten hierzu im Interview keine weiteren Informationen eruiert werden.

Die Mitgabe von Befunden (inklusive Medikamentenplänen) sowie die Definierung der klinischen Fragestellung durch Hausärzte sind essenziell bei der problem- und patientenorientierten Behandlung. In diesem Zusammenhang beklagen Spezialisten die oft unzureichende Ausstattung von überwiesenen Patienten mit solchen Informationen [13-16]. Nach den hier vorliegenden Daten scheint die

Literatur

- [1] Hirsch O, Trager S, Bosner S, Ilhan M, Becker A, Baum E, et al. Referral from primary to secondary care in Germany: developing a taxonomy based on cluster analysis. *Scand J Public Health* 2012;40(6):571-8.
- [2] Schlingensiepen I. Quartalsbeginn - Vorsicht mit den Wunschüberweisungen. *Springer Medizin*; 2012 [updated 30.11.2012; cited 2012 06.12.2012]; Available from: <http://www.springermedizin.de/vorsicht-mit-den-wunschueberweisungen/3665910.html>.
- [3] Rosemann T. Überweisungen vom Hausarzt zum Facharzt - Naht oder Bruchstelle: Schlusswort. *Deutsches Ärzteblatt* 2007;104(8):A 507.
- [4] Kleining G. Umriss zu einer Methodologie Qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 1982;34:224-53.
- [5] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken Weinheim: Beltz Verlag 2003.
- [6] Grober-Grätz D, Mosshammer D, Bolter R, Ose D, Joos S, Natanzon I. [Which criteria affect the cooperation between general practitioners and specialists in ambulatory care? A qualitative study about general practitioners' perception]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105(6):446-51.
- [7] Dahmen A. Führt die Praxisgebühr zu Patientenforderungen ohne ärztlich verifizierte Indikation - eine empirische Analyse auf der Basis von Daten aus Hausarztpraxen. 2010.
- [8] Bösner S, Träger A, Hirsch O, Becker A, Muazzez I, Baum E, et al. Vom Hausarzt zum Facharzt - aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2011;87(9):371-7.
- [9] Schneider A, Hilbert B, Horlein E, Wagenpfeil S, Linde K. The effect of mental comorbidity on service delivery planning in primary care: an analysis with particular reference to patients who request referral without prior assessment. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(39):653-9.
- [10] Natanzon I, Szecsenyi J, Gotz K, Joos S. [The image of general practitioners' profession in a changing society]. *Med Klin (Munich)* 2009;104(8):601-7.
- [11] Gröber-Grätz D, Gulich M, Zeitler HP. Überweisungspraxis zwischen niedergelassenen Allgemeinärzten und Gebietsärzten in Baden-Württemberg vor Einführung der Hausarztverträge. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2011;87(10):415-21.
- [12] Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *BMJ* 1991;302(6786):1186-8.
- [13] Gandhi TK, Puopolo AL, Dasse P, Haas JS, Burstin HR, Cook EF, et al. Obstacles to collaborative quality improvement: the case of ambulatory general medical care. *Int J Qual Health Care* 2000;12(2):115-23.
- [14] Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993;43(368):111-3.
- [15] Williams PT, Peet G. Differences in the value of clinical information: referring physicians versus consulting specialists. *J Am Board Fam Pract* 1994;7(4):292-302.
- [16] Tattersall MH, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust* 2002;177(9):516-20.
- [17] Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. *Intern Med J* 2005;35(8):491-6.

unzureichende Mitgabe von Befunden insbesondere im Rahmen von Forderungen von Überweisungen aufzutreten.

Wir denken, dass die „Angst Patienten zu vergraulen“ bei Nicht-Überweisung korreliert mit Überweisungen, die medizinisch nicht indiziert sind.

In einer Stellungnahme bzw. Standpunktausführung von australischen Autoren zum Thema Überweisungsprozess vom Hausarzt zum Spezialisten hat die Einholung einer Meinung vom Spezialisten obersten Stellenwert für Patienten bei der Diagnosestellung. Außerdem sei die (großzügige) Ausstellung von Überweisungen zum Spezialisten im Rahmen einer gemeinsamen Betreuung durch beide Arztgruppen zu verstehen und bewirke eine Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses [17].

Stärken und Schwächen

Die vorliegende Studie ist die erste Studie, die versucht, Forderungen einer Überweisung durch Hausarztpatienten qualitativ zu untersuchen. Sie wurde in mehreren Regionen (von Baden-Württemberg) von einem interdisziplinären Team durchgeführt und war darauf ausgelegt, das Phänomen auf einer breiten Basis zu beschreiben. Die Heterogenität des befragten Kollektivs gewährleistet die nötige strukturelle Variation zur Eruiierung eines möglichst breiten Meinungsspektrums.

Eine Limitation besteht darin, dass die Gründe der Nichtteilnahme der Praxen in der Region Heidelberg und Ludwigsburg nicht erhoben wurden. Eine Kontrolle auf potenziellen Selektionsbias konnte somit nicht stattfinden. Zentrum dieser Untersuchung war die Befragung von Hausärzten; obwohl mit Forderungen von Überweisungen auch beim Spezialisten zu rechnen ist, sind die hier erhobenen Informationen nicht ohne Weiteres auf die anderen Bereiche der ambulanten (und stationären) Versorgung übertragbar.

Schlussfolgerung

Die Daten verdeutlichen, dass Hausärzte im Rahmen von Überweisungsforderungen sich differenziert mit den jeweiligen Patienten auseinandersetzen (müssen). Forderungen von Überweisungen scheinen von Fall zu Fall vom Arzt (mit-)initiiert zu sein. Die Abgrenzung zu Überweisungen im Rahmen von indizierten Kontrolluntersuchungen erscheint schwierig. Überweisungsforderungen finden im oder vor dem Behandlungszimmer statt. Im letzteren Fall bleibt offen, inwieweit sie mit und ohne eingehende Würdigung des medizinischen Sachverhalts

When Patients ask for Referrals – Analysis of Interviews with General Practitioners

Background: Due to their coordinating function, general practitioners (GPs) play central role in referrals to specialists. Daily routine shows that patients also ask their GP for referrals to specialists. Scientific data on such referrals and how do GPs deal with them is sparse. Therefore, experiences and opinions of GPs to this topic were explored in the study “InteraKtion” conducted by the Competence Centre Primary Care Baden-Württemberg. **Method:** Twenty-two single interviews with GPs, computer-assisted content analysis according to the approach of Mayring. **Result:** Requests or demands for referrals would be found to be frequently and would mainly take place in front of the examination room. Several reasons why referrals are requested could be identified (e. g. preference of or request by specialists). Further, GPs’ handling with requests or demands of referrals could be attributed to a set of behavioural pattern (e. g. refusal, questioning, writing referrals when patients insist upon it and due to legal or time reasons). **Conclusion:** Referrals on request or demand may be patient- and/or physician-initiated. Such referrals take place inside or in front of the examination room and they are difficult to distinguish from indicated routine referrals. Most of the statements in this study refer most likely to patients from consultation-hour. It remains open, whether these statements are differ from statements on patients requesting referrals in front of the examination room.

Keywords

Health Services Research, General Practice, Referrals, Qualitative Study

durch den Hausarzt einhergehen. Die meisten der hier präsentierten Aussagen von Hausärzten beziehen sich vermutlich auf Patienten aus der Sprechstunde. Ob sich diese Aussagen unterscheiden von Aussagen über Patienten, die Überweisungen vor dem Behandlungszimmer wünschen (und sie dort erhalten), bleibt somit offen. <<

Autorenerklärung

Es bestehen keine Interessenkonflikte. Beide Autoren danken dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg für die Zusammenarbeit und die Bereitstellung der Interview-Daten aus Heidelberg und Ludwigsburg. Das Kompetenzzentrum wird gefördert vom Ministerium Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg und koordiniert von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg.

Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH

ist seit 2005 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, und tätig als angestellter Facharzt für Allgemeinmedizin (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) im hausärztlichen Bereich.

Kontakt: dirk.mosshammer@uni-tuebingen.de



Dr. biol. hum. Dagmar Gröber-Grätz

war zur Zeit der Studiendurchführung wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Ulm und Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Koordinierung der Versorgung, Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Uni Heidelberg.

Kontakt: dmgroebergraetz@t-online.de



Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH
Dr. Ursula Kramer, MBA

Krankenkassen-Apps: Hintergründe, Status quo und Herausforderungen

Mehr als die Hälfte aller Bundesbürger über 14 Jahre (55 % und damit 39 Millionen Bundesbürger) besitzen ein Smartphone (BITKOM 2014), auf dem durchschnittlich bis zu 23 Applikationsprogramme (Apps) installiert sind (BITKOM 2012). Die durch diese Zahlen sichtbare Beliebtheit bietet – auch für gesetzliche Krankenversicherungen (GKVn) – neue Möglichkeiten der Zielgruppenerreichung für unterschiedlichste Bereiche, angefangen von der Primärprävention bis hin zum Diabetesmanagement. Doch wollen GKVn Apps beispielsweise dazu nutzen ihrer gesetzlichen Pflicht zur gesundheitlichen Aufklärung und Beratung nachzukommen (§ 1 SGB V), müssen sie im hochsensiblen Gesundheitsmarkt einiges beachten.

>> 83 Prozent der Smartphone-Besitzer (21 Millionen Bundesbürger) haben gemäß einer Studie des Bundesverbands Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V. (BITKOM) Apps installiert (BITKOM 2013). Jeder fünfte Smartphone-Besitzer nutzt laut Forsa-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbands Gesundheits-Apps (AOK-Bundesverband 2013). Der amerikanische Markt hält ähnliche Zahlen parat, hier sind es 19 % App-Nutzer, die primär Fitness- und Trainingsdaten (38 %), das Essverhalten (31 %), der Gewichtsverlauf (12 %), der Menstruationszyklus (7 %) oder Blutdruckdaten (5 %) dokumentieren (Fox & Duggan 2012). Umfangreiche gesundheitliche App-Unterstützungsmöglichkeiten offenbart die Datenbank „MyHealthApps.net“ mit derzeit 370 Apps in 47 Sprachen und 150 unterschiedlichen Einsatzgebieten, angefangen vom Finder von Behinderten-Toiletten über Muttermal-Scanner bis hin zu Blutdrucktagebüchern (www.myhealthapps.net; Stand 01.04.2014). Dabei hat sich die Dauer der Beschäftigung mit Apps seit 2011 laut einer repräsentativen Studie des Marktforschungsinstituts Nielsen deutlich erhöht: Waren es Ende 2011 noch 18 Stunden und 18 Minuten, so stieg der Zeitfaktor Ende 2013 auf 30 Stunden und 15 Minuten (Nielsen 2014).

App ist nicht gleich App

Ein Konsens über eine einheitliche Definition von Gesundheits-Apps liegt bis dato nicht vor, daher werden Begriffe wie Gesundheits-, Medizin- und Health-Apps oft synonym verwendet, obgleich diese verschiedene Ziele und Zielgruppen anvisieren. Grob definiert können Gesundheits-Apps, gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 als mobile Applikationen bezeichnet werden, die das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden positiv,

Zusammenfassung

Die Marktdurchdringung von Smartphones und damit Gesundheits-Apps auch bei älteren Nutzern steigt stetig. Eine Bestandsaufnahme derzeit existierender Krankenkassen-Apps zeigte, dass der Fokus derzeit auf universell ausgerichtete, primärpräventive Apps gelegt wird. Apps zur Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten mit spezifischen chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma) liegen nicht vor. Damit ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass es auch hier zu einem „healthy user effect“ kommt, da ohnehin gesundheitsbewusste und tendenziell eher einkommensstarke Bevölkerungsschichten einen Nutzen ziehen und präventive Rationalisierungspotenziale unzureichend ausgeschöpft werden.

Schlüsselwörter

Gesundheits-Apps, Krankenkassen, Anwendungsgebiete, Zielgruppen, Selbstmanagement, Primärprävention

nachhaltig und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse beeinflussen sollen (Scherenberg & Kramer 2013). Im Hinblick auf rechtliche Aspekte ist eine Differenzierung in Anlehnung an die verbreitete Klassifikation in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention notwendig. Denn verfolgen Apps eine medizinische Zweckbestimmung und unterstützen beispielsweise die Therapie chronischer Erkrankungen (Tertiärprävention), stellen sie Medizinprodukte laut Paragraph 5 des deutschen Medizinproduktegesetzes und der europäischen Medizinprodukterichtlinie 93/42/EWG dar. In der Praxis ist die Frage, ob eine App (z.B. zur mobilen Visite, zur Betrachtung von Röntgenbildern, zur Unterstützung der Diagnostik und Therapieentscheidung) tatsächlich als Medizinprodukt einzustufen ist, oft schwer und sorgte bei der EU-Kommission für die Herausgabe eines neuen MEDDEV-Leitfadens (MEDcal DEvice) (EU-Kommission 2012). Werden Apps zu Therapie- und Diagnostikzwecken eingesetzt und haben das Zulassungsverfahren beim Bundesamt für Risikobewertung und dem Paul-Ehrlich-Institut nicht durchlaufen, besteht die Gefahr, dass im Zweifel der Hersteller das Haftungsrisiko trägt. Denn von den Stores selbst werden vor Veröffentlichung nur technische Mängel geprüft. Nicht ohne Grund, denn im Februar 2013, wurden allein 58.886 Low-quality-Apps von Google nachträglich aus den Stores entfernt (Perez 2013).

Risiken und Nebenwirkungen

Unabhängig technischer Risiken (z.B. Datenschutz, Weitergabe von persönlichen Daten), vor denen Bürger gewarnt werden (Verbraucherzentrale 2011), ist bei Gesundheits-Apps ein besonderes Augenmerk auf gesundheitliche Aspekte zu legen. Auch dies nicht ohne Grund, wie eine Studie des Department of Dermatology der University of Pittsburgh offenbart: Denn drei von vier untersuchten Hautkrebs-Apps, stuften 30 % der 188 Bilder, die von Dermatologen als harmlose Hautflecken diagnostiziert wurden, als nicht harmlos ein. Dabei schwankte die Trefferquote zwischen 6,8 bis 98,1 % (Wolf et al. 2010). Ob der Schaden nun größer ist, wenn Patienten mit Diagnose-Apps scheinbare Sicherheit gewinnen oder ihnen eine beunruhigende Falschdiagnose ausgestellt wird, ist ein Appell an die Verantwortung der Anbieter und der Patienten in Bezug auf den achtsamen Umgang mit solchen Medien notwendig. Zudem können Interessenkonflikte seitens der Anbieter bestehen, entsprechend ist sicherzustellen, dass die Nutzer erkennen, wann es sich um Gesundheitsinformationen oder um werbliche Inhalte handelt. Die Offenlegung der Werbe- und Finanzpolitik der jeweiligen Anbieter, das Vorhandensein von Kontaktdaten sowie die Einhaltung von Datenschutzrichtlinien sollten daher selbstverständlich zu Qualitätssichernden Standards gehören. Darüber hinaus sollten Gesund-

Status-quo Krankenkassen-Apps

Gesundheitsbezug	Krankenkassen-Apps	Inhalte (Beispiele)
Apps <u>ohne</u> direkten oder indirekten Gesundheits-/Präventionsbezug (n=16)		ICD-Übersetzer, Gehaltsrechner, LexikaService, Vorteilspartner, Wegweiser, Gesundheitspolitik (Spiel), Arztsuche
Universell / populationsbezogen (n=13)		Lichtbild-Apps (Vermögensberater), Jugendmagazine, Campus-Guide
Selektiv / zielgruppenspezifisch (n=3)		
Apps <u>mit</u> direkten oder indirekten Gesundheits-/Präventionsbezug (n=45)		Klassische Lifestyle-Faktoren: Einkaufsberater, glukosefreie Rezepte, Abnehmen, Fettsparer, Fitness, Blade Night, Fitness-Check, Stresslabor
Universell / populationsbezogen (n=36)		Neuere Lifestyle-Faktoren: Sonnenhilfe
Selektiv / zielgruppenspezifisch (n=9)		Sonstiges: Hausmittel, Röntgenpass, Service-App mit z.B. allg. Gesundheitsinfos & Pollenalarm, Broschüren zu Präventionsthemen, Spiel zur Zahngesundheit (für Kinder), Schwangerschaftsplaner, Pflegelotse, Vorsorge: Vorsorgeplaner (auf deutsch und türkisch), Impf-App, Präventionskurs-Suche, Notfall- & Reiseassistent

Abb. 1: Status-quo Krankenkassen-Apps. n = 61 (Stand 01.08.2014, eigene Erhebung).

heitsinformationen immer zielgruppengerecht, sachlich korrekt und mit Quellen belegt werden, wie es das Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (agfis) empfiehlt (agfis 2010, Klemperer et al. 2010). Derartige qualitätsbezogene Transparenzkriterien und Orientierungshilfen haben sich für gesundheitsbezogene Websites bereits bewährt, so garantiert das HON-Siegel der Stiftung Health on the Net (HON) oder das agfis-Siegel die Einhaltung überprüfbarer Qualitätsmerkmale. Für Gesundheits-Apps gibt es in Anlehnung dieser Qualitätsfaktoren ebenfalls erste Ansätze: So können sich Anbieter freiwillig zur Einhaltung transparenter Qualitätskriterien eines HealthOnApp-Ehrenkodex (www.healthon.de) verpflichten. Durch freiwillige Selbstverpflichtungen auf bestimmte Werte, die zu einer automatischen Selbstkontrolle führen, rückt die Qualität in den Fokus, da sich Anbieter so beim App-Nutzer profilieren und mit hohen Downloadzahlen und einer weiten Marktdurchdringung belohnt werden.

Die Einhaltung des Ehrenkodex überwacht die Community aller App-Nutzer und Entwickler. Denn nur sie haben in dem schnell wachsenden Markt überhaupt die Möglichkeit, Verstöße zeitnah festzustellen und anzuzeigen und somit das Vertrauen in das Medium Gesundheits-App zu stärken. Krankenkassen-Apps stehen Nutzern bisher kostenlos zur Verfügung, da die GKVn ein Interesse daran haben, durch eine Verhaltensänderung Krankheitskosten einzusparen. Andere Institutionen bieten in den App Stores kostenlose Light-Apps an, um die eigentliche Vollversion der App oder App-gestützte Zusatzprodukte (sogenannte Gadgets: Blutzuckermessgeräte, Waagen, Tracker etc.) zu verkaufen. So hat sich der Absatz vernetzbarer Personenwaagen bereits fast verdoppelt, während sich der Absatz von mobil vernetzten Blutdruck-

messgeräten um rund ein Viertel erhöht hat (GfK 2014). Der Preis für eine Gesundheits-App ist kein qualitätsbestimmender Faktor, denn ob Apps kostenpflichtig oder gratis angeboten werden, hängt in erster Linie vom ökonomischen Interesse des Anbieters und der Möglichkeit ab, wie Entwicklungskosten amortisiert werden können. Anhand anonymen Bewertungen anderer Nutzer können Rückschlüsse auf die wahrgenommene App-Qualität gezogen werden. Dies allerdings mit Vorsicht, da 45 % der Nutzer davon ausgehen, dass digitale Bewertungen manipuliert sind (Fittkau & Maaß 2008).

Status quo, Anwendungsgebiete und Möglichkeiten

Wie viele Gesundheits-Apps sich in den Kategorien Medizin, Gesundheit und Fitness oder in gesundheitsrelevanten Kategorien, wie Sport, Lifestyle, Essen und Trinken z.B. im weltweiten Google Play Store (mit rund 1,5 Millionen Apps) (Anni App 2014) tatsächlich befinden, ist nicht quantifizierbar. Bei einer Bestandsaufnahme existierender Krankenkassen-Apps in den beiden größten App Stores: 1.) Google Play (für Android Apps) und 2.) Apple iTunes Store (für iPhone Apps) (Canalys 2013) mit kassen- und gesundheitsbezogenen Suchbegriffen („Keywords“: Krankenkasse, AOK, TK, DAK, Barmen, BKK, IKK, Vorsorge, Ernährung, Bewegung, Stress, Diabetes etc.) sowie verwandte Synonyme konnten 61 (ausschließlich kostenlose) GKV-Apps identifiziert werden (Stand 01.08.2014). 45 Apps haben einen (mehr oder weniger) eindeutigen präventiven Gesundheitsbezug, wobei sich neun dieser Apps zielgruppenspezifisch an junge Familien und Schwangere

(6), Kinder (1, Zahngesundheit), pflegende Angehörige (1) sowie türkische Mitbürger (1, Vorsorge) richten, während der Großteil universell ausgerichtet ist. Apps, die keinen direkten Gesundheitsbezug aufweisen (16), sind ebenfalls in erster Linie universell ausgerichtet oder zielen auf junge Menschen (2) und Vermögensberater (1) ab.

Die Vielfalt der digitalen Unterstützung ist groß, angefangen von Apps im Bereich der klassischen präventiven Handlungsfelder Ernährung, Stress und Bewegung bis hin zu Vorsorgeplaner und Impf-Apps (siehe Abbildung 1). Im Bereich Sucht konnte keine App identifiziert werden. Im Vergleich zu Pharma-Apps, wird deutlich, dass sich die GKVn stark im Bereich der universell ausgerichteten Primärprävention engagieren, während sich die Pharmaindustrie als Partner für das Management bestimmter Krankheitsbilder sieht (z. B. Asthma, Allergien) (Scherenberg & Kramer 2013). Demzufolge scheint es der Pharmaindustrie eher um direkte Ansprachemöglichkeiten von Patientengruppen in ihrem Produktumfeld zu gehen und den Kassen um präventive Ko-

steneinsparung und Neukundengewinnung. Dabei nehmen zwei identifizierte Bewegungs- beziehungsweise Fitness-Apps der GKVn (Barmer GEK; DAK) eine Koppelung mit ihrem Bonusprogramm vor. Die Versicherten werden damit auch jenseits von Präventionskursen für gesundheitsbewusstes Verhalten und die Kontrolle der persönlichen Gesundheitsdaten (Ernährungs-, Bewegungs-, Schlafprofile) belohnt. Einerseits ist davon auszugehen, dass auch hier ohnehin gesundheitsbewusste Smartphone-Nutzer und damit eher „gute“ Risiken profitieren („healthy user effect“). Damit haben andererseits gerade einkommensschwache (Nichtbesitzer von Smartphones) und damit gesundheitlich vulnerable Bevölkerungsgruppen mit dem theoretisch größten präventiven Rationalisierungspotenzial das Nachsehen, während gesunde Versicherte von den neuen Technologien einen monetären Nutzen ziehen können (Scherenberg 2011). Zwar dürfen die GKVn persönliche Gesundheitsprofile der Apps ihrer Versicherten nicht auswerten, andererseits wird das gesundheitsför-

Literatur

- afgis (2010): afgis-Checkliste: Medizinische Website, Version 1.0, März 2010, URL: http://www.afgis.de/standards/afgis-checkliste-medizinische-website-version-1.0-maerz-2010/files/afgis_checkliste_medizinische_websitev1.pdf (01.08.2014).
- Anni App (2014): The state of Play – A look on the growth of Google Play, Report, <http://blog.appannie.com/google-io-special-report-launch-2014/> (01.08.2014).
- AOK-Bundesverband (2013): Prävention bei Männern muss digital sein: Jeder Fünfte nutzt bereits Gesundheits-Apps, Pressemitteilung vom 01.03.2013, http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2013/index_09735.html (01.08.2014).
- BITKOM (2012): Der App-Boom geht weiter, URL: http://bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_App-Verbreitung_10_10_2012.pdf (01.08.2014).
- BITKOM (2013): Zahlungsbereitschaft von Apps steigt, Pressemitteilung vom 4. Februar 2013, http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Bezahl-Apps_04_02_2013.pdf (01.08.2014).
- BITKOM (2014): Smartphones stärker verbreitet als normale Handys, URL: http://www.bitkom.org/79602_79598.aspx (01.08.2014).
- Canalys (2013): 11% quarterly growth in downloads for leading app stores, Pressemitteilung vom 08.04.2013, http://www.canalys.com/static/press_release/2013/canalys-press-release-080413-11-quarterly-growth-downloads-leading-app-stores.pdf (01.08.2014).
- Daugherty BL, Schap TRE, Ettienne-Gittens R et al. (2012): Novel technologies for assessing dietary intake: Evaluating the usability of a mobile telephone food record among adults and adolescents, in: Journal of Medical Internet Research, Jahrgang 14, Ausgabe 2, S. 13.
- Eimeren v B, Frees B (2012): 76Prozent der Deutschen online – neue Nutzungssituationen durch mobile Endgeräte, Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2012, http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online12/0708-2012_Eimeren_Frees.pdf (10.08.2013).
- Endeavour Partner (2013): Inside Wireless - How the Science of Human Behavior Change Offers the Secret to Long-Term-Engagement, <http://endeavourpartners.net/assets/Endeavour-Partners-Wearables-White-Paper-20141.pdf> (01.08.2014).
- EU-Kommission (2012): MEDDEV 2.1/6 GUIDELINES ON THE QUALIFICATION AND CLASSIFICATION OF STAND ALONE SOFTWARE USED IN HEALTHCARE WITHIN THE REGULATORY FRAMEWORK OF MEDICAL DEVICES, URL: http://ec.europa.eu/health/medical-devices/files/meddev/2_1_6_o_en.pdf (01.08.2014).
- Fox S, Duggan M (2012): Mobile Health 2012, URL: http://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2012/PIP_MobileHealth2012.pdf (01.08.2014).
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK): „Mobile Health“ verspricht erhebliches Potenzial nach zögerlichem Anfang, Pressemitteilung vom 24.02.2014, <http://www.gfk.com/de/news-und-events/presse/pressemitteilungen/seiten/mobile-health-verspricht-erhebliches-potenzial-nach-zoegerlichem-anfang.aspx> (01.08.2014).
- Gimple H, Nißen M, Görlitz R (2013): Quantifying the Quantified Self: A Study on the Motivations of Patients to Track Their Own Health, Completed Research Paper, Thirty Fourth International Conference on Information Systems, Milan 2013, <http://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1050&context=icis2013> (01.08.2014).
- Heidemann C, Du Y, Schubert I et al. (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 56(5/6), S. 668-677.
- Klemperer D, Lang B, Koch K et al. (2010): Die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Ausgabe 104, S. 66-68.
- Madelin R (2013): European Directory of Health Apps (2012-2013), URL: http://g3ict.org/download/p/fileId_955/productId_265 (01.08.2014).
- Nielsen (2014): Smartphones: So many apps, so much time, <http://www.nielsen.com/us/en/insights/news/2014/smartphones-so-many-apps--so-much-time.html> (01.08.2014).
- Perez S (2013): Nearly 60K Low-Quality Apps Booted From Google Play Store In February, Points To Increased Spam-Fighting, Meldung vom 08.04.2013 auf TechCrunch, URL: <http://techcrunch.com/2013/04/08/nearly-60k-low-quality-apps-booted-from-google-play-store-in-february-points-to-increased-spam-fighting/> (01.08.2014).
- Purcell K, Entner R, Henderson N (2010): The Rise of Apps Culture, PIP-Report, http://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2010/PIP_Nielsen%20Apps%20Report.pdf (01.08.2014).
- Scherenberg V (2011): Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge, Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Scherenberg V, Kramer U (2013): Schöne neue Welt: Gesünder mit Health-Apps? Hintergründe, Handlungsbedarf und schlummernde Potenziale, in: Jahrbuch Healthcare Marketing 2013, New Business Verlag, Hamburg, S. 115-119.
- Schollas S (2014): „Make it count“: Selbstoptimierte Körper zwischen Gamification und Marketing, http://www.ruhr-uni-bochum.de/genderstudies/kulturundgeschlecht/pdf/schollas_make.pdf (01.08.2014).
- Verbraucherzentrale (2011): Smartphone & Apps - „Alleskönner“ mit Risiken, <http://www.vzb.de/Smartphone-Apps-Alleskoenner-mit-Risiken> (01.08.2014).
- Wacker M, Holle R, Heinrich J, Ladwing KH, Peters A, Leidl R & Menn, P (2013): The association of smoking status with healthcare utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. BMC Health Services Research, Ausgabe 13, S. 278.
- Wang J (2012): How Fitbit Is Cashing in on the High-Tech Fitness Trend, Enterprise Magazin, Ausgabe Juli 2012, <http://www.entrepreneur.com/article/223780> (01.08.2014).
- Wolf JA, Moreau JF, Akilov O et al. (2013): Diagnostic Inaccuracy of Smartphone Applications for Melanoma Detection, in: JAMA Dermatology, Jahrgang 149, Ausgabe 4, S. 422-426.

derliche Verhalten bei der Bonusberechtigung automatisch transparent.

Auffällig ist, dass die GKVn für Volkskrankheiten trotz möglicher Einsparungspotenziale z.B. für rund 7 % Diabetiker (Heidemann et al. 2013) keine App-gestützten Alltagshilfen (Diabetesmanagement) anbieten. Diabetiker scheinen demnach keine interessante Zielgruppe darzustellen, oder es wird davon ausgegangen, dass sie über kein Smartphone verfügen. Für die Typ-1-Diabetiker, in erster Linie Jugendliche und junge Erwachsene, trifft dies sicher nicht zu. Anzumerken ist auch, dass nicht mehr nur Jugendliche und junge Erwachsene Smartphones nutzen. Denn gerade der stärkste Zuwachs an Smartphone-Besitzern ist bei den über 65 Jährigen zu verzeichnen, der innerhalb nur eines Jahres (2013/2014) von 7 auf 17 % angestiegen ist und sich somit mehr als verdoppelt hat (BITKOM 2014). Auch für andere Versichertengruppen mit Risikofaktoren konnten keine mobilen Helfer identifiziert werden, z.B. Nichtraucher-Apps. Dies verwundert, da laut einer Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen am Helmholtz Zentrum München die Kosten des Rauchens hochgerechnet auf ca. 31,3 Milliarden Euro pro Jahr (2008) beziffert werden (Wacker et al. 2013). Zu konstatieren ist, dass bei Chroniker-Apps aus Sicht der GKVn trotz morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) immer noch die Gefahr besteht, ein Klientel anzuziehen, das wenig attraktiv erscheint. Dies weist darauf hin, dass aus systemischen Gründen immer noch zu wenig ökonomische Anreize zur Prävention bestehen (Scherenberg 2011).

Ob Gesundheits-Apps wirksam sind und Kosten einsparen, werden nur Langzeitstudien beweisen können. Erste Studien offenbaren indes, dass Apps durchaus in der Lage sind, einen Einfluss auf die Motivation zu nehmen. So zeigte eine Studie zur mobilen Anwendung einer Ernährungsakte, dass gerade Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen Apps nutzen, um ihr Ernährungsverhalten zu kontrollieren (Daugherty et al. 2012). Anhänger der sogenannten Bewegung „The Quantified Self“ (Das gemessene Selbst), die regelmäßig sämtliche Körperfunktionen und -bedürfnisse erfassen, nehmen nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland kontinuierlich zu (siehe <http://quantifiedself.com>). Besonders beliebt ist das Vermessen von körperlichen Aktivitäten (Laufen, Gehen, Fahrradfahren etc.) und Körperdaten (z. B. Body-Maß-Index) (Gimpel, Nißen & Görlitz 2013). Respektive bei technikaffinen, männlichen Nutzern scheinen Tracking- und Gesundheits-Apps Motivationseffekte auszulösen. So gaben bei einer Forsa-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes 42 % Männer (und 30 % Frauen) an, dass sich ihr Gesundheitsverhalten durch Gesundheits-Apps positiv verbessert hat (AOK-Bundesverband 2013). Ob diese (Technik-)Begeisterung anhält, bleibt abzuwarten, denn laut „Mobile Health Report“ sind es eher Frauen, unter 50 Jahre, mit einem hohen Bildungsstatus und Haushaltsnettoeinkommen, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Veränderung im Gesundheitszustand aufgetreten ist (Fox & Duggan 2012), die Gesundheits-Apps nutzen. Entsprechend scheint der persönliche Leidensdruck und Nutzen ein persönliches Motiv dafür zu sein, ob Apps genutzt werden oder nicht. Dabei sollen Self-Tracking-Technologien, wie beispielsweise digitale Schrittzähler bzw. Apps, in der Lage sein, die Schrittzahl pro Tag um bis zu 43 % zu steigern (Wang 2013). Zu konstatieren ist, dass bei dieser internen Anbieteruntersuchung nur aktive Self-Tracker einbezogen wurden. Gesundheitliche Gefahren, wie das Suchtpotenzial sowie die Ver-

drängung der eigenen Körperwahrnehmung werden bisher noch stark außer Acht gelassen und sollten stärker erforscht werden. Sie sind insbesondere dann gegeben, wenn die neuen Möglichkeiten der Selbstkontrolle und -optimierung dazu verführen, ständig neue eigene Rekorde aufzustellen und die eigenen Leistungen über soziale Medien (z. B. Facebook) mit denen anderer Nutzer in Beziehung zu setzen und so eine zusätzliche Vergleichs-, Regulations- und Kontrollebene entsteht. Nutzer müssen sich darüber hinaus auch im Klaren sein, dass eine regelmäßige Nutzung von Tracking-Apps bereits bei geringer Nutzung ein detailliertes Profil über Nutzungs- und Lebensgewohnheiten der Anwender liefert, die zu Marketingzwecken ausgewertet und genutzt werden können (Schollas 2014). Ob Apps langfristig genutzt werden, um die Motivation zu steigern, bleibt abzuwarten. Denn Untersuchungen haben zeigt, dass rund ein Drittel der Apps nach 3 Monaten (Purcell et al. 2010), rund die Hälfte aller Tracking-Apps nach 24 Monaten nicht mehr genutzt werden (Endeavour Partner 2013) oder Apps gar nur zu Testzwecken installiert und direkt wieder gelöscht werden (Eimeren & Frees 2012).

Fazit

Ob Gesundheits-Apps im Vergleich zu konventionellen Verfahren der Gesundheitsaufklärung sowie der verhaltensbezogenen Motivierung und Stabilisierung spezifischer Hochrisikogruppen oder chronisch erkrankten Menschen (Diabetiker, Asthmatiker etc.) auf lange Sicht in der Lage sind, Rationalisierungspotenziale im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention auszuschöpfen, um insbesondere jene zu erreichen, die bisher kein gutes Gesundheitsverhalten aufweisen (Stichwort: Präventionsdilemma), darüber fehlen wissenschaftliche Langzeitstudien. Erst wenn die Evidenz über gesundheitsökonomische Potenziale vorliegt und damit die Kassen einen stärkeren Anreiz haben ihren Fokus auf die gesundheitliche Wirksamkeit zu legen, kann die Dynamik im Markt weiter beflügelt werden. Dabei wird die Akzeptanz von Gesundheits-Apps an der Qualität und dem Nutzen der Applikationen gemessen. Der Aufklärung der Nutzer kommt dabei eine bedeutende Rolle in diesem Qualitätsprozess zu. Da jeder Laie theoretisch Gesundheits-Apps in Stores einstellen kann, besteht die Gefahr, dass auch gute Gesundheits-Apps von Kassen (z. B. deren Content wissenschaftlich seriösen Quellen zugrunde liegt), mitunter von schlechten Apps überlagert werden, die mitunter mehr Schaden als Nutzen anrichten (siehe Beispiel Hautkrebs-Apps), deren gesundheitliche Nebenwirkungen und Risiken in Punkto Kosten mitunter von den Kassen getragen werden muss. <<

Health-Apps: Background, status quo and challenges

As Smartphones are increasingly penetrating the market, so is the use of health apps even among elderly people. An inventory of existing, current health insurance apps has shown that the focus is shifting to universally orientated, primarily preventative apps. There are no apps which support self-management of patients with chronic illnesses (e.g. diabetes, asthma). As, in any case, health-conscious people, who according to the latest trends, are in the higher income social brackets will benefit from it and preventative rationalisation potential is not being sufficiently exploited, it's probable that a "healthy user effect" will arise.

Keywords

Health-apps, health insurance agencies, application areas, target groups, self-management, primary prevention

Autorenerklärung

Viviane Scherenberg ist Professorin für Prävention und Gesundheitsmanagement an der APOLLON Hochschule in Bremen. Ursula Kramer ist Geschäftsführerin der Agentur Sanawork und Initiatorin der Initiative Präventionspartner in Freiburg. Die Autoren haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte im Rahmen einer Qualitätsoffensive HealthOn (www.healthon.de) - der Initiative Präventionspartner in Zusammenarbeit mit der APOLLON Hochschule - und wurde ohne finanzielle Unterstützung Dritter durchgeführt.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH

ist Dekanin Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen sowie Mit-Initiatorin des HealthOn-Ehrenkodex. Studium der Betriebswirtschaft an der AKAD und Public Health, Studium (MPH) an der Universität Bielefeld, Promotion an der Universität Bremen.

Kontakt: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de



Dr. Ursula Kramer, MBA

ist Geschäftsführerin der Agentur Sanawork Kommunikation in Freiburg sowie Initiatorin der Initiative Präventionspartner und des HealthOn-Ehrenkodex. Studium der Pharmazie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg, Promotion an der Eberhard-Karl-Universität in Tübingen.

Kontakt: ursula.kramer@sanawork.de





Wir wachsen mit besseren Therapien.

Ziel von Boehringer Ingelheim ist es, dem Menschen mit der Entwicklung neuer Therapien zu helfen. Damit hat sich das Familienunternehmen stärker als der Pharmamarkt entwickeln können und die Grundlagen gelegt, dass auch die Aussichten in den kommenden Jahren vielversprechend sind. In die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente mit therapeutischen Vorteilen - und damit in die Zukunft - investierte Boehringer Ingelheim alleine im vergangenen Jahr rund 2,7 Milliarden Euro.

Für die Gesundheit arbeiten weltweit mehr als 47.400 Mitarbeiter, davon rund 13.900 in Deutschland.

www.boehringer-ingelheim.de